



**KONTRASEPSİYON &  
ÜREME SAĞLIĞI  
DERNEĞİ**



[www.kontrasepsiyon2022.org](http://www.kontrasepsiyon2022.org)

# KONTRASEPSİYON VE ÜREME SAĞLIĞI KONGRESİ

**1-2 NİSAN 2022**  
Hilton Maslak Hotel, İstanbul

## BİLDİRİ KİTABI



**KONTRASEPSİYON &  
ÜREME SAĞLIĞI  
DERNEĞİ**

Bilimsel Sekreteryaya

Kontrasepsiyon ve Üreme Sağlığı Derneği

Adres: Çetin Emec Bulvarı, Harbiye Mah. Hürriyet Cad. No: 1-13, Öveçler, Ankara

Tel: +90 (312) 481 06 06

E-Posta: [info@uremesagligi.org](mailto:info@uremesagligi.org)

Web: [www.uremesagligi.org](http://www.uremesagligi.org)

global

Organizasyon Sekreteryası  
Global Turizm ve Organizasyon

Adres: Mecidiye Mah. Muallim Naci Cad. Katmer Sk. No.2 Ortaköy, İstanbul

Tel: +90 (212) 282 92 32

E-Posta: [kontrasepsiyon@globalturizm.com.tr](mailto:kontrasepsiyon@globalturizm.com.tr)

Web: [www.globalturizm.com.tr](http://www.globalturizm.com.tr)



## **KURULLAR**

### **KONTRASEPSİYON ve ÜREME SAĞLIĞI DERNEĞİ**

#### **YÖNETİM KURULU**

##### **Başkan**

Prof.Dr. Berna DİLBAZ

##### **2. Başkan**

Prof.Dr. Nafiye YILMAZ

##### **Genel Sekreter**

Doç.Dr. Nefise Nazlı YENİGÜL

##### **Sayman**

Prof.Dr. Zehra KURDOĞLU

##### **Onursal Üye**

Prof.Dr. Haldun GÜNER

##### **Üyeler**

Prof.Dr. Filiz Yanık

Op.Dr. Alperen AKSAN



## [SS-01][Reproductive endokrin]

### Premenarşial Transvers Vajinal Septum Olgusu Sunumu

Özlem Uzunlar, İnci Halilzade, Mohammad İbrahim Halilzade, Eda Üreyen Özdemir, Müzeyyen Gülnur Özaksit  
Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum

#### Giriş

Transvers vajinal septum nadir görülen konjenital müllerian kanal anomalisidir. 1/ 30.000-1/80.000 sıklıkla görülür. Transvers vajinal septum, vajinal seviye, septum kalınlığı ve penetrasyon olup olmamasına göre sınıflandırılır. Vajen proksimal, orta veya distal segmentinde yer alabilmektedir. Vajinal septum kalınlığı cerrahi tedavi başarısını etkileyen bir faktör olup, kalınlığı  $\leq 1$  cm olanlar ince,  $>1$  cm olanlar kalın septum olarak olarak adlandırılmaktadır. Distal yerleşimli, ince ve fenestrasyonu olan septum daha iyi prognozluysen, mid ya da proksimal segmentte, kalın ve non-fenestre septum kötü prognozla ilişkilidir (2). Kalın septumların cerrahi yönetimi zor olup, reoperasyon ihtiyacı, rektovajinal fistül ve histerektomi gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Hastalar çoğunlukla menarş döneminde ağrı veya primer amenore nedeniyle başvururlar. Klinik prezantasyonu ile ayırıcı tanıda sıklıkla imperfore hymen ile karışabilmektedir. Ancak pelvik muayenede dış genital organlar ve hymen normal görülmeyle birlikte bimanuel veya spekulum muayenesinde vajinal kısalık ve serviksiz görünmemesi ile tanı konulabilir. Ayrıca ultrasonografik görüntüleme ile hematokolpos ve septumun seviyesi ve kalınlığını göstermede faydalıdır. İnce ve distal segment yerleşimli septumların eksizyonu ve anastomozu daha kolayken, üst segment ve kalın septumlarda daha zor olup obstrüksiyon ve reoperasyon riski daha yüksektir. Postoperatif dönemde vajinal dilatatör kullanımı, restenozu engellemede etkindir.

#### Vaka Sunumu

13 yaşında kız çocuğuna, 1 yıldır döngüsel ağrı ve menstruasyon yokluğu sebebiyle iltis merkezde imperfore hymen tanısı alarak işlem yapılmış ancak şikayetleri geçmeyince Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine sevk edilmiştir. Yapılan pelvik muayenesinde ve abdominal ultrasonografik görüntüleme böbrekler ve topplayıcı sistem, overler ve uterus normal olmakla birlikte 100\*70mm hematometra ve hemokolpos mevcut olup transvers septum tanısı ile operasyon planlandı. Septum, hymenal karüncül hizasının 4 cm proksimalinde ve 17 mm kalınlığındaydı. Septum eksize edilerek hematokolpos drene edildi ve üst vajinal segment ile alt vajinal segmentin ucucu anastomozu kalın septum distali flep olarak kullanılarak distal vajinal segmente hymenorafi ile gerçekleştirildi. Histeroskopik gözlemede; vajina 7cm uzunluğunda, uterin kavite ve tubal ostiumlar normal ancak serviksiz olmadığı görüldü. Eşlik eden konjenital servikal agenezi nedeniyle yapılan diagnostik laparoskopide uterus, tuba ve overler doğal olarak izlenirken mesane, üretra ve böbrek anomalisi görülmedi. Operasyon alanında restenozunun önlenmesi için silikon sonda yerleştirilerek, 14 gün yerinde bırakıldı. Vajinal epitelizasyonu desteklemek için östrojen içeren krem ve menstrüel akışın azaltılması amacıyla kontinü oral kontraseptif kullanıldı. Postoperatif ikinci ay kontrolünde semptomsuz, vajinal mukoza düz ve yeterli uzunlukta, pasaj açık olarak değerlendirildi.

#### Sonuç ve Tartışma

Servikal agenezinin eşlik ettiği proksimal vajinal segment yerleşimli, kalın, nüks transvers septum olgusuna restenoz riskini azaltmak için ucucu anastomozun sağlanmasında basit flep tekniği kullanılmıştır. Servikal agenezi menstrüel akım hızını artıran bir faktör olmakla birlikte, kısa süre önce uygulanan girişim ile drenaj sağlandığı için septum alanında bulging olmaması prosedürü zorlaşmıştır. Kalın ve proksimal yerleşimli septumların eksizyonu zor ve reobstrüksiyon riski yüksektir. Bu nedenle tanı koyma, septum eksizyonu sonrası uç uca anastomozun sağlanması restenoz riskini azaltmaktadır. Cinsel aktif olmayan, postpubertal hastaların yönetiminde, kalın transvers septumun distal bölümünün greft olarak kullanıldığı teknik, uzun dönem vajinal dilatatör kullanımını gerektirmediği için tercih edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** postpubertal, primer amonore, transvers vajinal septum, servikal agenezi



KONTRASEPSİYON &  
ÜREME SAĞLIĞI  
DERNEĞİ

# KONTRASEPSİYON VE ÜREME SAĞLIĞI KONGRESİ 1-2 NİSAN 2022

Hilton Maslak Hotel, İstanbul

[www.kontrasepsiyon2022.org](http://www.kontrasepsiyon2022.org)

## transvers vajinal septum anastomozu





KONTRASEPSİYON &  
ÜREME SAĞLIĞI  
DERNEĞİ

# KONTRASEPSİYON VE ÜREME SAĞLIĞI KONGRESİ 1-2 NİSAN 2022

Hilton Maslak Hotel, İstanbul

[www.kontrasepsiyon2022.org](http://www.kontrasepsiyon2022.org)

**transvers vajinal septum operasyon sonrası vajinal uzunluk**





## [SS-02][Genel jinekoloji]

### **Intrauterine Device that Migrates into the Perihepatic Upper Abdomen**

Ayça Kubat Küçükyurt<sup>1</sup>, Alparslan Kaban<sup>2</sup>, Haluk Bacanakgil<sup>1</sup>, Büşra Hanoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

<sup>2</sup>HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Case presentation of a laparoscopic expulsion of an intraabdominally displaced IUD. 35 year old patient, gravidity 4, parity 3 was diagnosed with a displaced IUD at an out service clinic and referred to our hospital in order to set an operation date. The patient's complaint was menorrhagia and she was treated with levonorgestrel-releasing IUD at the state clinic. She applied to the state clinic once more after 12 months to be sure that if the IUD was placed correctly. The patient was told that the IUD was observed in the cavity during an ultrasound examination and there was no problem with the placement of the device. 2 months later, she applied to a private clinic where she was also informed that the IUD was in the cavity, where it was expected to be, and that there is nothing wrong with the device. 8 months later she applied to the hospital once more to seek a cure for her groin pain. During the ultrasound examination, the patient was told that there was not an IUD in her endometrial cavity. The patient was referred to a state clinic. She was performed an abdominal x-ray and diagnosed with a hyperechogenic visual, which seems like a lost IUD in her upper abdomen. She applied to our clinic with her diagnosis and after the examinations and verification of the diagnosis, she was taken to a laparoscopic procedure in order to extract the lost device. The patient was discharged from the hospital after being observed for 48 hours.

The aim of this case report is to show that IUDs might migrate intraabdominally and pelvic imaging techniques might not be sufficient to make a diagnosis.

Intraabdominally displaced IUDs can cause serious morbidity and mortality ratios and should be managed with caution. Even though the patient is asymptomatic, the most recommended procedure is the laparoscopic extraction of the device.

**Keywords:** intrauterine devices, complications, ultrasonography, intraabdominal, migration

---



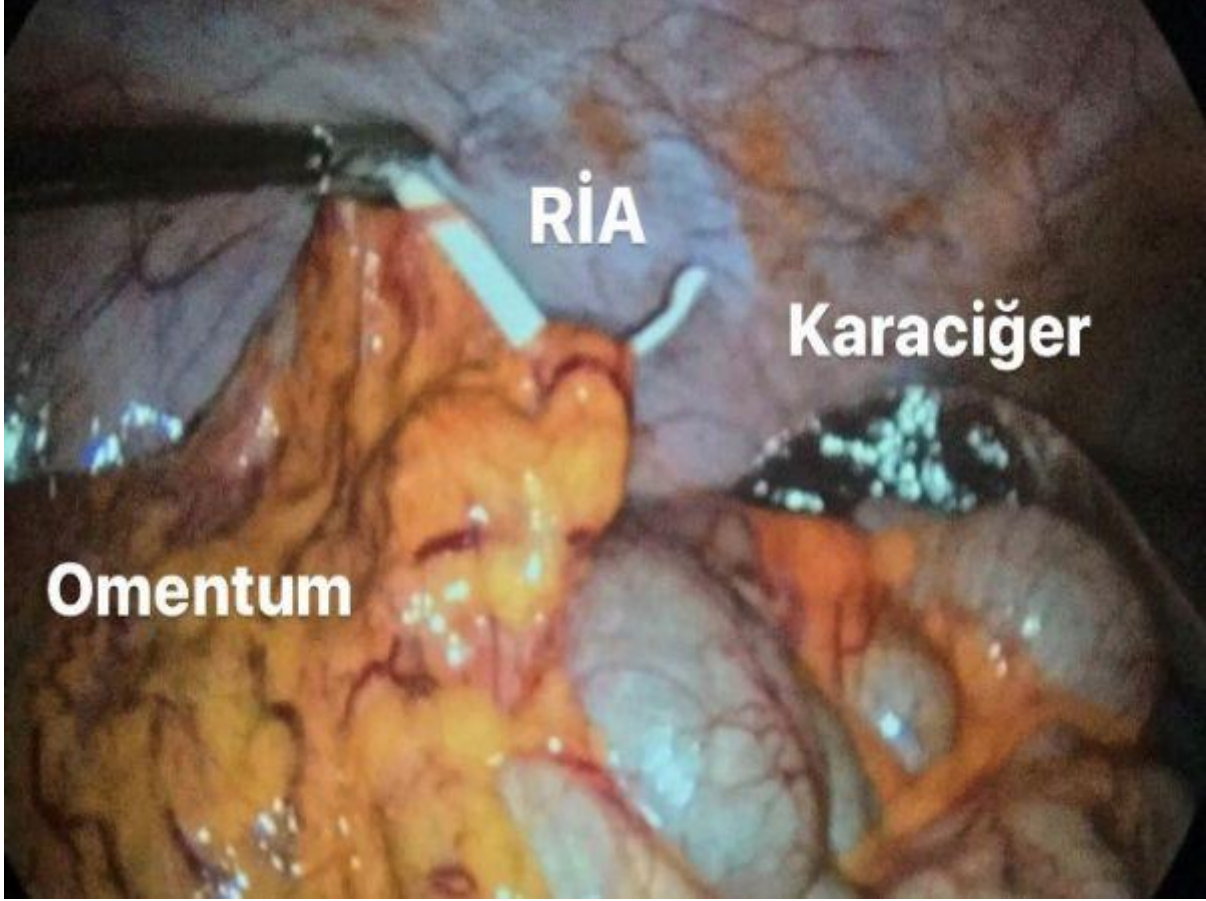
KONTRASEPSİYON &  
ÜREME SAĞLIĞI  
DERNEĞİ

# KONTRASEPSİYON VE ÜREME SAĞLIĞI KONGRESİ

1-2 NİSAN 2022  
Hilton Maslak Hotel, İstanbul

[www.kontrasepsiyon2022.org](http://www.kontrasepsiyon2022.org)

## Laparoscopic intraoperative



*Laparoscopic intraoperative*



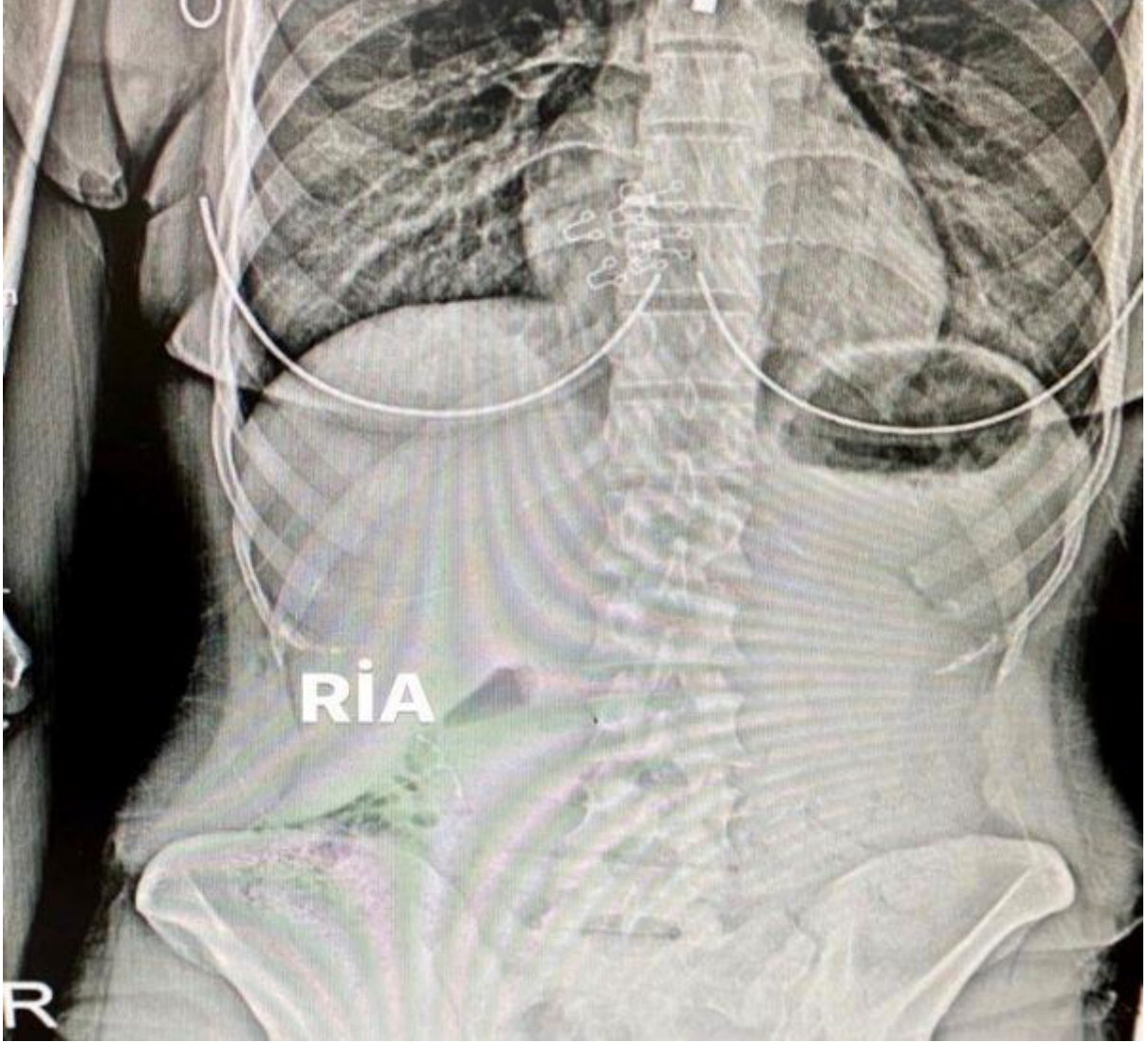
KONTRASEPSİYON &  
ÜREME SAĞLIĞI  
DERNEĞİ

# KONTRASEPSİYON VE ÜREME SAĞLIĞI KONGRESİ 1-2 NİSAN 2022

Hilton Maslak Hotel, İstanbul

[www.kontrasepsiyon2022.org](http://www.kontrasepsiyon2022.org)

**pre-operative x-ray imaging**



*pre-operative x-ray imaging*



## [SS-03][Genel jinekoloji]

### **Polikistik Over Sendromu Tanılı Hastada Tekrarlayan Over Torsiyonunun Yönetimi**

Tuğba Akçaoğlu, Volkan Ülker, Duygu Işıl Gencer

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

Polikistik over sendromu tanılı hastalarda overler bilateral genişlemiş morfolojidedir; ancak büyümüş overler, nadiren torsiyone olurlar. Over torsiyonunun sık görülmeyen bir nedeni olsa da, adneksiyal kitle olmayan olgularda olası neden olarak polikistik overler değerlendirilmelidir. Rekürren over torsiyonu ise nadir görülen bir jinekolojik acildir.

Olgumuz 31 yaşında, seksüel aktivitesi olmayan, polikistik over sendromu tanılı bir kadın hastadır. Karın ağrısı yakınması ile yaptığı hastane başvurusu doğrultusunda, jinekolojik değerlendirmede overler genişlemiş izlenmiş olup ağrı semptomu, over torsiyonu lehine değerlendirilmiştir.

Hastanın ilk menstrüasyon kanaması 13 yaşındayken izlenmiş olup adetlerinin 2 yıl düzenli seyrettiği, sonrasında medikal tedavisiz mens kanaması olmadığı öğrenilmiştir. Hasta daha önce farklı preparatlar kullanmış, yan etkileri nedeniyle ilaç tedavisinde değişiklikler yapılmıştır. Son dönemde bulantı yan etkisi yaşamaması nedeniyle 2 mg dienogest ve 0,03 mg etinilestradiol içeren oral kontraseptif ilaç ile takip edildiğini ve adetlerinin tedavi sürecinde düzenli izlendiğini ifade etmiştir.

Hastanın medikal geçmişine bakıldığında; bizim merkezimizde daha önce iki kez aynı endikasyonla opere edildiği görülmüş ve tıbbi kayıtlar gözden geçirilmiştir. Hastanın 2018 yılındaki laparoskopik operasyonunda dört tur döndüğü belirtilen hafif ekimotik sağ over detorsiyone edilmiş ve kanlanmanın normale döndüğü izlenmiştir. On ay sonra, 2019'da yapılan laparoskopik eksplorasyonda sağ over iki tur dönmüş izlenmiş olup detorsiyone edilmiş ve ardından bir ucu sakrouterin ligamana, diğer ucu ise sağ fossa ovaricaya fikse edilmiştir.

Hastanın 2022 yılı şubat ayında gerçekleştirdiğimiz 3. laparoskopik operasyonunda; yine iki tur döndüğünü izlediğimiz sağ overi detorsiyone ettik ve ardından plikasyon yaptık. Sağda ligamentum rotundumdan geçerek attığımız sütürle overi fikse etmeyi ve mobilizasyonunu kısıtlamayı, böylece tekrarlamasının önüne geçmeyi amaçladık. Hastada apandisit tanısını da gözlemle dışladık. Perop komplikasyon olmayan ve postoperative takibinde sıkıntı yaşamadığımız hastamız, mevcut oral kontraseptif ilaç kullanımına devam etmektedir.

Round ligamente yapılan ooforepeksi, diğer tekniklerin başarısız olması halinde veya seçilmiş vakalarda ilk seçenek olarak düşünülebilir. Bu yöntem, morbiditeyi arttırmaksızın adneksin korunmasını sağlarken over torsiyonunun tekrarlamasının da önlenmesini sağlayabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** over, polikistik, sendrom, torsiyon

---



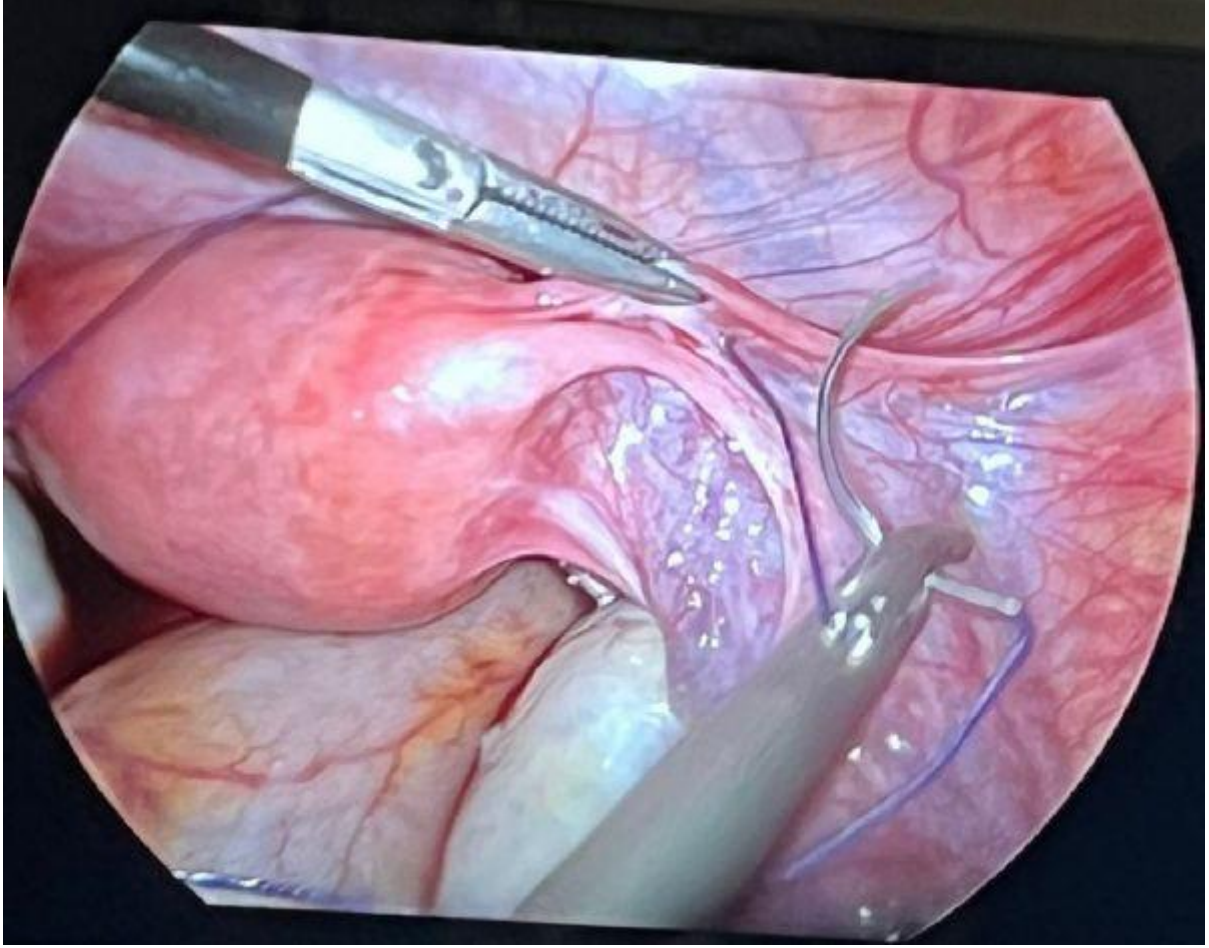
KONTRASEPSİYON &  
ÜREME SAĞLIĞI  
DERNEĞİ

# KONTRASEPSİYON VE ÜREME SAĞLIĞI KONGRESİ 1-2 NİSAN 2022

Hilton Maslak Hotel, İstanbul

[www.kontrasepsiyon2022.org](http://www.kontrasepsiyon2022.org)

## Laparoskopik Sütürasyon





## [SS-04][Genel jinekoloji]

### Jinekolojik laparoskopide abdominal ilk giriş tekniklerinin karşılaştırılması

Deniz Çokay

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

#### Giriş

Laparoskopik giriş teknikleri çeşitlilik göstermektedir. Laparoskopide güvenli giriş sistemleri kritik önem arz etmektedir. Laparoskopik cerrahideki hızlı gelişimlere rağmen günümüzde ilk trokar girişine bağlı komplikasyonlar yaklaşık %40-50 oranla laparoskopinin en sık komplikasyonlarından biridir. Çeşitli teknikler, enstrümanlar ve yaklaşımlarla komplikasyon oranları düşürülmeye çalışılmıştır.

#### Yöntem

Bu çalışmada laparoskopik giriş tekniklerinin güvenliği açısından değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01.01.2011 tarihinden 01.07.2015 tarihine kadar laparoskopik cerrahi gerçekleştirilen 1116 hastanın medikal kayıtları elde edilerek analiz edildi.

#### Bulgular

Çalışma sonucunda hastaların %91,8'inde direkt trokar girişi kullanılırken %7,4'ünde Veress iğnesi ile giriş, %0,8'inde ise Hasson açık giriş tekniği tercih edilmiştir. Giriş yerlerine göre değerlendirildiğinde en sık tercih edilen yöntem %97,2 (1085 hasta) oranı ile umblikus olarak bulunmuştur. Hastaların %2,4'ünde (27 hasta) orta hat abdomenden ilk trokar girişi tercih edilirken bu hastaların %62'sinde (17 hasta) suprapubik insizyon, %38'inde (10 hasta) Lee- Huang noktası ilk giriş yeri olarak kullanılmıştır. Hastaların %0,4 'ünde (4 hasta) ise Palmer noktası giriş yeri olarak kullanılmıştır. Hastaların %18,5'inin (206 hasta) geçirilmiş bir abdominal cerrahi operasyonu, %3,5'inin (39 hasta) geçirilmiş iki abdominal cerrahi operasyonu ve %0,1'inin (1 hasta) üç veya daha fazla geçirilmiş abdominal cerrahi operasyonu mevcut idi.

#### Sonuç

Sonuç olarak; bizim çalışmamızda kliniğimizde her hasta için laparoskopik ilk giriş yöntemi bireyselleştirilmekle beraber %91,8 oranla direkt trokar ile giriş yönteminin benimsendiği saptanmıştır. Laparoskopik giriş ile ilgili pek çok derleme olsa da en güvenli tekniğin hangisi olduğu konusunda tartışmalar devam etmektedir. Laparoskopik ilk giriş teknikleri arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup laparoskopik cerrahide ilk trokar giriş yöntemine karar verilirken hasta ve cerrah için en uygun olan yöntem seçilmesinin ve cerrahın tecrübeli olduğu giriş yöntemine sadık kalmasının komplikasyon oranlarını azaltacağını, bu oranların operasyonu yapan kişinin cerrahi deneyimi ile yakından ilişkili olduğunu ve deneyim arttıkça azalacağını düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik giriş, Veress iğnesi, direkt giriş, komplikasyon



## [SS-05][Genel jinekoloji]

### Unilateral Pelvik Konjesyon Sendromu tedavisinde Sol Ovaryen Ven Mikrokaterizasyonu ile tam kür

Tuğba Gül Yılmaz<sup>1</sup>, Elif Cansu Gündoğdu<sup>1</sup>, Deniz Çokay<sup>1</sup>, Ömer Aydın<sup>2</sup>

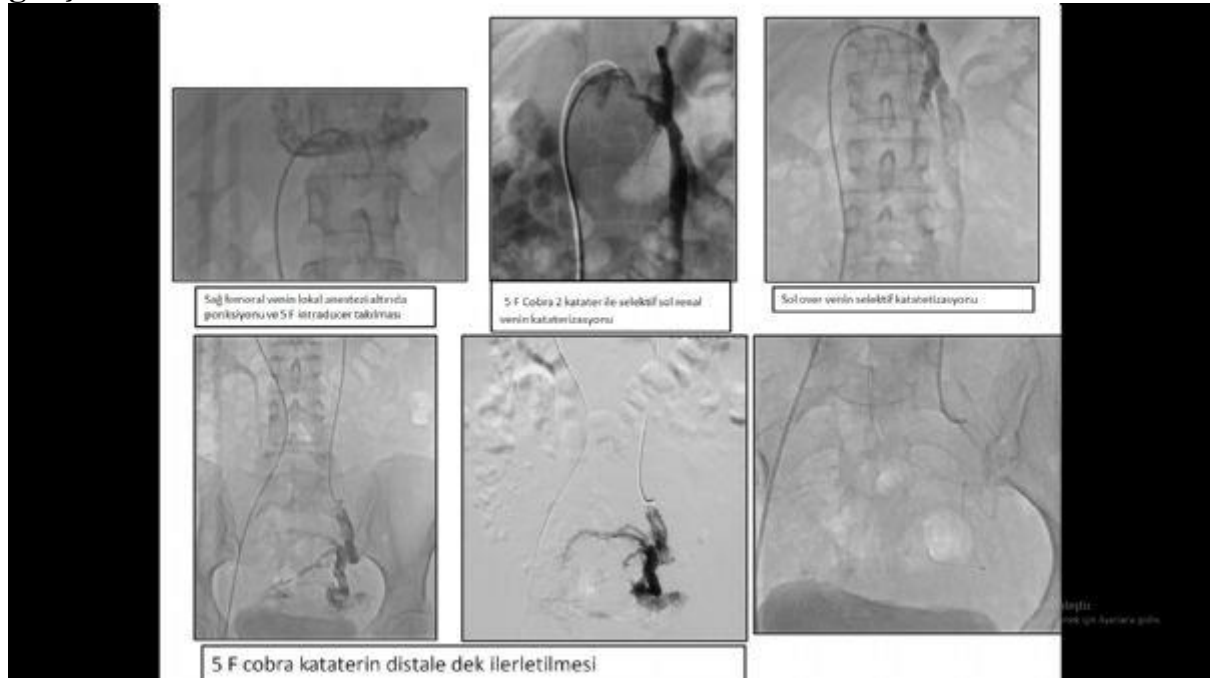
<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Pelvik konjesyon, yetersiz valflerden retrograd akış ile over ve pelvik venlerde konjesyondur. Pelvik konjesyona; kronik pelvik ağrı, disparoni, basınç hissi gibi semptomlar eklenirse pelvik konjesyon sendromu(PKS) denir. Pelvik venöz drenaj; internal iliak ven, ovarian ven ve süperior rektalven arasında anastomoz ağı sahiptir. PKS'de en sık sol ovarian ven ile sağ internal iliak ven etkilenir(1,2,3). Multipar ve premenstrüel kadınlarda uzun süre oturma, ayakta kalma, seksüel aktivite, gebelik sonrası artan ağrı ile karakterizedir. Tanıda ultrasonografi, renkli Doppler ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ve altın standart olarak kabul edilen selektif venografi kullanılmaktadır. 41 yaşında kronik pelvik ağrı ile klinimize başvuran bir hastayı sunmayı amaçladık. Kronik pelvik ağrı nedenlerinden biri olan pelvik konjesyon sendromunu inceledik.

**Anahtar Kelimeler:** koil, kronik pelvik ağrı, mikroembolizasyon, pelvik konjesyon

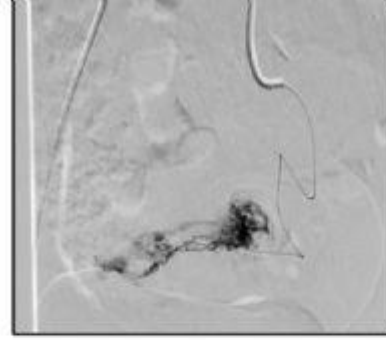
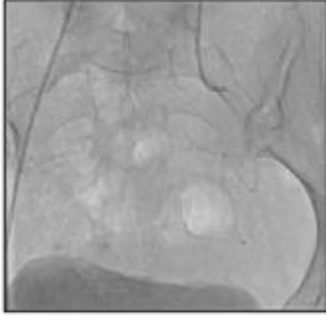
## girişim 1



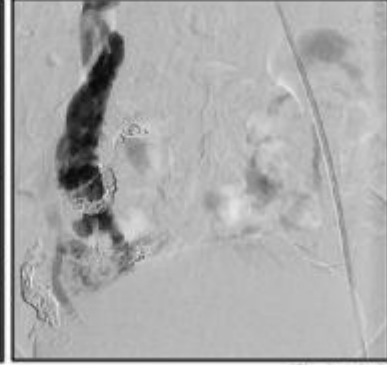
*femoral venden sol renal ven ve ovaryen vene ilerletilmesi*



## mikrokataterizasyon ve koil embolizasyon



Rebar mikrokateter ile en distale ulaşılarak  
süperselektif kataterizasyon



Koil embolizasyon

Onyx (sıvı embolizasyon ajanı) ile  
venin distalinin kapatılması

*mikrokataterizasyon ve koil embolizasyon*



## [SS-06][Genel jinekoloji]

### Evaluation of Women's Sexual Functions After Covid-19 Infection

Fatma Ketenci Gencer<sup>1</sup>, Semra Yuksel<sup>2</sup>, Suleyman Salman<sup>1</sup>, Serkan Kumbasar<sup>1</sup>, Neslihan Kobaner<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University of Health Sciences İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Başakşehir Çam and Sakura City Hospital

<sup>3</sup>Babaeski State Hospital

**Objective:** Sexual health is an essential component of life quality. In this study, we aim to compare the sexual dysfunction of women who had a history of Covid-19 and those who did not have been infected by Covid-19.

**Materials-Methods:** This study was conducted in a tertiary center between May 2020–December 2020. Our study group included 50 women treated for Covid-19 at home, and control group included 51 women with no history of Covid-19. Sexual Functioning Index (FSFI) was used to assess of these patients' sexual dysfunctions.

**Results:** Sexual dysfunction in women with a history of Covid-19 was found to be significantly higher than those with no history of Covid-19. Sexual dysfunction development risk in women with a history of Covid-19 (study group) was 3.4 times higher compared to women with no history of Covid-19 (control group) ( $p=0.008$ ). In addition, high number of children and low economic status were found to be predictive for sexual dysfunction after recovery ( $p=0,02$  and  $p=0,024$ , respectively). Arousal, orgasm, satisfaction subscale scores, and total FSFI scores in women with a history of Covid-19, were significantly lower than those with no history of Covid-19 ( $p=0,011$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,028$ , and  $p=0,008$ , respectively).

**Conclusion:** Sexual dysfunction in the patients with a history of Covid-19 seems to be higher than in women with no history of Covid-19. Increased parity and low economic status are predictive for sexual dysfunction after treatment. There is a need for future studies relating to the effect of the Covid-19 infection in women's sexual functions

**Keywords:** Coronavirus, Pandemic, Sexual Health, Sexual Dysfunction, Women'sHealth



## [SS-07][Obstetrik]

### Trimester spesifik hemoglobin değerlerinin ve anemi sıklığının araştırılması

Merve Vural Yalman<sup>1</sup>, Mehmet Mete Kırlangıç<sup>2</sup>, Esra Akdemir<sup>3</sup>, Mefkure Eraslan Şahin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Terme Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Samsun

<sup>2</sup>Tuzla Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

<sup>3</sup>Kayseri Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kayseri

**Amaç:** Anemi vücudun fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayabilecek sayının altında kırmızı kan hücrelerinin bulunmasıdır [1]. 1968 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından farklı popülasyonlar için anemi tanısı koyduracak değerler tanımlanmıştır ve gebeler için belirlenen bu değerler günümüzde de halen geçerliliğini korumaktadır [2]. DSÖ rehberine göre 10-10.9g/dl arası hemoglobin değeri hafif anemi, 7-9.9g/dl arası orta düzeyde anemi, 7g/dl'nin altı şiddetli anemi ve 4g/dl'nin altı çok şiddetli anemi olarak kabul edilir [3]. Gebelikte değişen fizyolojiyle beraber demir ihtiyacı da değişmektedir. Bu çalışmanın amacı da trimester bazlı hemoglobin değerlerinin değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Bu retrospektif kohort çalışması Tuzla Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1 Ocak 2017- 1 Ağustos 2020 yılları arasındaki hastane bilgi sisteminden elde edilen verilerin değerlendirilmesi ile yapıldı. İlk trimester son adet döneminden (SAT) 40/7-126/7 hafta, ikinci trimester SAT'tan itibaren 130/7-256/7 hafta ve üçüncü trimester SAT'tan itibaren 260/7-406/7 hafta olarak tanımlandı. Başvuru sırasında istenen hemogram değerleri değerlendirildi. Toplanan veriler, gebeliğin her üç aylık dönemindeki hemoglobin (g/dl) değerleri toplanıp trimester bazlı değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastanemize başvuran gebelerden ilk trimesterde 1979, 2.trimesterde 723, 3.trimesterde ise 870 tane kan sayımı parametreleri değerlendirildi. Çalışmamız sonucunda ciddi anemi olgusuna rastlanmadı. 1. Trimesterde orta düzey anemisi olan 103(%5,2), hafif anemisi olan 162(%8,19), normal olan 1714(%86,61) gebeye rastlandı. 2.trimesterde orta düzey anemisi olan 41(%5,67), hafif düzey anemisi olan 140(%19,36), anemisi olmayan ise 542 (%74,97) gebeye rastlandı. 3.trimesterde ise orta düzey anemisi olan 107(%12,3), hafif düzeyde anemisi olan 201(%23,1), normal olan ise 562(%64,6) gebe bulundu. Anemik gebe yüzdesi ilk trimesterde %13,39, 2.trimesterde %25,03, 3.trimesterde %35,4 olarak izlenmiştir.

**TARTIŞMA:** Gebelikte fetal gelişimin ve plasental kan akımının devam etmesi için plazma hacmi %50 oranında artmaktadır. Hematokrit seviyesi 3. trimesterde özellikle 30. ile 34. haftalar arasında en düşük seviyelere ulaşır [4]. Bizim de çalışmamızda gebelik haftası arttıkça anemi sıklığının arttığı görülmektedir. Gebelikte aneminin preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan ve fetal ölüm riskleri gibi perinatal komplikasyonlara[5]; kalp yetmezliği, kanama, enfeksiyon gibi maternal komplikasyonlar ile ilişkisi bilinmektedir[6].

**Sonuç:** Anemiye bağlı oluşabilecek komplikasyonları önleyebilmek amacıyla gebelikte ilerleyen haftalarla beraber demir desteği arttığından dolayı demir tedavisinin kontrendike olmadığı durumlarda her gebeye artan ihtiyaç da göz önünde bulundurularak demir tedavi desteği yapılması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Anemi, Gebelik, Trimester, Hemoglobin



## [SS-08][Obstetrik]

### 2. ve 3. Trimesterdeki Gebelerde Düşük D Vitamini Seviyesi Uyku Bozukluğu Sıklığını ve Anksiyeteyi Arttırır mı?

Fatma Ketenci Gencer<sup>1</sup>, Refika Genç Koyucu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

**Giriş-Amaç:** Uyku yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermekle birlikte günlük uyku ihtiyacı, günde ortalama 7-8 saat civarındadır. Gebelikte, özellikle 3. Trimesterde uyku süresi azalır. Gebelerde, uyku bozukluklarının fetal gelişme geriliği ve preeklampsi gibi kötü obstetrik sonuçlar ile ilişkilendirilmiş olması sebebiyle, dikkate alınması ve iyi yönetilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda uykunun düzenlenmesinde önemli bir rolü olan D vitamini seviyeleri ile gebelerdeki uyku bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedefledik.

**Gereç-Yöntem:** Normal antenatal kontrol vizitlerine gelen 2. ve 3. trimesterdeki 225 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Rutin kan tahlillerinin yanında ek olarak serum D vitamini kan düzeyi de çalışılmıştır, aynı günde hastalara Kadın Sağlığı İnisyatifi Uykusuzluk Ölçeği ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri uygulanmıştır.

**Bulgular:** D vitamin düzeyi 25 ng/mL 'nin altında olan 2. Ve 3. trimesterdeki gebelerde uyku bozukluğu sıklığı %62.2 'dir ve evde yaşayan sayısının 5 den büyük olması ve riskli gebeliğe sahip olunması bu ihtimali arttıran diğer iki önemli sebeptir. Aynı şekilde, D vitamin düzeyi 25 ng/mL 'nin üstünde olan 2. Ve 3. trimesterdeki gebelerde anksiyete sıklığı anlamlı bir şekilde düşüktür.

**Tartışma ve Sonuç:** Gebelerdeki uyku problemlerinin üzerinde durulması ve bu duruma sebep olan faktörlerin aydınlatılması, kötü obstetrik ve maternal sonuçlarının olması sebebiyle önemlidir. Bu anlamda D vitaminin gebelerdeki uykuya olan etkisi ve sonrasında gelişebilen morbiditeler sebebi ile önemi unutulmamalı ve mutlaka gebelik boyunca düzeyinin kontrol edilmesi ve gebelik boyunca takviye edilmesi teşvik edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** gebelik, d vitamini, uyku bozukluğu, anksiyete



## [SS-09][Genel jinekoloji]

### TOT Meşine Sekonder Şiddetli Disparonide Laparoskopik Total Meş Eksizyonu

Elif Cansu Gündoğdu, Deniz Çokay, Tuğba Gül Yılmaz, Ahmet Kale  
Kartal Dr Lütü Kırdar Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

TOT meşine sekonder şiddetli disparonide laparoskopik total meş eksizyonu  
Elif Cansu Gündoğdu, Deniz Çokay, Tuğba Gül Yılmaz

#### Giriş

Anti-inkontinans cerrahisinden sonra meş gibi yabancı cisimlere bağlı komplikasyonların yönetimi önemlidir. Çünkü enfeksiyon ve nüksü önlemek için meşin tamamının çıkarılması gerekir. Bu tür komplikasyonların cerrahi tedavisi, laparoskopik ya da laparotomik olarak yapılabilir. Meş komplikasyonları cerrahi olarak başarıyla tedavi edilebilir ve laparoskopik eksizyon ve rekonstrüksiyon kullanılarak hızlı bir iyileşme sağlanabilir. Laparoskopi özellikle vajinal eksizyonel cerrahi ile kısıtlı görme alanı olan vakalar için uygundur; teknik, optimal bir görsel alan sağlayarak meşin tamamen çıkarılmasına ve rekonstrüksiyona izin verir.

#### Bulgular

1 yıl önce geçirilmiş transobturator tape (TOT) operasyonu olan, 2 ay önce meşin vajinal yoldan çıkarılması denenen ve başarılı olunamayan hasta kliniğimize vajinada ele gelen yabancı cisim ve ağrı şikayetiyle başvurdu. 51 yaşındaki hastanın yapılan muayenesinde TOT meşi bilateral olarak paraüretal alanda fibrotik olarak hissedildi, meşin yerleştirildiği alanı kaplayan vajinal doku endüre bir doku olarak gözlemlendi. Vajinal muayene esnasında meş alanı belirgin olarak palpasyonla hassas ve ağrılıydı.

#### Yöntem

Erozyone olan TOT meşinin çıkarılması amacıyla laparoskopik olarak operasyona başlanmasını takiben her iki oblitere umbilikal arterin medialinden retziusa aralığına girildi. Her iki taraftan mesane lateralinden pelvik tabana ulaşıldı. Paraüretal alan disekt edilerek obturator fossaya doğru uzanan kalın fibrotik TOT meşi gözlemlendi. Paraüretal alanın her iki tarafındaki TOT meşi laparoskopik olarak çevre dokularla beraber eksize edildi. Bu esnada TOT meşinin laparoskopik olarak daha iyi görüntülenebilir hale gelebilmesi için ikinci cerrahin taktik kılavuzluğundan yararlanıldı. Vizüalize edilen TOT meşinin eksizyonunu takiben vajinal fornikslerde yaklaşık olarak 2 cm açıklık oluştu. Açıklık alanı onarıldı. Operasyon sonunda sistoskopi yapılarak üretrada ve mesane kontrol edilerek normal olduğu gözlemlendi. Operasyon sonrası süreçte herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadı. Preoperatif değerlendirilmesinde ağrı şikayetini vizüel analog skalasında (VAS) 8 olarak belirten hasta postoperatif 20. günde 2 olarak ifade etti.

#### Sonuç

TOT operasyonlarında yerleştirilen meşe sekonder ileri derecede fibrozis şiddetli pelvik ağrılara ve disparoniye neden olabilmektedir. Meşin vajinal yoldan rezeksiyonu çoğu durumda inkomplet eksizyona neden olabileceği için yetersiz kalabilmektedir. Bu gibi TOT meşine bağlı şiddetli ağrı şikayeti olan hastalarda laparoskopik yaklaşım tercih edilebilecek bir yaklaşımdır.

#### Kaynakça

(1)Kim JH, Doo SW, Yang WJ, Song YS. Laparoscopic transvesical excision and reconstruction in the management of mid-urethral tape mesh erosion and stones around the bladder neck: initial experiences. BJU Int. 2012 Dec;110(11 Pt C):E1009-13. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11563.x. Epub 2012 Oct 9. PMID: 23046315.

(2) Zamecnik L, Martan A, Svabik K, Masata J. Laparoscopic removal of intravesically inserted transobturator tape. Int Urogynecol J. 2021 Dec;32(12):3309-3312. doi: 10.1007/s00192-021-04857-0. Epub 2021 Jun 11. PMID: 34115163.

**Anahtar Kelimeler:** fibrozis, kronik pelvik ağrı, meş

---



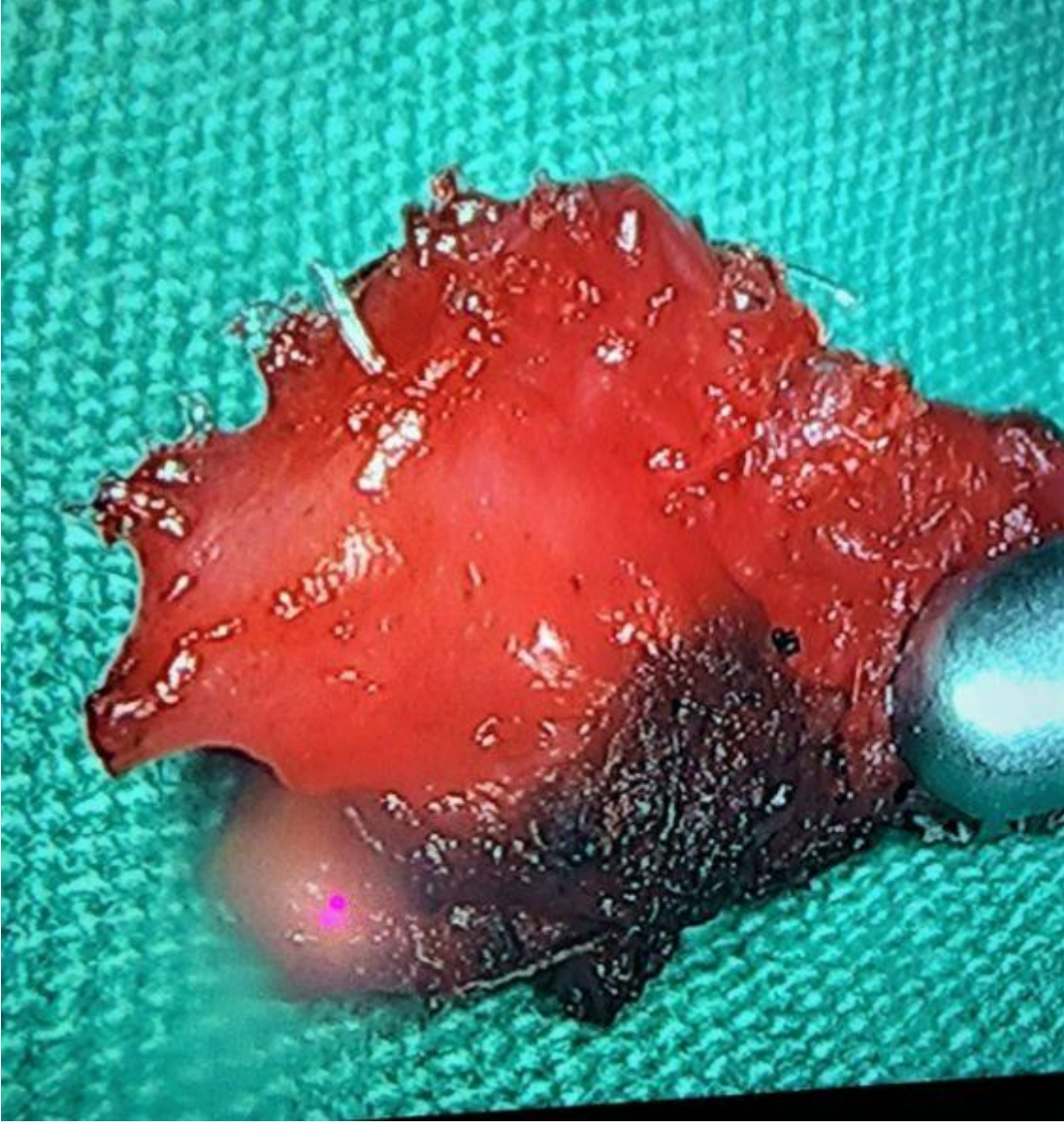
KONTRASEPSİYON &  
ÜREME SAĞLIĞI  
DERNEĞİ

# KONTRASEPSİYON VE ÜREME SAĞLIĞI KONGRESİ

1-2 NİSAN 2022  
Hilton Maslak Hotel, İstanbul

[www.kontrasepsiyon2022.org](http://www.kontrasepsiyon2022.org)

rezeke edilen meş





## [SS-10][Reproductive endokrin]

### IVF-ICSI ile elde edilen gebeliklerde ektopik gebelik oranları

Müstecep Kavrut<sup>1</sup>, Nur Dokuzeylül Güngör<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uzman Doktor, Özel Muayenehane, İstanbul

<sup>2</sup>Dr Öğretim Görevlisi, BAU Medicalpark Göztepe Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Yardımcı üreme tekniklerinin ektopik gebelik oranlarını arttırdığına dair çeşitli çalışmalar olmasına rağmen halen bu konudaki tartışmalar devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı merkezimize başvuran ve IVF-ICSI ile gebe kalan olgularda ektopik gebelik sıklığını araştırmaktır. Gereç-Yöntem: Kasım 2014-Ocak 2022 tarihleri arasında IVF-ICSI uyguladığımız yaşları 20-40 arasında değişen 3489 fresh embriyo transfer (ET) siklusu bilgisayar kayıtlarından retrospektif olarak incelenmiştir. Kontrollü hiperstimülasyon için antagonist protokol (%88) ve agonist protokol (%12) uygulanmıştır. Embryo transferleri tecrübeli iki hekim tarafından transabdominal ultrason eşliğinde aynı tip katater ve aynı teknikle yapılmıştır. ET için 10-20 µl medium kullanılmıştır. Ektopik gebelik tanısı artan BhCG değerlerine rağmen intrauterin kesenin izlenememesi ile konulmuştur.

Bulgular: 3489 olgudan 1814 (%52) tanesinde OPU sonrası 14. günde bakılan BhCG değeri pozitif olarak bulunmuştur. 19 (%0.1) vakada ektopik gebelik tespit edilmiştir. Ortalama maternal yaş 31,7, Estradiol düzeyi 2634,17 ve endometrial kalınlık 9,77 mm idi. 19 vakanın 12 (%63,1) tanesinde şiddetli endometriosis mevcuttu. 10 (%52,6) hasta sigara kullanmaktaydı. Ektopik gebelikle sonuçlanan hastaların 5 (%26,3) tanesinde 3. gün transferi mevcuttu. Vakaların 14 (%73,6) tanesinde AHA uygulanmıştı. Vakalardan sadece 3 tanesinde cerrahi müdahale gerekmiş, diğerlerinde metotroksat ile medikal tedavi uygulanmıştır.

Sonuç: Ektopik gebelik halen bir sağlık sorunu olarak devam etmektedir. Artan IVF-ICSI uygulamaları ektopik gebeliği altta yatan mevcut infertilite faktörü nedeniyle artıyor gözükmeyle birlikte çalışmamızda %0.1 olarak bulunmuş olup literatürle uyumludur.

**Anahtar Kelimeler:** Ektopik gebelik, IVF-ICSI, İnfertilite



## [SS-11][Obstetrik]

### Anterior uteroservikal açığı: term gebeliklerde latent faz süresini tahmin eden ultrasonografik bir tarama aracı mıdır?

Nefise Nazlı Yenigül<sup>1</sup>, Fedi Ercan<sup>2</sup>, Elif Yüce Bilgin<sup>1</sup>, Hakan Sağer<sup>1</sup>, Emin Üstünyurt<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Konya Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Perinatoloji Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa

#### Giriş

Son yıllarda servikal uzunluk ölçümüne ek olarak, erken doğum tahmininde kullanılabilecek uteroservikal açığı (UCA) olarak yeni bir ultrasonografik parametre tanımlanmıştır. Ancak doğum sırasında UCA'nın latent ve aktif faz sürelerinin öngörülmesine ilişkin çok az veri bulunmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada postterm gebeliklerde uteroservikal açığının latent faz süresini öngörmedeki yeri değerlendirilmiştir.

#### Yöntem

Prospektif olan bu çalışma, geç term gebelik tanısı ile hastaneye yatırılan 18-40 yaş arası 90 gebeden oluşmaktadır. Latent faz süresi 1200 dakika veya daha kısa olan gebeler Grup 1 olarak tanımlandı. Latent faz süresi 1200 dakikanın üzerinde olan gebeler Grup 2 olarak tanımlandı. Tüm hastaların yaşı, VKİ, sigara içme durumları, servikal uzunluk ölçümleri, uteroservikal açığı, latent ve aktif faz doğum süreleri, üçüncü evre uzunluğu (dk) ve doğum şekilleri karşılaştırılmıştır.

#### Bulgular

Grup 1'in uteroservikal açığı (UCA) medyan değeri 120 (94-147) ve grup 2'nin 99 (94-105) ( $p < 0,001$ ), Grup 1 ve 2'nin servikal uzunluk (CL) medyanları sırasıyla 29(17-43) ve 28(27-41) saptanmıştır ( $p:0.871$ ). Uteroservikal açığı (UCA) (AUC: 0.917,  $p < 0.0001$ ), uzamış latent faz süresini önemli ölçüde öngörmüştür. Uteroservikal açığı (UCA) için 105 derece (%100 duyarlılık, %75 özgüllük) değerinde optimum eşik değeri elde edilmiştir. Kaplan-Meier sağkalım analizi, düşük uteroservikal açığı (UCA'lı) bir grupta doğum eylemi süresinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir ( $p:0.013$ ).

#### Sonuç

Uteroservikal açığı (UCA), medikal indüksiyonlu post term gebeliklerde doğumun süresini tahmin etmek için kullanılabilecek başarılı bir araç olabilir.

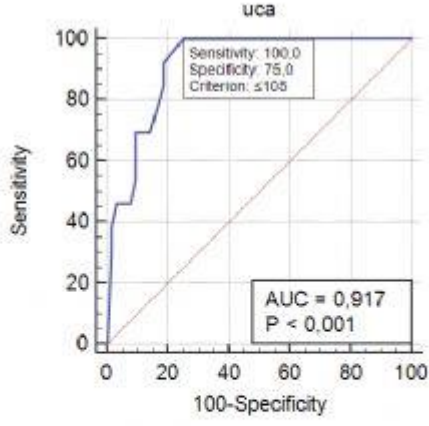
**Anahtar Kelimeler:** Latent faz süresi, postterm gebelik, servikal uzunluk, uteroservikal açığı

## Uteroservikal açığının ultrason görüntüsü





## Uzamış latent faz süresini tahmin etmek için uteroservikal açı (UCA)'nın ROC eğrisi





## [SS-12][Genel jinekoloji]

### **Adenomyozisin Subkutan Etonogestrel İmplantla Tedavisi: 5 Virigo Hastada Klinik Gözlemsel Bir Çalışma**

Inci Öz

Liv Hospital Vadi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü İstanbul Türkiye

**Amaç:** Polikliniği başvuran ortalama yaş 42-38 aralığı olan, gebelik öyküsü olmayan virigo 5 hastada adenomyozis tanısı ile tedavi amaçlı subkutan Etonogestrel uygulaması ve gözlemsel klinik çalışmanın amacı, subkutan etonogestrel implantasyonunun uterus tutulumu ve adenomyozis semptomları üzerindeki etkilerini araştırmak, hastaların klinik sonuçlarının izlenmesidir. **Yöntem:** Tedavide hastalara medikal tedavi olarak subkutan etonogestrel implant uygulandı ve hastalar klinik olarak uterus lezyonunun boyutuna, endometrium kalınlığına, dismenorenin düzelmesine, hemoglobin seviyelerinin iyileşmesine ve hayat kalitesinin artmasına göre değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastalar tanıda uterus hacmi endometrium kalınlığı, anemi düzeyleri, dismenore şiddeti ve hayat kalitesinin sorgulanması olarak değerlendirildi. Hastaların tedavi sonrası ultrasonda uterus hacim ölçümlerinde azalma, endometrium kalınlığında azalma, kan hemoglobin düzeylerinde yükselme, dismenore şiddetinde azalma ve hayat kalitelerinde artma sonuçta klinik olarak anlamlı düzelmeye olduğu ve hastaların tedaviye devam konusunda bir sorun olmadığı gözlemlendi.

**Sonuç:** Kronik pelvik ağrı, üreme çağındaki kadınlarda sık görülür ve başlıca nedenleri arasında adenomyozis, endometriozis ve pelvik inflamatuvar hastalık bulunur. Kronik pelvik ağrı sendromları klinik olarak alt karın ağrısı veya sırt ağrısı ile kendini gösterebilir ve iştahsızlık, yorgunluk ve uykusuzluğa neden olabilir. Adenomyozis, miyometriyum içinde endometriyal bezler ve stroma ile karakterize, doğurganlık çağındaki kadınlarda yaygın görülen iyi huylu bir hastalıktır.

Adenomyozisin klinik belirtileri arasında artan adet miktarı, uzamış menstrüasyon ve ilerleyici dismenore yer alır ve uterus genellikle tek tip olarak genişler veya lokalize nodüller içerir ve bir intrauterin endometriozis formu olarak kabul edilir. Adenomyozis için tıbbi veya cerrahi olmayan tedaviler, gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonistlerinin ve analoglarının kullanımını ve daha yakın zamanda uzun süreli doğum kontrol cihazı olan etonogestrel subdermal implantı Implanon®'un kullanımını içerir.

Etonogestrelin kontraseptif etkisinin mekanizmaları ayrıca adenomyozis tedavisinde etonogestrelin kullanımını için potansiyel bir uygulama olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle, bu ön gözlemsel klinik çalışmanın amacı, subkutan etonogestrel implantasyonunun uterus tutulumu ve adenomyozis semptomları üzerindeki etkilerini araştırmaktır. Desogestrel olarak da bilinen etonogestrel, subkutan Implanon®'un ana bileşenidir. Etonogestrel, luteinize edici hormonu (LH) baskılayarak ovulasyonu engeller. Adenomyozisin patogenezi belirsizliğini korumaktadır ve yüksek östrojen seviyeleri ile adenomyozis gelişimi arasındaki ilişki tartışmalıdır. Etonogestrel, yumurtlamayı engeller, östrojenin ovulasyon pikini ortadan kaldırır ve menstrüel siklus sırasında ortalama östrojen seviyelerini azaltır. Ortalama estradiol konsantrasyonu, adenomyozis semptomlarının hafifletilebileceği bir mekanizma olarak erken foliküler fazdan daha yüksek bir seviyede tutulur. Etonogestrel ayrıca servikal mukus viskozitesini artırır ve endometriumun kalınlığını azaltır. Çalışmamızda hormon seviyeleri değerlendirilmedi, klinik bulgular gözlemlendi. Implanon®'un adenomyozis klinik semptomlarını ve belirtilerini nasıl hafiflettiğini netleştirmek için menstrüasyonun farklı aşamalarında hormon seviyelerini ve endometriumdaki değişiklikleri ölçmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** adenomyozis, etonogestrel, virigo, anemi, dismenore



## [SS-13][Genel jinekoloji]

### Postmenopozal osteoporozun cerrahi ve natürel menopoz gruplarında karşılaştırılması

Oya Aldemir<sup>1</sup>, Fatma Selma Oransay<sup>2</sup>, Selim Şenöz<sup>3</sup>, Oya Gökmen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Özel merkez, Ankara

<sup>3</sup>Özel merkez, İstanbul

**Amaç:** Postmenopozal dönemde yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörlerden biri osteoporozdur. Osteoporozu önlemek mümkün olmamakla birlikte risk faktörlerini azaltmak ve koruyucu tedaviler ile gelişebilecek komplikasyonları önlemek önemlidir. Bu çalışmada postmenopozal osteoporoz gelişiminde etkili risk faktörlerinin tanımlanması, önemli bir risk faktörü olduğu düşünülen cerrahi menopozun osteoporoz üzerine etkisinin saptanması ve bu etkinin natürel menopoz sonrası gelişen osteoporozla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Çalışmaya 374 cerrahi menopozda, 426 natürel menopozda olmak üzere toplam 800 hasta dahil edildi. Kadınların jinekolojik ve obstetrik hikayeleri, sigara kullanımı, vücut kitle indeksi (VKİ), osteoporozu neden olabilecek hastalıklar yönünden tetkikleri tamamlanarak kemik mineral dansiteleri (KMD) ölçüldü. Hastalar menopoz sürelerine göre; menopoz süresi 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üzeri olmak üzere 3 gruba; bu gruplar da menopoza giriş yaşına göre; 40-45 yaş, 46-50 yaş ve 50 yaş üzeri olarak 3 alt gruba ayrıldı. Cerrahi ve natürel menopoz hastalarının menopoz süresine ve menopoza giriş yaşına göre KMD değerleri karşılaştırıldı.

**Bulgular:** KMD'yi etkileyen risk faktörleri multiple regresyon analizi ile değerlendirildiğinde menopoz süresi, VKİ, parite ve menopoz türü spinal KMD üzerine etkili bağımsız risk faktörleri olarak tanımlanırken femur KMD üzerine etkili risk faktörü saptanmadı. Menopoz süresine göre bakıldığında, postmenopozal ilk 5 yıllık dönemde cerrahi menopoz grubunda KMD natürel menopoz grubu ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olmak üzere düşük bulundu ( $0.858 \pm 0.110$  ve  $0.886 \pm 0.125$ ;  $p=0.013$ ) (Tablo1). Menopoz süresi 6-10 yıl olan grupta cerrahi menopoz grubunda KMD daha düşük olmakla birlikte her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.081$ ). Menopoz süresi 11 yıl ve üzeri olan kadınlarda menopoz türünün KMD ile ilişkili olmadığı bulundu. Menopoza giriş yaşı 46-50 olan kadınlarda postmenopozal 1-5 yıl ve 6-10 yıllık dönemlerde cerrahi menopoz grubunda spinal KMD natürel menopoz grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu ( $p=0.045$  ve  $p=0.005$ ). Menopoza giriş yaşı 40-45 ve >50 olan hastalarda, postmenopozal 1-5 yıl ve 6-10 yıllık dönemlerde cerrahi ve natürel menopoz gruplarında spinal ve femur KMD değerleri benzer bulundu.

**Sonuç:** 46-50 yaş arasında menopoza giren kadınlarda KMD menopoz türünden etkilenmekte, cerrahi olarak gelişen menopozda 1-5 yıl ve 6-10 yıllık dönemlerde spinal kemik kaybı daha şiddetli seyretmektedir. Menopoza giriş yaşı gözletilmeksizin sadece menopoz süresine bakıldığında; postmenopozal ilk 5 yıllık dönemde cerrahi menopoz grubunda kemik kaybı daha fazla olmaktadır. Menopoz türünün yanı sıra menopoz süresi, VKİ ve parite postmenopozal kemik kaybını etkileyen faktörlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi menopoz, natürel menopoz, osteoporoz

### Menopoz süresine göre cerrahi menopoz ve natürel menopoz gruplarının kemik mineral dansitelerinin karşılaştırılması

	Cerrahi menopoz KMD	Natürel menopoz KMD	p
1-5 yıl	$0.857 \pm 0.126$	$0.886 \pm 0.123$	0.013
6-10 yıl	$0.789 \pm 0.119$	$0.8173 \pm 0.114$	0.081
11 yıl ve üzeri	$0.796 \pm 0.143$	$0.786 \pm 0.130$	0.764



## [SS-15][Reproductive endokrin]

### **Nötrofil-lenfosit, trombosit-lenfosit oranı, ortalama trombosit volümü ve C reaktif protein seviyeleri, in vitro fertilizasyon gebeliklerinde erken gebelik kaybını öngörebilir mi?**

Ferruh Acet<sup>1</sup>, Gülnaz Şahin<sup>2</sup>, Ege Nazan Tavmergen Göker<sup>1</sup>, Erol Tavmergen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Rektörlüğü Aile Planlaması, Kısırlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İzmir

Missed abortus; gebeliğin 20. haftasından önce fetusun ölümüne rağmen intrauterin olarak kaldığı olguları tanımlamaktadır. Intrauterin adezyon, kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalmış kadınları ciddi şekilde etkilemektedir.

Missed abortus insidansı artan bir eğilim göstermektedir ve klinik olarak teşhis edilen gebeliklerin yaklaşık %8-20'sinde görülmektedir. Günümüzde, missed abortus için maternal ve paternal genetik faktörler, immünolojik faktörler, endokrin bozukluklar, uterus anormallikleri, trombofili, enfeksiyonlar ve çevresel faktörler gibi çoklu etiyolojik faktörler tanımlanmıştır. Bununla birlikte, kesin patofizyolojik mekanizma belirsizliğini korumaktadır. Günümüzde literatür çalışmaları, missed abortus gelişiminde immünolojik ve inflamatuvar faktörlerin önemli rol oynadığını göstermektedir. Sağlıklı bir gebelikte, yarı allojenik bir fetüs endometriuma implante olmaktadır. Fetoplental doku üzerindeki allo-antijenlere karşı maternal sistemik inflamatuvar bir reaksiyon gerçekleşmektedir. Tam kan sayımı (CBC) parametreleri, sistemik inflamasyonun göstergesi olan hızlı ve basit parametreler olarak kabul edilmektedir.

Nötrofil lenfosit oranı (NLR) ve platelet lenfosit oranı (PLR), sistemik inflamasyonun etkili göstergeleri olarak kabul edilen inflamatuvar aktivatörler (nötrofiller/trombositler) ve inflamatuvar düzenleyiciler (lenfositler) tarafından hesaplanan oran endeksleridir. NLR ve PLR, irritabl bağırsak sendromu, tip 2 DM, tirodit, ve inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi çeşitli hastalıklarda alta yatan inflamatuvar yükün bir belirteci olarak tanımlanmaktadır. Ek olarak MPV, trombosit aktivasyonunun bir belirteçidir ve romatoid artrit, kalp hastalıkları, vertebral diskopatiler, diyabet, obezite gibi inflamatuvar durumlarla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Bununla birlikte, missed abortuslar konusunda çok az çalışma yapılmıştır. Bu nedenle, bu çalışmada, hematolojik inflamatuvar parametrelerin, özellikle NLR, PLR ve C reaktif proteinin (CRP), missed abortus gelişimini ön görmede yararlı serum belirteçleri olup olmayacağını değerlendirmeyi amaçladık.

Bu retrospektif karşılaştırmalı çalışma Ege Üniversitesi Rektörlüğü Aile Planlaması Uygulama ve Araştırma Merkezinde yapılmıştır. Çalışmamızda, Ocak 2015'den Aralık 2022'ye kadar IVF tedavisi sonrası gebe kalmış, 18 ila 40 yaş arası, gebelik haftası  $\leq 12$  hafta, tekil gebelik olan kadınlardan toplanan veriler kullanıldı. Baş ve kalça uzunluğu  $\geq 5$  mm olan ve fetal kalp atışı ultrason ile saptanarak tanı konan missed abortus hastaları çalışma grubuna dahil edildi. Kontrol grubunun dahil edilme kriterleri 12 hafta ve altı IVF gebeliği normal olarak devam eden hastalar idi. Kromozomal anormallik, uterin adezyon, tekrarlayan düşük öyküsü, enfeksiyon hastalıkları, kanser ve gebelik sırasında sigara içen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Normal gebelikleri olan kontrol grubundaki 100 gebe ile missed abortus gelişen 50 hasta karşılaştırıldı. İki grup anne yaşı, gebelik haftası, vücut kitle indeksi, gravide ve parite açısından benzerdi ( $p > 0.05$ ). (Tablo 1). NLR ve PLR gruplar arasında benzerdi ( $p > 0.05$ ). MPV değeri missed abortus grubunda kontrol grubuna göre daha düşük iken CRP düzeyi daha yüksek saptandı ( $p < 0.05$ ).

Bu çalışmada, missed abortus grubu ve kontrol grubunda nötrofil, lenfosit, NLR ve PLR'nin benzer olduğunu bulduk ( $p > 0.05$ ). İlginç bir şekilde, missed abortus grubunda kontrollere göre MPV daha düşük ve CRP daha yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Son dönemde kolay, duyarlılığı yüksek olan inflamasyon belirteçleri giderek daha fazla ilgi görmeye başlamıştır. Biyik ve ark. missed abortus grubunda NLR ve PLR değerlerinin sağlıklı gebe kadın grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda NLR ve PLR değerlerinin abortusu öngörmede belirleyici bir etkisinin olmadığını saptadık. MPV ve CRP missed grubunda kontrollere göre daha farklı bulundu ve erken gebelik haftasında dikkat edilmesi gerektiği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** IVF, missed abortus, hematolojik inflamatuvar belirteçler



## grupların demografik özellikleri

Yaş	28.7 ± 2.7	29.1 ± 2.0	0.56
VKİ(kg/m <sup>2</sup> )	23.14± 3.69	22.96± 3.15	0.187
Gestasyonel hafta	7(6– 12)	7(6– 12)	0.130
Gravida	1(1– 3)	1(1– 3)	0.582
Parite	1(0– 3)	1(0– 4)	0.225

1. Sütun: Missed abortus 2. Sütun: Kontrol 3. Sütun: P değeri

## laboratuvar verileri

Değişkenler	Missed abortus	Kontrol	p değeri
NLR	2.48(1.15– 9.74)	2.52 (1– 8.78)	0.621
PLR	125.53 (49.06– 268.18)	123.49 (52.23– 276.14)	0.48
MPV	10 (7.9 – 13.1)	11.3(8.3– 12.7)	0.037
CRP	6.23 (1-23)	3.4 (1-18)	0.023



## [SS-17][Kontrasepsiyon]

### **Kliniğimizde Covid-19 Pandemisi Öncesi ve Sonrası İstemli Gebelik Terminasyon Oranlarının Karşılaştırılması**

Leyla Asker, Tuğçe Tunç, Elif Yılmaz

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

Dilatasyon ve küretaj işlemi, istenmeyen veya ilk trimester sağlıklı gebeliklerin tahliyesinde kullanılan bir uterus aspirasyon yöntemidir. Bir sağlık kuruluşunda, küret veya vakum yardımıyla uygulanabilir, lokal anestezi ve/veya sedasyon altında gerçekleştirilebilir, 15 dakikadan daha kısa sürede tamamlanır.(1)

Amerika Birleşik Devletleri'nde gebeliği sonlandırma oranı, 15 ila 44 yaş arasındaki 1000 kadında 11,3 veya 1000 canlı doğumda 189'du. Küretaj oranlarında 2017'ye göre yüzde 1'lik bir artış olsa da, genel oran son yirmi yılda istikrarlı bir şekilde azaldı. CDC rakamları, devlet sağlık kurumlarına gönüllü olarak bildirilen verilere dayanmaktadır ve eksik olabilir. (2) Bu verilere dayanarak modern kontrasepsiyon yöntemlerinin yaygınlaşmasıyla küretaj oranlarının genel bir azalma eğiliminde olduğu düşünülebilir.

Biz Dr. Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğimizde Covid-19 pandemisinden önceki 2 yıl ile sonrasında süregelen 2 yıl içerisinde dilatasyon&küretaj oranlarını karşılaştırdık. Pandemi öncesi; 2018 yılında kliniğimizde 278 adet, 2019 yılında 438 adet, 2020 yılının ilk 3 ayında 82 adet D&C işlemi yapılarak toplamda 798 adet işlem yapılmıştır. Covid-19 pandemisi sonrası ise; 2020 yılında nisan ayından sonra 107 adet, 2021 yılında 186 adet, 2022 yılının ilk üç ayında 50 adet D&C işlemi yapılarak toplamda 343 adet işlem yapılmıştır.

Bu azalmanın olası nedenlerini ele alacak olursak; öncelikle Covid-19 pandemisinin, özellikle ilk ortaya çıktığı zamanlarda, gebelik sonuçlarına etkisi net bilinmediği için insanlar gebelik planlarını ertelemiş olabilir, modern kontrasepsiyon yöntemlerini kullanarak istenmeyen gebeliklere karşı daha dikkatli davranmış olabilir. Benzer şekilde, ülke genelinde kapsamlı karantinalar uygulandığı zamanlarda hastaneye gelmekten endişe duymuş olabilir ve oral kontraseptif gibi daha kolay ulaşılabilecekleri kontraseptif yöntemlere yönelmiş olabilirler. Ancak bu olasılıkları detaylandırmak için daha geniş spektrumlu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar:

1- Winikoff B, Dzuba IG, Chong E, et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. Obstet Gynecol 2012; 120:1070.

2- Kortsmit K, Jatlaoui TC, Mandel MG, et al. Abortion Surveillance - United States, 2018. MMWR Surveill Summ 2020; 69:1.

**Anahtar Kelimeler:** dilatasyon küretaj, kontrasepsiyon, covid-19, pandemi



## [SS-18][Reproductive endokrin]

### Açıklanamayan infertilite tanısı ile IVF+ET programına alınan hastalarda foliküler yanıt oranının (FORT; follicular output rate) tedavi başarısını öngörme etkinliğinin belirlenmesi

Bahadır Coda<sup>1</sup>, Berna Dilbaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesi

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Bu çalışmada, açıklanamayan infertilite tanısı ile IVF+ET programına alınan hastalarda tedavi sonucu elde edilen klinik gebelik, kimyasal gebelik ve canlı doğum oranlarının, foliküler yanıt oranı (FORT) ile kıyaslanarak IVF+ET tedavi başarısını ile arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Çalışmada Ocak 2010 ve Temmuz 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Kliniği'nde açıklanamayan infertilite tanısı almış; IVF+ET tedavisi planlanan hastaların dosya kayıtları veri tabanından alınarak retrospektif olarak incelendi. Endojen gonadotropinlerin tamamen baskılanmasından sonra, insan koryonik gonadotropin (HCG) uygulama günündeki pre-ovulatuvar folikül sayısı (PFS), antral folikül sayısına (AFS) oranlanarak FORT hesaplandı.  $FORT = \frac{Preovulatuvar\ folikül}{Antral\ folikül} \times 100\%$ . Hastalar FORT indekslerine göre 3 gruba ayrıldı. FORT indeksi %42'nin altında olanlar düşük FORT, FORT %42-%58 arasında olanlar orta FORT ve FORT > %58 olanlar yüksek FORT grubuna dahil edildiler. Rutin olarak 3. gün bakılan ve kaydedilen AFC sayısı ve HCG tetikleme öncesi bakılıp kaydedilen preovulatuvar folikül sayısı, tedaviye alınan hastaların rutin olarak kaydedilen yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), gravida, parite, abort öyküleri, bazal hormon profilleri (3. gün serum FSH, LH, E2, ve siklustan bağımsız olarak serum AMH değerleri), toplanan oosit sayısı ve kalitesi bilgileri kaydedildi. Siklus iptali kararı alınan hastalar, iptal gerekçeleri ile birlikte kaydedildi. Gebelik durumu; biyokimyasal gebelik, klinik gebelik, canlı doğum olarak kaydedildi. Klinik gebelik sonuçları; canlı doğum, abortus, ölü doğum olarak kaydedildi. FORT grupları kendi aralarında canlı doğum, klinik gebelik ve kimyasal gebelik oranları açısından karşılaştırılarak IVF-ET sonucu ve FORT arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Bu çalışmada 1349 olgunun sonuçları değerlendirildi. FORT indeksine göre olguların %80'i düşük, %10,2'si orta, %9,9'u yüksek grupta yer aldı. Olguların IVF sonucu incelendiğinde %22,4 oranında siklus iptali olduğu izlendi. Hastaların %42,9'unda gebelik oluşmamışken, %4,7'sinde kimyasal, %29'unda klinik gebelik saptandı. Düşük, orta ve yüksek FORT gruplarında siklus iptal oranları sırasıyla %22,9; %20,4; %21,8 idi. Kimyasal gebelik oranları sırasıyla %4,5; %6; %6,8, klinik gebelik oranları %29; %32,8; %30,8 ve canlı doğum oranları %23,5; %23,4; %23,3 olarak hesaplandı. Gruplar arasında klinik gebelik, kimyasal gebelik siklus iptal oranları ve canlı doğum açısından anlamlı fark yoktu. FORT'un klinik gebeliği ve canlı doğumu öngörebilirliğini incelemek amacıyla yapılan ROC analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir kesim noktasının olmadığı görüldü (klinik gebelik için AUC: 0,470; canlı doğum için AUC: 0,567). Siklus iptal nedenleri ayrı ayrı incelendiğinde embriyo gelişim yetersizliği ile FORT grupları arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. Yüksek FORT grubunda embriyo gelişim yetersizliği anlamlı düzeyde daha az görüldü ( $p=0,004$ ). Oosit kalitesi düşük FORT grubunda  $4,99 \pm 0,89$ , orta FORT grubunda  $5,16 \pm 0,76$  ve yüksek FORT grubunda  $5,16 \pm 0,79$  olarak hesaplandı. Bu hesaplama göre düşük FORT grubunun; orta ve yüksek FORT grubuna kıyasla oosit kalitesi biraz daha düşüktü ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p = 0,027$ ).

**Sonuç:** Açıklanamayan infertilite tanısı ile IVF-ET planlanan hastalarda FORT indeksi ile klinik gebelik ve canlı doğum başarısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Açıklanamayan Infertilite, IVF-ET, FORT, AFS, PFS



## [SS-19][Reproductive endokrin]

### The metabolic and hormonal parameters of PCOS women in Sanliurfa

Mehmet Açar

Private Office, Sanliurfa, Turkey

**Aim:** Polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common endocrine disorder of reproductive-aged women. PCOS is not only a gynecologic condition affecting women of reproductive age, but also a part of metabolic syndrome with a variety of associated metabolic changes such as vitamin deficiencies, insulin resistance and dyslipidemia. Our aim is to compare the biochemical, hormonal and clinical characteristics of healthy women and women with PCOS in Şanlıurfa.

**Material -Methods:** This retrospective study includes 278 healthy women (Group 1) and 129 PCOS (Group 2) patients. The study was conducted in a private clinic between September 2018-January 2022 in Sanliurfa. The diagnosis of PCOS was done according to revised Rotterdam Criteria ESHRE/ASRM criteria (2004). The anthropometric, clinical and laboratory characteristics of the women were recorded. SPSS Statistics 26 program was used for statistical analysis. Variables were expressed as mean  $\pm$  standard deviation or as a number (percentage), and statistical significance was defined as a p value of less than 0.05.

#### Results:

There is no statistically significant difference between patients with PCOS and healthy subjects in age, weight, height, BMI, waist circumference and waist-to-hip ratio. But, blood pressure (BP) systolic, BP diastolic and Ferriman Gallwey (FG) scores, were significantly higher in patients with PCOS compared to healthy subjects. Also there is no statistically significant difference between two groups in terms of FSH, estradiol, prolactin, TSH, fT3, fT4 and DHEASO4 levels. Total and free testosterone, 17-OH progesterone, LH, cortisol levels were significantly higher in patients with PCOS compared to healthy subjects. Also, vitamin B12 and the 25-OH-D levels were significantly lower in patients with PCOS compared to healthy subjects. HbA1C, fasting blood glucose levels, fasting insulin levels and HOMA-IR were significantly higher in patients with PCOS compared to control subjects. Total-C, LDL-C and TG levels were significantly higher in women with PCOS compared to healthy subjects. Also, HDL-C levels were significantly lower in women with PCOS compared to healthy subjects.

**Conclusion:** High androgen levels, obesity and insulin resistance increase metabolic syndrome risk in PCOS patients.

**Keywords:** PCOS, metabolic syndrome, vitamin deficiency



**Table 1. Baseline characteristics of healthy group and PCOS women**

	Healthy women(n=278)	PCOS (n=129)	p-value
Age (years)	27.48±5.16	27.91±5.31	0.461
Weight(kg)	81.25±17,91	82.42±23.82	0.098
Height(cm)	161.01±5.73	161.06±7.19	0.784
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	28.73±7.65	30.27±11.21	0.063
WC (cm)	82.45±21.80	86.15±21,62	0.417
Waist-to-hip ratio	0.72 ± 0.16	0.82 ± 0.27	0.579
SBP (mmHg)	112± 12	108 ± 14	0.023
DBP (mmHg)	72 ± 8	79 ± 10	0.032
FG score	5.22± 2.3	10.43± 2.23	0.012

*BMI: body mass index; WC: waist circumference, SBP: systolic blood pressure; DBP: diastolic blood pressure. Results are expressed as median (range) or mean±SD according to distribution. \*\* p < 0.05, significant difference between groups.*



**Table 2. Hormonal and metabolic profile in the healthy group and PCOS women**

	Healthy women(n=278)	PCOS (n=129)	p-value
FSH(IU/L)	5.41 ± 1.42	5.78 ± 1.61	0.476
LH(IU/L)	7.45 ± 4.26	9.91 ± 4.77	0.012
Estradiol( pg/ml )	46.41±15,12	54.37±16,32	0.313
Prolactin( ng/ml )	16.38±7,23	16.42±7,11	0.641
TSH(mIU /L)	2.01±1,22	2.28±1,13	0.214
fT3(mIU /L )	3.16±0,61	2.78±0,66	0.132
fT4( mIU /L )	1.33±0,43	1.41±0,39	0.246
Cortisol (nmol/L)	14.59±6.61	15,73±7.16	0.007
TT (ng/dL)	39.53±35.24	62.22±24.29	0.012
fT (ng/dL)	1.47±0.36	2.36±1.27	0.023
DHEASO4 (nmol/L)	261.38±101.11	255.92±89.56	0.374
17-OH progesteron (ng/dl)	0.85±0.19	1.28±0.34	0.019
Vitamin B12( pg/ml )	376.71±131.90	364.02±189.16	0.039
25-OH-D (nmol/L)	12.67±6.38	10.13±6.86	0.041
HbA1C	4.89±1.52	5.54±1.36	0.023
Fasting glucose (mmol/L)	89.21±17.08	92.17±21.06	0.045
Fasting insulin (µIU/MI)	13.52±8.34	17.21±14.12	0.023
HOMA-IR	3.19±2.69	4.51±4.42	0.016
TC (mmol/L)	169.19±43.77	181.34±30.87	0.039
LDL-C (mmol/L)	91.38±22.61	98.33±26.29	0.035
HDL-C (mmol/L)	55.22±12.29	50.69±12.28	0.041
TG (mmol/L)	121.69±52.27	138.62±42.17	0.036

*FSH:follicle stimulating hormone;LH:luteinizing hormone;FT3:Free triiodothyronine; FT4:Free thyroxine; TT: total testosterone; freeT: bioavailable testosterone;DHEASO4: dehydroepiandrostenedionesulphate; 25OHD: 25-hydroxyvitamin D; HOMA-IR: homeostatic model assessment of insulin resistance;TC: total cholesterol; LDL-C: low density lipoprotein cholesterol; HDL: high density lipoprotein cholesterol; TG: triglycerides; FAI: free androgen index; SHBG: sex hormone binding globulin;; Results are expressed as median (range) or mean±SD according to distribution. \*\* p < 0.05, significant difference between groups.*



## [SS-20][Obstetrik]

### **Advanced Maternal Age: An Absolute Risk Factor For Adverse Pregnancy Outcomes**

Evrım Koca, Deniz Simsek, Burcu Dincgez

University of Health Sciences, Bursa Yuksek Ihtisas Research and Training Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Bursa, Turkey

**Aim:** Advanced maternal age is defined as childbearing over 35 years of age. The incidence of advanced maternal age is reported to be as 2.3-2.8%. Previous studies depicted that advanced maternal age might cause adverse maternal and neonatal outcomes such as gestational diabetes, hypertensive disorders of pregnancy, placental invasion anomalies, intrauterine growth restriction, low birth weight and increased cesarean rates. The aim of this study was to compare the pregnancy outcomes of women before the age of 35 and above the age of 35 years in our clinic. **Material-Methods:** A total of 487 patients who had regular antenatal visits and gave birth in University of Health Sciences, Bursa Yuksek Ihtisas Research and Training Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology between January 2017 and December 2020 were included. Patients were divided into two groups: <35 years (n=345) and ≥35 years (n=142). Age, gestational age at birth, presence of fetal anomaly, gestational diabetes, hypertensive disorders of pregnancy, intrauterine growth restriction, placenta previa, in utero mort fetus, ablatio placenta, cesarean section, birth weight, APGAR scores and neonatal intensive care unit admission were recorded and compared between two groups.

**Results:** There was no significant difference between two groups in terms of gestational age at birth (p=0.556), birth weight (p=0.920), APGAR scores of first and fifth minutes (p=0.106 and p=0.173), fetal anomaly (p=0.650), intrauterine growth restriction (p=0.079) and ablatio placenta (p=0.832). Gestational diabetes mellitus (8.4% vs 3.5%, p<0.001), hypertensive disorders of pregnancy (11.2% vs 5.5%, p<0.001), in utero mort fetus (4.9% vs 1.1%, p=0.018), placenta previa (3.5% vs 1.2%, p=0.021), cesarean section rates (54.2% vs 38.5%, p<0.001) and neonatal intensive care unit admission (14.8% vs 8.1%, p=0.046) were significantly more common in advanced age group as compared to pregnant <35 years old.

**Conclusion:** Advanced maternal age are related with increased rates of adverse pregnancy outcomes. Thus, close monitoring of these patients would be appropriate to avoid these outcomes and to prevent perinatal mortality and morbidity.

**Keywords:** advanced maternal age, adverse outcomes, pregnancy outcomes



## Pregnancy outcomes of patients

	Advanced maternal age (n=142)	Control (n=345)	P
Fetal anomaly (n,%)	2 (1.4%)	1 (0.2%)	0.650
In utero mort fetus (n,%)	7 (4.9%)	4 (1.1%)	0.018
Gestational diabetes (n,%)	12 (8.4%)	12 (3.5%)	<0.001
Hypertensive disorders of pregnancy (n,%)	16 (11.2%)	19 (5.5%)	<0.001
Intrauterine growth restriction (n,%)	13 (9.2%)	21 (6.1%)	0.079
Placenta previa (n,%)	5 (3.5%)	4 (1.2%)	0.021
Ablatio placenta (n,%)	1 (0.7%)	3 (0.9%)	0.832
Gestational age at birth (week)	37 (28-40)	38 (34-41)	0.556
Birth weight (gram)	3260 (870-4800)	3250 (600-4460)	0.920
Apgar score of first minutes	9 (0-9)	9 (0-9)	0.106
Apgar score of fifth minutes	10 (0-10)	10 (0-10)	0.173
Cesarean section rate (n,%)	77 (54.2%)	133 (38.5%)	<0.001
Neonatal intensive care unit admission (n,%)	21 (14.8%)	28 (8.1%)	0.046



## [SS-21][Genel jinekoloji]

### Defining the parameters causing total fertilization failure and embryo development arrest in in vitro fertilization (ivf) treatment

Mustafa Akşar<sup>1</sup>, Serdar Dilbaz<sup>2</sup>, Runa Özelçi<sup>2</sup>, İskender Kaplanoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şanlıurfa Bozova Devlet Hastanesi, Şanlıurfa, Türkiye

<sup>2</sup>Ankara Etlik Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

**Objective:** The aim of the study was to determine the causes of total fertilization failure and embryo development arrest and predict the cycle outcome in patients undergoing in vitro fertilization (IVF) treatment and ICSI (intracytoplasmic sperm injection).

**Material-Method:** Between January 2016 and December 2019, infertility patients who applied to Etlik Zübeyde Hanım Practice and Research Hospital Assistant Reproductive Techniques Center and applied ICSI (n=1846) for IVF treatment; according to the results of ICSI application; patients analyzed as total fertilization failure, embryo development arrest and successful fertilization. The patients were divided into two groups. "successful fertilization" (group I,n=1412) and "fertilization failure" (group II,n=434) were retrospectively assessed for the parameters; age, body mass index (BMI), serum follicle stimulating hormone (FSH) and estradiol level on early follicular phase days, serum anti-mullerian hormone (AMH) level, antral follicle count, duration of infertility, etiology of infertility, estradiol level on oocyte pick up (OPU) day, picked oocyte number, spermogram parameters, 2PN number, duration of ovulation induction, and total gonadotropin dose.

**Results:** In the study 1846 cycles were included, the number of cycles with fertilization failure was 23,5%(434/1846). Total fertilization failure was 6.6%(121/1846) and embryo development arrest was 16.9%(313/1846). There was no statistically difference in BMI, serum estradiol level, duration of ovulation induction and duration of infertility ( $p>0.05$ ). Statistically difference was identified in terms of age [31 (19-46) vs 33 (18-47),  $p<0.001$ ], serum FSH level, estradiol level on the day of OPU [1310 (97-7731) vs 785 (58-5959),  $p<0.001$ ], serum AMH level [1,81 (0,01-33) vs 0,7 (0,01-74),  $p<0.001$ ], antral follicle count [10 (0-30) vs 6 (0-30),  $p<0.001$ ], picked oocyte number on the day of OPU [10 (1-144) vs 5 (1-31),  $p<0.001$ ] and 2PN number [4 (1-28) vs 1 (0-16),  $p<0.001$ ]. The included patients were analyzed according to sperm retrieval techniques. Fertilization success was 75.4%(1211/1605) in which group sperm retrieved from the ejaculate, 70.4%(93/132) in TESE applications, and 80%(8/10) in the group other techniques performed (MESA, PESA etc.)( $p=0.771$ ). There was no statistically difference in total sperm count, motility rate [% (A + B)], progressive sperm motility, Kruger rate (%) ( $p>0.05$ ). Multivariate logistic regression model was applied to sort out the factors that may predict the fertilization success, only 2PN number was identified as a significant independent predictor of successful fertilization [OR=12,016 (7,529-19,176),  $p<0.001$ ].

**Conclusion:** Statistically significant difference was determined for the parameters; female age, serum AMH level, FSH level, estradiol level on OPU day, antral follicle count, picked oocyte count and 2PN number ( $p<0.005$ ). In the multivariate logistic regression model of these factors, only 2PN number was identified as a significant independent predictor of successful fertilization [OR=12,016 (7,529-19,176),  $p<0.001$ ]. In the ROC analysis, 2PN number significantly predicted fertilization success. The optimal cut off was calculated as 2.5 ((75% sensitivity and 78% specificity)(AUC: 0.845,  $p<0.001$ )). Last of all the 2PN value has been used as an indicator of fertilization. In the study, it is determined as an independent prognostic parameter that can be used to predict that a quality embryo can be obtained for transfer.

**Keywords:** Yok, Yok, Yok



## [SS-22][Obstetrik]

### **Doğum sonrası yakın takip ünitesine gönderilen kadınlarda doğum zamanı ile postpartum sonuçlar arasındaki ilişki**

Nefise Nazlı Yenigül<sup>1</sup>, Süleyman Serkan Karaşin<sup>1</sup>, Bayram Tunahan Karapınar<sup>1</sup>, [Elif Yüce Bilgin<sup>1</sup>](#), Emin Üstünyurt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa

#### Giriş

Doğum sonrası yakın takip ünitesine alınan hastalar doğum saatlerine göre değerlendirilerek doğum süresinin maternal-fetal sonuçlara olan etkisi değerlendirildi.

#### Yöntem

Bu çalışma doğum sonrası yakın takip ünitesinde takip edilen 18-45 yaş arası 292 kadını içermektedir. Hastalar doğum saatlerine göre üç gruba ayrılmıştır. 08:00-16.00 saatleri arasında doğum yapanlar 1. grup, 16:00-24:00 saatleri arasında doğum yapanlar 2. grup, 24:00-08:00 saatleri arasında doğum yapanlar 3. grubu oluşturdu. Gruplar arasında toplanan tüm veriler karşılaştırıldı.

#### Bulgular

1.grupta histerektomi (45(%36)) ve kan transfüzyonu (35(%28)) oranları diğer gruplara göre daha yüksek ( $p<0,001$ ); dren yerleştirme oranları ise 3. Grupta daha yüksek saptanmıştır. (48 (%84,2),  $p<0,001$ ). Başka hiçbir operatif yaklaşım ve komplikasyon, bu üç grup arasında önemli ölçüde farklı görülmemiştir.

#### Sonuç

Maternal-fetal sonuçlar ve cerrahi komplikasyonlar açısından doğumun mesai saatleri dışında veya saat 24:00'ten sonra yapılması olumsuz bir etki yaratmayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum, doğum zamanı, postpartum sonuçlar, yakın takip ünitesi



## Doğum sonrası yakın takip ünitesine gönderilen kadınlarda operatif yaklaşım ve komplikasyonlar

	Grup 1 (n=125)	Grup 2 (n=110)	Grup 3 (n=57)	P
Anestezi methodu				
spinal anestezi	50(%40)	71(%64.5)	30(%52.6)	<0.001
Genel anestezi	75(%60)	39(%35.5)	27(%47.4)	
B-Lynch suture n (%)	2(%1.6)	4(%3.6)	3(%5.3)	0.379
Uterin arter ligasyonu n (%)	2(%1.6)	2(%1.8)	4(%7)	0.087
Hipogastrik arter ligasyonu n (%)	7(%5.6)	1(%0.9)	2(%3.5)	0.143
Histerektomi n (%)	45(%36)	9(%8.2)	11(%19.3)	<0.001
Relaparotomi n (%)	7(%5.6)	3(%2.7)	6(%10.5)	0.122
Kan transfüzyonu n (%)	35(%28)	10(%9.1)	7(%12.3)	<0.001
Dren takibi n (%)	30(%24)	26(%23.6)	48(%84.2)	<0.001

n (%) (Veriler). Prevalans değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.



## [SS-23][Genel jinekoloji]

### Multiple Myom, Anemi, Menometrorajili Virigo 2 Hastanın Subkutan Etonogestrel İmplantla Tedavisi

Inci Öz

Liv Hospital Vadi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü İstanbul Türkiye

**Amaç:** Polikliniğe başvuran yaşları 33 ve 37 olan, virigo 2 hastada multiple myom, anemi ve anormal uterine kanama tanısı ile tedavi amaçlı subkutan Etonogestrel uygulaması, klinik çalışmanın amacı, subkutan etonogestrel implantasyonunun hastanın kanamasına etkilerini araştırmak, hastaların klinik sonuçlarının izlenmesidir.

**Yöntem:** Hastalara medikal tedavi subcutan etonogestrel implant uygulandı ve hastalar klinik olarak myom boyutuna, endometrium kalınlığına, hemoglobinin yükselmesi ve hayat kalitesinin artmasına göre değerlendirildi.

**Bulgular:** Tanıda myom hacmi, endometrium kalınlığı,menstürel kanama miktarı, hemoglobin düzeyleri ve hayat kalitesinin sorgulanması olarak değerlendirildi. Hastaların tedavi sonrası ultrasonda myom boyutlarında artmama, kan hemoglobininde yükselme, menstürel kanama miktarında azalma ve hayat kalitelerinde artma sonuçta klinik olarak anlamlı düzelmeye olduğu ve hastaların tedaviye devam konusunda bir sorun olmadığı gözlemlendi.

**Sonuçlar:** Progesteron,üreme fizyolojisini koordine etmek için gerekli bir steroid hormondur.Progesteronun etkilerine, ligandla aktive olan transkripsiyon faktörlerinin nükleer hormon süper ailesinin bir üyesi olan PR ile etkileşim aracılık eder. Aynı genden iki farklı promotör tarafından kopyalanan PR-A ve PR-B olarak adlandırılan iki baskın PR izoformu vardır, tek fark insan PR-B'sinin amino terminalinde ilave 164 amino asit ile daha büyük olmasıdır. Sonuç olarak, PR-A ve PR-B farklı transkripsiyonel aktivitelere sahip olabilir. Literatürde yapılan çalışmalarda, normal miyometriyal doku ile karşılaştırıldığında leiomyom dokusunda hem PR-A hem de PR-B ekspresyonunun arttığını bildirmiştir. PR izoformlarının seçici ablasyonu, PR-A'nın ovulasyon için gerekli olduğunu ve uterus progesteronun anti-proliferatif etkilerinde PR-B'nin gerekli olduğunu ortaya çıkarmıştır. Uterus leiomyomunda her PR izoformunun spesifik rolleri hakkında çok az şey bilinmektedir.

Uterin leiomyomlar,en yaygın solid pelvik tümördür %80 görülür ve %30'una tedavi gerektirecek kadar şiddetli semptomlar gelişir, leiomyom semptomlarına tümörün büyüklüğü, kütle etkisi ve endometriumdaki gen ekspresyonunu modüle ederek neden olur. Leiomyomlar büyümede heterojenlik gösterir.Myomların prevalansı yüksektir, etiyojisi bilinmemektedir. X kromozomuna bağlı klonalite çalışmaları (glukoz-6-fosfat dehidrojenaz kullanılarak) leiomyomların tek bir miyositten büyüyen monoklonal tümörler olduğunu göstermektedir. Miyositin neoplastik transformasyonu hücre hasara bağlıdır.Miyositin leiomyoma dönüştürülmesinde rol oynadığı öne sürülen faktörler arasında genetik mutasyonlar, epigenetik anormallikler ve hipoksik reaksiyon yer alır; dönüşüm ve klonal genişlemedeki olayların patogenezi henüz açıklanamamıştır. Hücre hasarından bağımsız olarak, leiomyomların özelliği, steroid hormonlarına yanıt vermeleridir, tedavi seçeneği sağlar. Östrojen ve progesteron, hücre proliferasyonu ve kollajenden bol hücre dışı matris üretimini uyarak tümörün genişlemesine yol açar. Kollajen birikiminin de leiomyomların nihai involüsyonuna katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Etonogestrel, ovulasyonu engeller, östrojenin ovulasyon pikini ortadan kaldırır.Menstürel siklus sırasında ortalama östrojen seviyelerini azaltır.Estradiol konsantrasyonu, myom semptomlarının hafifletilebileceği bir mekanizma olarak erken foliküler fazdan daha yüksek bir seviyede tutulur. Etonogestrel ayrıca servikal mukusun viskozitesini artırır ve endometriumun kalınlığını azaltır. Çalışmamızda hormon seviyeleri değerlendirilmedi, klinik bulgular gözlemlendi.Implanon®'un myomun klinik semptomlarını ve belirtilerini nasıl hafiflettiğini netleştirmek için menstrüasyonun farklı aşamalarında hormon seviyelerini ve endometriumdaki değişiklikleri ölçmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Tümörjenezde kök-progenitör hücrelerin önemi kavramı gelişmektedir ve bu, son zamanlarda leiomyomlara uygulanarak, Ovaryan steroidlerin leiomyom patogenezindeki rolüne uygun aromataz inhibitörleri ve antiprogesterinler gibi tıbbi tedavi seçenekleri geliştirilmiştir. Fakat, tedaviler leiomyomu yok etmemekte, recürrens olmaktadır. Leiomyoma etkili, kalıcı tedavi bulmak, yüksek prevalansları ve ilişkili tıbbi maliyetler için büyük sonuçlar doğurabilir. Kök hücrelerin keşfi ve leiomyom içindeki daha farklı hücre popülasyonları ile parakrin etkileşimleri, leiomyom büyümesini hızlandıran terapötikler ile antidotları arasındaki bağlantıyı sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** multiple myom, menometroraji, anemi, etonogestrel, virigo



## [SS-24][Genel jinekoloji]

### **Comparison efficiency of paracervical block in first trimester surgical abortion to endometrial sampling and its relation with anxiety**

Sule Atalay Mert, Berna Dilbaz

Department of Reproductive Endocrinology, Etlik Zubeyde Hanım Obstetrics and Gynecology Training and Research Hospital, University of Health Sciences, Ankara, Turkey

**Background:** Effective and safe pain management is essential during evacuation of the uterine cavity. Physiological support, premedication with analgesics, local anaesthesia are the most widely used methods preferred for pain management during minor outpatient gynecological surgeries. World Health Organisation (WHO) Safe Abortion For Health Systems Guideline recommends use of manual or electrical vacuum aspiration for first trimester surgical abortions and supports use of analgesics, local anaesthesia and/or conscious sedation supplemented by verbal reassurance for pain management. In this study we aimed to compare the efficacy of lidocain used for pain management in first trimester voluntary termination to endometrial sampling and its relation with anxiety.

**Material-Methods:** The study was conducted at a tertiary women's health center after obtaining institutional approval from the local ethics committee. A total of 120 patients were enrolled the study. 60 patients who had first trimester voluntary surgical abortion were recruited to the study as Group-1, while 60 patients who had endometrial sampling due to the abnormal uterine bleeding were taken as Group-2.

Patients in both groups had paracervical block with 1% lidocain injection to cervix at 4 different sites (2- 4- 8- 10 o'clock) prior to manual vacuum aspiration (MVA) and the intensity of the pain was evaluated with Visual Analogue Score (VAS) at each step of the procedure. The injections were performed slowly into a depth of 3 cm within 60 seconds. Aspiration of the uterine cavity was performed 3 minutes after paracervical block. No premedication was given to patients before the procedure.

The patients were asked to complete Beck Anxiety Inventory (BAI) prior to the procedure. The degree of experienced anxiety of the patient was classified according to total point given on scale. The classification was as follows; 0-7 = no anxiety; 8 - 15 = mild anxiety; 16 - 25 = moderate anxiety; 26 - 30 = severe anxiety.

Pre and post procedure Hemoglobin (Hb) and Hemotocrit (Hct) levels were also recorded.

**Results:** Although the mean age of Group 1 was found statistically significantly lower than Group 2 ( $31.14 \pm 6.33$  versus  $38.68 \pm 6.37$ ,  $p < 0.001$ ), there was no statistical significant difference between the two groups with respect to the gravidity, parity, number of induced and spontaneous abortions, stillbirth or alive children ( $p > 0.005$ ).

The VAS scores measured at the time of application of the tenaculum to the cervix (VAS1), the injection of paracervical block (VAS2), and the insertion of the canula (VAS3), half an hour after the procedure (VAS5) were similar in both groups. However VAS scores measured during aspiration (VAS4;  $p=0.001$ ), and overall pain related to the procedure (VAS6;  $p= 0.003$ ) were found to be higher in Group-2 (Table 1).

The BAI scales of both groups were similar ( $8.95 \pm 10.0$  vs  $8.8 \pm p > 0.005$ ) (Table 2).

The drop in Hb, Hct was significant in Group-1 ( $p=0.001$ ).

**Conclusion(s):** Paracervical block regardless of the level of pre-operative anxiety; is a safe method that can be used for pain of the cervical dilatation and total pain scale management in endometrial sampling.

**Keywords:** paracervical block, induced abortion, endometrial sampling, pain management, anxiety



**Table-1: Comparison of VAS scores of Group-1 (Induced Abortion) and Group-2 (Endometrial Sampling)**

	<u>Group-1</u>		<u>Group-2</u>		p value
	<u>(N=60)</u>		<u>(N:60)</u>		
	<u>Induced abortion</u>		<u>Endometrial sampling</u>		
	<u>Mean</u>	<u>Sd</u>	<u>Mean</u>	<u>Sd</u>	
VAS <sub>1</sub>	1,86	1,378	1,92	1,685	0,883
VAS <sub>2</sub>	2,41	1,328	2,17	1,575	0,38
VAS <sub>3</sub>	2,65	1,348	3,24	2,156	0,102
VAS <sub>4</sub>	3,3	1,387	4,39	2,252	<b>0,001*</b>
VAS <sub>5</sub>	1,54	1,175	2,24	1,646	0,008
VAS <sub>6</sub>	2,06	1,105	2,71	1,465	<b>0,003*</b>

\*p<0.005 statistically significant



**Table-2: The distribution of VAS scores according to the grouped Beck Depression Scale in Group-1 and Group-2.**

	BECK Groups	N	Mean	SD	p	
Group-1 Induced Abortion (N:60)	VAS1	A	53	1,69	1,195	0,867
		B	7	2,38	1,302	
	VAS2	A	53	2,24	1,212	0,343
		B	7	3,00	,926	
	VAS3	A	53	2,54	1,193	0,488
		B	7	2,75	1,035	
	VAS4	A	53	3,15	1,188	0,812
		B	7	3,63	1,188	
	VAS5	A	53	1,41	,880	0,107
		B	7	1,63	,518	
	VAS6	A	53	1,91	,807	0,633
		B	7	2,38	,744	
Group-2 Endometrial sampling (N:60)	VAS1	A	56	1,92	1,584	0,128
		B	4	2,00	2,915	
	VAS2	A	56	2,10	1,480	0,051
		B	4	3,00	2,550	
	VAS3	A	56	3,18	2,172	0,878
		B	4	4,00	2,000	
	VAS4	A	56	4,33	2,219	0,683
		B	4	5,20	2,775	
	VAS5	A	56	2,20	1,631	0,743
		B	4	2,80	1,924	
	VAS6	A	56	2,67	1,387	0,069
		B	4	3,20	2,387	

GrupA → Mild anxiety (Beck Score 0-21)

Grup B → Moderate + severe anxiety (Beck Score 22-63).



## [VO-1][Genel jinekoloji]

### **Servikal Myomlu, Yoğun Kanamalı ve Anemisi Olan Hastanın Robotik Myomektomi ile Cerrahi Tedavisi; Olgu Sunumu**

#### Inci Öz

Liv Hospital Vadi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü İstanbul Türkiye

**Amaç:** Liv Vadi Hastanesi'ne başvuran servikal myom tespit edilen yoğun kanamalı, anemisi olan hastaya tedavide minimal invaziv cerrahi seçeneği olarak robotik cerrahi ile myomektomi yapıldı.

**Yöntem:** Liv Vadi Hastanesi'ne başvuran hasta 28 yaşında virgo, yoğun kanamalı, anemisi olan bir hastaydı. Hastanın yapılan pelvik muayene, ultrasonografi ve pelvik MRI tetkiklerinde servikal 3x5 cm myom tanısı konuldu.

**Bulgular:** Tedavide minimal invaziv cerrahi seçeneği olarak robotik cerrahi ile myomektomi yapıldı. İşlem süresi vakada yaklaşık ortalama olarak 25 dk oldu. Tedavi sonrası hasta serviste bir gün takip edilerek taburcu edildi.

**Sonuçlar.** Robotik yardımcı cerrahi, 3D panoramik görüş, eklem-bilek enstrümantasyon, titreme filtreleme ve hareket ölçekleme özellikleriyle cerrahi inovasyonda devrim niteliğinde bir adımdır. Geçmişte, açık cerrahi yoluyla myomektomi, myomektomide altın standart tedavi olarak kabul edildi. Ancak son yıllarda hem yaşlı hem de genç hastalar için uygun bir prosedür olan robotik myomektomi uygulamaları, kullanımı özel eğitim ve yetenekli bir robotik ekip ile geliştirilebilir giderek artmaktadır. Yakın zamanda yapılan bir inceleme, robot destekli tekniğin, ameliyat sırasında daha düşük kan kaybı ve transfüzyon oranı ve muhtemelen daha hızlı gastrointestinal iyileşme ve daha kısa hastanede kalış süresi gibi çeşitli avantajları olduğunu öne sürmektedir. Robotik tedaviler, açık cerrahi tedavilere veya laparoskopik yaklaşımlara göre daha yüksek başarı oranlarına sahiptir. Myomektomi operasyonu açık cerrahi, laparoskopik veya robotik cerrahi yöntemi ile yapılabilir. Açık cerrahi hasta için invazivdir, laparoskopik yaklaşımlar myomektomi olgularında kısıtlı hareketlilik, uzun dikiş süreleri ve uzun operasyon süresi nedeniyle genellikle daha invaziv olarak görülmektedir. Uygun hastalarda minimal invaziv Robotik cerrahi ilk seçenek olarak önerilebilir. Robotik operasyonun kısa sürmesi, üstün görme ve cerrahi hareket kapasitesinin yüksek olması nedeniyle daha olumlu klinik sonuçlar elde edilmektedir. Cerrahi kolaylaştırmakta ve hastanın operasyon sonrası hayat kalitesini arttırmaktadır. Vaka sayısı fazla olan uzun süreli çalışmalar yol gösterici olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** robotik cerrahi, myomektomi, servikal myom, heavy bleeding, anemi

---



## [VO-2][Genel jinekoloji]

### **Tubeovaryan Abse Olgusuna Laparoskopik Yaklaşım: Adezyolizis ve Salpingooferektomi**

Nefise Nazlı Yeniçü<sup>1</sup>, Nergis Kender Erturk<sup>1</sup>, Anıl Erturk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa  
<sup>2</sup>Gemlik Devlet Hastanesi

40 yaşında hasta sol pelvik ağrı şikayetiyle kadın doğum polikliniğine başvurdu. 3 ay önce tuboovarian apse (TOA) tanısı ile antibiyotik tedavisi almıştı. Fizik muayenede uterus ve sol over immobilildi. Douglasta palpasyon ile hassas, heterojen, yaklaşık 8 cm boyutunda kitle ele geliyordu. Ultrasonografide sol overde 87x37 mm boyutlarında ölçülen ince septalar ve internal ekolar içeren multiloküle kistik lezyon vardı. MR'ında sol adneksiyal lojda aksiyel boyutu 89x64 mm olan kistik kitlesel TOA ile uyumlu lezyoz izlendi. Tümör markerları normaldi. CRP'si 13 idi. Hastaya adneksiyel kitle ve sol pelvik ağrı endikasyonu ile laparoskopik salpingooferektomi planlandı. Ameliyat sırasında frozen pelvis hali izlendi. Öncelikle adezyolizis yapıldı. Sigmoid kolon, uterus ve sol infundibulopelvik ligaman keskin ve künt diseksiyonla birbirinden ayrıldı. Apse loju netleştirildi ve boşaltıldı. Adezyolizis sonrası sol round ligament netleştirilerek ligate edilip kesildi. Sol lateral yaklaşımla retroperitona girildikten sonra sol üreter diseke edildi. Sonrasında salpingooferektomi sorunsuz gerçekleştirildi. Hasta ameliyattan iki gün sonra taburcu edildi ve 3 ay sonraki kontrolünde herhangi bir şikayetin olmadığını ifade etti.

**Anahtar Kelimeler:** tubeovaryan apse, üreter, adezyolizis, salpingooferektomi



## [VO-3][Genel jinekoloji]

### Minimal İnvazive Robotik Sacroservikopeksi Operasyonu; Olgu Sunumu

#### Inci Öz

Liv Hospital Vadi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü İstanbul Türkiye

**Amaç:** Pelvik Organ Prolapsusu tedavisinde minimal invazive cerrahi seçeneği olarak robotik sacroservikopeksi operasyonu yapılan, 5 vajinal doğumu olan bir hastanın tedavisi video sunumla özetlenmektedir.

**Gereç ve Yöntemler:** Liv Vadi Hastanesine başvuran pelvik organ prolapsusu olan hastaya abdominal sacroservikopeksi operasyonunda minimal invazive tedavi yöntemi olarak robotik sacroservikopeksi operasyonu uygulandı.

**Bulgular:** Tedavi yapılan hasta 41 yaşındaydı gebelik öyküsü g5p5y5n/d idi. Vajinal doğum sonrası gelişen pelvik organ prolapsusu mevcuttu.

**Sonuç:** Literatürde POP tedavisinde abdominal sacroservikopeksi altın standarttır. Abdominal yapılan tedavilerin vajinal yapılan tedavilere göre başarı oranları daha yüksektir. Abdominal sacroservikopeksi operasyonu açık cerrahi, laparoskopik olarak veya robotik yöntemle yapılabilir.

Açık cerrahinin hasta açısından invazive olması, laparoskopik yaklaşımlar yaygın olarak adezyonların olduğu vakalarda hareket kabiliyetinin sınırlı olması, sutür sürelerinin uzun olması nedeniyle daha invaziv olarak görülmektedir. Minimal invazive Robotik sacroservikopeksi operasyon süresinin kısa olması, görüş hakimiyetinin üstün olması ve yine cerrahi hareket kapasitesinin yüksek olması sebebiyle uygun hastalarda sacrocolpopeksi veya sacroservikopeksi operasyonunda ilk seçenek olarak önerilebilir, uzun dönemli ve vaka sayısı yüksek olan çalışmalar yol gösterici olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** pelvik organ prolapsusu, sacroservikopeksi, sacrocolpopeksi, vajinal doğum

---



## [VO-4][Genel jinekoloji]

### Total Robotik Histerektomi;Olgu Sunumu

#### Inci Öz

Liv Hospital Vadi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü İstanbul Türkiye

#### Total Robotik Histerektomi;Olgu Sunumu

Amaç: Liv Vadi Hastanesi'ne başvuran hastanın annesi meme kanseri nedeniyle opere idi hastanın özgeçmişinde g0, takipte myomu vardı hastaya tedavide minimal invaziv cerrahi seçeneği olarak robotik cerrahi ile histerektomi yapıldı.

Yöntem: Liv Vadi Hastanesi'ne başvuran hasta 55 yaşında G0 annesi meme kanseri nedeniyle opere ve 5 yıl önce laparoskopik total kolektomi yapılmış olan bir hastaydı. Hastanın yapılan pelvik muayene,ultrasonografi myom tanısı konuldu.

Bulgular: Tedavide minimal invaziv cerrahi seçeneği olarak robotik cerrahi ile total histerektomi yapıldı. İşlem süresi vakada yaklaşık ortalama olarak 45 dk oldu. Tedavi sonrası hasta serviste bir gün takip edilerek taburcu edildi.

Sonuçlar. Robotik yardımcı cerrahi, 3D panoramik görüş, eklem-bilek enstrümantasyon, titreme filtreleme ve hareket ölçekleme özellikleriyle cerrahi inovasyonda devrim niteliğinde bir adımdır. Geçmişte, açık cerrahi yoluyla histerektomi, histerektomide altın standart tedavi olarak kabul edildi. Ancak son yıllarda hem yaşlı hem de genç hastalar için uygun bir prosedür olan robotik histerektomi uygulamaları, kullanımı özel eğitim ve yetenekli bir robotik ekip ile geliştirilebilir giderek artmaktadır. Yakın zamanda yapılan bir inceleme, robot destekli tekniğin, ameliyat sırasında daha düşük kan kaybı ve transfüzyon oranı ve muhtemelen daha hızlı gastrointestinal iyileşme ve daha kısa hastanede kalış süresi gibi çeşitli avantajları olduğunu öne sürmektedir. Robotik tedaviler, açık cerrahi tedavilere veya laparoskopik yaklaşımlara göre daha yüksek başarı oranlarına sahiptir. Histerektomi operasyonu açık cerrahi, laparoskopik veya robotik cerrahi yöntemi ile yapılabilir. Açık cerrahi hasta için invazivdir, laparoskopik yaklaşımlar adezyonlu olgularda kısıtlı hareketlilik ve uzun dikiş süreleri nedeniyle genellikle daha invaziv olarak görülmektedir. Uygun hastalarda minimal invaziv Robotik cerrahi ilk seçenek olarak önerilebilir. Robotik operasyonun kısa sürmesi, üstün görme ve cerrahi hareket kapasitesinin yüksek olması nedeniyle daha olumlu klinik sonuçlar elde edilmektedir. Cerrahiyi kolaylaştırmakta ve hastanın operasyon sonrası hayat kalitesini arttırmaktadır. Vaka sayısı fazla olan uzun süreli çalışmalar yol gösterici olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** robotik histerektomi, myom, minimal invazive



**KONTRASEPSİYON &  
ÜREME SAĞLIĞI  
DERNEĞİ**

**Bilimsel Sekreteryası**

**Kontrasepsiyon ve Üreme Sağlığı Derneği**

Adres: Çetin Emec Bulvarı, Harbiye Mah. Hürriyet Cad. No: 1-13, Öveçler, Ankara

Tel: +90 (312) 481 06 06

E-Posta: info@uremesagligi.org

Web: www.uremesagligi.org

**global**

**Organizasyon Sekreteryası**

**Global Turizm ve Organizasyon**

Adres: Mecidiye Mah. Muallim Naci Cad. Katmer Sk. No.2 Ortakoy, İstanbul

Tel: +90 (212) 282 92 32

E-Posta: kontrasepsiyon@globalturizm.com.tr

Web: www.globalturizm.com.tr