TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

www.zeynepkamil.org

43. ULUSAL
ZEYNEP KAMİL JİNEKO-PATOLOJİ
Kongresi

Jinekoloji | Obstetri | İnfertilite | Onkoloji
BAKIŞ AÇILARIYLA
"OVER"

13-15 HAZİRAN 2025
Zeynep Kamil Kadın ve
Çocuk Hastalıkları EAH Konferans Salonu

BİLDİRİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL KURUL

BİLİMSEL PROGRAM

SÖZLÜ BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİLER

BİLİMSEL KURUL

Kongre Başkanı
Doç. Dr. Resul Karakuş

Kongre Sekreterleri
Prof. Dr. Hüseyin Görkemli
Prof. Dr. Pınar Kumru
Prof. Dr. Belgin Devranoğlu

Kongre Düzenleme Kurulu
Prof. Dr. Mustafa Eroğlu
Prof. Dr. Sadık Şahin
Prof. Dr. Turhan Aran
Doç. Dr. Çetin Kılıççı
Doç. Dr. Filiz Bilir
Doç. Dr. Habibe Ayvacı Taşan
Doç. Dr. Mucize Eriç Özdemir
Dr. Öğr. Gör. Müşerref Banu Yılmaz
Op. Dr. Mine Güray Uzun
Op. Dr. Nazan Tarhan
Op. Dr. Önder Tosun
Op. Dr. Reyyan Gökcan İşcan
Dr. Boğaçhan Türkman

BİLİMSEL PROGRAM

13 Haziran 2025, Cuma / ANA SALON

09:00 - 10:15 **ASİSTAN OTURUMU**
Oturum Başkanları: Veli Mihmanlı, Pınar Kumru, Murat Muhcu
09:00 - 09:15 Türkiye ve Dünya'da doğum şeklinde mevcut durum analizi: Doğum eylem planı
İlayda Kılıç
09:15 - 09:30 Sezaryen oranlarını düşürmek mümkün mü? Vajinal doğumu teşvik eden stratejiler
Sevdenur Banu Yiğit
09:30 - 09:45 Yüksek riskli gebelerde doğum zamanlaması ve doğum şekli: Güncel kılavuzlar ne diyor?
Şenel Menemencioğlu
09:45 - 10:00 Kadın doğumda dijital dönüşüm: Yapay zeka ile güvenli gebelik takibi ve doğum yönetimi
Selime Furuncuoğlu
10:00 - 10:15 Tartışma

10:15 - 10:45 **AÇILIŞ TÖRENİ**

10:45 - 11:30 **KAHVE MOLASI**

11:30 - 12:30 **CANLI CERRAHİ | Endometrioma skleroterapi**
Moderatör: Özay Oral, Emre Mat
Cerrah: Resul Karakuş

12:30 - 14:00 **ÖĞLE YEMEĞİ**

14:00 - 15:15 **PANEL: PERİNATOLOJİ - GÜNCEL DURUMDA TÜM YÖNLERİYLE FETAL DNA**
Moderatörler: Mucize Eriç Özdemir, Lütfiye Selçuk Uygur
Panelistler: Oya Demirci, Murad Gezer, Reyhan Ayaz, Erbil Çakar, Resul Arısoy
* Fetal DNA: Kime, Ne zaman? Ön koşullar neler?
* İkiz gebeliklerde fetal DNA'nın yeri: Monokoryonik / dikoryonik teknik önemli mi?
* Oosit donasyonu, malignite öyküsü ve benzeri durumlarda fetal DNA'nın yeri
* Fetal DNA'nın anomali dışındaki kullanım alanları (Rh zigozite, erken cinsiyet tayinindeki yeri)
* Ultrasonografik bulguların eşliğinde fetal DNA'nın kullanımı - Kime önermemeliyiz?
* Fetal DNA sonucunu etkileyebilecek faktörler (Malignite, myom ve benzeri durumlar)
* Fetal DNA ve cinsiyet uyumsuzluğu

15:15 - 16:30 **GENEL JİNEKOLOJİ**
Oturum Başkanları: Selçuk Özden, Aktuğ Ertekin, Ozan Doğan
15:15 - 15:30 Adneksiyel kitlelerin radyolojik görüntüleme yöntemleriyle değerlendirilmesi
Hatice Akay
15:30 - 15:45 Adneksiyel kitlelerde laparoskopik cerrahi ve hasta seçimi
Gazi Yıldırım
15:45 - 16:00 Patolog gözüyle Frozen: Kime, ne için isteyelim ?
Ecmel Kaygusuz
16:00 - 16:15 Over transpozisyonu
M. Baki Şentürk
16:15 - 16:30 Tartışma

16:30 - 17:00 **KAHVE MOLASI**

17:00 - 18:00 **PANEL: KONTRASEPSİYON**
Moderatörler: Berna Dilbaz, Bülent Tandoğan
Panelistler: Fisun Vural, Hüseyin Cengiz, Arzu Yavuz, Evrim Bostancı Ergen
* Oral kontraseptif kullanımı
* Rahim içi araçlar ve implantlar
* Dijital çağda kontrasepsiyon
* Postpartum kontrasepsiyon: Doğum sonrası korunma stratejilerinde güncellemeler
* Adölesan ve perimenopoz kontrasepsiyon

14 Haziran 2025, Cumartesi / ANA SALON

09:00 - 10:15 **ÜROJİNEKOLOJİ - VİDEO OTURUMU**
Oturum Başkanları: Niyazi Tuğ, Çetin Kılıççı, Sadık Şahin

09:00 - 09:10 Pelvik organ prolapsusunda abdominal meshsiz cerrahi; Sütur sakrokolpopeksi
Turhan Aran

09:10 - 09:20 Pelvik organ prolapsusunda vajinal meshsiz cerrahi; Sakrospinöz fiksasyon
İsmail Mete İtil

09:20 - 09:30 Anterior kompartman defektinde meshsiz cerrahi; Trapezoid onarım
Reyyan Gökçen İşcan

09:30 - 09:40 Pelvik organ prolapsusunda V-NOTES ile meshsiz cerrahi; Uterosakral ligament süspansiyonu
Ayşe Betül Albayrak

09:40 - 09:50 Stress uriner inkontinasta meshsiz cerrahi; BURCH kolposüspansiyon
Özgür Aktaş

09:50 - 10:00 Stress uriner inkontinasta meshsiz cerrahi; Periürethral enjeksiyon
Önder Tosun

10:00 - 10:15 Tartışma

10:15 - 10:45 **KAHVE MOLASI**

10:45 - 12:00 **PANEL: İNFERTİLİTE**
Moderatörler: Erol Tavmergen, Belgin Devranoğlu
Panelistler: Recai Pabuçcu, Hüseyin Görkemli, Cem Fıçıcıoğlu, Volkan Turan, Yiğit Çakıroğlu
* AFC ve AMH gebeliği öngörmedeki değeri
* Hiper ve poor responder kadınlarda KOH tedavisine yanıtı belirleyen faktörler
* IVF tedavisinde asenkron cevap veren hastalarda mücadele stratejileri
* İnfertilitede yapay zeka kullanımı
* Adneksiyal kitleleri olan infertil kadının değerlendirilmesi

12:00 - 12:30 **Uydu Sempozyumu – STEMBİO**
Moderatörler: Süleyman Salman, Behzat Can, Adnan Budak
Konu: IVF'de Tedavi Etkinliğini Artırmada Hücresel Yaklaşımlar
Konuşmacı: Ahter Tanay Tayyar

STEMBIO

Konu: Kordon Kanı ve Kordon Dokusu Bankacılığı
Konuşmacı: Sultan Seren Karakuş

12:30 - 13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30 - 14:45 **ONKOLOJİ-1**
Oturum Başkanları: Sadiye Eren, Orhan Ünal, Mine Güray Uzun

13:30 - 13:45 Over kanserinin genomik sınıflaması ve genetik
Filiz Bilir

13:45 - 14:00 Over kanserinde fertilite koruyucu yaklaşım
Mesut Polat

14:00 - 14:15 Adneksiyel kitlelerde over kanseri risk belirleyici modeller
Hamdullah Sözen

14:15 - 14:30 Borderline over tümörlerine yaklaşım
Emin Erhan Dönmez

14:30 - 14:45 Tartışma

14:45 - 15:15 **Uydu Sempozyumu – Onkim Kök Hücre Teknolojileri**
Moderatör: Suna Kabil Kucur, Behzat Can
Konu: Hücresel Tedavilerde Güncel Durum ve Yasal Mevzuatlar
Konuşmacı: Pınar Hüner

onkim kök hücre teknolojileri

15:15 - 15:30 **KAHVE MOLASI**

15:30 - 16:45 **PANEL: ENDOMETRİOZİS ve ADENOMYOZİS**
Moderatör: Engin Oral
Panelistler: M. Cihat Ünlü, Ercan Baştu, Barış Mülayim, Resul Karakuş
* Endometrioma cerrahisi: Kime, ne zaman, nasıl?
* Derin infiltratif endometriozisin medikal ve cerrahi tedavisi
* Derin infiltratif endometrioziste sinir koruyucu cerrahi
* Adenomyozisin laparoskopik ve histeroskopik tedavisi
* Endometrioziste ICG kullanımı

14 Haziran 2025, Cumartesi / ZEYNEP SULTAN SALONU

09:00 - 10:15 İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ OTURUMU-1
Oturum Başkanları: Belgin Devranoğlu, Hatice Özkan

09:00 - 09:15 Fertilite tedavlerinde over yantını etkileyen faktörler
Tuğba Korkmaz

09:15 - 09:30 Prematür over yetmezliğinde güncel yaklaşımlar
Havva Şeyma Yılmaz Sinan

09:30 - 09:45 Fertilitenin korunmasında over koruyucu yöntemler
Elif Korkmaz Ordu

09:45 - 10:00 PCOS'lu Genç Olmak
Esra Sarı

10:00 - 10:15 Tartışma

10:15 - 10:45 **KAHVE MOLASI**

10:45 - 12:00 **İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ OTURUMU-2**
Oturum Başkanları: İlkay Güngör, Nazmiye Yürekli

10:45 - 11:00 Endometriozis ve tedavilerinin over rezervi üzerine etkileri
Gizem Boz İzceyhan

11:00 - 11:15 Yumurtalık kanseri erken teşhis ve tedavi yöntemleri
Serkan Akış

11:15 - 11:30 Over cerrahisinde ERAS rehberliğinde Pre-Operatif, Intra-Operatif ve Post-Operatif hemşirelik yaklaşımları
Hilal Evgin

11:30 - 11:45 Güncellenen kılavuzların gözden geçirilmesi
Melek Ersoy Cingi

11:45 - 12:00 Tartışma

12:30 - 13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30 - 14:45 **SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 1**
Oturum Başkanları: Gazi Yıldız, Eralp Bulutlar

15:15 - 15:30 **KAHVE MOLASI**

15:30 - 16:45 **SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 2**
Oturum Başkanları: Müşerref Banu Yılmaz, Gizem Boz İzceyhan

15 Haziran 2025, Pazar / ANA SALON

10:00 - 11:15 **MENOPOZ VE OSTEOPOROZ**
Oturum Başkanları: Yasemin Yakut, Habibe Seyisoğlu, Nazan Tarhan

10:00 - 10:15 Menopoz yönetiminde hormon replasman tedavisi: Dost mu, Düşman mı?
Fatih Durmuşoğlu

10:15 - 10:30 Menopoz ve Kanser: Hormonların rolü ve yönetimi
Burak Giray

10:30 - 10:50 Menopozal semptomların tedavisi: Hormonal ve hormonal olmayan seçenekler
Çiğdem Yayla Abide

10:50 - 11:05 Menopozda cinsel sağlık ve vajinal atrofi: Konuşulmayan gerçekler
Burak Hazine

11:05 - 11:15 Tartışma

11:15 - 11:45 **KAHVE MOLASI**

11:45 - 13:00 **ONKOLOJİ-2**
Oturum Başkanları: Mete Güngör, Ayşe Gürbüz, Sedat Akgöl

11:45 - 12:00 Over kanseri risk azaltıcı yaklaşımlar
Ateş Karateke

12:00 - 12:15 Over kanserinde primer sitoredüksiyon
M. Faruk Köse

12:15 - 12:30 Over kanserinde minimal invazif yaklaşım
M. Murat Naki

12:30 - 12:45 HIPEC güncel durum: Kime, ne zaman?
Hanifi Şahin

12:45 - 13:00 Tartışma

13:00 - 14:00 **ÖĞLE YEMEĞİ**

14:00 - 15:30 DOR
Oturum Başkanları: İbrahim Polat, Tayfun Kutlu, Müşerref Banu Yılmaz

14:00 - 14:15 DOR tanımı ve güncel durum
Mehmet Reşit Asoğlu

14:15 - 14:30 DOR hastalarında IVF tedavi protokolleri
Tayfun Bağış

14:30 - 14:45 DOR'da eksozom - PRP ve uygulamaları; Ümit vadediyor mu?
M. Bülent Tıraş

14:45 - 15:00 DOR'da adjuvan tedavisinin mevcut klinik pratikleri yeri ve etkinliği
Cem Demirel

15:00 - 15:15 POY hastalarının yönetiminde zorluklar ve güncel çözüm önerileri
Oya Gökmen

15:15 - 15:30 Tartışma

15:30 - 16:00 **KAHVE MOLASI**

16:00 - 17:15 PCOS
Oturum Başkanları: Kenan Sofuoğlu, Abdülkadir Turgut, Numan Çim

16:00 - 16:15 Adölesanlarda PCOS tanı ve yönetiminin önemi
Semra Kayataş Eser

16:15 - 16:30 PCOS infertilite bilmecesinde güncel durum
Ulun Uluğ

16:30 - 16:45 İnfertil PCOS'lu kadınlarda yenilikçi IVF tedavi yaklaşımları
Gürkan Bozdağ

16:45 - 17:00 PCOS'ta OHSS hala bir tehdit mi?
Dilek Benk Şilfeler

17:00 - 17:15 Tartışma

17:15 - 17:30 **KAPANIŞ TÖRENİ**

SÖZLÜ BİLDİRLER

001

Rekürren evre 4C+BA pelvik organ prolapsus olgusunda lateral süspansiyon

Ezgi Yıldız1, Ayşe Betül Albayrak2
1 Zeynep Kamil EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul
2 Zeynep Kamil EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Pelvik organ prolapsusu (POP) tedavisinde cerrahi, konservatif yöntemlere göre daha sık tercih edilmektedir. Hangi yöntemin seçileceği her zaman bir tartışma konusu olmuştur. Kadınların %29,2'si prolapsus nüksü nedeniyle ikinci bir POP cerrahisi geçirmektedir. Geniş vajinal hiatus, transvajinal uzunluğun büyüklüğü, operasyondan önce prolapsus ile geçen süre rekürrens için risk faktörleridir.

Bildirinin amacı rekürren evre 4 POP(pelvik organ prolapsus)yönetiminde lateral süspansiyonun demonstrasyonunun yapılmasıdır.

OLGU SUNUMU

52 yaşında 2 kez prolapsus cerrahisi geçirmiş kadın hasta rekürren prolapsus şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede Stress test:negatif AA:0 BA:+4 C:+4 D:-1AP:-1 BP:-2 Rugalar silinmiş Evre 4C+BA pop izlendi. Hastaya laparoskopik lateral suspansiyon kararı verildi.

Yapılan vizüalizasyonda üst batında geçirilmiş operasyona sekonder mide batın ön duvarına yapışık izlendi. Her iki round ligaman hizasından latum yaprakları batın ön duvara yapışık idi. Geçirilmiş sakrokolpopeksi operasyonuna ait mesh uterus hizasından kopmuş izlendi. Mesh bağırsak anslarına yapışık idi. Uterus anterior duvarda mesane sınırında prolen sütürler izlendi. Mesane keskin ve künt diseksiyonlarla indirildi. Tot mesh 2x3 cm prolen sütürlerle sabitlenerek batına gönderildi. Eklenti yerlerinden serviks hizasından uterusa 2.0 ethibond sutur ile 8 noktadan sütüre edildi. Bilateral inguinal 5 lik trokarlar insizyon noktalarından grasperler ile periton altından ilerleyerek round ligamentlerin altından geçildi. Meshin lateral kolları tutularak retroperitondan batın dışına çekildi. Mesane peritonu 2/0 vicryl ile continue onarılarak mesh örtüldü. Umblikus insizyonundaki fasya 1/0 vicryl ile onarıldı . Mesh uçları cilt altı yağlı dokuya sabitlendi. Batın duvarındaki meshler, cilt altında kalacak şekilde kesildi. Cilt insizyonları primer suture edildi.

SONUÇ

Postoperatif 2.günü hasta taburcu edilmiştir. Postoperatif 30.gün kontrole geldiğinde ek şikâyeti yok. Yapılan vajinal muayenede sistosel ve apikal prolapsusun düzeldiği izlendi.

Anahtar kelimeler: Rekürren pelvik organ prolapsusu, lateral süspansiyon

1 Olsen AL, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol. 1997 Apr; 89(4):501-6.

002

Açıklanamayan infertil hastalarda toplanan follikül sıvısı volümünün siklus sonuçlarına ve gebelik oranlarına etkisinin belirlenmesi

Bülent Emre Bilgiç1, Müşerref Banu Yılmaz2
1 Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tüp Bebek Ünitesi, Adana
2 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tüp Bebek Ünitesi, İstanbul

Amaç
Çalışmamızda açıklanamayan infertilite hastalarında toplanan follikül sıvısı volümünün siklus sonuçlarına ve gebelik oranlarına etkisinin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem
Çalışmaya 2019 yılı Eylül - 2020 Ocak ayları arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SUAM Tüp Bebek ünitesinde açıklanamayan infertilite tanısı ile invitro fertilizasyon tedavisi yapılan 53 hasta dahil edildi. Hastaların tedavi dosyaları taranarak siklus sonuçları incelendi. Hastalar siklus sonrası gebelik oluşup oluşmamasına göre kendi aralarında gruplanarak yaş, bazal FSH ve E2 düzeyi, toplam gonadotropin dozu, hCG günü E2 düzeyi, toplam follikül sıvı volümü, toplanan oosit sayısı, MII oosit sayısı, fertilize olan oosit sayısı, transfer edilen embriyo sayısı, derecesi ve transfer günü açısından karşılaştırıldı.

Bulgular
Çalışmaya dahil edilen 53 hastanın 3'ünde matur oosit elde edilememesi nedeniyle ICSI yapılamadı. 4 hasta fertilizasyon olmadığı, 7 hasta ise kötü embriyo gelişimi nedeniyle transfer yapılamadığı için değerlendirmeye alınmadı. Analize dahil edilen 39 hastanın 8'inde gebelik elde edildi. Yaş, FSH, E2, toplam gonadotropin dozu, hCG günü E2 ve toplam folikül sıvı volümü gruplar için benzer bulundu. Toplanan oosit sayısı ve MII oosit sayısı istatistiksel olarak benzer olsa da gebelik elde edilen grupta elde edilemeyen gruba göre fertilizasyon oranı ve embriyoların 5.güne gitme oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (3 vs 5, p=0.048,p=0.011). Yaş, 2PN oosit sayısı ve embriyo transfer gününün dahil edildiği regresyon analizinde gebelikte artan her bir kadın yaşı için gebelik oranında RR: 0.733(p=0.039) oranında azalma olduğu hesaplandı. Embriyo transferinin 5.gün olmasının gebelik oranını 27 kat arttığı saptandı(p=0.020). Korelasyon analizinde total foliküler volüm ile incelenen diğer parametreler arasında korelasyon saptanmadı. hCG günü E2 ile MII oosit sayısı ve toplam oosit sayısı arasında ileri düzeyde korelasyon tespit edildi.

Tablo 1. Açıklanamayan infertil hastaların demografik özellikleri ve siklus sonuçları

	Gebelik (-) (n=31)		Gebelik (+)(n=8)		
	ortanca	min-max	ortanca	min-max	p
Yaş (yıl)	34	25-44	33	27-38	0.130
FSH (mIU/L)*	5.7	1-10	5.6	0-12	0.401
E2(pmol/L)	48	10-92	40	10-62	0.233
Gon.dozu IU*	2050	1200-4575	2475	1850-4500	0.249
E2(pmol/L)	1245	354-3850	1592	576-2974	0.438
Fol. volüm(ml)*	48	20-103	40	22-76	0.462
Top. oosit sayısı	8	2-17	8	4-10	0.670
MIIoosit sayısı*	5	1-12	7	3-13	0.505
2PN*	3	1-7	5	2-8	**0.048**

Dağılımı normal gruplarda Student t testi, dağılımı normal olmayan gruplarda *Mann-Whitney U testi çalışılmıştır.
E2: Estradiol, ET: Embriyo transferi, FSH: Folikül stimulan hormon, hCG: Human koryonik gonadotropin,
Gon: Gonadotropin, Fol: Folikül, MII: metafaz 2 oosit, 2PN: 2 pronukleus.

Tablo 2. Açıklanamayan infertil hastaların siklus sonunda embriyo elde edilme oranları

	Gebelik (-)(n=31)		Gebelik (+) (n=8)		
	n	%	n	%	p
ET grade 1	18	58.1	7	87.5	0.218
ET grade 1	13	41.9	1	12.5	
ET 3. gün	29	93.5	4	50.0	**0.011**
ET 5. gün	2	6.5	4	50.0	
1 ET	23	74.2	6	75.0	1.000
2 ET	8	25.8	2	25.0	
Toplam	31	100.0	8	100.0	

ET:Embriyo transferi

Tablo 3. Multivariate regresyon analizi

	p	RR	%95 GA
Yaş	**0.039**	0.733	0.546-0.984
2PN	0.109	1.654	0.893-3.062
ET günü	**0.020**	27.106	1.683-436.518

ET: Embryo transferi, 2PN: 2 pronukleus

Sonuç

Çalışmamızda açıklanamayan infertil hastalarda toplanan follikül sıvısı volümünün siklus sonuçlarına ve gebelik oranlarına etkisi saptanmamıştır. Analizler yaş ve embriyo transfer gününün gebelik başarısını anlamlı oranda etkileyen faktörler olduğu sonucunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Açıklanamayan infertilite, follikül sıvısı volümü, İVF siklus sonuçları

Kaynaklar

Salha O, Nugent D, Dada T, Kaufmann S, Levett S, Jenner L, Lui S, Sharma V. The relationship between follicular fluid aspirate volume and oocyte maturity in in-vitro fertilization cycles. Hum Reprod. 1998 Jul;13(7):1901-6.

Nivet AL, Léveillé MC, Leader A, Sirard MA. Transcriptional characteristics of different sized follicles in relation to embryo transferability: potential role of hepatocyte growth factor signalling. Mol Hum Reprod. 2016 Jul;22(7):475-84.

005

Servikal intraepitelyal neoplazilerde tanı stratejileri: sitoloji, kolposkopi ve biyomarkerların birlikte kullanımı

Duygu Güzel1
1 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, İstanbul

Amaç
Bu çalışmanın amacı, servikal lezyonların tanısında klasik sitoloji ve kolposkopi yöntemlerinin ötesine geçerek, HPV genotiplemesi ve immünohistokimyasal biyomarkerların (p16, Ki-67) yüksek dereceli lezyonların belirlenmesindeki katkısını analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem
Çalışmaya Manisa Şehir Hastanesi'nde takip edilen 196 hasta dahil edilmiştir (yaş ortalaması: 41,3 yıl). Yaş gruplarının dağılımı %12,2 (25-30 yaş), %56,1 (30-45 yaş), ve %31,6 (45 yaş ve üzeri) şeklindedir. HPV genotiplemesi, sitoloji, kolposkopi ve immünohistokimyasal (p16 ve Ki-67) değerlendirme yapılmıştır. Yüksek dereceli lezyon (CIN2, CIN3, SCC) varlığı ile HPV pozitifliği ve biyomarker ekspresyonları arasındaki ilişki Ki-kare testleri ile incelenmiştir.

Bulgular
HPV 16 pozitifliği, yüksek dereceli lezyon (CIN2, CIN3, SCC) gelişimi ile anlamlı şekilde ilişkilidir (p=0.01). Sitoloji ve kolposkopi bulguları arasındaki uyum anlamlı bulunmuştur (p = 0.03), bu da her iki yöntemin sonuçlarının genel olarak uyumlu olduğunu gösterir. Ancak, bazı durumlarda sitolojik olarak düşük riskli görülen lezyonların kolposkopi sırasında yüksek riskli olarak saptanması, kolposkopinin tanısal değerini vurgular. Hem p16 hem de Ki-67 pozitifliği, yüksek dereceli lezyonlarla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermiştir (p <0.05). Ki-67 pozitifliği yüksek riskli lezyonlarda %78, p16 pozitifliği ise %77 oranında tespit edilmiştir. Bu bulgular, p16 ve Ki-67'nin yüksek dereceli servikal lezyonların tanısında önemli biyomarkerlar olduğunu göstermektedir. Özellikle HPV 16 ve immünohistokimyasal marker pozitifliği kombinasyonu, sessiz ilerleyen yüksek dereceli lezyonların ortaya çıkarılmasında kritik rol oynamaktadır.

Sonuç
Klasik sitolojik değerlendirmeler bazı yüksek riskli lezyonları gözden kaçırabilir. HPV genotiplemesi ve p16/Ki-67 boyamaları, servikal lezyonların daha doğru sınıflandırılmasını sağlar. Bu nedenle, p16 ve Ki-67'nin rutin tanı sürecine dahil edilmesi, servikal premalign lezyonların erken tanısı ve uygun yönetimi açısından önemli katkılar sağlayabilir. Özellikle genç hastalarda, düşük p16/Ki-67 ekspresyonuna sahip CIN2 olgularında, bu yaklaşım gereksiz invaziv müdahalelerden kaçınmak için klinik karar süreçlerine rehberlik edebilir.

Anahtar Kelimeler: Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN), HPV Genotipleme, İmmünohistokimyasal Boyama (İHK), p16INK4a, Ki-67

006

Preeklampside Mikrobiyota ve Bağışıklık Sistemi Etkileşimi: Yeni Bir Bakış Açısı

Leyla Kaya1, Zahide Kaya2
1Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul 2 Üsküdar Devlet Hastanesi, İstanbul

Amaç
Derleme niteliğindeki bu çalışmanın amacı, preeklampsi gelişiminde bağırsak ve vajinal mikrobiyota ile bağışıklık sistemi etkileşiminin rolünü incelemek ve bu konuda yapılan güncel çalışmaları özetlemektir.

Gereç ve Yöntem
2013–2025 yılları arasında yayımlanmış, mikrobiyota, bağışıklık sistemi ve preeklampsi ilişkisini inceleyen özgün araştırmalar sistematik olarak incelenmiştir. Literatür taraması, Cochrane Library, PubMed, Embase, MEDLINE ve CINAHL elektronik veri tabanlarında “Preeklampsi”, “Mikrobiyom”, “Mikrobiyota”, “Bağışıklık Sistemi”, “Vajinal Mikrobiyota”, “Bağırsak Mikrobiyotası”, “Gebelik Komplikasyonları” anahtar kelimeleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Toplamda 97 çalışma taranmış, içerik uygunluğu, tam metin erişim ve metodolojik kalite ölçütleri dikkate alınarak 19 çalışma derlemeye dahil edilmiştir. Literatür seçimi PRISMA ilkelerine uygun şekilde yürütülmüştür.

Bulgular
Preeklampsi tanısı almış gebelerde bağırsak ve vajinal mikrobiyota çeşitliliğinin azaldığı, bazı spesifik patojenik bakterilerin arttığı gözlemlenmiştir. Bu değişikliklerin inflamatuar sitokinleri artırdığı, bağışıklık hücre dengesini bozduğu ve endotelyal disfonksiyona neden olduğu saptanmıştır. Kohort bir çalışmada, erken gebelik döneminde mikrobiyota çeşitliliği düşük olan kadınlarda preeklampsi riskinin 3 kat arttığı bildirilmiştir. Vaka-kontrol bir çalışmada ise, preeklampsi hastalarında sağlıklı gebelere kıyasla Clostridiales ve Prevotella türlerinde anlamlı değişiklikler gözlemlenmiştir Bağışıklık sistemi ile mikrobiyota arasındaki etkileşimin, preeklampsi gelişiminde etkili olabilecek temel mekanizmalardan biri olduğu çalışmalarda savunulmaktadır. Çok merkezli çalışmada mikrobiyota temelli biyobelirteçlerin preeklampsinin erken tespitinde etkili olabileceği öne sürülmektedir.

Sonuç
Preeklampsi gelişiminde yalnızca klasik risk faktörleri değil, mikrobiyota ve bağışıklık sistemi etkileşimi de önemli rol oynamaktadır. Bu etkileşim, inflamasyon ve vasküler disfonksiyon mekanizmaları üzerinden etkili olmaktadır. Gelecekte mikrobiyota temelli tarama testleri ve koruyucu bakım modelleri, preeklampsi riskini azaltmada kullanılabilir. Bakım uygulamalarına bu doğrultuda danışmanlık, eğitim ve yaşam tarzı önerileri entegre edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bağırsak Mikrobiyotası, Gebelik, İnflamasyon, Preeklampsi, Vajinal Mikrobiyota

010

Mikrosefali ile prezente olan basitleştirilmiş giral pattern olgusu

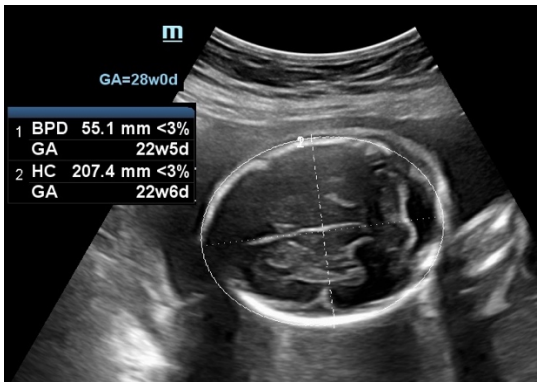
Ömer Gökhan Eyisoy1, Murad Gezer2
1 Yozgat Şehir Hastanesi, Yozgat
2 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü

Giriş ve Yöntem

Mikrosefali; baş çevresinin yaşa ve cinsiyete göre ortalamadan 3 standart sapmadan fazla altında olmasıdır. Doğumdaki insidansı için 1,3-153/100.000 arasında farklı değerler bildirilmiştir(1). Patogenezinde erken proliferatif dönemde nöronal ve glial progenitör hücrelerin sayısında azalma ya da geç nöronal proliferasyon dönemindeki bir bozulmanın mikrobeyin yani mikrosefaliye neden olduğu bildirilmektedir(2). Etyolojide; kromozomal anormallikler, tek gen bozuklukları, enfeksiyonlar ve çevrsel etkiler yer almaktadır(3).

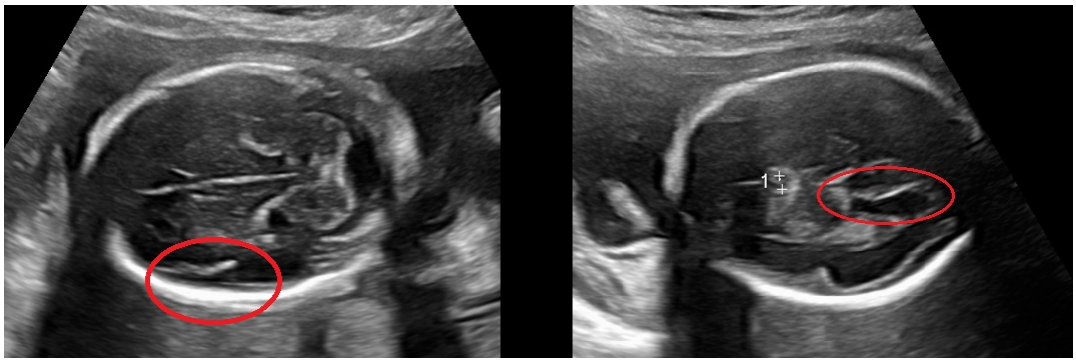
Olgu Sunumu

28 hf gebeliği olan hasta fetal baş çevresinin küçük olması nedeniyle perinatoloji kliniğine refere edildi. USG'de HC<3 SD (22 hf) olarak ölçüldü. Mikrosefali tanısı ile uyumlu olarak slopping forehead ve subaraknoid mesafede artış saptandı ve sulcus, girus gelişiminin 28. gebelik haftasına göre geride olduğu düşünüldü. Çekilen fetal MR'da bulgular doğrulandı ve basitleştirilmiş giral patern tanısı koyuldu. Yapılan kordosentezde karyotip normal ve microarray analizi normal olarak saptandı. Exom analizi gerçekleştirilemedi. Toksoplazma ve CMV PCR analizleri negatif olarak sonuçlandı. Kordosentez işlemi sırasında USG ve MR bulgularına dayanarak gebelik terminasyonu amacıyla fetosid işlemi de gerçekleştirildi.

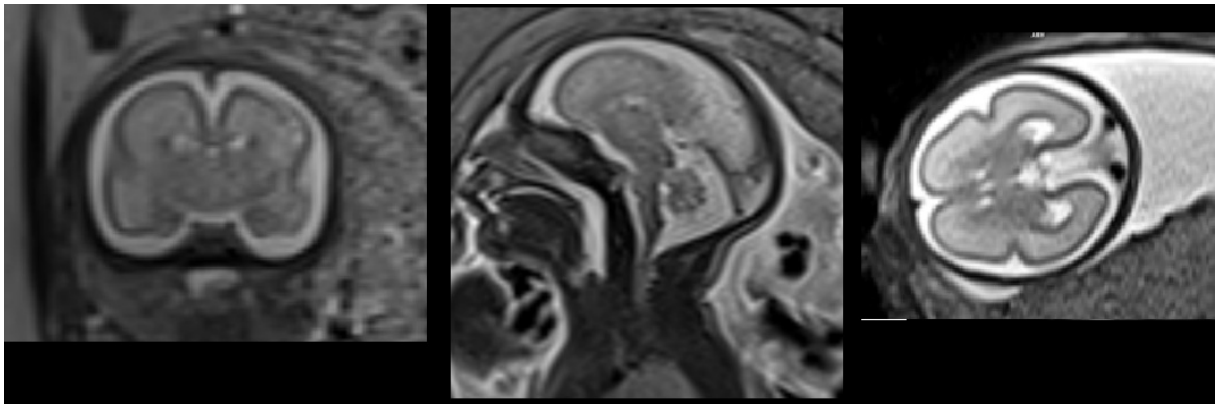


Resim 1 – BPD-HC

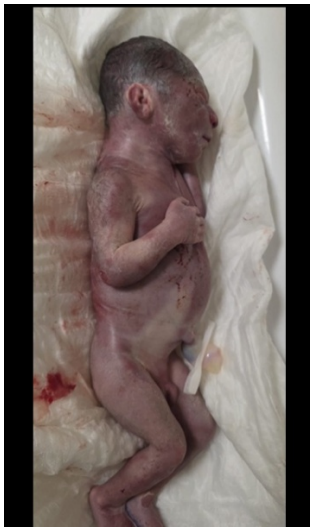
Resim 2 – Slopping forehead



Resim 3 – Fissura



Resim 4 – MRI



Resim 5 - Terminasyon

Tartışma ve Sonuç

Mikrosefali "konjenital" olarak adlandırılsa ve nöronal proliferasyon ikinci trimesterde başlasa da HC genellikle ikinci trimester ultrason (US) muayenesi sırasında normaldir ve mikrosefali sıklıkla üçüncü trimester veya yaşamın ilk yılında belirginleşir. Bazı hastaların tanısına ulaşmanın tek yolu, düşük normal aralıkta HC'si olan fetüslerin takip muayenesini yapmak ya da 32-34. haftalarda yeniden tarama yapılması olabilir(4).

Normal kortikal kalınlığa sahip az sayıda girus ve sığ sulkusları tanımlamak için kullanılan basitleştirilmiş girus paternini, lissensefaliden (kalınlaşmış bir korteksle ilişkili basitleşmiş bir giral patern) ayırt etmek zordur. Giral paternin basitleşme derecesi mikrosefalinin ciddiyeti ile ilişkilidir. Normal sulkasyonlu primer mikrosefali ve basitleştirilmiş giral paternli mikrosefalinin fenotipik bir sürekliliğin parçası olup olmadığı belirsizdir. Bazı araştırmalar basitleştirilmiş giral patern'li hastaların normal sulkasyonlu hastalara göre daha ciddi zeka geriliği, nörogelişimsel gecikme ve ilişkili MSS malformasyonlarına sahip olabileceğini göstermiştir. Mikrosefali ve basitleştirilmiş giral pattern orta-ağır mental retardasyon için yüksek risk ile ilişkili olduğundan aileye gebelik terminasyonu seçeneği sunulması önerilir(5).

Anahtar Kelimeler: Mikrosefali, Basit giral pattern

Kaynaklar

1. Passemard S, Kaindl AM, Verloes A. Microcephaly. Handb Clin Neurol. 2013;111:129–141.
2. Volpe JJ. Neuronal proliferation, migration, organization, and mielinization. In Neurology of the Newborn. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 2008;51–118.
3. Von der Hagen M, Pivarcsi M, Liebe J, von Bernuth H, et al. Diagnos¬tic approach to microcephaly in childhood: A two-center study and review of the literature. Dev Med Child Neurol. 2014;56:732–741.
4. Malinger G, Lerman-Sagie T, Watemberg N, Rotmensch S, Lev D, Glezerman M. A normal second-trimester ultrasound does not exclude intracranial structural pathology. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002;20:51–56.
5. Adachi Y, et al. Congenital microcephaly with a simplifed gyral pattern: associated fndings and their signifcance. AJNR 2011; 32: 1123–9.

011

Adölesan Gebeliklerde ve Normal Yaş Grubu Gebeliklerde Maternal ve Neonatal Sonuçların Karşılaştırılması

Cem İnceoğlu1,Refaettin Şahin2
1 Şırnak Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Şırnak
2 Şırnak Devlet Hastanesi Perinatoloji Kliniği, Şırnak

Giriş

Adölesan gebelikler, hem maternal hem de neonatal komplikasyonlar açısından yüksek risk taşımaktadır. Bu çalışmada, adölesan gebeliklerde doğum şekline göre neonatal sonuçlar ve adölesan gebelikler ile normal yaş grubundaki gebeliklerin klinik sonuçları karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Yöntem

Çalışmaya Şırnak Devlet Hastanesi'nde Ekim 2024 ile Mart 2025 tarihleri arasında doğum yapan 30 adölesan (<20 yaş) ve 31 normal yaş grubunda (20-35 yaş) gebe dahil edilmiştir. Adölesan gebeliklerde doğum şekline göre (sezaryen vs vajinal) ve adölesan-normal yaş grupları arasında gebelik ve neonatal sonuçlar karşılaştırılmıştır.

Bulgular

Adölesan gebeliklerde sezaryen oranı yüksektir. Sezaryen ile doğum yapan adölesan gebelerde doğum haftası ve doğum ağırlığı nispeten düşük, Apgar skorları benzer bulunmuştur. Adölesan ve normal yaş grubu gebelikler karşılaştırıldığında; gravida (p=0.0016), parite (p=0.0108), Apgar 1.dk skoru (p=0.0319), vücut kitle indeksi (p=0.0003) ve yaş (p<0.0001) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doğum ağırlığı, Apgar 5.dk, cinsiyet ve yenidoğan yoğun bakım yatış oranları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).Alt grup analizinde adölesan gebelikler doğum şeklinde göre karşılaştırıldığında doğum ağırlığı,Apgar 1. Ve 5. Dakika,cinsiyet ve yenidoğan yoğun bakım yatış oranları açısından anlamlı fark saptanamamıştır.Fakat vücut kitle indeksi (p=0.0002) düşük olan hastaların sezaryen ile doğum yapması vajinal doğuma kıyasla anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Tablo 1. Şırnak Devlet Hastanesinde Adölesan Gebeler ve Normal Yaş Grubu Gebelerin Doğum Sonuçlarının Karşılaştırılması

Parametre	Adölesan Gebeler (30)	Normal Yaş Grubu (31)	p değeri
Yaş	18.5±0.6	29.4±6.6	0.000
Gravida	1.0 (1-3)	2.0 (1-7)	0.002
Parite	0.0 (0-2)	1.0 (0-3)	0.011
Vücut kitle indeksi	26.7±6.3	32.8±6.3	0.000
Doğum haftası	36.0±4.9	36.8±1.7	0.374
Bebek Ağırlığı (gram)	2868.2±480.6	2865.3±553.9	0.983
APGAR 1.dk skoru	8.0 (3-8)	7.0 (5-8)	0.032
APGAR 5.dk skoru	10.0 (5-10)	9.0 (7-10)	0.053
Sezaryen Oranı (%)	63.3%	45.2%	0.160
Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı (%)	16.7%	19.4%	0.789

Adölesan gebelerde median gravida 1.0 (1–3) ve parite 0.0 (0–2) iken, normal yaş grubunda sırasıyla 2.0 (1–7) ve 1.0 (0–3) bulunmuştur (p<0.05). Vücut kitle indeksi adölesanlarda anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır (p=0.000). Sezaryen oranı adölesanlarda %63.3, normal yaş grubunda %45.2 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.160). Yenidoğan yoğun bakım yatış oranları iki grup arasında benzerdi (p=0.789). Adölesan gebelerde en sık sezaryen endikasyonu fetal distres (%33.3) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 2. Adölesan Gebeliklerde Doğum Şekline Göre Klinik Sonuçların Karşılaştırılması

Parametre	Sezaryen (n=19)	Vajinal Doğum (n=11)	p-değeri
Yaş (mean ± SD)	18.47 ± 0.61	18.64 ± 0.67	0.518
Vücut Kitle İndeksi (VKİ) (mean ± SD)	23.68 ± 4.99	31.92 ± 4.85	0.0002
Apgar 1.dk (median [min–max])	8.0 [4–8]	8.0 [3–8]	0.960
Apgar 5.dk (median [min–max])	10.0 [6–10]	10.0 [5–10]	0.768
Doğum Ağırlığı (mean ± SD)	2873.16 ± 414.77	2859.55 ± 600.07	0.948

Sonuçların Yorumu

Adölesan gebeliklerde doğum şekline göre yapılan karşılaştırmada, yaş, Apgar 1. ve 5. dakika skorları ile doğum ağırlığı açısından sezaryen ve vajinal doğum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Buna karşın, vücut kitle indeksi (VKİ) sezaryen ile doğum yapan gebelerde vajinal doğum yapanlara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (p=0.0002). Bu sonuçlar, adölesan gebelerde doğum şekli ile bazı maternal faktörler arasında ilişki olabileceğini göstermektedir.

Sonuç

Adölesan gebeliklerde gravida ve parite değerlerinin daha düşük olduğu, VKİ'nin normal yaş grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca Apgar 1.dk skorlarının normal yaş grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ancak doğum ağırlığı ve neonatal yoğun bakım yatışı gibi majör neonatal sonuçlar açısından iki grup arasında belirgin farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlar, adölesan gebeliklerin maternal parametrelerde farklılık gösterse de neonatal sonlanımlarda benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Daha geniş örneklemli ileri çalışmalarla bulguların desteklenmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan gebelik, obstetrik sonuçlar, sezaryen endikasyonları, yenidoğan yoğun bakım, fetal distres

015

Fetal Gelişim Kısıtlılığının Zamanlamasına Göre Değişen Maternal Risk Profilleri: Erken ve Geç Başlangıçlı Olguların Kontrol Gruplu İkili Karşılaştırmalı Analizi

Seda Pekcan1, Zeycan Aytaş1, Pınar Kumru1
1 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Amaç
Bu çalışmanın amacı, fetal gelişim kısıtlılığı (FGR) olgularında başlangıç zamanına göre (erken ve geç) maternal sosyodemografik ve sağlık değişkenlerinin farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek; ayrıca her iki alt grubun normal fetal gelişim gösteren gebeliklerle karşılaştırılması yoluyla zamanlamaya bağlı maternal risk profillerini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem
Bu retrospektif olgu-kontrol çalışmasında, FGR tanısı almış 275 gebe olgu grubunu oluşturmuştur. Adolesan (<19 yaş), ileri yaş (>40 yaş) gebeler, çoğul gebelikler, takipsiz gebelikler, kromozomal/konjenital anomalili bebekler ve ölü doğumlar dışlanmıştır. FGR tanısı, abdominal çevre (AC) veya tahmini fetal ağırlığın (EFW) %10 persentilin altında olmasıyla konulmuştur. Olgular başlangıç haftasına göre erken (<32 hafta) ve geç (≥32 hafta) FGR olarak sınıflandırılmıştır. Kontrol grubu, aynı dönemde doğum yapan ve gestasyonel yaşa uygun fetal büyüme gösteren gebeler arasından basit rastgele örnekleme ile seçilen 275 gebeden oluşmuştur. Değerlendirilen değişkenler; yaş, gravida, parite, BMI, gebelikte kilo alımı, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı ve gebeliğin oluşum şeklidir.
Bulgular: Multivariate analizde, erken FGR olgularında nulliparite (OR: 4.0; p<0.001) ve kronik hipertansiyon (OR: 16.4; p<0.001) anlamlı bağımsız risk faktörleri olarak saptandı. Geç FGR ile gebelikte önerilenden az kilo alımı ilişkili bulundu (OR: 2.6; p<0.001). Erken ve geç FGR olgularının karşılaştırıldığı analizde, nulliparite erken FGR ile anlamlıydı (OR: 2.3; p=0.042).

	Erken FGR (n: 72)	Kontrol (n: 275)	p Value
Yaş	29.0 (26.0-34.0)	29.0 (25.0-33.0)	0.158
Gravida	1.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.080
Parite	0.0 (0.0-0.1)	1.0 (0.0-2.0)	0.048
Multiparite/Nulliparite			
Nulliparite	44 (%61.1)	121 (%44)	0.010
Multiparite	28 (%38.9)	154 (%56)	
BMI (Gebelik Öncesi)	25.4 (21.8-28.7)	25.4 (21.8-29.6)	0.717
BMI (Doğumda)	28.9 (25.4-32.7)	30.5 (27.1-33.7)	0.046
Gebelikte Kilo Alımı (IOM)			
Önerilen Kilo Alımı	18 (%48.6)	101 (%37.0)	0.392
Önerilenden Az Kilo Alımı	6 (%16.2)	54 (%19.8)	
Önerilenden Fazla Kilo Alımı	13 (%35.1)	118 (%38.1)	
Eğitim Seviyesi			
Yok	2 (%2.8)	4 (%1.5)	
İlkokul	22 (%30.6)	82 (%29.8)	0.756
Lise	24 (%33.3)	106 (%38.5)	
Lisans-Önlisans	24 (%33.3)	83 (%30.2)	
Sigara Kullanımı	7 (%9.7)	22 (%8.0)	0.638
Kronik HT	6 (%8.3)	4 (%1.5)	0.007
Tip 1 DM	-	1 (%0.4)	1.0
Tip 2 DM	1 (%1.4)	4 (%1.5)	1.0
Hipotiroidi	11 (%15.3)	45 (%16.4)	0.824
Hipertiroidi	-	2 (%0.7)	1.0
Astım	-	5 (%1.8)	0.588
Otoimmun/Otoinflamatuar Hastalıklar	2 (%2.8)	6 (%2.2)	0.673
Trombofili	1 (%1.4)	10 (%3.6)	0.471
Epilepsi	-	1 (%0.4)	1.0
Böbrek Hastalıkları	1 (%1.4)	1 (%0.4)	0.372
Kardiyak Hastalıkları	1 (%1.4)	1 (%0.4)	0.372
Anemi (1. Trimester)			
Yok (>11)	17 (%81.0)	223 (%83.8)	
Hafif (11-9)	4 (%19.0)	37 (%13.9)	0.653
Orta (9-7)		6 (%2.3)	
Ciddi (<7)			
Anemi (Doğumda)			
Yok (>11)	53 (%73.6)	189 (%68.7)	
Hafif (11-9)	15 (%20.8)	76 (%27.6)	0.521
Orta (9-7)	4 (%5.6)	9 (%3.3)	
Ciddi (<7)		1 (%0.4)	
Gebelik			
Spontan	67 (%93.1)	263 (%95.6)	0.133
In Vitro Fertilizasyon (IVF)	4 (%5.6)	12 (%4.4)	
Ovulasyon İnduksiyonu (OI)	1 (%1.4)		

Tablo 1

	Geç FGR (n: 203)	Kontrol (n: 275)	p Value
Yaş	28.4 (24.0-32.0)	29.0 (25.0-33.0)	0.207
Gravida	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.362
Parite	0.0 (0.0-1.0)	1.0 (0.0-2.0)	0.316
Multiparite/Nulliparite			
Nulliparite	103 (%50.7)	121 (%44)	0.144
Multiparite	100 (%49.3)	154 (%56)	
BMI (Gebelik Öncesi)	24.9 (21.7-27.6)	25.4 (21.8-29.6)	0.076
BMI (Doğumda)	28.9 (26.0-31.2)	30.5 (27.1-33.7)	0.001
Gebelikte Kilo Alımı (IOM)			
Önerilen Kilo Alımı	44 (%39.3)	101 (%37.0)	0.004
Önerilenden Az Kilo Alımı	37 (%33.0)	54 (%19.8)	
Önerilenden Fazla Kilo Alımı	31 (%27.7)	118 (%38.1)	
Eğitim Seviyesi			
Yok	8 (%3.9)	4 (%1.5)	
İlkokul	76 (%37.4)	82 (%29.8)	0.053
Lise	60 (%29.6)	106 (%38.5)	
Lisans-Önlisans	59 (%29.1)	83 (%30.2)	
Sigara Kullanımı	22 (%10.8)	22 (%8.0)	0.289
Kronik HT	1 (%0.5)	4 (%1.5)	0.401
Tip 1 DM	-	1 (%0.4)	1.0
Tip 2 DM	1 (%0.5)	4 (%1.5)	0.401
Hipotiroidi	26 (%12.8)	45 (%16.4)	0.280
Hipertiroidi	-	2 (%0.7)	0.510
Astım	2 (%1.0)	5 (%1.8)	0.704
Otoimmun/Otoinflamatuar Hastalıklar	-	6 (%2.2)	0.041
Trombofili	4 (%2.0)	10 (%3.6)	0.286
Epilepsi	-	1 (%0.4)	1.0
Böbrek Hastalıkları	1 (%0.5)	1 (%0.4)	1.0
Kardiyak Hastalıkları	1 (%0.5)	1 (%0.4)	1.0
Anemi (1. Trimester)			
Yok (>11)	49 (%84.5)	223 (%83.8)	
Hafif (11-9)	8 (%13.8)	37 (%13.9)	0.968
Orta (9-7)	2 (%1.7)	6 (%2.3)	
Ciddi (<7)			
Anemi (Doğumda)			
Yok (>11)	131 (%64.5)	189 (%68.7)	
Hafif (11-9)	60 (%29.6)	76 (%27.6)	0.384
Orta (9-7)	12 (%5.9)	9 (%3.3)	
Ciddi (<7)		1 (%0.4)	
Gebelik			
Spontan	194 (%95.6)	263 (%95.6)	0.495
In Vitro Fertilizasyon (IVF)	8 (%3.9)	12 (%4.4)	
Ovulasyon İnduksiyonu (OI)	1 (%0.5)		

Tablo 2

	Erken FGR (n: 72)	Geç FGR (n: 203)	p Value
Yaş	29.0 (26.0-34.0)	28.4 (24.0-32.0)	0.03
Gravida	1.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.547
Parite	0.0 (0.0-0.1)	0.0 (0.0-1.0)	0.427
Multiparite/Nulliparite Nulliparite Multiparite	 44 (%61.1) 28 (%38.9)	 103 (%50.7) 100 (%49.7)	0.130
BMI (Gebelik Öncesi)	25.4 (21.8-28.7)	24.9 (21.7-27.6)	0.483
BMI (Doğumda)	28.9 (25.4-32.7)	28.9 (26.0-31.2)	0.538
Gebelikte Kilo Alımı (IOM) Önerilen Kilo Alımı Önerilenden Az Kilo Alımı Önerilenden Fazla Kilo Alımı	 18 (%48.6) 6 (%16.2) 13 (%35.1)	 44 (%39.3) 37 (%33.0) 31 (%27.7)	0.147
Eğitim Seviyesi Yok İlkokul Lise Lisans-Önlisans	 2 (%2.8) 22 (%30.6) 24 (%33.3) 24 (%33.3)	 8 (%3.9) 76 (%37.4) 60 (%29.6) 59 (%29.1)	0.688
Sigara Kullanımı	7 (%9.7)	22 (%10.8)	0.791
Kronik HT	6 (%8.3)	1 (%0.5)	0.002
Tip 1 DM	-	-	-
Tip 2 DM	1 (%1.4)	1 (%0.5)	0.456
Hipotiroidi	11 (%15.3)	26 (%12.8)	0.598
Hipertiroidi	-	-	-
Astım	-	2(%1.0)	1.0
Otoimmun/Otoinflamatuar Hastalıklar	2 (%2.8)	-	0.68
Trombofili	1 (%1.4)	4(%2.0)	1.0
Epilepsi	-	-	-
Böbrek Hastalıkları	1 (%1.4)	1 (%0.5)	0.456
Kardiyak Hastalıkları	1 (%1.4)	1 (%0.5)	0.456
Anemi (1. Trimester) Yok (>11) Hafif (11-9) Orta (9-7) Ciddi (<7)	 17 (%81.0) 4 (%19.0)	 49 (%84.5) 8 (%13.8) 2 (%1.7)	0.717
Anemi (Doğumda) Yok (>11) Hafif (11-9) Orta (9-7) Ciddi (<7)	 53 (%73.6) 15 (%20.8) 4 (%5.6)	 131 (%64.5) 60 (%29.6) 12 (%5.9)	0.341
Gebelik Spontan In Vitro Fertilizasyon (IVF) Ovulasyon İnduksiyonu (OI)	 67 (%93.1) 4 (%5.6) 1 (%1.4)	 194 (%95.6) 8 (%3.9) 1 (%0.5)	0.625

Tablo 3

Multivariate Lojistik Regresyon Analizi			p Value
Model 1 Erken FGR vs Kontrol	Nulliparite	4.0 (1.8-9.2)	<0.001
	Kronik Hipertansiyon	16.4 (3.4-77.9)	<0.001
Model 2 Geç FGR vs Kontrol	Önerilenden Az Kilo Alımı	2.6 (1.5-4.6)	<0.001
	Önerilen Kilo Alımı	1.7 (0.9-2.8)	0.062
Model 3 Erken vs Geç FGR	Nulliparite	2.3 (1.1-5.1)	0.042

Tablo 4

Model 1: Erken FGR olguları için yapılan analizde; modele yaş, sigara kullanımı, ilk trimester BMI, OMI, kronik hipertansiyon ve multiparite/nulliparite değişkenleri dahil edilmiştir.
Model 2: Geç FGR olgularında; yaş, sigara kullanımı, ilk trimester BMI, OMI, kronik hipertansiyon, multiparite/nulliparite ve eğitim durumu modele eklenmiştir.
Model 3: Erken ve geç FGR olgularının birlikte değerlendirildiği analizde ise yaş, sigara kullanımı, ilk trimester BMI, OMI ve multiparite/nulliparite modele dahil edilmiştir.

Sonuç

Bu çalışma, fetal gelişim kısıtlılığının başlangıç zamanına göre farklı maternal risk profilleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Erken FGR olgularında kronik hipertansiyon ve nulliparite, güçlü bağımsız risk faktörleri olarak öne çıkarken; geç FGR ile gebelikte önerilenden az kilo alımı anlamlı ilişkili bulunmuştur. Bu farklılıklar, FGR'nin heterojen doğasını ve zamanlamaya bağlı etiyolojik ayrışmayı desteklemektedir. Erken ve geç FGR için ayrı risk sınıflamaları yapılmalıdır. Bu veriler, kişiselleştirilmiş takip protokollerine ve algoritmik risk tanımlayıcı modellere temel oluşturabilir.

Anahtar Kelimeler: Fetal Gelişim Kısıtlılığı (FGR)

Kaynaklar

1. Figueras F, Gratacós E. Update on the diagnosis and classification of fetal growth restriction and proposal of a stage-based management protocol. Fetal Diagn Ther. 2014;36(2):86-98. doi: 10.1159/000357592. Epub 2014 Jan 23. PMID: 24457811.
2. Lees C, Marlow N, Arabin B, Bilardo CM, Brezinka C, Derks JB, Duvekot J, Frusca T, Diemert A, Ferrazzi E, Ganzevoort W, Hecher K, Martinelli P, Ostermayer E, Papageorghiou AT, Schlembach D, Schneider KT, Thilaganathan B, Todros T, van Wassenaer-Leemhuis A, Valcamonico A, Visser GH, Wolf H; TRUFFLE Group. Perinatal morbidity and mortality in early-onset fetal growth restriction: cohort outcomes of the trial of randomized umbilical and fetal flow in Europe (TRUFFLE). Ultrasound Obstet Gynecol. 2013 Oct;42(4):400-8. doi: 10.1002/uog.13190. PMID: 24078432.
3. Dall'Asta A, Stampalija T, Mecacci F, Minopoli M, Schera GBL, Cagninelli G, Ottaviani C, Fantasia I, Barbieri M, Lisi F, Simeone S, Ghi T, Frusca T. Ultrasound prediction of adverse perinatal outcome at diagnosis of late-onset fetal growth restriction. Ultrasound Obstet Gynecol. 2022 Mar;59(3):342-349. doi: 10.1002/uog.23714. PMID: 34159652; PMCID: PMC9313890.
4. Fetal Growth Restriction: ACOG Practice Bulletin, Number 227. Obstet Gynecol. 2021 Feb 1;137(2):e16-e28. doi: 10.1097/AOG.0000000000004251. PMID: 33481528.
5. Gordijn SJ, Beune IM, Thilaganathan B, Papageorghiou A, Baschat AA, Baker PN, Silver RM, Wynia K, Ganzevoort W. Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016 Sep;48(3):333-9. doi: 10.1002/uog.15884. PMID: 26909664.
6. Baschat AA. Neurodevelopment following fetal growth restriction and its relationship with antepartum parameters of placental dysfunction. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 May;37(5):501-14. doi: 10.1002/uog.9008. PMID: 21520312.

016
İntrauterin Hayatta Ebstein Anomalisi: Prognozda SAS Skoru ve Vaka Yönetimi

Merve Hasırcı1, Gökçe Naz Küçükbaş Özönder2, Arzu Yavuz1
1 Kocaeli Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kocaeli
2 Kocaeli Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bölümü, Kocaeli

Giriş ve Yöntem
Ebstein anomalisi, septal ve posterior triküspit kapak yapraklarının apikal yerleşimi ve sağ ventikül atrializasyonu ile karakterize konjenital kalp hastalığıdır. Klinik seyir, lezyonun şiddetine bağlı olarak geniş bir yelpazede değişir ve ağır formlar intrauterin kayıplarla sonuçlanabilir. Bu olgu aracılığıyla, Ebstein anomalili fetüslerde fetal sonuçların tahmininde kullanılan Simpson-Andrews-Sharland (SAS) skor sistemi ve ilgii olgu yönetiminin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu
Otuz bir yaşında, G1P0, talasemi taşıyıcısı gebe, 24. gebelik haftasında fetal kardiyak anomali şüphesi ile perinatoloji kliniğimize başvurdu. Fetal ekokardiyografide triküspit kapak apikale yerleşimli ve sağ ventirkül atrialize izlendi. Fetal Ebstein anomalisi tanısı konuldu. Lityum kullanımı yoktu. İnvazif genetik tanı testini reddeden hasta, prenatal izlem sürecinde iki haftada bir takip edildi, prognoz için SAS skorlama sistemi uygulandı. Otuzuncu gebelik haftasında fetal hidrops, kardiyotorasik oranda artış saptandı, duktus arteriyozusta ters akım izlendi. Otuz birinci gebelik haftasında fetal distres nedeniyle acil sezaryen gerçekleştirildi.

Bulgular
Fetal ultrasonografide triküspit kapağın apikal yerleşimi, ileri derecede triküspit yetmezlik ve sağ kalp boşluklarında genişleme izlendi. Otuzuncu gebelik haftasında kardiyotorasik oran 0.71, RV/LV çap oranı: 1,52 idi; pulmoner kapaktan ileri akım yoktu ve duktus arteriyozusta ters akım vardı. Celermajer indeksi 1,88 ve SAS skoru 8 olarak hesaplandı. Takiplerde plevral efüzyon ve batında asit izlendi. Bu nedenle aileye fetal/neonatal yüksek mortalite riski olduğu bildirildi. Hastanede takibe alınan gebe, 31. Gebelik haftasında akut fetal distres nedeniyle 1740 gram, 31 cm, 1/4 Apgar skoruyla doğan fetüs, prostaglandin infüzyonu ve diüretik tedavisi altındayken asidotik olması nedeniyle ventilasyona alındı, bradikardi sonrası arrest gelişti resüsitasyona rağmen 12 saat içinde kaybedildi.

Sonuç
Ebstein anomalisi ciddi prenatal ve postnatal morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. SAS skorlama sistemi, fetüsün klinik seyrini değerlendirmede ve ailenin bilgilendirilmesinde yol göstericidir. Prenatal tanı sonrası her muayenede uygulanan skorlama sistemi sayesinde, ailenin fetal durum hakkında doğru bilgilendirilmesi ve uygun yönetim stratejilerinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ebstein anomalisi, SAS skoru, fetal ekokardiyografi, prognoz

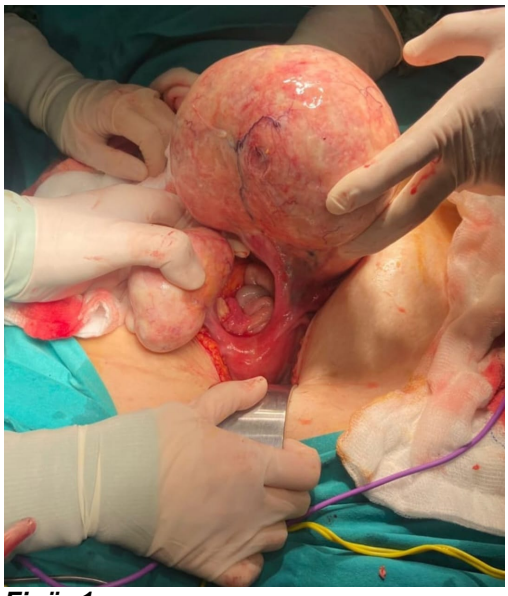
019
Over yerleşimli nadir görülen bir primer lenfoma olgu sunumu

Uğur Kemal Öztürk1, Esra Keleş1, Damlanur Yücel1, Fatih Şanlıkan1, Özge Nur Gülen1, Ümmügülsüm Kuyucu1, Murat Api1
1 Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Yöntem
Ovaryan yerleşimli primer lenfomalar oldukça nadir görülür ve tüm over tümörlerinin %0.5'inden daha azını oluştururlar. En sık histopatolojik tipi Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma'dır. Bu durum klinik ve radyolojik olarak overin diğer malignitelerini taklit edebilir (1). Olgumuzda ovaryan kitle ile prezente olan ve patoloji sonucunda lenfoma tanısı koyulan bir hastanın yönetimi vurgulanmaktadır.

Olgu Sunumu
57 yaşında karın ağrısı şikayetiyle başvuran kadın hastada yapılan ultrasonografide uterus doğal, solda 20x24 cm, sağda 6x8 cm boyutlarında solid kitleler ve batın içi serbest sıvı görüldü. Yapılan tetkiklerde CA 125: 12.4 U/mL, CA19-9: 12.7 U/ mL olan hastaya tanısal laparotomi kararı alındı. İntraoperatif batında yaklaşık 1 litre asit sıvısı boşaltıldıktan sonra sol over kaynaklı yaklaşık 25 cm'lik dev kitle çıkartıldı ve frozena gönderildi (Figür 1). Frozen sonucunun malign hücreler mevcut ancak kesin tanı parafinde olarak raporlanması üzerine total abdominal histerektomi, bilateral

salpingooferektomi, pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu ve total omentektomi operasyonu uygulandı. Nihai patolojide sol over kaynaklı immünhistokimyasal olarak BCL-2, BCL-6, CD20 ve MUM-1: Pozitif, Ki67: %80 olan Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma saptandı. Ayrıca sol tuba ve sağ overde de tümör infiltrasyonu görüldü. Endometriyum atrofik olarak raporlandı. Lenf nodlarında ve omentumda ise bir tutulum yoktu. Hasta bu sonuçlarla tümör konseyinde değerlendirildi ve hematoloji bölümde Rituksimab, Siklofosfamid, Doksorubisin, Vincristin, Prednizon tedavisine başlandı. 6 kürlük tedavinin ardından hasta tanıdan sonraki 9. ayında remisyonda seyretmektedir.



Figür 1

Tartışma

Ovaryan solid kitlelerde tümör belirteçleri normal ise ayırıcı tanıda ovaryan lenfoma akla gelmelidir. Bu olgularda diğer over malignitelerinden farklı olarak tedavinin temelini kemoterapi oluşturmaktadır (2). Olgumuzda klinik şüphe ve patoloji uyumu tanıyı doğrulanmış ve uygun kemoterapinin ardından tedavide tam yanıt sağlanmıştır.

Sonuç

Ovaryan solid kitlelerin ayırıcı tanısında lenfoma nadir de olsa akılda tutulmalıdır. Kesin tanı immünohistokimyasal incelemeyle koyulmaktadır. Bu hastalarda erken tanı ve uygun kemoterapi tedavisi ile prognoz genellikle iyidir.

Anahtar Kelimeler: Ovaryan lenfoma, solid pelvik kitle, kemoterapi

Kaynaklar

1. Dimopoulos, M. A., Daliani, D. D., Pugh, W., Gershenson, D. M., & Cabanillas, F. (1997). Primary ovarian non-Hodgkin's lymphoma: Outcome after treatment with combination chemotherapy. Gynecologic Oncology, 64(3), 446–450. https://doi.org/10.1006/gyno.1996.4615
2. Vang, R., Medeiros, L. J., Warnke, R. A., & Higgins, J. P. (2001). Ovarian non-Hodgkin's lymphoma: a clinicopathologic study of eight primary cases. Modern Pathology, 14(11), 1093–1099. https://doi.org/10.1038/modpathol.3880432

0020

Gebelikte HELLP Sendromu bulguları ile tanı alan bir akut myeloid lösemi vakası

Deniz Doğa Koruç1, Sevdenur Banu Yiğit1, Gizem Ceren Ekici1, Habibe Ayvacı Taşan1
1 T.C Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Yöntem

Hemoliz, karaciğer enzimlerinin yükselmesi ve trombosit düşüklüğü ile tanımlanan HELLP Sendromu gebelik hipertansiyonunun önemli sonuçlarından. İntrauterin fetal ölüm ile birlikteliği %7.4-34 oranındadır [1]. Plasenta dekolmanı ve disemine intravasküler koagulopati (DİK) gibi maternal olumsuz sonuçlar eşlik edebilir [2,3]. Gebelikte lösemi insidansı 1/75.000- 1/100.000 arasındadır ve vakaların üçte ikisi akut myeloid lösemi (AML)'dir. Miyeloid lösemi için tanı kriterleri, gebe bir hastada diğer hastalar ile aynıdır.

Olgu Sunumu

28 yaşında, 25 hafta 5 günlük nullipar gebe, intrauterin ex ve HELLP sendromu tanılarıyla kliniğimize refere edildi. Arter kan basıncı 150/100 mm/Hg ve eşlik eden baş ağrısı mevcuttu. Travma öyküsü hasta beyanı ile dışlandı. Yakın zamanda geçirilmiş üst solunum yolu öyküsü olduğu öğrenildi. Eklampsi profilaksisi amacıyla MgSO4 ve antihipertansif tedavi başlandı. Vücut muayenesinde peteşi, purpura, ekimoz, vajinal kanama görülmedi. Ultrasonografide fetal ölçümler son adet tarihi ile uyumlu, fetal kalp atımı negatif, plasenta anteriorda ve geniş infarkt ile uyumlu eko veren alanlar izlendi. Laboratuar sonuçları ile preeklampsi, HELLP sendromu ve eşlik eden disemine intravasküler koagülopati (DIK) tanısı konuldu. Hemogram parametrelerinde lökositoz ve monositoz dikkat çekiciydi. Fibrinojen, eritrosit süspansiyonu ve taze dondurulmuş plazma hazırlığı yapıldı ve doğum sezaryen ile gerçekleşti. Plasentanın inspeksiyonunda dekole alan izlenmedi. Batında asit mevcuttu. Postoperatif 4. günde kan değerlerinde devam eden trombositopeni (43-31 $10^3/mm^3$), eşlik eden monositoz(>11 $10^3/mm^3$) ve lökositoz (45-53 $10^3/mm^3$) nedeniyle hematoloji konsültasyonu istendi. Antenatal dönemde bir hafta öncesine kadar laboratuvar testlerinde anormal bulgu olmadığı görüldü. Periferik yaymada, yaygın, monoton, orta-büyük boyda, dar granülsüz sitoplazmalı, bazıları sitoplazmik düzensiz çıkıntılara sahip blastlar izlendi. Akut miyeloid lösemi tanısı konulan hastada, yara iyileşmesi sonrası kemoterapi indüksiyonu planlandı.

Tartışma ve Sonuç

Gebelikte trombositopeni, eşlik eden hipertansiyon ve fetal kayıp öncelikle gebeliğin hipertansif hastalıklarını akla getirmelidir. Preeklampsi ve HELLP sendromunu tedavi etmenin en etkili yöntemi doğumdur [4]. Atipik seyreden olgularda nadir sebepler de düşünülmelidir. Hemogram parametrelerinin dikkatli değerlendirilmesi yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut myeloid lösemi, HELLP Sendromu

Kaynaklar

1-Sibai BM. Hemoliz sendromunun teşhisi, tartışmaları ve yönetimi, yüksek karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sayısı. Obstet Jinekolü. 2004 Mayıs; 103(5 sayfa 1):981-91. doi: 10.1097/01.AOG.0000126245.35811.2a. PMID: 15121574.
2-Ertan AK, Wagner S, Hendrik HJ, Tanriverdi HA, Schmidt W. HELLP sendromunun klinik ve biyofiziksel yönleri. J Perinat Med. 2002; 30(6):483-9. doi: 10.1515/JPM.2002.076. PMID: 12530105.
3-Oparaji DC. Nadir ama asla unutulmaması gereken: HELLP sendromu. Vaka Temsilcisi Kadın Sağlığı. 2024 Ocak 23; 41:E00584. doi: 10.1016/j.crwh.2024.e00584. PMID: 38616965; PMCID: PMC11009880.
4- R, Alvarez J, Alvarez M, Al Khan A. Gebelik sırasında hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sendromunu taklit eden akut miyeloid lösemi: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. Ben J Perinatol. 2007 Ocak; 24(1):1-4. doi: 10.1055/s-2006-954955. Epub 2006 8 Kasım. PMID: 17094046.

021

Dondurulmuş embryo transfer sikluslarında farklı estrojen tedavi protokollerinin in vitro fertilizasyon sonuçlarına etkisi

Sevinç Özmen1, Esra Nur Tola 2

1 İstanbul Memorial, İn vitro Fertilizasyon Ünitesi, İstanbul
2 İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pendik Medipol Hastanesi, İstanbul

Amaç
Bu çalışma, dondurulmuş çözülmüş embriyo transferi (DÇET) siklusunda endometriumun farklı östrojen tedavileri ile hazırlanmasının in vitro fertilizasyon (IVF) sonuçları üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlamaktadır. Özellikle, oral ve transdermal östrojen tedavilerinin sonuçlar üzerindeki etkinliği karşılaştırılmıştır.

Yöntem
Bu retrospektif çalışma kapsamında 1405 DÇET siklusu analiz edilmiştir. Endometriyal hazırlık yöntemine göre vakalar iki gruba ayrılmıştır: oral östrojen tedavisi alan grup (ERT, n=1330) ve transdermal östrojen tedavisi alan grup (TTS, n=75). Siklusun ikinci gününde transvajinal ultrasonografi (TVUSG) ile pelvik patolojiler dışlanmıştır.
ERT grubunda siklusun ikinci gününden itibaren 6 mg/gün oral östrojen uygulanmıştır. TTS grubunda ise 3.9 mg estradiol transdermal patch başlanmıştır. Ortalama 7 gün sonra TVUSG'de endometriyal kalınlık ≥7 mm olduğunda mikronize progesteron (200 mg/gün, 3*1, vajinal) uygulanmıştır. Embriyo dondurma gününe göre Progesteron tedavisinin başlamasından dört veya beş gün sonra embriyo transferi gerçekleştirilmiştir. Embriyo transferinden dokuz-on gün sonra serum hCG seviyesi ölçülmüştür.
Biyokimyasal gebelik, gebelik testinin pozitif çıkması olarak tanımlanmıştır. Klinik gebelik, TVUSG'de kavitede kalp atışı olan fetusun izlenmesi olarak değerlendirilmiştir. Canlı doğum, yaşayan bir bebek doğurmak olarak saptanmıştır. Abortus ise 20 hafta öncesi gebelik kaybı olarak tanımlanmıştır.
Gruplar arası biyokimyasal gebelik, klinik gebelik, abort ve canlı doğum oranları karşılaştırılmıştır.

Bulgular
TTS ve ERT grubu arasında kadın ve erkek yaşı, Vücut kitle indeksi (VKİ), transfer edilen embriyo sayısı, endometrial kalınlık, demografik ve bazal veriler de gruplar arasında istatistiksel fark izlenmedi(Tablo 1).
Biyokimyasal gebelik gruplar arasında benzerdi(p=0.4) klinik gebelik oranı TTS grubunda daha fazla olmasına rağmen, canlı doğum oranları açısından ise iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi (p=0.09) (Tablo 2).

Sonuç
Oral ve transdermal östrojen grupları canlı doğum oranları arasında istatistiksel fark olmasa da, klinik gebelik oranı transdermal östrojen grubunda önemli ölçüde daha yüksekti. Transdermal östrojen tedavisi, oral östrojene alternatif bir yöntem olarak, özellikle derin ven trombozu, hiperlipidemi ve pıhtılaşma bozuklukları riski taşıyan hastalar için güvenli bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: Dondurulmuş embriyo transferi, estrojen replasman tedavisi, in vitro fertilizasyon.

	ERT-FET (n= 1330)	TTS-FET (n= 75)	p
Kadın yaşı (years)	**30,74 ± 4,659**	**30,87± 5,205**	**,825**
Erkek yaşı (years)	**34,44 ± 5,365**	**34,99 ± 5,990**	**,397**
Vücut kitle indeksi (kg/m^2)	**26,48 ± 13,300**	**25,45 ± 4,370**	**,504**
AMH	**4,8120± 4,65238**	**5,6972± 7,25573**	**,160**
Endometrial kalınlık (mm)	**9,81± 1,541**	**9,76± 1,483**	**,806**
Embriyo transfer günü	**4,97± ,260**	**5,03± ,162**	**,082**
Transfer edilen embriyo sayısı (n)	**1,62± ,570**	**1,47 ± ,502**	**,024**
NICU (gün)	**20,68 ± 28,561**	**23,56± 32,780**	**,770**
Gebelik yaşı (gün)	**259,1168**	**268,4667**	0,07

Tablo 1 Demografik veriler ve bazal özellikler

	ERT	TTS	p
Biyokimyasal gebelik (n, %)	**846/1330 (63,6%)**	**51/75 (68,0%)**	**0,4**
Klinik gebelik (n, %)	**731/1330 (55,0%)**	**50/75 (66,7%)**	**0,04**
Klinik abort (n, %)	**155/731 (21,2%)**	**10/50 (20,0%)**	**0,8**
Canlı doğum (n, %)	**576/1330 (43,3%)**	**40/75 (53,3%**	0,09

Table 2. in vitro fertilization siklus sonuçları

023

Antifosfolipid sendromu tanısı ile takip edilen ve nörolojik komplikasyon gelişen gebelik olgusu

Nazan Usal Tarhan1
1 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Yöntem

Antifosfolipid sendromu (AFS), obstetrik morbidite, arteriyel ve/veya venöz tromboz ile karakterize edinsel, sistemik bir otoimmün hastalıktır (1). Tahmini insidansı 1-2/100.000, prevalansı 40-50/100.000 olarak bildirilmektedir (2). Obstetrik AFS, preeklampsi, fetal büyüme kısıtlılığı ve fetal ölüm gibi ciddi gebelik komplikasyonlarıyla ilişkili bulunmuştur (3).

Olgu Sunumu

35 yaşında, G3P1A1Y1, ikiz gebeliği olan hasta, 28. gebelik haftasında bulantı, iki kez kusma ve baygınlık hissi nedeniyle hastaneye başvurdu. İlk gebeliğinde, 35. gebelik haftasında preeklampsi, fetal gelişim kısıtlılığı ve dekolman tanıları nedeniyle sezaryen ile doğum öyküsü mevcuttu. Şimdiki gebeliğinde yapılan araştırmada, AFS tanısı aldığı için aspirin 100 mg/gün ve düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) 4000 U/gün kullanmaktaydı. Kan basıncı:125/80 mmHg, Nb:112/dk, vücut kütle indeksi: 42 kg/m2 saptandı. Bu şikayetlere tansiyon yüksekliği ve proteinüri eşlik etmediği için preeklampsi tanısından uzaklaşıldı ve nöroloji konsültasyonu istendi. Nörolojik muayene ve manyetik rezonans görüntüleme sonucunda sinüs ven trombozu ön tanısı ile DMAH dozu 6000U/gün'e yükseltildi. Görüntüleme tetkikleri tekrar değerlendirildiğinde, hipoplastik sinüs venosus olarak raporlandı. Gebeliğin 35. haftasında, başağrısı şikayetinin yinelemesi ve önceki gebelikteki preeklampsi ve dekolman öyküsü nedeniyle doğum gerçekleştirildi. Postpartum 6 hafta süreyle DMAH 6000 U/gün, aspirin 100 mg/gün tedavisi ve antiembolik çorap kullanması önerileriyle taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç

Obstetrik AFS olguları, maternal ve fetal komplikasyonlar açısından yüksek risk taşıdığı için sonraki gebeliklerde AFS araştırması, tanı alan olgularda profilaktik ve/veya terapötik tedavi uygulanması ve komplikasyonların izlenmesi önemlidir. Güncel kılavuzlar ve uzman konsensüsü, antifosfolipid antikorları olan veya daha önce obstetrik AFS komplikasyonları olan kadınlarda antitrombotik düşük doz aspirin (100 mg/gün, oral) ve antikoagulan profilaktik heparin/DMAH'nin (4000–6000 U/gün, subkutan) birleştirilmesini desteklemektedir (4). Olguların %20-25'i standart tedaviye yanıt vermeyeceği için tedavi alan olgular da yakından izlenmelidir. Diğer tedavi programları, hidroksiklorokin, düşük doz prednizon, DMAH dozunun artırılması, IVIG veya plazma değişimi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid sendromu, obstetrik AFS, preeklampsi

Kaynaklar

1. Corban MT, Duarte-Garcia A, McBane RD, Matteson EL, Lerman LO, Lerman A. Antiphospholipid syndrome: role of vascular endothelial cells and implications for risk stratification and targeted therapeutics. J Am Coll Cardiol. 2017;69(18):2317–2330. doi: 10.1016/j.jacc.2017.02.058.
2. Dabit JY, Valenzuela-Almada MO, Vallejo-Ramos S, Duarte-García A. Epidemiology of Antiphospholipid Syndrome in the General Population. Curr Rheumatol Rep. 2022 Jan 5;23(12):85. doi: 10.1007/s11926-021-01038-2. PMID: 34985614; PMCID: PMC8727975.
3. Abou-Nassar K, Carrier M, Ramsay T, Rodger MA. The association between antiphospholipid antibodies and placenta mediated complications: a systematic review and meta-analysis. Thromb Res. 2011 Jul;128(1):77-85. doi: 10.1016/j.thromres.2011.02.006. Epub 2011 Mar 21. PMID: 21420151.
4. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. Arthritis Rheumatol. 2020 Apr;72(4):529-556. doi: 10.1002/art.41191. Epub 2020 Feb 23. PMID: 32090480.

024

Cerrahi sonrası patoloji raporunda endometrioma tanısı olan hastaların değerlendirilmesi

Özlem Koşar Can1
1 Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Denizli

Amaç
Endometriozis üreme çağındaki kadınların yaklaşık %10'unu etkileyen kronik bir hastalıktır. İnfertil kadınların %30 ile %50'sinde hastalık mevcuttur. Endometriozis tanısı olan hastaların %17 ile %44'ünde ovaryen endometrioma bulunur. Literatürde hem ağrıyı azaltmak hem spontan gebelik oranlarını artırmak için ≥3 cm endometriomaların cerrahi olarak çıkarılabileceği konusu tartışılmaktadır. Sunulan bu çalışmada üçüncü basamak bir hastanede cerrahi sonrası patolojik incelemede endometrioma tanısı alan hastaların demografik ve klinik bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
Gereç ve Yöntem: Ocak 2023- Mart 2025 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalın'da cerrahi geçiren, histopatolojik tanıları endometrioma olan 56 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri retrospektif olarak incelendi. Endometrioma tanısı almış hastalar, endometrioma boyutuna göre cutoff değeri 3 cm baz alınarak 2 gruba ayrıldı. İki grup arasında yaş, parite, endometriozis cerrahisi endikasyonları, kaç kez cerrahi geçirdiği,bilateralite mevcudiyeti karşılaştırıldı.

Bulgular
Hastaların ortalama yaşı 38 (18-50 yaş) idi. Endometrioma boyutu <3 cm olan (Grup-1) 11 olgu ve endometrioma boyutu ≥3 cm olan (Grup-2) 45 olgu saptandı. Grup-1 hastaların ortalama yaşı 41, parite sayısı 2 idi. Operasyon endikasyonları arasında eşlik eden myoma uteri olan 7 (%63,6) olgu, jinekolojik kanser şüphesi olan 2 (%18,1) olgu, sezeryan esnasında alınan 1 (%9,09) olgu ve infertilitesi olan 1 (%9,09) olgu mevcuttu. Grup-2 hastaların ortalama yaşı 37, parite sayısı 1 idi. Operasyon endikasyonları arasında ağrı olan 18(%40) olgu ve infertilitesi olan 10 (%22,22) olgu, eşlik eden myoma uteri olan 9(%20) olgu, jinekolojik kanser şüphesi olan 5 (%11,11) olgu, ovaryen rüptür olan 2 (%4,44) olgu, sezeryan esnasında alınan 1 (%9,09) olgu mevcuttu.

Sonuç
Endometrioma boyutu <3 cm olan olguların ortalama yaşlarını daha ileri ve myoma uteri gibi ek hastalıklar nedeniyle opere olduğunu saptandı. Endometrioma boyutu ≥3 cm olan olgularda daha yüksek oranda ağrı ve infertilite nedeniyle opere olduğunu saptandı. Sunulan bu çalışmanın sonuçları endometrioma boyutunun hasta semptomları ve operasyon endikasyonları arasında etkili olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, endometrioma boyutu, endometrioma cerrahisi

Kaynaklar

1. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. Fertil Steril. 2012;98:511–519.
2. Centini G, Lazzeri L, Dores D, et al. Chronic pelvic pain and quality of life in women with and without endometriosis. J Endometr Pelvic Pain Disord. 2013;5:27–33.
3. Bourdon M, Peigné M, Maignien C, de Villardi de Montlaur D, Solignac C, Darné B, Languille S, Bendifallah S, Santulli P. Impact of Endometriosis Surgery on In Vitro Fertilization/Intracytoplasmic Sperm Injection Outcomes: a Systematic Review and Meta-analysis. Reprod Sci. 2024 Jun;31(6):1431-1455. doi: 10.1007/s43032-023-01421-7. Epub 2024 Jan 2. PMID: 38168857.
4. Smolarz B, Szyłło K, Romanowicz H. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). Int J Mol Sci. 2021 Sep 29;22(19):10554. doi: 10.3390/ijms221910554. PMID: 34638893; PMCID: PMC8508982.
5. Association between Ovarian Endometriomas and Stage of Endometriosis. J Clin Med. 2024 Aug 2;13(15):4530. doi: 10.3390/jcm13154530. PMID: 39124796; PMCID: PMC11313643.
6. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, Heikinheimo O, Horne AW, Kiesel L, Nap A, Prentice A, Saridogan E, Soriano D, Nelen W; European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014 Mar;29(3):400-12. doi: 10.1093/humrep/det457. Epub 2014 Jan 15. PMID: 24435778.

025

Patoloğun korkulu rüyası: Over borderline tümörlerinde frozen ve kesin tanı karşılaştırması

Yeliz Arman Karakaya[1]
[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

Giriş

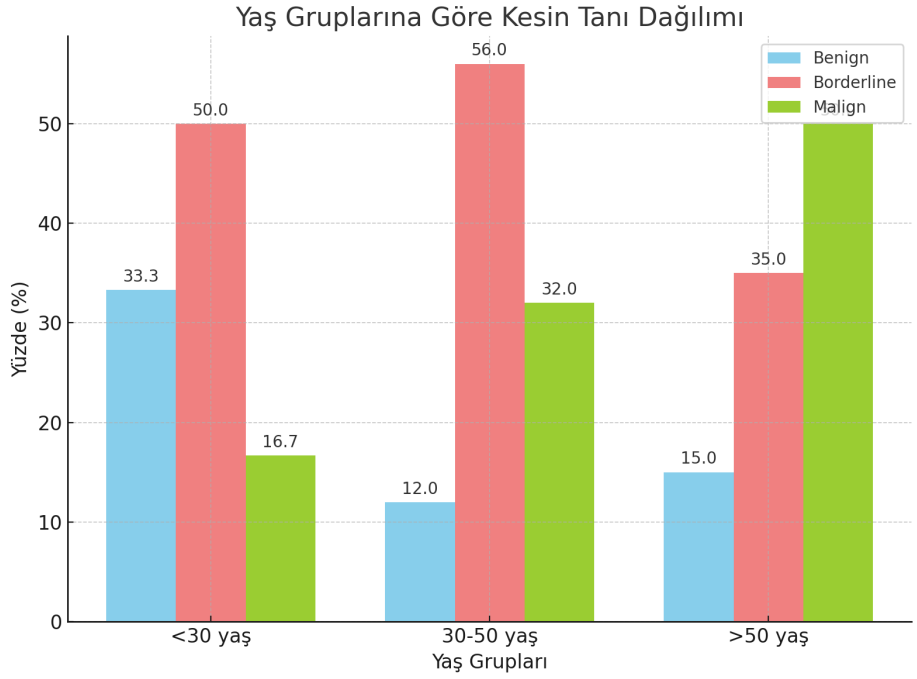
Borderline over tümörleri frozen kesilerde tanısal güçlük oluşturmakta ve intraoperatif yönetimi doğrudan etkilemektedir. Bu çalışmada, frozen tanılar ile kesin tanılar arasındaki uyumun değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda 2020–2024 yılları arasında frozen kesisi yapılan 51 over tümörü retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, tümör lokalizasyonu, tümör çapı, frozen tanı ve kesin tanı verileri değerlendirildi. Frozen ve kesin tanılar arasındaki uyum Kappa testi ile analiz edildi.

Frozen Tanı	Benign (n/%)	Borderline (n/%)	Malign (n/%)	Toplam (n/%)
Belirsiz	3 (%75,0)	1 (%25,0)	0 (%0,0)	4 (%7,8)
Malign/en az borderline şüpheli	5 (%11,9)	19 (%45,2)	18 (%42,9)	42 (%82,4)
Benign	0 (%0,0)	4 (%80,0)	1 (%20,0)	5 (%9,8)
Toplam	8 (%15,7)	24 (%47,1)	19 (%37,3)	51 (%100)

Tablo 1: Frozen Tanı ile Kesin Tanı Karşılaştırması



Grafik 1

Bulgular
Çalışmaya dahil edilen 51 hastanın yaş ortalaması 46,7±14,8 yıl olup, yaşlar 20–81 arasında değişmekteydi (Şekil 1). Olguların %47,1'inde sağ over, %45,1'inde sol over, %7,8'inde ise her iki over tutulumu mevcuttu. Tümörlerin %56,9'unda çap <10 cm, %43,1'inde >10 cm olarak bulundu. Frozen tanıda olguların %82,4'ü malign veya en az borderline şüpheli, %7,8'i belirsiz ve %9,8'i benign olarak raporlandı. Kesin tanıda %47,1'i borderline, %37,3'ü malign ve %15,7'si benign idi. Frozen tanı ile kesin tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,002). Frozen tanısı malign/en az borderline olan olguların %88,1'i kesin tanıda da malign idi (Tablo 1). Frozen ve kesin tanılar arasındaki genel uyum düşük düzeyde olup Kappa değeri 0,265 idi (p=0,010).

Sonuç
Over borderline tümörlerinde frozen kesiler intraoperatif karar sürecinde değerli bilgiler sağlasa da, tanısal belirsizlikler nedeniyle dikkatli yorum gerektirmektedir. Klinik ve radyolojik verilerle birlikte multidisipliner değerlendirme önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Frozen tanı, Borderline over tümörü, Tanı uyumu

Kaynaklar
1. Kung FY, Tsang AK, Yu EL. Intraoperative frozen section analysis of ovarian tumors: an 11-year review of accuracy with clinicopathological correlation in a Hong Kong regional hospital. Int J Gynecol Cancer. 2024;34(5):772–778.
2. Gol M, Baloglu A, Yigit S, Dogan M, Aydin C, Yensel U. Accuracy of frozen section diagnosis in ovarian tumors: Is there a change in the course of time? Int J Gynecol Cancer. 2024;34(3):593–597.
3. Maheshwari A, Gupta S, Kane S, Kulkarni Y, Goyal LCBK, Tongaonkar HB. Accuracy of intraoperative frozen section in the diagnosis of ovarian neoplasms: Experience at a tertiary oncology center. World J Surg Oncol. 2024;22(1):12.

026

Neonatal ölüm ile sonuçlanan bir feto-plasental enfeksiyon: Listeria Monocytogenes.

Selime Furuncuoğlu1, Nilay Erkan1, Habibe Ayvacı Taşan1
1 T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Yöntem:
Listeria monocytogenes, bağışıklığı baskılanmış bireylerde ve özellikle gebelerde ciddi enfeksiyonlara yol açabilen, gram pozitif, fakültatif anaerob, hücre içi yerleşimli bir bakteridir. Gıdalar yoluyla bulaşır; düşük sıcaklık, yüksek tuz konsantrasyonu gibi zorlu koşullarda bile hayatta kalabilir.(1) Hamilelikte enfeksiyon, plasenta yoluyla fetüse geçebilir.(2) Bu sunumda, L. monocytogenes'e bağlı koryoamniyonit gelişen ve neonatal ölümle sonuçlanan nadir bir olgu paylaşılmaktadır.

Olgu
27 haftalık ikiz gebeliği olan 35 yaşındaki hasta, erken doğum tehdidiyle başvurdu. Takiplerinde enfeksiyon parametrelerinde yükseklik ve kötü kokulu vajinal akıntı nedeniyle koryoamniyonit tanısı ile sezaryene alındı. İlk doğan bebeğin sırasıyla 1.dakika 5.dakika ve 10.dakika APGAR skorları non-invaziv mekanik ventilasyon altında 5,6,7 olarak izlendi. İkinci doğan bebeğin sırasıyla 1.dakika 5.dakika ve 10.dakika APGAR skorları entübasyon altında 4,5,7 olarak izlendi. Bahsedilen bebeklerden 2.si postnatal 11.gün ex oldu. Kan kültüründe L. monocytogenes üremesi saptandı. Eşinin şarküteri işlettiği ve hastanın bu ürünlerle temas ettiği öğrenildi. Ampisilin duyarlılığına göre tedavi düzenlendi. Anne, antibiyotik tedavisi sonrası şifa ile taburcu edildi.

Tartışma
Listeria monocytogenes, gebelikte preterm doğum, neonatal sepsis ve ölüme neden olabilir.(3) Vertikal geçişi anlamak için plasental bariyerin yapısı ve immün yanıtın gebelikteki değişimi önemlidir. Erken tanı için ayrıntılı anamnez büyük önem taşır. Bu olguda, meslek ve maruziyet öyküsünün onemi vurgulanmis olup, gıda güvenliği ve sağlık okuryazarlığının halk sağlığı açısından önemini bir kez daha ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Koryoamniyonit, listeria, neonatal ölüm

Kaynaklar
1. Tuytschaever T, Raes K, Sampers I. Listeria monocytogenes in food businesses: From persistence strategies to intervention/prevention strategies-A review. Compr Rev Food Sci Food Saf. 2023 Sep;22(5):3910-3950. doi: 10.1111/1541-4337.13219. Epub 2023 Aug 7. PMID: 37548605.
2. Khsim IEF, Mohanaraj-Anton A, Horte IB, Lamont RF, Khan KS, Jørgensen JS, Amezcua-Prieto C. Listeriosis in pregnancy: An umbrella review of maternal exposure, treatment and neonatal complications. BJOG. 2022 Aug;129(9):1427-1433. doi: 10.1111/1471-0528.17073. Epub 2022 Jan 17. PMID: 34954888.
3. Wolfe B, Wiepz GJ, Schotzko M, Bondarenko GI, Durning M, Simmons HA, Mejia A, Faith NG, Sampene E, Suresh M, Kathariou S, Czuprynski CJ, Golos TG. Acute Fetal Demise with First Trimester Maternal Infection Resulting from Listeria monocytogenes in a Nonhuman Primate Model. mBio. 2017 Feb 21;8(1):e01938-16. doi: 10.1128/mBio.01938-16. PMID: 28223455; PMCID: PMC5358912.

027

Salpingitis isthmica nodosa ve infertilite: histerosalpingografi ile tanı konulan bir olgu

Vefa Salt1
1 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş

Salpingitis isthmica nodosa (SIN), fallop tüplerinin isthmik segmentinde nodüler kalınlaşmalarla karakterize, nadir görülen bir patolojidir. Sıklıkla infertilite ve ektopik gebelik gibi klinik durumlarla ilişkilidir. Bu çalışmada, primer infertilite nedeniyle değerlendirilen bir hastada SIN tanısı sunulmaktadır.

Yöntem

Gebelik öyküsü olmayan 36 yaşındaki kadın hasta, 2 yıldır süren infertilite nedeniyle değerlendirildi. Hastanın jinekolojik ve enfeksiyöz öyküsü negatifti. Transvajinal ultrasonografide normal bulgular izlendi. Tanısal histerosalpingografi (HSG) sırasında sol fallop tüpünün isthmik segmentinde çok sayıda divertiküler çıkıntı ve "tesbih tanesi" görünümü saptandı.

Bulgular

Görüntüleme bulguları salpingitis isthmica nodosa ile uyumluydu. Diğer infertilite nedenleri dışlandı. Hastaya tanı ve tedavi seçenekleri (yardımcı üreme teknikleri ve laparoskopik değerlendirme) hakkında bilgi verildi.

Resim 1 - Bu bulgular doğrultusunda hastaya salpingitis isthmica nodosa (SIN) tanısı konuldu. Hastaya tanı hakkında detaylı bilgi verildi ve tedavi seçenekleri tartışıldı. Hastanın yardımla üreme teknikleri (IVF) veya laparoskopik değerlendirme ile tüp açıklığının detaylı incelenmesi için yönlendirilmesine karar verildi.

Sonuç

Salpingitis isthmica nodosa, tubal faktöre bağlı infertilitenin önemli nedenlerinden biridir. Histerosalpingografi, SIN'in tanısında anahtar rol oynar. Erken tanı, hastanın uygun şekilde yönlendirilmesini ve gereksiz cerrahilerin önlenmesini sağlar.

Anahtar Kelimeler: Salpingitis isthmica nodosa, infertilite, histerosalpingografi, fallop tüpü

Kaynaklar

1. Jenkins, C. S., Williams, S. R., & Schmidt, G. E. (1993). Salpingitis isthmica nodosa: a review of the literature, discussion of clinical significance, and consideration of patient management. Fertility and sterility, 60(4), 599-607.
2. Matushita, João Paulo Kawaoka, et al. "Salpingitis isthmica nodosa: review and hysterosalpingography diagnosis of 4 cases in a private radiology clinic." Rev Med Minas Gerais 25.3 (2015): 361-365.
3. Barkwill, D., & Tobler, K. J. (2020). Salpingitis isthmica nodosa.
4. Wade, J. J., MacLachlan, V., & Kovacs, G. (2015). The success rate of IVF has significantly improved over the last decade. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 55(5), 473-476.
5. Ng, K. Y. B., & Cheong, Y. (2019). Hydrosalpinx–Salpingostomy, salpingectomy or tubal occlusion. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 59, 41-47.
6. Almeida Jr, O. D. (2005). Microlaparoscopy and a GnRH agonist: a combined minimally invasive approach for the diagnosis and treatment of occlusive salpingitis isthmica nodosa associated with endometriosis. JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 9(4), 431.

028

Geç tanı almış büyük plasental koryoanjiyom olgusu: Klinik seyir ve perinatal sonuçları

Hilal Gözetlik1, Pınar Kumru1, Mucize Eriç Özdemir2
1 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul
2 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

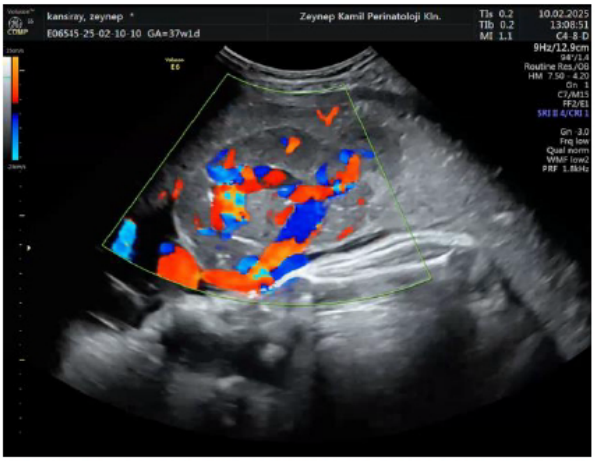
Giriş: Koryoanjiyomlar; primitif koryonik mezenşim ve kapillerlerin proliferasyonuyla oluşan, plasentanın en sık non-trofoblastik benign kitleleridir. Prevalansı %0.1- %1 arasındadır, kız fetüslerde daha sık izlenmektedir. Ultrasonografide(USG) genellikle plasentanın fetal yüzünde, kord girişine yakın, düzgün sınırlı, hipoekoik, içinde fetal kan akımı içeren kitleler olarak görülürler. Periferik arteriyovenöz şant gibi davranıp, hiperdinamik dolaşıma yol açarak fetal kalp yetmezliği, hidropsa; eritrosit/trombositlerin sekestrasyonuyla fetal trombositopeni ve anemiye neden olabilirler. Fiziksel ve fonksiyonel ölü boşluk yaratarak uteroplasental yetmezlik ve kronik hipoksiye neden olabilir. Boyut arttıkça infarktlar, hyalin dejenerasyonu nedeniyle septalar ve heterojenite saptanabilir, maternal (preeklampsi, dekolman, postpartum kanama) ve fetal (polihidroamniyozis, preterm eylem, fetal distress, gelişme geriliği) komplikasyon riski artar. Ayırıcı tanıda plasental hematom, teratom, venöz lake, plasental bump ve molar gebelik vardır.

Yöntem : Bu bildiride, termde tanı alan >5cm koryoanjiyom olgusu sunulacaktır.

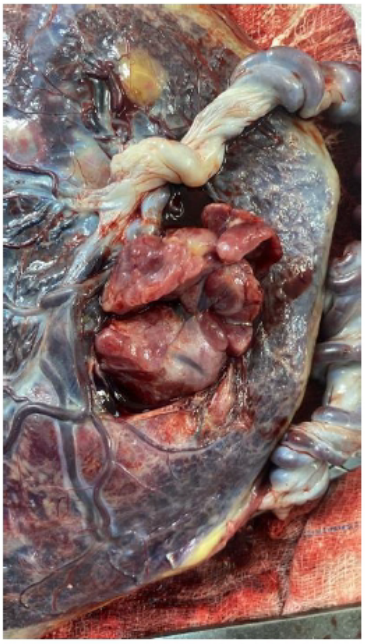
Olgu

21yaş, primigravid, öyküsünde özellik olmayan takipsiz gebe, 37.haftada sancı şikayetiyle acil servise başvurdu. Ultrasonografide plasentada 75x52mm, düzgün sınırlı kitle izlendi, ön planda hematom olarak düşünüldü. Ayırıcı tanı için perinatolojiye danışılan hastanın yapılan ultrasonografik taramasında plasentadaki kitlesi ‘’fetal yüzde kord insersiyosuna komşu 75x52 mm boyutunda, dopplerUSG’de bol kanlanmalı (PSV:35cm/sn), plasentaya göre hiperekojen oluşum izlendi, ön planda koryoanjiyom düşünüldü, MCA-PSV:1.1 MoM, fetüste anemi/hidrops bulgusuna rastlanmadı, AFİ:230 mm sınırda polihidroamniyozis’’ olarak raporlandı. 38.haftada propess ile doğum indüksiyonu kararı verildi ancak NST’de tekrarlayan geç deselerasyonlar ve fetal distress nedeniyle acil sezaryene alındı. Birincidk6, beşincidk8 apgar, 2860gr, kız bebek doğurtuldu. Yenidoğanın Hb değeri 12.8g/dL, plt237.000/mm3 olarak sonuçlandı, hafif anemi lehine değerlendirildi. Maternal ve neonatal komplikasyon görülmeden anne ve bebek postpartum üçüncü günde taburcu edildi. Plasental patoloji sonucu koryoanjiyom olarak raporlandı.

Şekil 1 Ultrasonografide fetal yüze komşu, 75x52 mm boyutundaki koryoanjiyom



Şekil 2 Doppler ultrasonografide koryoanjiyom içerisinde belirgin vaskülarizasyon



Şekil 3 Doğum sonrası plasentada makroskopik olarak gözlenen solid kitle

Tartışma/Sonuç

Literatürde >5cm plasental koryoanjiyom vakalarının maternal/fetal morbidite-mortalite riski yüksektir. Bu olgu; termde tanı almış, takipsiz ve hipervaskülarize dev bir koryoanjiyom olmasına rağmen prenatal sınırda polihidroamniyozis, postpartum hafif fetal anemi dışında, ciddi fetal/maternal komplikasyon gelişmemesi açısından önemlidir. Fetal distress ise koryoanjiyom ve/veya doğum indüksiyonu nedeniyle gelişmiş olabilir.

Anahtar Kelimeler: Koryoanjiyom, plasenta, fetal distress, prenatal tanı

Kaynaklar

1. https://fetalmedicine.org/education/fetal-abnormalities/placenta-umbilical-cord/chorioangioma
2. Jauniaux E, Ogle R. Color Doppler imaging in the diagnosis and management of chorioangiomas. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000;15:463–7.
3. Sepulveda W, Alcalde JL, Schnapp C, Bravo M. Perinatal outcome after prenatal diagnosis of placental chorioangioma. Obstet Gynecol. 2003;102:1028–30.
4. Sepulveda W, Aviles G, Carstens E, Corral E, Perez N. Prenatal diagnosis of solid placental masses: the value of color flow imaging. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000;16:554–8.
5. Ma, H., Liu, Z. & Ruan, J. Placental chorioangioma and pregnancy outcome: a ten-year retrospective study in a tertiary referral centre. BMC Pregnancy Childbirth 23, 381 (2023).

029

Jinekolojik Kaynaklı Bir Yan Ağrısı Sebebi: Ovarıan Ven Sendromu

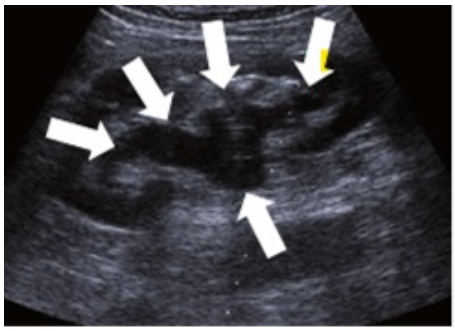
Levent Karakaş1, Elif İlknur Ekici Karakaş2, Tuna Demirbaş1
1 İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul
2 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üremeye Yardımcı Tedaviler Ünitesi (ÜYTEM), İstanbul

Amaç

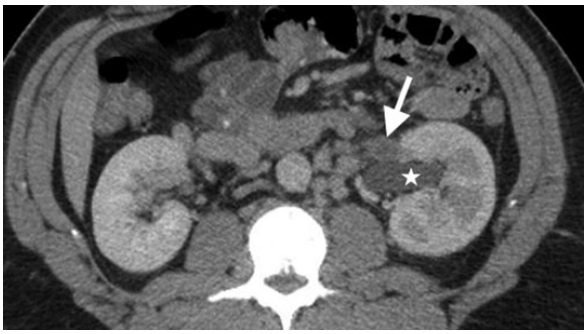
Ovarian ven sendromu (OVS), özellikle üreme çağındaki kadınlarda görülen ve genellikle pelvik konjesyon sendromu ile ilişkili bir durumdur (1). Bu sendrom, overlerden çıkan venöz damarların genişlemesi ve valvüler yapıların yetersizliği nedeniyle kan akışının bozulmasıyla pelvik bölgede kronik ağrılara yol açar (2). En sık sol ovarian vende görülür, çünkü sol renal vene dik açıyla bağlanır ve kan akışını zorlaştırır. OVS, pelvik ağrı ve yan ağrısı ile kendini gösterir ve bu tür ağrılar, hafif olabileceği gibi ciddi şekilde hayat kalitesini düşürebilir. Ovarian venler, mezovaryum ve suspansor ligamanında bir pleksus oluşturur ve genellikle tek bir damara birleşir (3). Sağ ovarian ven, sağ üreterin yanında yer alırken, sol ovarian ven sol renal vene drene olur (4). Bu çalışmada ovarian venin üretere basısı sonucu gelişen OVS'nin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

OVS'nin tanısında, abdominal radyolojik görüntüleme yöntemleri, özellikle ultrason, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme kullanılır. Tedavide, medikal tedavi dışında skleroterapi veya venöz embolizasyon gibi girişimsel yöntemler de uygulanabilir. Ancak, ovarian venin üretere basısı genellikle sık görülmez ve tanı almayan hastalar daha çok semptomatik konservatif tedavi alır.



Resim 1
Böbreğin longitudinal düzlem US görüntüsü. 27 yaşındaki bir olgumuza ait sol böbrekte grade 2 komşulukta pelvikaliektazi (beyaz oklar)



Resim 2
Aksiyel düzlem intravenöz kontrastlı abdomen BT kesiti. 31 yaşındaki bir olgumuza ait sol böbrekte grade 2 pelviektazi (beyaz yıldız) ve anterior sol ovarian (beyaz ok) ven

Bulgular

Bu çalışmada, pelvik ağrı ve yan ağrısı şikayetiyle hastaneye başvuran 60 olgu incelenmiştir. Olguların yaşları 24-37 arasında olup, çoğunlukla sol böbrekte pelvikaliektazi ve üreterde dilatasyon gözlemlenmiştir (Resim 1 ve 2).

Sonuç

Tekrarlayan yan ve pelvik ağrısı olan üreme çağındaki kadınlarda, OVS'nin bu tür bir formunun göz önünde bulundurulması gerektiği ve bu durumu aydınlatmak için etyolojik araştırmaların önemli olduğu vurgulanmıştır. Ancak, olgu sayısının sınırlı olması ve jinekolojik görüntüleme yöntemlerinin kullanılmaması çalışmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ovarian ven, pelvikaliektazi,pelvik konjesyon, yan ağrısı

Kaynaklar

1. Bhutta HY, Walsh SR, Tang TY, Walsh CA, Clarke JM. Ovarian vein syndrome: a review. Int J Surg. 2009;7(6):516-520. doi:10.1016/j.ijsu.2009.09.008
2. Kashef E, Evans E, Patel N, Agrawal D, Hemingway AP. Pelvic venous congestion syndrome: female venous congestive syndromes and endovascular treatment options. CVIR Endovasc. 2023;6(1):25. Published 2023 Apr 20. doi:10.1186/s42155-023-00365-y
3. Sozutok S, Piskin FC, Balli HT, Onan HB, Kaya O, Aksungur EH. Efficacy of the endovascular ovarian vein embolization technique in pelvic venous congestion syndrome. Pol J Radiol. 2022;87:e510-e515. Published 2022 Sep 14. doi:10.5114/pjr.2022.119807
4. Chee RKW, Koshy RM, Wilson MP, Low G. Ovarian vein syndrome - Rare ovarian vein compression of the ureter. Urol Case Rep. 2024;56:102836. Published 2024 Aug 28. doi:10.1016/j.eucr.2024.102836

030

Erken Doğum Tehdidi Nedeni ile Hastaneye Yatırılan Gebelerde İlk Başvuru Hemogram Parametreleri ile Doğum Zamanı Öngörülebilir mi?: Retrospektif Kohort Çalışması

Zeycan Aytaş[1], Seda Pekcan[1], Pınar Kumru[1]
[1]S.B.Ü. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç
Bu çalışmanın amacı, erken doğum tehdidi (EDT) nedeniyle hastaneye yatırılan gebelerde, başvuru anında elde edilen hemogram ve inflamatuar belirteçlerin (HGB, HCT, WBC, NLR, MLR, PLR, MPV, RDW, CRP) doğumun ilk 7 gün içinde gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini öngörmedeki rolünü değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem
2023–2024 yılları arasında hastanemize EDT tanısıyla yatırılan 256 tekil gebelik retrospektif olarak incelendi. Düzenli uterin kontraksiyonlara eşlik eden servikal değişiklik dahil kriter olarak kabul edildi. Adolesan (<19 yaş), ileri yaş (>40 yaş), çoğul gebelik, aktif eylem (servikal dilatasyon ≥6 cm), erken membran rüptürü, serklaj varlığı, medikal/fetal endikasyonla terminasyon, hipertansiyon, enfeksiyon ve ciddi polihidroamniyos vakaları dışlandı. Olgular, doğumun ilk 7 gün içinde gerçekleşip gerçekleşmemesine göre iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı.

Bulgular
Doğumu ilk 7 gün içinde gerçekleşen 41 olgu (%16) ile diğer 215 olgu karşılaştırıldığında, erken doğum grubunda HCT, WBC ve nötrofil düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı; bu parametrelerden HCT (p=0.015), WBC (p=0.02) ve nötrofil (p=0.03) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ROC analizi sonucunda CRP için en uygun cut-off değeri 10,0 mg/L olarak belirlendi (duyarlılık: %54, özgüllük: %84, NPV: %90). WBC için cut-off değeri 12,4 x10³/mm³ (duyarlılık: %65, özgüllük: %59, NPV: %90) olarak saptandı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, CRP ≥10,0 mg/L düzeyi, doğumun ilk 7 gün içinde gerçekleşmesiyle anlamlı şekilde ilişkili bulundu (OR: 6,6; %95 GA: 2,76–15,77; p<0.001).

	İlk 7 Gün İçerisinde Doğum Yapmayan Mean +/- SD Median (%25-%75 IQR)	İlk 7 Gün İçerisinde Doğum Yapan Mean +/- SD Median (%25-%75 IQR)	p Value
Yaş	27.9 +/- 5.0 28 (24-31)	27.1 +/-4.9 28 (23-31)	0.499
Gravida	1.8 +/- 1.1 1.0 (1.0-2.0)	2.0 +/- 1.5 1.0 (1.0-3.0)	0.782
Parite	0.5 +/- 0.9 0.0 (0.0-1.0)	0.7 +/- 1.0 0.0 (0.0-1.0)	0.204
BMI	27.2 +/- 4.9 26.7 (23.6-29.8)	28.2 +/- 3.8 28.5 (25.0-30.5)	0.099
Yatış Gebelik Haftası	29.3 +/ 3.6 30 (26.5-32.0)	30.1 +/- 3.7 31 (27.0-33.0)	0.105
Doğum Gebelik Haftası	36.4 +/- 3.3 37.0 (35.0-39.0)	30.5 +/- 3.8 32 (27.5-33.5)	<0.001

Tablo 1

	İlk 7 Gün İçerisinde Doğum Yapmamış 215 (%)	İlk 7 gün İçerisinde Doğum Yapmış 41 (%)	p Value
Eğitim Eğitimi yok İlkokul-ortaokul Lise Önlisans-lisans	 2 (0.9) 19 (8.8) 106 (49.3) 88 (40.9)	 1 (2.4) 7 (17.1) 18 (43.9) 15 (36.6)	0.342
Sigara	30 (14)	3 (7.3)	0.245
Preterm Doğum Öyküsü	32 (14.9)	9 (22)	0.258
İnfertilite Öyküsü	12 (5.6)	5 (2.2)	0.162
Gestasyonel Diyabet	37 (17.2)	5 (12.2)	0.427
Subklinik Hipotiroidi	34 (15.8)	6 (14.9)	0.849
Amniyon mayi Normal Polihidroamnioz Oligohidroamnioz	 189 (87.9) 22 (10.29 4 (1.9)	 35 (85.4) 6 (14.6) 0	0.497
Multiparite Nulliparite	147 (68.4) 68 (31.6)	24 (58.5) 17 (41.5)	0.220

Tablo 2

	İlk 7 Gün İçerisinde Doğum Yapmayan Mean +/- SD Median (%25-%75 IQR)	İlk 7 Gün İçerisinde Doğum Yapan Mean +/- SD Median (%25-%75 IQR)	p Value
HGB (g/dL)	10.9 +/- 1.2 11.1 (10.2-11.8)	11.4 +/- 1.0 11.4 (10.7-11.8)	0.07
HCT (%)	33.8 +/- 3.2 34.1 (31.9-35.9)	35.2 +/- 2.8 35.0 (33.4-37.3)	0.015
RDW (%)	13.7 +/- 1.3 13.4 (12.9-14.1)	14.4 +/- 2.4 13.4 (12.9-15.3)	0.390
WBC ($10^3/mm^3$)	12.1 +/- 3.2 11.9 (10.0-13.6)	14.4 +/- 2.4 13.4 (11.4-16.7)	0.02
Nötrofil ($10^3/mm^3$)	9.5 +/- 3.1 9.1 (7.3-10.8)	11.6 +/- 4.3 10.8 (8.3-14.7)	0.03
Lenfosit ($10^3/mm^3$)	1.9 +/- 0.7 1.9 (1.4-2.3)	2.0 +/- 0.6 2.0 (1.6-2.2)	0.613
Monosit ($10^3/mm^3$)	0.6 +/- 0.2 0.6 (0.5-0.7)	0.7 +/- 0.2 0.7 (0.5-0.8)	0.109
Platelet ($10^3/mm^3$)	239.5 +/- 68.0 231.0 (195.5-274.0)	252 +/- 48.9 252.0 (212.0-292.0)	0.089
MPV (fL)	9.3 +/- 1.1 9.3 (8.5-10.0)	9.3 +/- 1.1 9.1 (8.4-10.0)	0.669
Nötrofil/Lenfosit Oranı	6.0 +/- 4.8 4.7 (3.5-6.2)	6.5 +/- 3.4 5.5 (3.8-9.1)	0.123
Monosit/Lenfosit Oranı	0.4 +/- 0.3 0.3 (0.2-0.4)	0.4 +/- 0.1 0.3 (0.3-0.4)	0.284
Platelet/Lenfosit Oranı	141.9 +/- 74.9 122.6 (99.2-155.6)	137.9 +/- 51.0 117.5 (101.8-165.1)	0.787
CRP (mg/L)	12.0 +/- 23.6 4.5 (2.3-12.6)	44.2 +/- 58.2 21.5 (9.9-50)	<0.001

Tablo 3

Sonuç

Servikal uzunluk ölçümünün her zaman uygulanamadığı klinik durumlarda, CRP düzeyi başta olmak üzere bazı laboratuvar parametreleri kısa vadeli doğum riskini öngörmede yardımcı olabilir. Özellikle CRP ≥10 mg/L düzeyinin bağımsız bir risk faktörü olarak belirlenmiş olması, klinik karar süreçlerinde bu testin dikkate alınmasını desteklemektedir. Bulgular, daha geniş örneklemli ve prospektif tasarımlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: CRP, Erken doğum tehdidi, Hemogram, WBC

Kaynaklar

1. Ebru Yuce (2023) Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR) and Platelet-to-Lymphocyte Ratio (PLR) Can Predict Spontaneous Preterm Birth?, Journal of Inflammation Research, , 2423-24291)
2. Nilufer Akgun, Muberra Namlı Kalem, Ebru Yuce, Ziya Kalem M.D & Hatice Aktas (2016): Correlations of maternal neutrophil to lymphocyte ratio (NLR) and platelet to lymphocyte ratio (PLR) with birth weight, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine
3. Cenk Gezer, Atalay Ekin, Ulas Solmaz, Alkim Gulsah Sahingoz Yildirim, Askin Dogan & Mehmet Ozeren (2018): Identification of preterm birth in women with threatened preterm labour between 34 and 37 weeks of gestation, Journal of Obstetrics and Gynaecology

031

Babalar Perinatal Sürecin Neresinde? Görüşler, Katılım ve Roller

Yeliz Doğan Merih1, Sena Üngör2
1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi / Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, İstanbul
2 Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Jinekoloji Servisi, İstanbul

Giriş ve Amaç
Perinatal dönem, hem anne hem de baba için özel ve yaşayarak deneyimlenen bir süreçtir. Babaların bu sürece bilinçli ve gönüllü katılımları, hem anneye destek hem de aile yapısının güçlenmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada, babaların perinatal döneme ilişkin görüşleri ve üstlenmek istedikleri roller değerlendirilmiştir.

Yöntem
Araştırma, Aralık 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul'daki bir özel dal hastanesinde gerçekleştirilmiş; çalışmaya, eşleriyle birlikte gebe izlem bölümüne başvuran ve katılmayı kabul eden 97 baba dâhil edilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan 50 soruluk anketle toplanmış; SPSS programı ile yüzdelik hesaplama, t testi ve varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular
Katılımcıların yaş ortalaması 27.6±2.21 olup, %40.2'si lise mezunudur ve %91.8'i çalışmaktadır. Gebeliklerin %85.6'sı planlıdır; babaların %57.7'si gebelik kontrollerine eşlik etmiş, %52.6'sı perinatal döneme ilişkin yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir. Bilgi kaynakları olarak en çok (%52.6) medya araçları kullanılmış, %26.8'i gebe eğitim odalarından eğitim almış ve tamamı (%100) bu eğitimden memnun kalmıştır.
Gebelikte %93.8'i gebelik kararının ortak verilmesi gerektiğini, %89.7'si babalığın gebelikte başladığını, %89.7'si ev işlerine destek olduğunu belirtmiştir. Doğum sürecinde %89.7'si doğum şekline birlikte karar verilmesini, %86.6'sı annenin yanında olunması gerektiğini, %92.8'i normal doğumu tercih ettiğini, %32'si ise doğum sürecine karşı korku yaşadığını ifade etmiştir. Lohusalıkta %84.5'i doğum sonrası süreçlerde babaların rol alması gerektiğini, %87.6'sı özellikle bebeği uyutma görevini üstlenmek istediğini, %100'ü anne sütünün en iyi besin olduğunu belirtmiştir.

Sonuç
Babaların bilgi düzeylerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu, ancak aktif ve destekleyici bir rol üstlenmeye istekli oldukları görülmüştür. Eğitim alan, planlı gebelik yaşayan ve eğitim düzeyi yüksek olan babaların sürece katılımı daha anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Anahtar Kelimeler: Babalar, Perinatal Dönem, Roller

033

Bir preterm preeklampsi sebebi olarak molar gebelik ve uzun dönem komplikasyonları

Nazlıcan Güzel1, Filiz Bilir1
1 T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Yöntem

Trofoblastın anormal proliferasyonundan kaynaklanan gestasyonel trofoblastik hastalık (GTH); hidatidiform mol (komplet mol ve parsiyel mol) olarak tanımlanırken molar veya nonmolar gebeliği takiben gestasyonel trofoblastik neoplazi (GTN) meydana gelebilir. Gestasyonel trofoblastik neoplazi; invaziv veya metastatik olan GTH alt tipidir ve invaziv mol, koryokarsinom, plasental site trofoblastik tümör (PSTT) ve epiteloid trofoblastik tümörü (ETT) içerir [1]. Nadiren molar evakuasyonu takiben herhangi bir klinik veya radyolojik GTN kanıtı olmaksızın en az üç ay boyunca devam eden düşük seviyede (<200 mili-uluslararası ünite/mL) hCG inaktif (quiescent) GTN durumu görülebilir [2].

Olgu Sunumu

28 yaşında, G2P0Ab1Mol1 hastanın 2 yıl önce 17 hafta ikiz gebeliği, preterm preeklampsi gelişmesi nedeniyle termine edilmiştir. Evakuasyon işleminin patolojisi parsiyel mol olarak saptanmıştır. Parsiyel mol nedeniyle β-hCG takibi yapılan hastada üç haftalık sürede (1., 7., 14. ve 21. günlerde) dört değerde giderek >%10 azalma ve sonrasında negatifleşme beklenirken β-hCG değerlerinin 22-105 mIU/mL aralığında azalma, artma ve plato paternleri gösterdiği ve negatifleşmediği görülmüştür. Yapılan endometrial örneklemede endometrial dokular arasında trofoblastik hücre grupları saptanmış olup ayırıcı tanıda persistan mol, plasental site trofoblastik nodül, PSTT ve ETT düşünülmüş olup immunohistokimyasal inceleme önerilmiştir. β-hCG'nin persiste etmesi üzerine aktif şikayeti olmayan hasta kliniğimize refere edildi. Patoloji preparatları tekrar değerlendirildiğinde hücre grupları kaybolduğundan immunohistokimyasal çalışma yapılamadı. İdrarda β-hCG pozitifliğiyle fantom hCG dışlandı. Hiperglikozile hCG düzeyi çalışılamadı. Hipofiz MR görüntülemede sella sağ yarımında 5*5*4 mm boyutunda mikroadenom ile uyumlu lezyon izlenmesi üzerine hasta multidisipliner bir merkezde takibi amacıyla sevk edildi. PET/BT'de malignite lehine bulgu saptanmadı. Metotreksatla tek ajanlı kemoterapi ve toksisiteden korunmak için folinik asit tedavisiyle [3] β-hCG negatifleşmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Gestasyonel trofoblastik hastalıklara preeklampsi, tiroid gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar eşlik edebilir. β-hCG takipleri neoplazi tanısı koymada tek seçenek olabilir [4]. Ayırıcı tanıda persiste β-hCG düzeyine neden olabilen hipofiz bezi kaynaklı üretim düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Persiste mol, preterm preeklampsi

Kaynaklar

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. Gynecol Oncol. 2013 Jan;128(1):3-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.07.116. Epub 2012 Jul 27. PMID: 22846466.
2. Ngu SF, Chan KK. Management of Chemoresistant and Quiescent Gestational Trophoblastic Disease. Curr Obstet Gynecol Rep. 2014 Jan 4;3(1):84-90. doi: 10.1007/s13669-013-0071-6. PMID: 24533232; PMCID: PMC3920061.
3. Alimena S, Elias KM, Horowitz NS, Berkowitz RS. Initial Diagnosis and Treatment of Low-Risk Gestational Trophoblastic Neoplasia. Hematol Oncol Clin North Am. 2024 Dec;38(6):1233-1244. doi: 10.1016/j.hoc.2024.07.005. Epub 2024 Sep 25. PMID: 39327132.
4. Hancock BW. hCG measurement in gestational trophoblastic neoplasia: a critical appraisal. J Reprod Med. 2006 Nov;51(11):859-60. PMID: 17165429.

034
Rüptüre ovaryen ektopik gebelik olgu sunumu

Cansu Önal Kanbaş1, Esma Özacar Mert1
1 Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Yöntem
Ektopik gebelik, gebelik materyalinin uterin kavite dışında bir yere tutunmasıdır. Sıklıkla tubada bulunan ektopik gebeliklerin %0,5 ile %3 ü ovarian olabilir. Ovarian ektopik gebeliğib tanısı daha zordur ve çoğunlukla intraoperatif tanı konur .

Olgu Sunumu
22Y G2P1NSD1 kadın hasta kadın doğum acile 01.09.2024 saat 17:00 de 3 gündür devam eden kasık ağrısı ve lekelenme şeklinde vajinal kanama şikayetiyle başvurdu. Alınan öyküde hastanın SAT:4+6 dış merkezde yapılan 13.08.24 bhcg:64 15.08.2024 bhcg: 54 olduğu ek bir hastalığının olmadığı öğrenildi Yapılan muayenesinde ateş:36,6 nds:80 ta:120/80mm hg olan hastanın collum eski kanamalı olduğu görüldü. Tvusgde el:5mm douglasta 40mm serbest mayi izlendi. Uterus ve tubalar doğal görüldü .sağ over boyutları sola göre artmış görüldü. Sağda 2cmlik kistik açıklık korpus luteum olarak değerlendirildi. Ağrısı sağ alt kadranda yoğunlaşan hastada defans+ olması üzerine rutin tetkikleri ve bhcg istendi. Akut cerrahi patolojileri dışlamak için genel cerrahiye konsülte edildi.

Genel cerrahi tarafından istenen pelvik dopplerde douglasta 26mm serbest mayi uterus ve overler doğal ektopik odak izlenmedi. Bu sırada çıkan sonuçlarda hgb:12,1 hct:36,1 bhcg: 14249 olduğu görüldü ve acil diagnostik laparoskopiye alındı. Batında yaygın koagülüm izlendi. Uterus ve bilateral tubalar doğal olarak izlendi . sağ overde kist rüptürü odağı olduğu düşünülen odak ligasure ile tutuldu ve içerisinde gebelik materyali olduğu gözlendi. Odak kısmen çıkarıldı ancak odağın tamamen çıkarılamaması ve kanamanın devam etmesi üzerine mini laparatomiye geçildi.
Sağ overde bulunan gebelik odağı çıkarılıp sütüre edildi. Ardından p/c yapıldı. Batına bir adet soft dren konuldu ve operasyona son verildi. 02.09.2024 tarijinde yapılan tetkiklerde bhcg:11927 ve hgb: 11,8 hct: 36,2 izlenmesi üzerine bhcg düşüş trendinde ve hastanın ek şikayeti olmaması üzerine , toplamda 50cc gelen dren çekildi. Hasta 2 gün sora bhcg tekrarına çağırılarak taburcu edildi. Hastanın post op kontrole gelmemesi üzerine sistemden aranarak kontrole çağırıldı. 18.09.2024 te poliklinik kontrolüne gelen hastanın bhcg değeri:23 izlendi ve patoloji sonucu :

1. Overden alınana materyal: koryon villusları
2. Kavum uteri: desidualizasyon gösteren endometrium olarak raporlandı.

Hastanın post op kontrolde ek şikayeti olmaması üzerine takibe son verildi.

Tartışma ve Sonuç
Ektopik gebeliğin tanısında , erken tanı ve yönetim hayati önem taşımaktadır. Cerrahi kararı her hastada vakanın özelliklerine göre verilmelidir. Tedavi başarısı değerlendirilirken hastanın şikayetlerinin geçmesi ve Bhcg takibi göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ovarian ektopik gebelik

Kaynaklar
1. Anderson FWJ, Hogan JG, Ansbacher R. Sudden death: Ectopic pregnancy mortality. Vol. 103, Obstetrics and Gynecology. 2004 p. 1218–23.
2. Ory SJ, Nnadi E, Herrmann R, O'Brien PS, Melton LJ. Fertility after ectopic pregnancy. Fertil Steril. 1993;60(2):231–5.
3. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. In: Lancet. 2005 p. 583–91.
4. Johnson C, Hallock J. John Hopkins Obstetri ve Jinekoloji El Kitabı. In: John Hopkins Obstetri ve Jinekoloji El Kitabı. 2016 p. 379
5. Rock J, Jones III H. Te Linde Operatif Jinekoloji. 2013 798-822 p.

035

Polihidramnios etyolojisinde yer alan nadir bir sendrom; Bartter Sendromu

Zinar Aydoğan1, Mucize Eriç Özdemir1
1 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş

Bartter sendromu(BS), Henle kulpunun, kalın çıkan kolundaki(TAL) bozulmuş transport mekanizmaları nedeniyle belirgin tuz kaybına sebep olan, otozomal resesif geçişli nadir bir tuz kaybettirici tubulopati grubudur.

Olgu

Eşiyle akrabalığı mevcut(kuzen evliliği), 36 yaşındaki G4P3Y3 gebenin, diğer gebeliklerinde bir şikayeti olmamış ve yaşayan 3 çocuğunun da herhangi bir sağlık problemi yoktu. İlk olarak 24. Gebelik haftasında polihidramnios ön tanısıyla tarafımıza yönlendirilen gebeye yapılan ultrasonografide ağır polihidramnios(total 370mm) saptandı, polihidramnios etyolojisinde yer alabilecek herhangi bir fetal anomali saptanmadı. OGTT sonucu normal olan ve takiplerinde amnion sıvı miktarı tedricen artan hastanın, 31. Gebelik haftasında ağır polihdramnios (530mm) ve fetal gelişim geriliği tanılarıyla yatışı yapıldı. Takiplerde fetal akineziyi dışlayan ekstremite hareketleri izlendi. 33. Gebelik haftasında NST'de spontan deselerasyonların izlenmesi üzerine acil CS ile 1525gr haricen kız bebek doğurtuldu. Solunum sıkıntısı olması üzerine yenidoğan yoğun bakım yatışı yapıldı. Yoğun bakım takiplerinde poliüriyle birlikte hipokloremik metabolik alkaloz, elektrolit dengesizliği izlenen yenidoğanda sendromik yüz bulgusu da eşlik etmesi üzerine genetik inceleme yapıldı. Genetik sonucunda, SLC12A1 geninde nonsense varyantı homozigot patolojik olarak gözlenmiştir. Otozomal resesif kalıtım gösteren bu mutasyon Bartter Sendrom(BS) Tip 1 ile ilişkilendirildi.

Tartışma ve Sonuç

İlk kez Frederic C. Bartter tarafından; normotansif bir hastada hipokalemik, hipoklorik metabolik alkaloz ile birlikte hiperreninemik hiperaldosteronizm görülmesi olarak tanımlanmıştır. BS, farklı genotipik ve fenotipik özelliklere sahip beş alt tipe ayrılır. Tip 1 BS, Henle kulpunun çıkan kalın kolundaki NKCC2 kotransporterini etkileyen 15q21.1 lokasyonundaki SLC12A1 genindeki mutasyondan kaynaklanır ve en yaygın form olarak kabul edilir. Genellikle prenatal dönemde; polihidramnios, fetal gelişim kısıtlılığı, erken doğum tehditi, neonatal dönemde; şiddetli tuz kaybı, hipostenüri, hipokalemi, hipokloremik metabolik alkaloz, artmış prostoglandin E2 üretimi, gelişme geriliği ve tipik yüz görünümü gibi belirtilerle ortaya çıkar. Olgumuz da, prenatal dönemde literatüre benzer olarak fetal gelişim kısıtlılığı ve polihidramniosun eşlik ettiği ve polihdramnios etyolojisinde, Bartter Sendromu gibi poliüriyle seyreden nadir hastalıkların da akla gelmesi gerektiğini gösteren bir olguydu.

Anahtar Kelimeler: Polihidramnios, Poliüri, Hipokloremi, Hipokalemi, Bartter

036

Granüloza Hücreli Tümörler - Klinik Gözlemler ve Deneyimler

Hasta No	Yaş	Evre	Preop endometrial biyopsi	Postop endometrium patoloji sonucu	İlk başvuru şikayeti
1	21	1A	Yok (virgo)	yok	Sekonder amenore
2	71	1A	Endometrial polip	Atipili hiperplazi	PMK
3	42	3A1	yok	Sekretuar endometrium	Karın ağrısı
4	26	-	gebe	gebe	Gebelik + adneksiyel kitle
5	53	1A	Endometrial polip	İnaktif endometrıum	Karın ağrısı ve şişlik
6	52	1A	Atipili hiperplazi	Malignite negatif	AUK

Elmas Sevinç 1, Hande Esra Koca Yıldırım 1, Ayşenur İhvan 2
1 Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, İstanbul
2 Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç

Granüloza hücreli tümörler (GCT), overin en sık görülen seks kord-stromal tümörleridir ve bu vakaların %70'inde bulunurlar. Bununla birlikte, bu tümörler nadirdir ve tüm over malignitelerinin yalnızca %2 ila %3'ünü oluştururlar. Histolojik özelliklerine göre juvenil ve erişkin tip olarak iki tür GCT ayırt edilebilir. Juvenil tip daha genç popülasyonda görülürken erişkin tip öncellikle perimenapozal kadınlarda olmak üzere her yaş grubunda görülebilir. GCT'ler hormonal olarak aktif olduğundan, semptomları esas olarak yüksek östrojen seviyelerinden kaynaklanır. Ancak klinik prezentasyonları değişebilir ve pelvik ve batında distansiyon, karın ağrısı gibi şikayetler ile de görülebilir. Tedavisi temel olarak cerrahidir ancak tedavi planı hastanın yaşı, fertiliti istemi ve hormonal durumu göz önüne alınarak bireyselleştirilmelidir. Bu sunumda kliniğimizde opere edilen ve nihai patoloji sonuçları GCT olarak raporlanan olgular eşliğinde GCT'lerin klinik özellikleri, tedavi önerileri ve prognozları incelenecektir.Gereç ve

Yöntem

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniği'nde 2006- 2025 yılları arasında opere edilen ve nihai patoloji sonuçları GCT olarak raporlanan olgular incelenmiştir. Hastalara ait bilgiler retrospektif olarak elektronik hasta dosyalarından taranmıştır. Araştırmada katılımcıların kişilik hakları ve özel bilgileri korunmaktadır. Katılımcıların kimlikleri toplanan veride ve çalışma sonucu raporda tanımlanmamıştırBulgular: Kliniğimizde 2006- 2025 yılları arasında GCT tanısı olan altı hasta opere edildi. Hastaların yaş ortalaması 44,1 (min 21- maks 71). Hastaların tedavileri bireyselleştirilerek yaşları ve fertilite istemlerine göre cerrahileri planlandı. Takiplerinde; jinekolojik muayene, tümör markerı inhibin B düzeyi, görüntüleme yöntemi ultrasonografi ve yıllık kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yapıldı. Takiplerine kliniğimizde devam eden hastalar; ilk iki yıl üç ayda bir sonraki üç yıl altı ayda bir ve sonrasında yıllık olmak üzere jinekolojik onkoloji cerrahisi kliniğinde takip edildi.

Tablo 1: Hastaların ilk başvuru bulguları ve evreleri

Hasta no	Tümör boyutu (cm)	Atipi	Nekroz	Mitotik indeks	Ki 67	Mikroskobik patern
1	7,5X6X3	15-20	yok	10/10	yok	diffüz trabeküler, mikrofoliküler patern
2	6X4X3	Min.	yok	10/10	%5	diffüz trabeküler
3	-	yok	yok	16	%25-30	diffüz trabeküler, makro foliküler
4	9x8x5	yok	yok	7	yok	trabeküler patern, watered silk
5	31x19x13	yok	%20	12/10	yok	mikrofolliküler, trabeküler , diffüz, watered silk
6	15x12x5	yok	yok	4-6 arası	yok	diffüz trabeküler, mikrofoliküler sarkomatöz tipte

Tablo 2 : Hastaların Patoloji sonuçları

Sonuç

GCT'ler düşük dereceli olmasına rağmen uzun süreli takip gerektiren tümörledir. Nüks geç gelişebilir. Hastalar; klinik, radyolojik ve biyokimyasal yöntemler ile takip edilmelidir. Serum inhibin B ve AMH düzeylerine bakılması takipte unutulmamalıdır. GCT'ler nadir ama takip açısından kritik tümörlerdir. Kendi serimizde de uzun dönem takip ihtiyacı ve bireyselleştirilmiş tedavinin önemini gözlemledik.

Anahtar Kelimeler: Granuloza hücreli tümör, over neoplazmi

Kaynaklar

1. Roth, Lawrence M. M.D.. Recent Advances in the Pathology and Classification of Ovarian Sex Cord-Stromal Tumors. International Journal of Gynecological Pathology 25(3):p 199-215, July 2006. | DOI: 10.1097/01.pgp.0000192271.22289.e6
2. Kottarathil, V. D., Antony, M. A., Nair, I. R., & Pavithran, K. (2013). Recent advances in granulosa cell tumor ovary: a review. Indian journal of surgical oncology, 4(1), 37–47. https://doi.org/10.1007/s13193-012-0201-z
3. Jiang, Z., Qiu, Y., Hu, S., Li, Y., Chen, X., Jin, Y., & Dai, H. (2023). Testosterone elevation in ovarian adult granulosa cell tumor: A case report and review of the literature. Medicine, 102(19), e33763. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000033763
4. Li, J., Chu, R., Chen, Z., Meng, J., Yao, S., Song, K., & Kong, B. (2021). Progress in the management of ovarian granulosa cell tumor: A review. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 100(10), 1771–1778. https://doi.org/10.1111/aogs.14189
5. Geerts, I., Vergote, I., Neven, P., & Billen, J. (2009). The role of inhibins B and antimüllerian hormone for diagnosis and follow-up of granulosa cell tumors. International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society, 19(5), 847–855. https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181a702d1
6. Kaakoua, M., Chidiac, J., Notf, A., Chen, R., Mahe, I., & Djennaoui, S. (2023). Granulosa tumor: two spontaneous pregnancies after combined medico-surgical treatment: case report and review of the literature. Journal of medical case reports, 17(1), 135. https://doi.org/10.1186/s13256-023-03793-5

039

Kontrolsüz Tip 2 Dm ve Multipl Fetal Anomali Olgu Sunumu

Gizem Ceren Ekici1, Mucize Eriç Özdemir1
1 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

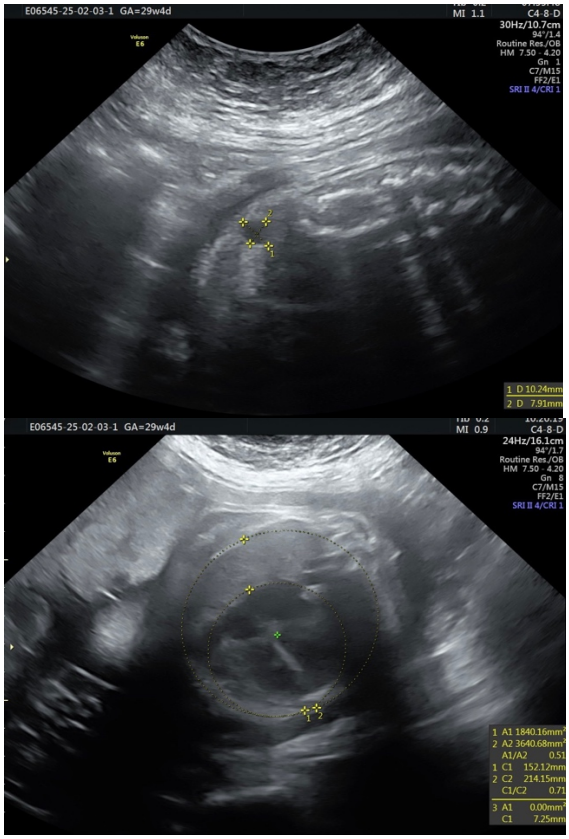
Giriş ve Yöntem

Tip 2 diyabet tanılı gebelerde fetal majör anomali sıklığı %11'dir. En sık kaudal regresyon sendromu, situs inversus, böbrek ve kardiyak anomaliler, anorektal agenezi, spina bifida gibi santral sinir sistemi anomalileri görülmektedir. Olguda kontrolsüz tip 2 diyabeti olan obez (BMI 44) bir gebede geç tanı almış multipl fetal anomaliyi sunmayı amaçladık.

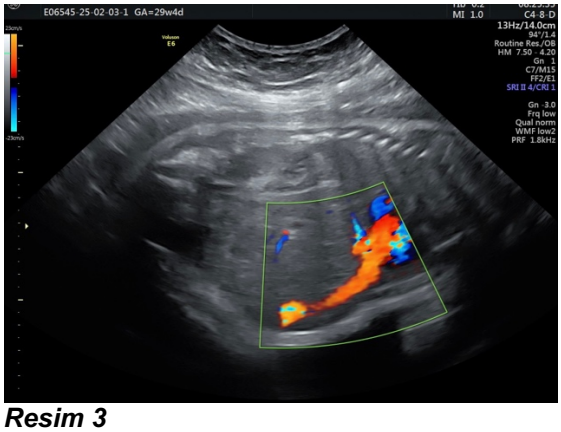
Olgu Sunumu

33 yaşında, paritesi 3 (1 miad MDF öyküsü) ve 8 yıldır tip 2 diyabeti olan gebe 32. haftada polihidroamnios ve makrozomi nedeniyle tarafımıza başvurmuştu. Ultrasonografide; kardiyomegali, ostium sekundum ASD, interrupted vena cava inferior, azigos devamlılığı, sağ aortik ark, umbilikal ven varisi, ekstrahepatik duktus venozus agenezisi, spinal kanal kisti, vertebral düzensizlik ve anal atrezi tespit edildi. Genetik danışma alan aile invaziv tanı testini ve fetal MRI'ı kabul etmedi.

Kan şekerleri insülin ile regüle edildi. 37. haftada ağır polihidroamnios, geçirilmiş sezaryen ve aktif doğum eylemi olması nedeni ile 3960 gram erkek bebek doğurtuldu. Yenidoğan doğum sonrası entübe edildi ve antenatal tanılar postnatal olarak doğrulandı. Ek anomali olarak bifid skrotum saptandı. Spinal ultrasonda filar kist izlendi ve MRI planlandı. Anal atrezi nedeniyle kolostomi açılan yenidoğana 1. Yılda intestinal cerrahi planlandı. Karyotip ve mikroarray analizlerinde genetik anomali saptanmadı. 32 gün sonra önerilerle taburcu edildi.



Resim 1 ***Resim 2***



Resim 3

Tartışma ve Sonuç

Pregestasyonel diyabetli gebelerde, gebelik öncesi glisemik kontrol sağlanmasıyla konjenital anomali riski %5'e düşebilir. Özellikle ilk 7 haftada yüksek kan şekeri düzeyleri fetal gelişimi olumsuz etkiler. Bu nedenle erken dönemde sıkı kan şekeri takibi, tarama testleri ve fetal anomali taraması önerilir. Fetal anomali varlığında erken neonatal dönemde cerrahi müdahale gerektiren olguların doğumunun planlaması önemlidir. Yönetim multidisipliner olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anal atrezi, filar kist, duktus agenezisi, pregestasyonel diyabet, VACTERL

Kaynaklar

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 201: Pregestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2018
2. Martin RB, Duryea EL, Mcintire DD, Twickler DM, Dashe JS. Fetal Anomaly Detection in Pregnancies With Pregestational Diabetes. J Ultrasound Med. 2020 Oct;39(10):1917-1923. doi: 10.1002/jum.15296. Epub 2020 Apr 23. PMID: 32323894.
3. Feig DS, Donovan LE, Corcoy R, et al. Continuous glucose monitoring in pregnant women with type 1 diabetes (CONCEPTT): a multicentre international randomised controlled trial. Lancet 2017; 390:2347.
4. Miller E, Hare JW, Cloherty JP, et al. Elevated maternal hemoglobin A1c in early pregnancy and major congenital anomalies in infants of diabetic mothers. N Engl J Med 1981; 304:1331.
5. Ylinen K, Aula P, Stenman UH, et al. Risk of minor and major fetal malformations in diabetics with high haemoglobin A1c values in early pregnancy. Br Med J (Clin Res Ed) 1984; 289:345.

040

Prenatal Turner Sendromu Tanılı 3 Olgu Sunumu

Fatih Barutçu1, Mucize Eriç Özdemir1
1 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Yöntem

Turner sendromu (45,X), kız fetüslerinde en sık görülen cinsiyet kromozomu anomalilerinden biridir. Prenatal dönemde septalı kistik higroma ve hidrops gibi karakteristik ultrason bulguları ile tanınır. Kardiyak anomaliler sıklıkla eşlik eder. Bu olgu sunumunda Turner sendromu tanısı almış üç fetüsün prenatal tanı süreci, ultrason bulguları ve farklı klinik seyirleri tartışılmaktadır. 2024-2025 arasında kliniğimizde prenatal tanısı konan üç vaka retrospektif incelenmiştir. Detaylı ultrasonografi ile izlenen olgularda, koryon villus örneklemesi ile genetik tanı sağlanmış ve prenatal-postnatal süreçler değerlendirilmiştir.

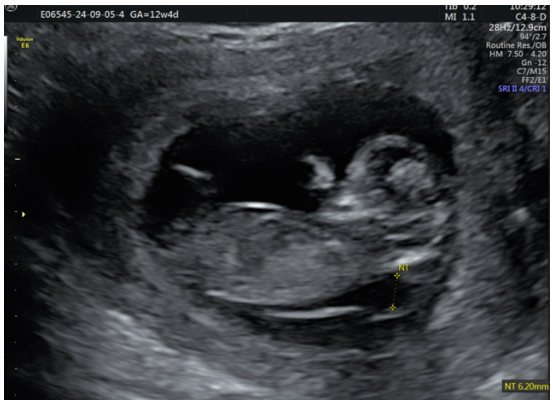
Olgu Sunumu

Olgu 1: 13. haftada septalı kistik higroma, hidrops fetalis, aort hipoplazisi saptandı. Takipte hidropsta gerileme olmayan ve fetal gelişim kısıtlılığı gelişen olgu; 36. haftada makat prezentasyon ve aktif doğum eylemi tanılarıyla sezaryen ile 1750 gram doğurtuldu ve 14 gün yenidoğan yoğun bakımda takip edilerek önerilerle taburcu edildi.

Olgu 2: 12. haftada septalı kistik higroma, yaygın hidrops ve mitral/aort atrezisi saptandı. Hipoplastik sol kalp sendromu ve olumsuz fetal prognoz nedeniyle ailenin terminasyon istemi olması üzerine fetüse 14. haftada tıbbi sonlandırma yapıldı.

Olgu 3: 14. haftada septalı kistik higroma, asendan aort hipoplazisi ve persiste sol süperior vena cava saptandı. Takipte hidropsu gerileyen hasta sancılı mükerrer sezaryen endikasyonu ile sezaryen ile 37. haftada 2790 gram doğurtuldu; 8 gün yenidoğan yoğun bakımda takip edilerek önerilerle taburcu edildi.

Resim 1



Resim 2

Tartışma ve Sonuç

Turner sendromunda prenatal dönemde septalı kistik higroma ve hidrops fetalis dikkati çekmektedir. Bu olgular, kardiyak anomalilerle birlikte sık izlenmekte olup en sık aort hipoplazisi görülmektedir. Hidrops ve kardiyak anomali takibi açısından prenatal izlem önemlidir. Eşlik eden ek kardiyak ve non-kardiyak anomaliler prognozu belirlemektedir. Olgularımızda prenatal tanı sürecinde erken ultrason bulguları ve koryon villüs örneklemesi ile kesin tanıya ulaşılmış, iki olgu canlı doğum ile sonuçlanmış, bir olgu ise hipoplastik sol kalp sendromu nedeniyle sonlandırılmıştır. Sonuç olarak, Turner sendromunda erken prenatal tanı, yakın izlem, aile danışmanlığı ve gebelik yönetimi açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Turner Sendromu, Hidrops, Kistik Higroma

Kaynaklar

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics; Committee on Genetics; Society for Maternal-Fetal Medicine. (2020). Screening for fetal chromosomal abnormalities: ACOG Practice Bulletin, Number 226. Obstetrics & Gynecology, 136(4), e48–e69.
2. Backeljauw, P. (2025). Turner syndrome: Clinical manifestations and diagnosis. In P. J. Snyder, H. V. Firth, & M. E. Geffner (Eds.), UpToDate.
3. Öztürk, D., Adalı, E., Berber, H., Öztürk, M., & Süer, N. (2004). Turner sendromunda fetal kistik higroma ve hidropsun sonografik tanısı. Perinatoloji Dergisi, 12(3), 196–198.
4. Gravholt, C. H., Andersen, N. H., Conway, G. S., et al. (2017). Clinical practice guidelines for the care of girls and women with Turner syndrome. JCEM, 102(5), 1654–1670.

041

Sağ İzomerizm Tanılı Olguların Prenatal Tanısı ve Postnatal Sonuçları

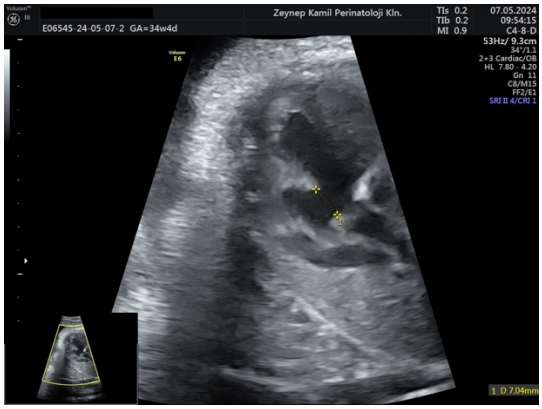
Merve Güngör Üstüntaş1, Mucize Eriç Özdemir1
1 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Yöntem

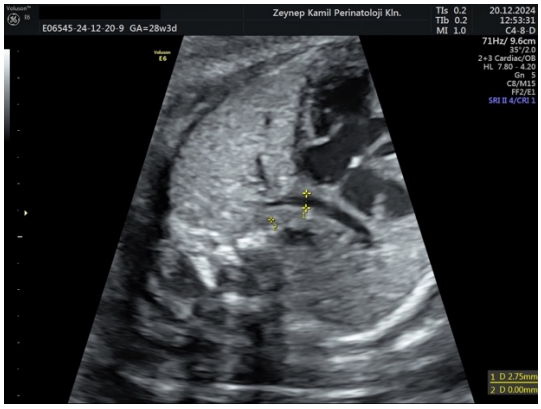
Heterotaksi, vücusun sağ-sol ekseni boyunca torakoabdominal organların anormal şekilde yerleşmesidir. Görülme sıklığı yayınlarda 1/6000 ile 1/20000 canlı doğum arasında değişmektedir (1). Sağ atriyal izomerizm her iki atriyumun sağ atriyum morfolojisinde olması ile karakterize olan kardiyak ve ekstrakardiyak anomalilerin de eşlik ettiği heterotaksi alt grubudur. Abdominal yapılar değerlendirildiğinde ascenden aorta ile vena cava inferior sağda veya solda aynı taraftadır (1,2). Vakaların %74'ünde aspleni saptanır (3). Mide sağda veya solda olabilir, tanıda yardımcı değildir (3). Eşlik eden kardiyak anomalilere bakıldığında en sık atriyoventriküler septal defekt (2) görülmekte ve bunu sağ ventrikül çıkış darlığı, çift çıkışlı sağ ventrikül, total pulmoner venöz dönüş anomalisi takip etmektedir (2,3). Barsak malrotasyonu ve atrezisi ile karşılaşılabilir, %25 hastada barsak herniasyonu saptanmıştır (3). Bu çalışmada Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji kliniğinde sağ izomerizm tanısı alan 4 hastanın prenatal eşlik eden bulguları ve postnatal sonuçları sunulmuştur.

Olguların Sunumu

Vakaların tümünde anamnezinde özellik bulunmamaktadır, akraba evliliği mevcut değildir, ilk tanıyı 2. Düzey ultrasonografi zamanında almışlardır. Eşlik eden kardiyak bulgulara baktığımızda iki vakada çift çıkışlı sağ ventrikül ,bir vakada komplet atriyoventriküler septal , bir vakada univentriküler yapı ve büyük damarların L-poziyonu saptandı. 4 vakada da pulmoner venöz dönüş anomalisi mevcuttu. Abdominal situs değerlendirildiğinde 4 vakada da aorta ile inferior venanın jukstapoze olduğu izlendi. İnvazif tanı testleri önerilen ve fetal kötü prognoz hakkında bilgi verilen hastaların ikisinin amniyosentezi yapılmış, diğer ikisi tanı testlerini kabul etmemiştir.Bir hasta terminasyon isteminde bulunmuş ve 23. Gebelik haftasında gebeliği sonlandırılmıştır. Diğer 3 gebe miad döneme kadar izlenmiş ve miadda doğum yapmıştır. Postnatal dönemde bir bebek gastrointestinal malrotasyon ve barsak iskemisi nedeniyle 3 kez opere olmuş; 2. Ayında kardiyak operayon gerçekleşmeden ex olmuştur. İkinci ve üçüncü bebek postnatal kardiyak cerrahi geçirdikten 1 ay sonra ex oldu.



Resim 1



Resim 2

Sonuç

Sağ atriyal izomerizmli canlı doğan bebeklerin intraoperatif/erken postoperatif ölüm oranı %28'dir(2).Bizim vakalarımızda bu oran daha yüksek izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Heterotaksi, Sağ izomerizm, Dekstrokardi, Pulmoner venöz dönüş anomalisi

Kaynaklar

1. Wang, Xiaofang, et al. "Comparing levocardia and dextrocardia in fetuses with heterotaxy syndrome: prenatal features, clinical significance and outcomes." BMC Pregnancy and Childbirth 17 (2017): 1-9.
2. Buca, Danilo Italo Pio, et al. "Outcome of prenatally diagnosed fetal heterotaxy: systematic review and meta-analysis." Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 51.3 (2018): 323-330.
3. A practical guide to fetal echocardiography normal and abnormal hearts. Chapter 41:Fetal heterotaxy with right and left atrial isomerism.

044

Menopoz Dönemindeki Kadınların Üriner İnkontinansa Sahip Olma Durumunun Yaşam Kalitesi ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Şerife Çınar[1], İclal İlknur Özdemir[1], Ebru Küçükoğlu[1], İlayda Aydınöz[1], Mısra Gezen[1], Jennet Annamuhammedova[1]
[1]İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul

Giriş
Menopoz dönemi, kadınların biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutta çok yönlü değişim yaşadığı bir süreçtir. Bu dönemde sık karşılaşılan üriner inkontinans (Üİ), kadınların yaşam kalitesini ve cinsel işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Literatür, Üİ'nin yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda sosyal izolasyon, özgüven kaybı ve cinsel isteksizlik gibi psikososyal sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Bu çalışma, menopoz dönemindeki kadınlarda Üİ varlığının yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerindeki etkilerini, demografik değişkenlerle ilişkilendirerek incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem
Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki çalışma, Aralık 2024–Nisan 2025 tarihleri arasında İstanbul'daki iki hastanede yürütülmüştür. Örneklemi, menopoz döneminde olan, 45–55 yaş arası, 354 gönüllü kadın oluşturmuştur. Veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu, Üİ Farkındalık ve Tutum Ölçeği (İFVTÖ), Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) ile toplanmış, SPSS 25 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular
Katılımcıların yaş ortalaması 50.73±3.02, %93.6'sı evli, %54.2'si çalışmamaktadır. CYKÖ-K puanı 65.13±23.19, MÖYKÖ toplam puanı 92.93±29.64 olarak bulunmuştur. Menopozal semptomlar arttıkça cinsel yaşam kalitesi azalmaktadır ($r=-0.433$, $p<0.01$). Üİ ile baş etme düzeyi ($r=-0.192$, $p<0.01$) ve sağlık motivasyonu ($r=-0.260$, $p<0.01$) düşük olan kadınların cinsel yaşam kaliteleri de anlamlı şekilde düşüktür. Kegel egzersizi yapan kadınlarda sağlık motivasyonu anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0.011$). Cinsel birliktelik sıklığı arttıkça engel faktör puanları düşmekte, CYKÖ-K puanları yükselmektedir ($p<0.001$).

Sonuç
Üİ, menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesi ve cinsel yaşamında çok yönlü olumsuz etkiler yaratmaktadır. Ebelik hizmetlerinde pelvik taban sağlığı, cinsel sağlık danışmanlığı ve farkındalık temelli bütüncül bakım yaklaşımlarına yer verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, üriner inkontinans, yaşam kalitesi, cinsel yaşam, ebelik bakımı

045

Mikst tip üriner inkontinans tanılı hastalarda ileri basmak tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi

Reyyan Gökçen İşcan1
1 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hem stres hem de aciliyet hissi ile idrar kaçırmayı içeren mixt tip inkontinans (MUİ) kadınların hayat kalitesini olumsuz etkiler ve yönetimi zorlu olabilir. Çalışmamızın amacı MUİ tanılı hastalarda, konservatif ve/veya medikal tedavinin başarısız olduğu durumlarda uygulanan yöntemleri hangi sıklıkta tercih ettiğimiz ve seçilen yöntemin sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve yöntem: Hastanemiz ürojinekoloji polikliniğine başvuran mixt üriner inkontinans tanılı **60** hastanın verileri retrospektif olarak taranmıştır. Hastalar, stres üriner inkontinans (SÜİ) baskın gruba midüretral sling (Tension free Vaginal Tape-TVT veya Transobturator Tape-TOT) ve aşırı aktif mesane (AAM) semptomları baskın gruba intradetrusor Onabotulinumtoksin-A (BonT-A) uygulaması yapılmış olanlar olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Hastaların tedavi memnuniyeti PGI-I anketine ile değerlendirilmiş olup, tedavi öncesine göre 'iyi' ve 'çok iyi' yanıtı subjektif başarılı olarak kabul edilmiştir. Üriner semptomlar UDİ-6 anketi ile sorgulanmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması **53,6 ± 10,4** olarak bulunmuştur. Ortanca gravida ve parite **3 (min 0- max 14)** 'dür. Hastaların **%85'ine (n=51)** midüretral sling **(TOT=35 ve TVT=16**), **%15' ine (n=9)** intradetrusor BonT-A uygulanmıştır. Subjektif başarı oranları **5 (min 1- max 53)** ay sonra sırasıyla **%90** ve **%89** olarak benzer bulunmuştur. Üriner semptomlara bakıldığında ise sling grubunda AAM semptomları daha yüksek oranda bulunsa da istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (**%43** ve **%33** *p*= 0,5).

Sonuç: MUİ tedavisinde ileri basamak tedavi yöntemleri benzer subjektif başarı oranlarına sahip görünmektedir. AAM semptomlarının midüretral sling tedavisi planlanan hastalarda dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi seçeneklerinin hastaya göre bireyselleştirilmesi en akılcı yaklaşım gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mikst tip üriner inkontinans, midüretral sling, onabotulinumtoksin-A

Kaynaklar

1. Harvie HS, Menefee SA, Richter HE, et al. Midurethral Sling vs OnabotulinumtoxinA in Females With Urinary Incontinence: The MUSA Randomized Clinical Trial. JAMA. Published online May 5, 2025. doi:10.1001/jama.2025.4682

047

Tersiyer bir merkezde Sezaryen sonrası cerrahi bölge enfeksiyonu sıklık ve risk faktörleri

Önder Tosun1
Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğumhane, İstanbul

Amaç
Doğumhanemizde Sezaryen sonrası cerrahi bölge enfeksiyonu sıklığı ve risk faktörlerini ortaya koymak.

Gereç ve Yöntem
Hastanemiz son 1 yıl içinde (1 nisan 2024-1 nisan 2025) tarihleri arasında gerçekleşen sezaryen olgularında post op enfeksiyon nedeniyle hastaneye geri yatışı yapılan hastaların incelenmesi.

Bulgular
Hastanemizin doğumhanesinde son 1 yıl içinde 2512 sezaryen, 2108 normal doğum gerçekleşmiş olup. Belirtilen tarihler arasında Sezaryen sonrası post op enfeksiyon nedeniyle hastanemize geri yatan hasta sayısı 17 dir (% 0.6). bu hastaların 6 sı diabet, 2 hastada obesite, 3 hastada preeklampsi, 4 hastada acil sezaryen, 4 hastada uzun süreli erken membrasn rüptürü tespit edilmiştir.
Hastanemizde sezaryen sırasında proflaktik antibiotik kullanımı cilt kesisinden önce yapılmaktadır.

Sonuç
Doğum sonrası cerrahi bölge enfeksiyonu (SSI), yara enfeksiyonu ve endometrit, hastanede uzun süre kalmanın başlıca nedenidir ve sağlık bakım sistemine yük oluşturur.

Risk faktörleri: Tütün kullanımı, sınırlı doğum öncesi bakım, obezite, kortikosteroid kullanımı, nulliparite, ikiz gebelikler, doğum içi ve operatif faktörler (koryoamniyonit; erken membran rüptürü, uzamış membran rüptürü, uzamış doğum, özellikle uzamış ikinci evre, büyük kesi uzunluğu, deri altı doku kalınlığı > 3 cm, deri altı hematom, antibiyotik profilaksisinin olmaması, acil sezaryen, aşırı kan kaybı ve bir akademik kurumun öğretim hizmetinde obstetrik bakım yer alır.

Günümüzde, ameliyat öncesi ve sırasında profilaktik antibiyotik kullanımı ve aseptik önlemler, sezaryen sonrası enfeksiyonları azaltmanın başlıca yollarıdır. 1 , 2 Profilaktik olarak kullanılan antibiyotikler, sezaryen enfeksiyon oranlarını %60-70 oranında azaltabilir. 3 Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Koleji (ACOG) ve diğer dernekler, sezaryen sonrası enfeksiyonların önlenmesi için birinci kuşak sefalosporinlerin kullanımını önermektedir. 4 Antibiyotik zamanlaması sağlık hizmeti sağlayıcılarına göre değişir ve esas olarak SI öncesi ve KK sonrası olarak kategorize edilir. Antibiyotiklerin bebeğe transplasental geçişi ve sepsis semptomlarını gizlemesi konusundaki endişeler ve ilaç direnci nedeniyle, çoğu doktor göbek klemplenmesinden sonra antibiyotik kullanmayı tercih etmektedir.
Meta-analizler, kordon klemplenmesinden sonra değil, cilt kesisinden en az 30 dakika önce antibiyotik verildiğinde enfeksiyon riskinin azaldığını göstermiştir. Kesiden önce verildiğinde, antibiyotikler doğumdan sonra 24 saate kadar yenidoğanın kan dolaşımında bulunur ve antibiyotiklere erken maruz kalma bağırsak mikrobiyomunun gelişimini bozabilir.

Sezaryen sonrası cerrahi bölge enfeksiyon sıklık ve risk faktörleri literatürle uyumlu olup, tersiyer bir merkez için kabul edilebilir düzeydedir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, cerrahi bölge enfeksiyonu, diabet, obesite, preeklampsi, acil sezaryen, uzun süreli erken membrasn rüptürü

Referanslar

1. Classen DC, Evans RS, Pestotnik SL, Horn SD, Menlove RL, Burke JP. Antibiyotiklerin profilaktik uygulamasının zamanlaması ve cerrahi yara enfeksiyonu riski. N Engl J Med. 1992;326(5):281-286. [DOI] [PubMed] [Google Akademik]
2. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM ve diğerleri. Cerrahide antimikrobiyal profilaksi için klinik uygulama kılavuzları. Am J Health Syst Pharm. 2013;70(3):195-283. [DOI] [PubMed] [Google Akademik]
3. Smaill FM, Grivell RM. Sezaryen sonrası enfeksiyonu önlemek için antibiyotik profilaksisi ve profilaksi yapılmaması. Cochrane Veritabanı Syst Rev. 2014;10:CD007482. [DOI] [PMC ücretsiz makale] [PubMed] [Google Akademik]
4. Smaill FM, Gyte GM. Sezaryen sonrası enfeksiyonu önlemek için antibiyotik profilaksisi ve profilaksi yapılmaması. Cochrane Veritabanı Syst Rev. 2010;1:CD007482. [DOI] [PMC ücretsiz makale] [PubMed] [Google Akademik]

SS-31

Annelerin Doğum Sonrası Bebek Bakımında Karşılaştığı Güçlükler: Sezaryen mi, Vajinal Doğum mu?

Yeliz Doğan Merih1, Ahmet Beler2
1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi / Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, İstanbul
2 Acıbadem Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Amaç
Doğum sonrası dönem, annenin dinlenme, destek ve kapsamlı bakıma en çok ihtiyaç duyduğu dönemdir. Bu süreçte annenin ve yenidoğanın yaşadığı bakım sorunlarının önlenmesi ve etkili biçimde yönetilebilmesi için nitelikli ve profesyonel ebelik bakımı büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, postpartum dönemde sezaryen ve vajinal doğum yapmış annelerin bebeklerine yönelik yaşadıkları bakım problemlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem
Araştırma, Ekim 2022 - Şubat 2023 tarihleri arasında İstanbul'da bir özel dal hastanesinde yürütülmüş ve doğum yapmış, çalışmaya katılmayı kabul eden 102 anne ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, bireysel ve sosyo-demografik özellikleri ile bebek bakım sorunlarını içeren 27 soruluk anketle toplanmış, SPSS programı ile yüzdelik hesaplama, t testi ve varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular
Katılımcıların yaş ortalaması 25±4.18 olup, %67.6'sı ilköğretim mezunudur. %78.4'ü planlı gebelik yaşamıştır. Annelerin %46.1'i bebeklerini ilk 10 dakikada görmüş, %52.9'u 1 saat sonra kucağına almış, %60'ı 1 saat sonra emzirmiştir. Sezaryen doğum yapanların ilk temas zamanlarının daha geç olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. En sık karşılaşılan bakım problemi %16.7 ile emzirme, ardından %10.8 ile göbek bakımıdır. Emzirme sorununun sezaryen doğum yapanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca sezaryen bebeklerinde anlamlı düzeyde daha fazla kilo kaybı görülmüştür ($p<0.05$).

Sonuç
Postpartum dönemde bütüncül bakım ve aileye yönelik düzenli eğitim uygulamaları, anne ve bebek sağlığının korunması ve bakım sorunlarının azaltılması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Anne, Bebek, Doğum Şekli, Postpartum Dönem, Sorun

SS-32

Presakral Kist ile Birlikte Atipisiz Endometrial Hiperplazi ve Over Kisti Olan Kadında Zorlu Cerrahi Süreç: Olgu Sunumu

Gülhan Özüm1, Hakan Güraslan1
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Yöntem

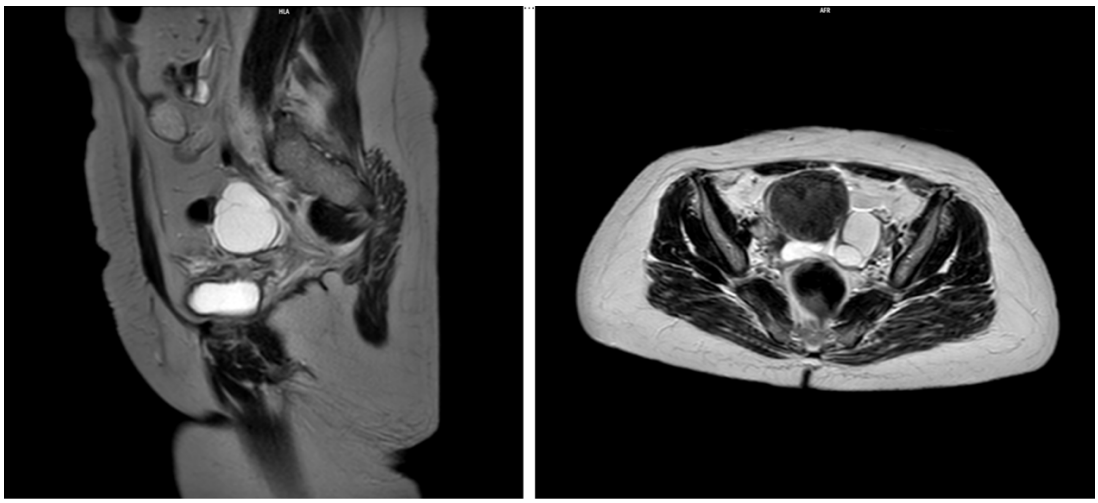
Presakral kistler, pelviste nadir görülen, genellikle asemptomatik seyreden ancak enfeksiyon, rüptür ya da malign dönüşüm gibi komplikasyonlarla karşımıza çıkabilen lezyonlardır. Bu yazıda, atipisiz endometrial hiperplazi, over kisti ve presakral komplike kistik lezyonunun eşlik ettiği, zorlayıcı cerrahi süreç gerektiren olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

51 yaşındaki hasta, kanama şikâyeti ile başvurdu. TVUSG'de endometrium 19 mm, sol overde 43×27 mm septalı kist izlendi. Pelvik MR'da presakral bölgede 7 cm'lik multiseptalı, solid komponent içeren kistik lezyon saptandı (Resim 1). Probe küretaj sonucu hiperplastik endometrial polip geldi. Malignite şüphesi nedeniyle histerektomi + bilateral salpingoooferektomi + frozen planlandı.

Operasyon sırasında presakral bölgede sakruma fikse, retrorektal yerleşimli, mobilize edilemeyen, yağlı içerikli kistik yapı rüptüre oldu. Genel cerrahi eşliğinde yapılan eksplorasyonda kitlenin rektuma invaze olduğu gözlendi. Eksizyon sırasında rektum hasarı gelişti ve primer onarım + loop ileostomi uygulandı. Frozen sonucu benign/low-grade mezenkimal tümör, nihai patoloji sonucu ise tailgut kisti olarak raporlandı.

Tartışma ve Sonuç: Tailgut kistleri, presakral bölgede embriyonik dönemde gerilemesi gereken arka bağırsağın (tailgut) kalıntılarından kaynaklanır ve genellikle iyi huyludur. Histolojik olarak çok katmanlı epitel dokuları (skuamöz, müsinöz, kolumnar) içerebilirler. Prevelansı 1/40.000'dir. En sık 30–50 yaş arasında ve daha çok kadınlarda görülür. Çogunlukla asemptomatik olup, insidental saptanır. Semptomatik hastalarda ise kabızlık, rektal dolgunluk, tenesmus, karın ağrısı, perianal apse veya fistül gibi nonspesifik bulgular görülebilir. Nadiren adenokarsinom veya nöroendokrin tümör gibi malign transformasyonlar bildirilmiştir.



Resim 1

Tanıda dijital rektal muayene önemlidir. Görüntülemede MRI kullanılır. Biyopsi ise tümör yayılımı, enfeksiyon ve yanlış negatiflik riski nedeniyle genellikle önerilmez.

Tedavide temel amaç, kistin tamamen çıkarılmasıdır. S3 seviyesinin altındaki kistler için posterior (transsakral) yaklaşım; üstündekiler için ise anterior (abdominal) yaklaşım tercih edilir. Geniş, yüksek yerleşimli veya malignite şüphesinde kombine cerrahi gerekebilir.

Bu olguda tailgut kisti, rektuma invazyon göstererek çıkarılması sırasında ciddi komplikasyonlara yol açmıştır. Bu nedenle pelvik bölgedeki karmaşık patolojilerin değerlendirilmesinde multidisipliner yaklaşım ve iyi planlanmış cerrahi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tailgut Kisti, Konjenital Kistler, Adenokarsinom, Nöroendokrin Tümör

Kaynaklar

1. Mastoraki, Aikaterini, et al. "Epidemiology, diagnostic approach and therapeutic management of tailgut cysts: A systematic review." International journal of clinical practice 75.11 (2021): e14546.
2. Liang, Feng, et al. "Tailgut cysts with malignant transformation: features, diagnosis, and treatment." Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research 26 (2020): e919803-1.
3. Patsouras, D., et al. "Management of tailgut cysts in a tertiary referral centre: a 10-year experience." Colorectal Disease 17.8 (2015): 724-729.
4. Haydar, Mazen, and Kai Griepentrog. "Tailgut cyst: a case report and literature review." International Journal of Surgery Case Reports 10 (2015): 166-168.
5. Malutan, Andrei Mihai, et al. "Tailgut Cyst—Gynecologist's Pitfall: Literature Review and Case Report." Diagnostics 15.1 (2025): 108.
6. Grossi, Ugo, et al. "Perianal tailgut cyst." Journal of Gastrointestinal Surgery 25 (2021): 558-560.
7. Hufkens, Ann-Sophie, Peter Cools, and Paul Leyman. "Tailgut cyst: report of three cases and review of the literature." Acta Chirurgica Belgica 119.2 (2019): 110-117.

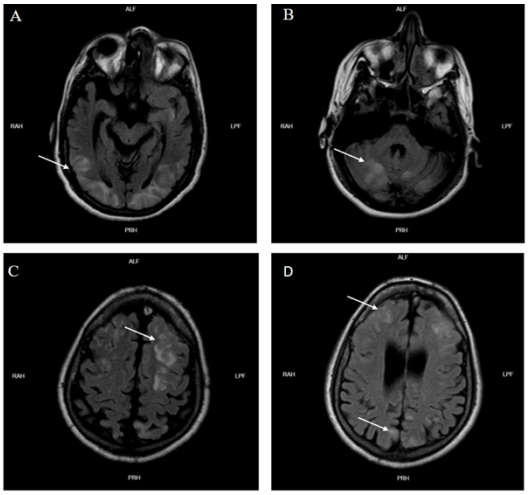
POSTER BİLDİRİLER

003

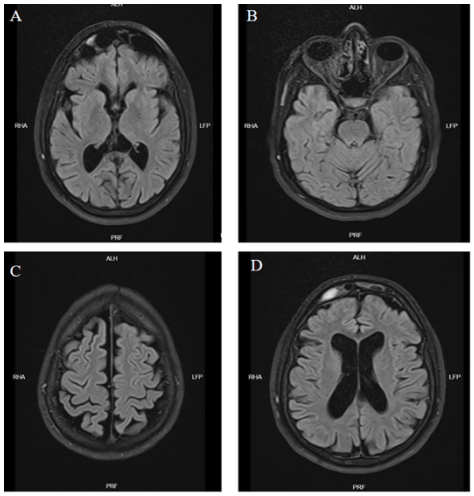
Subaraknoid Hemoraji Ve Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu (PRES): Eklampsi Ve Hipertansiyon İle Gelişen Bir Olgu Sunumu

Simge Berrak Beyoğlu Oruç1
1 BAU Medical Park Göztepe Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

26 yaş nullipar 30 hafta gebe şiddetli baş ağrısı ve nöbet sonrası acil servise başvurdu. Tansiyon takibinin 200/110 mmHg izlenmesi üzerine eklampsi endikasyonu ile acil sezaryen ile doğum önerildi. Ultrasonografik fetal ölçümler 5 percentile(p) altında 27 hafta ile uyumlu erken fetal gelişim kısıtlılığı izlendi. Genel anestezi altında 1000 gr (<1p) kız bebek APGAR 5/7 ile doğurtuldu. MR görüntülemede subaraknoid kanama ve posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) ile uyumlu bulgular izlendi. Hastaya yoğun bakım takibinde antihipertansif ve antiepileptik tedaviler uygulandı, 11. gün şifaen taburcu edildi. Hastanın ikinci gebeliğinde ilk sezaryenden 11 ay sonra 34. haftada aktif eyleme girerek sezaryene alınmasını takiben 2550 gram bebek APGAR 7/8 doğurtuldu. Hastanın tekrarlayan baş ağrısının olması üzerine bakılan MR görüntülemede patoloji izlenmedi. Olgu sunumumuzda gebelikte yüksek tansiyon sonrası eklampsi dışında gelişebilecek subaraknoid kanama ve PRES sendromu sunularak hızlı tanı ve uygun agrasif tedavi sonrasında geri dönüşümlü progresyona sahip olabileceğinin radyolojik görüntülemeler ile gösterilmesi amaçlanmıştır.



Figür 1



Figür 2

Giriş ve Yöntem

Posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) radyolojik olarak tanı konulabilen çoğunlukla parieto-oksipital bölgelerinde reversibl subkortikal vazojenik ödem ile karakterize nadir bir klinik tablodur [1]. PRES kliniğinde preklampsi ve eklampsi gibi hipertansif aciller ve sistemik inflamatuar durumlar gibi altta yatan sebebin erken tanı ve tedavisi klinik semptomların ve radyolojik bulguların günler veya haftalar içinde tamamen tersine dönmesinde en önemli basamaktır. Çoğu tablo tamamen geri dönüşlü olabilirken gecikilmiş tanı ve tedavilerde beyin sapı basısına neden olan masif posterior fossa ödemi gibi ciddi morbidite ve mortalite gözlenebilmektedir [1, 2].

Olgu Sunumu

26 yaş G1P0A0 nullipar 30 hafta gebe hasta gün içinde şiddetli baş ağrısı ve nöbet sonrası acil servise başvurdu. Acil serviste epileptik tarzda ikinci jeneralize tonik-klonik nöbeti geçirmesi ve tansiyon takibinin 200/110 mmHg izlenmesi üzerine eklampsi endikasyonu ile acil sezaryen ile doğum önerildi. Ultrasonografik değerlendirmede fetal ölçümler 5 percentile (<10 p.) altında 27 hafta ile uyumlu erken fetal gelişim kısıtlılığı izlendi.

Hastanın geçirilmiş operasyon öyküsü ve bilinen kronik hastalığı yok. Gestasyonel diabetes mellitus nedeniyle insülin tedavisi almaktadır. Birinci trimester genetik tarama testleri ve 2. Düzey ultrason taraması yapılmamıştır. Hastanın başvuru anında bakılan laboratuar incelemesinde; HGB: 12.3 g/dl, PLT: 261 10*9/L, WBC:14.4 10*9/L, Kreatinin: 0.96 mg/dl, Ürik asit:9.2 mg/dl, ALT:15 U/L, AST:22 U/L.

Spot idrar testinde protein +3 pozitif , protein / kreatinin oranı: 23 mg/mg tespit edildi. Kan grubu A RH pozitif.

Hastaya preoperatif eklampsi proflaksisi için 6 gr MgSO4 yükleme tedavisini takiben 2 gr/saat dozdan idame tedavisi başlandı. Preoperatif acil tek doz 6 mg Betametazon antenatal steroid yapılabildi. Üçüncü eklampsi krizini hemen sezaryen öncesi geçirmiş olup tek doz bolus 10 mg benzodiazepin tedavisi altında oryantasyon kaybı ve bilinç uykuya meyilli izlendi. Hastanın oryante olmaması nedeni ile intravenöz tek seçenek bulunması nedeniyle başlangıç dozundan 5 mcg/dk Nitrogliserin tedavısı baslandı. Genel anestezi altında 1000 gr (<1p) kız bebek APGAR 5/7 ile doğurtuldu. Postoperatif 2. saatte hastanın bilinç durumunda ve oryantasyonda iyilik hali izlenmemesi üzerine çekilen kranial tomografide bilateral frontalde subkortikal hemorajik dansite hiperdens görünümler subaraknoid kanama ile uyumlu değerlendirildi. MR görüntülemede T2/FLAIR sekansta bilateral simetrik posterior fossada occipital loblarda yoğunlukla olmak üzere serebellum dahil tüm serebral alanlarda dağınık şekilde izlenen kortikal ve subkortikal hiperintens odaklar posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) ile uyumlu izlendi (Figür 1). hasta yoğun bakım takibine alınmış olup uterotonik tedavilerin yanı sıra B-Bloker ajan esmolol infüzyonu ile hedef tansiyon sistolik 130 mmHg altında olacak şekilde antihipertansif tedavi ve levetirasetam 2000 mg yükleme dozunu takiben 500 mg (2x1) idame dozundan antiepileptik tedaviler başlandı. Tansiyon takiplerinin tedavi sonrası 140/90 mmHg izlenmesini takiben oryante-koopere ve baş ağrı gerilemiş klinikte değerlendirildi. Takiplerinde görüntülemede artan serebral kanama alanı izlenmemesi nedeniyle operasyon planlanmadı. 4 günlük yoğun bakım takibinin ardından tansiyon takipleri stabil bilinç açık izlenen kontrol tomografide kanama bulgularının gerilemesi üzerine hasta postoperatif 11. gününde taburcu edildi.

Postoperatif 8 ay sonra bakılan kontrol MR görüntülemede mevcut tabloya sekonder gelişebilecek patoloji izlenmedi. Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES) ile uyumlu T2 sekansta posteriorda yoğunlaşan hiperintens alanların ve serebellum dahil tüm serebral alanlarda dağınık şekilde izlenen kortikal ve subkortikal hiperintens odakların hepsinin kaybolduğu izlenmiştir (Figür 2). Sol frontal alanda belirgin olan subaraknoid kanama görümüne sekonder iskemik değişiklikler minimal izlenmektedir.

Sezaryenden 3 ay sonra tekrar gebe kalmasının üzerine baş ağrısı sebepli 7 kez acil servis başvurusu mevcut olup semptomatik tedavi dışında tedavi planlanmamıştır. Hastanın 34. gebelik haftasında preterm eyleme girmesi üzerinde acil sezaryen ile doğum planlanmış olup 2550 gram (75 p) erkek bebek APGAR 7/8 ile doğurtuldu. 2. gebeliğinde 100 mg dozda düşük doz Asetilsalisilik asit (ASA) tedavisi başlanmış, kronik epilepsi nedeniyle antiepileptik levetirasetam oral tedavisi devam etmekte olup antihipertansif ihtiyacı olmamış ve preeklampsi tablosu izlenmemiştir.

Tartışma ve Sonuç

PRES kliniğinde patofizyolojik mekanizma tam bilinmese endotel disfonksiyonunu destekleyebilecek altta yatan otoimmün durumların varlığı suçlanmaktadır. MR görüntülemede hiperintens odak olarak izlenen vazojenik ödemin yeri, yayılım genişliği ve şiddeti farklı şiddette klinik prezentasyonların izlenmesine sebep olmaktadır [3]. Sistemik lupus eritematozus gibi otoimmün hastalıklaırn yanı sıra çoğunlukla altında eklampsi, primer böbrek hastalığı gibi akut kan basıncı yükselmesine sebep olan klinik durum bulunur. Yüksek tansiyonun endotel hasarına ve kan-beyin bariyerinin bozulmasına katkıda bulunduğu düşünülür [4, 5]. Bizim olgumuzda otoimmün bir zemin bulunmamakla birlikte baş ağrısı ve nöbetle seyreden eklampsi atakları etiyolojide suçlanmaktadır. Gün içinde baş ağrısı şikayetinin devam etmesi nedeniyle uzun süreli tansiyon yüksekliğine maruziyet sonucu serebral vazojenik oluşabileceği literatür bilgileri ile uyuşmaktadır.

Tedavinin primer amacı ortalama kan basıncını premorbid seviyelere düşürmektir. Acil tedavide tercihen İntravenöz nikardipin (5-15 mg/saat) ve labetalol (2-3 mg/dakika) birinci basamak ilaçlar olarak kabul edilir. Hipokampal skleroz veya kalıcı fokal değişiklikler ve PRES atağından aylar ila yıllar sonra gelişen temporal lob epilepsisi olan hastalar bildirilmesi nedeniyle epilepsi PRES'in uzun dönem komplikasyonlarından sayılabilmektedir [6]. PRES kliniğinde altta yatan sebebin erken tanı ve tedavisi sonrası klinik semptomların ve vazojenik ödeme bağlı oluşan radyolojik bulguların tamamen tersine döndüğü bilinse de tanı ve tedavi geciktiğinde, kronik sekellere yol açan geri dönüşümsüz sitotoksik ödem ile seyredebildiği tanımlanmıştır [5, 7]. Bizim vakamızda hastaya hızlı ve agresif intravenöz antihipertansif tedavi başlanması ve doğum planlamasının yapılması klinikte hızlı geriye dönüş için en önemli faktör olduğunu düşünmekteyiz. Tansiyon takiplerinin sistolik kan basıncının 140 mmHhg seviyelerine gelmesini takiben bilinç durumunda iyileşme ve oryantasyonda artış izlenmiştir. Hastanın

doğum sonrası tekrarlayan baş ağrısı ataklarının olması ve antiepileptik tedavinin devamını getiren epilepsi kliniğinin olması kronik sekel olarak değerlendirilse de radyolojik görüntülemelerde bulguya rastlanmamıştır. Hastanın 1 yıl içerisinde ikinci kez gebe kalmasına rağmen takiplerinde proteinüri, tansiyon yüksekliği ve preeklampsi semptomları olmamış yakın zamanlı gebelik tekrarı nedeniyle 34. haftada preterm eylem nedeniyle doğum planlanmış olup PRES sendromu ile ilişkilendirilebilecek bulgu izlenmemiştir.

Bu olguda subaraknoid kanama ve PRES ile komplike bir eklampsi vakası sunulmaktadır. Yüksek tansiyonla seyreden olgularda bilinç bulanıklığı ve oryantasyon bozukluğu izlenmesi durumunda ayırıcı tanıda PRES akla getirilmeli ve agraseif bir tedavi protokolü izlenmelidir. Klinik ve radyolojik olarak kalıcı beyin hasarının önlenebilmesi için uygun tanı ve tedavi hayati önem taşımaktadır.

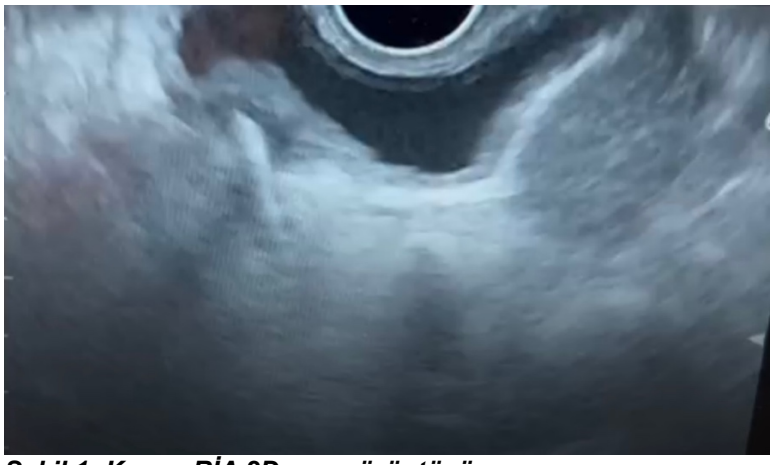
Anahtar Kelimeler: Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu, subaraknoid kanama, eklampsi

1. Vennapusa, J.R., et al., A (PRES) sing Matter: Two Cases of Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) in Pregnancy and Postpartum. Cureus, 2025. 17(2).
2. Fugate, J.E. and A.A. Rabinstein, Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical and radiological manifestations, pathophysiology, and outstanding questions. The Lancet Neurology, 2015. 14(9): p. 914-925.
3. Fugate, J.E., et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome: associated clinical and radiologic findings. in Mayo Clinic Proceedings. 2010. Elsevier.
4. Ni, J., et al., The clinical and radiological spectrum of posterior reversible encephalopathy syndrome: a retrospective series of 24 patients. Journal of Neuroimaging, 2011. 21(3): p. 219-224.
5. Aygün, B.K., et al., Posterior reversible encephalopathy syndrome in severe preeclampsia: case report and literature review. Journal of the Turkish German Gynecological Association, 2010. 11(4): p. 216.
6. Staykov, D. and S. Schwab, Posterior reversible encephalopathy syndrome. Journal of Intensive Care Medicine, 2012. 27(1): p. 11-24.
7. Powell, E.S. and M.J. Goldman, Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) in a thirty-six-week gestation eclamptic. The Journal of emergency medicine, 2007. 33(4): p. 377-379.

007
Batın Ön Duvarına Yerleşmiş Ria: Olgu Sunumu

Cem İnceoglu1
1 Şırnak Devlet Hastenesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Şırnak

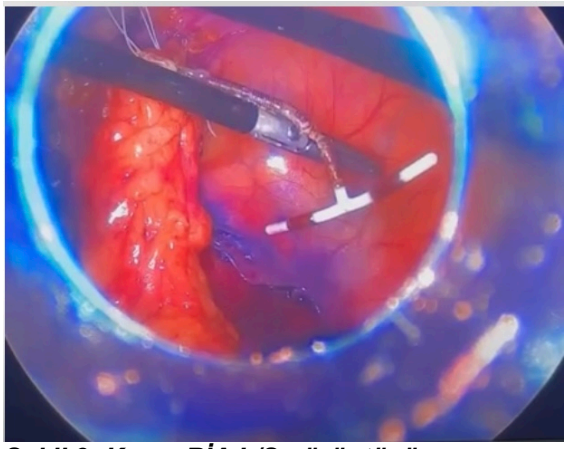
Giriş ve Yöntem
Rahim içi araçlar (RİA), Türkiye'de sıklıkla kullanılan kontraseptif yöntemlerin başında gelmektedir,RİA'lar yalnızca hekimler tarafından değil, eğitim almış hemşire ve ebeler gibi sağlık personeli tarafından da uygulanabilmektedir. RİA yerleştirilmesi sırasında veya sonrasında bazı komplikasyonlar gelişebilir. Dünyada yaygın olarak kullanılan RİA'nın, kanama, enfeksiyon, dış gebelik, düşük ve uterus perforasyonu gibi çeşitli komplikasyonlara yol açabileceği bilinmektedir.(1) Bu komplikasyonlar arasında en ciddi olanlardan biri de uterus perforasyonudur. RİA yerleştirilirken uterus perforasyonu riski yaklaşık 1/1000'dir.(2)
Uterin kavite dışına kaçan RİA'lar, bulundukları yere göre organ perforasyonlarına, batın içi enfeksiyonlara, apselere ve adezyonlara yol açabilir.(3) Bu tür komplikasyonlar, RİA kullanımının riskli yönlerini ortaya koymaktadır ve bu nedenle dikkatli bir yerleştirme ve takip süreci gerektirir.



Şekil 1: Kayıp RİA 2D usg görüntüsü

Olgu Sunumu
Olgumuz 29 yaşında 3 yaşayanı bulunan daha önce batın cerrahisi öyküsü bulunmayan bir hasta olup, 2 yıl önce dış merkezde RİA taktırmıştır.Hasta rutin kontrol nedenıyle kliniğimize başvurmuş olup yapılan kuru spekulum muayenesinde RİA ipi izlenmemiş olup,daha sonra yapılan Transvaginal USG'de uterin kavite boş izlenmiştir.Çekilen direkt grafide RİA batın içinde izlenmiş olup,laparoskopi hazırlığı yapılmıştır.Ameliyat esnasında batın içi oeprasyonu bukunmayan hastada omentumun sol batın ön duvarına adheze olduğu görülmüş olup omentumun karın ön duvarından disseksiyonu sırasında RİA ortaya çıkmış olup grasper yardımıyla iplerinden tutulup sağ inuinal 5 lik trokar bölgesinden çıkartılmıştır.Daha sonra hasta postop 1.gununde gaz deşarjı olması üzerine şifa ile taburcu edilmiştir.Daha sonra hastaya kontrasepsiyon yöntemi olarak cilt altı implant uygulanmıştır.

Şekil 2: Kayıp RİA X-RAY görüntüsü



Şekil 3: Kayıp RİA L/S görüntüsü

Sonuç ve Tartışma

Kayıp rahim içi araç (RİA) vakaları nadiren karşılaşılan bir durum olsa da, farklı lokalizasyonlarda birden fazla kayıp RİA olgusu rapor edilmiştir. Kassab ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmaya göre, 165 kayıp RİA vakasında, cihazın omentum, rektosigmoid, periton, mesane, apendiks, bağırsaklar, adneksiyal alan ve iliak vende yerleştiği görülmüştür.(4) Batın içinde uzun süre kalan RİA'lar, actinomyces enfeksiyonu gibi çeşitli klinik sorunlara yol açabilir. Anderson ve çalışma arkadaşları, uterus perforasyonu sonucu batına geçen RİA'ların çoğunun omentum ve apendiks yakınında olduğunu belirtmişlerdir.(5) Köşüş ve arkadaşları ise, uterus perforasyonu sonrası RİA'nın pelvik veya batın içi organları (omentum, mesane, broad ligament, apendiks, sigmoid kolon) etkilediğini ve bu organların %35'inin tutulduğunu, bunların da yaklaşık %55'inin omentum olduğunu ifade etmişlerdir.(6) Uterus kavitesinin dışında tespit edilen bir RİA'nın çıkarılmasında minimal invaziv yöntemler, özellikle laparoskopi, en uygun seçenek olarak kabul edilmektedir. Laparoskopi ile çıkarılamayan durumlarda ise, laparatomi yapılabilir. Özgün ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 10 kayıp RİA olgusunda laparoskopi yapılmış ve yalnızca 2 olguda laparatomiye başvurulmuştur. Bu hastalarda herhangi bir postoperatif komplikasyon gözlenmemiştir.(7) Bizim olgumuzda da RİA'nın batın içinde olduğu farkedilmiş olup Laparoskopi ile komplikasyonsuz bir biçimde çıkartılmıştır. Bu şekilde hasta daha az ağrı ve postoperatif daha az hastanede yatış süresi ile şifa ile taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Rahim içi araç, Laparoskopi, Uterin perforasyon

Kaynaklar

AMA (American Medical Association) yazım kuralı
1. Aydın A, Kinaş MG, Öztürk M. Rahim İçi Araç Kullanan Kadınlarda Uterus Perforasyonu: Üç Olgu Sunumu ve Literatürün İncelenmesi.Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2013;23(1):43-8.
2. Peterson H, Curtic K, Meirk O, D'Arcargues C. Contraception. In: Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, eds. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:541-561.
3. Balcı O, Özdemir S, Mahmoud AS. İhmal edilmiş bir kayıp rahim içi araç sonrası oluşan ve miadında doğan gebelik. Selçuk Tıp Derg. 2009;25(4):215-218.
4. Kassab B, Audra P. The migrating intrauterine device: Sigmoid kolonda yerleşmiş rahim içi araç: Olgu sunumu ve literatür taraması. Contracept Fertil Sex. 1999;27:696-700.
5. Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odlind V, Milsom I. Perforations with intrauterine devices: Report from a Swedish survey. Contraception. 1998;57(4):251-255.
6. Köşüş A, Köşüş N, Çapar M. An unusual complication of intrauterine contraceptive device: perforation; review of literature. Turkiye Klinikleri J Gynaecol Obstet. 2006;16(3):88-94.
7. Ozgun MT, Batukan C, Serin IS, Ozcelik B, Basbug M, Dolanbay M. Surgical management of intra-abdominal mislocated intrauterine devices. Contraception. 2007;75:96-100

008

Adneksiyel Acillerin Nadir Sebebi: Kolorektal Kanserin Nadir Bir Prezentasyonu

İsmail Bağlar 1
1 Kartal Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş

Over metastazları, tüm over malignitelerinin önemli bir kısmını oluşturur ve en sık kaynaklar gastrointestinal sistem (GİS) ve meme kanserleridir (1). Kolorektal kanserler (KRK), GİS kaynaklı over metastazlarının başta gelen nedenlerindendir (2). KRK'ye bağlı over metastazları Krukenberg tümörü olarak da adlandırılabilir, ancak bu terim genellikle mide kaynaklı taşlı yüzük hücreli metastazlar için kullanılır. Genellikle bilateraldir ve peritoneal yayılımla birlikte görülür, bu da prognozun kötü olmasına neden olabilir (3).
Over metastazlarının klinik prezentasyonu genellikle non-spesifiktir ve karın ağrısı, şişkinlik, asit veya anormal uterin kanama gibi primer over kanserini taklit eden semptomları içerebilir. Akut batın tablosu veya adneksiyel torsiyon ile prezentasyon ise oldukça nadirdir (3,4). Torsiyon, genellikle overdeki kitlenin büyüklüğü, hareketliliği ve vasküler pedikülün anatomisi ile ilişkilidir. Metastatik over tümörlerinde torsiyonun nadir olmasının nedeni, sıklıkla peritoneal karsinomatozis veya adezyonların varlığı nedeniyle kitlenin mobilitesinin azalmasıdır (5). Bu olgu sunumunda, KRK over metastazının başlangıçta adneksiyel torsiyonu taklit ettiği ve ardından primer tümöre bağlı ileus gelişimiyle seyreden nadir bir vaka literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Olgu Sunumu

45 yaşında kadın hasta, ani başlayan şiddetli karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri sonucunda sağ adneksiyel kitle ve torsiyon şüphesiyle acil laparoskopi kararı alındı. Laparoskopide sağ adneksin torsiyone ve nekroze olduğu gözlendi. Sağ salpingo-ooferektomi uygulandı ve materyal patolojiye gönderildi. Postoperatif dönem sorunsuz seyreden hasta taburcu edildi.
Taburculuktan yaklaşık 3 hafta sonra hasta, tekrar başlayan karın ağrısı, gaz ve gaita çıkaramama şikayetleriyle yeniden başvurdu. Yapılan fizik muayene ve radyolojik değerlendirmeler sonucunda mekanik ileus tanısı konuldu. Hasta acil olarak operasyona alındı. Eksplorasyonda rektosigmoid bileşkede lümeni tama yakın tıkayan, barsak duvarını çepeçevre saran kitle tespit edildi. Kitleden alınan frozen section sonucu primer odağı belirlenemeyen malignite olarak rapor edildi. Bunun üzerine hastaya ilgili barsak segmentinin rezeksiyonu ve uç uca anastomoz uygulandı.
İlk operasyon alınan sağ adneks materyalinin nihai patoloji sonucu geldi ve overde GİS kaynaklı kolon adenokarsinomu metastazı olarak rapor edildi. İkinci operasyonda rektosigmoid bileşkeden çıkarılan kitlenin nihai patoloji sonucu da primer kolon adenokarsinomu olarak doğrulandı. Hasta postoperatif dönemde onkoloji konseyinde değerlendirilerek sistemik kemoterapi planlandı.

Tartışma

Adneksiyel torsiyon, daha çok benign over kistleri veya primer over tümörleri ile ilişkilidir ve malign tümörlerde görülme sıklığı düşüktür (5). Metastatik over tümörlerinde ise peritoneal yayılım veya yapışıklıklar nedeniyle over mobilitesinin kısıtlanması torsiyonu daha da nadir hale getirir (1,6). Kagawa ve arkadaşları da bizim olgumuza benzer şekilde sigmoid kolon kanseri zemininde gelişen metastatik over tümörünün torsiyonunu bildirmiş ve bu durumun literatürdeki nadirliğine dikkat çekmişlerdir (1). Lhomond ve arkadaşlarının sunduğu bir başka vakada da Krukenberg tümörünün torsiyonla prezente olduğu raporlanmıştır (3). Bu nadir durumlar, metastatik kitlenin boyutuna, kapsülünün intakt olmasına ve çevre dokularla olan ilişkisine bağlı olarak gelişebilir. Olgumuzda sağ overdeki metastatik kitlenin torsiyona uğraması, bu nadir prezentasyonlardan birini temsil etmektedir.

Metastatik over tümörlerinin, özellikle senkron olduğunda, primer over kanserinden ayırt edilmesi önemli bir tanısal güçlüktür (4, 8). Zhang ve arkadaşlarının 177 vakalık serisinde, senkron over metastazlarının %70'inden fazlasının preoperatif olarak primer over kanseri tanısı aldığı belirtilmiştir (4). Bizim olgumuzda da ilk başvurunun benign bir jinekolojik acil olan adneksiyel torsiyon şüphesiyle yönetilmesi, bu tanısal zorluğu yansıtmaktadır. Klinik semptomların ve CA-125 yüksekliğinin non-spesifik olması bu ayrımı zorlaştırır (9). Erkılınç ve arkadaşları da over kanseri ön tanısıyla opere edilen ancak final patolojisi KRK metastazı, apendiks tümörü, tüberküloz gibi farklı tanılar alan vakaları bildirerek bu taklitçi durumların altını çizmişlerdir (9). Ayırıcı tanıda CEA, CA 19-9 gibi GİS belirteçleri ve özellikle immünohistokimyasal incelemeler (CK7, CK20, CDX2 gibi) kritik rol oynar (5, 12).

Hastamızın RSO sonrası kısa süre içinde ileus tablosuyla başvurması, altta yatan ve o zamana kadar sessiz kalmış primer rektosigmoid kanserinin klinik olarak belirginleştiği ikinci aşamayı oluşturmaktadır. Tatar ve arkadaşları, çıkan kolon kanseri nedeniyle opere edilmiş bir hastanın over metastazı ve ileus ile başvurduğu benzer bir durumu raporlamıştır (2). Bu durum, primer tümörün lümeni tıkaması sonucu gelişmiştir, bizim olgumuzda olduğu gibi. Kolon kanserli bir hastada, özellikle pelvik cerrahi öyküsü varsa, ileus gelişimi akla ilk olarak primer tümör obstrüksiyonunu veya postoperatif/peritoneal adezyonları getirmelidir.

Patolojik inceleme, overdeki kitlenin KRK metastazı olduğunu doğrulamıştır. Kolon kanseri metastazları histolojik olarak primer over tümörlerini taklit edebilir (10). Krukenberg tümörü terimi klasik olarak mide kaynaklı taşlı yüzük hücreli metastazları tanımlasa da, kolon gibi diğer GİS kaynaklı metastazlar da benzer morfolojik özellikler gösterebilir (11). Jha ve arkadaşları, gebelikte saptanan ve başlangıçta Sertoli-Leydig hücreli tümörle karışan bir Krukenberg vakasını sunarak tanısal zorluklara ve stromal luteinizasyon gibi yanıltıcı faktörlere dikkat çekmişlerdir (10). Olgumuzun 45 yaşında premenopozal bir kadın olması, metastatik over tümörlerinin daha genç yaşlarda da görülebileceği bilgisiyle uyumludur (4).

Over metastazı olan KRK'de tedavi yaklaşımı multidisipliner olmalıdır. Metastazektominin ve primer tümör rezeksiyonunun sağkalıma katkısı, hastalığın yaygınlığına ve hastanın genel durumuna bağlıdır (4, 7). Özellikle metastazın overle sınırlı olduğu veya optimal sitoredüksiyon yapılabildiği durumlarda cerrahinin sağkalım avantajı sağlayabileceği öne sürülmektedir (4, 7). Ayhan ve arkadaşları, non-genital kanserlerin over metastazlarında sitoredüktif cerrahinin rolünü incelemiş ve seçilmiş vakalarda faydalı olabileceğini belirtmiştir (7). Olgumuzda torsiyon nedeniyle zorunlu olarak yapılan RSO ve ardından ileus nedeniyle yapılan primer tümör rezeksiyonu, mevcut literatürdeki cerrahi tedavi prensipleriyle örtüşmektedir

Resim 1 - Perop Görünüm

Resim 2 – Çıkarılan Kitle

Sonuç

Kolorektal kanserin over metastazı, nadiren adneksiyel torsiyon gibi akut jinekolojik tablolarla ortaya çıkabilir. Bu durum, özellikle primer malignite öyküsü olmayan premenopozal kadınlarda tanısal zorluklara yol açabilir. Adneksiyel kitle ve akut batın ile başvuran hastalarda, ayırıcı tanıda metastatik maligniteler de göz önünde bulundurulmalıdır. Torsiyon nedeniyle opere edilen adneksiyel kitlelerin nihai patoloji sonuçları dikkatle değerlendirilmeli ve şüpheli durumlarda altta yatan olası bir primer malignite araştırılmalıdır. Bu olgu, KRK'nin beklenmedik prezentasyonlarını ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Metastatik kanser, Nonjinekolojik tümör, Torsiyon

Kaynaklar

1. Kagawa H, Kinugasa Y, Yamaguchi T, Ohue M, Kawai K, Hiro J, Shinji S, Nozawa H, Hirano Y, Komori K, Takii Y, Suto T, Tsukamoto S, Akagi Y, Ozawa H, Toiyama Y, Minami K, Shimizu T, Uehara K, Sakamoto K, Mori K, Sugihara K, Ajioka Y. Impact of resection for ovarian metastases from colorectal cancer and clinicopathologic analysis: A multicenter retrospective study in Japan. Ann Gastroenterol Surg. 2023 Sep 14;8(2):273-283.
2. Tatar İ, Yılmaz K, Hekimoğlu B. Kolon Kanseri Over Metastazının Hematomu Taklit Eden İlginç Prezentasyonu. Çağdaş Tıp Dergisi. 2014;4(3):172-174.
3. Lhomond J, Ngo C, Canlorbe G, et al. Krukenberg tumor presenting as ovarian torsion: A case report and review of the literature. Gynecol Oncol Rep. 2016;18:18-20.
4. Zhang JJ, Cao DY, Yang JX, Shen K. Ovarian metastasis from nongynecologic primary sites: a retrospective analysis of 177 cases and 13-year experience. J Ovarian Res. 2020;13(1):128.
5. Moore RG, Chung M, Granai CO, Gajewski W, Steinhoff MM. Incidence of metastasis to the ovaries from nongenital tract primary tumors. Gynecol Oncol. 2004;93(1):87-91.
6. Mülayim B, Gürakan H, Dagli V, et al. Torsiyone Over Tümörleri. J Clin Obstet Gynecol. 2001;11(3): 172-175.
7. Ayhan A, Guvenal T, Salman MC, et al. The role of cytoreductive surgery in nongenital cancers metastatic to the ovaries. Gynecol Oncol. 2005;98(2):235-41.
8. Şahin HÖ, Yılmaz A, Yılmaz F, Ozan H. Over Tümörü Gibi Prezente Olan Non Jinekolojik Tümörler. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2018;2:27-32.
9. Erkilinç S, Karataşlı V, Demir B, et al. Benign ve Malign Extra-Genital Over Kanseri Taklitçileri: 28 Olgunun Gözden Geçirilmesi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2018;15(3):110-113.
10. Jha S, Mitra S, Patra S, et al. Krukenberg Tumor of Ovary During Pregnancy: Learning From A Mistake. Int J Gynecol Pathol. 2021;40(6):617-620.
11. Karagül S, Sümer F, Onur A, et al. Mide kanseri tedavisinden 8 yıl sonra gelişen Krukenberg tümörü olgusu. Marmara Med J. 2018;31:81-84.
12. Kubecek O, Laco J, Spacek J, et al. The pathogenesis, diagnosis, and management of metastatic tumors to the ovary: a comprehensive review. Clin Exp Metastasis. 2017;34(5):295-307.

009

Şırnak Devlet Hastanesi'nde Sezaryenle Doğum Yapan Gebelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Yatış Durumu ve Klinik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Refaettin Şahin1, Cem İnceoğlu2
1 Şırnak Devlet Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Şırnak 2 Şırnak Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Şırnak

Amaç
Bu çalışmada, Şırnak Devlet Hastanesi'nde sezaryen ile doğum yapmış gebelerde, yenidoğanların yoğun bakım ünitesine (YYBÜ) yatış oranı ve etkileyen klinik faktörler değerlendirilmiştir. Ayrıca YYBÜ'ye yatışı gerçekleşen yenidoğanların klinik özellikleri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem
Şırnak Devlet Hastanesi'nde Ekim 2024 ile Mart 2025 tarihleri arasında sezaryen ile doğum yapan 209 gebenin verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Yenidoğanlar YYBÜ'ye yatış durumuna göre 'yatan' ve 'yatmayan' olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Anne yaşı, gravida, parite, vücut kitle indeksi (VKİ), doğum haftası, doğum ağırlığı ve Apgar 1. ve 5. dakika skorları karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizde bağımsız örneklem t-testi, Mann-Whitney U testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır ($p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir).

Bulgular
Toplam 209 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Yenidoğanların %14.4'ü (n=30) YYBÜ'ye yatmıştır. YYBÜ'ye yatan grupta doğum haftası ($p<0.001$), doğum ağırlığı ($p<0.001$), Apgar 1. ($p<0.001$) ve 5. dakika skorları ($p<0.001$) daha düşük bulunmuştur. Anne yaşı, gravida, parite, VKİ ve cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur. Apgar skorlarındaki küçük fark, dağılımın dar olması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
YYBÜ'ye yatışı gerçekleşen 30 yenidoğanın kendi iç analizinde, düşük Apgar skorlarının (<5) yoğun bakım ihtiyacı ile güçlü ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Doğum haftası ve doğum ağırlığına göre yapılan alt grup analizlerinde anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 1. Sezaryenle Doğum Yapan Annelerin ve Yenidoğanların Tanımlayıcı Özellikleri

Değişken	Değerler
Anne Yaşı (mean ± SD)	29.6 ± 5.4
Gravida (median, min–max)	2.0 (1–16)
Parite (median, min–max)	1.0 (0–11)
Vücut Kitle İndeksi (VKİ) (mean ± SD)	25.7± 2.2
Doğum Haftası (mean ± SD)	37 ± 2
Bebek Ağırlığı (mean ± SD)	2993 ± 479
APGAR 1.dk (median, min–max)	8.0 (0–8)
APGAR 5.dk (median, min–max)	10.0 (0–10)
YYBÜ Yatışı (n=30)	14.4%
Bebek Cinsiyeti (kız)	54.1%

SD: Standart Sapma; min: minimum; max: maksimum; VKİ: Vücut Kitle İndeksi; YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi.

Tablo 2. Şırnak Devlet Hastanesi'nde Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların Bebeklerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Yatış Durumuna Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Parametre	YYBÜ Yatan (n=30)	YYBÜ Yatmayan (n=179)	p-değeri
Anne yaşı (mean±SD)	27.6 ± 5.4	29.9 ± 5.3	0.0330
Gravida (median[min-max])	2.0 (1–8)	2.0 (1–16)	0.7607
Parite (median[min-max])	1.0 (0–6)	1.0 (0–11)	0.9221
Doğum haftası (mean±SD)	35.6 ± 2.7	37.9 ± 1.6	**<0.001**

Vücut Kitle İndeksi (mean±SD)	25.1 ± 2	25.8 ± 2.2	0.0793
Bebek Ağırlığı (mean±SD)	2504 ± 529	3075 ± 419	**<0.001**
Apgar 1.dk (median[min-max])	7.0 (4–8)	8.0 (0–8)	**<0.001**
Apgar 5.dk (median[min-max])	9.0 (6–10)	10.0 (0–10)	**<0.001**
Bebek Cinsiyeti (K/E)	13/17	100/79	0.9365

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi; SD: Standart Sapma; min: minimum; max: maksimum; K/E: Kız/Erkek oranı.
Not: Apgar skorları arasındaki fark küçük görünmekle birlikte, dağılımın dar olması ve örneklem büyüklüğü nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 3. Yenidoğan Yoğun Bakıma Yatan Bebeklerde Klinik Özelliklerin Alt Gruplara Göre Karşılaştırılması

Değişken	**Alt Grup 1**	**Alt Grup 2**	**p Değeri**
Gestasyon	<37 hafta (n=15)	≥37 hafta (n=15)	1.000
Apgar 1.dk	<5 (n=2)	≥5 (n=28)	**<0.001**
Apgar 5.dk	<5 (n=0)	≥5 (n=30)	**<0.001**
Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	<30 (n=29)	≥30 (n=1)	**<0.001**
Anne Yaşı	<35 yaş (n=25)	≥35 yaş (n=5)	<0.001
Doğum Ağırlığı	<2500g (n=18)	≥2500g (n=12)	0.196

VKİ: Vücut Kitle İndeksi. p<0.001 olarak belirtilen değerler istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı farkı ifade etmektedir.

Sonuç

Bu çalışmada, sezaryen ile doğum yapan gebelerde yenidoğan klinik sonuçları değerlendirilmiş, YYBÜ yatış oranının bazı risk faktörleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sezaryen doğum sonrası düşük doğum haftası, düşük doğum ağırlığı ve düşük Apgar skorları, YYBÜ yatışı ile ilişkilidir. Maternal faktörlerle YYBÜ yatışı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmamız, sezaryen doğum yapan gebelerin yenidoğanlarında yoğun bakım ihtiyacını etkileyen faktörleri ortaya koymuştur. Ancak örneklem büyüklüğünün sınırlı olması nedeniyle, daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, Yenidoğan, Yenidoğan Yoğun Bakım, Apgar Skoru

012

Jinekolojik Vakada İnferior Epigastrik Arter Yaralanması: Olgu Sunumu

Yasemin Tikbaş1, Semra Eroğlu1, Canan Soyer Çalışkan1, SakineMerve Aydın1, Samettin Çelik1
1 Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

Giriş

Total abdominal histerektomi& bilateral salpingo-ooferektomi (TAH+BSO); uterus, tuba uterina ve bilateral overlerin batından açılan kesi ile çıkarılması işlemi olarak tanımlanmaktadır. Histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi işlemi için laparoskopik, vajinal veya abdominal işlemler tercih edilebilmektedir. Tercih edilecek yöntem hasta yaşı ve isteği, abdominal obezite, uterus ve overlerin boyutu ve yerleşimi, batın içi operasyon öyküsü, cerrahi tecrübe, ilgili alet ve ekipmanlara ulaşım imkanına bağlıdır. Abdominal histerektomilerde pfannenstiel kesi veya median insizyon tercih edilebilir; tercih edilecek yöntem hasta, ekipman ve cerrah ile ilişkilidir ve hastaya göre karar alınmaktadır.

TAH+BSO işlemi günümüzde güvenle uygulanan cerrahi yöntemdir ancak majör bir cerrahi girişim olduğundan bazı komplikasyonları mevcuttur. Her abdominal girişimde görülen komplikasyonlar TAH+BSO işlemi için de geçerlidir. Damar ve organ yaralanmalarına bağlı kanama gibi çeşitli komplikasyonlar görülebilmektedir. Vasküler komplikasyonlar en ciddi komplikasyonlardandır ve hastanın mortalitesi ile ilişkilidir.
Lateral süspansiyon; vajinal cuff veya uterusun fizyolojik pozisyonunu korumak amacıyla geliştirilen cerrahi yöntemlerdendir1. Son yıllarda lateral süspansiyon tekniği, sakrokolpopeksiye alternatif olarak daha az invaziv ve anatomik yapılarla daha az ilişkili bir yaklaşım olarak öne çıkmıştır2.Vajinal cuff veya uterus sakrospinöz ligament gibi derin pelvik yapılar yerine lateral pelvik duvara askı materyali ile tutturulması işlemidir. Askı materyali olarak sıklıkla mesh kullanılmaktadır. Doğal anatomiye daha uygun bir destek sağlaması, nöral veya vasküler yaralanmaların daha az görülmesi sebebiyle diğer yöntemlerden üstün olsa da ağrı, enfeksiyon, özellikle iliak arter ve venden kaynaklanan vasküler yaralanmalar, rektum veya kolon yaralanmaları, urge inkontinans gibi komplikasyonlar görülebilmektedir.

Lateral süspansiyon ile vasküler yaralanmalar %0,2-0,5 arasında bir insidansa sahiptir2. İşlemin laparoskopik olarak gerçekleştirilmesiyle bu oran %0,1-0,3'e kadar gerilemektedir. En sık görülen vasküler yaralanmalar; eksternal iliak arter(%0,1-0,3), eksternal iliak ven(%0,2), inferior epigastrik arter(%0,3-0,5), pelvik venöz pleksus(%0,2-0,4) şeklindedir. İnferior epigastrik arter trokar yerleştirme sırasında en sık hasarlanan damarlardandır.

İnferior epigastrik arter (İEA) ön karın duvarını besleyen ana damarlandır. Eksternal iliak arterden köken alır. İEA yaralanmasına bağlı olarak batın ön duvarında ciddi kanama ve rektus kılıfı hematomu gelişebilir. İEA yaralanması alt batını içine alan cerrahi girişimler ile birlikte görülebilmektedir. Yaralanma sonrası acil cerrahi onarım gerektirir. Kadavralar üzerinde yapılan çalışmada farklı dallanmalar gösterdiği ve farklı orijinleri olabileceği gözlenmiştir. Lokalizasyonu ve mobilitesi sebebiyle operasyonlarda kontrol edilmesinin prognozu iyileştireceği söylenmektedir.3
Olgumuz, jinekolojik operasyonlarda nadir görülen bir komplikasyon olan inferior epigastrik arter yaralanması ve yönetimini içermektedir.

Olgu Sunumu

Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyonuna ek olarak geçirilmiş serebrovasküler olay öyküsü olan hastamızda sol over yerleşimli kitle mevcut olduğundan operasyon planlandı, preoperatif hazırlıkların tamamlanmasını takiben opere edildi. Preoperatif hazırlık kapsamında kullandığı klopidogrel düşük molekül ağırlıklı heparin ile değiştirildi, oral antidiyabetikleri stoplanıp kan şekerinin regüle edilmesi planlandı ve hasta postoperasyon tamponize mayi ile desteklendi. TAH+BSO+lateral süspansiyon operasyonu sonrası birinci gününde, hipotansiyon ve bilinç bulanıklığı gelişen hastanın kan şekeri 260 olarak ölçüldü. Batın dreninde 24 saatlik dönemde 100 cc hemorajik vasıfta geleni mevcuttu ve aktif kanama yoktu. Öncelikte diyabetik ketoasidoz düşünülen hastada taşikardi gelişmesi üzerine alınan tam kan sayımında hemoglobin değerinde 3,4 birim düşüş saptanması üzerine hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Hastadan cross match alındı, kan hazırlığı yapıldı ve monitorize edildi. Bu esnada mevcut durumunu takiben hastada kardiyopulmoner arrest gelişti ve kardiyopulmoner resüsitasyona başlandı. Resüsitasyon esnasında hastaya 3 ünite eritrosit süspansiyonu(ES) ve 1 ünite taze donmuş plazma(TDP) replase edildi. 25 dakika etkin resüsitasyona yanıt veren hastamız mevcut durumunun yakından izlenmesi amacıyla entübe bir şekilde yoğun bakım şartlarında takibe alındı. Yoğun bakım

takibinde 1Ü ES takılan hastanın hemoglobin değerinde, kan ürünü replasmanına rağmen, devam eden hızlı gerileme ve dreninden hemorajik vasıfta geleninin olması, hastabaşı USG ile bakıda batın içi serbest mayi gözlenmesi üzerine aynı gün içinde operasyon kararı alınan hastaya laparotomi yapıldı ve sağ inferior epigastrik arterin yaralandığı tespit edildi, onarım yapıldı. Laparotomi sonrasında hastaya 4Ü ES+2Ü TDP takıldı. Yoğun bakım takibinde hemoglobin düşüşü devam eden ve kan ürünü replasman ihtiyacı olan hastaya yoğun bakım takibindeki iki gün ikişer ünite ES ve TDP takıldı. Hemoglobin değerindeki düşüşün sebebine yönelik araştırma açısından hasta hematolojiye konsulte edildi, hematolojik açıdan bir sorun olmadığına karar verildi. Sonrasında girişimsel radyolojiye konsülte edilen hastamıza tanı ve tedavi amacıyla anjiyografi planland. Anjiyografide inferior epigastrik arterden sızıntının devam ettiği görüldü ve embolizasyon yapıldı. Embolizasyonu takiben, postoperasyon 8. saatinde DMAH kullanımı yeniden başlatıldı. Yoğun bakım izlemini takiben servise alınan hastamız takiplerinde stabil seyretmesi üzerine servis takibine geçildi ve postoperasyon 15. Gününde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç
Bütün cerrahi girişimlerin belirli riskleri vardır. Organ ve dokuların yanı sıra vasküler yaralanmalar da görülebilmektedir. Son zamanlarda iatrojenik vasküler yaralanma oranında artış görülmektedir. Bu artış ciddi mortalite ve morbiditeyi beraberinde getirmektedir. Hospitalizasyon süresinin artmasına sebep olmakta ve sekonder komplikasyonlara da yol açabilmektedir.

2021 yılında yapılan bir çalışmada4 en çok komplikasyon ile seyreden cerrahi yöntem; açık abdominal cerrahiler (%35,66) olarak tespit edilmiştir; bunu %14,49 ile vajinal cerrahiler takip etmektedir. Aynı çalışmada TAH+BSO operasyonunun komplikasyon oranının %45,74 olduğu saptanmıştır; bunu %15,95 ile evreleme cerrahisi takip etmektedir. Komplikasyonların %5,91'i intraoperatif, %19,25'i postoperatif dönemde görülmektedir.

İatrojenik vasküler yaralanmalar prognozu en çok etkileyen, mortal seyredebilen komplikasyonlardır ve tüm vasküler yaralanmaların %48-75'ini oluştururlar5. Jinekolojik cerrahi girişimlerde vasküler yaralanmalara spesifik çok araştırma olmadığı dikkat çekmektedir. Özellikle jinekolojik onkoloji vakalarında geniş kapsamlı diseksiyon yapıldığından vasküler yaralanma riski daha yüksektir.

En çok vasküler yaralanma iliak arter ve venlerde görülmektedir. Vasküler yaralanmaların büyük bir kısmı intraoperatif künt veya penetran yaralanmayı takiben izlenmektedir. Vasküler hasar intraoperatif saptanmış ise total vasküler rekonstrüksiyon önerilmektedir. Postoperatif saptanan yaralanmalarda diagnostik laparotomiyi takiben rekonstrüksiyon yapılabilir. 2006 senesinde Lavery ve arkadaşlarının hazırlamış olduğu bir vaka raporunda6 girişimsel radyoloji tarafından sol eksternal iliak arter ve sol inferior arter anjiyografisi ve embolizasyon yapıldığı ve kanama kontrolünün sağlandığı anlatılmaktadır.

Lateral süspansiyon operasyonlarında trokar yerleştirilmesi sırasında en sık yaralanan damarlardan biri inferior epigastrik arterdir2. Özellikle alt abdominal kadranlara lateral girişlerde bu damarın anatomik seyrinin göz önünde bulundurulmaması, intraparietal kanamalara yol açabilir. Açık cerrahi girişimlerde kesiyi median hatta yakın tutmanın İEA zedelenmesini azaltabileceği öngörülmektedir.

Her cerrahi girişimde vasküler yaralanmalar açısından dikkatli olunmalı ve operasyon sırasında komşu vasküler yapılar dikkatle incelenmelidir. 2016 senesinde Özdemirel ve arkadaşları7 sezaryen operasyonu sonrası evinde fenalaşarak ölen bir hastaya yapılan otopside sol inferior epigastrik arterin tam kat kesildiğini saptamışlardır.
Literatürde İEA yaralanmasına bağlı sıklıkla rektus kılıfı hematomu ve batın ön duvarında kanama bildirilmektedir. Alt kadrana yönelik cerrahi girişimlerin olabildiğince orta hatta yakın olması önerilmektedir. İEA nadiren yaralanan damarlardandır, yeri ve mobilitesi sebebiyle jinekolojik ve obstetrik vakalarda özellikle dikkat edilmeli ve operasyon sonrası kontrol edilmelidir3. Olası bir yaralanma durumunda hasta uygun kan ürünleri ve sıvılar ile desteklenmelidir. Hızlı rekonstrüksiyonu takiben, diğer komplikasyonların önlenmesi amacıyla, DMAH kullanımına başlanmalıdır.

İnferior epigastrik arter yaralanması başta olmak üzere, vasküler yaralanmaların dikkatle yönetilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İatrojenik arter yaralanması, Abdominal Cerrahi, Lateral Süspansiyon, Epigastrik Arter, Embolizasyon

Kaynaklar

1 Dubuisson, J.b., Chapron, C. Chavet, X., et al. (2002). Laparoscopic sacrohysteropexy for uterine prolapse using a tension-free mesh: A series of 47 cases. Fertility and Sterility, 77(5), 928-931. https://doi.org/10.1016/s0015-0282(02)03008-2
2 Dällenbach, P. (2017). To mesh or not to mesh: A review of pelvic organ reconstructive surgery. International Journal of Women's Health, 9, 365–373. https://doi.org/10.2147/IJWH.S113326
3 Mustafa, Amal Yousif Ahmed Alhaj, et al. (2021) "Anatomical Study and Clinical Importance of the Inferior Epigastric Artery." Int. J. Morphol 39.3: 688-691.
4 Bahadur A., Mundhra R., Kashibhatla j. et al. (May 07,2021) Intraoperative and Postoperative Complications in Gynaecological Surgery: A Retrospective Analysis. Cureus 13(5): e14885. DOI 10.7759/cureus.14885
5 Akay H. Et al. (May 16, 2013) Cardiovascular surgeon's perspective of the iatrogenic vascular injuries in gynecologic surgery. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2014;22(1):083-087.DOI 10.5606/tgkdc.dergisi.2014.8790
6 Lavery S, Porter S, Trew G, Margara R, Jackson J. Use of inferior epigastric artery embolization to arrest bleeding at operative laparoscopy. Fertil Steril. 2006 Sep;86(3):719.e13-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.01.054. Epub 2006 Aug 8. PMID: 16893543.
7 Özdemirel, R. Ö., , İ., Başpınar, B., and , Y. "Sezaryen Operasyonunda İnferior Epigastrik Arter Kesisine Bağlı Bir Ölüm Olgusu" J Clin Obstet Gynecol 26.3 (2016): 181-185.

013

İnguinal kanala uzanım gösteren nadir bir vulvar anjiyomyofibroblastom olgusu

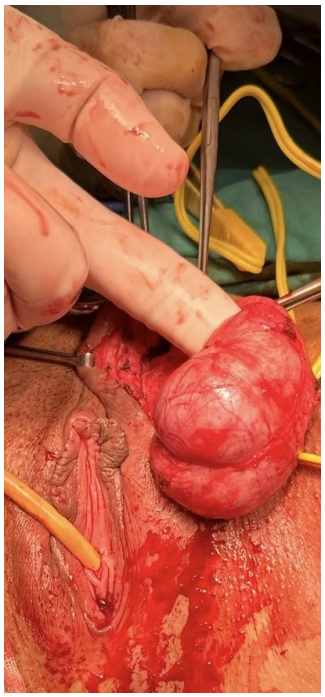
Özge Nur Gülen 1
1 Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Yöntem

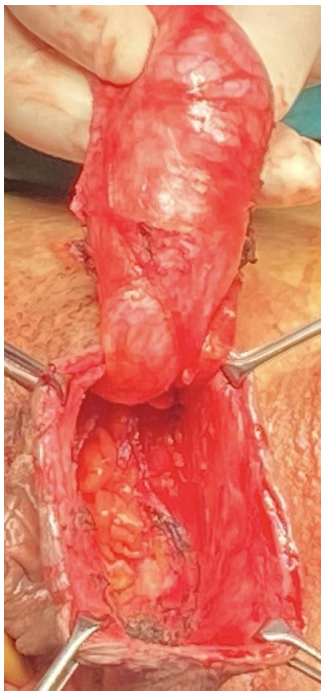
Vulvar kitleler, diğer jinekolojik tümörlere kıyasla daha nadir görülen benign ve malign özellik gösterebilen lezyonlardır. Vulvar anjiyomyofibroblastom orta yaşlı kadınlarda vulvovajinal alanda uzanım gösteren nadir tümörlerdendir. Bu olgu sunumunda vulvar anjiyomyofibroblastom olgusuna yaklaşımı irdeleyeceğiz.

Olgu Sunumu

Gravida 1, parite 1 olan 42 yaşındaki kadın hasta, sol labium majus'ta ağrısız kitle şikâyetiyle başvurdu. Anamnezde geçirilmiş operasyon ve ek sistemik hastalık yoktu. Fizik muayenede, cilt değişikliği göstermeyen, 50×23 mm boyutlarında subkutan kitle palpe edildi. Ultrasonografide artmış vaskülariteye sahip, sınırları düzenli, hipoekoik solid lezyon saptandı. Lezyonun cilt altı yağlı dokuda sınırlı olduğu görüldü. Manyetik rezonans görüntüleme bulguları mesane veya rektal tutulum olmadığını, pelvik veya inguinal bölgelerde patolojik lenfadenopati olmadığını ve difüzyon ağırlıklı görüntülemede kısıtlama olmadığını gösterdi. Yapılan operasyonda spinal anestezi altında sol vulvar kitle eksizyonu uygulandı. İntraoperatif kitlenin yaklaşık 6 cm çapında olduğu ve inguinal kanala uzandığı gözlendi (Figure 1, 2). Kitle anblok eksize edilerek oluşan defekt primer sütüre edildi. Patoloji sonucu; anjiyomyofibroblastom olarak raporlandı.



Figür 1



Figür 2

Tartışma

Bu olgu, vulvar kitlelerin değerlendirilmesinde sistematik yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Anjiyomyofibroblastom nadir görülen benign bir yumuşak doku tümörüdür ve myofibroblastik diferansiyasyon gösteren ve stromal hücrelerde neoplastik proliferasyonla prezente olmaktadır. Sarkomatöz transformasyon riskinden dolayı tedavisinde cerrahi eksizyon gereklidir. Total cerrahi eksizyondan sonra neredeyse hiç tekrarlama veya metastaz görülmez, bu da anjiyomyofibroblastomun iyi huylu doğasını doğrular. Bartholin kistleri ve lipomlar ayırıcı tanıda yer alan diğer benign lezyonlar olmakla birlikte, bu hastada lezyonun inguinal kanala uzanım göstermesi cerrahi eksizyon gerektirmiştir. Bu hastalarda kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir.

Sonuç
Vulvar kitlelerin atipik prezentasyonları, multidisipliner yaklaşım ve kapsamlı cerrahi planlama gerektirir. Bu olgularda cerrahi eksizyon hem histopatolojik doğrulama için gereklidir hem de etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Vulvar kitle, inguinal kanal, anjiyomyofibroblastom

014

Bartholin kisti zemininde gelişen Vajinal Intraepitelyal Neoplazi; olgu sunumu

Neslihan Bezirganoğlu Altuntaş 1
1 Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Trabzon

Giriş

Bartholin kisti vulvanın en sık kistik oluşumudur ve labium majorda kistik büyüme şeklinde görülürler. Kadınların yaklaşık %2'sinde reprodüktif dönemde Bartholin kisti gelişir . Kist enfekte olursa apse gelişir. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında marsupiyalizasyon, Word katater, gümüş nitrat uygulaması ve bezin tamamen çıkarılması vardır .Bu olgumuzda bartholin kisti nedeniyle marsuplizasyon ,gümüş nitrat uygulanan ve şikayetlerin devam etmesi üzerine total eksizyon uygulanan hastamızda eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesinde HSIL/Vaın II tanısı alan bir vakayı sunuyoruz.

Olgu

32 yaşında G:1 P:1 Y:1 olan, sezaryen ile doğum yapan hasta, yaklaşık 5 senedir vajen sol yan duvarda ele gele şişlik şikayeti ile başvurdu. Muayenede 5 cm çapında bartholin kisti saptandı. Hastaya marsuplizasyon uygulandı. İşlemden sonra vajinal akıntı ,disüri şikayetleri ile başvuran hastada muayenede marsuplizasyon bölgesinde vajene fistülize olan 1 cm çapında kistik alan gözlendi. Operasyon önerilen hastaya önce gümüş nitrat tedavisi, ardından total eksizyon uygulandı. Patoloji sonucu CIN II saptanan hastanın HPV testi negatifti. Smear sonucu malignite negatif olarak saptandı. Patoloji spesmenleri tekrar çalışıldı. Patoloji sonucu HSIL/Vaın II olarak raporlandı. Jinekolojik onkolojiye konsulte edilen hastaya takip önerildi.

Sonuç

Bartholin bezinin malign lezyonları tüm jinekolojik traktus malignitelerinin % 1'den azını , vulvar neoplazmların ise % 5'ini oluşturmaktadır. Vajinal intraepitelya lneoplazi (VaIN) nadir görülen premalign bir durumdur ve 0,2-0,3/100.000'lik bir insidansa sahiptir. Gelişiminde persistan yüksek riskli HPV enfeksiyonu rol oynamaktadır. Hastalık çoğunlukla üst 1/3'lük vajinayı etkiler, ama multifokal tutulum da olabilir. Ortalama tanı yaşı 40-60'tır. Çoğu hastada daha önce tedavi edilmiş alt genital sistem kanseri veya pre-kanseri öyküsü vardır. VaIN lezyonları genellikle asemptomatiktir ve anormal sitoloji sonrası yapılan kolposkopik biyopsi ile tanı konur. Tedavide temel amaç invazif kansere ilerlemenin engellenmesidir ki bu risk %2-10 kadardır. En sık cerrahi tedavi tercih edilir, ama CO2 lazer ablasyon, topikal medikal tedaviler ve radyoterapi de tedavi seçenekleri arasında sayılabilir. Bu olgumuzda HPV negatif hastada bartholin kisti zemininde gelişen vajinal ıntraepitelyal neoplazi mevcuttu.

Anahtar Kelimeler: Bartholin kisti , Vajinal Intraepitelyal Neoplazi

Kaynaklar

1-Eraslan, İ., Kelten Talu, E. C., Tanyeri, U., Doğan, E. (2023). Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu; Bartholin Bezinin Nodüler Hiperplazisi. İzmir Tıp Fakültesi Dergisi, 2(3), 158-161. https://doi.org/10.57221/izmirtip.1230093
2-Lee MY, Dalpiaz A, Schwamb R, Miao Y, Waltzer W, Khan A. Clinical pathology of Bartholin's Glands: A review of the literature. Curr Urol. 2015;8(1):22-5
3-Çetin, Hale, and İbrahim Polat. "Bartolin Bezi Marsupiyalizasyonu Yapılan İki Yüz Otuz Olgunun İncelenmesi." (2019): 98-101.

017

Nadir bir mesane perforasyon bulgusu: Sol labium majusta şişlik

Nur Durcanoğlu1, Önder Tosun1
1 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Yöntem

Stres üriner inkontinans, özellikle 45–50 yaş arası kadınlarda sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Konservatif tedaviye yanıt vermeyen olgularda cerrahi tedavi seçenekleri gündeme gelmektedir. Transobturator tape (TOT) yöntemi, etkinliği ve düşük komplikasyon oranları nedeniyle günümüzde yaygın olarak tercih edilmektedir. Ancak nadir de olsa kanama, işeme güçlüğü, hematom ve mesane perforasyonu gibi komplikasyonlar görülebilmektedir.

Olgu Sunumu

Bu olgu sunumunda, TOT operasyonu sonrası sol labia majusta şişlik ile prezente olan mesane perforasyonu sunulmaktadır. Postoperatif birinci güne kadar mesane sondası ile takip edilen hasta, sondanın çıkarılmasını takiben ani gelişen şiddetli ağrı ve sol labium majusta belirgin şişlik nedeniyle hematom ön tanısıyla acil operasyona alınmıştır. İntraoperatif değerlendirmede mesane perforasyonu tespit edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Bu olgu ile, TOT sonrası mesane perforasyonunun ayırıcı tanıdaki önemi vurgulanmakta; intraoperatif sistoskopi bulguları normal olsa dahi, perforasyon olasılığının göz ardı edilmemesi gerektiği hatırlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Labia majus, mesane perforasyonu, transvajinal tape, üriner inkontinans

Kaynaklar

1.Linder, B. J., & Elliott, D. S. (2019). Synthetic Midurethral Slings: Roles, Outcomes, and Complications. The Urologic clinics of North America, 46(1), 17–30. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2018.08.013
2.Kuuva, N., & Nilsson, C. G. (2002). A nationwide analysis of complications associated with the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 81(1), 72–77. https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.810113.x
3.Chung, B. S., Lee, T., Kim, J. S., & Lee, H. J. (2005). Occult intraperitoneal bladder injury after a tension-free vaginal tape procedure. Yonsei medical journal, 46(6), 874–876. https://doi.org/10.3349/ymj.2005.46.6.874
4.Tseng, L. H., Lo, T. S., Wang, A. C., Liang, C. C., & Soong, Y. K. (2003). Bladder perforation presenting as vulvar edema after the tension-free vaginal tape procedure. A case report. The Journal of reproductive medicine, 48(10), 824–826.

018

Hidrometrokolpos bulgusu izlenmeyen prenatal persistan kloaka vaka raporu

Didem Kaymak1, Abdullah Tabakçı2, Halil Korkut Dağlar3
1 İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul
2 Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul
3 Özel Klinik, Mersin

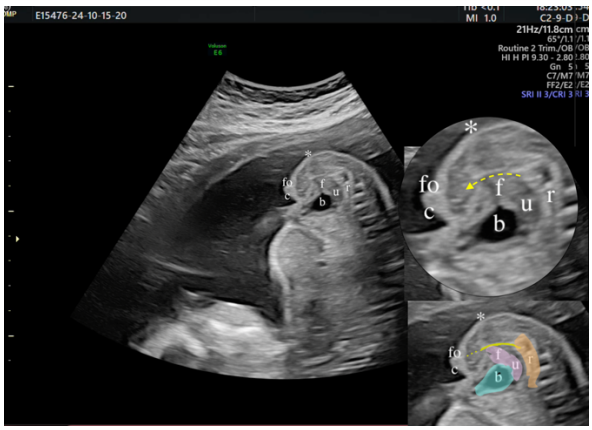
Giriş ve Yöntem

Persistan kloaka, rektum, vajina ve üriner traktusun ortak bir kanalda birleştiği, nadir görülen ve kompleks cerrahi yaklaşım gerektiren yüksek tip anorektal malformasyonlardan biridir. Prenatal tanısı genellikle, pelvik midline yerleşimli büyük kistik kitle olarak izlenen hidrometrokolpos ile mümkündür. Ancak her olguda bu klasik bulgu izlenmeyebilir. Özellikle dış genitalyası ambigus olan fetüslerde, target sign yokluğu gibi daha subtil sonografik ipuçları tanıda yardımcı olabilir. Bu sunumda, prenatal dönemde persistan kloaka ön tanısı konulan ve postnatal olarak doğrulanan bir ikiz gebelik olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Yirmi dokuz yaşında, G3P0, iki düşük öyküsü bulunan ve in vitro fertilizasyon yoluyla gebelik elde edilen hasta, 21. gebelik haftasında rutin fetal anatomi taraması için kliniğimize başvurdu. Dikoryonik diamniyotik ikiz gebelikte, bir fetüs fenotipik olarak erkek, diğeri ambigus genitalyaya sahipti. Ambigus genitalyalı fetüste uterin yapı saptandı ve target sign izlenmedi. 25. haftada yapılan değerlendirmede enterolitiyazis ve fistül ile uyumlu hiperekojen lineer yapı mevcuttu (Resim 1-2-3). Ancak gebeliğin hiçbir döneminde hidrometrokolpos izlenmedi. Aile invaziv tanı yöntemlerini kabul etmedi. Doğum sonrası yapılan değerlendirme persistan kloaka tanısını doğruladı (Resim 4).

Resim 1 ***Resim 2***



Resim 3

Resim 4

Tartışma ve Sonuç

Persistan kloaka tanısında en duyarlı bulgu hidrometrokolpos olsa da, her vakada görülmeyebilir. Literatürde bildirildiği üzere, distandü vajinal komponentin yokluğu, prenatal tanıyı zorlaştırabilir. Bu olgu, target sign yokluğu ve ambigus genitalya birlikteliğinde, klasik bulgular olmasa dahi persistan kloaka tanısının akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anal atrezi, kloakal malformasyon, ambigus genitale

Kaynaklar

1-Elkan Miller T, Weissbach T, Elkan M, et al. Infracoccygeal/transperineal window: new method to prenatally diagnose and classify level of anal atresia. Ultrasound Obstet Gynecol. 2024;64(4):521-527. doi:10.1002/uog.29094

2-Huijgen D, Versteegh HP, Wijnen RMH, Galjaard S, Peters NCJ, Sloots CEJ. Prenatal Ultrasound in the Diagnosis of Anorectal Malformations: Correlating Prenatal Signs With Postnatal Outcomes. Prenat Diagn. 2025;45(1):35-43. doi:10.1002/pd.6723

022

Servikal Yetmezlikte Başarılı Sonuçlanan Uzun Süreli İndometazin Kullanımı: Aynı Hastada Başarılı İki Ardışık Gebelik

Nilay Duvarbaşı1, Gökçe Naz Küçükbaş Özönder2, Arzu Yavuz1
1 Kocaeli Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kocaeli
2 Kocaeli Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bölümü, Kocaeli

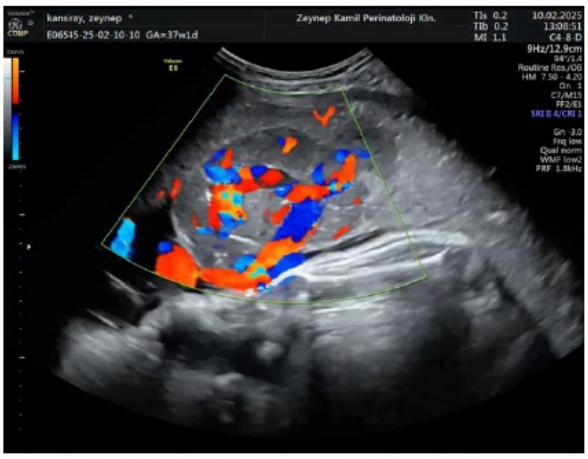
Amaç

Servikal yetmezlik(SY), gebeliğin abort ya da preterm eylemle sonuçlanmasına neden olan ağrısız servikal dilatasyondur. SY'ye karşı kullanılan ana tedavi yöntemleri progesteron ve serklajdır. İndometazin, prostaglandin inhibitörü olup gebelikte 32. haftadan önce 48 saat kullanılan tokolitik ajandır. Buna ek olarak, indometazinin 24. gebelik haftasından önce kısa serviksli hastalarda uzun süreli kullanımının, kısa serviksin stabilizasyonunda etkin ve güvenli olduğu gösterilmiştir. Amacımız, SY'de uzun süreli indometazin tedavisinin aynı hastanın ikinci gebeliğinde de gebelik süresini uzatarak başarılı sonuçlandığının sunulması ve indometazinin SY'de kullanımını literatür çerçevesinde özetlemektir.

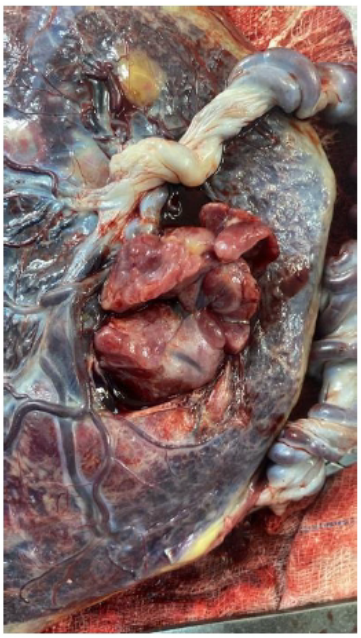
Olgu

35 yaş G5P3A1Y2 ;14 haftalık gebe, ilk gebeliği term doğum, ikincisi 16.gebelik haftasında servikal yetmezlik nedeniyle abortla sonlanmış olan hastanın üçüncü gebeliği SY öyküsü nedeniyle progesteron ve serklaja rağmen ağrısız servikal açılmayla 20.gebelik haftasında kaybedilmiştir. Hastanın 4. gebeliği progesteron, serklaj ve uzun süreli indometazin kullanımı ile 31. gebelik haftasında erken membran rüptürü ile sonlanmıştır. Ardından 1 yıl sonra plansız gebe kalan hastaya öyküye dayalı SY nedeniyle vajinal progesteron başlanmış, 14. gebelik haftasında serklaj atılmıştır. Takiplerinde 18. haftada hastanın servikal uzunluğu 25 mm iken, 20. haftada 8 mm'e gerilemiştir. Ultrasonda intraamniyotik debris saptanan hastaya 7 günlük intravenöz seftriakson, klaritromisin, metronidazol tedavisi başlanmış ve servikal uzunluk stabilizasyonu için uzun süreli indometazin tedavisi başlanmıştır. Hasta haftalık servikal uzunluk, amniyotik sıvı indeksi ve duktus arteriozus akımı ile takip edilmiştir. Servikal uzunluk 32. gebelik haftasına kadar stabil seyretmiş ve yan etki geliştirme riski nedeniyle indometazin tedavisi 32. gebelik haftasında sonlandırılmıştır. Servikal uzunluğu stabil seyreden hasta, erken membran ruptürü nedeniyle 36. gebelik haftasında doğurtulmuş, yenidoğanın doğum sonrası kontrollerinde sorun saptanmamıştır.

Şekil 1 Ultrasonografide fetal yüze komşu, 75x52 mm boyutundaki koryoanjiy



Şekil 2 Doppler ultrasonografide koryoanjiyom içerisinde belirgin vaskülarizas



Şekil 3 Doğum sonrası plasentada makroskopik olarak gözlenen solid kitle

Sonuç
Uzun süreli indometazin tedavisi, SY'li gebelerin serviks stabilizasyonunda yer alan başarılı bir yöntemdir. Tedavi sürecinde fetal amniyotik mayi ve duktus arteriyozus akımı yakın takip edilmeli ve indometazin tedavisi 32. gebelik haftasında sonlandırılmalıdır. İndometazin, gebelik süresini anlamlı şekilde uzatarak fetüsü yaşayabilir olduğu gebelik haftasına başarıyla ulaştırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Servikal yetmezlik, uzun süreli indometazin kullanımı, progesteron, serklaj, servikal uzunluk stabilizasyonu

037

Postrenal böbrek yetmezliğine neden olan ihmal edilmiş total uterin prolapsus olgu sunumu

Rahib Aliyev1, Gökhan Kiraç1, Arzu Yavuz1
1 Kocaeli Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç

Pelvik organ prolapsusu (POP), özellikle ileri yaş ve doğum yapmış kadınlarda görülen, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen pelvik taban defektidir. POP'un ileri evrelerinde ülserasyon, üriner retansiyon ve postrenal böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bu sunumda total uterin prolapsusa bağlı bilateral hidronefroz ve postrenal akut böbrek yetmezliği gelişen hastada uygulanan kombine cerrahi yaklaşımı paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

65 yaşında, G6P1A5, 1 vajinaldoğum yapmış, 10 yıldır menopozda olan hasta; rahim sarkması, idrar yaparken zorlanma ve pelvik basınç hissi şikayetleriyle polikliniğe başvurdu. Sarkma şikayetinin 12 yıldır olduğu ve yaklaşık 2 aydır dışarıya çıkan kitlenin vajina içine girmediğini ifade etti. Sistemik hastalık ve geçirilmiş cerrahi öyküsü olmayan hastanın yapılan vajinal muayenesinde total uterin prolapsus ve prolabe vajen mukozasında ülsere alanlar izlendi. (Resim 1 ve Resim 2) Laboratuvarda kreatinin: 1.44 mg/dL, üre: 40 mg/dL dışında patoloji saptanmadı. Ultrasonografi bulgularında bilateral böbreklerde grade 2-3 hidronefroz mevcuttu. (Resim 3) Total uterin prolapsusa bağlı postrenal böbrek yetmezliği düşünülen hastaya foley sonda uygulanarak preoperatif hazırlık süreci başlatıldı. Hastaya total laparoskopik histerektomi + bilateral salfingooferektomi + lateral süspansiyon + Kolporafi posterior+ perineoplasti ameliyatı yapıldı. Postoperatif ikinci gününde kreatinin:0,83 üre:22 olan hasta şifa ile taburcu edildi. Postoperatif 1. ayında kontrole gelen hastanın yapılan üriner sistem ultrasonunda bilateral hidronefroz bulgularının gerilediği görüldü.

Resim 1

Resim 2

Sonuç

İleri evre total uterin prolapsus hastalarında üriner obstrüksiyona bağlı böbrek fonksiyon bozuklukları gelişebilir. Bu olguda, kombine laparoskopik ve vajinal cerrahi tekniklerin birlikte uygulanması, hem anatomik düzeltme hem de renal fonksiyonların hızlı iyileşmesi açısından etkili olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Total uterin prolapsus, Üreteral obstrüksiyon, Postrenal böbrek yetmezliği

038

Beşinci Gün Frozen Embriyo Transferlerinin Klinik Başarıya Etkisi: Beylikdüzü Kolan Hastanesi Deneyimi

Tuğba Gürbüz1
1 Beylikdüzü Kolan Hastanesi, Tüp Bebek Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş

İn vitro fertilizasyon (IVF) tedavisinde embriyo transfer zamanlaması, klinik gebelik oranlarını doğrudan etkileyen kritik bir parametredir. Beşinci gün embriyo transferleri (blastosist transferi), embriyonik gelişimin ileri bir evrede olması nedeniyle daha yüksek implantasyon oranları ile ilişkilidir. Bu çalışmada, Beylikdüzü Kolan Hastanesi'nde 2024-2025 yılları arasında uygulanan beşinci gün frozen embriyo transferlerinin (FET) klinik sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Yöntem

Bu çalışma, Beylikdüzü Kolan Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde tedavi edilen toplam 30 hastayı kapsamaktadır. Hastaların ortalama yaşı 34.7±3.5 olup, antagonist protokol kullanılarak kontrollü over stimülasyonu (COS) uygulanmıştır. Rekombinant FSH (Gonal-F) ile yapılan stimülasyon sonrası oosit toplama (OPU) gerçekleştirilmiş, mikroenjeksiyon (ICSI) yöntemiyle fertilizasyon sağlanmıştır. Tüm embriyolar 5. gün blastosist aşamasına kadar kültür edilip dondurulmuştur. Endometriyal hazırlık, ultrasonografik takip ile desteklenmiş ve ortalama endometriyal kalınlık 10.2±1.1 mm olarak ölçülmüştür. Sadece bir hastaya 3. gün taze embriyo transferi uygulanmıştır.

Bulgular

Toplam 30 hastanın %38.2'sinde (n=12) klinik gebelik elde edilmiştir. Beşinci gün FET uygulamalarında implantasyon oranları, literatürle uyumlu olarak yüksek bulunmuştur. Endometriyal kalınlığın 8-12 mm aralığında olduğu olgularda gebelik oranlarının anlamlı derecede arttığı gözlemlenmiştir ($p<0.05$). Ayrıca, kriyoprezervasyon sonrası çözülme yapılan embriyolarda %90 canlılık oranı elde edilmiştir.

Sonuç

Beylikdüzü Kolan Hastanesi'nde uygulanan beşinci gün FET stratejisi, embriyo-uterus senkronizasyonunu optimize ederek klinik gebelik oranlarını artırmaktadır. Uygun endometriyal hazırlık ve doğru embriyo seçimi, başarı oranlarını olumlu yönde etkilemektedir. Elde edilen bulgular, 5. gün blastosist transferlerinin klinik başarıyı destekleyen önemli bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: IVF, 5. Gün Transferi, Frozen Embriyo Transferi (FET), Klinik Gebelik, Endometriyal Kalınlık, Kriyoprezervasyon

042

Gestasyonel Trofoblastik Neoplazm Tanılı Bir Hastanın Kolcaba'nın Konfor Kuramı Doğrultusunda Hemşire Sınıflama Sistemleriyle Hemşirelik Bakımı: Nadir Bir Olgu Sunumu

Sena Üngör1, Yeliz Doğan Merih2
1 Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Jinekoloji Kliniği, İstanbul
2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Yöntem

Koryokarsinom, nadir kötü huylu tümördür. Gestasyonel trofoblastik hastalıklar (GTH) grubundadır. Klinik alandaki kuram kullanımı sınırlıdır. Kuramlar bakımının sistematikleşmesinde faydalıdır. Bakımda Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA-I), Hemşirelik Müdahaleleri Sınıflandırması (NIC), Hemşirelik Sonuçları Sınıflandırması (NOC) sistemleri kullanılmakta, kaliteli bakım sonuçları sağlamaktadır. Kolcaba'nın Konfor Kuramında hemşire, bireyi bütüncül değerlendirerek konforu bozan faktörlerin giderilmesini, hastaların güçlenmesini sağlamaktadır. Çalışmayla, Konfor kuramıyla sistematik uygulamaların bakım kalitesini kanıtlamak hedeflenmiştir. Araştırma Ocak 2025-Nisan 2025 tarihinde İstanbul'da devlet hastanesinde yürütülmüştür. Kişisel Bilgi Formu, mevcut ölçekler, sınıflama sistemleriyle oluşturulmuş bakım planları kullanılmış, gerekli izinler alınmıştır.

Olgu Sunumu

49 yaşında karın ağrısıyla gelen hasta ektopik gebelik şüphesiyle yatırılmıştır. Hekim kararıyla Metotreksat+Beta-HCG kontrolü uygulanmış ardından sol uso+sağ salpenjektomi planlanmıştır. Beta-HCG düşüşü gözlenmeyen hastanın GTH şüphesi incelemelerinde karaciğer metastazlı karyokarsinom tanısı konulmuş, EMA-CO tedavisi başlanmıştır. Preoperatif dönemde Nütrisyonel Risk İndeksi 0, Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği 8, Glaskow Koma Skalası 15, Braden Skalası 23, İTAKİ Düşme Risk Ölçeği 1, VAS 2 puan belirlenmiştir. Veriler, preoperatif-postoperatif dönemde Konfor Kuramı doğrultusunda değerlendirilmiştir. Postoperatif dönemde NANDA-I tanılarına göre Kanama riski, Enfeksiyon Riski, Akut Ağrı, Bulantı, Düşme Riski, Konstipasyon, Anksiyete, Etkisiz Bireysel Baş Etme, Beslenmede Dengesizlik ana tanıları ve ikincil tanılar, NIC girişimleri, NOC çıktıları değerlendirilmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Post-op dönemde yaşamsal bulguları stabil seyretmiş, postoperatif sıfırıncı günde VAS'a göre ağrısı 8, analjezi ve hemşirelik bakımıyla 1'e gerilemiştir. Post-op dönemde hemşirelik bakımıyla bulantı gözlenmemiş, kemoterapi sonrasındaki bulantı kontrol altına alınmıştır. Nütrisyonel Risk İndeksi, Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği değişmemiştir. İTAKİ 7 belirlenmiş, düşme engellenmiştir. Hasta gaz-gaita deşarjına çıkmış, kemoterapiyle oluşan konstipasyon hemşirelik bakımıyla rahatlatılmıştır. Kanama, enfeksiyon gözlemlenmiştir. Psikolojik destek sağlanmıştır. Komplikasyon oluşmamış, yaşam kalitesi yüksek taburcu edilmiştir. Kuram ve sistematik tanılamanın, güvenilir bakım, hastanın konfor ve iyiliği, hemşirelik uygulamalarının görünürlüğü, bakımın uluslararası standartlara dayandırılmasında önemlidir. Hemşirelik kuramlarına temellendirilmiş uluslararası bakım standartlarının yaygınlaştırılması ve klinik alanlarda kullanılması için çalışmalar düzenlenmeli ve bakıma katkılarının görünürlüğü arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Hemşirelik Kuramı, Kanser, Plasenta

Kaynaklar

1. Acar K, Aygın D. (2016). Orak hücre hastalığına bağlı akut göğüs sendromunun konfor kuramına göre değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Online Türk Sağlık bilimleri Dergisi, 1, 36-43.
2. Dowd T. (2010). Nursing theorists and their work. In: Tomey AM, Alligood MR, editors. KatharineKolcaba; Theory of Comfort. 7th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, s.657-669.
3. Balkan E, Oskay Ü. (2023). Kolcaba'nın Konfor Kuramı doğrultusunda serviks kanserli bir hastanın hemşirelik bakımı. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 6(1), 166-173. DOI:10.38108/ouhcd.1069543
4. Şengün İnan F, Üstün B, Bademli K. (2013). Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16, 132-139.
5. Kolcaba K, Fox C. (1999). The effects of guide dimagery on comfort of women with early-stage breast cancer going through radiation therapy. Oncology Nursing Forum, 26, 67–71.
6. Kolcaba K, Kolcaba R. (1991). An analysis of comfort. Journal of Advanced Nursing, 16, 1301-1310.
7. Zuhur Ş, Özpancar N. (2017). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,19(2),57–74.
8. Johnson M, Maas M. (1998). The Nursing Outcomes Classification. J Nurs Care Qual,12(5),9–20; quiz 85–87.
9. Büyükyılmaz F, Çulha Y, Coşkun S, Cengiz D. (2024). Evaluation of clinical oral care outcomes according to nursing outcomes classification. Int J Nurs Knowl,35(2),170–176.
10. Moorhead SA. (2009). The nursing outcomes classification. Acta Paulista de Enfermagem, 22, 868–71.

043

Kadın Doğum Kliniklerine Başvuran Kadınların HPV Bilgi Düzeyleri ve HPV Aşısı Hakkındaki Tutumlarının İncelenmesi

Şerife Çınar[1], Kübranur Akkurt[1], Rana Toy[1]
[1]İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul

Giriş
Human Papilloma Virüsü (HPV), özellikle 15–24 yaş aralığındaki cinsel yönden aktif bireylerde yaygın olarak görülen ve serviks kanserine neden olabilen yüksek riskli bir virüstür. Dünya genelinde serviks kanseri, kadınlarda dördüncü, Türkiye'de dokuzuncu sıklıkta görülen kanser türüdür. HPV enfeksiyonu genellikle asemptomatik seyretmekte, bu nedenle erken dönemde tanı ve bağışıklamanın önemi artmaktadır. HPV'ye karşı korunmada tek eşlilik, bariyer yöntemler ve en önemlisi aşılamanın önemi vurgulanmaktadır. Ancak HPV aşısı Türkiye'de ulusal aşı programında yer almamakta, bireysel başvuru ile ücretli şekilde yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, kadın doğum kliniklerine başvuran genç kadınların HPV ve HPV aşısına ilişkin bilgi düzeylerini ve tutumlarını; yaş, medeni durum, cinsel yaşam, bilgi kaynakları ve kadın hastalıkları öyküsüyle ilişkilendirerek incelemektir.

Yöntem
Kesitsel ve tanımlayıcı tasarımla yürütülen bu araştırma, Şubat–Nisan 2024 tarihleri arasında İstanbul'da dört farklı hastanenin kadın doğum kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya, 15–24 yaş aralığında, Türkçe bilen ve gönüllü 283 kadın dahil edilmiştir. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, HPV Bilgi Ölçeği (HPV-BÖ) ve Karolina HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği (KHATİÖ) aracılığıyla yüz yüze görüşmelerle toplanmıştır. Analizlerde t-testi, ANOVA ve Pearson korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular
Katılımcıların %64,3'ü bekâr, %51,9'u 22–25 yaş aralığındadır. HPV-BÖ puanları yaş ($p=0.000$) ve medeni durum ($p=0.002$) ile anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. Okul ve doktor kaynaklı bilgi edinimi, hem HPV bilgi düzeyini hem de aşıya yönelik olumlu tutumu artırmaktadır ($p<0.001$). Cinsel birliktelik yaşayan kadınların bilgi puanları daha yüksektir ($p=0.004$). Polikistik over sendromu ($p=0.013$), miyom ($p=0.034$) ve dismenore ($p=0.000$) tanısı olanlarda HPV bilgi düzeyinin anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç
HPV bilgi düzeyi; yaş, medeni durum, cinsel aktiflik, bilgi kaynağı ve jinekolojik hastalık öyküsü ile ilişkilidir. Toplum tabanlı farkındalık eğitimlerinin artırılması, HPV aşısının ulusal bağışıklama programına dahil edilmesi ve özellikle okul temelli bilgilendirme stratejilerinin güçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: HPV, bilgi düzeyi, tutum, aşı, serviks kanseri, kadın sağlığı

046

Polikistik Over Sendromunda Yapay Zeka Destekli Tanı ve Tedavi Yaklaşımları

Ahmet Beler1, Yeliz Doğan Merih2
1 Acıbadem Maslak Hastanesi/İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı, İstanbul
2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Polikistik Over Sendromu (PCOS), kadınlarda sıkça rastlanan bir endokrin bozukluktur. Adet düzensizlikleri, ovülasyon (yumurtlama) problemleri, hirsutizm (erkek tipi kıllanma), aşırı androjen üretimi ve ovarian (yumurtalık) kistleri ile karakterizedir. PCOS, kadınların üreme sağlığını etkileyerek infertiliteye yol açabilir. Tanı genellikle klinik semptomlar, ultrasonografik bulgular, biyomarkerler ve hormon testleri ile yapılır. Ancak, PCOS'un tanısı karmaşık olabilir ve hastaların bireysel özelliklerine göre özelleştirilmiş tedavi yaklaşımları gerektirir. Bu noktada, yapay zeka (YZ) teknolojilerinin PCOS tanısı ve tedavisinde büyük bir potansiyel sunduğu ortaya çıkmaktadır.

YZ, özellikle makine öğrenmesi (ML) ve derin öğrenme (DL) yöntemleriyle, büyük veri setlerini analiz ederek tanıyı daha doğru ve hızlı koymak için kullanılmaktadır. PCOS'un tanısında ultrason verileri, genetik faktörler ve klinik bulgular bir arada değerlendirilerek daha doğru sonuçlar elde edilir. Derin öğrenme algoritmaları, PCOS'un farklı alt gruplarını tespit etmede oldukça başarılıdır. Ayrıca, YZ, tedavi süreçlerini kişiselleştirme konusunda da etkili olabilir. Örneğin, hormon seviyeleri ve genetik veriler kullanılarak, in vitro fertilizasyon (IVF) gibi tedavi yöntemlerinin hangi hastada daha etkili olacağı tahmin edilebilir.

YZ'nin PCOS tanısındaki başarısının yanı sıra, tedavi sürecinde de önemli bir rol oynayabilir. Bireysel hormon düzeyleri ve genetik veriler analiz edilerek, kişiye özel tedavi protokolleri oluşturulabilir. Ayrıca, YZ tabanlı sistemler, tedaviye yanıtı tahmin etme ve tedavi süreçlerini optimize etme konusunda yardımcı olabilir. Yine de, bu teknolojilerin klinik ortamlarda etkin bir şekilde kullanılabilmesi için daha fazla araştırma ve doğrulama gerekmektedir. Yapay zekanın gelecekte PCOS hastalarının yönetilmesinde önemli bir araç olacağı öngörülmektedir.

Sonuç olarak, yapay zeka, PCOS'un tanı ve tedavi süreçlerini kişiselleştirerek daha etkili ve verimli bir yönetim sağlamaktadır. Ancak, klinik uygulamalarda kullanılmadan önce daha fazla bilimsel doğrulama ve klinik araştırmaların yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Polikistik Over Sendromu, Yapay Zeka, Tanı ve Tedavi, Polycystic Ovary Syndrome, Artificial İntelligence

Kaynaklar

1. Ağca, B., Çelik, S., & Kılınç, S. (2022). In vitro fertilization treatment in PCOS: A review of success rates and AI-based optimization. Journal of Reproductive Medicine, 50(3), 45-56.
2. Dewi, M. A., & Sari, D. (2023). Use of deep learning for diagnostic accuracy in PCOS: A review. Endocrinology & Metabolic Research, 41(2), 118-130.
3. Kilic, F., Yılmaz, A., & Aksoy, S. (2021). Machine learning models in predicting treatment outcomes for PCOS. Journal of Gynecology and Obstetrics, 73(1), 32-45.
4. Şahin, O., & Demir, D. (2020). Artificial intelligence applications in gynecology: A future prospect. Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology, 42(4), 123-135.
5. Öztürk, N., & Kaya, S. (2021). PCOS ve infertilite tedavisi: Yapay zeka kullanımı. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 17(2), 81-95.
6. Karaca, S., & Yıldız, M. (2022). Yapay zeka destekli tanı yöntemlerinin PCOS'ta kullanımı. Türk Kadın Doğum ve Jinekoloji Dergisi, 36(4), 203-210.
7. Thompson, W., & Lee, K. (2020). The role of artificial intelligence in predicting pregnancy outcomes in women with PCOS. Fertility and Sterility, 113(5), 1007-1012.
8. Yılmaz, S., & Demirtaş, Ö. (2022). Polikistik over sendromu ve yapay zeka: Tedavi yaklaşımlarında yeni bir çağ. Journal of Endocrine Diseases, 44(3), 167-178.
9. Gültekin, M., & Özdemir, B. (2023). PCOS'ta yapay zeka tabanlı klinik karar destek sistemleri. Obstetrics and Gynecology Clinics, 21(1), 55-65.
10. Patel, J., & Herring, R. (2021). Artificial intelligence in reproductive medicine: The future of PCOS management. Reproductive Biology and Endocrinology, 19(1), 25-32.
11. Gökçe, F., & İkizoğlu, G. (2021). Polikistik over sendromunda ultrasonografi ve yapay zeka kullanımı. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 13(2), 98-107.
12. Simpson, C., & Wong, J. (2021). AI-based risk assessment for PCOS and its complications. Journal of Clinical Endocrinology, 36(5), 755-762.
13. Kocak, B., & Tekin, D. (2022). Polikistik over sendromu tedavisinde genetik analiz ve yapay zeka uygulamaları. Genetik ve Biyoteknoloji Dergisi, 11(4), 105-114.
14. Demirhan, B., & Şahin, S. (2020). Yapay zeka ile PCOS tanı sürecinin hızlandırılması: Güncel yaklaşımlar. Jinekolojik Endokrinoloji Dergisi, 45(3), 204-210.
15. Li, J., & Zhang, X. (2020). The application of artificial intelligence in the diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome. Journal of AI in Medicine, 34(2), 103-112.

Kongre Organizasyon Sekretaryası

Koşuyolu Mah. İsmailpaşa Sok. No:42/1
34718 Kadıköy / İstanbul / Türkiye
+90 (216) 235 06 85 I +90 (216) 235 06 86
www.bosphorusmice.net