

# 18. Uludağ Jinekoloji ve Obstetrik Kış Kongresi

# 2. Marmara Kadın Sağlığı Kongresi

03-06 Nisan 2025
Çelik Palace, Bursa

## KONGRE KİTABI


burkon® TURİZM & KONGRE
444 9 443
samet.basar@burkon.com


**KONGRE EŞ BAŞKANLARI**
Doç. Dr. Bilge Çetinkaya Demir
Doç. Dr. Işıl Kasapoğlu - MKSD

**BİLİMSEL SEKRETERYA**
Doç. Dr. Kiper Aslan

www.uludagkadindogum2025.org

18. Uludağ Jinekoloji ve Obstetrik Kış Kongresi,

2. Marmara Kadın Sağlığı Kongresi

**e-ISBN**: '978-625-6443-35-8'

**Yayın**: Burkon Turizm ve Kongre Org. Ltd. Şti.

**Tel**: 444 9 443

**E-posta:** kongre@burkon.com

**Web Sitesi:** https://www.uludagkadindogum2025.org/

**UYARI:** *Yazıların yasal ve bilimsel sorumluluğu yazarlarına aittir. Tıbbi bilgiler sürekli olarak değişmekte ve yenilenmektedir. Okuyucularımızın her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirleme sorumluluğunun uygulamayı yapan hekime ait olduğunu bilmeleri gereklidir. Yayıncı ve editör bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya veya ekipmana ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınarak, klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarında değişiklikler yapılmasının gerekli olabileceği durumlar ile bilimsel değişimler olabileceği bilinmelidir. Bu kitaptan kaynak göstermek kaydıyla alıntı yapılabilir.*

# DAVET

***Değerli Meslektaşlarımız,***

18. Uludağ Jinekoloji ve Obstetrik Kış Kongresi & 2. Marmara Kadın Sağlığı Kongresi' nin 03 – 06 Nisan 2025 tarihleri arasında Çelik Palace Otel, Bursa'da düzenleneceğini duyurmaktan onur ve mutluluk duymaktayız.

Geleneksel hale gelen ve 18. sini düzenleyeceğimiz kongremizi bu yıl Marmara Kadın Sağlığı Derneği ile birlikte yapmanın heyecanını yaşıyoruz. Kongremize davetli olan çok değerli konuşmacılarımız aracılığıyla, Kadın Hastalıkları ve Doğum alanındaki tüm yenilikleri birlikte değerlendirmek, tartışmak ve fikir birliğine varmak amacındayız.

Kongremizin yüksek bilimsel düzey ve kalitede geçeceğine inanıyor, sizleri aramızda görebilmeyi ümit ediyoruz.

Kongre Düzenleme Kurulu Adına

**Kongre Eş Başkanları**

Doç. Dr. Bilge Çetinkaya Demir

Doç. Dr. Işıl Kasapoğlu- MKSD

# İÇİNDEKİLER

KURULLAR 4
BİLİMSEL PROGRAM 5
SÖZLÜ BİLDİRİLER 8
POSTER BİLDİRİLER 43

# KURULLAR

## KONGRE EŞ BAŞKANLARI

Doç. Dr. Bilge Çetinkaya Demir

Doç. Dr. Işıl Kasapoğlu- MKSD

## BİLİMSEL SEKRETERYA

Doç. Dr. Kiper Aslan

## BİLİMSEL PROGRAM SORUMLULULARI

**PERİNATOLOJİ**
Bilge Çetinkaya Demir

**ONKOLOJİ**
Yakup Yalçın

**REI**
Kiper Aslan

**ENDOSKOPİ**
Kemal Özerkan

**DANIŞMAN**
Gürkan Uncu

# BİLİMSEL PROGRAM

## 03 Nisan 2025, Perşembe

| | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
|---|---|---|---|
| 09:00 - 14:00 | Kayıt İşlemleri | | |
| 14:00 - 16:30 | **AÇIKLANAMAYAN İNFERTİLİTE**<br>**Moderatör:** Mustafa Bahçeci<br><br>**Panelistler:** Davut Güven, Sinem Ertaş, Betül Dündar<br><br>Tanım, Tanıda Ekarte Edilmesi Gereken Patolojiler<br>Değerlendirme Hangi Basamakları İçermelidir?<br>Tedavi, YÜT<br>Hayat Kalitesi | **LAPAROSKOPİK CERRAHİYE GİRİŞ VE TEKNİKLER**<br>**Moderatör:** Nasuh Utku Doğan<br><br>**Panelistler:** Özgüç Takmaz, Zeliha Fırat Cüylan, Şevki Göksun Gökulu, Kadir Bakay<br><br>Kime Laparoskopik Cerrahi<br>Preoperatif Hazırlıklar<br>Ameliyathane Odası Hasta Pozisyonu<br>Uterus Manipülasyonu<br>Batına Giriş ve Trokar Yerleşim Yerleri<br>Pelvik Anatomi<br>Komplike Olgulara Yaklaşım<br>Üreter Vizüalizasyonu ve Disseksiyonu<br>Onkolojide Laparoskopinin Yeri<br>Kitlelerin Batın Dışına Alınması<br>Vajen Cuff Kesilmesi ve Kapatılması<br>Prolapsusu Önleme Stratejileri<br>Üriner, Gastrointestinal ve Vasküler Komplikasyon Yönetimi | |
| 16:30 - 17:00 | **Kahve Molası** | | |
| 17:00 - 18:30 | **SERVİKS KANSERİ**<br>**Moderatör:** Fırat Ortaç<br><br>**Panelistler:** Faruk Köse, Nejat Özgül, Murat Gültekin,Yakup Yalçın<br><br>Serviks Kanseri Tarama Programında HPV DNA Tek Başına Yeterli Midir?<br>Servikal Preinvaziv Lezyonu Olan Hastada Takip ve Tedavi Nasıl Yapılır?<br>HPV Aşısı Kaç Yaşında ve Kaç Doz Uygulanmalıdır? Koruyuculuğu Nedir?<br>Daha Önce 2'li veya 4'lü Aşı ile Aşılanmış Bireylerde Yeniden Aşılama Yapılmalı Mıdır?<br>Serviks Kanserli Hastada Fertilite Koruyucu Yaklaşım Uygulanabilir Mi?<br>Erken Evre Serviks Kanserinde Cerrahi Tedavi Nasıl Olmalı? Basit Histerektomi Yeterli Mi? | **İNKONTİNANS YÖNETİMİ**<br>**Moderatör:** Fulya Dökmeci<br><br>**Panelistler:** Esra Çetinkaya, Adnan Orhan, Ulaş Çoban<br><br>Üriner İnkontinansta Temel Değerlendirme Ve Tanı<br>SUI Klasik Yaklaşım Medikal/ Cerrahi<br>SUI Tedavisinde Konservatif Yaklaşım Ne Kadar Etkili?<br>Midüretral Sling Cerrahi Teknikleri<br>Cerrahi Komplikasyonlar Ve Yönetimi<br>Başarısız İnkontinans Cerrahisi Sonrası Yaklaşımlar<br>Midüretral Sling Dışında Enjeksiyon Veya Cerrahi Seçenekler<br>Vajinal Histerektomi Esnasında Kelly Sütürasyon<br>Burch Kolposüspansiyonun Yeri<br>Aşırı Aktif Mesane Tanısı Ve Tedavi Seçenekleri | |
| 18:30 - 19:00 | **AÇILIŞ TÖRENİ** | | |
| 19:00 - 19:30 | **YAŞAM BOYU KADIN SAĞLIĞI**<br>Gürkan Uncu | | |
| 19:30 - 21:00 | **Akşam Yemeği** | | |

## 04 Nisan 2025, Cuma

| | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
|---|---|---|---|
| 09:00 - 10:30 | **ADNEKSİYEL KİTLE DEĞERLENDİRMESİ**<br>**Moderatör:** Salih Taşkın<br><br>**Panelistler:** Samet Topuz, Salih Taşkın, Hamdullah Sözen<br><br>Adneksiyel Kitlelerin Değerlendirilmesinde Dikkat Edilmesi Gereken Unsurlar Nelerdir?<br>Adölesan, Reprodüktif Dönem veya Postmenopozal Dönemdeki Adneksiyel Kitle Yaklaşımı Aynı Mı?<br>Şüpheli Adneksiyel Kitlesi Olan Hastada Cerrahi Prensipler Neler Olmalıdır?<br>Borderline Over Tümörlerinde Cerrahinin Sınırları Neler Olmalıdır?<br>Over Kanserinde Fertilite Koruyucu Yaklaşım Mümkün Müdür?<br>Risk Azaltıcı Cerrahi Hangi Genetik Mutasyonlarda ve Kaç Yaşlarında Yapılmalıdır? | **OVER STİMÜLASYONU (OS)**<br>**Moderaötr:** Hakan Yaralı<br><br>**Panelistler:** Erbil Doğan, Kübra Boynukalın, Işıl Kasapoğlu<br><br>Bir KOH Siklusunda Elde Edilecek İdeal Oosit Sayısı Kaçtır?<br>Stimulasyon Öncesi Uygulanması Gereken Tedaviler Var Mıdır?<br>Stimulasyona Başlanacak İdeal Gün Ne Zaman Olmalıdır?<br>Gonadotropin Seçiminde Hangi Hasta Özellikleri Önemlidir?<br>Başlangıç Gonadotropin Dozu Ne Kadar Olmalıdır?<br>Hipofizer Supresyon Hangi Ajanla Uygulanmalıdır?<br>Trigger Yöntemine Hangi Parametrelere Göre Karar Verilmelidir?<br>Trigger Zamanı Kararında Rol Oynayan Faktörler Nelerdir?<br>OHSS Önlemek İçin Neler Yapılabilir?<br>FET/Fresh Kararında Yol Gösteren Faktörler Nelerdir? | |
| 10:30 - 11:00 | **Kahve Molası** | | |
| 11:00 - 12:30 | **TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARINA YAKLAŞIM**<br>**Moderatör:** Recep Has<br><br>**Panelistler:** İnanç Mendilcioğlu, Barış Ata, Tuğba Saraç Sivrikoz, Serenat Yalçın<br><br>Tanım ve Terminoloji<br>Gebelik Kayıpları Zamanlamasına Göre Klasifiye Edilmeli mi?<br>Risk Faktörleri ve Önleme Stratejileri Neler Olmalı?<br>Değerlendirme Basamakları Nasıl Yapılmalı?<br>Prognoz ve Tedavi | **MENOPOZ VE PREMATÜR OVARYAN YETMEZLİK**<br>**Moderatör:** Fatih Durmuşoğlu<br><br>**Panelistler:** Şehsuvar Gökgöz, Hakan Seyisoğlu, Sedat Kadanalı, Gülşen Durdağ<br><br>Tanı Nasıl Konulmalı, Laboratuvarın Yeri Var Mı?<br>Yönetim<br>HRT Başlanması ve Durdurulma Kararı Nasıl Verilmeli?<br>Ürogenital Atrofi Yönetimi<br>Meme Kanseri Sonrası Semptomların Yönetimi<br>POI Nasıl Tanımlanmalı?<br>POI Tanısı Nasıl Konulmalı?<br>POI Uzun Dönem Sekelleri ve Yönetimi<br>Pubertenin İndüksiyonu ve Postpubertal Tedavi | **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 1**<br>**Oturum Başkanları:** Nefise Nazlı Yenigül, Cihan Çakır<br><br>**Celox PPH Kullanımı ile Kontrol Altına Alınan Persistan Vajinal Kanama: Bir Olgu Sunumu**<br>Recep Taha Ağaoğlu<br><br>**Fetal Intracranial Hemorrhage Due to Alloimmune Thrombocytopenia: A Rare Case of HPA-3 Incompatibility**<br>Ayşe Çiğdem Bayrak<br><br>**Prenatal Tanıdan Postnatal Yönetime: Fetal Sakrokoksigeal Teratomlu Bir Olgunun Sunumu**<br>Recep Taha Ağaoğlu<br><br>**Gebelikte Adneksiel Alan Değerlendirilmesinin Önemi : Gebelikte Over Kanser Tanısı Konulan Olgu Sunumu**<br>Keziban Saylam Dönmez<br><br>**Diyabetik Ketoasidoz ve Gebelik: Hayati Bir Komplikasyonun Yönetimi**<br>Zeliha Atak |
| 12:30 - 13:30 | **Öğle Yemeği** | | |
| 13:30 - 14:30 | **UYDU SEMPOZYUM - 1**<br><br><br><br>Gebelik Döneminde Vitaminler ve Besin Takviyeleri<br>**Acar Koç** | | |
| 14:30 - 16:00 | **TÜM YÖNLERİYLE ENDOMETRİOZİS**<br>**Moderatör:** Bülent Urman<br><br>**Panelistler:** Engin Oral, Ercan Baştu, Üzeyir Kalkan, Mesut Önal<br><br>Tanı<br>Ağrı Tedavisi<br>ERI Yönetimi<br>Rekürrens Yönetimi<br>Ekstrapelvik Endometriozis Yönetimi<br>Adölesan-Menopoz Endometriozis Değerlendirme Ve Yönetimi<br>Endometriozis ve Kanser | **PELVİK ORGAN PROLAPSUSU YÖNETİMİ**<br>**Moderatör:** Kemal Özerkan<br><br>**Panelistler:** Kemal Özerkan, Serdar Aydın, Cenk Yaşa<br><br>Temel Değerlendirme<br>Konzervatif Tedaviler ve Pesser Kullanımı<br>Histerektomi Teknikleri<br>Rekürrensi Önlemek için Yapılması Gerekenler<br>Kolpoklezis Ne Zaman, Yeri Var mı?<br>Sakrospinöz Fiksasyon<br>Mesh Kullanılan (Peksi ve Süspansiyon) Cerrahiler, Komplikasyonları ve Yönetimi<br>Mesh Kullanmadan Yapılabilen Süspansiyon Cerrahileri Ve Avantajları<br>Vajinal vs Abdominal Yaklaşım<br>Eş Zamanlı İnkontinans Cerrahisi | **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 2**<br>**Oturum Başkanları:** Demir Özbaşar, İsmail Bıyık<br><br>**Bağırsakta İki Endometriozis Nodülü: Farklı Cerrahi Tekniklerin Aynı Seansta Uygulanması**<br>Ercan Baştu<br><br>**Az Bilinen Bir Miyom Çeşidi: Kotilenodoid Dissekan Leiomiyom**<br>Keziban Saylam Dönmez<br><br>**Feasibility of Vaginal Natural Orifice Transendoscopic Surgery Hysterectomy in Obese Patients**<br>Serkan Üstüntaş<br><br>**Effectiveness of Perioperative Duloxetine fot Pain Management in VNOTES Hysterectomy: A Randomized, Placebo-Controlled Trial**<br>Emre Biton<br><br>**Yüksek Doğum Oranına Sahip Bir Bölgede Gebe Kadınların Postpartum Ria Kullanım Eğilimlerini Etkileyen Faktörler: Bir Anket Çalışması**<br>Melike Cömert |
| 16:00 - 16:30 | **Kahve Molası** | | |
| 16:30 - 18:00 | **ERKEN DOĞUM OTURUMU**<br>**Moderatör:** Rıza Madazlı<br><br>**Panelistler:** İbrahim Kalelioğlu, Zeki Şahinoğlu, Selim Büyükkurt, Esra Esim Büyükbayrak<br><br>Serviks Rutin Değerlendirilmeli Mi? Ne Zaman?<br>Kısa Servikse Nasıl Yaklaşalım?<br>Progesteron Dışında Yöntemler Nelerdir?<br>Preterm Doğumda Steroid Ne Zamana Kadar ve Nasıl Yapılmalı?<br>Tokolitik İlaçlarda İdame Söz Konusu Mudur? | **POLİKİSTİK OVER SENDROMU**<br>**Moderatör:** Gürkan Bozdağ<br><br>**Panelistler:** Erhan Şimşek, Işıl Kasapoğlu, Pınar Aytaç, Barış Ata<br><br>Tarama, Tanı ve Risk Değerlendirmesi<br>Subgruplara Göre Hasta Değerlendirilmesi<br>Yaşam Şekli Değişiklikleri<br>Fertilite Dışı Patolojilerin Yönetimi<br>İnfertilite Değerlendirmesi ve Tedavisi | |
| 19:30 - 21:00 | **Akşam Yemeği** | | |

## 05 Nisan 2025, Cumartesi

| | A Salonu | B Salonu | C Salonu |
|---|---|---|---|
| 09:00 - 10:30 | **ART BAŞARISI NASIL ARTTIRILABİLİR?**<br>**Moderatör:** Bülent Urman<br><br>**Panelistler:** Engin Oral, Özgür Öktem, Sezcan Mümüşoğlu, Kiper Aslan, Cihan Çakır<br><br>Endikasyonlar KOH Yöntemini Değiştirir Mi?<br>PGT Rutin Yapılmalı Mıdır?<br>Luteal Faz Monitorizasyonu Yapılmalı Mıdır?<br>FET Endometrium Hazırlama Protokolleri Sonucu Gerçekten Değiştiriyor Mu?<br>ET Teknikleri<br>Adjuvanlar Ne Zaman Kullanılmalıdır? | **OBSTETRİK KANAMA OTURUMU**<br>**Moderatör:** Acar Koç<br><br>**Panelistler:** Şevki Çelen, Tuncay Özgün, Cihan İnan, Bilge Çetinkaya Demir<br><br>TXA Ne Durumda Kullanılır?<br>Kompresyon Materyalleri/Sütür Nedir?<br>PAS Tanı- Tedavisinde Yeni Bakış Açısı<br>PAS Da Konservatif Tedavi Nedir<br>Masif Obstetrik Kanamada Transfüzyon İlkeleri | |
| 10:30 - 11:00 | **Kahve Molası** | | |
| 11:00 - 12:30 | **ADÖLESAN JİNEKOLOJİSİ**<br>**Moderatör:** Gürkan Uncu<br><br>**Panelistler:** İdris Koçak, Pınar Topdağı, Yavuz Tokgöz, Özlem Dural<br><br>Amenorenin Ayırıcı Tanısı ve Yönetimi<br>Anormal Uterin Kanama Yönetimi<br>Seksüel Geçişli Hastalıkların Kontrolü<br>HPV Aşıları Kontrasepsiyon Yöntemleri | **V-NOTES OTURUMU**<br>**Moderatör:** Kemal Güngördük<br><br>**Panelistler:** Selçuk Erkılınç, Ghanim Khatip, Yaşam Kemal Akpak, Bahadır Koşan<br><br>Endikasyonlar ve Kontraendikasyonlar<br>Hangi Cerrahiler Yapılabilir<br>Enstrümentasyon ve Kurulum, Nelere Dikkat Etmeli, Olmazsa Olmazlar<br>Acil Cerrahilerde Yapılması ve Yapılmaması Gerekenler<br>Adneksiyal Patolojilere Yaklaşım<br>Süspansiyon Cerrahileri<br>Prolapsus Önleyici Teknikler<br>Histerektomi Basamakları<br>Myomektomi Yapılabilir mi<br>Onkolojik Cerrahilerde Yeri Var mı? | **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 3**<br>**Oturum Başkanları:** Bahadır Koşan, Ramazan Erda Pay<br><br>**Gestasyonel Trofoblastik Neoplazi Sonrası Uterin Arteriovenöz Malformasyon Olgusu**<br>Meltem Koç Çakar<br><br>**İki Vakada Laparoskopik Histerektomi Sonrasında Ovariyan Torsiyon Olgusu: Olgu Sunumu**<br>Mehmet Emre Peker<br><br>**Small Cell Carcinoma of The Uterine Cervix Presenting with Bone Marrow İnfiltration; A Case with Complex Clinical Management**<br>Bilge Topçu<br><br>**Sezaryan Sonrası Vezikouterin Fistül Olgusu: Olgu Sunumu**<br>Mehmet Emre Peker |
| 12:30 - 14:30 | **Öğle Yemeği** | | |
| 14:30 - 16:00 | **ENDOMETRİUM KANSERİNDE GÜNCEL YAKLAŞIM**<br>**Moderatör:** Macit Arvas<br><br>**Panelistler:** Macit Arvas, Mutlu Meydanlı, Murat Naki, Doğan Vatansever<br><br>EIN Tanısı Alan Her Hastaya Histeroskopi Yapalım Mı?<br>EIN Hastalarının Yönetiminde Hangi Ajanı Kullanalım ve Ne Kadar Takip Edelim?<br>Endometrium Kanserinde Fertilite Koruyucu Yaklaşım İçin Hasta Seçimi ve Tedavisi Nasıl Yapılmalıdır?<br>Endometrium Kanseri Cerrahisinde Sentinel Lenf Nodu Rutin Uygulama Oldu Mu?<br>High Risk Endometrium Kanserinde Sistematik Lenfadenektomi Gerekli Midir?<br>Yeni Evreleme ve Moleküler Sınıflandırmanın Temel Özellikleri Nelerdir? Kullanılabilirliği Var Mı? | **HİSTEROSKOPİ OTURUMU**<br>**Moderatör:** Ahmet Zeki Işık<br><br>**Panelistler:** Funda Göde, İsmet Gün, Orhan Orhan, Erhan Şimşek<br><br>Histeroskopi Endikasyonları<br>Ameliyathane Hazırlığı, Olmazsa Olmazlar<br>Kullanılan Standart Aletler<br>Modern Histeroskopik Cerrahide Kullanılan Yeni Teknikler ve Aletler<br>Peroperatif Zorluklar ve Yönetim<br>Ofis Histeroskopi<br>Submukoz Myom ve Polipler<br>Uterin Anomalilere Yaklaşım ve Septum Cerrahisi<br>Septum Cerrahisi Sınırları, Mutlaka Yapılmalı Mı?<br>İstmosel Cerrahisi ve Avantajları, Dezavantajları<br>Aschermann Sendromunda Tedavi Seçenekleri<br>Endometrial Malignitelere Yaklaşım | **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 4**<br>**Oturum Başkanları:** Nefise Tanrıdan Okçu, Burcu Dinçgez<br><br>**Plasenta Previa Olgularında İstmik Çevre Sütürü**<br>Ebu Bekir Sıddık Yılmaz<br><br>**Gebelikte Gingival Piyojenik Granülom; Antenatal Takipte Göz Ardı Edilen Ağız Sağlığı**<br>Zeliha Atak<br><br>**Postpartum Milier Tüberküloz: Göçmen Sağlığının Bir Başka Boyutu**<br>Gülizar Ekin<br><br>**Persistan Sağ Umblikal Ven ve Tek Umblikal Arter Bulgularına Eşlik Eden Sağ Konjenital Diyafram Hernisi Olgusu**<br>Ebu Bekir Sıddık Yılmaz<br><br>**Effect of Serum Uric Acid/Creatinine Ratio on Early Pregnancy Outcomes: A Prospective Study**<br>Tansu Bahar Gürbüz |
| 16:00 - 16:30 | **Kahve Molası** | | |
| 16:30-18:00 | **PRENATAL TANIDAN YENİDOĞAN GENETİK PERSPEKTİFİ**<br>**Moderatör:** Sermet Sağol<br><br>**Panelistler:** Hülya Kayserili, Cenk Sayın, Ebru Çelik, Ebru Alıcı Davutoğlu<br><br>IVF Gebeliklerinde Prenatal Tarama Tanı Farklı mı?<br>NIPT Kullanım Kısıtlılıkları Var mıdır?<br>TGK Vakasında NIPT Kullanımı Nasıl Olmalı?<br>Anomalilerde Tanı İçin Genetik Basamakları Nasıl Olmalı? | **KADIN SAĞLIĞI DERNEKLERİ FEDERASYON OTURUMU**<br><br>Endometriozisin Konseyi Tanı ve Yönetimde Neleri Değiştirir?<br><br>**Panelistler:** Gürkan Uncu, Bülent Urman, Gürsel Savcı, Ayşe Seyhan, Işıl Kasapoğlu, Kiper Aslan, Gökhan Öngen | |
| 19:30 - 21:00 | **Akşam Yemeği** | | |

## 06 Nisan 2025, Pazar

| | A Salonu |
|---|---|
| 09:00 - 10:00 | **AKILCI İLAÇ OTURUMU**<br><br>Bahadır Koşan |
| 10:00 - 10:30 | **Kahve Molası** |
| 10:30 - 11:30 | **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 3**<br>**Oturum Başkanı:** Bilge Çetinkaya Demir |
| 11:30 - 12:30 | **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 4**<br>**Oturum Başkanı:** Işıl Kasapoğlu |
| 12:30 | **KAPANIŞ** |

# SÖZLÜ BİLDİRİLER

**SB3**

## Small Cell Carcinoma Of The Uterine Cervix Presenting With Bone Marrow İnfiltration; A Case With Complex Clinical Management

***[1]Bilge Topçu, [1]Zeliha Atak, [2]Nermin Ünal Odabaş, [1]Sakine Rahimli Ocakoğlu, [1]Özlem Özgün Uyanıklar***

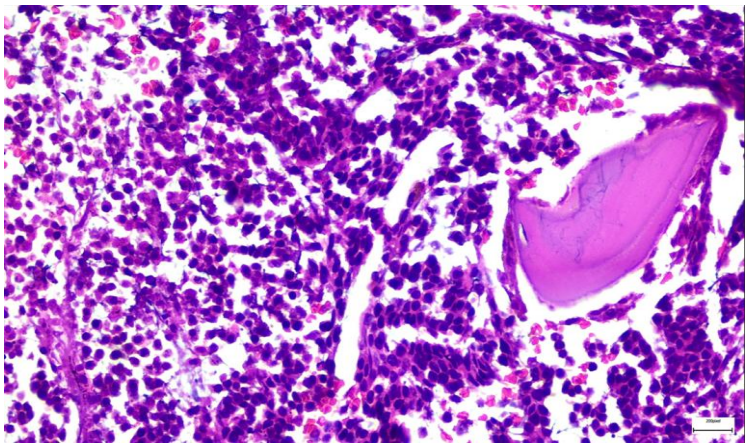
*[1]Bursa City Hospital, Department Of Obstetrics And Gynecology, Bursa*
*[2]Bursa City Hospital, Department Of Pathology, Bursa*

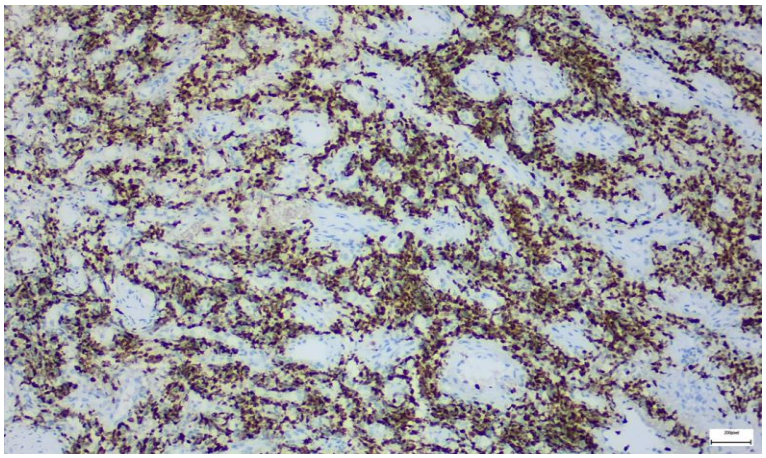
BACKGROUND: Squamous Cell Carcinoma (SCC), the most common type, accounts for approximately 70-80% of all cervical cancers. Whereas cervical neuroendocrine (mainly small cell) tumors represent only about 2 percent of all cervical malignancies. This tumor type is characterized by lymphatic involvement and distant metastasis at the diagnosis. Patients can present with systemic symptoms such as weight loss and paraneoplastic syndrome. Most patients with small cell carcinoma are associated with high-risk HPV types, especially HPV18.Our aim is to draw attention to this rare type of cervical cancer by explaining the diagnostic process of the current patient.

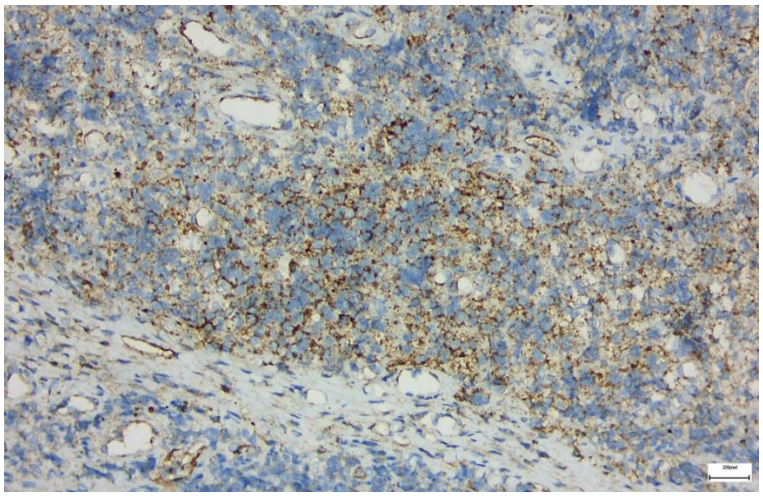
CASE: A 62-year-old female was admitted to the emergency clinic with a 15 kg weight loss in the last few months, poor general condition, and postmenopausal bleeding. The patient's medical history was uneventful. Vaginal examination revealed a non-exophytic mass in the cervix. Fractioned curettage, cervix biopsy and smear were performed. The patient's blood parameters and imaging findings during the admission and follow-up period are summarised in Table 1 and Table 2. The preliminary diagnosis was cervical cancer or lymphoma. Due to the high c-reactive protein, neutrophil-dominant leukocytosis, and poor general condition, the patient was started on treatment for sepsis according to infectious diseases consultation. On the 2nd day of hospitalization, the patient was monitored in the intensive care unit due to anemia and thrombocytopenia without a bleeding focus, and appropriate transfusions were performed in consultation with the hematology department and a bone marrow biopsy was performed. On day 4 due to hemodynamics unstability intravenouse vasopressor was ordered. The patient developed cardiac arrest on the 10th day of hospitalization. Although there was a response to cardiopulmonary resuscitation, the patient's condition continued to deteriorate and despite all our efforts, the patient died on the 11th day of hospitalization. Histopathological confirmation of the patient's malignancy diagnosis could only be last in the postmortem period due to the complexity of the tumor. Cervical smear results suggest mesenchimal or hematological malignancy rather than epithelial tumor. Cervix biopsy result was compatible with malignant small cell tumor, and bone marrow was infiltrated with the same type of tumor (Figure 1). The Ki-67 labeling index was 85% (Figure 2). Focal staining was detected with CD56 (Figure 3).

| **Table-1 Laboratory features of the patient** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Blood Parameter | Admission | 2nd day | 3rd day | 4th day | 10th day |
| WBC | 34 380 | 30 870 | 27 000 | 26 630 | 36.55 |
| Hb | 11.8 | 8.6 | 7.2 | 7.0 | 8.0 |
| Plt | 116 000 | 67 000 | 47 000 | 34 000 | 29 000 |
| CRP | 348.6 | | 193 | 293 | 228.2 |
| Procalcitonin | 1.11 | | | 2.95 | 3.18 |
| Ferritin | | | | **20 974** | |
| LDH | 2759 | | 3416 | **4752** | 5480 |
| IL-6 | | | | **453** | |
| ALT | Hemolyzed | 28 | | 35 | Hemolyzed |
| AST | Hemolyzed | 112 | | 116 | Hemolyzed |
| Urea | 74.3 | 229.8 | 230 | 192 | 210.4 |
| Creatinine | 0.78 | 0.92 | 0.97 | 0.56 | 1.64 |

| **Table-2 Imaging findings of the patient** | |
|---|---|
| Transvaginal and abdominal ultrasound (On the day of admission) | Pelvic conglomerate lymph nodes and a heterogeneous, enlarged cervix |
| Thorax computed tomography | Plevral effusion without any lung mass |
| Abdominal computed tomography | Cervical mass indentated the rectum. Omental cake and peritoneal implants were present. Paraaortic, paracaval and renal lymph nodes were enlarged and conlomerated. |







DISCUSSION / CONCLUSION: Small cell neuroendocrine carcinoma of the cervix is a rare, aggressive subtype of cervical cancer. For females with small cell carcinoma of the cervix, the prognosis is worse compared with cervical squamous cell carcinomas or adenocarcinomas. HPV appears to be an etiology of these cancers however in this case HPV was negative. Small cell neuroendocrine carcinomas are more likely to have lymph node metastases as was present with this patient. It is important to mark small cell carcinomas different manifestation from SCC. In our case, bone marrow involvement was present at the time of diagnosis.Histopathological diagnosis of these tumors also requires experience. Immunohistochemical stainings are not always helpful, especially in high-grade tumors.

Suspecting neuroendocrine tumors of the cervix, which are associated with low survival rates, is the first step in the diagnosis.

**SB4**

## Gebelikte Gingival Piyojenik Granülom; Antenatal Takipte Göz Ardı Edilen Ağız Sağlığı

***[1]Zeliha Atak*, [1]Özlem Özgün Uyanıklar, [1]Sakine Rahimli Ocakoğlu, [2]Meliha Mutlu, [3]Hasan Mutlu***

*[1]Bursa Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bölümü, Bursa*
*[2]Özel Diş Kliniği*
*[3]Bursa Şehir Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Bursa*

GİRİŞ: Piyojenik granülom bir diğer adı ile lobüler kapiller hemanjiomlar, cilt ve mukozal dokulardan gelişebilen benign vasküler lezyonlardır. En sık oral kavitede görülürler ve kanamaya eğimlidirle. Gebelikte oral mukozada genellikle 2. veya 3. trimesterde görülmekte olup, granüloma gravidarum veya epulis gravidarum olarak da adlandırılır ve tüm gebelikleri %5inde görülürler. Gebelikte oluşan hormonal değişikler, kötü oral hijyen ve lokal kronik irritanlara maruziyet altta yatan risk faktörleridir. Bu lezyonlar nadiren alveolar kemik lizisine ve dişlerin yer değiştirmesine sebep olarak maligniteler ile karıştırılabilirler. Bu çalışmada rutin antenatal takip sırasında tespit edilen iki piyojenik granulom ve bir gingival hiperplazi olgusu sunulmaktadır.

OLGU 1: 38 yaşında G3A1P1 olan hastanın hastanemize ilk başvuru haftası olan 33. gebelik haftasında üst kesici dişlerin arkasında 3cm mukozal kitle farkedildi. Hastanın vejetan kitlesinin 6. gebelik ayından itibaren gelişmeye başladığı öğrenildi. Düzensiz kontürlü olan kitleden malignite şüphesi nedeni ile postpartum 1. günde yapılan tru-cut biyopsi histopatolojik sonucu piyojenik granüloma ile uyumlu geldi. Postpartum takipte lezyon boyutlarında küçülme gözlendi.



OLGU 2: 31 yaşında, G3P1A1 olan gebe hasta 27. gebelik haftasından itibaren belirgin hale gelen diş etlerinde şişlik şikayeti diş hekimine başvurmuştur. Sağ alt kesici dişlerin labialinde yer alan lezyona gingival hiperplazi tanısı konulmuş olup hastanın hiperplastik lezyonunun eksizyonu önerilmiş. Hastaya ağız hijyeni hakkında bilgi verildi. Gebelik sürecinde eksizyon önerilmedi. İzlemde 36. gebelik haftası civarında lezyonun küçüldüğü belirlendi.



OLGU 3: 30 yaşında G1P0 hasta rutin obstetrik takibi esnasında diş eti lezyonu ile ilişkili şikayetini iletti. Lezyon gelişiminin 30. gebelik haftasında itibaren başladığı bilgisi edinildi. Lezyon sağ maksiler premolar ve kanin dişlerin bukkalinde yer almakta idi. Dış merkezde eksizyon planlanan hastanın lezyonunun piyojenik granülom ile uyumlu olduğu düşünüldü. Eksizyonun postpartum dönemde yapılması önerildi.



TARTIŞMA: Hayatın her aşamasında önemli olan ağız sağlığı gebelikte artan seks steroidlerine bağlı gelişen değişikliler ve saliva pH'ındaki azalma neticesinde ayrıca önem kazanmaktadır. Ağız sağlığı ve periodontal hastalıkların preeklampsi, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı gibi obstetrik komplikasyonlar ile ilişkisi ortaya konmuştur. Bununla birlikte obstetrisyenlerin büyük bir kısmı rutin antenatal bakım esnasında bu konuya değinmemektedir. Kadın doğum uzmanlarının gebelik sırasında ağız sağlığına yaklaşımlarını değerlendiren bir çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının gebelerin ağız sağlığını sorgulamadıkları ve yaklaşık %70înin ağız sağlığı hakkında bilgi vermedikleri gösterilmiştir. Oral piyojenik granülom ayırıcı tanısında yer alan gingival hiperplazi bizim ikinci olgumuzda görülmektedir. Piyojenik granülomdan farklı olarak gingival hiperplazide diş etlerinde yaygın proliferatif değişiklikler gözlenir.Postpartum dönemde bu lezyonlar gerileyebileceğinden ve gebelikte uygulanan cerrahiler yüksek rekürrens riski taşıdığından malignite kuşkusu ve kanama olmaması halinde eksizyon işleminin doğum sonrasına ertelenmesi daha sağlıklı olacaktır. Diş hekimleri ve çene cerrahlarının yanı sıra kadın doğum hekimleri de bu lezyonların gelişimi, seyri ve yönetimi konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar.

**SB5**

## Postpartum Milier Tüberküloz: Göçmen Sağlığının Bir Başka Boyutu

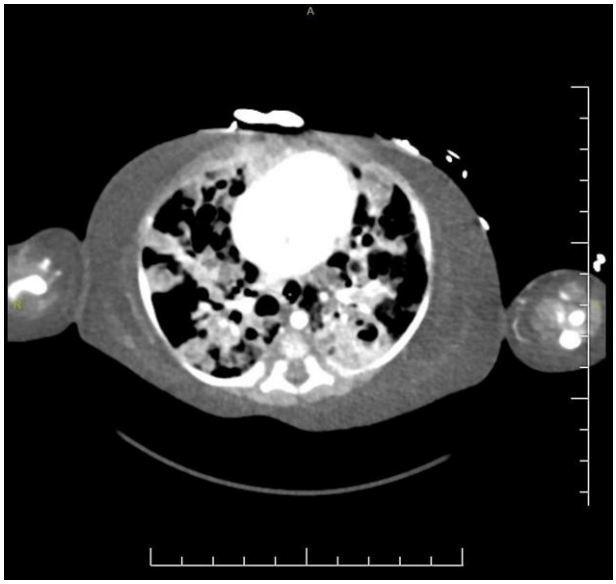
***[1]Gülizar Ekin, [1]Zeliha Atak, [2]Emel Gürcüoğlu, [1]Sema Yıldız, [1]Özlem Çaylan Canıtez, [1]Yılmaz Çetin***

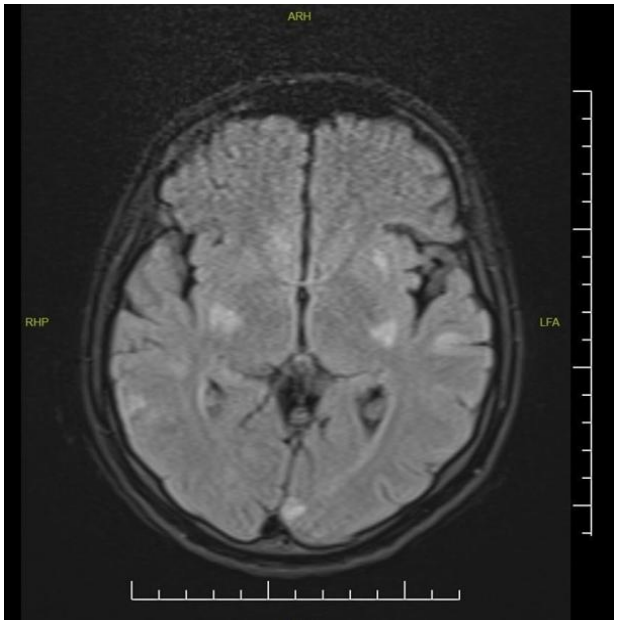
*[1]Bursa Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bölümü, Bursa*
*[2]Bursa Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Bursa*

GİRİŞ: Postpartum dönemde gelişen yeniden immün yapılanma özellikle tüberküloz enfeksiyonu için artan bir duyarlılık ve reaktivasyon riski oluşturabilir. Milier tüberküloz, Mycobacterium tuberculosis'in lenfo-hematojen yayılımı sonucu gelişen ve akciğerler dışında birçok organı etkileyebilen sistemik bir enfeksiyondur. Oldukça nadir görülen milier tüberküloz, tanı ve tedavide yaşanan gecikmeler nedeniyle yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre son yıllarda bildiriminde azalma gözlense de tüberküloz enfeksiyonu, yoğun göç alan ülkemiz gibi endemik coğrafyaların sorunudur. Gebelik ve lohusalık gibi özel immünitedeki populasyon için enfeksiyon yönetimi özellikle önem taşımaktadır. Bu çalışmada, postpartum milier tüberküloz tanısı alan bir hastanın tanı ve tedavi süreci ile tüberküloz temaslı bir başka hastanın postpartum yönetimi multidisipliner bir yaklaşım çerçevesinde incelenmiştir.

OLGU 1: Yirmi üç yaşında, 29+6 haftalık IVF ikiz gebeliği olan hasta, akut fetal distres nedeniyle acil sezaryen ile doğum yapmıştır. Hastanın post-operatif seyri Tablo 1'de özetlenmiştir. Başlangıçta bakteriyel enfeksiyon şüphesi ile geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlansa da klinik kötüleşme gözlenmiştir. Postoperatif 19. günde kriptojenik pnömoni ön tanısı konmuş (Şekil 1), ileri görüntüleme ve bronkoalveolar lavaj sonrası tedaviye devam edilmiştir. Postoperatif 71. günde generalize tonik-klonik nöbetler nedeniyle yatırılan hastada, kranial manyetik rezonans görüntülemede tüberkülomlar saptanmıştır (Şekil 2). Lomber ponksiyon sonucunda beyin-omurilik sıvısında tüberküloza özgü bulgular tespit edilememiştir, ancak klinik tablo tüberküloz ile uyumlu değerlendirilerek izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol içeren dörtlü antitüberküloz tedavi başlanmıştır. Karaciğer enzim yüksekliği dışında tedavi sırasında ciddi yan etki izlenmemiştir. Tedavi sürecinde, antitüberküloz tedaviye ek olarak antikonvülzan tedavi nöbet kontrolü için başlanmış ve tekrarlayan kranial görüntülemelerde belirgin iyileşme görülmüştür. Bebeklerden biri, yaşamın 60. gününde progresif primer tüberküloz nedeniyle eksitus olurken, diğeri başarılı bir tedavi süreci sonrası taburcu edilmiştir.

| Olgu 1: Postoperatif seyir | |
|---|---|
| Post-op 1. gün | Ateş(38.1), öksürük, gece terlemesi, halsizlik |
| Post-op 5. gün | Sepsis ▶ YBÜ'ne yatış, 7. gün entübasyon |
| Post-op 19. gün | Kriptojenik pnömoni öntanısıyla yeniden YBÜ'ne yatış |
| Post-op 31. gün | Göğüs hastalıkları kliniğinden **taburculuk** |
| Post-op 71. gün | Generalize tonik klinik nöbet, yara yerinden yoğun pürülan akıntı ▶ Enfeksiyon Hastalıkları servisine yatış |
| Post-op 72. gün | Kranyal MR tüberkülom görülmesi ▶ dörtlü antibiyoterapi ve LP planı |
| Post-op 74. gün | LP |
| Post-op 108. gün | Yara yeri enfeksiyonu ▶ Kadın Hastalıkları ve Doğum servisine yatış ▶ Acinetobacter baumannii üremesi |
| Post-op 114. gün | Sekonder sütürasyon |
| YBÜ: Yoğun bakım ünitesi; LP: Lomber ponksiyon | |





OLGU 2: Otuz üç yaş term doğum yapan hastanın evde 6 yaşındaki çocuğunda son 1 ayda tüberküloz tanısı öyküsü mevcuttu. Verem savaş dispanserinde temaslı takibi gebeliğe bağlı olarak suboptimal de olsa yapılmıştı. Postpartum annede tüberküloz enfeksiyonu /hastalığı ayrımı için akciğer görüntülemesi istendi, Quantiferon (interferon gama salınım testi), balgam, açlık mide sıvısı ve idrarda tüberküloz kültürleri gönderildi. sonuçları ile tedavi planı yapılmak üzere polikliniğe çağırıldı.

TARTIŞMA: Tüberküloz enfeksiyonu açısından riskli olan gruplar HIV enfeksiyonu olanlar, göçmenler ve sığınmacılar, geriatrik populasyon, gebeler ve lohuslardır. Bizim her iki olgumuz da sığınmacı konumundaki hastalardı. Milier tüberkülozun postpartum dönemde ortaya çıkması, immün sistemin baskılanması ve hormonal değişikliklerle ilişkilidir. Literatürde bu tür olgular az sayıda bildirilmiş olup, özellikle erken tanı ve tedavinin önemi vurgulanmaktadır. Tanı sürecinde bronkoalveolar lavaj, balgam kültürü ve görüntüleme yöntemleri kritik öneme sahiptir. Bu olguda olduğu gibi, hastaların semptomlarının polimikrobiyal enfeksiyonlarla komplike olması, tanıyı geciktirebilir. WHO verileri, tüberküloz mortalitesinde %23'lük bir azalma olduğunu belirtse de, gebe ve lohusalarda tüberkülozun yönetimi ek zorluklar barındırmaktadır. Gebelikte kullanılan antitüberküloz tedaviler genellikle güvenli kabul edilse de, ilaçlara bağlı hepatotoksisite riski göz önünde bulundurulmalıdır.

SONUÇ: Postpartum milier tüberküloz, nadir görülmesine karşın hızlı ilerleyebilen bir enfeksiyondur. İlk olgu sunumu, erken tanı ve multidisipliner yaklaşımın prognozu iyileştirilebileceğini göstermektedir. Literatürde bu tür vakaların sunulması, farkındalığı artırarak tanı ve tedavi sürecine katkıda bulunabilir. WHO'nun önerdiği kapsamlı bakım yaklaşımları, hastaların fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılamada yol gösterici olabilir. Ayrıca, yenidoğanların dikkatli izlenmesi ve tedavi edilmesi prognozlarını belirgin şekilde etkileyebilir.

**SB6**

## İki Vakada Laparoskopik Histerektomi Sonrasında Ovariyan Torsiyon Olgusu: Olgu Sunumu

***[1]Mehmet Emre Peker, [1]Duygu Uçar Kartal, [1]Ufuk Atlıhan, [2]Yusuf Baral, [3]Murat Özşahin, [4]Aygül Aliyeva***

*[1]Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi*
*[2]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı*
*[3]Manisa Şehir Hastanesi*
*[4]İstanbul Özel Medicalpark Göztepe Hastanesi*

Over torsiyon, jinekolojide önemli klinik sonuçlara yol açabilen acil bir durumdur. Cerrahi olarak detorsiyon veya ooferektomi ile tedavi edilir. Bu 2 vakada, histerektomi ve bilateral salpenjektomi operasyonu sonrasında sağ ovarian torsiyon vakaları anlatılmaktadır. Ovariyan torsiyon nadir olarak histerektomiden sonra ortaya çıkar ve prevalansı 1000 hastada <8 olarak bildirilmiştir. Hastalar, şiddeti gittikçe artan sağ yan ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Torsiyon tanısı ise cerrahi ve patoloji ile doğrulandı. BT ve transvaginal ultrason görüntüleme kombinasyonu kullanılarak tanı konuldu. 45 ve 47 yaşlarındaki her iki vakaya da sağ ooferektomi yapıldı. Hasta ameliyattan sonraki 24.saatte taburcu edildi. Hastaların semptom ve şikayetleri geriledi. Ovarian torsiyon, histerektomi sonrasında nadiren bildirilmektedir. Bu olgular, laparoskopik histerektomi sonrası dönemde over torsiyonunun da ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini göstermektedir.

**SB7**

## Sezaryan Sonrası Vezikouterin Fistül Olgusu: Olgu Sunumu

***[1]Mehmet Emre Peker*, [1]Ufuk Atlıhan, [1]Duygu Uçar Kartal, [2]Yusuf Baral, [3]Murat Özşahin, [4]Aygül Aliyeva***

*[1]Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi*
*[2]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı*
*[3]Manisa Şehir Hastanesi*
*[4]İstanbul Özel Medicalpark Göztepe Hastanesi*

Vesikouterin fistül, mesane ile uterus arasında oluşmaktadır. Ürogenital fistüllerin %1-4'ünü oluşturan nadir bir durumdur. Son yıllarda sezaryen ameliyatlarının artmasıyla birlikte prevalansında artış gözlenmiştir. Tanıda ultrasonografi, sistoskopi, sistografi, histerosalpingografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Tedavi seçenekleri konservatif, medikal ve cerrahi yöntemleri içermektedir. Cerrahi tedavi kesin çözüm olarak kabul edilmektedir. Bu makalede, üçüncü sezaryen operasyonu sonrası uterovezikal fistül gelişen bir olgu, cerrahi teknikle tedavi edildi ve literatürler değerlendirilerek sunuldu.

**SB8**

## Effectiveness Of Perioperative Duloxetine For Pain Management İn VNOTES Hysterectomy: A Randomized, Placebo-Controlled Trial

***[2]Kemal GÜNGÖRDÜK, [3]Onur ARSLANER, [4]Berican ŞAHİN UYAR, [1]Emre BİTON, [1]Berke Nur ERGÜ***

*[1]Department Of Obstetrics And Gynecology, Faculty Of Medicine, Sıtkı Koçman University, Muğla, Turkey.*
*[2]Department Of Obstetrics And Gynecology, Faculty Of Medicine, Division Of Gynecologic Oncology, Sıtkı Koçman University, Muğla, Turkey.*
*[3]Department Of Obstetrics And Gynecology, Faculty Of Medicine Sıtkı Koçman University, Muğla, Turkey.*
*[4]Department Of Obstetrics And Gynecology, Faculty Of Medicine,Sıtkı Koçman University, Muğla, Turkey.*

INTRODUCTION: Transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) can be utilized as a "rescue" technique during vaginal procedures, relying on fundamental laparoscopic single-site skills to address and resolve these challenges.

OBJECTIVE: This study aims to evaluate the impact of perioperative administration of Duloxetine on postoperative pain management and recovery quality in women undergoing vNOTES total hysterectomy.

METHOD: Conducted as a randomized controlled trial, the study involved 76 women divided into two groups—39 in the study group and 37 in the control group. Patients in the study group received 60 mg of oral duloxetine 2 hours prior to surgery and again 24 hours post-surgery, whereas those in the control group were given a placebo following the same schedule. While medical staff were aware of the treatment allocations, all patients remained blinded to the type of medication administered.

RESULTS: No differences were observed between the patients in terms of baseline demographics or perioperative characteristics (Figure 1). Eight hours after surgery, the study group demonstrated a significantly lower mean visual analog scale (VAS) pain score compared to the control group (3.7 ± 1.0 vs. 4.4 ± 0.1, P = 0.002). Additionally, the mean VAS scores at 4, 3, and 6 hours post-surgery were also significantly lower in the study group. The mean scores on the faces pain scale-revised consistently showed reductions in the study group as well. Although fewer patients in the study group required additional analgesics (5.1% vs. 18.9%), this difference did not reach statistical significance (P = 0.08). Women who received duloxetine achieved higher overall QoR-15 questionnaire scores (111.48 ± 5.0 vs. 104.86 ± 5.5, P < 0.001). No complications or adverse effects linked to duloxetine use were noted.

CONCLUSION: Administering duloxetine as premedication for patients undergoing V-notes hysterectomy is a safe and effective approach to minimizing postoperative pain, reducing the need for additional analgesics, and enhancing patient satisfaction. Therefore, this strategy can be incorporated into an enhanced recovery protocol.

| Characteristic | Control group (n = 37) | Duloxetine group (n = 39) | p-value |
|---|---|---|---|
| Age, years[a] | 58.3 ± 10.2 | 56.8 ± 9.2 | 0.52 |
| BMI, kg/m²[a] | 31.2 ± 6.5 | 30.2 ± 3.9 | 0.40 |
| Gravidity[a] | 2.4 ± 1.0 | 2.2 ± 1.3 | 0.40 |
| Current smoker[b] | 10 (27.0) | 6 (15.4) | 0.26 |
| Alcohol abuse[b] | 5 (13.5) | 1 (2.6) | 0.10 |
| Hypertension[b] | 12 (32.4) | 8 (20.5) | 0.30 |
| Diabetes mellitus[b] | 9 (24.3) | 8 (20.5) | 0.78 |
| Other coexisting disease[b] | 8 (21.6) | 6 (15.4) | 0.56 |
| Previous ceserean section[b] | 14 (37.8) | 12 (30.8) | 0.63 |
| Hemogram[a] | | | |
| *Preoperative level* | 11.0 ± 0.8 | 11.1 ± 1.1 | 0.64 |
| *Postoperative level (Day 1)* | 10.1 ± 0.7 | 10.3 ± 1.1 | 0.30 |
| Presurgery QOR-15 score[a] | | | |
| *Part A* | 75.5 ± 4.8 | 76.7 ± 2.7 | 0.23 |
| *Part B* | 36.6 ± 4.8 | 36.8 ± 4.3 | 0.83 |
| *Total* | 112.37 ± 5.5 | 113.66 ± 4.9 | 0.28 |
| Indication for surgery[a] | | | 0.59 |
| *Endometrial Cancer-Preinvasive cancer* | 15 (40.5) | 11 (28.2) | |
| *Anormal Uterine bleeding* | 7 (18.9) | 5 (12.8) | |
| *Adnexal mass* | 6 (26.2) | 8 (20.5) | |
| *Cervical preinvasive lesions* | 3 (8.1) | 4 (10.3) | |
| *Myoma Uteri* | 6 (16.2) | 11 (28.2) | |
| Additional Surgical Procedure[a] | 14 (37.8) | 12 (30.8) | 0.63 |
| *High uterosacral ligament plication* | 2 | 4 | |
| *Transobturator tape placement* | 3 | 2 | |
| *Anterior (A) colporrhaphy* | 3 | 2 | |
| *Posterior (P) colporrhaphy* | 2 | 1 | |
| *Combined A&P colporrhaphy* | 2 | 1 | |
| *Sentinel lymphadenectomy* | 2 | 2 | |
| Operative duration, min[b] | 68.8 ± 27.5 | 63.1 ± 19.8 | 0.29 |
| Anesthesia duration, min[b] | 81.3 ± 30.5 | 75.7 ± 24.1 | 0.37 |
| Intraoperative complications[a] | 1 (2.7) | 2 (5.1) | 0.52 |
| Postoperative VAS score[a] | | | |
| *4h* | 5.1 ± 0.9 | 4.6 ± 1.1 | 0.04 |
| *8h* | 4.4 ± 0.7 | 3.7 ± 1.0 | 0.002 |
| *12h* | 3.5 ± 0.7 | 3.0 ± 0.8 | 0.007 |
| *24h* | 2.2 ± 0.8 | 1.7 ± 0.8 | 0.03 |
| Postoperative FPS-R score[a] | | | |
| *4h* | 6.9 ± 1.1 | 5.8 ± 0.9 | <0.0001 |
| *8h* | 6.1 ± 1.1 | 5.4 ± 1.1 | 0.02 |
| *12h* | 5.0 ± 1.6 | 4.3 ± 1.1 | 0.03 |
| *24h* | 2.1 ± 1.4 | 1.4 ± 0.8 | 0.03 |
| Additional analgesic requirement[a] | 7 (18.9) | 2 (5.1) | 0.08 |
| Diclofenac 75 mg intravenously | 2 | 1 | |
| Tramadol 100 mg intravenously | 5 | 1 | |
| Postoperative 24-h QOR-15 score[a] | | | |
| *Part A* | 72.0 ± 4.9 | 75.6 ± 2.7 | <0.001 |
| *Part B* | 32.7 ± 4.6 | 35.8 ± 4.2 | 0.003 |
| *Total* | 104.86 ± 5.5 | 111.48 ± 5.0 | <0.001 |
| Hospitalization time, days | 1.3 ± 0.4 | 1.2 ± 0.4 | 0.16 |
| Number of oral etodolac pills used after discharge | 5.4 ± 1.0 | 4.6 ± 1.1 | 0.003 |
| Readmission | - | - | |

**SB10**

## Diyabetik Ketoasidoz Ve Gebelik: Hayati Bir Komplikasyonun Yönetimi

***[1]Sevgi SENOL, [1]Zeliha ATAK, [1]Elif GUNES***

*[1]Bursa Sehir Hastanesi*

GİRİŞ: Diyabetik ketoasidoz (DKA), diyabetik gebeliklerin %0,5-3'ünde görülen, hem anne hem de fetüs için yaşamı tehdit edebilen ciddi bir metabolik komplikasyondur. Tip 1 diyabetes mellitus (DM) hastalarında daha sık görülmekle birlikte, Tip 2 DM ve gestasyonel diyabet olgularında da nadiren ortaya çıkabilir. Gebelikte artan insülin direnci, hızlanmış açlık durumu ve solunum alkalozu gibi fizyolojik değişiklikler, DKA gelişimini kolaylaştıran faktörlerdir. Bu çalışmada, üç gebede gelişen ve multidisipliner bir yaklaşımla başarıyla yönetilen DKA olguları sunulmuş, bu olgular üzerinden tanı ve tedavi süreçlerinin önemi tartışılmıştır.

OLGU 1: 32 yaşında ve dördüncü gebeliği olan hastada, son bir ayda insülin tedavisinin düzensiz kullanımı nedeniyle 28. gebelik haftasında DKA gelişmiştir. Başvuruda kan şekeri 278 mg/dL, pH 7.06, HCO3 4.4 mmol/L olarak ölçülmüştür. Yoğun bakımda, sıvı replasmanı, insülin infüzyonu ve HCO3 tedavisi uygulanmış ve hastanın vital bulguları stabilize edilmiştir, beş gün sonra klinik servise alınmıştır. Ancak taburculuk sonrası kan şekeri regüle edilememiş ve 35. haftada perinatoloji servisine yatırılmıştır. Kan şekeri kontrol altına alınamayınca 36. haftada sezaryenle doğum gerçekleşmiş ve hasta postoperatif 4. günde sorunsuz taburcu edilmiştir.

OLGU 2: 32 yaşında, ilk gebeliği olan bir hasta, 19. gebelik haftasında, beş gündür devam eden bulantı ve kusma şikayetleriyle başvurmuş, bir haftada 6 kg kilo kaybettiği öğrenilmiştir. Başvuruda kan şekeri 322 mg/dL, pH 7.19 ve idrarda keton 3+ saptanmıştır. Yoğun bakımda izotonik sıvı replasmanı ve kristalize insülin infüzyonu uygulanmış, vital bulguları ve kan gazı değerleri düzeldikten sonra klinik serviste izlenmiştir. Ancak, gebeliğin ilerleyen döneminde şiddetli preeklampsi gelişmiş ve 30+5 haftada sezaryenle doğum gerçekleştirilmiştir. Hasta postoperatif 5. günde komplikasyonsuz şekilde taburcu edilmiştir.

OLGU 3: 28 yaşında ve ilk gebeliği olan hasta, insülin pompasının tıkanması sonucu insülin dozlarının uygulanamaması nedeniyle DKA geliştirmiştir. Başvuruda kan şekeri 403 mg/dL, pH 7.083 ve idrarda keton 3+ saptanmıştır. Yoğun bakımda sıvı ve insülin infüzyonlarıyla tedavi edilmiş, elektrolit dengesizlikleri düzeltilmiştir. Beş gün süren yoğun bakım takibinin ardından hasta servise alınmış ve insülin tedavisi düzenlenerek taburcu edilmiştir. Ancak 29+1 haftada kontrolsüz kan şekeri nedeniyle yeniden yatırılmış ve tedavisi revize edilmiştir. 37. haftada iri bebek tanısıyla sezaryen yapılmıştır.

TARTIŞMA: Bu olgularda erken tanı ve hızlı tedavi ile maternal ve fetal sonuçlar olumlu olmuştur. DKA tanısında kan gazı analizi, glukoz ve keton düzeyleri gibi temel tetkikler hayati öneme sahiptir. Ayrıca, insülin pompası gibi teknolojik cihazların düzenli kontrolü, teknik sorunların önlenmesi açısından önem arz etmektedir. Literatürde gebelikte DKA ile ilişkili fetal ölüm oranlarının %15-60 arasında değiştiği belirtilmektedir. Fizyolojik olarak, keton cisimlerinin plasentayı ve fetal kan-beyin bariyerini geçtiği ve bu durumun fetal hipoksemi ve nörolojik

hasara katkıda bulunabileceği gösterilmiştir. Tedavide sıvı replasmanı, insülin infüzyonu ve elektrolit dengesizliklerinin düzeltilmesi temel unsurlardır. Literatürde DKA'nın yönetiminde sıvı tedavisinin titizlikle yapılması gerektiği, hızlı hidrasyonun maternal kardiyak yükü artırabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, preeklampsi gibi komplikasyonların varlığı yönetimi daha da karmaşık hale getirebilir.

SONUÇ: Sonuç olarak, gebelikte DKA'nın yönetiminde multidisipliner yaklaşım, maternal ve fetal prognozun iyileştirilmesinde kritik öneme sahiptir. Erken tanı ve tedavi, hem komplikasyonların önlenmesi hem de gebelik sonuçlarının iyileştirilmesi açısından hayati bir rol oynamaktadır. Bu olgu serisi, sağlık profesyonellerine bu nadir ancak ciddi durumun yönetiminde rehberlik edebilecek önemli bir katkı sunmaktadır.

**SB11**

## Celox PPH Kullanımı İle Kontrol Altına Alınan Persistan Vajinal Kanama: Bir Olgu Sunumu

***[1]Recep Taha Ağaoğlu***

*[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı*

GİRİŞ: Erken gebelik kayıplarında uterin kanama, maternal morbidite açısından önemli bir risk faktörüdür ve etkili yönetimi gerektirir. Obstetrik pratiğinde, özellikle konsepsiyon ürünü retansiyonu, missed abort gibi nedenlerle dilatasyon ve küretaj (D&C) yapılan hastalarda inatçı vajinal kanamalar görülebilir. Bu tür kanamalar, endometrial kavitede rezidüel doku varlığı, uterin atoni veya koagülopati gibi nedenlerden kaynaklanabilir ve ciddi maternal morbiditeye yol açabilir. Özellikle hızlı ve etkili bir şekilde kontrol altına alınamayan kanamalar, kan ürünü transfüzyonu gereksinimini artırarak hastanede yatış süresini uzatabilir ve hatta histerektomiyi de içeren cerrahi müdahale gerekliliğini doğurabilir. Geleneksel tedavi yaklaşımları; uterotonik ajanlar, mekanik tamponad (Foley kateter, Bakri balonu) ve cerrahi girişimlerdir. Ancak bu yöntemler her zaman yeterli olmayabilir ve fertiliteyi koruma açısından kısıtlılıklar taşıyabilir.Celox PPH, özellikle postpartum kanamalarda etkili bir hemostatik ajan olarak kullanılan, koagülasyon sisteminden bağımsız olarak çalışan ve kanama alanında hızlı pıhtılaşma sağlayan bir kitosan bazlı ajan olarak geliştirilmiştir. Ancak, obstetrik ve jinekolojik kanamalarda farklı endikasyonlarla kullanımı konusunda literatür sınırlıdır. Bu olgu, geleneksel yöntemlerle kontrol altına alınamayan inatçı vajinal kanamada Celox PPH'nin başarılı kullanımını sunmaktadır.

OLGU SUNUMU: 31 yaşında, 2. Gebeliği olan hasta inkomplet abort nedeniyle D&C uygulanmış olup işlem sonrası 4. günde devam eden vajinal kanama şikayetiyle başvurdu. Transvajinal ultrasonografide (USG) uterus ön duvarında 5 cm çapında endometrial kaviteye bası uygulayan intramural myom ve fundus hizasında 20x22 mm konsepsiyon ürünü retansiyonu ile uyumlu heterojen görünüm tespit edildi. Hastanın laboratuar parametreleri incelendiğinde, hemoglobin (Hb) 13.7 g/dL, β-hCG 1291 mIU/mL olarak ölçüldü ve koagülasyon parametrelerinde anormallik tespit edilmedi. Aktif vajinal kanama gözlenen hastanın kontrol Hb değerinde 11.1 g/dL' ye düşüş izlenmesi nedeniyle acil müdahale kararı alındı. Genel anestezi altında D&C işlemi gerçekleştirildi ve endometrial kaviteden konsepsiyon ürünü ile uyumlu doku çıkarıldı. Ancak, işlem sonrası vajinal kanamanın devam etmesi ve intraoperatif Hb değerinin 9.4 g/dL' ye düşmesi üzerine kaviteye Foley kateter ile balon tamponadı denendi. Ancak, iki kez uygulanmasına rağmen kateterin kavitede stabil kalamadığı ve dışarıya ekspülsiye olduğu gözlendi. Hastanın fertilite isteği göz önüne alınarak Celox PPH uygulanmasına karar verildi. Serviks dilatasyonu takiben Celox PPH materyali ultrasonografi eşliğinde endometrial kaviteye yerleştirildi. Uygulamayı takiben kanama hızlı bir şekilde kontrol altına alındı. Celox PPH ürünü yaklaşık 12 saat sonra çıkarıldı ve takipte aktif vajinal kanama izlenmedi. Ultrasonografik değerlendirmede endometrial kavite 4 mm olup kanama lehine bulgu tespit edilmedi. Kontrol Hb değerinde düşüş izlenmemiş olup 9.4 g/dL olarak kaydedildi. Hasta işlem sonrası 3. gününde şifa ile taburcu edildi.Sonuç:Celox PPH,

literatürde yaygın olarak postpartum hemorajide kullanılan bir ajan olmakla birlikte, obstetrik ve jinekolojik kanamaların yönetiminde farklı endikasyonlarla da kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Bu olgu, özellikle fertilite isteği devam eden hastalarda ve geleneksel yöntemlerle kontrol edilemeyen kanamalarda Celox PPH'nin başarılı bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir. Kolay uygulanabilirliği ve hızlı hemostatik etkisi sayesinde, Celox PPH' nin obstetrik kanamalar için alternatif bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Prospektif çalışmalarla Celox PPH'nin jinekolojik kanamalardaki etkinliğinin daha kapsamlı şekilde araştırılması gerekmektedir.

**SB12**

## Yüksek Doğum Oranına Sahip Bir Bölgede Gebe Kadınların Postpartum RİA Kullanım Eğilimlerini Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Anket Çalışması

***[2]Fatma Başak Tanoğlu, [3]Yusuf Başkıran, [1]Melike Cömert, [4]İzzet Çeleğen , [1]Ayşe Filiz Gökmen Karasu***

*[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul*
*[2]Acıbadem Sağlık Grubu Taksim Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul*
*[3]İstinye Üniversitesi Liv Hospital, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul*
*[4]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hastanesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Van*

GİRİŞ VE AMAÇ: Son dekatta yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesiyle Türkiye'de sosyoekonomik açıdan gelişmiş bölgelerde doğumun ötelenmesinin yarattığı fertilizasyon sıkıntıları yaşayan birçok kadın, arzuladığı doğurganlığa kavuşabilmektedir. Ancak sosyoekonomik düzeyi düşük ve orta olan bölgelerde yaşayan kadınlar ise, grandmultiparitenin dezavantajlarını yaşamaya devam etmektedir. Bu bölgelerdeki yüksek doğum oranları, beraberinde maternal ve perinatal komplikasyonları getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, bu komplikasyonların azaltılması için gebelikler arasında en az iki yıl bulunması gerektiğini vurgulamaktadır. Gebelikler arasındaki süreyi uzatmak ve grandmultipariteyi azaltmak amacıyla, bu bölgelerde aile planlamasına özellikle önem verilmelidir. Bu bağlamda kullanılan doğum kontrol yöntemleri arasında, yüksek güvenilirliği, uzun etkili oluşu, kolay kullanımı, emzirmeyi engellememesi ve istendiğinde doğurganlığın hızla geri dönmesi gibi avantajlarıyla rahim içi araçlar (RİA) ön plana çıkmaktadır. Çaldıran ilçesi, yüksek doğum oranlarına sahip bir bölge olup, bu çalışmada Çaldıran'daki gebe kadınların postpartum dönemde RİA kullanma eğilimlerini etkileyen sosyokültürel, çevresel ve ekonomik faktörleri belirlemek ve kadınların RİA hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerini ortaya koymak amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma anketleri, Mayıs-Ekim 2023 tarihleri arasında Çaldıran Devlet Hastanesi'ne rutin obstetrik muayene için başvuran 878 gebe kadın tarafından dolduruldu. Anket; gebe kadınların yaş, meslek, aylık gelir, eğitim düzeyi, üreme sağlığı özellikleri, daha önce doğum kontrol yöntemi kullanımı, RİA hakkındaki düşünceleri ve bilgi düzeylerini değerlendiren 21 sorudan oluştu. Katılımcılar, doğum sonrası RİA kullanmayı düşünenler (n=383) ve düşünmeyenler (n=495) olmak üzere iki gruba ayrıldı ve anket sorularına verilen yanıtlar karşılaştırıldı.

SONUÇ: Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre; yaş grupları, parite, yan etkilerin algısı ve önceki RİA kullanımı gibi değişkenler ile postpartum RİA kullanma isteği açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak ilkokul mezunları, sağlık çalışanları, gelecekte çocuk sahibi olmayı düşünenler ve eşlerinin desteklediği gebe kadınlar arasında postpartum RİA kullanma isteğinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (OR = 2.945, p = 0.003; OR = 3.720, p = 0.032; OR = 3.675, p = 0.001; OR = 3.750, p = 0.001, sırasıyla). Çok değişkenli analiz sonuçlarına bakıldığında ise; sağlık çalışanları, gelecekte çocuk sahibi olmayı düşünen kadınlar ve eşlerin RİA kullanımını desteklemesi RİA kullanma

isteği ile anlamlı derecede yüksek bir ilişki gösterdi (OR: 11.693, 95% CI: 1.320-103.597, p=0.027; OR: 5.096, 95% CI: 3.437-7.556, p=0.001; OR: 8.347, 95% CI: 4.637-15.023, p=0.001, sırasıyla). RİA kullanımına sıcak bakan kadınların, bu yöntemi tercih etmelerindeki temel nedenler arasında RİA'nın kontrasepsiyonda etkili olması, eşlerinin onayı ve istenildiği zaman çıkarılarak gebelik planlamasına olanak sağlaması yer aldı. Öte yandan, RİA kullanımına karşı tereddüt eden kadınlarda ise, takma ve çıkarma konusundaki korkular, yöntemin güvenilirliğinden emin olamama ve doğumdan sonra tekrar gebe kalma isteği gibi faktörler ön plana çıktı.

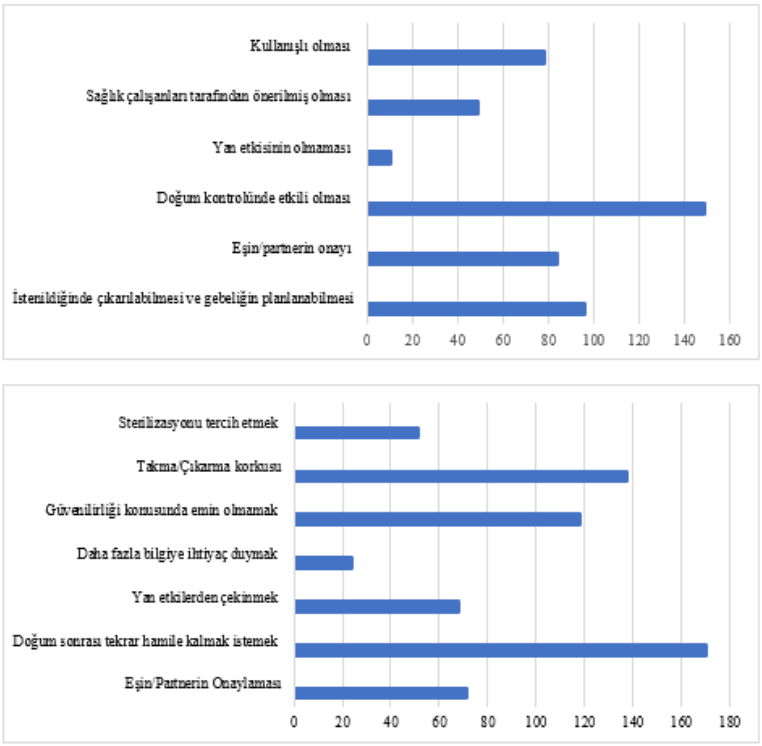
TARTIŞMA: Bu çalışma, Türkiye'nin Van ilinin Çaldıran ilçesindeki gebe kadınların postpartum RİA kullanım eğilimlerinin eğitim düzeyinden, sosyoekonomik ve kültürel etkilerden büyük ölçüde etkilendiğini ortaya koymaktadır. Aile planlaması, kadınların doğru zamanda ve istenilen koşullarda gebe kalmalarını hedefleyen önemli bir yaklaşımdır. Sosyoekonomik düzeyi yüksek bölgelerde yaşayan kadınlara gebelik planlamasının titizlikle anlatılması gibi, doğurganlığın yüksek olduğu düşük ve orta sosyoekonomik bölgelerdeki kadınlara da doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgilendirme yapmak aynı oranda önemlidir.

**Tablo 1.** Gebe kadınların postpartum RİA kullanma isteğini etkileyen faktörlerin tek değişkenli ve çok değişkenli analiz sonuçları gösterilmiştir.

| | **Tek Değişkenli Analiz** | | **Çok Değişkenli Analiz** | |
|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | OR (95% CI) | p değeri | OR (95% CI) | p değeri |
| **Yaş (yıl)** | | | | |
| <18 | Referans | | Referans | |
| 18-29 | 1.544 (0.574-4.151) | 0.389 | 3.147 (0.867-11.425) | 0.081 |
| 30-39 | 0.836 (0.483-1.448) | 0.523 | 2.111 (0.925-4.817) | 0.076 |
| ≥40 | 1.015 (0.545-1.88) | 0.389 | 1,477 (0,677-3,222) | 0.327 |
| **Parite** | 1.017 (0.834-1.076) | 0.516 | 1.045 (0,802-1,005) | 0.061 |
| **Eğitim Seviyesi** | | | | |
| Eğitim almamış | Referans | | Referans | |
| İlkokul veya ortaokul mezunu | 2.945 (1.628-5.329) | **0.003** | 2.019 (0,475-1,056) | 0.183 |
| Lise mezunu | 0.974 (0.768-1.254) | 0.164 | 1.590 (0,513-1,500) | 0.358 |
| Üniversite mezunu | 1.176 (0.873-2.426) | 0.065 | 1.877 (0,132-1,001) | 0.226 |
| **Meslek** | | | | |
| Ev hanımı | Referans | | Referans | |
| Öğretmen | 0.561 (0.752-1.264) | 0.120 | 1,905 (0,572-6,342) | 0.294 |
| Sağlık Çalışanı | 3.720 (3.243-7.268) | **0.032** | 11,693 (1,320-103,597) | **0.027** |
| Diğer | 1.152 (0.937-2.739) | 0.786 | 2,657 (0,726-9,726) | 0.140 |
| **Gelecekte gebe kalma isteği** | 3.675 (1.342-4.276) | **0.001** | 5,096 (3,437-7,556) | **0.001** |
| **PPRİA* hakkında iyi bilgi düzeyi** | 1.200 (0.436-1.154) | 0.177 | 1,985 (5,340-7,379) | 0.237 |
| **Eşin/partnerin RİA konusunda destekleyici oluşu** | 3.750 (2.261-8.352) | **0.001** | 8,347 (4,637-15,023) | **0.001** |
| **Yan etkilerin farkındalığı** | 0.897 (0.632-1.265) | 0.122 | 2,412 (0,912-6,379) | 0.076 |
| **RİA kullanım öyküsü** | 1.312 (0.983-1.751) | 0.065 | 2.412 (0,597-1,246) | 0.731 |

*postpartum rahim içi araç

**Figür 1.** Postpartum RİA kullanmayı düşünen (n = 383) ve düşünmeyen (n = 495) gebe kadınların bu kararlarında etkili olan nedenler görselde gösterilmiştir. Birden fazla yanıta izin verilmiştir.



**SB14**

## Gebelikte Adneksiel Alan Değerlendirilmesinin Önemi : Gebelikte Over Kanser Tanısı Konulan Olgu Sunumu

***[1]Keziban Saylam Dönmez*, [1]Duygu Kavak, [1]Özer Birge**

*[1]Eskişehir Şehir Hastanesi,Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği*

VAKA: Otuz dört yaşında olan hastanın üçüncü gebeliği olup, gebeliğinin 8 ci haftasında adneksiyel kitle nedeni ile jinekoloji onkoloji kliniğine başvuran hasta. Yapılan muayende 8 haftalık canlı gebelik ve uterus üzerine doğru yerleşmiş anekoik biloküle ince septalı bir alanda müral nodülü bulunan ve doplerde kan akımı olan 20 x13 cm kist görüldü. Onaltıncı haftada kitlede değişiklik saptanmadı hastaya phanenstiel kesi ile sol salpingooforektomi yapıldı. Frozen incelemede endometrioid karsinom tehşisi konuldu. Batın yıkama sıvısında malign hücreye saptanmamıştır. Kesin patolojik raporunda 15 cm ebatında endometriotik kist içerisinden gelişen 6 x4 x3 cm abatlarında seromüsinöz tip endometrioid karsinom grade 2 olarak sonuçlandı. Maling erken evre endometriotik tip over kanseri tanısı konulan olguya evreleme cerrahisi, gebelik ile ilgili tüm riskler anlatılarak, önerildi. Ancak hasta gebeliğin devamını istediği için 37. Haftada hastaya sezaryen histerektomi , sağ salpingooforektomi ve evrleme cerrahisi yapıldı. En son Evre 1 C olarak değerlendirildi. Hastaya kemoterapi önerildi ancak emzirdiği için hasta kabul etmedi. İlk 3 ay kontrolünde hasta iyi olup nüks bulgusu saptanmadı.

TARTIŞMA : Gebelikte adneksiyel kitleler 1/10000 görülmekte ve bunların yaklaşık %3-6 malign olmakta. Gebelikte en sık görülen ovaryen kanser tipleri sırayla germ hücre tümörleri, seks kordonu ve stromal tümörler, borderline ve epitelilal tümörler. Gebelikte kanser tanısı koymak zor olmakta ancak hasta için hayati önem arz etmekte. Rutin ultrason muayenesi yapılması nedeni ile genelikle ovaryen kitleleler gebeliğin ilk trimesterinde saptanmakta. Ultrasonda 10 cm den büyük kompleks yapıya sahip ve büyüme gösteren kitleler malignite açısından şüpheli olurlar. Ultrason görüntüsüne göre malignite düşünüldüğünde ikinci trimesterde cerrahi yapılmalıdır. Gerekirse MR ile görüntülenme yapılabilir. Biyokiyasal markerler (ca125) gebelikte fizyolojik artış göstermesi nedeni ile anlam azr etmez. Kanserin evresine göre hastaya tamamlayıcı cerrahi veya kemoterapi verilmesine karar verilir. Epitelial ovaryen kanserlerinde standart kemoterapi (paltinum ve taxane ) gebelikte ikinci ve üçüncü trimesterde fetüs açısından güvenli bulunmuş . İzlenecek yol gebelik haftasına ve kanserin evresine göre değişmektedir. Fetüs akciğer matürasyonu oluştuktan sonra sezaryen histerektomi ve evreleme cerrahisi yapılmalıdır.

SONUÇ: Gebelikte ovaryen kanser nadir görülen bir durumdur. Gebelik ultrasonu yaparken mutlaka adneksiyel alanlar değerlendirilmelidir. Erken dönem tanı koymak hastalığın kontrolü açısından önemlidir.

**SB16**

## Az Bilinen Bir Miyom Çeşidi: Kotilenodoid Dissekan Leiomiyom

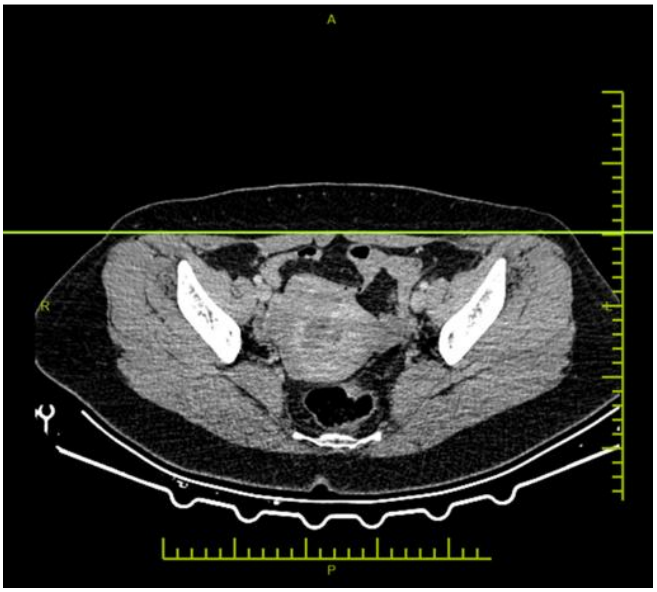
***[1]Keziban Saylam Dönmez*, [2]Figen Aslan, [1]Özer Birge**

*[1]Eskişehir Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği*
*[2]Eskişehir Şehir Hastanesi,Patoloji Birimi*

GİRİŞ: Kotilenodoid disekan leiomiyomlar çok nadir görülen bir miyom alt grubudur. Bir vaka sunumu yaparak konu ile ilgili literatür taraması yapılmıştır.Vaka Hastamız 48 yaşında olup kanama ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurmuştur. Yapılan muayenesinde 4-5 cm ebatlarında birçok sayında miyomların olduğu gözlenmiş. Ultrason ve Tomografi görüntüsünde en büyüğü 5 cm ebatında olan miyomlar saptandı. Endometrial biyopside sekretuar tip endometrium gözlenmiş. Hastanın bir normal doğum öyküsü vardır. Malignite düşünülmemesi nedeni ile hastaya total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooforektomi ameliyatı yapıldı. Operasyonda miyomatöz , iri ve deforme uterus gözlendi. Postop takibi olağan seyretti. Kesin patoloji raporunda cotylenodoid dissekan leiomyom (KDL) olarak tanı konuldu.

TARTIŞMA:Leiomyomlar uterusda görülen en sik benign tümörlerdir. Miyometriumun düz kas hücrelerinden gelişirler. Ancak bazı miyomların büyüme şekli, faklı olup malignite düşündürebilirler, bunlar diffüz leiomiyomatozis, vasculer invazyon yapan miyomlar , intravenöz leiomyomatozis, bening metastazing leiomyoma , parasitic leiomiyoma, disseminated peritoneal leiomyoma, dissekting leiomyom ve perinodular hidropik degenerasyon içeren leiomiyomalar. KDL ilk olarak 1975 de tanımlanmış. Şimdiye kadar inglizce literatürde yaklaşık 100e yakın KDL vakası yayınlanmıştır. Patologlar tarafından tanınması önemlidi. Patolojik olarak ,dissekan leiomyom, benign bir düz kas proliferasyonu olup, lezyonun dissekan bir paternle çevre myometriuma, ligamentum latuma, pelvise doğru uzanım göstermesi tipikti extra-uterin yayılım bölgeleri plasental dokuya benzer bir makroskopik görüntüsü oluşturabilir, bu nedenle “dissekan kotiledonoid leiomyom” denir.KDL iyi huylu olup tedavisi cerrahidir. Doğurganlığı tamamlanmış hastalarda genelde histerektomi yapılır. Ancak iyi huylu olmasına rağmen, miyomektomi sonrası 2 tane nüks eden vaka yayınlanmış. Histerektomi den 3 yıl sonrası bir nüks vakası rapor edilmiş. Diseminated peritoneal leiomiyomatozis ile birlikte görülen vaka olmuş. Ayrıca ilginç bir şekilde ince barsak infiltre eden KDL gözlenmiş. KDL ne zaman daha infiltrative davranacağı öngören faktörler bilninmemektedir. Şimdiye kadar bildirilmiş KDL vakalarında çok az sayıda laparokopik cerrahi yapılmış. KDL benign bir durumdur ve her ne kadar görüntülemede büyük görünüp malignite açısından şüphe uyandırsada, hastaya laparoskopik cerrahi şansı verilebilir. KDL radiyolojik görüntülemede öngörmeyi öğrenip gereksiz agresif cerrahiden kaçınılmalıdır. Operasyona tanısal laparoksopi ile başlayıp malignite uyandırmıyorsa operasyona devam edilebilir. KDL cerrahisinde laparoskopi cerrahi sonrası nüks oranları bilimemekte ve vakaların takibi önem arz etmektedir. Sonuç KDL çok iyi bilinmeyen nadir düz kas tümörü dür. Tanımı yapıldıktan sonra KDL vakaları özellikle son yıllarda artmakta ve sanıldığından daha yaygın olabileceğini düşündürmekte. KDL benign bir tümör olarak bilinmekte ve laparoskopik cerrahinin yapılabileceği öngörülüyor. Ancak daha infiltrativ, nüks eden ve adenomyozis ile birlikte rapor

edilmiş vakalar mevcut . Bu nedenle KDL tanısı alan hastaların takibi önemli olup KDL patofizyolojisini daha iyi anlamak ve hasta yönetimini netleştirmek için çalışmalara ihtiyaç vardır.



**SB17**

## Plasenta Previa Olgularında İstmik Çevre Sütürü

***[1]Erkan Sağlam, [1]Mustafa Raşit Özler, [1]Ebu Bekir Sıddık Yılmaz***

*[1]Bursa Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği*

AMAÇ: Anne ölümünün en sık nedenleri arasında kanamalar, hipertansiyon ve enfeksiyon yer almaktadır.Bunların arasında plasenta previa antepartum kanamalar arasında en sık nedenlerden biridir. Sıklığı yaklaşık 300 doğumda bir olarak bilinmektedir.Tanısı tercihen Tvusg ile konulmaktadır.Plasenta previada materyal morbidite ve mortalite artar. Antenatal ağrısız vajinal kanama yapabileceği gibi, alt segmentte myometrial liflerin yetersiz olması nedeniyle postpartum da kanama nedenidir.Bu yüzden sezaryenle doğum esnasında kanama esnasında balon tamponad sistemleri ( Bakri balon, foley kondom kateter gibi) kullanılır.Bu önlemler başarısız olursa Girişimsel radyoloji veya cerrahi yöntemler ( hemostatik dikişler veya histerektomi gibi ) kullanılabilir.İstmik çevre sütürü bu cerrahi yöntemlere alternatif olup tekniği aşağıda tanımlanmıştır.

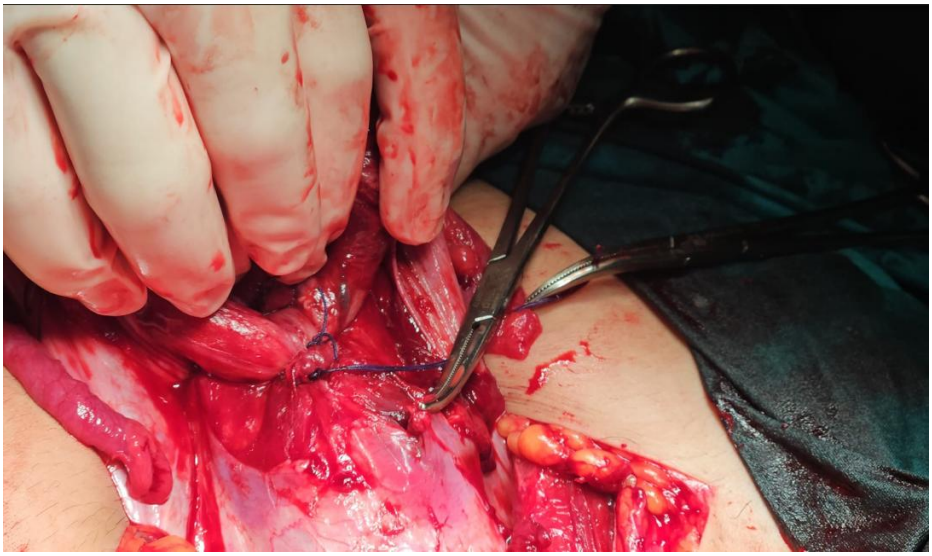
YÖNTEM: Kerr insizyon hattı hizasında, istmik bölge seviyesinde olacak şekilde, bilateral olarak, broad ligamanlara avasküler kısımdan 2-3mm genişlikte bilateral pencere açılır. İğnesi kesilmiş, 1/0 no poliglaktic asit içeren emilebilir sütür serbest uçları uterusun önünde olacak şekilde pencerelerden geçirilir ve Kerr insizyon hattının hemen altında bağlanır.Bağlama esnasında, sütürün gevşememesi ve sütür ile uterus posterior arasına barsak,omentum vs girmemesine dikkat edilir.

BULGULAR: 31 yaşında plasenta previa totalis olan hastamızın sezaryeninde istmik çevre sütürü konulmuştur.Postpartum ilk 8 saatte 3 ped (150cc) kanama olmuştur. GİRİŞ hemoglobini (hb) 11,1 hematokrit (htc) 31.7, post op 6. saatte hb 9,6 htc 28,6, post op 24.saatte hb 9.5 htc 28,6 olarak gelmiştir.Plasenta previa olan hastamızda kanama kontrolü sağlanmış ve postpartum takip sorunsuz geçmiştir.

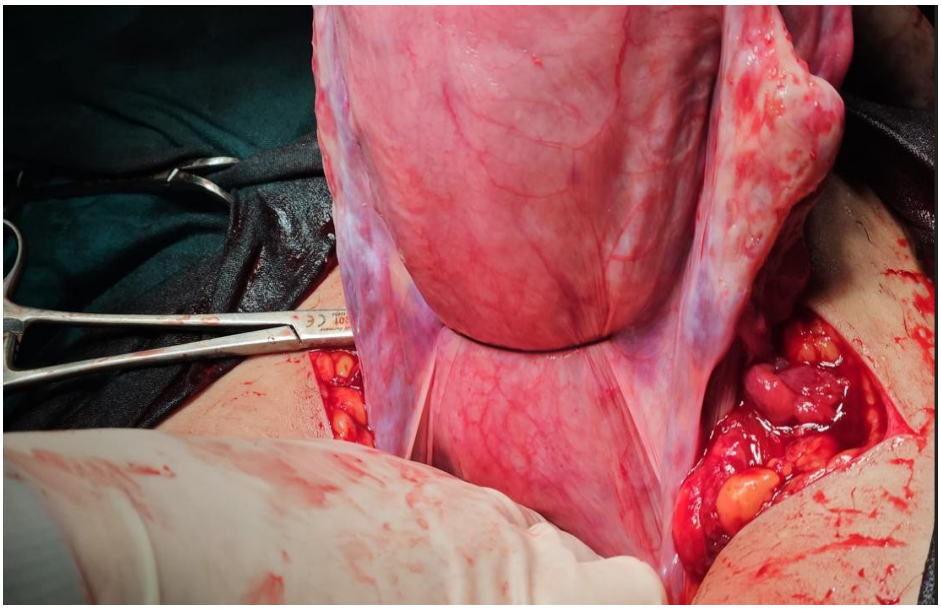
SONUÇ: İstmik çevre sütürü, plasenta previalı hastalarda bakri balona alternatif ve pratik olarak yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Plasenta previa, obstetrik kanamalar,postpartum kanama, istik çevre sütürü

Resim 1.



Resim 2.



**SB18**

## Persistan Sağ Umblikal Ven ve Tek Umblikal Arter Bulgularına Eşlik Eden Sağ Konjenital Diyafram Hernisi Olgusu

***[1]Erkan Sağlam, [1]Ebu Bekir Sıddık Yılmaz, [1]Mustafa Raşit Özler, [1]Serenat Yalçın***

*[1]Bursa Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği*

AMAÇ: Konjenital diyafram hernisi (CDH) diyafram kapanma defektlerini kapsar. Olguların %85'nde sol posterolateral (bochdalek); %10-15'nde sağ hemidiyafram etkilenmiştir.Ultrasonda mide ve/veya diğer organların anormal intratorasik pozisyonu ve kalp ve mediastenin itilmiş olduğu izlenir.Sol taraflı hernilerde toraksta mide izlenmesi tanıyı kolaylaştırırken sağ diyafram hernilerinin tanısı daha zor olabilir.Sağ diyafram hernilerinde kalbin aşırı derecede sola rotasyonu, karaciğer sağ lobunun yukarıya kaymasını izlemekteyiz.Prognozu belirlemede akciğer baş çevresi oranı (lung-to-head LHR) yardımcı olmaktadır.Yüzde 5-15 kromozomal anomali riski vardır yüzde 25-30 kromozomal olmayan sendrom riski mevcuttur.Eşlik eden sık yapısal anomalilerse kardiyovasküler , gastrointestinal ve ürogenital anomalilerdir.Sağ konjenital diyafram hernisi olan vakamızda bulunan tek umblikal arter (SUA) ve persistan sağ umblikal ven ( PRUV) ; birlikte nadir görülmekte olup, karşılaşılan vakalarda kardiyovasküler sistemle beraber diğer organ sistemlerinin taraması yapılmalıdır.

BULGULAR: 25 yaşında G4P1Y1A2 öyküsünde özelliği olmayan hasta 23. Haftasında perinatoloji polikliniğe başvurusu sonrasında ultrasonografi bulgularında ; sağ CDH , PRUV, SUA ve sağ renal agenezi saptandı. Bunlar dışında diğer organ taramaları normaldi. Gebeliğin devamını isteyen hastanın karyotip ve micro array sonuçlarında patoloji saptanmadı.

SONUÇ: PRUV ve SUA birlikteliği olan hastalarda literatürde özellikle kardiyovasküler anomalilerin eşlik ettiği belirtilirken, olgumuzda olduğu gibi CDH ve ürogenital anomalilerin de eşlik edebileceği göz önünde bulundurulmalı ve bunlara yönelik ayrıntılı tarama yapılmalıdır

Anahtar Kelimeler: Konjenital diyafram hernisi, tek umblikal arter, renal agenezi, persistan sağ umblikal ven, multipl anomaliler

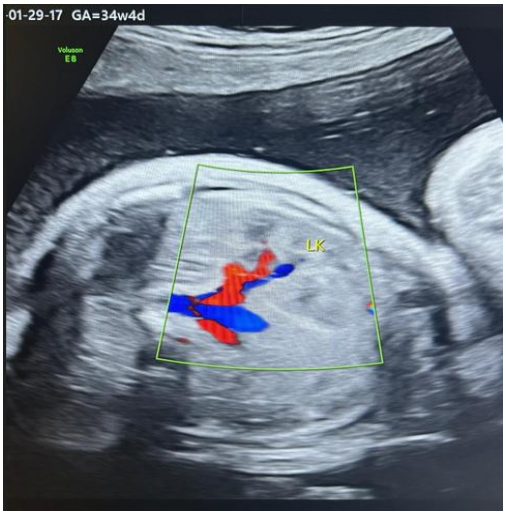
Resim 1.




Resim 2.




Resim 3.



**SB19**

## Bağırsakta İki Endometriozis Nodülü: Farklı Cerrahi Tekniklerin Aynı Seansta Uygulanması

***[1]Emre Turgut, [2]Emre Kar, [1]Ercan Baştu***

*[1]Nesta Klinik, Tüp Bebek Ve Endometriozis Merkezi, İstanbul*
*[2]Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ VE AMAÇ:Derin infiltratif endometriozis (DIE), gastrointestinal sistemi etkileyerek şiddetli dismenore, disparoni ve diskeziye yol açabilen kompleks bir hastalıktır. Bağırsakta birden fazla endometriozis nodülünün aynı anda bulunması nadir görülen bir durumdur. Bu vaka sunumunda, aynı hastada bağımsız iki bağırsak nodülünün tespit edilmesi ve farklı cerrahi tekniklerin aynı seansta uygulanmasının etkinliği ele alınmaktadır. Video gösterim ile tekniğin görsel olarak demonstrasyonu planlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM: 25 yaşındaki hastanın fizik muayenesinde, sağ sakrouterin ligaman düzeyinde rektumu da fikse eden nodüler bir yapı palpe edildi. Ultrasonografide, posterior yerleşimli overlerin birbirine yapışık olduğu ve rektum duvarında 4 cm'lik endometriozisten şüphelenilen bir lezyon gözlendi. MRG'de, ek olarak sigmoid kolon-rektum bileşkesinde ultrasonla tespit edilemeyen bir nodül saptandı. Cerrahi planda, bilateral üreterolizis sonrası medial pararektal boşluklar açılarak rektumun anterior yüzü serbestleştirildi. Douglas poşu tamamen mobilize edildikten sonra düşük anterior rezeksiyon gerçekleştirildi ve eksternal anastomoz sonrası hava-balon testi ile kaçak kontrolü yapıldı.

SONUÇ: Cerrahi sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif takiplerde hastanın tüm semptomlarında belirgin düzelme sağlandı. Uzun dönem sonuçlar ilerleyen süreçte değerlendirilecektir.

TARTIŞMA: Bağırsak endometriozisi genellikle tek bir odakta görülmekle birlikte, nadiren bir hastada birden fazla bağımsak nodülü bulunabilir. Bu tür olgularda preoperatif görüntüleme yöntemleri kritik öneme sahiptir. Aynı seansta farklı cerrahi tekniklerin uygulanabilmesi, hastanın operasyon sonrası iyileşme sürecini hızlandırabilir. Bu vaka, multidisipliner yaklaşımın ve cerrahi esnekliğin endometriozis cerrahisindeki önemini vurgulamaktadır.

**SB20**

## Fetal Intracranial Hemorrhage Due To Alloimmune Thrombocytopenia: A Rare Case Of HPA-3 Incompatibility

***[1]Ayşe Çiğdem Bayrak***

*[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara*

INTRODUCTION: Fetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia (FNAIT) is a rare but potentially severe condition caused by maternal-fetal platelet antigen incompatibility, leading to fetal thrombocytopenia and an increased risk of intracranial hemorrhage (ICH). While human platelet antigen (HPA)-1 incompatibility is the most frequently implicated antigen, other HPA mismatches have also been associated with adverse fetal outcomes. Here, we present a rare case of severe ventriculomegaly secondary to grade 4 intraventricular hemorrhage in a fetus with HPA-3 alloimmunization, highlighting the importance of early recognition and appropriate management strategies.

CASE REPORT: A 28-year-old nulliparous woman was referred to our maternal-fetal medicine department at 30 weeks of gestation due to severe ventriculomegaly detected during routine prenatal follow-up. Prior to referral, the first-trimester screening test and the 20-week anatomy scan revealed no abnormalities. Until the diagnosis, the pregnancy had been uncomplicated, with normal fetal biometry and an unremarkable maternal medical history.At 29 weeks of gestation, fetal ultrasound demonstrated lateral ventricle enlargement, with a maximum diameter exceeding 19 mm. Subsequent ultrasound measurements at our center showed further dilation of the lateral ventricles, reaching 33 mm, along with enlargement of the third and fourth ventricles. The findings were consistent with grade 4 intraventricular hemorrhage. Fetal MRI confirmed grade 4 intracranial hemorrhage, while no additional anomalies were detected in other organ systems on both ultrasonography and MRI. Maternal platelet counts were within normal limits. There were no clinical or laboratory findings suggestive of intrauterine infection on TORCH screening.The case was evaluated by the perinatology council, and the parents were counseled about the poor prognosis. They opted for pregnancy termination. Following fetal blood sampling for whole-exome sequencing (WES) and platelet antigen incompatibility assessment, fetocide was performed.A 2030 g female fetus was delivered vaginally, with no additional anomalies detected on physical examination.WES analysis of both the parents and the fetus yielded normal results. However, an HPA-3 incompatibility was identified between the mother and the fetus. Although severe clinical manifestations are more commonly reported in cases of HPA-1 incompatibility, a few cases of severe outcomes associated with HPA-3 incompatibility have also been documented.

CONCLUSION: In this case, severe ventriculomegaly resulting from intraventricular hemorrhage was associated with alloimmune thrombocytopenia. Given the potential for life-threatening complications, early recognition and management is crucial. When

alloimmunization is detected during pregnancy, treatment options include in utero platelet transfusion, corticosteroids, and intravenous immunoglobulin (IVIG) administration. In addition, preimplantation genetic diagnosis may be considered in future pregnancies to mitigate recurrence risk.

**SB21**

## Prenatal Tanıdan Postnatal Yönetime: Fetal Sakrokoksigeal Teratomlu Bir Olgunun Sunumu

***[1]Özge Öztürk, [1]Recep Taha Ağaoğlu***

*[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı*

GİRİŞ: Fetal Sakrokoksigeal teratom (SKT), en sık görülen fetal neoplazm olup, insidansı yaklaşık 1:27000 dir. Her 3 germ hücre yaprağından da köken alan SKT' lar, malignite potansiyeline sahiptir ve genellikle sakrumun önünde veya arkasında yerleşir. Çoğu vakada prenatal dönemde ultrasonografi ile tespit edilebilmesine rağmen bazı vakalarda tanı postnatal döneme kadar gecikebilir. SKT' nin prognozu, tümör boyutu, histolojik yapısı ve tanıda gebelik haftası gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Erken tanı ve tedavi planlaması perinatal/neonatal morbidite ve mortaliteyi azaltmak için hayati öneme sahiptir. Bu sunumun amacı sakrokoksigeal teratomlu bir olgunun klinik yaklaşımını, tanı yöntemlerini ve tedavi sonuçlarını tartışmaktır.

OLGU SUNUMU: 38 yaşında, Gravida 5 Parite 1 olan ve maternal epilepsi öyküsü bulunan hasta, 22. gebelik haftasında kliniğimize fetal sakral bölgede heterojen kistik oluşum görülmesi nedeniyle refere edildi. Ultrasonografide sakrokoksigeal bölgede 85x95x65 mm boyutlarında, multilobüler yapıda ve öncelikle sakrokoksigeal teratom lehine heterojen kistik oluşum mevcuttu. Ayrıca fetal kardiyomegali, inferior vena cava'da (IVC) dilatasyon ve mitral-triküspit regürjitasyonu saptandı. Fetal biyometrik ölçümler gebelik haftası ile uyumlu olup, tümörün Altman sınıflamasına göre Tip 2 olması, tümör hacmi/tahmini fetal ağırlık oranının (TFR) 0.60 olması ve ağırlıkla solid komponent içermesi nedeniyle hastaya kötü prognoza sahip olduğu hakkında detaylı bilgi verilmiş olup, gebeliğin sonlandırılmasını istemesi üzerine gebelik terminasyonu gerçekleştirildi. Patolojik inceleme sonucunda "Grade 3 immatür teratom" tanısı konuldu.

SONUÇ: Sakrokoksigeal teratom, perinatal ve postnatal dönemde ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir tümördür. Özellikle prenatal ultrasonografi ile erken tanı, prognozun belirlenmesi ve optimal yönetim stratejilerinin oluşturulmasında kritik öneme sahiptir. Prognozu belirleyen faktörler arasında tümörün histolojik tipi (matür, immatür veya malign komponent içerme durumu), tümör volümü, solid veya kistik yapıda olup olmadığı, tümör volümü/fetal ağırlık oranı (TFR >0.12' nin kötü prognoz ile ilişkili olduğu gösterilmiştir), fetal kardiyak yetmezlik ve hidrops fetalis gelişimi yer almaktadır. Evreleme sistemlerinden en yaygın kullanılanı Altman sınıflaması olup, tümörün eksternal ve internal bileşenine göre dört evreye ayrılmaktadır. Malignite riski özellikle Altman Tip III ve IV tümörlerde daha yüksektir. Tedavi açısından prenatal dönemde yüksek riskli vakalarda (örneğin hidrops gelişen fetüslerde) intrauterin girişimler denenebilse de, temel tedavi postnatal dönemde cerrahi eksizyondur. Cerrahi sırasında kokiksin çıkarılması rekürrens riskini azaltmaktadır. Malign komponent içeren olgularda ise kemoterapi protokolleri eklenmelidir. Bu vaka, sakrokoksigeal teratomun yönetiminde multidisipliner yaklaşımın önemini ve prenatal değerlendirme kriterlerinin hasta prognozunu öngörmedeki değerini vurgulamaktadır. Erken tanı ve uygun tedavi stratejileri ile perinatal morbidite ve mortalite azaltılabilir.

**SB23**

## Feasibility of Vaginal Natural Orifice Transendoscopic Surgery Hysterectomy in Obese Patients

***[1]Kemal Güngördük, [2]Berican Şahin Uyar, [2]Berke Nur Engü, [2]Serkan Üstüntaş, [2]Emre Biton***

*[1]Department Of Obstetrics And Gynecology, Faculty Of Medicine, Division Of Gynecologic Oncology, Sıtkı Koçman University, Muğla, Turkey.*
*[2]Department Of Obstetrics And Gynecology, Faculty Of Medicine Sıtkı Koçman University, Muğla, Turkey.*

ABSTRACT AIM: Our study evaluated the feasibility and outcomes of vaginal natural orifice transendoscopic surgery (vNOTES) hysterectomy in obese patients.Methods: We conducted a retrospective analysis of patients who underwent conventional laparoscopic surgery (CLS) or vNOTES hysterectomy at three multicenter gynecology and obstetrics clinics between January 2020 and December 2024. Patients with a body mass index (BMI) ≥ 30 kg/m2 were included.Results: In total, 126 obese patients underwent CLS, and 42 underwent vNOTES hysterectomy. Estimated blood loss was calculated as 119 ± 81 and 146 ± 100 mL in the CLS and vNOTES groups, respectively. Operative time was significantly shorter in the vNOTES group (66.5 ± 14.9 min vs. 71.4 ± 12.8 min). The median hospital stay was comparable between the groups. Intraoperative complications occurred in one (0.8%) patient in the CLS group with a bladder injury. In the vNOTES group, two intraoperative complications were observed: one bladder injury (2.4%) and one rectal serosal injury (2.4%). Patients in the vNOTES group reported significantly lower visual analog scale scores compared to the CLS group at 6, 12, and 24 h postoperatively. No significant differences were observed between the groups regarding additional analgesia requirements. Sexual function index and dyspareunia scores remained comparable between the groups at the 3-month postoperative follow-up.

CONCLUSIONS: Our findings suggest that vNOTES hysterectomy is a safe and feasible option for obese patients. In addition, the reduced postoperative pain associated with vNOTES may contribute to lower healthcare costs.Keywords: Hysterectomy, vaginal natural orifice transendoscopic surgery, obesity, laparoscopy.

**SB25**

## Gestasyonel Trofoblastik Neoplazi Sonrası Uterin Arteriovenöz Malformasyon Olgusu

***[1]Meltem Koç Çakar*, [2]Yakup Yalçın, [2]Kemal Özerkan, [3]Mehmet Fatih İnecikli**

*[1]Niğde Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum AD, Niğde*
*[2]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum AD, Bursa*
*[3]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Bursa*

Uterin arteriovenöz malformasyon (AVM), uterusun arterleri ve venleri arasında anormal bağlantılar sonucu oluşan nadir ancak hayatı tehdit edebilen bir vajinal kanama nedenidir. AVM'ler konjenital veya edinsel olabilir. Edinsel AVM'ler, genellikle uterin cerrahi, pelvik travma, enfeksiyon, gebelik ürünleri retansiyonu, gestasyonel trofoblastik hastalık ve uterin maligniteler sonrasında gelişir.

Uterin AVM tanısı genellikle transvajinal renkli Doppler ultrasonografi ile konur. Takiben, kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme veya bilgisayarlı tomografi taramaları, uterin arterler tarafından beslenen ve myometriuma bağlı arteriovenöz fistülü ve bağlantılarını gösterebilir.

Tedavi yaklaşımları çeşitlidir; konservatif tıbbi tedavi, endovasküler embolizasyon ve cerrahidir. Transarteriyel embolizasyon, özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda tercih edilir ve bu prosedüre bağlı komplikasyonlar oldukça nadirdir. Klinik ve teknik başarı oranları %90'a kadar ulaşmaktadır. Endovasküler tedavi başarısız olursa cerrahi düşünülür ve genel olarak histerektomi önerilir.

26 yaşında, bir kez doğum yapmış olan hasta, aşırı vajinal kanama şikayetiyle acil servise başvurdu. Hasta, dört gündür günde yedi ped değiştirdiğini ve karın ağrısı olduğunu belirtti. Üç ay önce ilerlemeyen doğum nedeniyle sezaryen ile doğum yapmıştı. O zamandan beri ilaçla kontrol edilemeyen vajinal kanama yaşamaktaydı. Transvajinal ultrasonografide uterus antevert ve antefleksiyonda olup, endometrial kavitede 6 cm heterojen kistik sıvı görüldü. Her iki over normaldi. Laboratuvar sonuçlarında hemoglobin 9,9 g/dL, trombosit sayısı 364 x 10^9/mL, serum β-hCG 33.000 IU/L olarak bulundu. Hastanın kanama riski nedeniyle endometrial biyopsi yapılmadı. Bilgisayarlı tomografide her iki akciğerde çoklu metastazların tespit edilmesi üzerine metastatik gestasyonel trofoblastik neoplazi tanısı kondu ve hasta kemoterapi için tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

İlk başvurusundan beş ay sonra ve EMA-CO protokolüne göre uygulanan dokuz kür kemoterapinin ardından, 26 yaşındaki hasta kontrasepsiyon amacıyla polikliniğe başvurdu. Laboratuvar β-hCG testi negatif idi. Bimanuel vajinal muayene ve spekulum değerlendirmesi normaldi. Transvajinal ultrasonografide endometrial kavitede 3 cm'lik bir kitle saptandı. Doppler sonografi ve bilgisayarlı tomografi, bu kitlenin arteriovenöz malformasyon olduğunu gösterdi. Üç boyutlu bilgisayarlı tomografi taramasında, sol uterin arterde kıvrımlı bir vasküler ağ izlendi. Uterin anjiyografi ile arteriovenöz malformasyonun varlığı doğrulandı.

Lokal anestezi altında gerçekleştirilen embolizasyondan hemen sonra lezyonun oklude olduğu ve akım olmadığı görüldü. hasta aylık takibe alındı.

Planlanan takibi kapsamında, hasta aylık olarak kliniğe gelmeye devam etti. 3 mg drospirenon ve 0.02 mg etinil estradiol içeren oral kontraseptif kullanmaktaydı. Ziyaretleri sırasında vajinal kanama şikayeti yoktu ve adet döngüsü düzenliydi. Her ziyarette nüks açısından yeniden değerlendirildi ve transvajinal ultrasonografi ile görüntüleme yapıldı. Uterin vaskülarizasyon korunmuş olup nekroz belirtisi yoktu. Her iki over normaldi ve endometriyal tabaka da normaldi. Normal adet döngüsü devam etti ve β-hCG seviyesi negatif kaldı. Sonuç olarak, 24 aylık nükssüz takip sonrasında hasta bir sonraki gebeliği için hazırlık yapmaya başladı.

**SB26**

## Effect of Serum Uric Acid/Creatinine Ratio on Early Pregnancy Outcomes: A Prospective Study

Tansu Bahar GÜRBÜZ[1], Büşra ŞAHİN[1], Elif YAMAN[1]

[1] Duzce Ataturk State Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Duzce, Türkiye

Objective: This study aimed to evaluate the effect of serum uric acid/creatinine ratio on early pregnancy outcomes in patients presenting with vaginal bleeding.

Methods: A prospective observational study was conducted between February 2025 and March 2025. A total of 65 pregnant women, including patients presenting to the emergency department with vaginal bleeding and a control group undergoing routine prenatal follow-up, were included in the study. Among them, 23 patients were diagnosed with abortion imminent. Twin pregnancies, in vitro fertilization (IVF) pregnancies, and patients who started progestin therapy for abortion imminent were excluded from the study. Hematological and biochemical parameters, including serum uric acid/creatinine ratio, ultrasonographic findings, and demographic data, were recorded at admission. Systemic immune-inflammatory index (SII), neutrophil-lymphocyte ratio (NLR), platelet-lymphocyte ratio (PLR), and uric acid/creatinine ratio were compared between the two groups.

Results: Statistical analysis revealed significant differences in inflammatory markers between the recent miscarriage and control groups. 45 patients were evaluated in the control group and 23 patients in the recent miscarriage group. No significant difference was observed in demographic parameters such as age, BMI, gravida, parity, and systemic disease history in both patient groups. ($p>0.05$) Systemic immune-inflammatory index (SII), neutrophil-lymphocyte ratio (NLR), platelet-lymphocyte ratio (PLR), and uric acid/creatinine ratio were compared in both groups. NLR was 2.46±1.24 in the control group and 3.42±2.29 in the abortion imminent group ($p=0.033$), PLR was 139±52.5 in the control group and 158±79.3 in the abortion imminent group ($p=0.065$), SII was 760±303 in the control group and 809±591 in the abortion imminent group ($p=0.05$). The serum uric acid/creatinine ratio was 4.5±2.1 in the control group and 6.4±3.9 in the abortion imminent group ($p=0.045$). These findings suggest a possible relationship between serum uric acid/creatinine ratio and early pregnancy outcomes.

Conclusion: This is the first study to investigate the role of serum uric acid/creatinine ratio in patients with threatened abortion. The prospective study design increases the reliability of the findings. However, the study is limited by the small sample size and lack of long-term pregnancy outcome data. Further large-scale studies are needed to confirm these results and investigate the clinical significance of this parameter in early pregnancy management.

# POSTER BİLDİRİLER

**PB2**

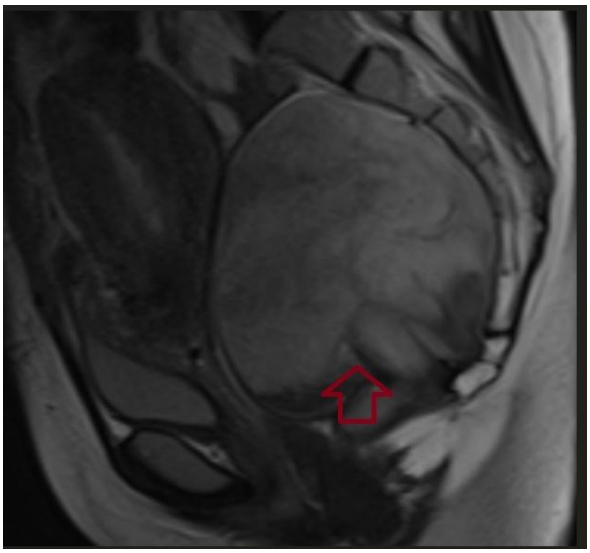
## Nadir Bir Distosi Nedeni: Tailgut Kisti

***[1]Merve Çetin, [1]Zeliha Atak, [2]Behiye Oral, [3]Duygu Baykal, [1]Başak Göçer***

*[1]Bursa Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bölümü, Bursa*
*[2]Bursa Şehir Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Bursa*
*[3]Bursa Şehir Hastanesi, Beyin Ve Sinir Cerrahisi Bölümü, Bursa*

GİRİŞ: Normal vajinal doğum düzenli uterin kontraksiyonlar ile başlar, fetüsün doğumu ve plasentanın ekspulsiyonu ile sonuçlanır. Normal vajinal doğum yapılmasını engelleyen faktörler arasında en sık sefalopelvik uygunsuzluk, ilerlemeyen travay, prezentasyon anomalileri, fetal distres, pelvik yapısal deformiteler yer almaktadır. Retrorektal tümörlerin insidansının yılda 2,1 - 6,3 vaka olduğu tahmin edilmektedir. Bu tümörler konjenital, nörojenik, inflamatuar, osseöz ve sınıflandırılamayan olmak üzere gruplara ayrılır. Tailgut kisti ve anterior sakral meningoselin de içinde olduğu en yaygın grup konjenital lezyonlar olup olguların %55-65'ini oluşturur. Bu olgu sunumunda vajene posteriordan bası yapan, doğum eylemini obstrükte eden faktörler arasında nadir olan retrorektal kitlelere dikkat çekmek amaçlanmıştır.

OLGU: 25 yaşında, 40 hafta 3 günlük primigravid hasta su gelişi şikayeti ile başvurdu. Yapılan ilk değerlendirmede vajinal muayenede rektum kaynaklı olduğu düşünülen, vajen posterioruna bası yapan palpasyonla immobil, sert kitle ele gelmekteydi. Obstetrik öyküsünden birinci trimester ultrasonografide servikal myom tanısı almış olduğu öğrenildi. Servikal myom ön tanısı ile 12. gebelik haftasında çekilen Manyetik Rezonans (MR) görüntülemesinde presakral mesafede rektum ile yakın ilişkisi olmayan ancak yaklaşık 95 mm çaplı tailgut kisti olduğu düşünülen görünüm izlendi. Gebelik takip sürecinde ek obstetrik patolojiye rastlanmadı. Su gelişi şikayeti ile yatışını takiben doğum kanalını obstrükte eden kitle olması nedeniyle sezaryen ile doğumun yapılması planlandı. İntraoperatif gözlemde douglasta derin palpasyonla hissedilen retroperitonda - rektumun arkasında olduğu anlaşılan 12 cm lik presakral kitle tespit edildi. Vajinal muayenede aynı kitle vajen posterior duvarında net olarak palpe edildi. Postpartum takipte çekilen kontrol MRda kitle anterior meningosel olarak rapor edildi (Şekil 1). Beyin cerrahi konsültasyonunda nihai tanı tailgut kisti olarak belirlendi. Hastaya ayırıcı tanı ve cerrahi planı açısından beyin cerrahi ve genel cerrahi kontrolleri önerildi. Hasta cerrahi bir girişimi kabul etmedi.



TARTIŞMA: Füzyon alanı olan presakral bölge, neoplazm ve kistlerin gelişebileceği embriyolojik kalıntıların yaygın olarak görüldüğü bir alandır. Tailgut kisti diğer adıyla retrorektal kistik hamartoma, embriyolojik olarak hindgut kalıntısı olan nadir görülen konjenital bir lezyondur. Sıklıkla orta yaşlı kadınlarda görülür. Kadınlarda erkeklerden 3 kat daha sık rastlanır. Retrorektal kitleler genellikle asemptomatik olmalarından dolayı insidental olarak saptanırlar. Bizim olgumuzun da, gebelikte insidental olarak saptandığı dönem öncesi kitle ile ilişkili hiçbir semptomu yoktur. Semptomatik olan hastalar lokal kitle etkilerine bağlı kabızlık, abdominal ağrı gibi şikayetlerle başvururlar. En önemli komplikasyonları sekonder fistülizasyon veya malign dejenerasyondur. Semptomların nonspesifik olması ve nadir görülmesinden dolayı klinik tanıda gecikmeler yaşanabilir. Tailgut kistinin ayırıcı tanısında, dermoid kist, rektal duplikasyon kisti, anterior meningosel düşünülmelidir. Malign transformasyon riski nedeniyle tanı konulduğunda tedavi cerrahi rezeksiyondur. Kesin tanı cerrahi rezeksiyon sonrası patolojik inceleme ile konulabilmektedir. Ancak bizim olgumuz cerrahi girişimi kabul etmemiştir. Gebelikte tanı almış olgu sayısı oldukça sınırlı olup, bu olgular bizim olgumuzda da olduğu gibi doğum eyleminin obstrükte olması ile karakterizedir. Literatürde sezaryen operasyonu sırasında insidental olarak saptanmış olgular da bildirilmiştir. Bizim olgumuzun gebelik sırasında tanısı mevcuttu. Antenatal tanının varlığı hastayı sezaryen operasyonu esnasında morbiditeyi artıracak girişimlerden korumuştur.

SONUÇ: Pelvik kitlesi olan gebelerde gelişimsel kistlerin her zaman akılda tutulması gerekmektedir. Retrorektal kitlenin zamanında tanısı ve yönetimi, etkili tedavi ve sonraki komplikasyonları önlemek açısından önemlidir.

**PB9**

## IVF Gebelikte Akut Mezenter İskemi Olgusu

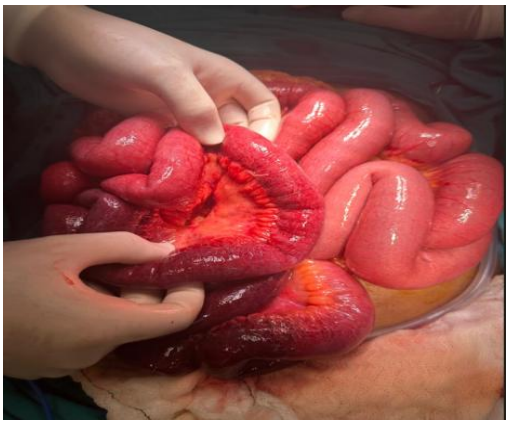
***[1]Nilay Dönmez, [1]Sinan Ateş, [1]Gonca Büşra Kızılırmak, [1]Nermin Öztürk, [2]Mustafa Düzenli, [1]Türkan Gurbanlı, [1]Cenk Sayın***

*[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Edirne*
*[2]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne*

GİRİŞ ve AMAÇ: Mezenter iskemi kadın hastalıkları ve doğum klinik pratiğinde sık karşılaşılmayan, hızlı tanı konulup tedavi edilmesi gereken bir klinik tablodur. Tanı hızlı konulup tedavi edilmediğinde yüksek mortalite ve morbidite potansiyeli taşır. Bulantı, kusma, ishal şikayetiyle acil servise başvuran; mezenter iskemi tanısı alıp, opere edilen IVF gebelik olgusunda tanı ve yönetim hakkında klinik deneyimimizi paylaşmayı amaçlıyoruz.

OLGU: 30 yaş, G1P0, transfer tarihine göre 5w+5/USG:5w+0 haftalık IVF gebe, bulantı, kusma, ishal şikayetiyle acile başvuruda bulundu. Hastanın bilinen homozigot Faktör5 Leiden mutasyonu, geçirilmiş derin ven trombozu, pulmoner emboli öyküsü mevcuttu. Asteilsalisilik asit 100mg 1x1, bemiparin sodyum 7.500 IU/0.3mL 1x1, takrolimus 1mg2x1, progesteron 25 mg/1mL1x1 subkutan, mikronize progesteron 100mg3x2, östradiol hemihidrat 2mg2x2, levotiroksin 25mcg1x1 kullanan hastaya aynı gün dış merkezde benzer şikayetleri nedeniyle idrar yolu enfeksiyonu reçetesi düzenlendiği öğrenildi. Acil şartlarında yapılan muayenesinde transabdominal ultrasonografide haftasıyla uyumlu gebelik, uterus sol yanda 2x2 cm'lik myom nüvesi, pelviste minimal serbest mayii izlendi. Kusma şikayeti devam eden hasta interne edildi. Transabdominal USG'de barsak ansları dilate izlenen, batın içi artmış serbest mayii görülen, CRP yüksekliği olan hastadan enfeksiyon hastalıkları görüşü istendi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından enfektif odak araştırılması amacıyla kan-idrar kültürü alınması önerildi. Gün içerisinde karın ağrısı, bulantı, kusma, gaz çıkışı olmamasıyla kliniği kötüleşen hastadan ileus ön tanısıyla batın ultrasonu, genel cerrahi görüşü de istendi. Radyoloji tarafından yapılan batın USG'de appendiks vizualize edilemedi, batın içi yaygın serbest sıvı izlendi. Hastanın hipotansif, taşikardik olması, batında defans-rebound olması üzerine akut batın ön tanısıyla acil diagnostik laparoskopi kararı alındı. Vaka sırasında nekroze intestinal anslar görülmesi üzerine genel cerrahiden per-operatif konsültasyon istendi. Çekumun 30cm proksimalinden itibaren yaklaşık 150 cm'lik ince barsak segmentinin iskemik olması üzerine genel cerrahi tarafından parsiyel ince barsak rezeksiyonu, Mickulicz ileoileostomi açıldı. Hasta post-operatif süreçte yoğun bakım ünitesinde takip edilerek sonrasında genel cerrahi servisine devredildi. Hastaya postoperatif süreçte kanama stabilizasyonu sağlandıktan sonra hematoloji görüşü de alınarak profilaktik düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi uygulandı. Post-operatif 3.gününde yapılan ultrasonografide gestasyonel kese izlenmeyen, β-HCG değeri 1272'den 411'e düşen hastanın abort ettiği görüldü. Genel cerrahi tarafından takibine devam edilen hastanın loop ileostomisi hastanemizde yapılan operasyonla 24 gün sonra kapatıldı.



SONUÇLAR: Erken gebelik haftalarında sıklıkla karşılaşılan bulantı-kusma gibi şikayetlerin özellikli hastalarda daha dikkatli değerlendirilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır. IVF gebeliklerde, çoklu ilaç kullanımı bulunan, komorbiditesi yüksek komplike vakalarda multidisipliner yaklaşım önemlidir ve mutlaka görüş alınmalıdır. Batın ultrasonografisi gibi ek tetkikler istenmeli, tanı/tedavi için gerektiğinde ve klinik şüphede cerrahi kararı geciktirilmemelidir.

TARTIŞMA: Literatürde gebelikte mezenter iskemi tanısı almış az sayıda vaka incelendiğinde; tromboza yatkınlığa neden olan genetik faktörler, IVF-embriyo transferi süreçlerinde kullanılan oral östrojen, gebelik sürecinin kendisinin başlıca risk faktörleri olduğu görülmüştür. Çoğu vakada gebeliğin abortusla sonlandığı anlaşılmaktadır. Bu hastalarda hem IVF başarı şansını arttırmak hem de tromboz riskini azaltmak amacıyla IVF süresince ve sonrasında tromboprofilaksi önerilmelidir. Nadir görülen ve hızlı tanı konulması gereken akut mezenter iskemi olguları gebelikte acil başvurularının büyük büyük çoğunluğunu oluşturan bulantı-kusma ve karın ağrısı gibi nonspesifik şikayetlerin birlikte olduğu hastalarda; ağrının non-obstetrik nedenlere bağlı olduğu düşünülüyorsa, klinik tablo giderek şiddetleniyorsa, akut batın tablosu gelişiyorsa mutlaka akla gelmelidir. Analjezik ajanlara yanıt vermeyen şiddetli karın ağrısı, anamnezde tromboz riskini arttıracak risk faktörü varsa hastalara ileri tetkik planlanmalıdır. Bu hastaların yönetiminde multidisipliner işbirliği yapılmalıdır.

**PB26**

## Ekstrahepatik Duktus Venozus Agenezisi

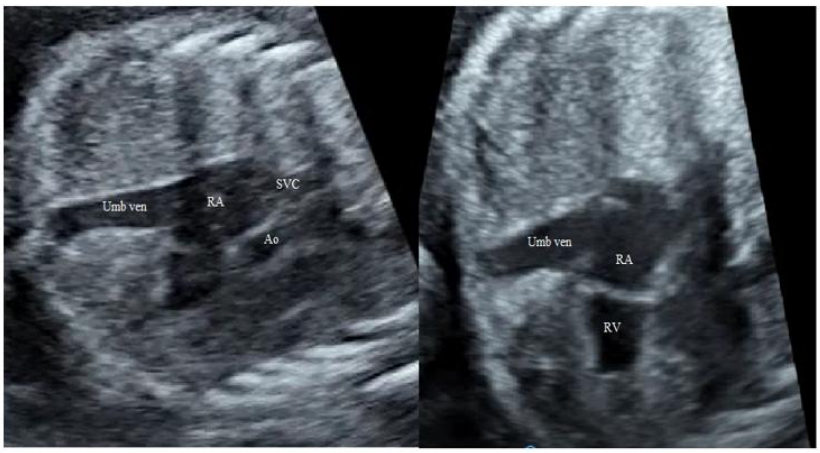
***[1]N. Cenk Sayın, [1]Gamze Özdemir, [1]Türkan Gurbanlı, [1]Rashad Mammadov, [1]Cihan İnan, [1]N.Cenk Sayın***

*[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum A.D., Perinatoloji B.D.*

ÖZET: Duktus venozus (DV) fetal dolaşımda umbilikal venle gelen oksijenleşmiş kanın %30'nu portal sinustan vena kava inferiora taşır. DV intrapartum dönemde fetal kalp ve beyin gibi hayatı organların oksijenizasyonunu sağlayan üç şanttan biridir. DV agenezisi intrahepatik ve ekstrahepatik olmakla iki ana tipe ayrılır. İntrahepatik tipte drenaj umbilikal ven, portal sinüs ve portal venöz sistem arasında olup, ekstrahepatik tipte ise drenaj umbilikal ven ve sistemik venöz dolaşım arasındadır. DV agenezisi %0,04-0,6 sıklıkla görülen konjenital anomalidir. Embriyonik gelişimde DV agenezisi portal ve umbilikal venöz sistem ile hepatik-sistemik venöz sistem arasındaki anastomoz başarısızlığı sonucunda oluşur. Biz preterm doğumla sonuçlanan, polihidramnios ve trakeoözofageal fistülün eşlik ettiği ekstrahepatik tip DV agenezisi olan vakamızı sunduk.

OLGU: 28 yaşında, ilk gebeliği olan olguda 22+4 gebelik haftasında yapılan ayrıntılı ultrasonografi (USG) değerlendirilmesinde polihidroamnios, prenazal kalınlık, DV yokluğu saptandı. Fetal mide USG' de görüldü. Fetal mide boyutu normal olarak değerlendirilmişti. Umbilikal venin fetal abdomene girdikten sonra ekstrahepatik olarak direkt sağ atriuma açıldığı izlendi (Şekil 1).

Şekil 1: Umbilikal venin ekstrahepatik olarak direkt sağ atriuma açılması.

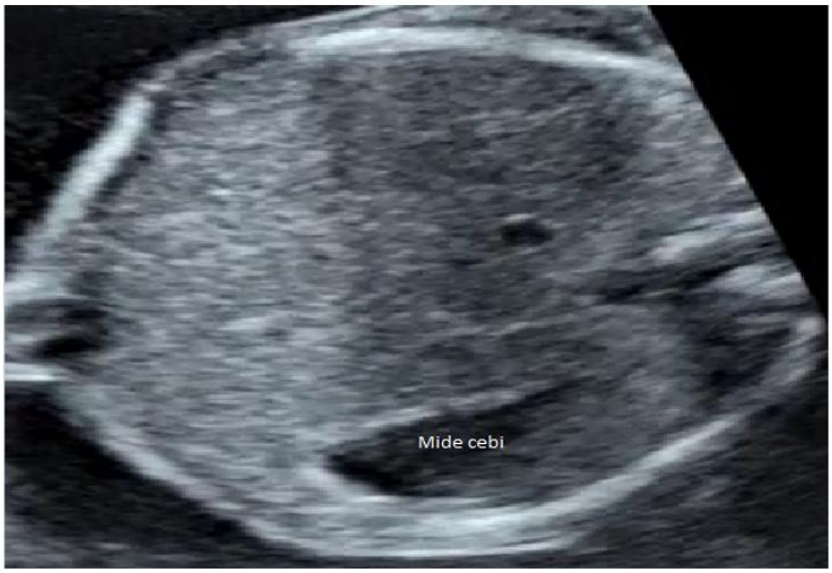



Amniyosentez işlemi uygulandı ve FISH sonucunda sayısal anomali saptanmadı. Hücre kültüründen DNA dizi analizinde Xp11.4 bölgesinde 199kb (40.429.153-40.628.098) büyüklüğünde kopya sayısı artışı (duplikasyon) saptanmıştır. Xp11.4 bölgesi kopya sayısı artışı ilgili ClinVar ve DECİPER veritabanlarında 'Klinik önemi bilinmeyen' (VOUS) olarak sınıflandırılmıştı. Gebe ve eşinden ileri araştırma için genetik tetkik istendi. Perinatoloji konseyinde fetal hidrops, kardiyomegali, fetal gelişme geriliği riski nedeniyle gebeye yakın izlem yapıldı. Gebenin 26+5 haftada etkin kontraksiyonları olması üzerine servikal kısalık saptanarak servise yatırıldı, nöroprotektif magnezyum ve betametazon tedavisi uygulandı. Takiben 31+4 gebelik haftasında erken membran rüptürü ve 6 cm servikal açıklık izlenmesi üzerine sezaryen ile doğum yapıldı. 1670 gr/ 42 cm ölçülerinde, 1. ve 5. dakika Apgar skoru 6/7 olan kız bebek doğurtuldu. Yenidoğanın muayenesinde ek olarak proksimal özofagus

atrezisi ile birlikte trakeoözofageal fistül bulundu. Yenidoğan Çocuk Cerrahisi tarafından postnatal 3. gününde opere edildi ve uygun tedavileri yapılarak 57. gününde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Literatürde DV agenezisi vakalarının %75'i kalın nukal translusensi (NT), fetal gelişme kısıtlılığı ve ek fetal anomalilerle birlikte görülmüştür. Fetal anomalilerden en sık tek umbilikal arter ve kardiyak anomaliler eşlik etmiştir ki, ventriküler septal defekt DV agenezisi vakalarında %20 sıklıkla eşlik etmektedir. Bizim olguda postnatal ekokardiyografide sekundum atriyal septal defekt görüldü. DV agenezisi gastrointestinal anomaliler, özellikle trakeoözofageal fistül, duodenal atrezi, anal atrezi ile birlikte görülebilir. Sunduğumuz olguda trakeoözofageal fistül bulunmuştur ki, USG'de mide cebinin görülmesi (Şekil 2)

Şekil 2: Trakeoözofageal fistül olgumuzda fetal USG'de normal izlenen mide cebi.




trakeoözofageal fistülün dışlanamayacağını bir daha göstermiştir. DV agenezisi hidronefroz, ektopik böbrek, unilateral renal agenezi, hipospadias gibi genitoüriner anomalilerle de birlikte görülebilir. Literatürde DV agenezisi vakalarının %17,4 ile %42,3'ünde kromozomal anomali saptanmıştır. Kromozomal anomalilerde en sık monozomi X ( %28,9), trizomi 21 (%26,3) varlığı gösterilmiştir. Takiben azalan sıklıkla kromozomal delesyonlar, trizomi 18, Robertsonian translokasyonlar, trizomi 22 ve trizomi 13 görülen vakalar olmuştur. Kromozomal mikrodizi analizi ve ekzom dizileme literatürde bu vakalarla ilişkili olduğu bilinmeyen genetik sendromların tanımlanmasını sağlayabileceği ileri sürülmüştür. DV agenezili fetüsler fetal gelişme geriliği ve kalp yetmezliği - kardiyomegali, triküspit yetmezlik, hidrops gelişimi açısından yakın takip edilmelidir. Olgumuzda gebelik takiplerinde fetal gelişme geriliği ve hidrops yoktu. Bu vakalarda fetal hidrops ve kalp yetmezliği kötü prognozla ilişkilidir.

**PB27**

## A Case of Conjoined Twıns

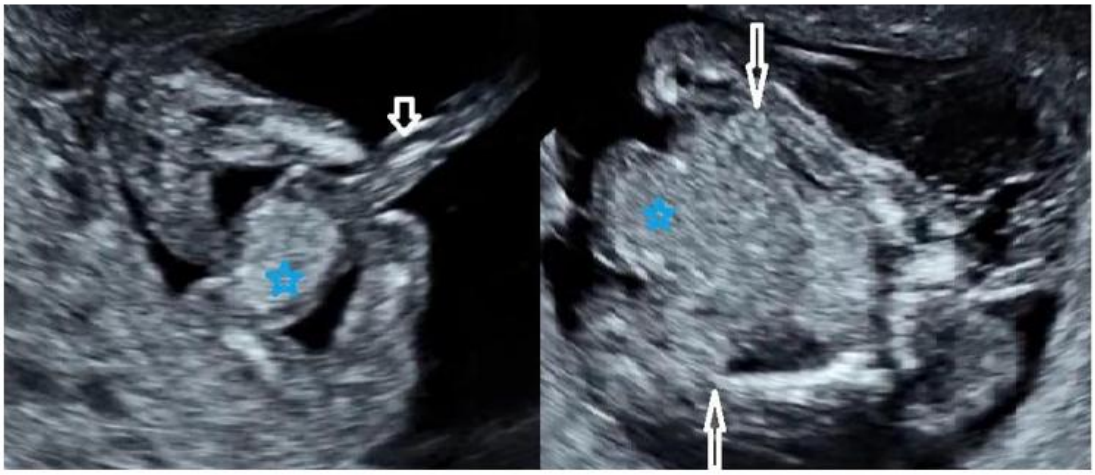
***[1]Umur Altınbaş, [1]Bucan Kemeriz, [1]Türkan Gurbanlı, [1]Rashad Mammadov, [1]Cihan İnan, [1]N. Cenk Sayın***

*[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum A.D., Perinatoloji B.D.*

ABSTRACT Conjoined twins (also referred as Siamese twins) are a rare phenomenon which the etiology is still not well established. The prevelance is approximately 1,5 per 100,000 births. (Mutchinick et Al. 2011), Herein, we report a case of conjoined twins (cephalo-toraco-omphalophagus) diagnosed in the first trimester of pregnancy.

CASE REPORT: A 23-years-old, G1 woman was referred at the 11+6 weeks for increased nuchal translucency thickness, cystic higroma, omphalocele and generalized edema. Our ultrasound scan demonstrated a monochorionic monoamniotic conjoined twin pregnancy. Fetuses shared craniofacial structures, thorax (each fetus had their own vertebrates opposing one another-Figure 1-2),

**Figure 1:** Omphalocele and one umblical cord **Figure 2:** Omphalocele and vertebrae opposing each other



abdomen, heart and liver with 3 arms and 4 legs (Figure 3).



**Figure 3:** General appearance of conjoined twins with four legs and a single head, terminated at the 12th week of pregnancy

Fetal head apperared as big and malformed, but facial structures could not be visualized optimally (Figure 4).




**Figure 4:** Conjoined Siamese twins (single but malformed fetal head)

Nuchal translucency thickness was measured as 6.5 mm. The twins shared an omphalocele in which one umbilical cord was inserted. The option of termination of pregnancy was recommended by the council of perinatology. The pregnancy was terminated according to FIGO's (International Federation of Gynecology & Obstetrics) recommended misoprostol only regimens. FISH analysis of the abortion material revealed a negative result for aneuploidy but, unfortunately cell culture analysis could not be achieved.

CONCLUSION: Although conjoined twins can be missed or misdiagnosed in the first trimester, The diagnosis of some major malformations or anomalies such as conjoined twins can be established in the first trimester through a meticulous ultrasonographic examination.

**PB28**

## Bernard Soulier Sendromlu Gebede Yönetim

***[1]N. Cenk Sayın, [1]Nilay Dönmez, [1]Nermin Öztürk, [1]Türkan Gurbanlı, [1]Rashad Mammadov, [1]Cihan İnan, [1]N.Cenk Sayın***

*[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum A.D., Perinatoloji B.D.*

GİRİŞ, AMAÇ : Bernard-Soulier sendromu nadir görülür ve otozomal resesif geçişlidir. Sendroma neden olan çok sayıda mutasyon tanımlanmıştır. Tipik bulguları uzun kanama zamanı, ileri derecede büyük trombositler ve trombositopenidir. Trombosit yüzeyinde GPIb/IX kompleksinin olmamasına veya anormalliğine bağlı trombosit adezyon bozukluğudur. GPIb/IX trombositlerin fibrine bağlanabilmesi için de reseptör olarak görev yapar. Bundan dolayı eksikliği veya anormalliğinde trombositler endotel alt tabakasına yapışamazlar (1). Bernard-Soulier Sendromu (BSS) tanılı hastaların obstetrik takibi ve doğum eylemi multidisipliner yaklaşım gerektiren, komplike bir süreçtir. Bu olgu sunumunda BSS tanılı ve ilk doğumunu da kliniğimizde yapmış olan hastanın (1) gebelik süreci ve doğumu ile ilgili klinik tecrübelerimizi paylaşmayı amaçlıyoruz.

OLGU: 28 yaş, G2P1(C/S)A0, SAT:37+3 / USG:36+6 haftalık takipleri kliniğimizde yapılan gebe hasta bebek hareket azlığı nedeniyle acil servise başvuruda bulunarak servise yatırıldı. Hastanın adölesan dönemden itibaren takipleri hastanemiz hematoloji kliniğinden yapılmaktaydı. Doğum eylemine hazırlık amacıyla konsültasyon istendi ve hematoloji önerisiyle rekombinant faktör VIIa (NovoSeven) temin edildi. Takiplerinde maternal ve fetal iyilik hali izlenmesi üzerine takip kararı alınarak elektif sezaryen planlandı. Hematoloji önerisiyle 10 ünite aferez rezerve edildi. Hastanın platelet değerinin 6000 hücre/mL olması üzerine 1 aferez takıldı. Pre-operatif 2 ünite eritrosit süspansiyonu, 2 trombosit aferezi ve 2.71mg rekombinant faktör VIIa replasmanı yapıldı. Elektif şartlarda sezaryen ve bilateral tüp ligasyonu uygulandı ve cerrahi komplikasyonsuz sonuçlandı. Vaka sırasında 2 trombosit aferezi, 1 eritrosit süspansiyonu, 1 gr transamin replasmanı uygulandı. Post-operatif ilk günde saatlik hemogram takibi yapıldı. Bu süreçte hemoglobin düşüşü olmaması, aktif kanama odağı olmaması, vitallerin stabil seyretmesi üzerine rekombinant faktör VIIa dozu hematoloji görüşü alınarak atlandı. Hemogram takip aralıkları genişletildi. Hasta post operatif kontrol amacı ile transabdominal ultrason ile değerlendirildi ve patolojk bulgu izlenmeyen hastaya 2 havuz trombosit transfüze edildi. Post-operatif 1.günde mesane sondası çekildi. Trombosit düzeyi 15.000 uL olan hastanın post-operatif 3.günde dreni çekildi. Dren çekilirken 5 dakika bası uygulanması ardından baskılı pansuman yapılarak 2 adet kum torbası konuldu. Hasta 4. gününde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ : Literatürde Bernard-Soulier Sendromu tanılı, sınırlı sayıda gebe hasta olmakla birlikte klinik deneyimimizde bu hastaların hematoloji, pediatri ve perinatoloji iş birliğiyle uygun yoğun bakım imkanı ve kan bankası bulanan tecrübeli merkezlerde doğum yapabileceğini ortaya konmuştur. Her ne kadar bu vakada Bernard Soulier Sendromuna bağlı maternal ve fetal komplikasyon gelişmeden süreç yönetilebilmiş olsa da bu tarz yüksek riskli vakalarda fertilite tamamlandıktan sonra hastaya tubal ligasyon seçeneği önerilmelidir. BSS gibi multidisipliner yaklaşım gerektiren komplike vakalar doğum planlanması için tecrübeli ve donanımlı merkezlere yönlendirilmeli, masif transfüzyon hazırlığı yanı sıra faktör VIIa de mutlaka bulundurulmalıdır. Hastalara gebelik öncesi kadın doğum hekimi ve takipli olduğu hematoloji hekimi tarafından doğum sezaryen ya da vajinal doğum fark etmeksizin ciddi kan kaybına neden olabilecek bir süreç olduğunun anlatılması ve hastanın bu riskleri ve süreci doğru anlaması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA1) Demirci, U., Erbilen, E. A., Ümit, E. G., İnan, C., Sayın, N. C., & Demir, A. M. (2023). Successful pregnancy and delivery management in a patient with Bernard Soulier Syndrome. Obstetric Medicine, 16(3), 203-205.2) Kürşat Kaptan, Türk hematoloji derneği - temel hemostaz tromboz kursu,GATA Hematoloji Bilim Dalı, Ankara Türk

**PB30**

## Gebelikte Maternal Malign Beyin Neoplazmı Nedeniyle 2 Olgu Sunumu

***[1]N. Cenk Sayın, [1]Ömür Türkü Özşalap, [1]Türkan Gurbanlı, [1]Rashad Mammadov, [1]Cihan İnan, [1]N.Cenk Sayın***

*[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum A.D., Perinatoloji B.D.*

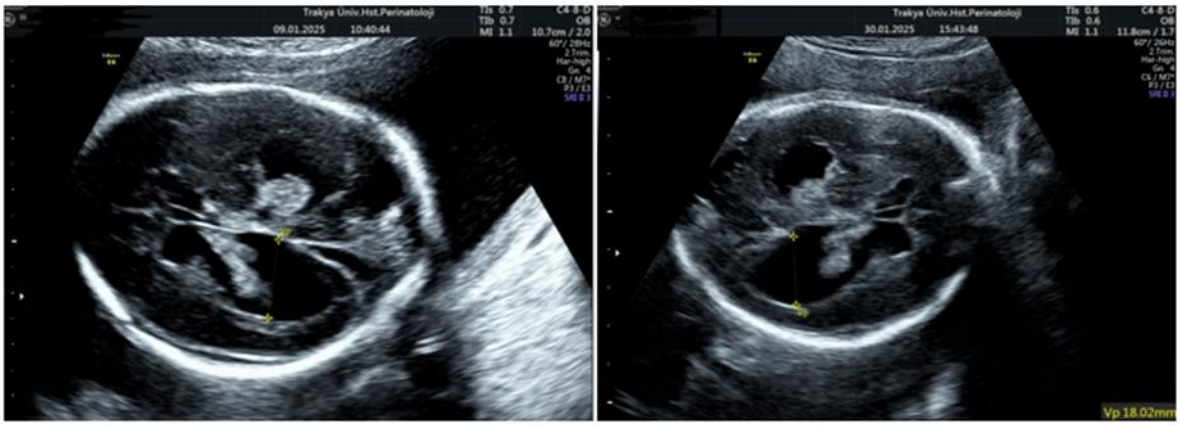
GİRİŞ: Yüksek dereceli glial tümörler merkezi sinir sisteminin en agresif tümörlerinden biridir, kötü prognoz ile ilişkilidir. Grade 3 glial tümörler: anaplastik astrositom, anaplastik oligodendrogliom, anaplastik oligoastrositom olarak sınıflandırılır. Grade 4 glial tümörler, glioblastoma olarak adlandırılır. İsositrat dehidrogenaz (IDH) gen mutasyonu daha iyi prognozludur, IDH "wild type" olması halinde ise prognoz daha kötüdür. Burada grade 4 glioblastomu mevcut iki gebenin farklı gebelik sonuçlarını sunmayı hedefledik.

OLGU 1: 39 yaşında, G3P0A2 olan, IVF gebede detaylı ultrasonografi (USG) incelemesinde fetal malformasyon görülmemiştir. 2012 yılında grade 2-3 oligoastrositom nedeniyle beyin operasyonu geçirmiş ve takipleri stabildir. Konvülsiyon profilaksisi için levetirasetam 2x1 kullanıyordu. 28+2 haftalık gebelikte 10 gündür dengesizlik ve konuşma bozukluğu nedeniyle, nöroşirürji tarafından değerlendirilip çekilen kraniyal MRI görüntülemede posterior fossada kitle imajı izlenerek 28+6 haftada nöronavigasyon eşliğinde posterior fossa glial tm eksizyonu, duroplasti yapıldı ve preterm eylem riski nedeniyle nöroprotektif amaçlı post-op mgso4 tedavisi uygulandı. Aynı gün çekilen MRI'da rezidüel tümör dokusu olduğu, izo-hiperintens alanlar izlendiği, 4. ventrikül ve beyin sapı basısının kısmen regrese olduğu saptandı. Patoloji sonucu yüksek dereceli glial tümör olarak geldi. Bunun üzerine Perinatoloji konseyinde ilk operasyon sonrası 4. haftada kemoterapi ve radyoterapi alması gerektiği ortak kararı verildi ve 32+ gebelik haftasında ikinci kranial operasyon ve RT+KT gereksimi nedeniyle doğum kararı verilerek 32+6. haftada sezaryen ile doğum gerçekleştirildi. Sonrasında hastaya nöroşirürji ekibi tarafından reeksplorasyonla glial tümör ile uyumlu kitlenin gross total eksizyonu + duroplasti operasyonu yapıldı. NGS moleküler incelmesinde IDH1, IDH2 genlerinde mutasyon gösterilememiştir. Olgu 2: 21 yaş G2P1 gebe dış merkezde Mayıs 2024 tarihinde beyin tümörü nedeniyle opere olmuş hastanın patoloji sonucu "dev hücreli glioblastom (grade4)" olarak gelmiştir. Takiben 49Frx de 98 Gy radyoterapi ve kemoterapi uygulanmıştır. RT uygulanan günleri eş zamanlı 105 mg/gün temozolomid kullanılmıştır. Hasta gebeliğini USG'ye göre 22. gebelik haftasında öğrenmiştir. USG'de bilateral ağır ventrikülomegali (sol lateral ventrikül 15mm, sağ 14.5mm) izlendi. Kavum septi pellisidum küçük izlendi. Subaraknoid mesafe artmış izlendi. Fetal MRI çekilerek perinatoloji konseyinde değerlendirildi. Gebelikte fetal ağır bilateral ventrikülomegali, maternal grade 4 dev hücreli glioblastom, gebelikte radyoterapi ve kemoterapi öyküsü nedeniye hastaya terminasyon seçeneği sunuldu. Ailenin de onamı alınarak 25+1w gebelikte fetosit ve gebelik terminasyonu yapıldı.

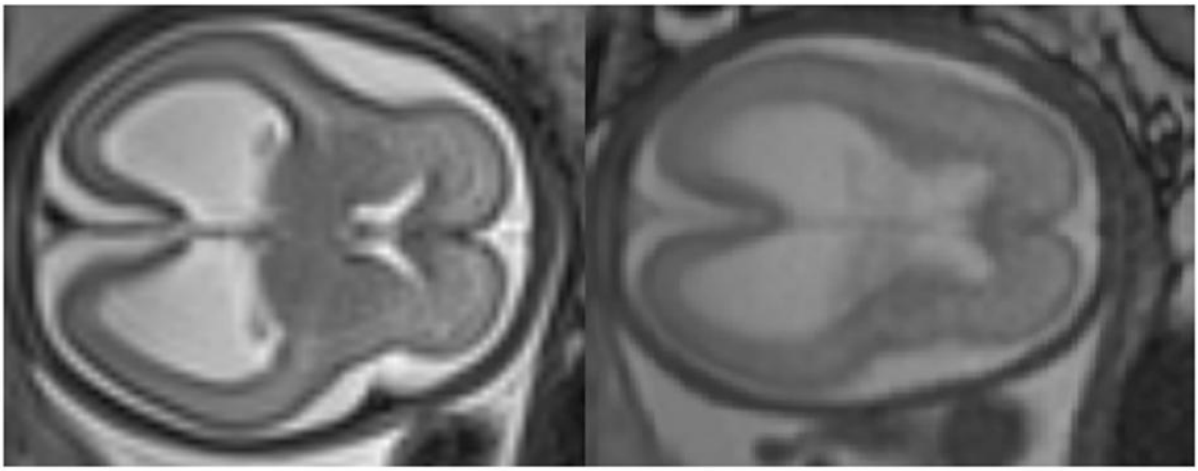
TARTIŞMA: Gebelikte yüksek dereceli glial tümörler nadir görülmekle birlikte yönetimi oldukça zorludur. Bu olgularda hem maternal, hem de fetal prognozu korumak için multidisipliner yaklaşım şarttır. Olgu 1-de,grade 2-3 oligoastrositom tanısı ile yaklaşık 13 yıl önce beyin cerrahisi geçirmiş semptomsuz hastada gebeliğin üçüncü üçayında grade-4 nüks gelişmiştir. Acil ilk ameliyatı sonrasında konsey kararıyla maternal kötü prognoz nedeniyle fetal maturasyon için kısa bir süre gebeliğin devamına karar verilmiş ve 32+ haftada gebelik sonlandırılarak ek tedaviler başlanmıştır. Olgu 2'de ise,gebelikten iki ay önce grade 4 glioblastom tanısı konulmuş,fetal ağır ventrikülomegali gibi ağır fetal merkezi sinir sistemi anormallikleri saptanması nedeniyle maternal tedavinin hızla yerine getirilebilmesi için gebelik sonlandırılmıştır. Bu tür kötü prognozlu santral sinir sistemi malinitelerinde gebelik yönetimi daha karmaşık olup, maternal sağlığın ön planda değerlendirilmesi gerekir, ancak glial

tümörler hızlı progresyon gösterbiliyor olamasına karşın ilk olguda sağlıklı görünen fetüs açısından bir süre beklemek tercih edilmişse de 2. olguda bu durum olmadığından hızla gebelik termine edilerek maternal tedavilere geçilmiştir.

Şekil 1 : Olgu 2'de progresif bilateral ağır ventrikülomegali.



Şekil 2. Olgu 2'de Fetal MRI görüntüsü (bilateral ağır ventrikülomegali).





# 18. Uludağ Jinekoloji ve Obstetrik Kış Kongresi

# 2. Marmara Kadın Sağlığı Kongresi

03-06 Nisan 2025
Çelik Palace, Bursa