



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND
ADANA

**PROGRAM VE
ÖZET KİTABI**

www.cukurovajinekoloji.org





I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

Değerli Meslekdaşlarım,

Çukurova Üniversitesi olarak bölgemizdeki en köklü geçmişe sahip üniversite olma özelliğini taşıyoruz. Uzun yılların birikimi sonucu oluşan güçlü kadromuz ile elde ettiğimiz derin bilgi birikimini sizlerle, bir kongre düzenleyerek paylaşmak istedik. Bölgedeki diğer tüm üniversitelerden alacağımız destekle obstetrik, infertilite, jinekolojik onkoloji, endoskopik cerrahi ve ürojinekoloji dallarında güncel gelişmeleri tartışabileceğimiz ve yenilikleri gözden geçireceğimiz bir toplantı olmasını planlıyoruz. Amacımız bu kongreyi düzenli ve yıllık olarak organize ederek gelenekselleşmesini sağlamaktır. Adana'nın mevsimsel olarak en güzel aylarından birisi olan Kasım ayında Adana'da buluşmak dileğiyle.

Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar
Kongre Başkanı

KOMİTELER

Kongre Onursal Başkanları

Prof. Dr. Nihat Arıdoğan
Prof. Dr. F. Tuncay Özgünen

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar

Kongre Sekreteryası

Doç. Dr. Selim Büyükkurt
Doç. Dr. A. Barış Güzel

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Cüneyt Evrücke
Prof. Dr. S. Cansun Demir
Doç. Dr. Ümran Küçüköz Güleş
Uz. Dr. Mete Sucu
Uz. Dr. Ghanim Khatib

Perinatoloji Bilim Dalı
Perinatoloji Bilim Dalı
Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı
Perinatoloji Bilim Dalı
Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

| 24 KASIM 2017, CUMA | | | | 25 KASIM 2017, CUMARTESİ | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| | Ana Salon | 2. Salon | Balcalı Hastanesi | Ana Salon | 2. Salon |
| 09.00-10.00 | Gebelikten doğum sonu döneme ebe ve hemşirenin rolü | Elektronik Fetal Monitörizasyon (EFM) | Laparoskopik histerektomi kursu | Adana Halk Sağlığı Müdürlüğü ortak oturumu | |
| 10.00-10.15 |  Kahve arası  | ve obstetrik | |  Kahve arası  | |
| 10.15-11.00 | Jinekolojide ebe ve hemşirenin rolü | ultrasonografide temel değerlendirme kursu | | Jinekolojik endoskopi | |
| 11.00-11.15 |  Kahve arası  | (hasta başı uygulama) | | | |
| 11.15-12.00 | Göç ve kadın sağlığı | | | | |
| 12.00-13.00 |  Öğle arası  | | |  Öğle arası  | |
| 13.00-13.15 | Açılış konuşmaları | | | | |
| 13.15-13.45 | Açılış konferansı, Onko-fertilite | | | Doğum hekimliğinde ultrasonografi | |
| 13.45-15.15 | Üreme endokrinolojisi ve infertilite | | |  Kahve arası  | 14.00-16.00 Sözlü bildiri sunumları |
| 15.15-15.30 |  Kahve arası  | | | Jinekolojik onkoloji | |
| 15.30-17.00 | Genel jinekoloji | | |  Kahve arası  | |
| 17.00-17.15 |  Kahve arası  | | | Genel obstetrik | |
| 17.15-18.45 | Genel obstetrik | | | Bildiri ödül töreni ve plaket takdimi | |
| | | | | Kapanış | |



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

24 KASIM CUMA

ANA SALON

KADIN DOĞUM HEMŞİRELİĞİ VE EBELİK OTURUMLARI

09.00-10.00 Gebelikten doğum sonu döneme ebe ve hemşirenin rolü
*Oturum Başkanları: Doç. Dr. Evşen Nazik, Hemş. Handan Erkovan,
Prof. Dr. Cüneyt Evrûke, Dr. Erol Arslan*

09.00-09.15 Rehberler eşliğinde antenatal bakım
Öğr. Gör. Dr. Melike Öztürk

09.15-09.30 Doğuma hazırlık sınıfları: Yurtiçi ve yurtdışı örnekleri
Arş. Gör. Dr. Burcu Avcıbay Vurgeç

09.30-09.45 Doğum eyleminde güncel yaklaşımlar
Hemş. Serpil Özel

09.45-10.00 Rehberler eşliğinde doğum sonu bakım
Doç. Dr. Şule Gökyıldız Sürücü

10.00-10.15 Kahve arası

10.15-11.00 Jinekolojide ebe ve hemşirenin rolü
*Oturum Başkanları: Doç. Dr. Şule Gökyıldız Sürücü, Hemş. Melek Temiz,
Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar, Dr. Ghanim Khatip*

10.15-10.30 ERAS protokolleri: Jinekolojik ve obstetrik cerrahiye etkisi
Doç. Dr. Sevban Arslan

10.30-10.45 Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü
Hemş. Şule Tunuğ

10.45-11.00 Menopozal semptomlarla baş etme ve alternatif yaklaşımlar
Öğr. Gör. Dr. Ebru Gözüyeşil

11.00-11.15 Kahve arası



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

24 KASIM CUMA

ANA SALON

- 11.15-12.00** Göç ve kadın sağlığı
*Oturum Başkanları: Doç. Dr. Sevban Arslan, Hemş. Hasibe Yıldız,
Dr. Mete Sucu, Dr. Selahattin Mısırlıoğlu*
- 11.15-11.30 Göçün kadın sağlığına etkileri
Doç. Dr. Evşen Nazik
- 11.30-11.45 Göç eden kadınlara sunulan sağlık hizmetleri
Hemş. Zehra Cenkci
- 11.45-12.00 Sağlık çalışanlarının yaşadıkları güçlükler
Hemş. Halime Hansa Onart

24 KASIM CUMA

2. SALON

- 09.00-12.00** Elektronik Fetal Monitörizasyon (EFM) ve obstetrik ultrasonografide temel değerlendirme kursu (hasta başı uygulama)
Oturum Başkanı: Prof. Dr. Cüneyt Evrûke

EFM'nin altındaki fizyoloji ve fetal dolaşım
EFM'de temel kalıplar
Fetal asfiksizde EFM sonuçlarının hukuki önemi

*Selim Büyükkurt
Mete Sucu
Selim Büyükkurt*

İlk üçay ultrasonografisi
İkinci üçay ultrasonografisi
MSS sonografisi
Fetal kalp sonografisi
Fetal Doppler

*Cüneyt Evrûke
Selim Büyükkurt
Mete Sucu*

24 KASIM CUMA

BALCALI HASTANESİ

- 09.00-12.00** Laparoskopik histerektomi kursu
Ameliyathanede canlı olgu sunumu
Kurs Yöneticileri: Doç. Dr. A. Barış Güzel, Doç. Dr. Ümran Küçükgöz Güleç



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

24 KASIM CUMA

ANA SALON

13.00-13.15 Açılış konuşmaları

13.15-13.45 Açılış konferansı, Onko-fertilite

Prof. Dr. Ali Ayhan

13.45-15.15 Üreme endokrinolojisi ve infertilite

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Volkan Noyan, Dr. Gökhan Çıragil

13.45-14.00 PCOS ve infertilite: Medikal tedavi ve ovulasyon indüksiyonunda güncel yaklaşımlar
Prof. Dr. Esra Bulgan Kılıçdağ

14.00-14.15 PCOS ve infertilite: Cerrahi tedavinin yeri var mı?
Prof. Dr. Volkan Noyan

14.15-14.30 Güncel infertilite tedavisinde intrauterin inseminasyonun yeri; kime, ne zaman?
Prof. Dr. Devrim Tok

14.30-14.45 Açıklanamayan infertilitede güncel tedavi yaklaşımları
Yrd. Doç. Ahmet Turp

14.45-15.00 İnfertilitede beslenme, yaşam tarzı değişiklikleri ve destek tedavilerinin yeri
Doç. Dr. Erhan Şimşek

15.00-15.15 Tartışma

15.15-15.30 Kahve arası

15.30-17.00 Genel jinekoloji

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Kadir Güzin, Dr. Levent Toksöz

15.30-15.45 Hormonal kontrasepsiyonda yenilikler
Doç. Dr. Ahmet Barış Güzel

15.45-16.00 Endometrioziste kime, ne zaman, hangi tedavi
Prof. Dr. Hüsnü Çelik

16.00-16.15 İhmal edilmiş bir patoloji: Adenomyozis
Doç. Dr. Kenan Dolapçioğlu



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

24 KASIM CUMA

ANA SALON

- 16.15-16.30 Anormal uterin kanama ve endometrial hiperplazi
Prof. Dr. Aytekin Altıntaş
- 16.30-16.45 Üriner inkontinans tanısı ve tedavisi
Prof. Dr. Ali Ulvi Hakverdi
- 16.45-17.00 Tartışma

17.00-17.15 Kahve arası

17.15-18.45 Genel obstetrik

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Neşe Yücel, Doç. Dr. Neşe Gül Hilali

- 17.15-17.30 Çoğul gebeliklerin yönetimi
Prof. Dr. Filiz Çayan
- 17.30-17.45 Gebelikte rutin antenatal bakım
Prof. Dr. İrfan Kutlar
- 17.45-18.00 Erken doğum profilaksisi ve tedavisi
Dr. Mehmet Özsürmeli
- 18.00-18.15 Tekrarlayan gebelik kaybı
Dr. Cihan Çetin
- 18.15-18.30 Gebelikte tarama testleri
Yrd. Doç. Dr. Rauf Melekoğlu
- 18.30-18.45 Tartışma



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

25 KASIM CUMARTESİ

ANA SALON

09.00-10.00 Adana Halk Sağlığı Müdürlüğü ortak oturumu
Anne ölümlerinin azaltılmasında kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının rolü: Örnek olgular üzerinden değerlendirme
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Fatma Tuncay Özgünen, Dr. Tanju Altunsu

Doğum hekimliğinde kanama

Prof. Dr. Selim Büyükkurt

Hipertansif hastalıklar

Kalp-akciğer hastalıkları

İnfeksiyöz hastalıklar

Tromboembolik hastalıklar

10.00-10.15 Kahve arası

10.15-11.45 Jinekolojik endoskopi
Oturum Başkanları: Prof. Dr. U. Fırat Ortaç, Prof. Dr. Mete Güngör

10.15-10.30 Laparoskopik histerektomi
Doç. Dr. Ümran Küçükgöz Güleç

10.30-10.45 Laparoskopik myomektomi
Prof. Dr. Kubilay Ertan

10.45-11.00 Histeroskopik myomektomi
Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar

11.00-11.15 Adneksial kitlelere laparoskopik yaklaşım
Prof. Dr. Fuat Demirkıran

11.15-11.30 İstmosel ve sezeryan skar gebelikleri
Dr. Ghanim Khatib

11.30-11.45 Tartışma

12.00-13.30 Öğle arası



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

25 KASIM CUMARTESİ

ANA SALON

13.30-15.00 Doğum hekimliğinde ultrasonografi *Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ayhan Coşkun, Prof. Dr. Oğuz Yücel*

- 13.30-13.45 İlk üç ay ultrasonografisi
Prof. Dr. Cüneyt Evrûke
- 13.45-14.00 İkinci üç ay ultrasonografisi
Prof. Dr. Cansun Demir
- 14.00-14.15 Fetal kalbin temel incelemesi
Prof. Dr. Yalçın Kimya
- 14.15-14.30 Fetal MSS'nin temel değerlendirilmesi
Prof. Dr. Babür Kaleli
- 14.30-14.45 Doğum hekimliğinde Doppler ultrasonografi
Prof. Dr. İnanç Mendilcioğlu
- 14.45-15.00 Tartışma

15.00-15.15 Kahve arası

15.15-16.45 Jinekolojik onkoloji *Oturum Başkanları: Prof. Dr. İlkkân Dünder, Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar*

- 15.15-15.30 Anormal smear yönetimi
Prof. Dr. M. Faruk Köse
- 15.30-15.45 Servikal preinvaziv lezyonlarda kolposkopik bulgular
Prof. Dr. Kunter Yüce
- 15.45-16.00 Servikal preinvaziv lezyonlarda tedavi
Prof. Dr. Macit Arvas
- 16.00-16.15 Over kanser tedavisinde yenilikler
Prof. Dr. Ali Ayhan
- 16.15-16.30 Servikal kanser tarama programları: Smear ve HPV testleri
Prof. Dr. Özcan Balat
- 16.30-16.45 Tartışma

16.45-17.00 Kahve arası



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

25 KASIM CUMARTESİ

ANA SALON

17.00-18.15 Genel obstetrik
Oturum Başkanları: Doç. Dr. Deniz C. Arıkan, Prof. Dr. Cüneyt Evrûke

17.00-17.15 Postpartum kanama
Prof. Dr. Cüneyt Evrûke

17.15-17.30 Gebelikte diabet yönetimi
Dr. Mete Sucu

17.30-17.45 Gebelikte demir ve diğer nütrisyonel destekler; beslenme
Prof. Dr. Ebru Tarım

17.45-18.00 Gebelikte aşılarda
Yrd. Doç. Dr. Esra Cihan

18.00-18.15 Tartışma

18.15-18.30 Bildiri ödül töreni ve plaket takdimi

18.30 Kapanış



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

25 KASIM CUMARTESİ

2. SALON

14.00-16.00 Sözlü bildiri sunumları

- OP1** Overin seröz tümörlerinde HE4 (Human epididymal secretory protein 4) ekspresyonu: İnvazivliğin belirleyicisi olabilir mi?
Duygu Ayaz
- OP2** Galen veni anevrizmalı fetusların sonuçları
Mehmet Özsüremli
- OP3** Gecikmiş kord klemplenmesinin kord kan gazları ve maternal sonuçlara etkisi
Hüseyin Durukan
- OP4** Aberran Sağ Subklavyen Arter(ARSA) saptanan fetusların sonuçları ve ilişkili anomaliler
Mete Sucu
- OP5** Türkiye güneydoğusunda yer alan Diyarbakır vilayetindeki anne ölümlerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi
Mehmet Şükrü Budak
- OP6** Basit hiperplazi, endometrial intraepitelial neoplazi ve endometrioid adenokarsinomlarda hipoksi ile indüklenen faktör-1 alfa (HIF1 alfa) ekspresyonu ve karsinogenezisteki rolü
Hülya Tosun Yıldırım
- OP7** Kliniğimizde antenatal tanısı konmuş duktus venosuz agenezisi olgusunun sunulması
Selahattin Mısırlıoğlu
- OP8** Perkütan enstrümantasyon ile kombine mini-laparoskopik total histerektomi: Ultra-minimal invaziv cerrahi sonuçları
Selim Mısırlıoğlu
- OP9** Fetal anemi nedeniyle yapılan intrauterin transfüzyonun gebelik ve yenidoğan sonuçları: Tek bir merkezin 3 yıllık sonuçları
Erol Arslan
- OP10** Preoperatif serum CA 125 erken evre endometrioid tip endometriyal kanserlerde yararlı bir belirteç midir?
Emre Erdem Taş
- OP11** Sezeryan skar gebeliği tedavisi ve sonuçları: Tek bir merkezin 1 yıllık deneyimi
Erol Arslan
- OP12** Çok erken prematür membran rüptürü yönetiminde seri transabdominal amniyoinfüzyon prosedürü uygulanan olgularda klinik koryoamniyoniti predikte etmede amniyon sıvı enfeksiyon belirteçlerinin etkinliği
Rauf Melekoğlu
- OP13** Meme kanserli postmenopozal tamoksifen veya arimideks kullanan asemptomatik hastalardaki endometriyal değişikliklerin değerlendirilmesi
Ali Doğukan Ançin
- OP14** Yeni teknik: İleri evre over kanserinin açık cerrahisinde karbon dioksit gaz aracılı peritonektomi, diyafram ve bağırsak mezo stripping (Çukurova Teknik).
Ghanim Khatib



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND - ADANA
www.cukurovajinekoloji.org

SÖZLÜ BİLDİRİLER



[Page: 1]

[Abstract:0001] OP-01 [Accepted:Oral Presentation] [Onkoloji]

Overin seröz tümörlerinde HE4 (Human epididymal secretory protein 4) ekspresyonu: İnvazivliğin belirleyicisi olabilir mi?

Duygu Ayaz

S.B Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İzmir

AMAÇ:

Over kanserleri, kadın genital sistem maligniteleri arasında en sık ölüme yol açan tümördür. Olguların çoğu (%60) evre 3 veya evre 4'de tanı aldığından genel sağ kalım kötüdür. Sağ kalımı iyileştirecek yeni tedavi seçeneklerine gereksinim vardır.

HE4 (Human secretory protein 4) ilk olarak epididime spesifik protein olarak tanımlanmış olsa da birçok dokuda eksprese edilmektedir.

Son yıllarda over kanserleri için CA-125 ile birlikte serum tümör belirleyicisi olarak kullanılmaktadır.

Çalışmamızda overin benign, borderline ve malign seröz tümörlerinde immunohistokimyasal olarak HE4 ekspresyonu ile prognostik parametrelerin ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM:

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2002-2013 tarihleri arasında tanı alan ve tedavi edilen 82 hastanın rezeksiyon materyeli çalışmaya dahil edildi. İmmunohistokimyasal çalışma için H&E boyalı kesitler incelenerek canlı tümör dokusunun bulunduğu bloklar seçildi. Değerlendirme klinik bulgulara bakılmaksızın yapıldı. Boyanma şiddeti güçlü sitoplazmik ekspresyon, zayıf ekspresyon ya da negatif boyanma olarak sınıflandırıldı.

BULGULAR:

Serimizde 36 benign (%43.9), 12 (%14.6) borderline, ve 34 (%41.5) malign seröz tümürlü vaka mevcuttu. Borderline seröz tümörlerin tümü evre I'di. Seröz karsinomların çoğu (%73.5) evre IIIC idi. Borderline seröz tümörlerin tümü, seröz karsinomlu hastaları ise 20'si (%58.8) sağ iken 11 hasta kaybedilmişti. Sitoplazmik HE4 ekspresyonu sadece 12 benign tümörde (%33.3) saptanırken seröz karsinomların çoğunda (%58.8) görüldü. Borderline seröz tümörlerde pozitif ve negatiflik oranı eşitti.

İstatistiksel olarak tümörün invaziv ve agresifliği ile sitoplazmik HE4 ekspresyonu arasında anlamlı ilişki saptandı. (p=0.037)

SONUÇ:

HE4 epitelial over kanserlerinde eksprese edilen bir belirleyicidir. Epitelial over kanserlerinin multipl serum belirleyicileri ile yapılan birkaç çalışmada HE4 ve CA-125'in kombine olarak kullanılmasının, tek tek kullanımına göre daha spesifik ve sensitif olduğunu gösterilmiştir. Dokuda HE4 ekspresyonunun araştırılması-değerlendirilmesi önemli hale gelmekte ve çalışmalar devam etmektedir.

SONUÇ:

Çalışmamızda HE4 ekspresyonu benign ve borderline seröz over tümörlerinde azalmış, seröz karsinomlarda artmış olarak saptandı.Yüksek HE4 ekspresyon düzeyleri ile sağ kalım süreleri arasında istatistiksel bir farklılık saptanmadı. Daha geniş hasta popülasyonunda yapılacak çalışmalarla desteklenmesi gerekse de dokuda HE4 ekspresyonu borderline seröz tümörleri seröz karsinomlardan ayırdetmekte kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: HE4 (Human secretory protein 4), seröz, over tümörleri

[Page: 2]

[Abstract:0006] OP-02 [Accepted:Oral Presentation] [Perinatoloji]

Galen veni anevrizmalı fetusların sonuçları

Mehmet Özsürmeli¹, Selim Büyükkurt¹, Mete Sucu¹, Selahattin Mısırlıoğlu¹, Erol Arslan¹, Nazan Özbarlas², Ferda Özlü³, Süleyman Cansun Demir¹, İsmail Cüneyt Evrücke¹, Fatma Tuncay Özgünen¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Adana

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Adana

AMAÇ:

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Prenatal Tanı ve Tedavi Merkezi'nin kısa dönemdeki galen veni anevrizmalı (GVA) olgularının sunulması

YÖNTEM:

Mayıs 2015- ekim 2017 tarihleri arasında tanı alan 2 hastanın perinatal sonuçlarının geriye dönük incelenmesi

BULGULAR:

Galen veni anevrizmalı gebeliklerin sonuçları tablo 1'de sunulmaktadır.

Sonuç

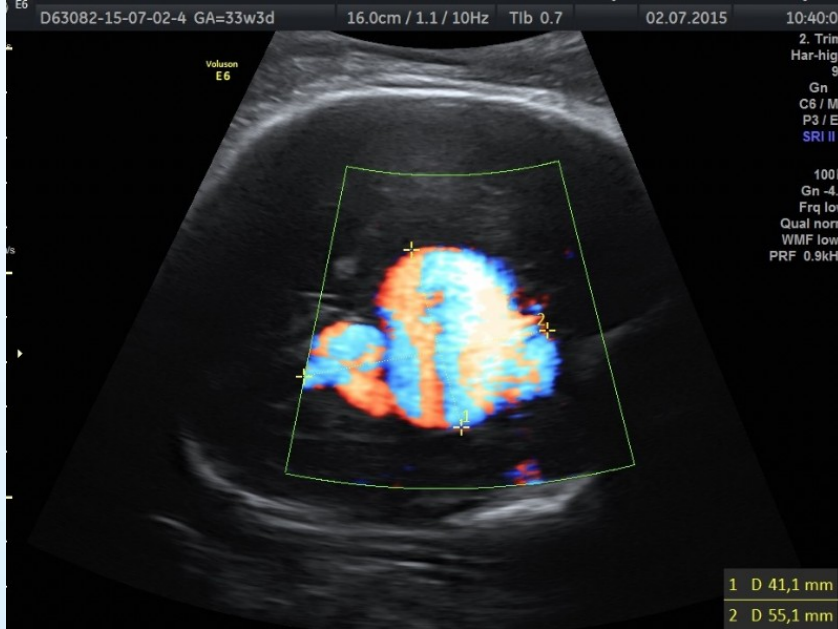
Galen veni anevrizması (GVA), galen veni ile koroidal arterler arasında oluşan çoklu arteriyovenöz şantlarla karakterize ciddi ve kompleks damarsal malformasyondur (anevrizma terimi yanlış isimlendirmedir). Bu şantlar kanın sağ kalbe dönüşünü artırır. Hiperdinamik dolaşım, kalp yetmezliğine ve hidropsa yol açabilir. Kitle etkisi nedeniyle hidrosefali, serebral infarkt ve lökomalaziye sebep olabilir. Genelde tanı ikinci üçayın sonu, üçüncü üçayın başında konur. Çoğunlukla izole olsa da, kardiyak anomaliler ve kistik higroma ile ilişkili olabilir. GVA, ultrasonda supratentoryal bölgede tubuler aneşik kistik yapı olarak izlenir. Renkli ve pulse Doppler ile kistik yapının içinde turbulan akımın saptanması yapının araknoid veya porenselalik kistten ayrımını sağlar. Üç boyutlu ultrason damarsal mimarini tanımlanmasında yardımcı olabilir. Fetus seri ultrasonografilerle kalp yetmezliği ve hidrops gelişimi açısından takip edilmelidir. Kalp yetmezliği gelişen bebeklerde prognoz ileri derecede kötüdür. Doğum şekli obstetrik endikasyonlara göre belirlenir. Doğum pediatrik nöroradyolog ve pediatrik kardiyolog bulunan üçüncül merkezlerde yapılmalıdır. Tanı postnatal dönemde manyetik rezonans, anjiyografi, bilgisayarlı tomografik anjiyografi gibi yöntemlerle doğrulanır. Girişimsel radyolojik olarak embolizan madde enjeksiyonu lezyonun gerilemesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: galen veni, malformasyon, prenatal tanı

galen veni anevrizması



galen veni anevrizması renkli Doppler görüntüsü



Galen veni anevrizmalı gebeliklerin sonuçları

| | Doğum haftası | Ek bulgular | Karyotip analizi | Doğum şekli | sonuç |
|---|---------------|---------------|------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 38 | kardiyomegali | yok | sezaryen | Kalp yetmezliği nedeniyle yenidoğan döneminde eksitus |
| 2 | 38 | yok | yok | sezaryen | 3 aylık bebek, kitle boyutlarında hafif küçülme mevcut, ek girişim yok, sağlıklı |

[Page: 3]

[Abstract:0007] OP-03 [Accepted:Oral Presentation] [Perinatoloji]

Gecikmiş Kord Klemlenmesinin Kord Kan Gazları ve Maternal Sonuçlara Etkisi

Hüseyin Durukan¹, Dilayda Uzun¹, Didem Derici², Bahar Taşdelen², Filiz Çayan¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Doğumdan sonra umbilikal kordonun geç klemlenmesinin erken klemlenmeye kıyasla yenidoğan sağlığı üzerine olumlu etkileri bilinmektedir. Bu çalışmadaki amacımız geç kordon klemlenmenin umbilikal kord kan gazlarına ve maternal klinik sonuçlara etkisinin araştırılmasıdır.

METOD: Doğumdan sonra erken kordon klemlenen (ilk 15 saniye içinde) 50 term gebe hasta ve geç klemlenen (60 saniye ve sonrası) 50 term gebe hasta çalışmaya dahil edildi.

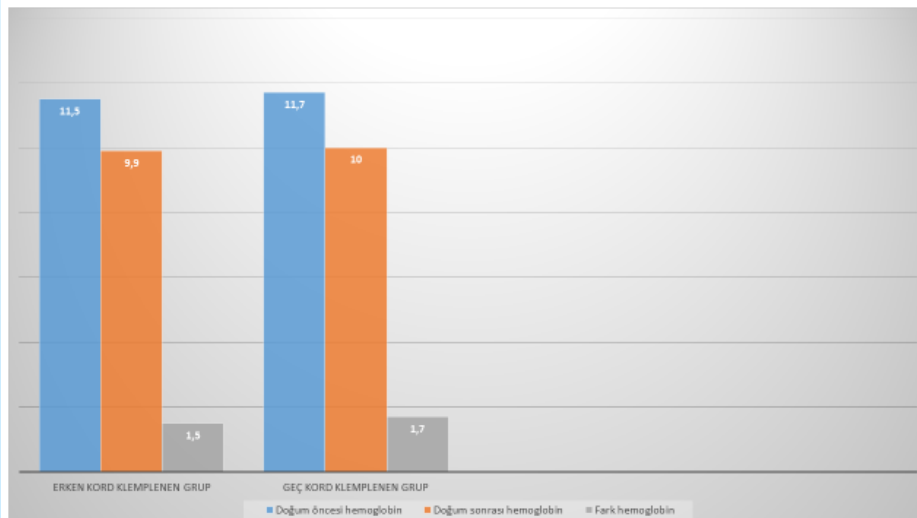
Olguların demografik özellikleri, doğum sırasında ve doğum sonrası klinik parametreleri kaydedildi. Bulgular iki grup arasında independent sample t test, Mann whitney u test ve ki kare testleri ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Olguların çalışmanın başlangıcındaki demografik özellikleri arasında herhangi bir anlamlı fark yoktu ($p < 0,05$). Doğum şekli veya anestezi çeşidinin araştırılan parametrelere herhangi bir etkisi bulunamadı. Heriki grup arasında bebek kiloları, 1 ve 5. Dakika Apgar skorları, maternal doğum öncesi ve sonrası hemoglobin / hematocrit değerleri, doğum sonrası maternal hemoglobin /hematokrit değerlerindeki azalma miktarları ve hastanede yatış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Maternal kan transfüzyon ihtiyacı ise sadece 2 olguda mevcut olduğu için değerlendirmeye alınmadı. Ancak kord kan gazı değerleri açısından istatistiksel anlamlı olacak şekilde, geç klemlenen grupta kordon Ph değerinin daha yüksek olduğu ve PO₂ ve PCO₂ değerlerinin ise daha düşük olduğu bulundu.

SONUÇ: Term gebeliklerde gecikmiş kord klemlenmesi, maternal asit-baz parametrelerinde çeşitli farklılıklara neden olduğu için umbilikal kordonda arter gaz örneklenmesi doğumdan hemen sonra yapılmalıdır ve kordon kesilmesinden sonraya bırakılmamalıdır. Gecikmiş kord klemlenmesinin maternal kan kaybı, hastanede yatış süresi ve maternal kan parametreleri üzerine herhangi bir etkisi bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: doğumda fetal umbilikal kord klemlenme zamanlaması, maternal kan değerleri, kord kan gazları, asit baz dengesi

Erken ve geç kord klemlenmenin maternal kan değerlerine etkisi



Demografik özelliklerin gruplara göre dağılımı

| | Erken kord klemplenen olgular | Geç kord klemplenen olgular | p değeri |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------|
| Anne yaşı | 30,36±5,89 | 31,52±5,19 | 0,299 |
| Gravida | 3,00 (1-3) | 3,0 (1-8) | 0,419 |
| Parite | 2,0 (0-4) | 2,0 (0-4) | 0,926 |
| Yaşayan | 2,0 (0-4) | 2,0 (0-4) | 0,853 |
| Gestasyonel hafta | 38,2 (36,3-40,6) | 38,2 (36,6-40,5) | 0,685 |

Klinik bulguların gruplara göre incelenmesi

| | Erken kord klemplenen grup | Geç kord klemplenen grup | p değeri |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------|
| Fetal ağırlık | 3230±484 | 3249±468 | 0,843 |
| Apgar 1. dakika | 7,68±1,1 | 7,44±1,4 | 0,366 |
| Apgar 5. dakika | 9,02±0,74 | 8,68±1,46 | 0,370 |
| Kord pH | 7,22±0,06 | 7,32±0,04 | <0,001 * |
| Kord pO2 | 32,13±10,39 | 28,28±7,25 | 0,035 * |
| Kord pCO2 | 43,89±8,78 | 37,89±7,13 | <0,001 * |
| Regional anestezi | 16 (32) | 13 (26) | 0,509 |
| Genel anestezi | 34 (68) | 37 (74) | 0,509 |
| Hastanede yatış süresi | 1,9±0,6 | 1,8±0,5 | 0,531 |
| Doğum öncesi maternal Hb | 11,5±1,1 | 11,78±1,5 | 0,147 |
| Doğum öncesi maternal Htc | 35,1±3,1 | 35,2±3,8 | 0,890 |
| Doğum sonrası maternal Hb | 9,9±1,2 | 10,0±1,6 | 0,581 |
| Doğum sonrası maternal Htc | 30,7±3,8 | 30,4±4,2 | 0,722 |
| Fark Hb | 1,53±0,8 | 1,76±1,1 | 0,245 |
| Fark Htc | 4,41±3,1 | 4,80±3,5 | 0,561 |

[Page: 4]

[Abstract:0009] OP-04 [Accepted:Oral Presentation] [Perinatoloji]

Aberran Sağ Subklavyen Arter(ARSA) saptanan fetusların sonuçları ve ilişkili anomaliler

Mete Sucu, Mehmet Özsürmeli, Erol Arslan, Salahattin Mısırlıoğlu, İsmail Cüneyt Evrûke, Süleyman Cansun Demir, Selim Büyükkurt, Mehmet Ali Vardar
Çukurova üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum anabiklim dalı

GİRİŞ: ARSA aortik ark'ın en sık görülen anomalisidir ve insidansı normal populasyonda %0.5-1.4 arasında değişmektedir. Trizomi21'li olgularda insidans %35'e kadar ulaşmaktadır. Görüntülenmesi için en iyi metod 3 damar trakea görüntüsünün power-doppler ile kombine edilmesidir. Prenatal dönemde saptanması down sendromu riskinde anlamlı bir artışla ilişkilidir. ARSA görüntülenmesi trizomi 21 taraması için kullanışlı bir belirteçtir, bunun yanında normal sağ subklavyen arter saptanması down sendromu riskini anlamlı ölçüde azaltır. Normal şartlarda aortik ark 3 dal verirken bu anomalide proksimalden distale 4 dal vermektedir: Sağ ana karotis arteri, sol ana karotis arteri, sol subklavyen arter ve ARSA(Şekil1). ARSA aortik arkın distalinden çıkar ve trakeanın arkasından seyrederek sağ kola ilerler(şekil2a,b). Birçok olguda artmış ense kalınlığı, nazal kemik yokluğu gibi trizomi21 belirteçleri ultrasonografide tespit edilebilir. Ancak ARSA eşlik eden herhangi bir kardiyak veya ekstrakardiyak bulgu olmadan da tek başına izole bir bulgu olabilir.

AMAÇ: Düşük riskli populasyonda arsa insidansını açığa çıkarmak ve izole/non-izole ARSA'nın kromozomal anomaliler ve diğer konjenital kalp hastalıkları ile ilişkisini değerlendirmektir.

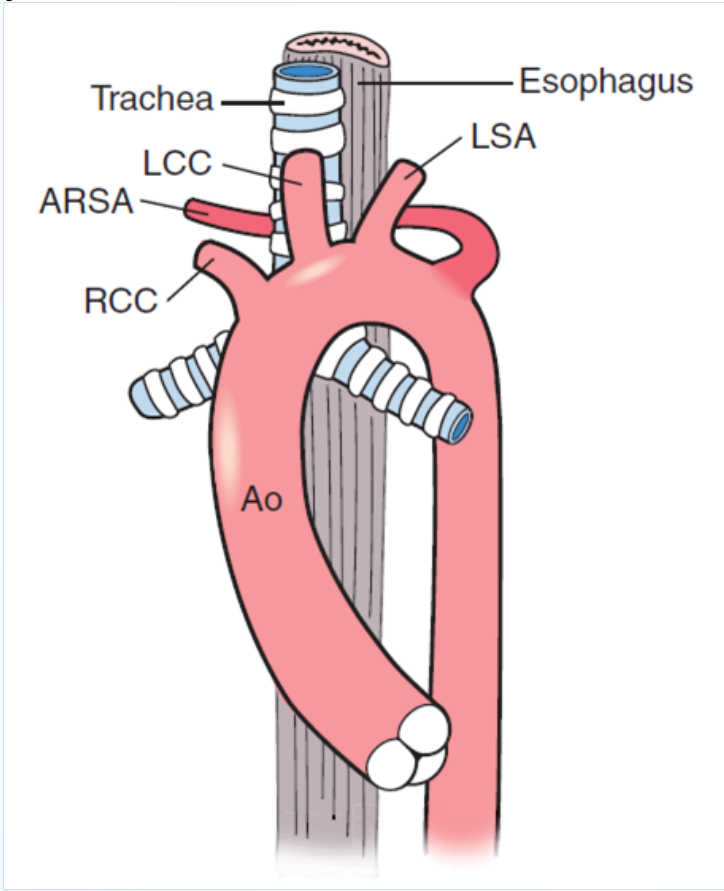
MATERYAL-METOD: Aralık 2013 ile ekim 2016 arasında kliniğimize rutin 2. trimester tarama için başvuran veya şüphelenilmiş bir fetal anomali nedeniyle kliniğimize yönlendirilen hastalar çalışmaya dahil edildi ve retrospektif olarak incelendi. 2. trimester ayrıntılı fetal anomali taraması sırasında, tüm hastalar ARSA varlığı için değerlendirildi. 27 hastada ARSA saptandı.

SONUÇLAR: Klinik bulgular tablo1'de özetlenmiştir.

TARTIŞMA: Bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere ARSA trizomi de bazen tek bulgu olabilir. 13 hastada ARSA izole bir bulgu iken, 1 tanesinde trizomi21 mevcuttu. 14 hastada ARSA ile birlikte kardiyak ve/veya ekstrakardiyak bulgu mevcuttu; bunların 5 tanesinde trizomi21 saptandı. Down sendromu için değerli bir bulgu olabileceği nedeniyle ARSA görüntülenmesi rutin 2. trimester taramasının ve fetal ekokardiyografinin bir parçası olmalıdır. ARSA saptanması durumunda, Down Sendromu için ek belirteç aranması konusunda klinisyenler daha dikkatli olmalıdır. Ek belirteç veya anomali varlığında hastalara mutlaka invaziv tanısal işlem önerilmelidir. İzole ARSA olan fetüslere karyotip önermek için kısıtlı kanıt olsa da literatürde izole ARSA'dan yola çıkılarak trizomi tanısı konulan vakalar vardır. Bizim olgularımızdan da trizomi21'li bir fetusta ARSA tek bulgu idi. İzole ARSA olgularında hastanın tarama testi sonuçları ve/veya yaş riski gözönünde bulundurularak karyotipleme önerilmesi veya maternal kanda serbest-DNA seçeneği sunulması fikri kabul görmektedir.

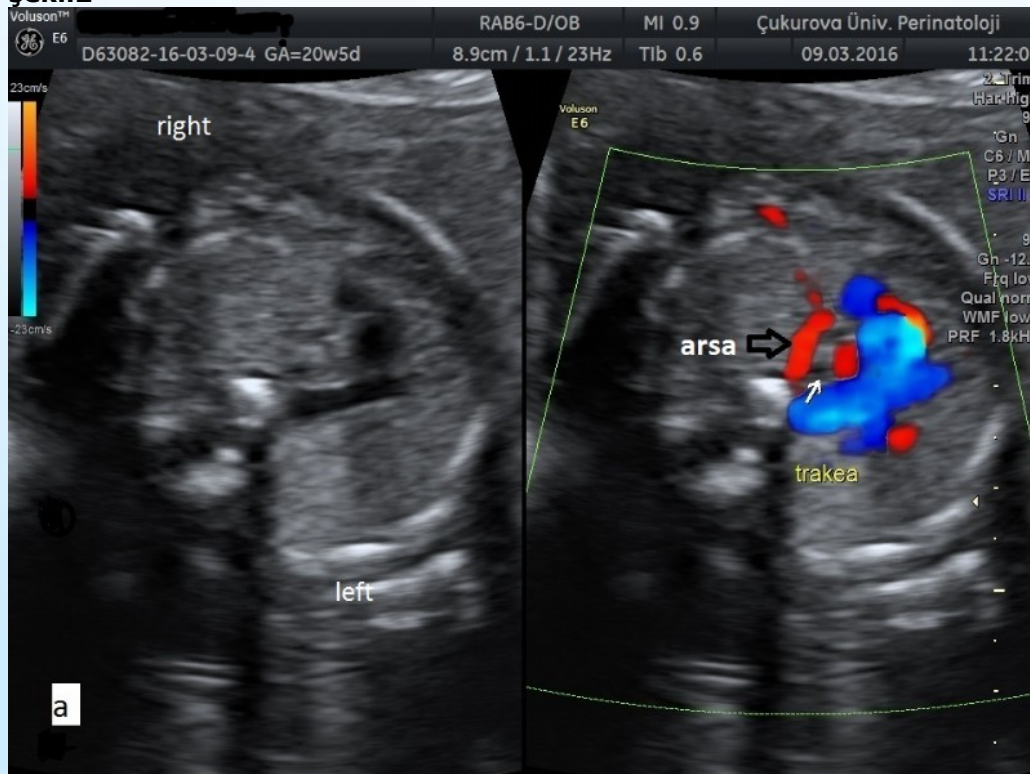
Anahtar Kelimeler: ARSA, izole, Down Sendromu

şekil1



: Ao:Aorta, RCC:Sağ ana karotis, LCC:Sol ana karotis, LSA:Sol subklavyen arter, ARSA:Aberran sağ subklavyen arter.

şekil2



Aorta bileşkesinden ayrılan Arsa'yı gösteren üç damar trakea görünümü, rotası trakea arkasından sağ kola devam etmektedir.

tablo1

| | Ann e yaşı | Tanı haftası | Doğ u m haftası | Ek kardiyak bulgu | Ekstrakardiyak bulgu | Karyotip | 22q11 mikrodelesyonu | neonatal sonuç |
|----|------------|--------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|----------------------------------------------------|
| 1 | 25 | 20 | 42 | yok | yok | normal karyotip | yok | sağlıklı, 15 aylık |
| 2 | 39 | 22 | 39 | yok | yok | normal karyotip | yok | sağlıklı 16 aylık |
| 3 | 26 | 20 | 39 | yok | yok | yapılmadı | yapılmadı | sağlıklı, normal karyotip, disfajisi var, 18 aylık |
| 4 | 29 | 23 | 39 | yok | yok | yapılmadı | yapılmadı | sağlıklı, normal karyotip, 13 aylık |
| 5 | 24 | 21 | 37 | yok | yok | trizomi21 | yok | Down sendromu, 7 aylık |
| 6 | 34 | 25 | 32 | yok | yok | yapılmadı | yapılmadı | sağlıklı, normal karyotip, 12 aylık |
| 7 | 32 | 20 | 37 | yok | yok | normal karyotip | yok | sağlıklı, 13 aylık |
| 8 | 32 | 24 | 38 | yok | yok | normal karyotip | yok | sağlıklı, 11 aylık |
| 9 | 38 | 20 | 37 | yok | yok | normal karyotip | yok | sağlıklı, 15 aylık |
| 10 | 27 | 25 | 25 | atrioventriküler septal defekt(avsd), persistan sol superior vena kava(PLSVC), çift çıkışlı sağ ventrikül(DORV), pulmoner darlık | tek umbilikal arter | trizomi21 | yok | intrauterin eksitus |
| 11 | 21 | 23 | 41 | yok | Hafif ventrikülomegali | yapılmadı | yapılmadı | sağlıklı, normal karyotip, 7 aylık |
| 12 | 27 | 22 | 40 | yok | yok | yapılmadı | yapılmadı | sağlıklı, normal karyotip, 6 aylık |
| 13 | 43 | 20 | 36 | avsd, bradiaritmi | hafif ventrikülomegali, yarık damak-dudak, tek umbilikal arter | yapılmadı | yapılmadı | down sendromu, 5 aylık |
| 14 | 24 | 24 | 41 | yok | ventrikülomegali, | normal | yapılmadı | postnatal 1. |

| | | | | | | | | |
|--------|----|----|----|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------|
| 4 | | | | | yarık damak- dudak | karyotip | | gün eksitus |
| 1 5 | 34 | 25 | 34 | yok | mega sisterna magna, duodenal atrezi, nazal kemik hipoplazisi | trizomi 21 | yapılmadı | intrauterin eksitus |
| 1 6 | 34 | 21 | 33 | yok | koroid pleksus kisti, nazal kemik hipoplazisi | trizomi 21 | yapılmadı | Down sendromu, 16 aylık |
| 1 7 | 28 | 27 | 37 | yok | intrauterin gelişme geriliği | yapılmadı | yapılmadı | normal karyotip, 9 aylık |
| 1 8 | 39 | 23 | 33 | yok | nazal kemik hipoplazisi, double bubble sign, sandal gap, kısa FL | trizomi21 | yapılmadı | down sendromu, 9 aylık |
| 1 9 | 26 | 23 | 40 | yok | hiperekojen bağırsak, nazal kemik hipoplazisi | normal karyotip | yapılmadı | bilinmiyor |
| 2 0 | 35 | 23 | 39 | yok | pelviiktazi, artmış ense pilisi, nazal kemik hipoplazisi | normal karyotip | yapılmadı | 6 aylık, üreteropelvi k bileşke darlığından opere edildi |
| 2 1 | 21 | 26 | 41 | yok | pelviiktazi | yapılmadı | yapılmadı | sağlıklı, normal karyotip, 30 aylık |
| 2 2 | 30 | 22 | 40 | yok | yok | yapılmadı | yapılmadı | sağlıklı, normal karyotip, 28 aylık |
| 2 3 | 37 | 19 | 38 | yok | artmış ense pilisi | normal karyotip | yapılmadı | bilinmiyor |
| 2 4 | 20 | 24 | 39 | yok | yok | normal karyotip | yapılmadı | sağlıklı, 32 aylık |
| 2 5 | 31 | 25 | 40 | yok | yok | yapılmadı | yapılmadı | sağlıklı, normal karyotip, 24 aylık |
| 2 6 | 33 | 27 | 39 | yok | tek umbilikal arter | normal karyotip | yapılmadı | sağlıklı, 36 aylık |
| 2 7 | 28 | 21 | 33 | ventriküler septal defekt | yok | normal karyotip | yok | sağlıklı, 33 aylık |

klinik bulgular

[Page: 5]

[Abstract:0011] OP-05 [Accepted:Oral Presentation] [Obstetri]

Türkiye Güneydoğusunda Yer Alan Diyarbakır Vilayetindeki Anne Ölümlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Mehmet Şükrü Budak¹, Sedat Akgöl²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Diyarbakır

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği. Diyarbakır

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı Türkiye güneydoğusunda yer alan Diyarbakır vilayetinde gerçekleşen Anne ölüm olgularını değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Diyarbakır vilayetinde Ocak 2010 ile Aralık 2015 tarihleri arasında gerçekleşen Anne ölümleri retrospektif olarak değerlendirildi.Olguların yaş,obstetrik özellikleri,ölüm nedenleri,gecikme modelleri,ölümün gerçekleştiği gebelik evresi ve ölüm ile doğumun gerçekleştiği sağlık kuruluşu gibi bilgiler Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğüne tutulan "anne ölüm kayıt formu"ndan elde edildi.

BULGULAR: Ocak 2010 ile Aralık 2015 tarihleri arasında meydana gelen 39 anne ölümü olgusu üzerinde yapılmıştır. Bu tarihler arasında gerçekleşen doğum sayısı 251.390 olup anne ölüm oranı 100.000'de 15.51 olarak gerçekleşmiştir. Anne ölüm nedenlerinin %30.76(n=12)'si Obstetrik Kanamalar, %25.64(n=10)'tu Gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar, %12.82(n=5)'si emboli, %5.12(n=2)'si Sepsis ve %2.56(n=1)'lık kısmı ise Abortus gibi direct anne ölüm nedenlerine bağlı iken, %15.38 (n=6)'i Kardiyovasküler hastalık,%2.56(n=1)'si postoperatif barsak nekrozu,%2.56(n=1)'si Serebrovasküler olay ve %2.56(n=1)'si hepatit gibi indirect anne ölüm nedenlerine bağlıdır. Olguların %64.10(n=25)'de herhangi bir gecikme modeli saptanmazken, geriye kalanların ise %20.51(n=8)'de Gecikme Modeli 1 %15.38(n=6)'de Gecikme Modeli 3 ve %2.56(n=1)'de ise Gecikme Model 2 saptanmıştır.

SONUÇ: Diyarbakır vilayetinde anne ölümlerinin büyük çoğunluğu önemli ölçüde önlenilebilir olan Obstetrik kanamalar, Gebeliğin hipertansif hastalıkları ve Kardiyovasküler hastalıklara bağlı gelişen vakalardan oluşmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anne Ölümü,Diyarbakır, Ölüm Nedeni,Gecikme Modelleri

AuthorToEditor: Sayın Bilim Kurulu daha önce aynı bildiriği gönderdim ancak yanlışlı düzeltme yapılmayan halini, düzeltilmiş halini tekrardan gönderiyorum. Saygılarımla
Yrd.Doç.Dr.Mehmet Şükrü Budak

[Page: 6]

[Abstract:0013] OP-06 [Accepted:Oral Presentation] [Onkoloji]

Basit Hiperplazi, Endometrial İntraepitelial Neoplazi ve Endometrioid Adenokarsinomlarda Hipoksi ile indüklenen faktör-1 alfa (HIF1 alfa) ekspresyonu ve karsinogenezisteki rolü

Hülya Tosun Yıldırım¹, Canan Sadullahoğlu¹, Döndü Nergiz¹, Işın Üreyen², Dinç Süren¹, Arsenal Sezgin Alikanoğlu¹, Cem Sezer¹

¹Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Antalya

²Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Jinekoloji Onkoloji Kliniği, Antalya

AMAÇ: Endometrioid adenokarsinom (EK) meme, akciğer ve kolon kanserinden sonra 4. sırada görülen kanser olup, kadın genital sisteminin gelişmiş ülkelerde en sık görülen malign tümürüdür. Endometrioid adenokarsinomun prekürsör lezyonları içerisinde, geniş bir spektrum oluşturan heterojen özellikte anormal proliferasyonlar grubu olan endometriyal hiperplaziler bulunmaktadır. Atipi derecesi hiperplazide maligniteye dönüşümde en önemli parametre olarak kabul edilmektedir.

Hipoksi ile indüklenen faktör-1 (HIF-1) transkripsiyon faktörü, hipoksiye adaptasyon cevabının gelişiminde anahtar rol oynayan düzenleyici bir proteindir. Bu proteinin etki ettiği mekanizmalar, çok sayıda genin transkripsiyonunun düzenlenmesi, hücrelerin dediferansiyasyonu, vaskülarizasyon, otokrin büyüme faktörü üretimi, proliferasyon, invazyon ve metastaz, metabolik yeniden programlanma, tümör büyümesinin artması olarak sıralanabilir. HIF-1 proteini, hücrede sürekli olarak eksprese edilen HIF-1 beta alt ünitesi ile HIF-1 alfa alt ünitesinin bir araya gelmesi ile oluşan bir heterodimerdir. HIF-1 alfa alt ünitesi, ortamda oksijen konsantrasyonunun azalmasına bağımlı olarak aktive olmaktadır. Özetle hipoksi, solid tümörlerde, tümör büyümesi ve angiogenez arasındaki uyumsuzluk nedeniyle oluşur. Solid tümörlerdeki hipoksi, tümörün agresif fenotipi, kemoterapi ve radyoterapiye rezistans göstermesi sonucu kötü prognoz ile ilişkilir. HIF1alfa transkripsiyon faktörü olup, onkogeni aktive ve tümör supresör geni inaktive eden genetik değişikliğin sonucu olarak intratümöral hipoksiye cevap olarak aktive olur.

Bu çalışmada amacımız, basit hiperplazi (BH), Endometrial İntraepitelial Neoplazi (EİN) ve EK'da HIF1 alfa ekspresyon farkını değerlendirerek, EK patogenezinde HIF1 alfa'nın rolünü aydınlatmaya çalışmaktır.

YÖNTEM: Çalışmada Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniğinde Ocak 2015-Ekim 2017 tarihleri arasında BH, EİN ve EK tanısı alan 105 olgu yer aldı. Çalışmada küretaj veya radikal materyallerinde lezyonu en iyi yansıtan birer parafin blok seçilip, önce lamda sonra blokta işaretlenerek 2 mm çapında silindirik parafinize doku örnekleri donör bloklardan alınıp, haritalandırma, adreseleme tekniği kullanılarak çoklu bloklar hazırlandı (Mikroarray yöntemi) ve örnekler immünohistokimyasal olarak HIF1 alfa ekspresyonu açısından değerlendirildi.

BULGULAR: 93 olgunun 23'ü BH, 21'i EİN ve 49'u EK id. 12 olgu yeterli tümör alanı olmadığı için çalışmadan çıkarıldı. Basit hiperplazi, EİN ve endometrioid adenokarsinom olgularında HIF1 alfa ekspresyonu boyanma yüzdelere göre karşılaştırıldığında Endometrioid adenokarsinom olgularında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p \leq 0,0001$)

SONUÇ: Olgu sayımız sınırlı olmakla birlikte elde ettiğimiz bulgular endometrioid adenokarsinom patogenezinde HIF1alfa'nın rolü olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: endomerioid adenokarsinom, HIF1 alfa, karsinogenezis

[Page: 7]

[Abstract:0015] OP-07 [Accepted:Oral Presentation] [Perinatoloji]

Kliniğimizde antenatal tanısı konmuş duktus venosuz agenezisi olgusunun sunulması

Selahattin Mısırlıoğlu¹, Selim Büyükkurt¹, Nazan Özbarlas², Mehmet Özsürmeli¹, Mete Sucu¹, Erol Arslan¹, Süleyman Cansun Demir¹, İsmail Cüneyt Evrücke¹, Fatma Tuncay Özgünen¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ:

Duktus venosuz umbilikal ven ile vena kava inferior arasında yer alan bir bağlantıdır. Plasentadan gelen kanı karaciğere ve kalbe dağıtarak kalbin yüklenmesini önler. Burada duktus venosuz yokluğu nedeniyle kalp yetmezliği gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

VAKA:

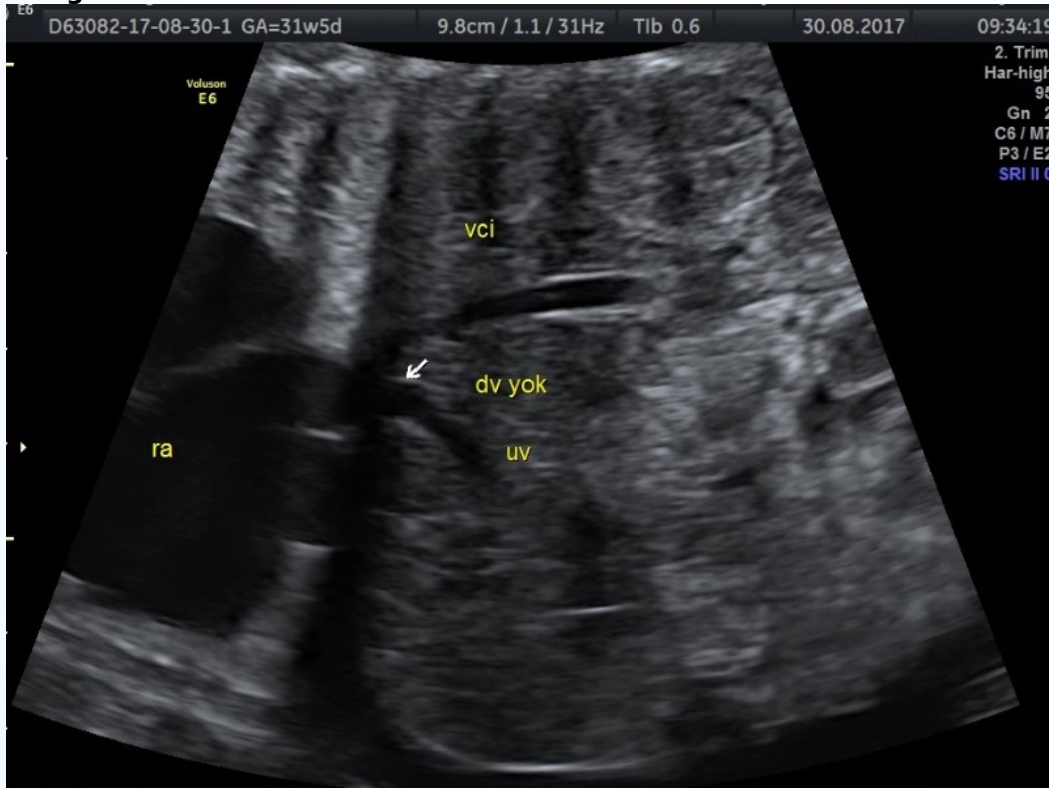
32 haftalık gebeliğe sahip olan, 31 yaşında, sağlıklı, medikal anamnezinde özellik olmayan hasta, başka bir klinikten fetal hidrops nedeniyle tarafımıza gönderildi. Fetusta perikardiyal ve plevral efüzyon, batında asit izlendi. Dört odacık görüntüsünde kardiyomegali ve triküspit kaçağı saptandı. Sağ atriyum geniş, ventrikül kontraktilesi bozulmuş izlendi. Mitral ve triküspit kapak bağlantıları ve ventrikülo arteriyel damar bağlantıları normal izlendi. Fetal anemi saptanmadı. Duktus venosuzun olmadığı, umbilikal venin doğrudan sağ atriya açıldığı izlendi. Fetal kalp yetmezliği nedeniyle doğum kararı alındı. 1920 gr, 6/8 APGAR skorlu erkek bebek sezaryen doğum ile doğurtuldu. Bebek yenidoğan 3.gününde eksitus oldu.

SONUÇ:

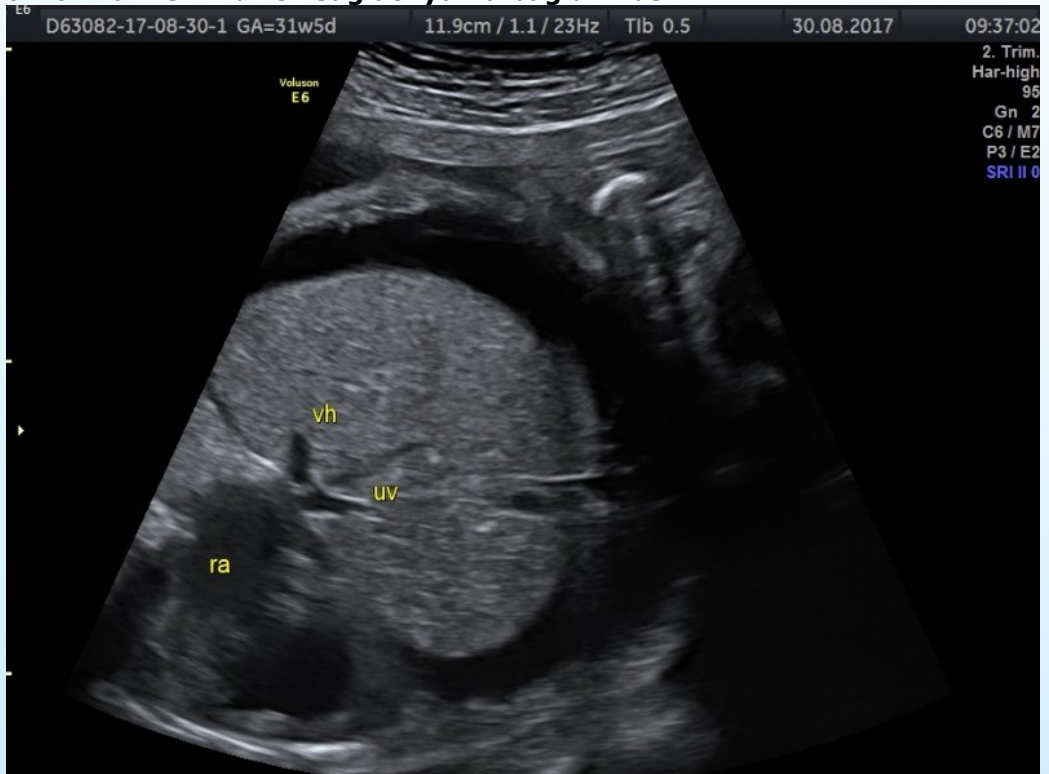
Umbilikal ven, duktus venosuz aracılığıyla vena kava inferiora bağlanır. Duktus venosuz yokluğunda umbilikal ven doğrudan vena kava inferiora veya sağ atriya bağlanır. Koroner sinüse ve iliak vene de bağlanabildiği bildirilmiştir. Bu durumda fetusa gelen kan doğrudan sağ kalbe ulaşacak ve hacim yüklenmesi oluşturacaktır. Umbilikal venin geniş görünmesi ve duktus venosuzun izlenmemesi ile tanı konur. Renkli Doppler'de umbilikal ven ve vena kava inferior arasındaki alacalanma izlenmez. Umbilikal venin nereye bağlandığının gösterilmesiyle tanı doğrulanır. Kromozom analizi önerilmelidir. Kardiyomegali ve hidrops görülebilir. Kalp yetmezliği geliştiğinde prognozu kötüdür. Doğum yenidoğan yoğun bakımı, pediatrik kardiyoloji ve pediatrik kalp cerrahisi imkanlarının olduğu üçüncül merkezde planlanmalıdır. Fetal kalp yetmezliği ve hidrops varlığında, kalp yetmezliğinin sebeplerinden biri olabilen duktus venosuz agenezisi de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: umbilikal venler, hidrops fetalis, agenezi

dv agenezisi



umbilikal venin direk sağ atriyuma bağlanması



[Page: 8]

[Abstract:0016] OP-08 [Accepted:Oral Presentation] [Jinekoloji]

Perkütan Enstrümantasyon ile Kombine Mini-Laparoskopik Total Histerektomi: Ultra-Minimal İnvaziv Cerrahi Sonuçları

Selim Mısırlıoğlu¹, Ayşen Boza², Tonguç Arslan², Bülent Urman³, Çağatay Taşkıran³

¹VKV Koç Üniversitesi Hastanesi, Obstetrik ve Jinekoloji Departmanı, İstanbul, Türkiye

²VKV Amerikan Hastanesi, Kadın Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye

³VKV Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı perkütan cerrahi alet ile birlikte mini-laparoskopik enstrümanlar kullanılarak yapılan total laparoskopik histerektomi deneyimimizi sunmaktır.

Dizayn: Prospektif gözlemsel çalışma.

YÖNTEM: Aralık 2015- Ekim 2017 tarihleri arasında Koç Üniversitesi Hastanesi ve Amerikan Hastanesinde benign nedenlerle yapılan teknik olarak perkütan ile kombine mini-laparoskopik total histerektomi cerrahi (MpPc-TLH) uygulanan 34 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 5-mm optik transumbilikal trokar, bir 5-mm ansiller port sağ alt tarafta, bir 2.4-mm perkütanöz enstrüman (MiniGrip® Handle, Teleflex, USA) sağ üst kadranda ve gerekirse 3.5-mm ansiller port sol tarafta olacak şekilde trokar konfigürasyonu altında cerrahi yapılmıştır. 5-mm 30 derece optik teleskop, 3.5 mm mini-laparoskopik aletler (Karl Storz, Tuttingen, Germany) and entegre bipolar ve ultrasonik teknoloji kullanılmıştır. Umbilikal insizyon 4/0 MonocryL ile 3-and 2-mm insizyonlar steril stripler ile kapatılmıştır. Tüm ameliyatlar aynı cerrah tarafından yapılmıştır.

SONUÇLAR: Medyan yaş 49 (aralık, 41-62 yaş); vücut kitle indeksi 29 kg/m² (aralık, 25- 35 kg/m²), ve uterusun ağırlık 200 gr (aralık, 80-260 gr). 34 hastanın, 18'i uterusun myom; 7'si benign adneksial kitle; 8'i endometrial intraepitelial neoplazi ve 1'i adenomyozis + anormal uterusun kanama olarak preoperatif tanı almıştır.. Medyan operasyon zamanı 110 dakika (aralık, 65-185 dakika), ve tahmini kanama miktarı 60 ml (aralık, 40-180 ml) olarak saptanmıştır. Laparotomi ve kan transfüzyonu ihtiyacı olmamıştır. Gastrointestinal aktivite ve spontan idrar çıkışı sırasıyla medyan 14 saat (aralık, 8-24 saat) ve 7 saat (aralık, 4-9 saat) olarak bildirilmiştir. İntra- ve postoperatif komplikasyon görülmemiştir.

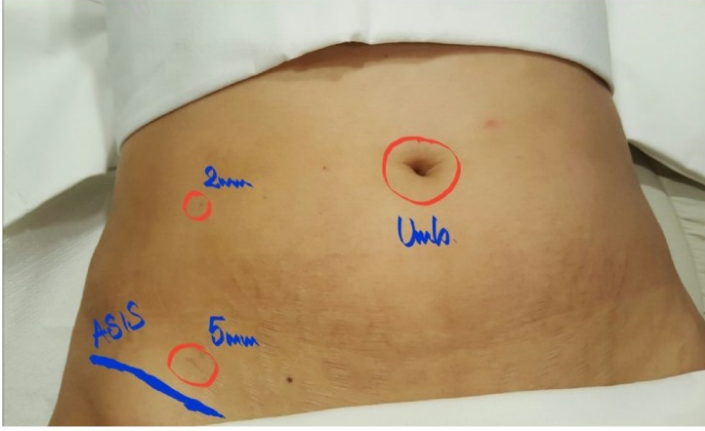
TARTIŞMA: Sınırlı sayıda ki hasta deneyimiz perkütan ile kombine mini-laparoskopik total histerektomi tekniğinin güvenli ve uygulanabilir bir seçenek olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: mini-laparoskopi, perkütan cerrahi, total histerektomi

post-operatif 6.hafta insizyon yerleri



Ameliyat sonrası 6. hafta

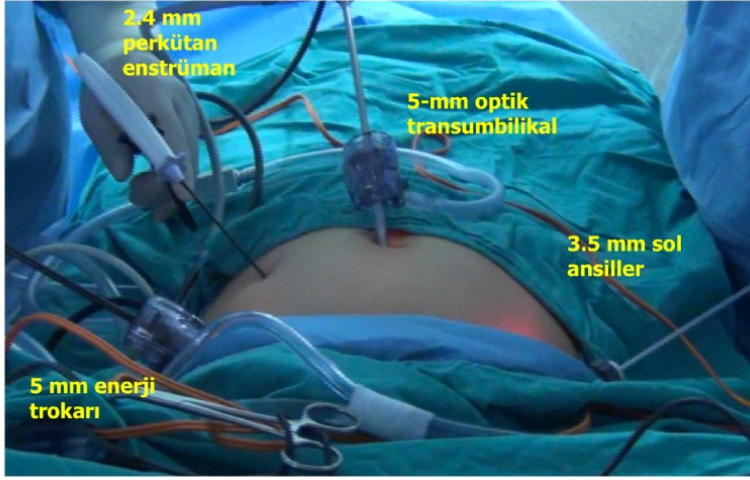


post-operatif 6.hafta insizyon yerleri

trokar yerleşimi



Sağ ipsilateral teknik



trokar yerleşimi

Hasta karakteristikleri ve cerrahi değişkenler

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Yaş, yıl | 49 |
| VKİ, kg/m ² | 29 (25-35) |
| Uterin ağırlık, gram | 200 (80-260) |
| Operasyon zamanı, dakika | 110 (80-185) |
| Tahmini kan kaybı, mL | 60 (40-180) |
| Endikasyonlar, n(sayı) | 18 |
| Uterin fibroidler | 8 |
| Endometriyal intraepitelyal neoplazi | 7 |
| Adneksiyal kitle | 1 |
| Adenomyozis + AUK | 1 |

Hasta karakteristikleri ve cerrahi değişkenler

AuthorToEditor: Sunuma opsiyon olmadığı için cerrahi video eklenememiştir.

[Page: 9]

[Abstract:0017] OP-09 [Accepted:Oral Presentation] [Perinatoloji]

Fetal anemi nedeniyle yapılan intrauterin transfüzyonun gebelik ve yenidoğan sonuçları: Tek bir merkezin 3 yıllık sonuçları

Erol Arslan, Mete Sucu, Mehmet Özsürmeli, Selahattin Mısırlıoğlu, Selim Büyükkurt, Süleyman Cansun Demir, İsmail Cüneyt Evrücke
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Adana

AMAÇ: Merkezimizde intrauterin dönemde fetal anemi nedeniyle tanı alıp intrauterin kan transfüzyonu (İUT) yapılan hastaların gebelik sonuçlarının ve yenidoğan dönemindeki kısa dönem takiplerinin değerlendirilmesi.

METOD: Mevcut çalışma Şubat 2015-Ekim 2017 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı'nda yapıldı. Ultrason aracılığıyla bakılan orta serebral arter tepe sistolik akım değerleri 1.5 MoM üstünde hesaplanarak fetal anemi tanısı alıp İUT yapılan fetüsler viewpoint programı aracılığıyla tarandı. Hastaların gebelik takibindeki ve yenidoğan yoğun bakımdaki bilgileri dosyalar geriye taranarak derlendi. Yenidoğan yoğun bakımdan şifa ile taburcu olan hastaların son durumları ve gelişimleri ile ilgili bilgiler aileler telefonla aranarak edinildi.

BULGULAR: Son üç yıllık süreçte toplam 30 fetüse 54 kez İUT yapıldı. Hastalara ait gebelik ve yenidoğan dönemi sonuçları tablo 1'de sunulmuştur. Bu 30 gebelikten 2'si takipten çıkmış olup geriye kalan 28 gebeliğin 7'si (%25) intrauterin fetal ölümlü (İÜÖF) sonuçlandı. Buna karşın canlı doğum gerçekleşen 21 gebelikten 11'inde yenidoğan döneminde ölüm gerçekleşti. Geriye kalan 10 bebek ise problemsiz bir şekilde gelişimlerine devam etmekte. Canlı doğum gerçekleşen fetüslerde sağ kalım oranı yaklaşık %50 olarak saptandı. Bununla birlikte başlangıçta hidrops bulgusu olmayan 11 hastadan 10 tanesi canlı doğumla sonuçlanmış ve 2'si yenidoğan döneminde kaybedilirken 8 tanesi (%80) problemsiz bir şekilde hayatlarına devam etmekteydi. Yenidoğan döneminde kaybedilen fetüslerin birinde gelişme geriliği ve oligohidramniyos, diğerinde ise gelişme geriliği ve fetal distress nedeniyle 28. haftada doğum öyküsü mevcut idi. 11 taneden birisi ise 30. haftada İÜÖF ile sonuçlanmış olup bu fetüsteki anemi nedeni parvovirüs enfeksiyonu idi.

SONUÇ: Fetal aneminin ana nedenleri alloimmünizasyon ve parvovirüs B 19 enfeksiyonudur. Anti RhD immünglobulinin gebelik esnasında ve doğum sonrası ilk 72 saate yaygın kullanımı ile birlikte eritrosit alloimmünizasyonuna bağlı fetal hemolitik anemi insidansı azalma göstermiştir. Bununla birlikte özellikle ülkemizde düşük sosyoekonomik seviyeli ve doktora ulaşımın zorluklar teşkil ettiği popülasyonda geç kalınmış alloimmünizasyonlu vakalar görülmektedir. Nitekim çalışmamızdaki vakaların 2/3'üne yakını (19/30) tarafımıza başvurduğunda hidrops bulguları vardı. Yine bunu destekler şekilde 15 ve 16 numaralı fetüsler aynı anneye ait olup, bir önceki fetüs hidrops nedeniyle kaybedilmiş olmasına rağmen, hastanın bir sonraki gebeliği de hidropsla komplike olduktan sonra tarafımıza başvurmuştu. Başlangıcında hidrops olmayan vakalarda %80'e yakın sağ kalım olduğu dikkate alındığında erken teşhisle, yüz güldürücü sonuçlar elde edilmekte. Birinci amaç alloimmünizasyonu önlemek üzerine olmakla beraber, immünize olmuş vakaların erken teşhisi ve tedavisi de sonuçlar itibarıyla önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: fetal anemi, intrauterin transfüzyon, Rh uygunsuzluğu, parvovirüs, hidrops

Fetal anemi nedeniyle intrauterin transfüzyon yapılan fetüslerin gebelik ve yenidoğan sonuçları

| Has ta no. | IUT sayısı | IUT haftası | Başlan gıçta hidrops varlığı | Anemi nedeni | Gebelik sonucu | Doğ um haftası | Erken doğum nedeni | Doğ um ağırlığı (gr) | Apg ar | Exchange /Kan transfüzyon sayısı | Fotote rapi (gün) | YD yatış süresi (gün) | Sonuç |
|------------|------------|-------------|------------------------------|-----------------|--------------------|----------------|-------------------------------------------------------|----------------------|--------|----------------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1 | 3 | 21/25/28 | yok | Anti-D | Canlı doğum | 31+5 | oligohidroamnios +İUGG | 1315 | 3-5-7 | 1/0 | 6 | 7 | Ex(7.gün) |
| 2 | 2 | 27/28 | var | Anti-D | Canlı doğum | 28+2 | İUGG + fetal distress | 1460 | 2-5-7 | 1/0 | - | 1 | Ex(aynı gün) |
| 3 | 2 | 28/31 | yok | Anti-D | Canlı doğum | 33+1 | anemi bulgusu | 2320 | 3-5-8 | 3/0 | 20 | 75 | 22 aylık sağlam sağlıklı |
| 4 | 1 | 31 | yok | Anti-D | Canlı doğum | 32+2 | teknik zorluk nedeniyle 2. kez transfüzyon yapılamadı | 2080 | 8-9 | 0/3 | 10 | 26 | 9 aylık sağlam sağlıklı |
| 5 | 2 | 21/25 | yok | Anti-D | Canlı doğum | 32+0 | İUGG+anemi bulgusu | 1280 | 3-5-7 | - | - | - | Ex(aynı gün) |
| 6 | 2 | 29/33 | yok | Anti-D | Canlı doğum | 37+2 | - | 3870 | 6-7 | - | 3 | 10 | 8 aylık sağlam sağlıklı |
| 7 | 1 | 24 | yok | parvovirüs enf. | İÜÖF (30. haftada) | | | | | | | | |
| 8 | 3 | 24/27/30 | var | Diğer | Canlı doğum | 31+2 | İUGG+patolojik doppler | 1490 | 2-5-7 | 0/3 | 5 | 35 | Ex(35.gün) |
| 9 | 3 | 21/24/26 | var | Anti-C | Canlı doğum | 29+1 | anemi+kalp yet. bulgusu | 1100 | 1-4-7 | 0/2 | 1 | 4 | Ex(4.gün) |
| 10 | 1 | 26 | var | Diğer | Canlı doğum | 29+1 | fetal distress | 1440 | 1-3-5 | 1/0 | - | 1 | Ex(aynı gün) |
| 11 | 4 | 22/24/26/29 | yok | Anti-E | Canlı doğum | 32+1 | anemi bulgusu | 1730 | 9-10 | 1/0 | - | 22 | 27 aylık sağlam sağlıklı |
| 12 | 2 | 27/30 | yok | Anti-D | Canlı doğum | 34+0 | | 1630 | | 0/4 | - | 20 | 6 aylık sağlam sağlıklı |
| 13 | 2 | 23/31 | yok | Anti-D | Canlı doğum | 36+0 | | 2960 | 7-8 | - | 4 | 11 | 1 aylık sağlam sağlıklı |
| 14 | 1 | 24 | var | Anti-D | Canlı doğum | 26+4 | preeklampsi | 1000 | 0-3-5 | - | - | - | Ex(aynı gün) |
| 15 | 2 | 27/28 | var | Anti-D | Canlı doğum | 29+4 | fetal distress | 1270 | 5-7 | 1/0 | 15 | 40 | 6 aylık sağlam sağlıklı |
| 16 | 1 | 26 | yok | Anti-D | Canlı | 28+ | teknik | 130 | 4-7 | 1/1 | 4 | 64 | 10 |



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND ADANA

| | | | | | doğum | 4 | zorluk nedeniyle 2. kez yapılamamış | 0 | | | | | | aylık sağlam sağlıklı |
|----|---|----------|-----|------------------|--------------------|------|-------------------------------------------|------|-------|-----|---|----|-------------------------|-----------------------|
| 17 | 1 | 31 | var | Anti-D | Takipte n çıkmış | | | | | | | | | |
| 18 | 3 | 20/22/24 | var | Anti-D | İÜÖF (26.haft ada) | | | | | | | | | |
| 19 | 3 | 20/21/23 | var | Anti-D | İÜÖF (23.haft ada) | | | | | | | | | |
| 20 | 1 | 27 | var | Anti-D | Canlı doğum | 30+0 | fetal distress | 1300 | 2-5-7 | 2/1 | 3 | 5 | Ex(5.g ün) | |
| 21 | 1 | 28 | var | Anti-D | Canlı doğum | 28+5 | fetal distress | 1510 | 3-5-7 | 1/0 | - | 1 | Ex(aynı gün) | |
| 22 | 1 | 29 | var | Anti-D | İÜÖF (30.haft ada) | | | | | | | | | |
| 23 | 2 | 21/25 | var | Diğer | Canlı doğum | 38+5 | | 3500 | 8-9 | - | - | - | 2 aylık sağlam sağlıklı | |
| 24 | 1 | 28 | var | Anti-D | Canlı doğum | 30+0 | teknik zorluk nedeniyle 2. kez yapılamadı | 2200 | 2-4-6 | 1/0 | - | 3 | Ex(aynı gün) | |
| 25 | 1 | 30 | yok | Anti-D | Canlı doğum | 33+3 | anemi bulgusu | 2170 | 8-9 | 1/0 | 2 | 24 | 9 aylık sağlam sağlıklı | |
| 26 | 1 | 23 | var | Anti-D | İÜÖF(23 . haftada) | | | | | | | | | |
| 27 | 1 | 22 | var | parvov irüs enf. | İÜÖF(23 . haftada) | | | | | | | | | |
| 28 | 1 | 27 | var | Anti-D | Takipte n çıkmış | | | | | | | | | |
| 29 | 1 | 26 | var | Anti-D | Canlı doğum | 28+0 | preeklampsi | 1400 | 3-5-7 | 2/0 | - | 3 | Ex(3.g ün) | |

IUT: intrauterin transfüzyon, İUGG: intrauterin gelişme geriliği, İÜÖF: intrauterin ölü fetüs

[Page: 10]

[Abstract:0018] OP-10 [Accepted:Oral Presentation] [Onkoloji]

Preoperatif serum CA 125 erken evre endometrioid tip endometriyal kanserlerde yararlı bir belirteç midir?

Emre Erdem Taş¹, Gülin Feykan Yeğin Akçay², Hüseyin Levent Keskin², Edip Alptuğ Kır², Ayşe Filiz Yavuz¹

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

²Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

AMAÇ: Bu çalışmanın amaçları: 1) Evre IA ve IB endometrioid tip endometriyal kanserler (EK) arasındaki prognostik faktörler [yaş, tümör boyutu, lenfo vasküler alan invazyonu (LVAİ) ve histolojik grade] arasındaki farklılıkları değerlendirmek ve bu faktörlerden serum CA-125 değerlerine etki eden faktörleri belirlemek ve 2) düşük riskli hastaların (<2 cm, Grade 1-2 ve Evre IA tümörler) tanımlanmasında serum CA-125'in tanısal değerini değerlendirmek.

YÖNTEM: Ocak 2007 - Aralık 2016 yılları arasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde erken evre endometrioid tipte EK tanısı alan 94 olgunun demografik ve klinik özellikler, ultrasonografi bulguları ile tedavi öncesi serum CA-125 değerleri geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR: Olguların yaş ortalaması, serum CA-125 ve tümör boyutlarının ortanca değerleri ile pozitif LVAİ durumu Evre IB tümörlerde anlamlı olarak yüksekti ($p<0.05$). Grade 3 tümörler Evre IB olgularda Evre IA olgulara göre daha sıklıkla (% 22,7'ye karşı % 9,7) ancak bu farklılık anlamlı değildi ($p>0.05$). CA-125 düzeyi ile myometrial invazyon derecesi, tümör boyutları ve histolojik grade arası anlamlı ilişki mevcuttu ($p<0.05$). Serum CA-125 düzeyinin düşük riskli hastaların belirlenmesinde de tanısal değer mevcuttu ($p=0.006$, 0.56-0.78; 0.95 CI) ve 35 IU/ml eşik değeri yüksek riskli olguların seçilmesinde % 100 özgüllük göstermekteydi.

SONUÇ: Serum CA-125'in erken evre endometrioid tip EK'de tanısal değeri vardır ve düşük riskli hastaların belirlenmesinde kendi başına veya bir risk indeksinin parçası olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: CA 125 Antijen, tümör evreleme, endometrial neoplazi

[Page: 11]

[Abstract:0022] OP-11 [Accepted:Oral Presentation] [Obstetri]

Sezeryan skar gebeliği tedavi ve sonuçları: Tek bir merkezin 1 yıllık deneyimi

Ferhat İbrahim Ürünsak, Erol Arslan, Mete Sucu, Selahattin Mısırlıoğlu, Mehmet Özsürmeli, Selim Büyükkurt, Süleyman Cansun Demir, İsmail Cüneyt Evrücke
Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

AMAÇ: Merkezimizde son 1 yıl içinde ultrason aracılığıyla tanı almış sezeryan skar gebeliklerine uygulanan tedavilerin ve bunların sonuçlarının incelenmesi.

METOD: Ekim 2016-Ekim 2017 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nde tanısı konulan sezaryen skar gebeliği olan hastalar geriye dönük tarandı. Hastaların ultrason bulguları viewpoint programı aracılığıyla edinildi. Hastaya uygulanan tedavi şekli, kan kaybı miktarı, kan takılıp takılmadığı bilgisi hasta dosyalarından edinildi.

BULGULAR: Son bir yıllık süreçte toplam 10 hastada sezaryen skar gebeliği teşhisi konuldu. Bu hastalarda 2'si kendilerine önerilen tedavi şeklini kabul etmeyip takibimizden çıktılar.

Geriye kalan 8 hastanın gebelik ve tedavi ile ilişkili özellikleri tablo 1'de sunulmuştur.

Hastaların ortalama yaşları 29.5 ± 5.2 idi. En küçük gebelik haftasına sahip hastanın 6 hafta 1 günlük gebeliği bulunurken en büyüğü 12 hafta 6 gün olup ortalama gebelik haftası 8 hafta 4 gün idi. Ortalama hastanede yatış süresi, 7.75 ± 6.9 olup uzun yatış sürelerinin temel nedeni metotreksatla tedavi edilen hastaların ortalama 16 günlük yatış süreleriydi.

SONUÇ: Artan sezaryenle doğum oranları nedeniyle, sezaryen skar gebeliği insidansında büyük bir artış olmuştur. Bununla birlikte konuyla ilgili deneyimler özellikle tanıda aynı şekilde artmamıştır. Bu durum ilerleyen haftalarda görülen plasental yapışma anomalilerini arttırdığı gibi, iyi planlanmamış tedavi şekilleri (özellikle skar gebelik teşhisini koymadan yapılan küretajlar) başta kan kaybı olmak üzere komplikasyon oranlarını arttırmaktadır. Biz bu çalışmamızda son 1 yıl içinde karşılaştığımız sezeryan skar gebeliklerinde uyguladığımız tedavileri ve bunların sonuçlarını özetlemeye çalıştık.Sadece iki hastada birer ünite ES replasmanı gerekmiş olup hiçbir hastada ciddi bir komplikasyon olmamıştır. 8 hastanın yedisinde küretaj uygulanan ana tedaviyi oluştururken sadece bir hastada histeretomi gerekliliği olmuştur, bu gebenin de histeretomi yapılan gebelik haftası 14 idi.Dolayısıyla doğru teşhis kadar erken teşhis konulması da tedaviyi daha basite indirgemektedir.

Anahtar Kelimeler: skar gebelik,sezeryan,küretaj,metotreksat

Sezeryan skar gebeliklerinde uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları

| Hasta no | Hastanın yaşı | Gebelik haftası | Yapılan tedavi | Transfüzyon ihtiyacı | Hematokrit düşüklüğü miktarı | Hastanede yatış süresi |
|----------|---------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------|
| 1 | 26 | 10 hafta 1 gün | D&C +uterin balon uygulanması | - | 11 birim | 3 gün |
| 2 | 26 | 7 hafta 4 gün | D&C + uterin balon uygulaması + tek taraflı uterin arter ligasyonu | - | 7 birim | 3 gün |
| 3 | 36 | 12 hafta 6 gün | 4 doz mtx + bil. uterin arter embolizasyonu + histeretomi (14.haftada) | - | 6 birim | 15 |
| 4 | 27 | 10 hafta | 4 doz mtx + sol uterin arter embolizasyonu + D&C | - | 7 birim | 15 |
| 5 | 22 | 6 hafta 2 gün | D&C | - | 2 birim | 1 |
| 6 | 37 | 7 hafta 6 gün | 4 doz mtx + D&C | 1 ünite ES | | 18 |
| 7 | 30 | 8 hafta | D&C + uterin balon uygulaması | 1 ünite ES | | 5 |
| | 32 | 6 hafta 1 gün | D&C + uterin balon uygulaması | - | 4 birim | 2 |

D&C: Dilatasyon ve küretaj, mtx: metotreksat, ES: eritrosit replasmanı

[Page: 12]

[Abstract:0023] OP-12 [Accepted:Oral Presentation] [Perinatoloji]

Çok erken prematür membran rüptürü yönetiminde seri transabdominal amniyoinfüzyon prosedürü uygulanan olgularda klinik koryoamniyoniti predikte etmede amniyon sıvı enfeksiyon belirteçlerinin etkinliği

Rauf Melekoğlu¹, Ebru Çelik²

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya, Malatya

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Çok erken prematür membran rüptürü olgularının yönetiminde seri transabdominal amniyoinfüzyon prosedürü uygulanan hastalarda klinik koryoamniyoniti predikte etmede amniyon sıvı enfeksiyon belirteçlerinin etkinliğini ortaya koymak.

YÖNTEM: Çalışmamıza İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 01.01.2015 tarihinden 01.11.2017 tarihleri arasında gebeliğin 16-24. haftasında preterm prematür membran rüptürü nedeni ile başvuran ve seri transabdominal amniyoinfüzyon yönetimi uygulanan tüm gebeler dahil edildi. Amniyoinfüzyon işlemi 20-gauge amniyosentez iğnesi ile ultrasonografi eşliğinde trans-abdominal olarak amniyotik kaviteye 37°C ısıtılmış izotonik mayi verilerek gerçekleştirildi. İşlem sırasında ilk aspire edilen amniyotik mayiden enfeksiyon markerları (lökosit, glukoz, kültür) gönderildi. Klinik koryoamniyonitin tanısı klinik olarak başka nedene atfedilemeyen maternal ateş ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)'e eşlik eden maternal taşikardi, fetal taşikardi, uterin hassasiyet, maternal lökositoz ($\geq 15,000$ mL) ve kötü kokulu amniyotik sıvı bulgularının birinin olması ile birlikte konuldu.

Koryoamniyonitin olduğu amniyotik mayi lökosit, ve glukoz seviyelerinin cut-off değerlerini saptamak için receiver operating characteristic (ROC) curve analizi kullanıldı ve eğri altında kalan sensitivite ve spesifite değerleri hesaplandı.

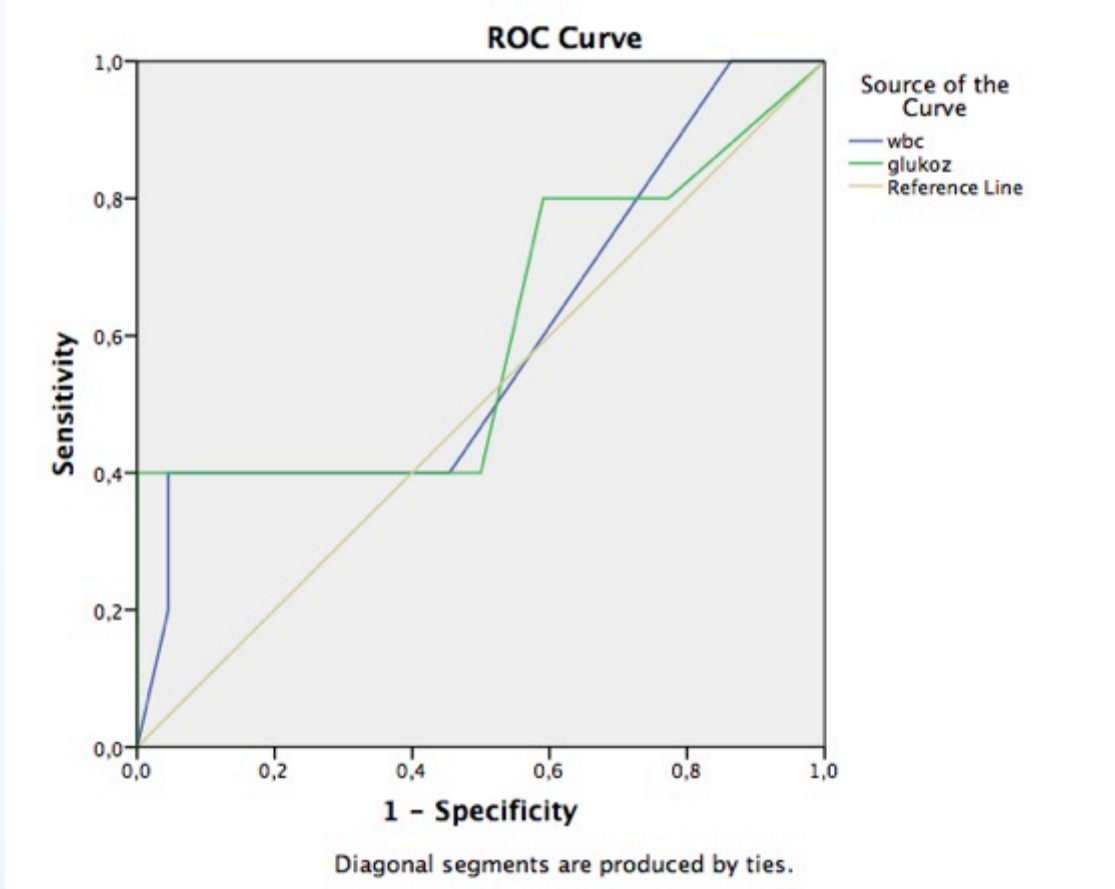
BULGULAR: Çalışma periyodu boyunca çok erken dönem prematür membran rüptürü gelişen ve seri transabdominal amniyoinfüzyon uygulanan 27 hasta olduğu saptandı. Hastaların median yaşı 27 (ortalama 28.1/yıl; en küçük-en büyük, 20-39), vücut kitle indeksi 28 kg/m² (ortalama 28.2 kg/m²; en küçük-en büyük 20-38 kg/m²) idi. Uygulanan median amniyoinfüzyon sayısı 3 (ortalama 3,48, en düşük-en büyük, 1-10) saptandı. Antenatal takip sırasında hastaların %18,5 (5/27)'inde koryoamniyonit gelişimi izlendi. Amniyotik sıvı glukoz ve lökosit değerinin seri transabdominal amniyoinfüzyon yönetimi uygulanan çok erken preterm prematür membran rüptürü olgularında koryoamniyonit gelişimi açısından sensitivite, spesifite ve önerilen cut-off değerlerinin saptanması için ROC analizi yapıldı. Amniyotik sıvı glukoz ve lökosit değerinin koryoamniyoniti predikte etmede belirleyici olmadığı saptandı (sırasıyla AUROC 0,605, 95%CI 0,282-0,927, p=0,473 ve AUROC 0,591, 95%CI 0,287-0,895, p=0,533) (Şekil1). Hastaların dördünde amniyotik sıvı kültür analizi pozitif saptanmakla birlikte en sık izole eden mikroorganizmanın E. coli olduğu izlendi.

SONUÇ: Bu çalışma seri transabdominal amniyoinfüzyon yönetimi uygulanan çok erken prematür membran rüptürü olgularında amniyotik sıvı enfeksiyon belirteçlerinden amniyotik sıvı lökosit ve glukoz değerinin koryoamniyonit öngörüsü için kullanışlı olmadığını göstermiştir. Bu hastalarda klinik bulgular ile birlikte amniyotik sıvı kültür analizinin değerlendirilmesi takipte gelişebilecek önemli bir perinatal morbidite olan koryoamniyonitin öngörüsünde daha faydalı gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Amniyotik sıvı, fetal membranların preterm erken rüptürü,

koryoamniyonit

Şekil 1



Amniyotik sıvı glukoz ve lökosit değerinin koryoamniyonit gelişimi öngörüsü açısından sensitivite, spesifite değerlerinin gösteren ROC eğrileri

[Page: 13]

[Abstract:0027] OP-13 [Accepted:Oral Presentation] [Jinekoloji]

Meme Kanserli Postmenopozal Tamoksifen Veya Arimideks Kullanan Asemptomatik Hastalardaki Endometriyal Değişikliklerin Değerlendirilmesi

Ali Doğukan Anğın¹, Hüsnü Gökaslan², Ferhat Ekinci³, Resul Karakuş⁴, Pınar Anğın⁵

¹Kartal Dr Lütüfî Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, İstanbul

³Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği, Bursa

⁴Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

⁵Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

AMAÇ:

Postmenopozal dönemde meme kanserli olan ve jinekolojik açıdan asemptomatik olup tamoksifen veya aromataz inhibitörü kullanan hastalardaki endometriyal değişikliklerin değerlendirilmesidir.

MATERYAL-METOD:

Postmenopozal asemptomatik meme kanserli hastalar arasından en az altı aydır tamoksifen kullanan 22 hasta ve arimideks kullanan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara rutin jinekolojik muayene sonrası bilateral uterin arter doppler sonografisi, transvajinal ultrasonografi ve salin infüzyon sonografisi uygulandı. Bu görüntüleme yöntemi sonrasında da hastalara pipelle kanülü ile endometriyal örnekleme uygulandı.

Bulgular

Gruplar arasında endometriyal değişiklikler ve ultrasonografik bulgular karşılaştırıldı.

Tamoksifen kullanan hastaların 3'ünde (%13,5), arimideks kullanan hastaların 6'sında (%15) endometrial polip saptandı. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi. ROC curve verilerine göre eşik değeri TV-USG için 8,5 mm; SIS için 7,7 mm hesaplandı. Eşik değeri 8,5 mm alındığında transvajinal ultrasonografinin patoloji saptama duyarlılığı %33, özgüllüğü %90; eşik değeri 7,7 mm alındığında salin infüzyon sonografisinin duyarlılığı %33, özgüllüğü %92 olarak bulundu. Toplamda endometriyal patoloji saptanan (n:9) ve patoloji saptanmayan (n:53) hastalar karşılaştırıldığında tek anlamlı fark yer kaplayan lezyon da izlendi (p:0,019).

Sonuç

Tamoksifen kullanımı aromataz inhibitörüne kıyasla endometrial kalınlıkta daha fazla artışa yol açmıştır. Dopplerin endometrial patoloji açısından prediktif değeri saptanmamıştır.

Taramalarda öncelikle transvajinal ultrasonografi kullanılarak invazif bir işlem seçilecekse öncesinde salin infüzyon sonografisi uygulanabilir.. Taramalarda kullanılacak eşik değeri için 5-9 mm arasındaki değerler uygun gibi görünse de net bir değer belirlemek güçtür, ileri tetkikler için sadece eşik değeri değil, TV-USG ve SIS bulguları birarada değerlendirilmelidir

Anahtar Kelimeler: Tamoksifen, aromataz, endometriyum, meme, postmenopoz

Endometrial patoloji saptanan ve saptanmayan gruplar arasında bulguların karşılaştırılması ve p değeri

| PARAMETRELER | PATOLOJİ+(n:9) | PATOLOJİ-(n:53) | p |
|---------------------------------------------|----------------|-----------------|-------|
| Yaş | 57,4 | 55,6 | 0,406 |
| Gravide | 2,6 | 2,8 | 0,943 |
| Parite | 2,6 | 2,7 | 0,975 |
| Menopoza sonrası geçen süre ortalaması(yıl) | 11,5 | 8,3 | 0,186 |
| Kullanım süresi(ay) | 16,5 | 26,1 | 0,303 |
| Endometrium kalınlığı(TV-USG/mm) | 6,3 | 5,1 | 0,312 |
| Toplam endometrium kalınlığı(SIS/mm) | 5,4 | 3,9 | 0,171 |
| Endometrial kistik alan(TV-USG/%) | 22,2 | 13,2 | 0,607 |
| İntrakaviter sıvı(TV-USG/%) | 22,2 | 15,1 | 0,629 |
| Homojen endometrium(TV-USG/%) | 66,7 | 77,4 | 0,674 |
| Heterojen endometrium(TV-USG/%) | 33,3 | 22,6 | 0,674 |
| Fokal asimetrik kalınlaşma(SIS/%) | 33,3 | 13,2 | 0,151 |
| Yer kaplayan lezyon(SIS/%) | 33,3 | 3,8 | 0,019 |

TV-USG: transvajinal ultrason SIS: salin infüzyon sonografisi

[Page: 14]

[Abstract:0028] OP-14 [Accepted:Oral Presentation] [Onkoloji]

Yeni Teknik: İleri Evre Over Kanserinin Açık Cerrahisinde Karbon Dioksit Gaz Aracılı Peritonektomi, Diyafram ve Bağırsak Mezo Stripping (Çukurova Teknik).

Ghanim Khatib, Ahmet Barış Güzel, Ümran Küçükğöz Güleç, Mehmet Ali Vardar
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekolojik Onkoloji Bölümü

AMAÇ: Over kanserlerinin çoğuna ileri evrelerde teşhis konulmaktadır. Over kanserinin cerrahisinde komplet sitoredüksiyon (R0), sağ kalımı etkileyen ana faktörlerden biridir. Komplet sitoredüksiyon elde etme olasılığı, özellikle de diyaframa ve bağırsak mezosunu da içine alan peritoneal karsinomatozun varlığında azalmaktadır [1-3]. Burada, sitoredüktif cerrahinin bir parçası olarak periton yüzeylerini sıyırma geliştirdiğimiz yeni bir tekniği sunmaktayız.

YÖNTEM: Peritoneal karsinomatozis tanısı konan 55 yaşındaki hasta, toraks-abdominopelvik tomografiyle rezektabl intra-abdominal hastalığa sahip olduğu ve primer sitoredüksiyona uygun olduğu düşünüldü. Laparotomi esnasında, omentumun omental kek şeklinde ve pelvisi dolduran, rektosigmoid kolon, uterus, adneksleri ve mesaneyi invaze ederek frozen pelvis oluşturan bir kitleye yapışık olduğu izlendi. Diyaframda, inen kolonun ve ince bağırsakların mezosunda yaygın implantlar gözlemlendi. Palpabil retroperitoneal pelvik ve para-aortik lenf nodları tespit edildi. Öte yandan, mide, ince bağırsağın anti-mezenterik yüzeyleri ve mezenter kökü tümörsüzdü. Bu pre ve intraoperatif bulgularla primer sitoredüksiyona karar verildi. Total omentektomi, total abdominal histerektomi ile bilateral salpingo-ooforektomi, rektosigmoid düşük anteryor rezeksiyon ve retroperitoneal lenfadenektomi yapıldı. laparoskopik cerrahide olduğu gibi insuflatörden gelen hortuma bağlı bir enjektör iğnesi yardımıyla sağ retroperitoneal bölge CO2 gazıyla şişirildi ve daha sonra periton sağ diyaframa kadar hızlı bir şekilde sıyrıldı. Ardından, diyaframa ve bağırsakların mezosuna aynı prosedür uygulandı. Böylece, bu tekniğin sayesinde tüm tutulan peritoneal yüzeyler kolaylıkla soyuldu ve R0 hedefine ulaşıldı.

BULGULAR: Gaz insuflasyonu, peritoneal yüzeylerin anatomik hatları boyunca kolayca ayrılmasına neden oldu ve bu da sıyırma prosedürlerinin kolaylıkla, hızlı ve kanama olmaksızın güvenli bir şekilde sonuçlanmasına neden olmuştur. Burada kullanılan CO2 gazının potansiyel komplikasyonları, transperitoneal veya retroperitoneal laparoskopik prosedürlerden farklı değildir. Ameliyat sırasında, subkütan amfizem ve CO2 gaz embolisi gibi potansiyel komplikasyonları izleyebilmek için hastanın saatlik kan gazı takip edildi. Bir diğer olası komplikasyon da, peritoneal yüzeylerin altına iğnenin yerleştirilmesi sırasında damarların yaralanma olasılığıdır. Ancak, dikkatli bir şekilde iğnenin yerleştirilmesiyle ve transillüminasyon yönteminin uygulanmasıyla bu olasılığın önüne geçilebilir. Yine de, bu gibi yaralanmalar olursa, tampon uygulamak yeterli bir önlem olacaktır. Bununla birlikte, komplikasyon oranları, tekniğe bağlı morbidite ve sağkalım üzerindeki etkisi gibi uzun vadeli sonuçlar henüz araştırılmamıştır. Bu nedenle, kliniğimizde bu tekniğin uzun süreli yararlılığını doğrulamak için bir çalışma başlatılmıştır.

SONUÇ: Bu pratik ve etkili tekniğin komplet sitoredüksiyon çabalarına olumlu katkı ve önemli bir gelişme sağlayacağına inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Karbon dioksit gazı, sitoredüktif cerrahi, ileri evre over kanseri, yeni cerrahi teknik



I. ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ

24 - 25 KASIM 2017
SHERATON GRAND - ADANA
www.cukurovajinekoloji.org

POSTER BİLDİRİLER



[Page: 1]

[Abstract:0002] PP-01 [Accepted:Poster Presentation] [Obstetri]

Sağlık Çalışanlarının Doğal Doğum Hakkında Bilgi ve Tutumları

Kübra Evgin¹, Filiz Okumuş²

¹Özel Adana Medline Hastanesi,

²İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Ebelik Bölümü

AMAÇ:

Bu çalışma, kadın-doğum alanında çalışan sağlık çalışanlarının doğal doğum hakkında bilgi ve tutularını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Tanımlayıcı tipte olan çalışma, Adana ve Siirt illerinde bulunan kamu hastanelerinde Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. En az bir yıl kadın-doğum alanında görev yapan ya da staj gören Adana'dan 170 (%52.3), Siirt'ten 155 (%47.7) olmak üzere toplam 325 sağlık çalışanı araştırmaya dâhil edilmiştir. Veri toplama formu olarak araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan 20 soruluk veri toplama formu kullanılmıştır. Veriler, SPSS 20.0 programında sayı, yüzdelik, ki- kare testleri ile analiz edilmiştir.

BULGULAR:

Araştırmaya katılan sağlık çalışanları 16-27 yaş aralığındadır ve %18.8'i erkek sağlık çalışanıdır. Araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının %18.5'i doktorlardan, %33.5'i ebeler ve kadın doğum hemşirelerinden, %48'i ise stajyer öğrencilerden oluşmaktadır. Katılımcıların %24.3'ü sağlık meslek lisesi mezunu, %61.2'si lisans, %4.3'ü yüksek lisans ve %10.2'si doktora mezunu olan sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının kendilerinin ya da eşlerinin daha önce doğum yapıp yapmadıklarına ilişkin frekans dağılımları; %30.5'i kendisi ya da eşi doğum yapan sağlık çalışanından olurken, %69.5'i kendisi ya da eşi daha önce doğum yapmamış sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Kendisi ya da eşi doğum yaptığını belirten çalışanların %60.6'sı bir kez, %39.4'ü iki ve daha fazla doğum yapmıştır. Doğum yapanların %20.2'si müdahaleli doğum (indüksiyon, epizyotomi, vakum, vb.), %49.5'i sezaryen ile, %30.3'ü ise spontan doğum yaptığını belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarına "Türkiye'nin dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip 3 ülkeden biri olduğunu biliyor muydunuz sorusu yöneltilmiştir ve %65.5'i bildiğini belirtirken, %27.7'si bilmediğini, %6.8'i ise kararsız kaldığını belirtmiştir. Araştırmaya dâhil olan sağlık personeline gebelere tavsiye ettikleri doğum türü sorulmuş buna göre, sağlık çalışanlarının %43.4'ü normal doğumu önerirken, %47.4'ü sezaryen olmalarını önerdiğini ifade etmiştir. Geriye kalan %9.2'si ise doğum hakkında tavsiyeler konusunda çekimser kaldığını belirtmiştir. Araştırmaya dâhil olan sağlık personeline "Sizce gebelik ve doğum, kadın hayatında neyi temsil ediyor?" sorusu sorulmuş ve buna göre, sağlık çalışanlarının %69.5'i gebelik ve doğumun kadın hayatındaki doğal fizyolojik bir süreç olduğunu, %24.0'ı patolojik olarak yaklaşıması gereken bir süreç olduğunu belirtmiştir. Örneklem %6.5'i ise gebelik ve doğumun kadın hayatındaki temsilini diğer ifadeler ile yorumlamıştır.

SONUÇ: Sağlık çalışanları arasında sezaryeni tercih ve tavsiye etme oldukça yaygındır. Doğal doğuma karşı tutumları kanıt temelli uygulamalardan oldukça uzaktır. Doğum hizmetlerinin kanıt temelli uygulamalara dayalı olarak yeniden dizayn edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğal doğum, Doğuma müdahale, Sağlık çalışanı

Sağlık Çalışanlarının Olumlu Doğum Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının Mesleklerle Göre Karşılaştırılması

| Hastanedeki Olumlu Doğum Uygulamaları | Meslekler | Katılıyor Sayı (%) | Katılmıyor Sayı (%) | Kararsız Sayı (%) | χ ² | p |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|-------|
| Genelde doğumun başlaması için 41-42. gebelik haftasının sonuna kadar beklenir | Hekim Ebe Stajyer | 50 (83.3) 74 (67.9) 94 (60.3) | 10 (16.7) 28 (25.7) 44 (28.2) | - 7 (6.4) 18 (11.5) | 13.601 | 0.009 |
| Travay esnasında anneler, hareketli olması için cesaretlendirilir | Hekim Ebe Stajyer | 52 (86.7) 92 (84.4) 113 (72.4) | 8 (13.3) 13 (11.9) 23 (14.7) | - 4 (3.7) 20 (12.8) | 14.787 | 0.005 |
| Annenin ayakta doğal olarak ıkınması ve doğumunu istediği pozisyonda yapmasına izin verilir. | Hekim Ebe Stajyer | 24 (40.0) 43 (39.4) 59 (37.8) | 28 (46.7) 54 (49.5) 82 (52.6) | 8 (13.3) 12 (11.0) 15 (9.6) | 0.964 | 0.915 |
| Anneye doğum boyunca moral ve destek vermeye özen gösterilir | Hekim Ebe Stajyer | 56 (93.3) 98 (89.9) 139 (89.1) | 4 (6.7) 7 (6.4) 15 (9.6) | - 4 (3.7) 2 (1.3) | 4.409 | 0.354 |
| Bebek doğar doğmaz annenin göğsüne çıplak olarak konur ve ten tene temas sağlanır. | Hekim Ebe Stajyer | 47(78.3) 77(70.6) 99(63.5) | 10(16.7) 29(26.6) 43(27.6) | 3(5.0) 3(2.8) 14(9.0) | 7.853 | 0.097 |
| Göbek kordonu damarda atım bitinceye kadar beklenir, sonra kesilir | Hekim Ebe Stajyer | 9 (15.0) 28 (25.7) 70 (44.9) | 47 (78.3) 64 (58.7) 59 (37.8) | 4 (6.7) 17 (15.6) 27 (17.3) | 32.635 | 0.000 |
| Plasentanın doğal olarak ayrılması için beklenir. | Hekim Ebe Stajyer | 58 (96.7) 97 (89.0) 118 (75.6) | 2 (3.3) 6 (5.5) 23 (14.7) | - 6 (5.5) 15 (9.6) | 17.912 | 0.001 |

**Sağlık Çalışanlarının Olumsuz Doğum Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının
Mesleklere Göre Karşılaştırılması**

| Hastanedeki Olumsuz Doğum Uygulamaları | Meslekler | Katılıyor Sayı (%) | Katılmıyor Sayı (%) | Kararsız Sayı (%) | χ ² | p |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------|-------|
| Rutinde tüm annelere ıkınması için komut verilir. | Hekim Ebe Stajyer | 56 (93.3) 93 (85.3) 121 (77.6) | 4 (6.7) 11 (10.1) 24 (15.4) | - 5 (4.6) 11 (7.1) | 9.053 | 0.060 |
| Anneler sırtüstü yatırılarak ıkındırılır. | Hekim Ebe Stajyer | 54 (90.0) 80 (73.4) 120 (76.9) | 5 (8.3) 24 (22.0) 32 (20.5) | 1 (1.7) 5 (4.6) 4 (2.6) | 7.100 | 0.131 |
| Her gebeye rutin olarak damar yolu açılır. | Hekim Ebe Stajyer | 55 (91.7) 99 (90.8) 126 (80.8) | 5 (8.3) 6 (5.5) 16 (10.3) | - 4 (3.7) 14 (9.0) | 10.092 | 0.039 |
| Her gebeye suni oksitosin (indüksiyon) rutin olarak uygulanır. | Hekim Ebe Stajyer | 17 (28.3) 18 (16.5) 69 (44.2) | 34 (56.7) 82 (75.2) 70 (44.9) | 9 (15.0) 9 (8.3) 17 (10.9) | 27.689 | 0.000 |
| Travay esnasında aralıklıdan çok sürekli EFM uygulanır. | Hekim Ebe Stajyer | 17 (28.3) 62 (56.9) 96 (61.5) | 37 (61.7) 40 (36.7) 37 (23.7) | 6 (10.0) 6 (6.4) 23 (14.7) | 31.156 | 0.000 |
| Gebelere doğumu hızlandırmak için genelde amniyotomi yapılır | Hekim Ebe Stajyer | 34 (56.7) 37 (33.9) 70 (44.9) | 22 (36.7) 59 (54.1) 61 (39.1) | 4 (6.7) 13 (11.9) 25 (16.0) | 11.968 | 0.018 |
| İlk gebeliklerde rutin olarak epizyotomi açılır. | Hekim Ebe Stajyer | 7 (11.7) 30 (27.5) 66 (42.3) | 48 (80.0) 72 (66.1) 72 (46.2) | 5 (8.3) 7 (6.4) 18 (11.5) | 25.375 | 0.000 |
| Göbek kordonu rutin olarak erken kesilir. | Hekim Ebe Stajyer | 45 (75.0) 63 (57.8) 72 (46.2) | 13 (21.7) 35 (32.1) 73 (46.8) | 2 (3.3) 11 (10.1) 11 (7.1) | 17.626 | 0.001 |
| Rutin olarak plasenta elle müdahale edilerek çıkarılır. | Hekim Ebe Stajyer | 3 (5.0) 17 (15.6) 63 (40.4) | 55 (91.7) 85 (78.0) 79 (50.6) | 2 (3.3) 7 (6.4) 14 (9.0) | 43.197 | 0.000 |

[Page: 2]

[Abstract:0004] PP-02 [Accepted:Poster Presentation] [Obstetri]

Gebelikte over kanserini taklit eden intraabdominal dev kitle

Edip Alptuğ Kır¹, Hüseyin Levent Keskin², Emre Erdem Taş¹, Gülin Feykan Akçay², Gökhan Kılıç¹, Ayşe Filiz Yavuz¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

AMAÇ: İlk trimester antenatal kontrolde masif asitin eşlik ettiği ve dev retroperitoneal kitle tanısı alan olgunun tanısı, tedavisi ve özelliklerinin literatür ile karşılaştırılması.

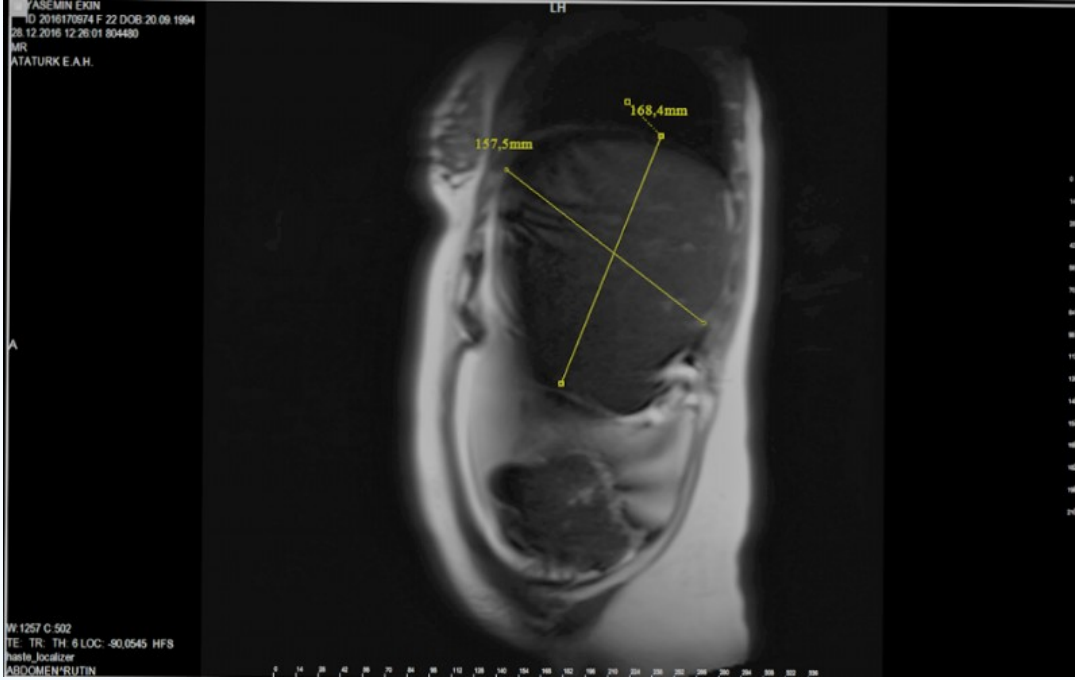
OLGU: 22 yaşında primigravid, son adet tarihine göre 15 haftalık gebenin ilk antenatal kontrolünde yapılan obstetrik ultrasonografisinde intrauterin 15 hafta ile uyumlu tekil gebelik ile birlikte abdominal kaviteyi üst kadrana kadar dolduran 16 x 18 cm boyutunda yoğun içerikli soliter abdominal kitle izlendi. Hastanın anamnezinde gebelik öncesi karın şişliği veya kilo alma gibi bir şikayetin olmadığı; gebelik süresince ise artan karın şişliği, kilo artışı, yaklaşık son iki ayda 12 kg, ve ilerleyen nefes almada zorluk şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hastanın kontrolünde arteriyel tansiyon 120/60 mmHg, nabız 80 atım/dk ve ağırlık 78 kg olarak ölçüldü. Hastanın kontrastsız manyetik görüntülemesinde ise retroperitoneal bölgeden kaynaklanan 18x17x12 cm kistik kitle ile batin içinde masif asit bulunduğu gözlemlendi. (Şekil 1) Hastanın gönderilen serum CA-125 değeri 1266 U/ml, CA 15-3 değeri 39 U/ml ve AFP değeri 32 ng/ml ise olarak geldi. Cerrahi müdahale kararı alınan hastadan 16. gestasyonel haftada uterus arka duvardan kaynaklanan 20 x 17 cm boyutlarında hemorajik nekroz özellikleri gösteren leiomyom ile uyumlu kitle çıkarıldı. (Şekil 2) Kitlenin patolojik incelemesi de hemorajik nekroz vasfı gösteren dejenere leiomyom olarak rapor edildi. Cerrahi operasyon sonrası asit bulguları da gerileyen hasta postoperatif 4. günde ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Gebelikte intraabdominal kitle insidansı 1/81 ile 1/8000 arasındadır. Çoğunlukla benign karakterde olan bu kitlelerin büyük bölümü adneksiyal kaynaklıdır ve ileri gebelik haftalarında kendiliğinde gerileme gösterir. Fakat devamlılık gösteren büyük kitleler distosi, kanama, rüptür, torsiyon gibi komplikasyonlara sebep olabilir. Diğer taraftan gebelikte tespit edilen pelvik kitlelerin %1-8'i malign karakterde olabilmektedir. Özellikle postmenapozal hastalarda kullanım alanı bulan çeşitli tümör belirteçlerinin gebelikte kullanılması ise problemlidir. Çünkü, pek çok tümör belirteci fetüs tarafından sentezlenmekte (örn: karsinoembriyonik antijen, karsinom antijen 15-3, ve diğer) ve anne serumunda yüksek düzeylere ulaşabilmektedir. Gebelikte tespit edilen kitlelerin yönetimi de ayrıca problemlidir. Genellikle akut batin bulguları gösteren olgular ile 10 cm ve üzerindeki kitlelerin cerrahi olarak, tercihen ikinci trimesterde, çıkarılması önerilmektedir.

Gebelik sırasında leiomyomların görülme sıklığı ise %1.4-2 arasındadır ve bu leiomyomların dejenere olma oranının %10 olduğu belirtilmektedir. Akut ağrı ile gelen bu olgularda çoğunlukla yatak istirahati ve analjezik yeterli olsa da akut batin bulguları gösteren veya olgumuzda olduğu gibi ani ve hızlı büyüyen leiomyomların, malign tümörleri taklit etmelerinden dolayı, çıkarılması gerekebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, leiomyom, neoplazi

Şekil 1



Manyetik rezonans görüntülemeye kitlenin görünümü

Şekil 2



Cerrahi olarak çıkarılan kitlenin makroskobik görünümü

[Page: 3]

[Abstract:0005] PP-03 [Accepted:Poster Presentation] [Perinatoloji]

Gastroşizizli fetusların sonuçları

Mehmet Özsürmeli¹, Erol Arslan¹, Mete Sucu¹, Selahattin Mısırlıoğlu¹, Selim Büyükkurt¹, Önder Özden², Ferda Özlü³, Süleyman Cansun Demir¹, İsmail Cüneyt Evrûke¹, Fatma Tuncay Özgünen¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Adana

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Adana

AMAÇ:

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Prenatal Tanı ve Tedavi Merkezi'nin kısa dönemdeki gastroşizizli fetusların sonuçlarının sunulması

YÖNTEM:

Mayıs 2015- ekim 2017 tarihleri arasında tanı alan 11 hastanın perinatal sonuçlarının geriye dönük incelenmesi

BULGULAR:

Gastroşizizli gebeliklerin sonuçları tablo 1'de sunulmaktadır.

Sonuç

Gastroşiziz; karın duvarının paraumbilikal bölge defekti sonucu barsakların amniyotik kavite içerisine çıkmasıdır. 1/3000 canlı doğumda bir izlenir. Genç anne bebeklerinde, sigara ve kokain kullanımında daha sık görülür. Karın duvarının tüm katlarında kapanma kusuru vardır. Sıklıkla barsaklar amniyotik kaviteye çıkar. Nadiren mide, karaciğer, mesane de fitiklaşabilir. Barsaklar membranla kaplanmadığından kimyasal hasara çok açıktır.

Gastroşizizin ultrasonografik tanısı kolaydır. Amniyotik kavite içerisinde serbest yüzen barsakların gösterilmesiyle tanı konur. Omfaloselden farklı olarak kromozom anomalisi veya sendromlarla ilişkili olma ihtimali düşüktür. Amniyotik bant sendromunda da batın duvarı defektleri olabileceğinden, amniyotik bant sendromunun diğer bulguları araştırılmalıdır. Karyotip analizi aile isteğine bırakılmalıdır. Takipte, barsakların dilatasyonu, parlaklığı araştırılmalıdır. Barsakların obstrüksiyonu veya nekrozu durumunda prognoz ileri derecede kötüdür. Bu bulgular varlığında gebelik haftasına göre yönetim şekillenmelidir. Tedavisi doğum sonrası cerrahidir. Defektin büyüklüğüne, bebeğin doğum haftası ve kilosuna göre primer onarım, silo uygulaması, aşamalı kapama gibi cerrahi seçenekler değerlendirilir. Atrezi, malrotasyon, vovulus, perforasyon, stenoz varlığında prognoz ileri derecede kötüleşir. Karaciğerin, diğer batın organlarının fitiklaştığı durumlarda, barsak obstrüksiyonu ve nekrozu varlığında gebelik sonlandırma seçeneği de sunulabilir.

Anahtar Kelimeler: karın duvarı, defekt, prenatal tanı

gastroşisili bebek



gastroşisili fetus



Gastroşizizli fetusların sonuçları

| | Tanı haftası | Ek bulgular | Karyotip analizi | Doğum haftası | Doğum şekli | Sonuç |
|----|--------------|----------------------------------------------------|------------------|---------------|-------------|------------------------------------------|
| 1 | 13 | yok | normal | 37 | sezaryen | cerrahi sonrası yenidoğan dönemi eksitus |
| 2 | 15 | yok | normal | 15 | | tıbbi tahliye |
| 3 | 19 | pelvipektazi | normal | 19 | | tıbbi tahliye |
| 4 | 16 | Ventrikülomegali Yarık dudak damak Kifoza | yok | 38 | sezaryen | Yenidoğan dönemi eksitus |
| 5 | 32 | anhidroamniyos | yok | 32 | sezaryen | Cerrahi sonrası sağ sağlıklı |
| 6 | 14 | yok | yok | 38 | sezaryen | Cerrahi sonrası yenidoğan dönemi eksitus |
| 7 | 17 | yok | yok | 36 | sezaryen | 7 aylık, cerrahi sonrası sağ sağlıklı |
| 8 | 15 | yok | yok | 15 | | tıbbi tahliye |
| 9 | 13 | yok | normal | | | Gebelik devam ediyor |
| 10 | 13 | ektopi kordis | normal | 13 | | tıbbi tahliye |
| 11 | 20 | yok | yok | 20 | | tıbbi tahliye |

[Page: 4]

[Abstract:0012] PP-04 [Accepted:Poster Presentation] [Obstetri]

Gebelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar

Emine Yıldırım

Niğde Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Niğde

Kanıta dayalı uygulamalar, var olan bilimsel literatürün sağladığı tüm bilgileri en iyi şekilde özümseyerek sağlık hizmetlerinin standartlaşmasını amaçlamaktadır. Geleneksel uygulamaların ve bireysel deneyimlerin yerine kanıta dayalı uygulamaların kullanılması, bakımda standardizasyonu, hataların ve gereksiz uygulamaların ortadan kalkmasını, hasta memnuniyetinin artmasını gerçekleştirecektir.

Gebelik döneminde kanıta dayalı bilgiler eşliğinde bakıldığında prekonsepsiyonel dönemde sağlanan folik asit desteğinin, nöral tüp defeklerini ve konjenital anomalileri azalttığı yönündeki görüş tam anlamıyla kabul edilmiştir. Kullanımına gebelikten 3 ay önce başlanarak, gebelikten sonra da 10-12 hafta devam edilmesi ve günlük 0,4- 1,0 mg tüketilmesi önerilmektedir. Folik asit Dünya’da ve Türkiye’de rutin olarak kullanılmaktadır. Hatta gelişmiş ülkelerde pasif uygulama olarak tahıllı ekmeğin içine folik asit eklenerek tüketiminin artması sağlanmıştır. Ülkemizde de uygulanarak tüketimi artırılabilir.

Cochrane araştırmalarında, Günlük demir alımı kandaki hemoglobin düzeyini yükselttiği için anemi ve düşük riskini azalttığı belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan rehberde tüm gebelere (hemoglobin >11g/dl, solukluk yok ise) destek amaçlı verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Gebeliğin 2. trimesterından başlanarak gebelik süresince ve doğum sonrası üç ay olmak üzere toplam dokuz ay süreyle 40-60 mg/gün demir preparatı önerilmektedir. Vitamin A, D, B12, çinko, demir vb. eksikliğinin gebelik komplikasyonları ile ilişkili olduğu ve vücuttan emilimlerinin beraberinde alınan besinlere, bireyin beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak değişkenlik gösterdiği bulunmuştur. 24. Gebelik Haftasından sonra rutin ultrason kullanımı üçüncü trimester ultrason muayenesi ile ölü doğum oranında azalma olduğu belirlenmiştir. Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklardan bulantı- kusma için verilen psikolojik destek ve akupunkturun, B6 vitamininin kullanımının en etkili uygulamalardan olduğu görülmüştür. Zencefil kullanımı C kanıt düzeyinde kullanılabileceği söylene de kesin kanıt için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Gebelikte görülen burun kanaması ve tıkanıklığı için kanıta dayalı olarak baktığımızda, burun dilatörlerinin kullanımının solunum rahatlığı sağlayan etkin bir yöntem olarak kullanılabileceği belirtilmektedir(A kanıt düzeyinde). Burun spreylerinin ise etkin bir yöntem olup olmadığı konusunda kesin bir ifade görülmemiştir(D kanıt düzeyinde).

Gebelikte kanıta dayalı olarak bakıldığında ayak masajı yapılmasının görülen ödem şikayetlerini azalttığı ve yararlı bir yöntem olduğu görülmektedir(B kanıt düzeyinde)

Gebelikte kramp şikayeti olan kadına, sabahları 5 mmol ve akşamları 10mmol olmak üzere magnezyum laktat veya sitrat alması önerilmektedir.

Hastanelerde, çoğul gebeliği olan kadınlara rutin olarak uygulanan yatak istirahatinin preterm riskini ve perinatal mortaliteyi azaltmadığı belirtilmiştir.

Uygulamalarda kanıta dayalı uygulamalar ışığında gebelere verilecek eğitim ve ilaç destek daha güvenilir olacaktır. Kanıta dayalı uygulama ile sağlık çalışanları gebelikte riskli olan birçok durumda daha güvenle hizmet verebilecektir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Kanıt, Uygulama

[Page: 5]

[Abstract:0019] PP-05 [Accepted:Poster Presentation] [Jinekoloji]

Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi

Sevgül Donmez¹, Eylem Karakuş¹, Makbule Çelik¹, Kıvanç Güngör²

¹Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Gaziantep

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp, Gaziantep

AMAÇ: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom (PMS) görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırma, Ekim 2017 tarihinde, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan 319 hemşirelik kız öğrencisi ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş yaş, cinsiyet gibi çeşitli sosyo-demografik özellikleri ile menstruel hikayelerini içeren 15 sorudan oluşan "Tanılama Formu" ve premenstruel sendromu değerlendiren "Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)" kullanılmıştır. Öğrencilerin veri toplama araçlarını bireysel olarak doldurmaları sağlanmıştır.

Araştırma bulgularının analizinde; sayısal değerler, sayı ve yüzde dağılımı ve t testi kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili fakülteden ve Etik Kurul'dan izin alınmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların yaş ortalaması 20.16±1.50 olup %75.5'inin gelir durumunun orta seviyede olduğu saptanmıştır. Çalışmada PMSÖ toplam puan ortalamasının 122.20±39.54 (min=44, max=220) olup, PMS prevalansı %63.0 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyut ortalamaları incelendiğinde; depresif duygulanım alt boyutundan 19.86±7.35; anksiyete alt boyutundan 16.24±6.88; yorgunluk alt boyutundan 18.17±6.34; sinirlilik alt boyutundan 15.16±5.84, depresif düşünceler alt boyutundan 17.41± 7.36, ağrı alt boyutundan 9.07±3.42, iştah değişimi alt boyutundan 9.12±3.82, uyku değişimi alt boyutundan ortalama 8.22±3.43 ve şişkinlik alt boyutundan 8.92±3.86 puan aldıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin menarş yaş ortalaması 13.60±1.21 olup ilk menarş olduklarında %33.5'i korku, %23.8'i kötü ve üzgün, %8.5'i normal, %4.7'si şaşkınlık ve heyecan hissettiklerini ve %17.6'sı ise hiçbir şey hissetmediğini ifade etmiştir. Ayrıca öğrencilerin %74.0'ü annesiyle, %14.1'i ablasıyla, %6.9'u akraba-arkadaşla menarş olduklarını paylaştıklarını ifade ederken, %5.0'i bu durumu kimseyle paylaşmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %80.0'inin menstruasyona bir hafta kala günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği ve bu durumla baş etmek için %32.9'unun ağrı kesici kullandığı, %56.7'sinin sıcak uygulama/duş yaptığı, %34.5'inin bitki çayı tükettiği, %13.8'inin egzersiz yaptığı, %4.1'inin doktora başvurduğu ve %14.4'ünün protein, sebze-meyve tüketimi yaptığı saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların %68.0'inin annesinin de PMS yaşadığı bulunmuştur. **SONUÇ:** Çalışmanın sonucunda öğrencilerin yarısından fazlasının PMS yaşadığı ve yaklaşık dörtte üçünün PMS'den kaynaklı yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. PMS'nin olumsuz etkilerini azaltmak için öğrencilerin PMS'ye yönelik farkındalıklarının artırılması ve sağlık çalışanları bu durumla baş etmede kullanılabilecek yöntemler konusunda öğrencilere eğitim ve danışmanlık hizmeti vermelidir.

Anahtar Kelimeler: Premenstruel sendrom, hemşirelik, menstruasyon

[Page: 6]

[Abstract:0020] PP-06 [Accepted:Poster Presentation] [Jinekoloji]

Adneksiyel kitleyi taklit eden dev nabothi kisti olgusunun alternatif bir cerrahi prosedür ile yönetimi

Gülin Feykan Yeğın Akçay¹, Emre Erdem Taş², Hüseyin Levent Keskin¹, Ayşe Filiz Yavuz²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ

Dev nabothi kistleri nadir görülen vakalar olup, değerlendirmeler sırasında uterin tümörler, adneksiyel kitleler veya maligniteler ile karışabilirler. Bu sunumda; bugüne kadar literatürde sunulan nabothi olguları içinde en büyük boyutlara ulaşan (104x102x67-mm), hematometra ve sık idrara çıkma şikayetleri ile başvuran ve adneksiyel kitle öntanısı ile değerlendirmeye alınan bir olgu takdim edilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca servikal kistik lezyonların morbiditeyi artıran komplikasyonları içinde olan hematom ve rekürrens gibi komplikasyonları önlemek için alternatif bir cerrahi prosedür de sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

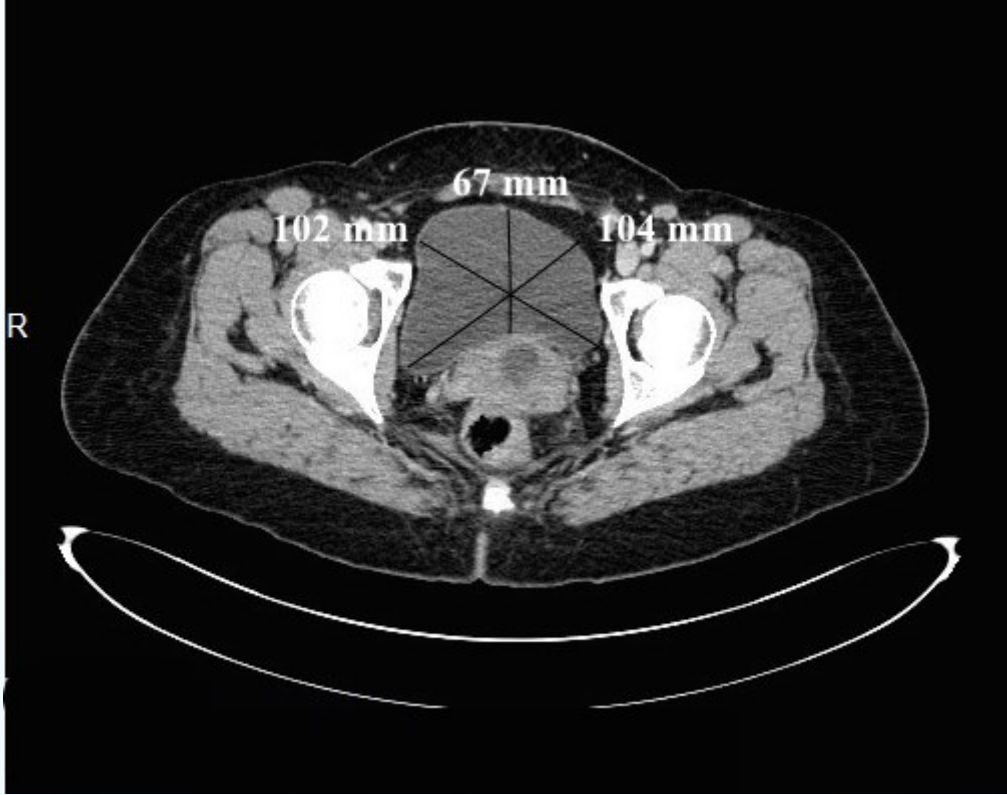
43 yaşında hasta, alt batın ağrısı, sık idrara çıkma ve 3 ay boyunca adet görmeme hikayesi ile başvurdu. Sistemik hastalık öyküsü olmayan hastanın, son iki yıl içinde üç kez gerçekleştirilen servikal kist aspirasyonu dışında geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu. Spekulum muayenesinde serviksin ön yüzünde forniksi geren kitlesel lezyon ve bimanuel muayenede umblikus hizasına kadar sınırı alınan, mobil kitle palpe edildi. Servikovajinal smear değerlendirmesinde, intraepitelyal lezyon veya malignite izlenmedi. Servikal kistin aspirasyonun histopatolojik incelemesi, dejeneratif proteinöz materyal olarak raporlandı. Bilgisayarlı tomografide sol adneksiyel bölgede, 104x102x67 mm, kalın duvarlı, septalı kistik kitle ile endometrial kavitede 15x9 mm sıvı görüldü(Şekil 1). Adneksiyel kitle ön tanısıyla laparoskopi kararı alınan hastanın batın eksplorasyonunda, pelvik alanın makroskopik görünümü normal izlenirken, kitle formasyonu izlenmedi. Serviksin ön duvarının insizyonu ile, 210 mL musinöz materyal boşaltılarak kist duvarı görünür hale getirildi. Kist duvarının total eksizyonunu takiben oluşan doku boşluğunu doldurmak ve komplikasyonları azaltmak amacı ile insizyonun kenarları, dışarıya ağızlaştırılarak, de-novo fistül yoluyla drenajın devamlılığı sağlanacak şekilde sütüre edildi(Şekil 2-a. Ardından 50 mL salinle doldurulmuş bir foley katater balonu yerleştirilerek işlem tamamlandı(Şekil 2-b). Balon içindeki salin, tedrici olarak azaltıldı ve postoperatif 4. günde kateter çıkarıldı. Hasta komplikasyonsuz taburcu edildi. Patolojik değerlendirmede, kist duvarının, atipisiz siliyalı kolumnar epitel ile kaplandığını izlenmesiyle tanı histopatolojik olarak doğrulandı. Postoperatif takibin 3. ve 6. ayında; pelvik muayene ve manyetik rezonans görüntüleme normal, servikal kistin nüksüne dair bir bulguya rastlanmadı. Sunulan bilgiler ve resimler hakkında yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

SONUÇ

Dev nabothi olguları nadir görülen vakalardır ve semptomatik veya malignite şüphesi oluşturmadıkları müddetçe tedaviye gerek yoktur. Teşhis kesin değilse veya derin-büyük semptomatik kistlerde, histopatolojiyi değerlendirmek için eksizyon gerekebilir ancak derin eksizyonel prosedürlerin sebep olduğu doku boşluklarına bağlı hematom ve sekonder enfeksiyon gibi komplikasyonlar morbiditeyi arttırmaktadır. Tekrarlanan müdahaleler, bu komplikasyonların risklerini artırarak yaşam kalitesini düşürebilir ve maliyet-etkin yönetimi engeller. Vakada takdim edilen yöntem, servikal kitlelerden şüphelenilen geniş, derin lokalize olgularda düşünülebilir ve diğer alanlar için modifiye edilebilir.

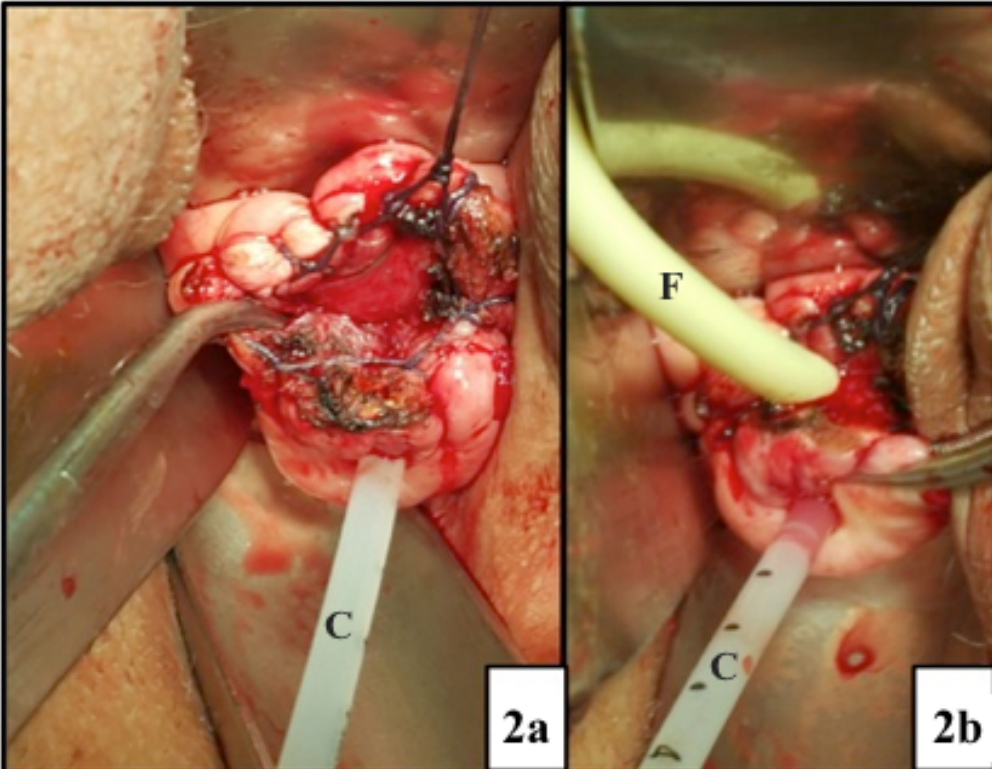
Anahtar Kelimeler: servikal kitle, nabothi, cerrahi

Şekil 1



Şekil 1. Pelvik kistik kütlelin bilgisayarlı tomografi taraması görüntüsü.

Şekil 2



Şekil 2-a. Eksizyonel işlem sonrası servikal duvar sutureasyonu; 2-b. Doku aralığında 50 mL, serviks kanalında karman kanül (C) ile doldurulmuş bir Foley kateter balonu (F).

[Page: 7]

[Abstract:0024] PP-07 [Accepted:Poster Presentation] [Perinatoloji]

İkinci trimester fetal ultrasonografi taramasında izole pes ekinovarus saptanan olguların perinatal sonuçları

Mete Sucu¹, Erol Arslan¹, Mehmet Özsürmeli¹, Salahattin Mısırlıoğlu¹, Mehmet Baydar², Süleyman Cansun Demir¹, İsmail Cüneyt Evrücke¹, Selim Büyükkurt¹, Mehmet Ali Vardar¹, İbrahim Ferhat Ürünsak¹

¹Çukurova Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Adana

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Hastanesi, SUAM, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Adana

GİRİŞ: Konjenital pes ekinovarus (PEV) veya clubfoot, bir veya her iki ayağın aşırı plantar fleksiyonu, ön ayağın içe dönmesi ve ayak tabanının içe bakması ile karakterize bir konjenital malformasyondur. 1000 canlı doğumda 2-2,5 sıklıkta görülür ve ayağın en sık rastlanılan konjenital deformitesidir. Erkek fetuslarda görülme oranı 2 kat fazladır. Konjenital, sendromik ve pozisyonel diye sınıflandırılabilir. Sendromik vakalar diğer konjenital malformasyonlar ve/veya kromozomal anomaliler ile ilişkilidir. Pozisyonel PEV çoğunlukla oligohidramnios ve uterin anomali gibi fetal hareketi kısıtlayıcı uterus içi faktörlerle birlikte. PEV tedavisinde konservatif ve cerrahi olmak üzere iki yöntem uygulanmaktadır. Konservatif yöntemlerle yeterli düzelme sağlanamayan olgularda cerrahi yöntemlere başvurulmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde fetusun 2. trimester ultrasonografik taramasında izole PEV saptanan gebelerin perinatal, neonatal ve ortopedik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne 01.01.2015- 01.04.2017 tarihleri arasında rutin 2. trimester taraması için başvuran veya şüphelenilmiş bir fetal anomali nedeniyle kliniğimize yönlendirilen hastalar dahil edildi ve retrospektif olarak incelendi. 2. trimester ultrasonografik taramasında izole veya diğer anomalilerin eşlik ettiği pes ekinovarus saptanıp doğuma kadar izlemi yapılan gebelerden, gebe ve yenidoğan dosyaları retrospektif olarak taranarak çalışma kriterlerine uygun olanlar dahil edildi.

BULGULAR: Çalışma süresince 98 hastada PEV saptandı. Bunlardan 11'i izole olgular idi. İzole hastaların 4/11'inde bilateral PEV saptanırken(%36.3), non izole grupta bu durum 54/87 (%62.1) olarak saptandı. İzole grupta kız /erkek oranı 3/8 iken non-izole grupta 32/55 idi. İzole gruptaki hastaların karyotip sonucunda anöoploidi saptanmadı. Neonatal dönemde izole PEV saptanan fetuslardan 2'si sadece klinik gözlem ile takip edilmiş, 7'sine ponseti yöntemi ile alçılama, 2'sine ponseti yöntemi ile alçılama+aşiletomi uygulanmıştır. İzole PEV saptanan fetusların perinatal ve neonatal sonuçları tablo 1'de özetlenmiştir.

SONUÇ: Prenatal dönemde PEV saptanması durumunda, ek anomali aranması konusunda klinisyenler daha dikkatli olmalıdır. Ek belirteç veya anomali varlığında hastalara mutlaka invaziv tanısal işlem önerilmelidir. Anomali taraması yaparken sebep olabilecek nörolojik hastalıklar, kas-iskelet sistemi hastalıkları, sendromlar, amniyotik sıvı bozuklukları ve uterin anomaliler akılda tutulmalıdır. İzole veya non izole ayrımı yapılması, neonatal sonuçları öngörmede kritik öneme sahiptir. İzole olgularda kromozomal anomali görülme riski çok düşük iken(%1.7), karyotip önerilmesi konusu tartışmalıdır. Non-izole grupta kromozomal anormalliklerin görülme sıklığı ve olumsuz neonatal sonuçlar ile karşılaşma riski daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital clubfoot, izole, gebelik sonuçları

tablo1

| | Tanı hafta sı | Doğum haftası | Ek anoma li | Oligohidramniy os | Uterin anomali | Kromozo m analizi | Cinsiy et | Tek/çi ft tarafılı | Perinatal sonuç | Postnatal tedavi |
|----|---------------------|------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|--------------|--------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | 21 | 41 | yok | var | yok | normal karyotip | kız | çift tarafılı | Vajinal yoldan doğum, 17 aylık, sağlıklı | ponseti alçılama+aşileto mi |
| 2 | 23 | 40 | yok | yok | yok | normal karyotip | erkek | tek tarafılı | sezaryen ile doğum, 11 aylık, sağlıklı | ponseti alçılama |
| 3 | 24 | 37 | yok | yok | arkuat uterus | yapılmad ı | erkek | tek tarafılı | vajinal oldan doğum, 14 aylık, sağlıklı | ponseti alçılama+aşileto mi |
| 4 | 19 | 39 | yok | yok | yok | yapılmad ı | kız | çift tarafılı | vajinal yoldan doğum, 8 aylık, sağlıklı | ponseti alçılama |
| 5 | 18 | 38 | yok | yok | yok | yapılmad ı | erkek | tek tarafılı | vajinal yoldan doğum, 9 aylık sağlıklı | ponseti alçılama |
| 6 | 22 | 37 | yok | yok | yok | normal karyotip | kız | tek tarafılı | sezaryen ile doğum, 5 aylık sağlıklı | linik izlem |
| 7 | 23 | 38 | yok | yok | yok | yapılmad ı | erkek | çift tarafılı | sezaryen ile doğum, 11 aylık,sağlı klı | ponseti alçılama |
| 8 | 25 | 32 | yok | var | uterin subseptu m | normal karyotip | erkek | tek tarafılı | sezaryen ile doğum, 11 aylık sağlıklı | ponseti alçılama |
| 9 | 20 | 37 | yok | yok | yok | normal karyotip | erkek | çift tarafılı | sezaryen ile doğum, 9 aylık, sağlıklı | ponseti alçılama |
| 10 | 25 | 38 | yok | yok | yok | yapılmad ı | erkek | tek tarafılı | vajinal yoldan doğum, 6 aylık, sağlıklı | linik izlem |
| 11 | 18 | 39 | yok | yok | yok | normal karyotip | erkek | tek tarafılı | vajinal yoldan doğum, 12 aylık sağlıklı. | ponseti alçılama |

izole pes ekinovarus olgularının perinatal ve neonatal sonuçları

[Page: 8]

[Abstract:0025] PP-08 [Accepted:Poster Presentation] [Obstetri]

Heterotopik sezaryen skar gebelik: Olgu sunumu

Bekir Kahveci¹, Gaye Kahveci²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziyaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği
Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Diyarbakır

GİRİŞ: İntrauterin ve ektopik gebeliğin bir arada olması durumuna heterotopik gebelik denir. İnsidansı yaklaşık 1/30000 dir. Sezaryen skar gebeliği ise; sezaryen skarının miyometriyumuna gebelik kesesinin implantasyonudur. İnsidansı yaklaşık 1/2000 dir. Yardımcı üreme tekniklerinin kullanıldığı olgularda spontan gebeliklere oranla daha fazla rastlanır.

OLGU: Hasta 32 yaşında ve obstetrik öyküsünde üç sezaryen doğum bulunmaktadır. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik bulunmamaktadır. Yapılan USG muayenesinde intrauterin CRL 6+4hf FKA(+) gebelik ve sezaryen skar bölgesine imlante olmuş CRL 6+5 hf FKA(+) sezaryen skar gebeliği izlendi (Resim 1).Hastanın öyküsünde üç sezaryen olduğu ve spontan gebe kaldığı öğrenildi.Eski sezaryen skar bölgesinin dikkatli incelenmesi sonucunda ikinci gebelik kesesinin skar miyometriyumuna imlante olduğu ve mesane ile arasında yeterli miyometriyal doku olmadığı tespit edildi (Resim 2).Hastaya mevcut gebeliğinin riskleri anlatıldı. Hastamız intrauterin gebeliğin devamını istedi.

SONUÇ: İntrauterin gebeliğin görülmesi ekstrauterin gebeliğin dikkatten kaçmasına yol açarak tanıyı geciktirebilir. Öyküsünde sezaryen olan hastanın tespit edilen gebeliklerin skar ile olan ilişkisi mutlaka değerlendirilmelidir. Heterotopik gebeliklerde aile gebeliğin devamını istemesi durumunda sistemik metotreksat tedavisi kontraendikedir. İlk trimesterde metotreksat etkisine maruz kalmış sınırlı sayıda olguda kraniofasial, iskelet sistemi, kardiyopulmoner ve sindirim sistemi anomalileri bildirilmiştir. Ektopik gebeliği lokal KCL(potasyum klorür) gibi kemoterapötik olmayan bir medikal ajanla tedavi etmek de mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Heterotopik gebelik, Sezaryen skar gebelik, Ektopik gebelik.

Resim 1: İntrauterin ve sezaryen skar ektopik gebelik



Resim 2: Sezaryen skar bölgesi myometriyuma implante olmuş gebe



[Page: 9]

[Abstract:0029] PP-09 [Accepted:Poster Presentation] [Onkoloji]

Olgu sunumu: Endometriozis Zemininde Gelişmiş Düşük Dereceli Ovaryen Endometrial Stromal Sarkom

Berrin Bayat, Mete Sucu, Mehmet Ali Vardar, Ahmet Barış Güzel, Ümran Küçükğöz Güleç, İbrahim Ferhat Ürünsak
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

GİRİŞ:

Endometrial stromal sarkom(ESS); genellikle uterusun primer tümörü olarak bilinen nadir mezankimal neoplazmdir(%0.2). Olguların %10-25'i premenopozaldır. ESS; over, mezenter, vagina ve omentum gibi başka bölgelerde de görülebilir. Overde primer ESS nadir görülür ve morfolojik olarak uterustaki ESS ile aynı özellikleri taşır. Literatürdeki olguların %40'ı endometriozis ile yakın ilişkilidir, %75'i unilateraldır. Overin primer ESS olgusu nadir görülmesi ve overin başlıca sex-kord stromal tümörleri gibi primer tümörleri ile yaratabileceği ayırıcı tanı problemleri nedeniyle literatür bilgileri ışığında irdelenerek sunulmuştur.

OLGU:

42 yaşında hasta; (G4Y3P3A1 NVD2 C/S1)4yıl önce overde 4cm'lik kist saptanmış.Takiplerinde pelvik ağrı şikayeti, kistte boyut artışı olmuştur. (10 cm); Ca125:86. MR görüntülemesi "Overler normalden büyük, solda:75mm, sağda:80mm boyutunda kistler ve sağ overde endometrioma/hemorajik kist izlenmektedir" şeklinde yorumlanmıştır. Hastaya 6ay önce dış merkezde sağ USO yapılmıştır,frozen sonucunun benign gelmesi üzerine hastaya sol kistektomi, peritoneal yüzeyleylerden ve sigmoid serozasından tümör eksizyonu yapılmıştır. Final patoloji; endometriotik kist zemininde düşük dereceli ESS olarak gelmiş, venöz invazyon izlenmiştir.Hasta cerrahi evrelemenin tamamlanması için kliniğimize yönlendirilmiştir. Transvajinal ultrasonografide sağ adnekte 4cm'lik homojen görünümde kitle izlenmiştir. Operasyonda TAH+SOL USO+BPPLND+TOTAL OMENTEKTOMİ yapılmıştır. Final patoloji endometriozis zemininde primeri overdeki endometrium olan uterus duvarına, endometriuma, omentuma metastaz yapmış, CD 10(+) boyama gösteren, yaygın lenfovasküler invazyon olan düşük dereceli ESS olarak gelmiştir. Lenf nodlarında tutulumu olmayan hasta evre 3a olarak belirlenmiştir.

TARTIŞMA:

Literatürde bildirilmiş 45 primer overyan ESS olgusu vardır. Overyan ESS; Overdeki stromal endometriozis odağından veya overin stromal hücrelerinin, endometrial stromal hücrelere metaplazisi ile oluşabilir. Olgumuzda her iki overde de primer tümörün endometriozis odakları ile ilişkili olması tümörün endometriozis zemininde geliştiğini göstermektedir.

Young ve arkadaşlarının 25 olguluk serisinde %30 olguda; uterusta öncesinde veya sonrasında senkron ESS bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da uterusta ESS izlenmiştir.

ESS'lerin mitoz oranı prognoz ile korelasyon gösterir. Düşük dereceli ESS'lerin prognozu saf over sarkomlarına göre iyi; yüksek dereceli ESS'lerin prognozu over sarkomlarına benzerdir.

Primer tedavi yaklaşımı cerrahidir. Bilateral over tutulumu olasılığının yüksekliği senkron yada daha sonrasında uterus yerleşimli ESS gelişme olasılığı nedeniyle TAH+BSO önerilmektedir. Düşük dereceli ESS'de rezidü yada nüks hastalığın tedavisinde progesteron tedavisinin yararı gösterilmiştir. Olgumuzda cerrahi sonrası adjuvan yüksek doz progesterone önerildi. RT ise yüksek dereceli ESS'de olumlu sonuçlar vermektedir.

Ekstrauretin ESS'ler; yerleştikleri bölgelerin diğer işi hücreli tümörleri ile ayırıcı tanıda güçlükler yaratabilir. Overyan ESS'lerin ayırıcı tanısında; Pür sarkomlar, Malign mezodermal mixed tümörler ve Sex-kord stromal tümörler yer alır. Endometriozis odakları ile birliktelik göstermeleri uterin ESS'ler ile aynı histopatolojik ve immünohistokimyasal özellikleri taşımaları tanıda yardımcıdır.Doğru tanı tedaviyide değiştirdiğinden önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ovaryan, primer, endometrial, stromal, sarkom

[Page: 10]

[Abstract:0030] PP-10 [Accepted:Poster Presentation] [Onkoloji]

Gebelik ile Birlikte Görülen Dev Uterin Lipoleiomyosarkoma

Fatma İşlek, Mete Sucu, Mehmet Ali Vardar, Süleyman Cansun Demir, İbrahim Ferhat Ürünsak, Ahmet Barış Güzel, Ümran Küçüköz Güleç, Mehmet Özsürmeli
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

GİRİŞ

Uterin sarkomlar nadir görülen ve mesodermal hücre kökenli malignensilerdir. Homolog ve heterolog içerikli olabilirler. Leiomyosarkom gibi homolog sarkomlar uterin mesodermal hücrelerden gelişir. Liposarkom gibi heterolog sarkomlar ise yine mesodermal hücrelerden köken almakta olup daha az sıklıkta görülürler. Bu çalışmada kliniğimize başvuran bir gebede eş zamanlı görülen lipoleiomyosarkoma olgusunu sunmayı amaçladık. Bu durum literatürde gebelik ile beraber görülen ilk vakadır.

OLGU

Karın ağrısı ve sancı şikayetiyle acil servisten başvuran 34 yaşındaki bir hastanın 28 haftalık gebeliği mevcuttu, gebelik öyküsü; G8P6A1. Hastanın ultrason ile muayenesinde intrauterin gebeliğinin yanı sıra yaklaşık 40 cm lik uterus kaynaklı kitle görüldü ve klinik takibe alındı. Fetal distress nedeniyle 28. haftada acil sezaryene alındı, canlı, kız bebek doğurtuldu. Operasyon sırasında 40*42 cmlik fikse, uterus sol posterior duvarından kaynaklanan solid kitle görüldü(resim1). Kitle eksizyonu için ikinci operasyon uterin redüksiyonun sağlanması amacıyla 1 ay sonrasına planlandı. takipleri sırasında sol ayakta şişlik şikayeti olan hastanın doppler incelemesinde sol femoral ven ve safenofemoral bileşkede trombüs geliştiği görüldü. ve ekokardiyografide sağ atriyumda trombüsle uyumlu olduğu düşünülen lezyondan dolayı operasyonun kardiyovasküler cerrahi ile birlikte kardiyak pompanın olduğu ameliyat odasında planlanması kararlaştırıldı. Laparotomi sonrası torakotomi yapıldı ardından jinekolojik operasyona devam edildi ve en-bloc abdominal histerektomi+ sol adnektomi +omentektomi yapıldı. Kanama kontrolünün ardından kardiyovasküler cerrahi operasyona devam etti.. Bu sırada uygulanan yüksek basınçlı kardiyak girişimden dolayı hastanın pelvik operasyon sahasında kanama olması üzerine bilateral hipogastrik arter ligasyonu yapıldı.. Kitle boyutu 38*28*23 cm idi, patoloji sonucu; uterin lipoleiomyosarkom olarak geldi. Hasta post operatif 12.günde sağlıklı bir şekilde taburcu edildi. Jinekolojik Onkoloji Konseyi nde hasta için 6 kür Taxol+Carboplatin tedavisi planlandı.

TARTIŞMA

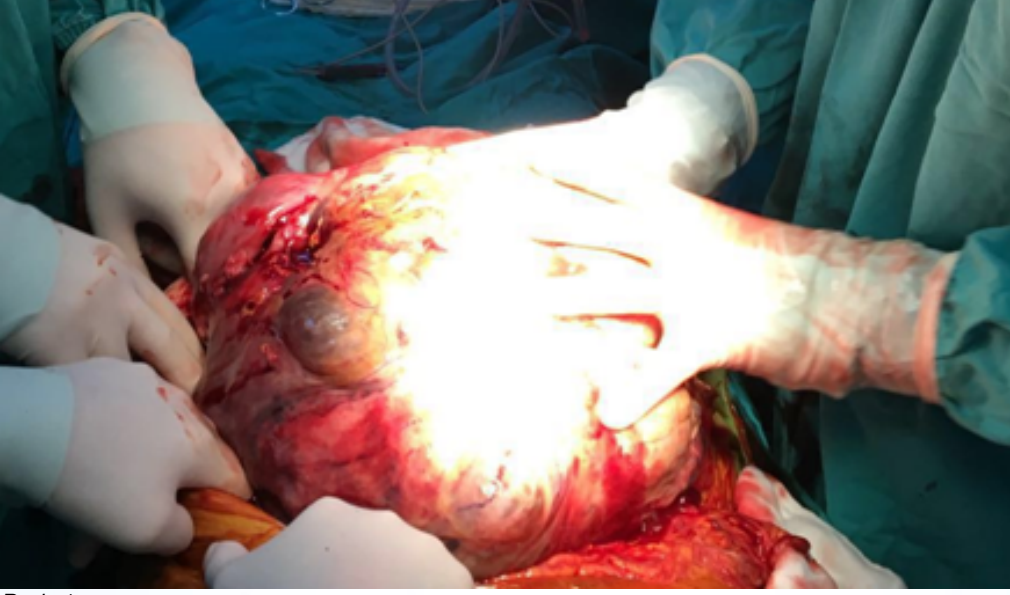
Sarkomlar homolog ve heterolog olmak üzere ikiye ayrılır. Normalde uterusta bulunan yapılardan köken alanlar homolog iken uterusta bulunmayan yapılardan köken alanlar heterologdur. Uterus sarkomları her yaş grubunda görülebilir ancak 40 yaşından önce nadirdir ve genelde post menopozal yaş grubunda ortaya çıkar. En yaygın görülen semptom vaginal kanamadır. İkinci sıklıktaki semptom abdominopelvik ağrıdır. Avrupa ve Amerika kökenli kadınlarda Asya ve Afrika olanlara göre daha siktir. Bu çalışmada bahsedilen vakada ise hastanın yaşı 34 idi ve reproduktif yaş grubundaydı.

SONUÇ

Literatürde çok az sayıda karşılaşılan uterin lipoleiomyosarkomaya ilk defa bir gebede rastlanmıştır. Cerrahi tedavi ilk basamak olmakla birlikte, vaka sayısının azlığı sebebiyle post operatif dönemde etkin bir tedavi yöntemi sunulamadığı literatürden anlaşılmaktadır. Bu çalışmada ise hastaya postoperatif dönemde sistemik kemoterapi verilmesi kararlaştırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, lipoleiomyosarkoma, Uterin

Dev Lipoleiomyosarkoma



Resim1

[Page: 11]

[Abstract:0031] PP-11 [Accepted:Poster Presentation] [Jinekoloji]

Pelvik Kitle Kliniği ile Tanısı Konulan 46 xy Gonadal Disgenesis Olgusu

Gülşah Uslu, Mete Sucu, Mehmet Ali Vardar, İbrahim Ferhat Ürünsak, Ahmet Barış Güzel, Ümran Küçüköz Güleç, Banu Boso, Yegana Sadıgova
Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

GİRİŞ

46xy gonadal disgenesis insidansı toplumda 1/100000'dir. Hastaların ana şikayeti primer amenoredir ve vakaların %5'inde gonadoblastom ile birlikte izlenmektedir. Gonadlar streak gonad şeklinde olduğu için antimüllerian hormon(AMH) salgılanmaz ve iç genitaler dışı yönünde farklılaşır. İç genitaler hipoplazik uterus dokusu ile streak gonadlardan, dış genitaler ise ambigus genitaleden dışı fenotipe kadar değişen bir spektrumda olabilir.

OLGU

17 yaşında bekar hasta kliniğimize adet görememe şikayetiyle başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenede, fenotipik olarak kadın görünümde izlendi. Transabdominal ultrasonografide uterus, myometrium doğal ve bilateral overler mevcut ve sağ overde 8*7 cm boyutunda dermoid kist? lezyon saptandı. Genital muayenesi, dışı genital ile uyumlu katater testi(+), vagen mevcut izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde FSH:115mIU/ml, LH:34mIU/ml, E2:45mIU/ml, Prolaktin:8,53mIU/ml CEA:0.6mIU/ml, CA-19.9:9.5mIU/ml, CA-125:9mIU/ml, CA-15.3:16.8 mIU/ml olarak geldi. Genetik hastalıkları konsültasyonu sonucunda kromozom analizi sonucu 46 XY olarak geldi. Hastada 46 XY gonadal disgenезisine sekonder gelişen disgerminom düşünülerek cerrahi kararı alındı. Hastanın operasyonu sırasında sağ adnekte 12*10 cm boyutundaki kitle eksize edilerek frozena gönderildi. Frozen sonucu disgerminom gelmesi üzerine bilateral gonadektomi yapıldı. Diğer overde de disgerminom odağına rastlandı. Hastaya operasyon sonrası 3 kür BEP protokolü önerildi.

TARTIŞMA:

Swyer sendromu; primer amenore ve dışı fenotipi görülen xy saf gonadal disgenезisi durumudur. Vakaların %10-15 inde Y kromozomunun uzun kolundaki SRY geni mutasyonu saptanır. Y kromozomu olmasına rağmen streak gonadlar sebebiyle AMH ve androjenlerin salgılanamaması sebebiyle iç ve dış genitaler dışı olarak gelişir. Sekonder seks karakterleri, pubik kıllanma ve meme gelişimi zayıftır.

Hiperpralaktinemi, hipertroidi, imperfore hymen ve transvaginal septum gibi genital trakt anomalileri, konjenital anomaliler ve prematür ovaryan yetmezlik primer amenore sebebi olabilir. Yumurtalık yetersizliğinin doğuştan gelen veya yapısal nedenlerinden dolayı kadın fenotipi ile seyreden primer amenorenin başlıca nedenleri, Turner sendromu, Mayer Rokitansky Kuster Hauser sendromu ve androjen insensitivite sendromu (AIS) ve nadiren Swyer Sendromu olarak sıralanabilir. Uterusun mevcut olduğu primer amenore olgularına yaklaşım Resim1'de özetlenmiştir.

SONUÇ:

46 XY saf gonadal disgenезisi olgularındaki streak gonadlarla ilişkili en yaygın tümörler gonadoblastoma, disgerminoma ve bazen seminomdur; görülme sıklıkları % 10-30 arasındadır. Tümör gelişim riski yaşla birlikte artar; yaşamın 3. dekadında risk % 50-70 iken dördüncü dekada % 80'e kadar çıkar. Bu nedenle primer amenoresi ve Y kromozomu vakalarında erken aşamada gonadların laparoskopik ekstirpasyonu esas alınır. Bunun istisnası androjen insensivite sendromudur; üretilen androjen perifer dokuda östrojene dönüştürülüp sekonder seks karakterlerinin gelişimini sağladığı için gonadektomi puberte sonrasında bırakılır. Primer amenore ayrıntılı bir muayene ile sitematik değerlendirilmesi gereken önemli bir semptomdur.

Anahtar Kelimeler: Primer Amenore, Swyer Sendromu, Disgerminom, Gonadektomi

[Page: 12]

[Abstract:0032] PP-12 [Accepted:Poster Presentation] [Perinatoloji]

Olgu Sunumu: Prenatal Tanısı Konulan Nadir Görülen Bir Konjenital Malformasyon; Sirenomeli

Birgül Ülger, Mete Sucu, Cüneyt Evrücke, Cansun Demir, Selim Büyükkurt, Ali Kaan Köroğlu, Erol Arslan, Mehmet Özsürmeli, Salahattin Mısırlıoğlu
Çukurova üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı

GİRİŞ: Sirenomeli; alt ekstremitelerin füzyonu, rotasyonu, hipoplazisi veya atrofisi ile birlikte ciddi ürogenital malformasyonların görüldüğü ve genellikle ölümcül bir anomali olarak tanımlanmaktadır. 60.000 ile 100.000 canlı doğumda bir görülen konjenital bir anomalidir. Erkek/kız fetüs oranı 2.7/1'dir ve monozigotik ikizlerde daha yaygındır. Sporadiktir, ailesel olarak görülen hastalarda kaudal regresyonun bir komponenti olarak yorumlanmıştır. 3 ana patognomonik bulgusu mevcuttur.

1. Aortadan direk ilişkili tek umbilikal arter
2. Renalagenezi(Potter sendromunun subsekansı)
3. Alt ekstremit malformasyonu ve/veya füzyonu

Pulmoner hipoplazi, yarık damak, karın duvar defekti, skolyoz ve diğer iskelet anomalileri eşlik edebilir. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber literatürde retinoik asit, kadmium, lityum, eroin kullanımı ve hipertermi, radyasyon maruziyeti ile ilişkilendirilen vakalar mevcuttur.

OLGU: 18 yaşında 29 haftalık ilk gebliği olan hasta tarafımıza dış merkezden oligohidroamnios /anhidroamnios, renalagenezi nedeniyle refere edildi. Öyküsünde eşi ile akraba olduğu, herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı ve bildiği ilaç maruziyeti olmadığı öğrenildi. Yapılan ultrasonografik değerlendirme sonucunda bilateral renal agenezi, tek umbilikal arter anhidramnios ve alt ekstremit füzyonu saptandı. Öntanılar içinde sirenomeli, kaudal regresyon anomalisi mevcuttu. Aileye bilgilendirme yapıp gebelik terminasyonu önerildi ve misoprostol ile indüklenerek 815 gr fetus vajinal yoldan doğurtuldu(resim1).Doğan bebekte alt ekstremit füzyonu ve hipoplazisi, anüs ve dış genital yokluğu, sol kulak agenezisi ve sol elde 4 parmak mevcuttu. Sirenomeli olarak yorumlandı. Aile onayı ile fetus otopsiye gönderildi(resim2). Otopsi sonucu sirenomeli olarak raporlandı.

TARTIŞMA: Sirenomeli nadir görülen ölümcül bir anomali olmakla birlikte birinci üçayda tanısının konması mümkündür ve ikinci üçaya göre daha kolaydır. Oligo/anhidramnios ikinci üçayda geliştiğinden dolayı bu dönemdeki usg bulguları daha az tanımlayıcı olabilmektedir. Bizim olgumuza tanı konduğunda 29 haftalık gebelik mevcuttu. Literatürde dokuzuncu haftada tanısı konulan olgular mevcuttur. İkinci üçayda ise şüphelenilen olgularda fetal MR ultrasonografiye göre daha tanı koydurucudur. Şüphelenilen durumlarda mutlaka; retinoik asit, kadmium, lityum, eroin kullanımı, hipertermi, radyasyon maruziyeti sorgulanmalıdır. Ayırıcı tanıda yer alan kaudal regresyon anomalisi ile ilişkili olduğundan dolayı hastanın diyabet öyküsü olup olmadığı irdelenmelidir.

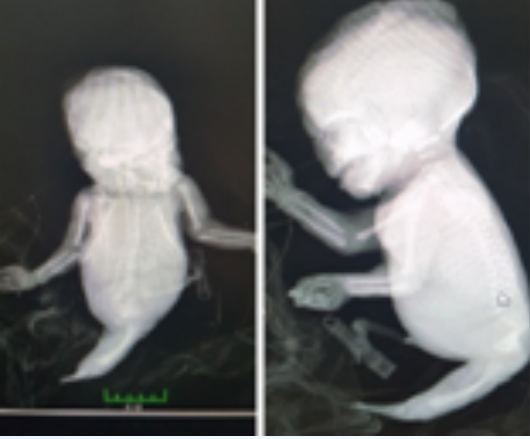
SONUÇ: Sirenomeli; prenatal dönemde tanısı konulabilen, nadir görülen bir konjenital malformasyondur. Henüz oligo/anhidramnios gelişmediğinden dolayı ilk üçay fetal ultrasonografi taramasında şüphelenilmesi ve tanısının konması daha kolaydır. Ense kalınlığının artması, tek umbilikal arter, alt ekstremitede malformasyon ve renal agenezi varlığı tanıya yardımcı ipuçlarıdır.

Anahtar Kelimeler: birinci, üçay, ultrasonografi, sirenomeli, prenatal, tanı

resim1



resim2



Otopsi sırasında çekilen x-ray görüntüsü



ORGANİZASYON SEKRETERYASI



FIGÜR KONGRE VE ORGANİZASYON SERVİSLERİ A.Ş.

19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center No:4, 34360 Şişli / İstanbul

Tel: 0 212 381 46 00 - Faks: 0 212 258 60 78

E-posta: cukurovajinekoloji@figur.net

www.cukurovajinekoloji.org

