



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü
Mithat Özsan Amfisi, Adana



Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Cansun Demir

Kongre Başkanları
Prof. Dr. Cüneyt Evrücke
Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar

Kongre Sekreterleri
Doç. Dr. Ganim Khatib
Doç. Dr. Mete Sucu

Düzenleme Komitesi
Prof. Dr. Selim Büyükkurt
Prof. Dr. Ahmet Barış Güzel
Prof. Dr. Ümran Küçükgoz Güleş
Prof. Dr. İbrahim Ferhat Ürünsak

PROGRAM VE BİLDİRİ KİTABI

www.cukurovajinekoloji.org



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Çukurova Kadın Doğum Günleri 2023 ile bilimsel toplantımızda sizlerle tekrar birlikte olmayı ve bilgilerimizi tazelemeyi arzu ediyoruz.

Her zaman olduğu gibi meslektaşlarımızın günlük pratiğine katkı sağlayacak güncel yaklaşımlarla bilgilerimizi tazelemeyi amaçlıyoruz.

Meslektaşlarımızın obstetrik, jinekoloji, infertilite, ürolojinekoloji alanında güncel gelişmelerle bilgilerinizi tazelemek ve sizleri sevgi ve saygı ile tekrar kucaklamak arzusundayız.

10-12 Kasım 2023 tarihlerinde görüşmek ve sevgi ile kucaklaşmak dileği ile...

Prof. Dr. Cüneyt Evrüke
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Cansun Demir
Anabilim Dalı Başkanı



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

KURULLAR

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Cansun Demir

Kongre Başkanları

Prof. Dr. Cüneyt Evrücke

Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar

Kongre Bilimsel Sekreteryası

Doç. Dr. Ganim Khatib

Doç. Dr. Mete Sucu

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Selim Büyükkurt

Perinatoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Ahmet Barış Güzel

Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Ümran Küçükğöz Güleç

Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. İbrahim Ferhat Ürünsak

Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

KONGRE SEKRETARYASI

Kongre Düzenleme Kurulu Figür Kongre ve Organizasyon A.Ş.'yi, kongrenin resmi acentası olarak belirlemiştir. Kongre hakkında herhangi bir talebinizde Figür Kongre ve Organizasyon A.Ş.'ye başvurmanızı rica ederiz.



19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center No:4, 34360 Sisli / İstanbul
Tel: 0 212 381 46 00 - Faks: 0 212 258 60 78 - E-posta: cukurovajinekoloji@figur.net



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

ANA KONULAR

- Anormal uterine kanamada cerrahi ve medikal tedavi
- Jinekolojik ultrasonografi
- Endometriosis; kime medikal kime cerrahi tedavi
- Uriner inkontinans tanı ve tedavi yaklaşımları
- Servikal preinvasive lezyonlarda yeni risk temelli yönetim
- Histerektomi; kime hangi yöntem
- Kişiyi özel oral kontraseptif seçimi (Endometriosis, anormal uterin kanama, hiperandrojenizm, PMS)
- Myomlarda ne zaman cerrahi (Semptomlara, Gebelik planı ve infertiliteye göre)
- Meme kanseri ve progesteronlar
- Serviks ve endometriyum kanserlerinde fertilite koruyucu yaklaşımlar.
- Over kanser tedavisinde değişen ve genişleyen tedavi yaklaşımları
- PARP inhibitörleri, Angiogenez inhibitörleri
- Sitoredüktif cerrahide Üst abdomen cerrahisi
- Obstetrik ve Perinatoloji
 - * Postpartum kanama cerrahi yönetimi
 - * Postpartum kanamada medikal tedavi ve kan ürünleri kullanımı
 - * Her yönü ile gebelikte diyabet taraması
 - * Tarama aracı olarak her yönü ile Cf-Dna
 - * Trimester temel kardiyak değerlendirme ve fetal ekokardiyografi endikasyonları
 - * Temel Merkezi Sinir Sistemi değerlendirmesi.
 - * Trimester fetal ultrasonografi taraması
 - * Plasenta Akreata Spektrum Ultrasonografik değerlendirmesi
 - * Gebelikte DMAH kullanımı
 - * Gebelikte Progesteron kullanımı
 - * Gebelikte Aspirin kullanımı
 - * Gebelikte Kortikosteroid uygulaması

CANLI CERRAHİLER

- Laparoskopik operasyonlar
- Histeroskopik operasyonlar

KURSLAR

Obstetrik USG kursu
Genital estetik kursu



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

BİLİMSEL PROGRAM



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

10 Kasım 2023, Cuma

09.00-17.00 Laparoskopik Histerektomi - Histeroskopik Cerrahi Kursu

Yer : Çukurova Üniversitesi, Balcalı Hastanesi Ameliyathane Bloğu, Kadın Doğum Dersliği
Canlı Cerrahiler: Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Ameliyathanesi

09.00-12.30 Laparoskopik Histerektomi Kursu

Oturum Başkanları: Mehmet Ali Vardar, Ümran Küçükgoz

09.00-09.15 Laparoskopik histerektomide püf noktaları

Barış Güzel

09.15-09.30 Adım adım laparoskopik histerektomi

Ganim Khatib

09.30-09.45 Zor olgularda yaklaşım

Kemal Özerkan

10.00-12.30 Canlı cerrahi 2 olguda laparoskopik histerektomi

Moderatör: Kemal Özerkan

Cerrahlar: Mehmet Ali Vardar, Barış Güzel

12.30-13.30 Öğle Arası

13.30-17.00 Histeroskopik Cerrahi Kursu

Oturum Başkanları: İbrahim Ferhat Ürünsak, Bülent Urman, Gürkan Uncu

13.30-13.45 Histeroskopide hazırlık ve enstrümanlar

İbrahim Ferhat Ürünsak

13.45-14.00 Histeroskopik cerrahi teknikleri 1 (Myom, polip,)

Bülent Urman

14.00-14.15 Histeroskopik cerrahi teknikleri 2 (Septum, sineşi)

Erhan Şimşek

Canlı cerrahiler : Histeroskopik Myomektomi, Polipektomi, Septum İnsizyonu, Sineşi

Moderatör: Erhan Şimşek

Cerrahlar: Gürkan Uncu, İbrahim Ferhat Ürünsak, Bülent Urman

14:00-16:30 Uygulamalı Obstetrik USG Kursu

Yer: Çukurova Üniversitesi Mithat Özsan Amfisi (Küçük Amfi)

14:00-16:30 Uygulamalı Ultrasonografi Kursu

Oturum Başkanları: Cüneyt Evrücke, Cansun Demir

14:00-14:30 Normal fetal anatomi Değerlendirmesi

Ders Anlatımı: Mete Sucu

14:30-15:30 Hasta üzerinde canlı eğitim

Selim Büyükkurt, Mete Sucu, Rauf Melekoğlu

15:30-16:30 Katılımcılar tarafından hasta üzerinde canlı uygulama



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

11 Kasım 2023, Cumartesi

09.00-09.15 **Açılış**

09.15-10.30 **Obstetrik Oturumu 1**

Oturum Başkanları: Cansun Demir, Arif Güngören

Postpartum kanama cerrahi yönetimi	Salih Burçin Kavak
Postpartum kanamada medikal tedavi ve kan ürünleri kullanımı	Hakkı Ünlügenç
Her yönü ile gebelikte diyabet taraması	Mete Sucu
Tarama aracı olarak her yönü ile Cf-DNA	Selim Büyükkurt
Tartışma	

10.30-10.45 **Kahve arası**

10.45 -12.00 **Jinekoloji Oturumu 1**

Oturum Başkanları: Aytekin Altıntaş, Tuyan İlhan

Myomlarda cerrahinin zamanı ve yöntemi (Semptomlara, Gebelik planı ve infertiliteye göre) (Minimal invaziv / Açık cerrahi)	Bülent Urman
Kişiye özel oral kontraseptif seçimi (Endometriozis, anormal uterin kanama, hiperandrojenizm, PMS)	Gürkan Uncu
Anormal uterine kanamada Cerrahi vs Medikal tedavi	Barış Güzel
Menopozda hormonal tedavi ve alternatif yaklaşımlar	Kemal Özerkan
Tartışma	

12.00-13.15 **İnfertilite Oturumu 1**

Oturum Başkanları: Volkan Kurtaran, İbrahim Ferhat Ürünsak, Raziye Narin

İnfertil çiftlerde prekonsepsiyonel değerlendirme	İbrahim Ferhat Ürünsak
Ovaryan stimülasyonda oral ajan kullanımı	Esra Bulgan Kılıçdağ
İntrauterin inseminasyon(IUI) uygulamasında ovaryan stimülasyon protokolleri, monitörizasyon, ovulasyon tetiklenmesi ve inseminasyon zamanlaması	Volkan Noyan
Polikistik Over Sendromunda(PCOS) insülin duyarlaştırıcı ajanlar, ovulasyon indüksiyonu ve cerrahi tedavinin yeri	Şahin Zeteroğlu
Tartışma	

13.15-14.15 **Öğle arası**



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

11 Kasım 2023, Cumartesi

14.15 -15.30 **Obstetrik Oturumu 2**

Oturum Başkanları: İrfan Kutlar, Deniz Cemgil Arıkan, Utku Okuducu

2. Trimester temel kardiyak değerlendirme ve fetal
ekokardiyografi endikasyonları *Halis Özdemir*

Temel Merkezi Sinir Sistemi değerlendirmesi *Ezgi Turgut*

1. Trimester fetal ultrasonografi taraması *Deniz Cemgil Arıkan*

Plasenta Akreata Spektrum Ultrasonografik değerlendirmesi *İrfan Kutlar*

Tartışma

15.30-17.00 **Onkoloji Oturumu**

Oturum Başkanları: Ali Ayhan, Şevki Göksun Gökulu, Hasan Turan

Serviks ve endometriyum kanserlerinde fertilite koruyucu
yaklaşımlar *Ali Ayhan*

Şüpheli adnexial kitlelerde yönetim (Minimal İnvaziv / Open) *M. Faruk Köse*

Borderline Over Kanserleri *Nejat Özgül*

Endometrial Hiperplazi – Kanser ilişkisi *Ganim Khatib*

Meme - Jinekolojik Kanserler ve Hormon ilişkisi *Hüsnü Çelik*

Tartışma

17.00-17.15 **Kahve arası**

17.15-18.30 **Genital Estetik Kursu – JİNKÖZ Oturumu**

Oturum Başkanları: Fisun Vural, İlkin Yeral

Labioplasti – Hudoplasti : Kime, Hangi Teknik? *Murat Emanetoğlu*

Genital bölge PRP ve türevleri, Mezoterapi ve Hyluronik Asit
uygulamaları *Servet Çalıkoğlu*

Otolog fat transfer, Lipofilling uygulamaları, SVF *Nida Bayık*

Genital bölge lazer, radyofrekans uygulamaları *Eser Ağar*

Tartışma



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

11 Kasım 2023, Cumartesi

SALON B

14.15 -16.15 **Sözlü Bildiri Oturumu**

Oturum Başkanları: Tuba Yar, Masum Kayapınar, Meral Aban

SS 01	Sol Portal Vene Katılan İzole Persistan İntrahepatik Tip Sağ Umbilikal Ven Prenatal Tanısı ve Antenatal Takibi	Serdar Aykut
SS 02	Postnatal tanı alan bir Trisomi 13 olgusu: nadir bir aplasia kutis konjenita nedeni	Şebnem Karagün
SS 03	Üçüncü Trimester Gebeliği Komplike Eden Dev Fibroid Uterus	Sadık Kükrer
SS 04	Üçüncü basamak bir hastanede endometrial hiperplazi nedeniyle histerektomi yapılan hastaların frozen ve final patoloji sonuçlarının retrospektif değerlendirilmesi	Mürşide Çevikoğlu Kılı
SS 05	Akondroplazili kadının başarılı hamilelik ve doğum öyküsü	Mesut Avan
SS 06	Aksiller Kistik Lenfanjiyom olgusu	Çiğdem Akçabay
SS 07	Ektrodaktili Olgu Sunumu	Çiğdem Akçabay
SS 08	Prenatal Tanı Alan Pallister Killian sendromu	Çiğdem Akçabay
SS 09	Kliniğimize ait 34 hafta altı şiddetli preeklampsinin prevalansı ve yönetimi	Halis Özdemir
SS 10	Fetal Sakrokoksigeal Teratomun İntrauterin Tanısı ve Yönetimi: Olgu Sunumu	Fatma İşlek Uzun
SS 11	Kolesterol Ester Depo Hastalığı ve Enzim Replasman Tedavisi İle Gebeliğin Seyri ve Yönetiminin Değerlendirilmesi	Fatma İşlek Uzun
SS 12	Maternal Piruvat Kinaz Eksikliği ve Nöral Tüp Defektli Olguya Yaklaşım	Fatma İşlek Uzun
SS 13	KontROLSÜZ ovulasyon indüksiyonu sonucu: onuz gebelik	Ezginur Batman Göbelek
SS 14	Uterine leiomyosarcoma: a rare clinical entity	Esra Keleş
SS 15	Lupus nefriti ve gebelik: Olgu sunumu	Burcu Akay Serhanoğlu
SS 16	İhmal Edilmiş Menopozda Tanı Alan OHVİRA Benzeri Renal Anomali Eşlik Etmeyen Uterus Didelfis Olgusu	Buğra Tunç
SS 17	Konjenital anomalilerin prevalansı: Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesinde tek merkez 3. Basamak sağlık kuruluşu mid-trimester fetal anomali taraması sonuçları	Büşra Berfin Polat
SS 18	Interrupted Aortik Ark (Kesintili Arkus Aorta) Olgu Sunumu	Ahmet Zeki Nessar
SS 19	Nadir Görülen Bir Olgu: Torasik Endometriozis Sendromu	Abdurrahman Mert



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

12 Kasım 2023, Pazar

09.30-10.45 **Obstetrik Oturumu 3**

Oturum Başkanları: Ayhan Coşkun, Cüneyt Evrûke

Gebelikte DMAH kullanımı

Rauf Melekoğlu

Gebelikte Progesteron kullanımı

Mehmet Murat Işıksalan

Gebelikte Asetilsalisilik Asit kullanımı

Çiğdem Akçabay

Gebelikte Kortikosteroid uygulaması

Cihan Çetin

Tartışma

10.45-11.00 **Kahve arası**

11.00-12.00 **Panel**

Servikal preinvasiv lezyonlarda yönetim

Moderatör: Mehmet Ali Vardar

Konuşmacılar: Müfit Yenen, Fuat Demirkıran, Çağatay Taşkiran, Mehmet Ali Narin

12.00- 12.45 **Uydu sempozyum**

HPV, ilişkili Hastalıkları ve Kanserler, HPV Aşıları

Konuşmacı: İlkan Dünder



12.45-14.00 **Öğle arası**

14.00- 15.15 **Jinekoloji Oturumu 2**

Oturum Başkanları: Sevtap Seyfettinoğlu, Mesut Mısırlıoğlu, Emine Gülen Küçükbingöz

Meme Kanseri, Tedavi sonrası Takipte Jinekoloğun Rolü

Çağatay Taşkiran

Ultrasonografide adnexlerin değerlendirilmesi

Ümran Küçükgez Güleç

Endometriosis; kime medikal kime cerrahi tedavi

Pınar Çağlar Aytaç

Tekrarlayan vaginitlere yaklaşım

Macit İkit

Tartışma



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

12 Kasım 2023, Pazar

15.15-16.30 **İnfertilite Oturumu 2**

Oturum Başkanları: Yılmaz Atay, Gürkan Yazıcı, Feza Burak

Ovaryan Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS)

Gürkan Yazıcı

Endometriozis ve infertilite

Murat Bakacak

Yardımcı Üreme Tekniklerinde hasta seçimi ve SGK mevzuatı

Bülent Haydardedeoğlu

İnfertil erkeğin değerlendirilmesi ve temel semen analizi

Nebil Akdoğan

Tartışma

16.30

Kapanış



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-01

Sol Portal Vene Katılan İzole Persistan İntrahepatik Tip Sağ Umbilikal Ven Prenatal Tanısı ve Antenatal Takibi

Dr. Serdar AYKUT¹, Dr. İ. Cüneyt EVRÜKE¹, Dr. Aslıhan KURT¹, Dr. Fatma Uzay İŞLEK¹, Dr. Mesut AVAN¹

¹Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı-Perinatoloji

Tanım ve insidansı: Gebeliğin 4-7 haftaları arasında oblitere olarak kaybolan embriyolojik olarak sağ umbilikal venin açık kalması durumudur. Olguların çoğunda sol umbilikal ven regrese olurken az sayıda olguda her iki ven devamlılığını sürdürür. Sıklığı 1/500-1/1200'dir.

Tanı: Sonografik olarak umbilikal venin batına girdikten sonra sola doğru eğim göstererek mideye yönelmesi tanı koydurucudur. Safra kesesi umbilikal venin solunda ,mide ile umbilikal ven arasındadır. . İntrahepatik (%95) ve extrahepatik (%5) olmak üzere 2 tiptir. İntrahepatik tipte sağ umbilikal ven portal sisteme bağlanıp ductus venosusa dökülürken, extrahepatik tipte fetal kan karaciğeri by-pass ederek sağ atrium,İVC veya iliak venlere dökülür.

Eşlik Eden Anomaliler: Extrahepatik tip Persiste sağ umbilikal ven tanısı alan olguların %25'inde Gastrointestinal ,Kardiyak ve Üriner sistem anomalileri eşlik edebilmektedir. Yine yapısal anomalisi bulunan olgularda Trizomi 18 ve Noonan sendrom riski artmıştır.

Prognoz ve Antenatal Yönetim: Eşlik eden yapısal anomalisi olmayan, portal sisteme bağlanan izole olgular normal anatomik varyant olup prognozları son derece iyidir ve rutin antenatal takip önerilirken, Extrahepatik tip'te ise kromozomal anomali insidansından dolayı invaziv tanı testleri önerilmektedir.

Olgu:39 yaşında, Sistemik bir hastalığı olmayan, G4 P3 Y3 (NVDx3, sağ sağlıklı), dış merkezden kliniğimize detaylı sonografi amacıyla yönlendirilen hasta A.G yapılan sonografik incelemede; 20 + hafta gebeliği olduğu saptandı. AC kesitinde umbilikal venin fetal batındaki seyrinin mideye doğru olduğu ve color dopplerde

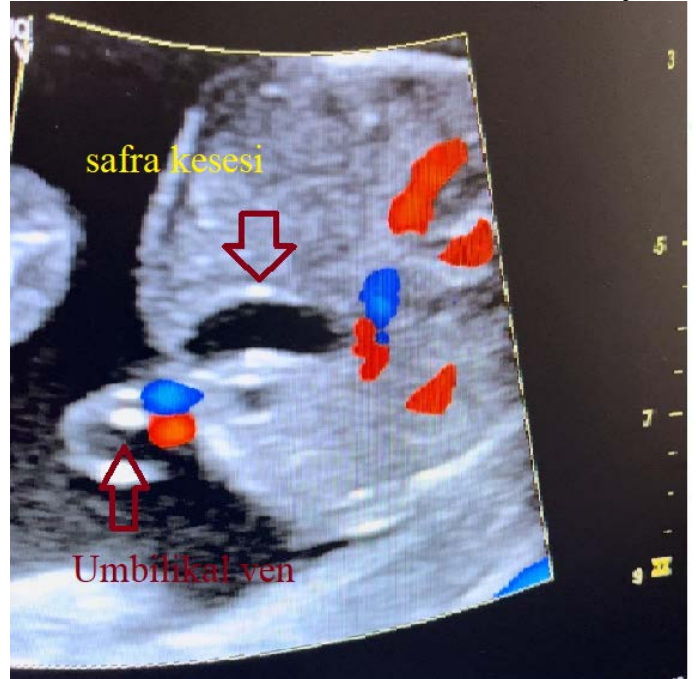
lerde portal vene döküldüğü izlendi. Umbilikal ven ve mide arasında safra kesesi ayrıca görüldü. Bunun dışında diğer sistem ve organların normal anatomik yapıda olduğu izlendi.

Mevcut bulgular dahilinde İzole Persistan Sağ Umbilikal Ven tanısı konulup hastaya bu durumun normal bir anatomik varyant olduğu rutin antenatal takiple-rine devamı önerildi.

Resim 1:Umb venin mideye doğru yönelimi



Resim 2: Safra kesesi ile Umb Ven arasındaki ilişki





ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

SS-02

Postnatal tanı alan bir Trisomi 13 olgusu: Nadir bir aplasia kutis konjenita nedeni

Şebnem Karagün

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Perinatoloji BD

Amaç: Nadir görülen konjenital cilt bulgusunun eşlik ettiği, medyan yaşam süresinin 10 gün olmasına karşın, surveyi 159 güne ulaşılan Trisomi 13 olgusunu sunma amaçlandı.

Giriş: Aplasia kutis konjenita (ACC), doğumda lokalize veya yaygın deri yokluğu ile karakterize, heterojen klinik bulgularla karakterize nadir görülen konjenital bir hastalıktır[1]. ACC sıklıkla verteksde orta hatta yerleşim gösterir, kafa derisini sınırlı olmakla birlikte nadiren periostu ve kemiği etkileyebilir. Tek yada multipl olabildiği gibi, 1 mm den 10 cm 'ye kadar değişen boyutlarda yerleşim gösterbilir. Skalp tutulumu en yaygın (%96) olmakla birlikte, ekstremiteler ve yüzde presente olabilir. İzole (%66) olabildiği gibi eşlik eden konjenital anomaliler olabilir. Ekstremiteler anomalilerinden (%16,0) sonra en sık eşlik eden yapısal anomaliler kardiyak defektler (%15,4) yer almaktadır. Atriyo-ventriküler septal defektler tüm ACC vakalarının %1'inde görüldüğü raporlanmıştır. Kromozomal anomaliler arasında en sık görülen trisomi 13 (%10), ilişkili genetik sendromlar için de en sık görülen Adams-Oliver sendromu (%3) yer almaktadır[2].

Olgu: Hasta 36 yaşında, G5P2Y2A2 (NVD), 31+3 gebelik haftasında Mersin Üniversitesi Perinatoloji Polikliniğine fetal gelişim geriliği (FGR) nedeni ile referedildi. Obstetrik anamnezinde yapılan ikinci trimester kombine tarama testinde Tri21 1/101 olarak çıktığı hastaya önerilen invaziv tanı testini reddettiği öğrenildi.

Tarafımızca yapılan ultrasonografisinde, nazal kemik hipoplazisi (%2.8), kalpte inlet VSD ve ASD, tek umbilikal arter, batında kolonik seviyede en geniş yerinde 21,96 mm barsak ansı ile uyumlu dilatasyon tespit edildi. Anal target sign mevcuttu. Hastaya kordosen-

tez ile invaziv tanı testi önerildi, hasta kabul etmedi. Fetal biyometrik ölçümleri BPD %3.4, HC %0.2, AC %3.0, FL %10.9 ve HL%9.2, tahmini fetal ağırlığı %18 olan hastaya takip planlandı.

Hasta 33+4 gebelik haftasında erken membran rüptürü nedeni ile kliniğimize başvurdu. Antenatal steroid yapıldı, antibiyoterapi başlandı. Yatışının 4. Gününde umbilikal arter Dopplerinde diyastolik akım kaybı gelişen, anhidroamnioz olan ve NST inde (nonstres test) spontan deselerasyonlar olan hasta doğum kararı verildi. APGAR 6/8 olan 1530 gr ağırlığında bebek sezaryen ile doğurtuldu. Umbilikal kord kan gazı ph:7.35 olarak geldi. Doğum sonrası ilk muayenesinde sendromik yüz görüntüsü, verteks düzeyinde dura materin intakt olduğu alpesik aplastik skalp derisi izlendi. Prematurite nedeni ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde takibi yapılan bebeğin periferik kandan kromozom analizi 47,XX,+13 (TRIZOMI 13 PATAU) olarak sonuçlandı. Takiplerinde gaz gayta çıkışı olmayan hasta Çocuk Cerrahisi tarafından laparotomi yapıldı . İntraoperatif sigmoid kolonun başta olmak üzere inen kolon dahil dilate olduğugörüldü. Fakat bant, malrotasyon saptanmadı. Transvers loop kolostomi açıldı . Kolon biyopsi sonucunda Ganglion hücresi izlenen barsak dokusu saptandı. Hirschsprung hastalığı ekarte edildi. Daha sonra takiplerinde kalp yetmezliği ve sepsis gelişen bebek doğum sonrası 159. Günde exitus oldu.

Sonuç: Trisomi 13 , sıklığı 1/18000 canlı doğumda bir nadir görülmesine karşın, tarama testleri ve ultrasonografi sayesinde erken tanı alabilmektedir. Nadiren de olsa bizim olgumuzda olabildiği gibi aileler invaziv tanı testi yerine doğum tercih ettiklerinde çeşitli major anomalilere rastlanılmaktadır.



Görsel 1:inlet VSD



Görsel 2: kolonik seviyede dilate barsak ansi



Görsel 3: kolonik seviyede dilate barsak ansi

KAYNAKLAR

- 1.Sathishkumar, D., et al., *Classification of aplasia cutis congenita: a 25-year review of cases presenting to a tertiary paediatric dermatology department.* 2020. **45**(8): p. 994-1002.
2. Coi, A., et al., *Epidemiology of aplasia cutis congenita: A population-based study in Europe.* 2023. **37**(3): p. 581-589.

SS-03

Üçüncü Trimester Gebeliği Komplike Eden Dev Fibroid Uterus

Sadık Kükrer^{*1}, Fikriye Işıl Adıgüzel²

^{1,2}SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş: Uterus leiomyomları doğurganlık çağındaki kadınlarda çok sık görülen bir patolojidir. Multipar kadınlarla karşılaştırıldığında, nullipar kadınlarda uterus leiomyomu gelişme olasılığı 4 kat daha fazladır. Hamilelik sırasındaki dev uterin fibroma nadir görülen, genellikle semptomatik bir durumdur ve teşhis edilmesi her zaman kolay değildir. Bu dev leiomyomların yönetimi ve gebeliğin termde başarılı bir şekilde tamamlanması bazen obstetrisyen için gerçek bir zorluktur; burada cerrahi seçenek sıklıkla tercih edilir, ancak doğurganlığın korunması da dikkate alınmalıdır. Dev miyomlu hastalarda obstetrik sonuçları bildiren veriler az olduğundan, optimal davranış henüz yeterince bilinmemektedir. Dolayısıyla, operasyon esnasında, bu hastalarda uterusun korunup korunmaması gibi kararlarda ikilemler yaşanabilmektedir. Annenin yaşamını tehdit eden bir prognoza sahip olması durumunda gebeliğin sonlandırılması ve radikal cerrahi tedavi tek alternatif olabilir.

Olgu: 31 yaşında, kliniğimizde herhangi bir takibi olmayan hasta G1P0Y0, son adet tarihini bilmediğini, özgeçmişinde herhangi bir sağlık problemi ve kronik

hastalığı olmadığını belirtti. Vaginal muayenesinde collum bir parmak açık ve efasmanı %70 ile uyumlu bulundu. Amnion mayi gelişi minimal mevcuttu ve vaginal tuşede prezente olan kısım net belirlenemedi. Obstetrik USG'sinde 36w 5d ile uyumlu ölçümleri olan tekiz canlı gebeliği mevcuttu. Amnion mayi 2 cm ölçüldü ve oligo-anhidramnios ile uyumlu bulundu. Plasenta corpus anterior lokalizasyonda servikal os'a yaklaşık 2 cm mesafede sonlanmaktaydı. Fetus transvers malpozisyonunda, baş sağda, sırt aşağıda, extremiteler fundusa doğru yukarıda konumlanmaktaydı. Uterus corpus anterior ve posteriorunda irili ufaklı en büyüğü 20 cm çapında multipl sayıda leiomyom nüvelerinin olduğu gözlemlendi. Kardiyotokografisinde NST'sinin non-reaktif olduğu ve kontraksiyonlarının %70'lere ulaştığı gözlemlendi. En büyük leiomyom nüvesinin uterus corpus anterior lokalizasyonunda ve uterin alt segment yerleşimli olduğu izlendi. Batın miadında gebeliğin ve uterin leiomyofibromların etkisiyle ksifoidal bölgeye kadar büyümüş oldukça gergin ve sert olduğu gözlemlendi. Genel durumu ve vital bulguları stabil olan hastaya leiomyoma uteri, akut fetal distress, erken membrane rüptürü ve prezentasyon anomalisi nedeni ile acil sezaryen operasyonu kararı verildi.

Genel anestezi altında göbek altı ve göbek üstü median insizyonla batına girildi. Plasental lokalizasyon ve muhtemel olabilecek plasenta accreta spektrum bozukluğu ihtimaline karşı fetus uterus fundusundan anterior bölgeye uzanan vertikal insizyon ile doğurtuldu. Fetus 2600 gr ağırlıkta kız ve 5. Dakika APGAR'ının 8 olduğu izlendi. Plasenta ve ekleri tam olarak ayrılmasına rağmen plasental yataktan ve servikal lojdan gelen yoğun kanama nedeniyle peripartum maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmak maksadıyla hastaya subtotal histerektomi kararı alındı ve uygulandı. Çıkan histerektomi piyesi 40*35 cm büyüklüğünde ve ağırlığı 7125 gr olarak ölçüldü. Hasta ve yenidoğan 5 gün içerisinde klinik şifa ile kliniğimizden taburcu edildi. Çıkan piyesin patoloji raporu leiomyom ve adenomyozis ile uyumlu olduğu malign neoplaziye rastlanmadığı saptandı. Uterus ve plasentadan yapılan patolojik inceleme sonucunda mikroskobik olarak, plasenta villuslarının, araya giren bir desidual plak

olmadan doğrudan uterus miyometriyumu ile iç içe geçtiği belirlendi.

Tartışma ve sonuç: Gebelikteki miyomların çoğu asemptomatiktir ancak doğumun seyrini etkileyen bazı komplikasyonlarla ilişkili olabilir. Bu nedenle, olumsuz obstetrik komplikasyonları tespit etmek ve sonuçları iyileştirmek için doğum öncesi dönemde düzenli takip yoluyla çok dikkatli izlenmelidir. Komplikasyonlar için ana risk faktörleri leiomyom sayısı, boyutu, hacmi, yeri ve türü ile ilgilidir. Büyük, çok sayıda, retroplasental, submukozal, subserozal, saplı veya aşağı yerleşimli miyomlar gebelik sırasında komplikasyon açısından yüksek risk taşırlar.

Anahtar kelimeler: Uterin fibroid, leiomyoma, gebelik komplikasyonları, dev fibroma





SS-04

Üçüncü basamak bir hastanede endometrial hiperplazi nedeniyle histerektomi yapılan hastaların frozen ve final patoloji sonuçlarının retrospektif değerlendirilmesi

Görkem Ülger¹, Ali Yıldızbakan¹, Mürşide Çevikoğlu Kılıç¹, Şevki Göksun Gökulu¹, Tolgay Tuyan İlhan¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Jinekolojik Onkoloji BD.

Amaç: Çalışmamızda endometrial hiperplazi nedeniyle histerektomi yapılan hastaların frozen sonuçlarının ve final patoloji sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2019 - Nisan 2023 tarihleri arasında endometrial hiperplazi nedeniyle histerektomi yapılan hastaların frozen sonuçları ve final patoloji sonuçları hastane sistemi üzerinden tarandı. Hastaların yaşları, hiperplazi tipleri, frozen sonuçları ve final patoloji sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 66 hasta dahil edildi. Atipisiz hiperplazi ön tanısıyla opere edilen hastaların frozen sonuçlarında ve final patolojilerinde malignite izlenmedi. Atipili hiperplazisi olan hastalardan 28'i benign, 25'i malign frozen sonucuna sahipti. Final patoloji sonuçlarına bakıldığında atipili hiperplazi için; 27 hastada benign, 26 hastada malign sonuç görüldü. Frozen ve final patoloji sonuçlarının karşılaştırılmasında benign-malign ayrımı için sensitivite 97,5 ve spesifite 92,3 olarak hesaplandı. Atipili hiperplazi ön tanısıyla opere edilen 53 hastanın yaş ortalaması 54.11 ± 9.01 , atipisiz hiperplazide ise 13 hastanın yaş ortalaması 50.38 ± 4.48 olarak hesaplandı. Atipili ve atipisiz hiperplazili hastaların yaş farkı istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p < 0.05$).

Frozen sonucu endometrioid adenokarsinom olan bir hastanın final patoloji sonucu atipili hiperplazi olarak raporlandı. Frozen sonucu atipili hiperplazi olarak bildirilen iki hastanın patoloji sonucu endometrioid adenokarsinom olarak sonuçlandı. İlk hastanın patoloji sonucu; endometrioid adenokarsinom grade 1, tümör boyutu 0,8 cm, myometrial invazyon %50'den azdı. Diğer hastada endometrioid adeno-

karsinom grade 1, tümör boyutu 1 cm, myometrial invazyon %50'den az olarak raporlandığı için bu iki hastada ek girişime gerek duyulmadı. Frozen sonucu endometrioid adenokarsinom olan bir hastanında final patoloji sonucu karsinosarkom olarak bildirildi. Bu hastaya da ek bir girişim yapılmadı.

Sonuç: Atipisiz hiperplaziyle karşılaştırıldığında atipili hiperplazi ön tanısıyla histerektomi yapılan hastaların nihai patoloji sonuçlarında malignite görülme riski göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hastalarda intraoperatif frozen çalışılması, ek cerrahi girişim gereksinimini önemli ölçüde azaltır.

Anahtar kelimeler: Endometrial hiperplazi, endometriyum kanseri, frozen kesit, final patoloji

Tablo 1: Atipisiz ve atipili hiperplazi frozen ve patoloji sonuçları

	Frozen		Patoloji	
	Benign	Malign	Benign	Malign
Atipisiz Hiperplazi	13 (%100)	0	13 (%100)	0
Atipili Hiperplazi	28 (%52,8)	25 (%47,2)	27 (%50,9)	26 (%49,1)

Tablo 2: Atipisiz ve atipili hiperplazi yaş ortalamaları

	Atipisiz Hiperplazi	Atipili Hiperplazi	p değeri
Yaş	50.38 ± 4.48	54.11 ± 9.01	0.04

Tablo 3: Frozen ve patoloji sonuçlarının karşılaştırılması

	Sensitivite	Spesifite	Pozitif Pre-diktif Değer	Negatif Pre-diktif Değer	Accuracy
Frozen-Patoloji	97,5	92,3	95,1	96,0	95,5

SS-05

Akondroplazili kadının başarılı hamilelik ve doğum öyküsü

Mesut Avan¹, Fatma İşlek Uzun¹, İ. Cüneyt Evrücke¹,
S. Cansun Demir¹, Mete Sucu¹

¹Çukurova Üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı

Amaç: Bu çalışma, 35 yaşında akondroplazili bir kadın üzerinden, bu tür hastalıklardan etkilenen hastaların doğum ve diğer zorlukları nasıl aşabileceğini tartışmayı hedefliyor.

Yöntem: Hastanın hamilelik süreci, genetik bir teşhis olan p.Leu476*(c.1426del) homozigot akromezomelik displazi morateux tipi ile birlikte incelendi.



Resim 1: 35 haftalık gebe(2019)

Bulgular: 130 cm boyunda, 40 kg ağırlığındaki multigravid akondroplazili hastanın 2019’ da 8 haftalık hamile iken takibe başladı ve takipleri düzgün bir şekilde yapıldı, ancak prenatal tarama ve tanıyı reddetti. 22. haftada standart fetal anomali taraması yapıldı. Anatomi olarak fetüs doğal görünümde, plasenta anterior yerleşimli ve previa totalis olarak izlendi. Sorunsuz bir gebelik geçirdi. Gebe 37 hafta 3 günlük iken, tekil canlı gebelik, akondroplazi, makat prezentasyon ve plasenta previa totalis nedeni ile sezaryen doğuma alındı. 3260 gram ağırlığında boyu 48 cm, baş çevresi 35,5 cm olan sağlıklı erkek bebek doğurtuldu. Apgar skoru 1. dakika 9, 5. dakika 10’ du. Herhangi bir komplikasyon oluşmadı. Hasta ve yenidoğan operasyon sonrası 48. saat sağlıklı taburcu edildi. Hastanın

2. gebeliği 2022 yılında 7 haftalık missed abortusla sonuçlandı. Hastamızın şimdi 3. gebeliğini takip etmekteyiz. Ultrasona göre 22 haftalık tekiz canlı gebeliği mevcut. Prenatal tanı testi istemedi.

Sonuç: Akondroplazi, en yaygın iskelet bozukluklarından biridir ve fibroblast büyüme faktörü reseptörü (FGFR3) genindeki mutasyonlardan kaynaklanır. Bu durum, fenotipik etkileri hafif olan hipokondroplazi’ den, fenotipik etkileri şiddetli olan tanatoforik displazi’ ye kadar değişen iskelet displazilerine neden olabilir. Anne adayının dar bir pelvisi olduğunda genellikle sezaryen doğum yapılması tercih edilir. Ebeveynlerden bir veya her ikisi de akondroplazili olduğunda gebelik yüksek risklidir. FGFR3 patojenik varyantının tespit edilmesi durumunda, prenatal ve preimplantasyon genetik testler kullanılabilir. Ayrıca, maternal serumda belirli bir hassasiyet ve özgüllük sağlayan hücresiz fetal DNA kullanılarak noninvaziv prenatal tanı yapılabilir. Standart prenatal ultrason muayenesi, fetüsün kısa uzuvlarını tespit edebilir ve akondroplazili olabileceği bilinmeyen fetüste riski artırabilir. Ultrason bulguları genellikle 24. gebelik haftasına kadar belirgin değildir, ancak femoral diyafiz-metafiz açısının genişletilmesi erken tespiti izin verebilir. Akondroplazili hastalarında lokal ve genel anestezi uygulamasında çeşitli zorluklar ortaya çıkabilir. Bu zorluklar, vertebral anomaliler, spinal stenoz ve epidural ve intratekal boşlukların daralması gibi faktörlere bağlıdır. Bunlar dural ponksiyon veya kateter yerleştirme başarısızlığına yol açabilir ve genel anestezi uygulamasında dil ve boğaz yapısındaki değişiklikler zorluklara sebep olabilir. Bu durumdaki kadınların hamilelik ve doğum sürecindeki zorlukları aşmak için genellikle multidisipliner bir ekip gereklidir. Hasta özelinde, dikkatli takip ve multidisipliner yaklaşımlarla, akondroplazisi olan kadınların bu zorlukların üstesinden güvenle gelebileceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Akondroplazi, doğum, düşük, gebelik

SS-06

Aksiller Kistik Lenfanjiyom olgusu

¹Figen Günday, ²Çiğdem Akçabay

¹Özel Anadolu Hastanesi/Elazığ

²Çiğdem Akçabay Fırat Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı/Elazığ

Lenfanjiyom lenfatik sistemin benign, subkutan kistik tümörlerleridir. Lenfanjiyomların çoğu nukal bölgede izlenir. %20 si nukal olmayan bunlarında %70 aksillada oluşur. Göğüs duvarı boyunca yayılabilir. Aksiller lenfanjiyoma ultrasonografide kolla göğüs duvarı arasında kistik kitle şeklinde görülür. Koldan aşağı yayılabilir. Sekonder lenfödem sıkıdır. İkinci trimester nukal olmayan lenfanjiyomlar kromozomal anomalilerle ilişkili değilken birinci trimester trizomi 21 ile ilişkilidir. Kitlenin büyüklüğüne ve yerleşim yerine göre prognoz değişmektedir.

Olgu: 27 yaşında sağlıklı iki yaşı olan hasta 3. gebelik 18 haftalık omfalosel ön tanısı ile dış merkezden refere edildi. Özgeçmiş ve obstetrik öyküsünde özellik yoktu. Yapılan ultasonografi de batın ön duvarı intakt olarak izlendi. Fetusun sağ aksiller bölgesinde başlayan gövdeye doğru uzanan 25*23mm boyutlarında içerisinde kan akımı olmayan septalı kist izlendi. Aynı tarafta üst ekstremitede ön kol ulnası hipoplazik ve elin distali izlenmedi. Hastaya yapılan karyotip analizi normal karyotip olarak raporlandı. Kitlenin basya bağlı üst ekstremitde dolaşımı bozulduğu düşünüldü. Ailenin de terminasyon istemi mevcut olup 19. Haftada termine edildi. Postnatal görüntüde aksillada başlayan gövdeye yayılan kitle ve kolun tamamı nekrotik olarak saptandı.

Sonuç: Lenfanjiyom nukal olmayan tiplerinde özellikle 2. Trimesterde kromozomal anomali ihtimalinin daha düşük olduğu ve prognozu belirleyen yerleşim yeri ve kitlenin büyüklüğü olduğu bilinmelidir.

Anahtar kelimeler: Aksiller Lenfanjiyom, Amniyosentez,



SS-07

Ektrodaktili Olgu Sunumu

¹Gülşen Kutluer, ²Nurdan Yurt

¹Özel Anadolu Hastanesi /Elazığ

²Bingöl Solhan Devlet Hastanesi /Bingöl

Ektrodaktili veya yarık el/yarık ayak malformasyonu (Split Hand Foot Malformation-SHFM) uzuvların distal kısımlarının gelişim defektinden kaynaklanan konjenital bir deformitedir. Bu durum sindaktili, ellerde ve ayaklarda median yarıklanma, falankslarda, metakarpal ve metatarsal kemiklerde aplazi veya hipoplazi ile sonuçlanabilir. Orta parmakların yokluğu ve median yarıklanma istakozun kısılcını andırdığı için 'istakoz kısılcı deformitesi' de denilmektedir. Unilateral veya bilateral olabilir. Sadece alt veya üst ekstremiteler tutulabilir. İzole olabildiği gibi sporadik veya ailesel bir sendromun parçası da olabilir. Sendromik formda yarık damak, ektodermal displazi, kraniofasial anomaliler, tibia yokluğu, sensorinöral işitme kaybı gibi pek çok başka durumun eşlik ettiği görülür. Nadir bir durum olup 90.000- 150.000 doğumda bir görülür. Otozomal dominant, otozomal resesif ve X'e bağlı kalıtsal tipleri tanımlanmıştır. Ektoderm ve mezoderm ile ilişkili bir tümör supresör protein olan p63 ü kodlayan gende mutasyon sonucu oluştuğu düşünülmektedir.

Olgu: Hastamız 44 yaşında, G7P5A1Y5 olan obstetrik ve medikal özgeçmişde özellik yok. Akraba evliliği mevcut değil. İleri anne yaşı nedeniyle dış merkezde yapılan anatomik taramada 21. Haftada ellerini net görmediklerini tekrar kontrol önerilen hasta tekrar muayeneye başvurmamış.Klingimize 30. Gebelik haftasında başvurdu.Yapılan ultrasonografik incelemede her iki el ve her iki ayakta mediyan yarıklanma izlendi. Aileye genetik inceleme önerildi. Hasta her koşulda gebeliğin devamını istediği için kordosentez yaptırmak istemedi. 38. Haftada sezaryan ile kız bebeği doğurtuldu. Yenidoğan incelemesinde her iki el ve ayaklarda yarıklanma ve orta parmakların aplazisi

saptandı. Ekstremitte anomalisi dışında başka patolojik bulguya rastlanmadı.Doğum sonrası Genetik değerlendirme için genetik konsültasyon istendi. Genetik tetkikleri tamamlanmadı.

Tartışma: Ektrodaktili nadir görülen bir anomalidir. Antenatal tanısı 2. trimesterde yapılan ultrason incelemesi ile konulabilir. Mutasyon tanımlanan ailelerde koryon villüs örnekleme ve ya amniyosentez ile yapılan moleküler analiz ile tanı desteklenebilir. Pozitif aile öyküsü olmayan sendromik olmayan olgularda bile rekürrens riski %50 kadar yüksek olabilir. Etkilenen ailelere genetik danışmanlık verilmelidir. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım ile ailelere fiziksel, psikolojik ve sosyal rehabilitasyon sağlanmalıdır

Anahtar Kelimeler: Ektrodaktili, , SHFM, yarık ayak, yarık el

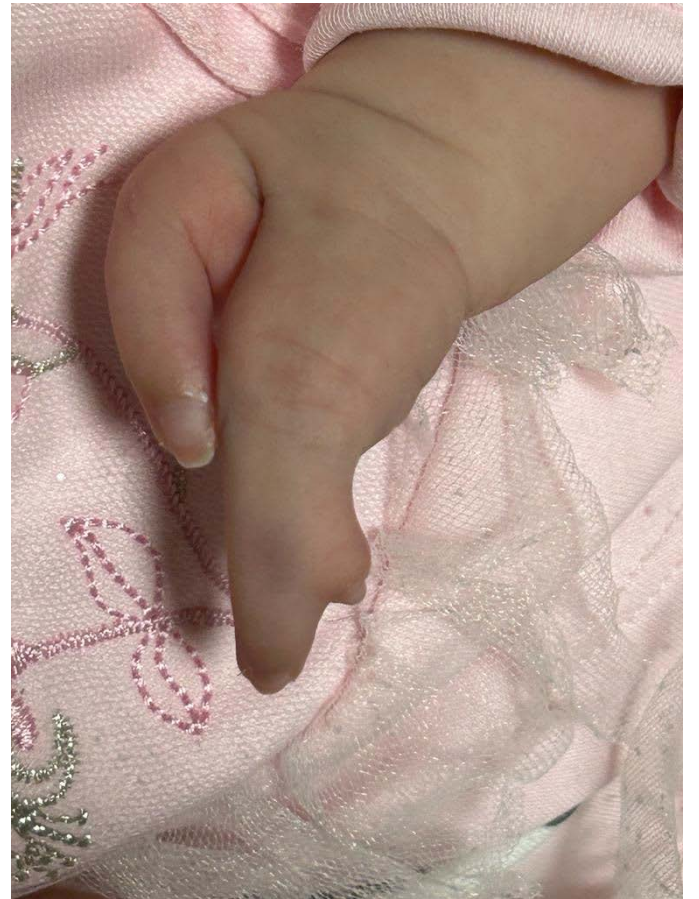
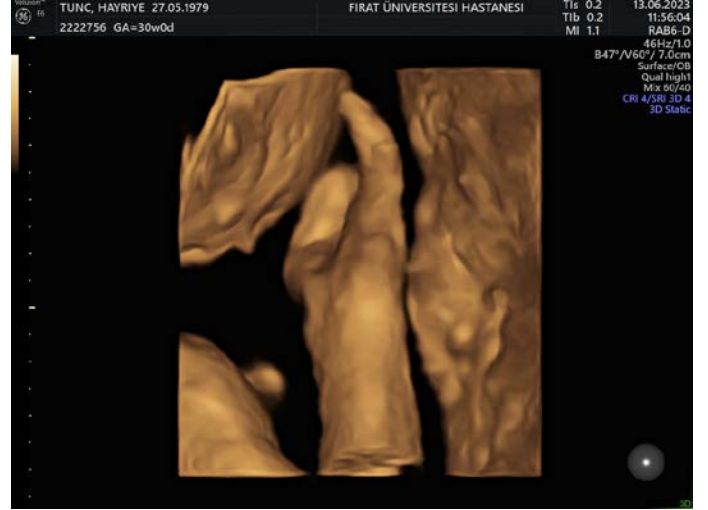




ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana





kısa femur -humerus, ense kalınlığında artış, pre-nazal ödem, alın çıkıklığı, hiperekojen barsak, lateral ventrikül 10 mm ve corpus kallosumun distal kısmı net izlenmedi. Hastaya invaziv işlem gerekliliği tekrardan anlatılarak amniyosentez yapıldı. Kromozom analizi ve mikroarray istendi. Sonuç mikroarrayda pallister killian sendromu olarak raporlandı. Genetik konsültasyon ile aileye terminasyon seçeneği sunuldu. 23. haftada gebelik sonlandırma işlemi yapıldı. Postnatal görüntüde anormal yüz görünümü olup otopsi yapılmadı.

Sonuç: Multipl konjenital anomali varlığında klasik karyotip analizinin yanında mikroarray analizi oldukça önemlidir. Bu sayede tespit edilen ciddi kromozomal anomalili fetüsler için ailelere gebeliğin terminasyonu seçeneğinin sunulması sağlanmış olur.

Anahtar Kelimeler: amniyosentez, mikroarray, Pallister killian sendromu , prenatal tanı

SS-08

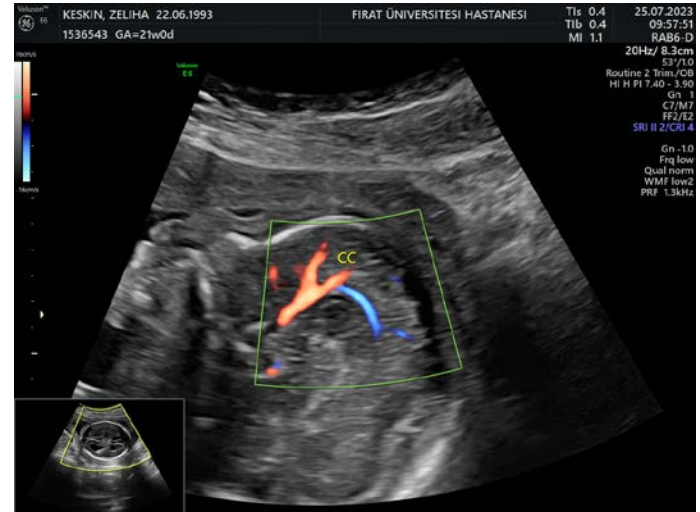
Prenatal Tanı Alan Pallister Killian sendromu

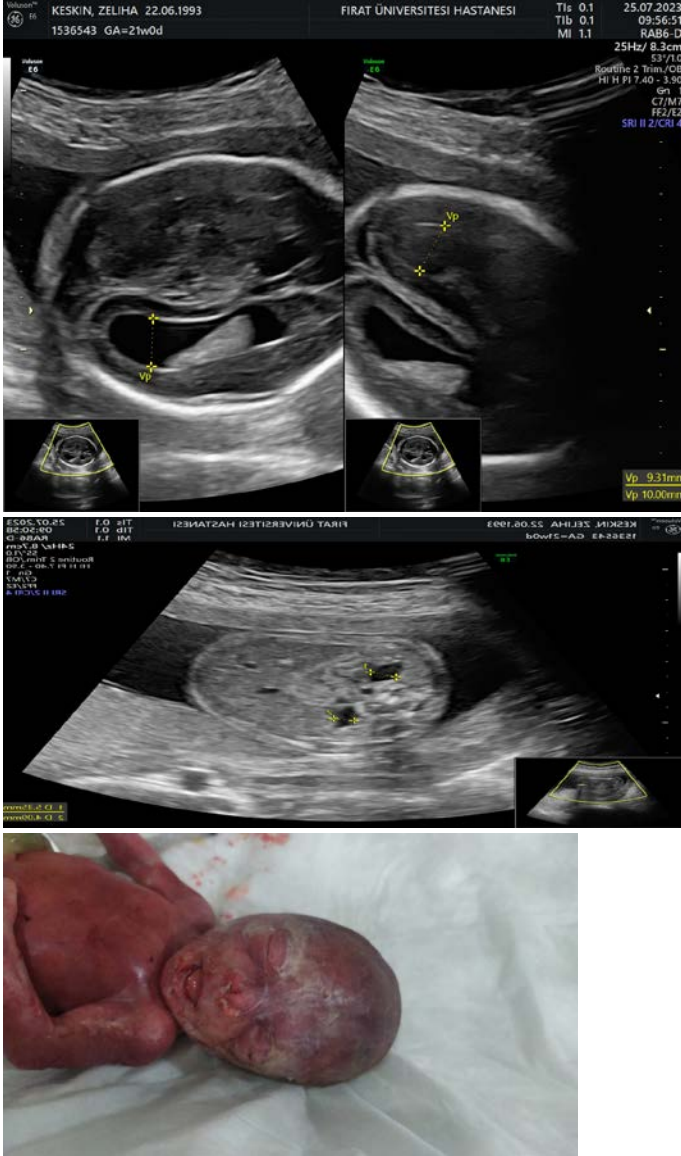
Çiğdem Akçabay

Fırat Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı/Elazığ

12. kromozomun kısa kolunun komplet yada parsiyel dublikasyonu ile karakterize prenatal dönemde tanısı konulabilen nadir görülen sporadik bir genetik sendromdur. PKS kraniofasial dismorfizm , pigmenter cilt anomalileri, konjenital kalp defektleri, konjenital diyafram herni, hipotoni, zihinsel gerilik, epilepsi ile karakterizdir.

Olgu: 30 yaşında G1 olan hastanın medikal özgeçmişinde özelliği yok. Akrabalık eşi ile mevcut değil. Dış merkezden ilk trimesterde ense kalınlığı nedeniyle yönlendirildi. 14 haftada yapılan değerlendirmede ense kalınlığı 4,6 mm olarak ölçülmüş olup hastaya karyotip analizi ve mikroarray çalışması için invaziv işlem önerildi. Hasta işlemi kabul etmeyerek kendi isteği ile NIPT testi yaptırdığını ve sonucunun normal olarak geldiğini belirtti. Hasta kliniğimizde 18 ve 21. Haftalarda tekrar değerlendirildi. Ultrasonografide





gerçekleşen şiddetli preeklampsinin yönetimi hem gebe hasta hem de fetus açısından oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Hemen doğum anne lehine iken, ekspektan yaklaşım fetüs lehinedir. Bu çalışmadaki amacımız kendi kliniğimize ait verileri sunmaktır.

Yöntem: Haziran 2021 – 2023 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünde doğumu gerçekleşen hastaların verileri retrospektif olarak tarandı ve 34 hafta altı şiddetli preeklampsi sebebiyle doğumu gerçekleşen hastaların verileri hastaneye ait elektronik veri tabanından kayıt edildi.

Bulgular: Kliniğimizde bu süre içinde toplamda 2277 doğum gerçekleşmiştir. Bu doğumların 251 (%11) tanesi 34'üncü gebelik haftasından önce gerçekleşmiştir. Bu doğumların 129 tanesi (%51) preterm eylem, 60 tanesi (%23,9) fetal intrauterin gelişim geriliği ve fetal distress, 35 tanesi (%13,9) şiddetli preeklampsi, 26 tanesi (%10,3) prematür membran rüptürü, 18 tanesi (%7,1) dekolman, 16 tanesi (%6,3) intrauterine fetal ölüm, 2 tanesi (% 0,8) koryoamniyonit nedeniyle gerçekleşmiştir. Şiddetli preeklampsi grubunda ortalama anne yaşı 34 (± 8,24), BMI 28,3 (± 5,76), gravida 1,5 (1-6), parite 0 (0-5), ortalama doğum haftası 29 hafta 5 gündür (± 3,58). Hastaların hepsinde doğum sezaryen ile gerçekleşmiştir. 16 (% 45,7) fetusta intrauterin gelişim geriliği mevcuttu. 7 (%20) hastada çoğul gebelik mevcuttu. 5 (%14,2) hastada HELLP sendromu, 1 hastada (%2,8) eklampsi mevcuttu. Yenidoğana ait bulgulara ortalama doğum kilosu 1446 gr (290-2480 gr), ortalama yenidoğan yoğun bakım yatış süresi 5,1 gün (2-32), perinatal mortalite 3 (%8,5) yenidoğanda izlenmiştir.

SS-09

Kliniğimize ait 34 hafta altı şiddetli preeklampsinin prevalansı ve yönetimi

Asena Balıkcı Yılmaz¹, Halis Özdemir²

¹ İnönü Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı, Malatya

² KTO Karatay Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı, Konya

Amaç: Gebeliğin 34üncü haftasının öncesinde

Sonuç: Gebeliğin 34'üncü haftasından önce gelişen şiddetli preeklampsinin yönetimi kendi için çok fazla zorluklar barındırmaktadır. Çoğu hasta için ekspektan yaklaşım için uygun değil ve hemen doğumun gerçekleşmesi gerekmektedir. İvedikle doğumun gerçekleşmesi anne yararına bir durum olmakla beraber çoğu zaman bu fetus için uygun olan yaklaşım değildir. Sadece hipertansiyon kriteri nedeniyle şid-



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

detli preeklamps tanısı alan hastalarda hipertansiyon kontrol altına alındıktan sonra ekspektan yaklaşım tercih edilebilir ve literatürde de bu tür hastalarda doğumun yaklaşık 15 gün kadar geciktirilebildiği raporlanmıştır. Ancak diğer kriterler ile şiddetli preeklamps tanısı alan hastalarda hemen doğum daha mantıklı olan seçenektir.

SS-10

Fetal Sakrokoksigeal Teratomun İntrauterin Tanısı ve Yönetimi: Olgı Sunumu

Fatma İşlek Uzun¹, Yasemin Aydın Velipaşaoğlu¹, Serdar Aykut¹, Mesut Avan¹, Mete Sucu¹, İsmail Cüneyt Evrücke¹, Süleyman Cansun Demir¹

¹Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı-Perinatoloji

Amaç: Sakrokoksigeal teratomun prenatal tanısının ve yönetiminin gözden geçirilmesi

Yöntem: Fetal sakral kütle ön tanısıyla dış merkezden yönlendirilen hasta, intrauterin sakrokoksigeal teratom tanısı sonrası ek bulgularla prognoz ve gebelik yönetimi açısından değerlendirildi.

Bulgular: 32 yaşında, bilinen sistemik hastalığı bulunmayan G2 P1 Y1 A0(vaginal doğum), dış merkezden kliniğimize sakral kütle nedeniyle yönlendirilen hastanın sonografisinde 21+1 hafta gebeliği saptandı. Spinal kolon muayenesinde sakrumdan kaynaklandığı görülen, en geniş yerinde 7*8 cm ekzofitik, solid ağırlıklı, renkli dopplerde kanlanması olan sakral kütle mevcuttu ve sakrokoksigeal teratom olarak değerlendirildi. Amniyon mayisi normal aralıklarda ve fetusun biyometrisi gebelik haftası ile uyumluydu. Ayrıntılı sonografik değerlendirmede ek sistem anomalisine rastlanmadı. Solid komponentin yüksek oranda olması, artmış tümoral vaskülarite ve ikinci üç ayın erken döneminde tanı alması nedeniyle hastaya olumsuz prognoz hakkında bilgi verildi. Gebelik terminasyon seçeneği sunuldu ve gebelik termine edildi.

Sonuç: Teratom 3 germ yaprağından köken alan en sık görülen germ hücreli, solid yada kistik içerikli olabilen tümörlerdendir. Koksiks tabanındaki ilkel düğümünden (Hensen nodülü) kaynaklanır. İnsidansı 40.000 canlı doğumda 1'dir. Kız fetuslarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmektedir. Prenatal dönemde saptanan en sık solid tümörlerdir. Değişen boyutlarda ve sıklıkla ekzofitik büyüme gösterirler. %70-80 oranında sakrokoksigeal alandan kaynaklanırlar.

Kitlenin eksternal ve internal yerleşim komponentine göre tiplendirmesi yapılır. Histolojisine göre de matür, immatür ve malign olarak sınıflandırılmaktadır. Transabdominal sonografi ile tanısı rahatlıkla konulabilir. Kitlenin içeriğine göre solid, kistik yada mixt tipte olabilir. Renkli dopplerde tümör içi kanlanma izlenebilir. Kitlenin gövde içine uzanımını belirlemek için MR kullanılabilir. Spina bifida, sakral agenezi, gelişimsel kalça displazisi ve omurga anomalileri eşlik edebilir.

Fetal dönemde prognozu belirleyen en önemli bulgu tümöre bağlı hiperdinamik dolaşımın ya da tümör içine kanamanın kalp yetmezliği, hidrops yapma yapmadığıdır.

Geniş tümörlerde intrauterin hemoraji yaygındır. Tümör büyüklüğü ve vaskülaritesinin değerlendirilmesi önemli parametrelerdendir. Kardiyak yetmezlik varlığı ile geniş ve solid komponent ağırlıklı tümörlerde kötü prognoz düşünülerek erken gebelik haftalarında terminasyon seçenek olarak sunulabilir. Radyofrekans ve lazer ablasyon yöntemleri intrauterin dönemde uygulanmış ancak termde yüksek ölüm oranları ile karşılaşmıştır. Bu nedenle intrauterin terapötik yaklaşım standartize edilememiştir. Polihidramniosta amniyoreduksiyon, ve tümör çapı >5 cm üzerinde ise sezaryen düşünülebilir.

Doğum sonrası sağ kalımı belirleyen önemli faktörler; doğumdaki gebelik haftası, doğum öncesi hidrops varlığı, kitlenin boyutu, doğumda travmatik rüptür varlığıdır.

Sunduğumuz olguda fetusta bulunan teratom, ikinci üç ayın erken döneminde ortaya çıkması, yoğun vaskülaritesinin olması, artmış boyut ve ağırlıklı solid alanların bulunması nedeniyle kötü prognoza sahipti. Resim 1: İntrauterin fetal sakrokoksigeal teratom



Resim 2: Teratomun sakrum ile bağlantısı, ekzofitik kütle

Resim 2: Teratomun sakrum ile bağlantısı, ekzofitik kütle



Resim 3: Fetal sakrokoksigeal teratom makroskopik görüntüsü



SS-11

Kolesterol Ester Depo Hastalığı ve Enzim Replasman Tedavisi ile Gebeliğin Seyri ve Yönetiminin Değerlendirilmesi

Fatma İşlek Uzun¹, Mesut Avan¹, Mete Sucu¹, İsmail Cüneyt Evrücke¹, Süleyman Cansun Demir¹

¹Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı-Perinatoloji

Amaç: Lizozomal asid lipaz enzim eksikliği, lipid metabolizmasının nadir görülen otozomal resesif geçişli kolesterol ester depo hastalıklarındandır. Şiddetli dislipidemi ile karakterizedir. Erken teşhis ve diyet değişikliği hastalar için hayat kurtarıcıdır. Nadir hastalık grubunda bulunan bu hastaların enzim replasmanlarıyla yaşam sürelerinin uzaması gebelik takiplerinde beraberinde getirmeye başlamıştır. Amacımız, kolesterol ester depo hastalığı bulunan ve enzim replasman tedavisi alan gebe için tedavinin güvenliği hakkında literatürü gözden geçirmek, deneyimlerimizi ve tedavi verdiğimiz hastamızdaki tecrübelerimizi paylaşmaktır.



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

Yöntem: 19 yaşında pediatrik metabolizma bölümü tarafından enzim tedavisi ile replasmanı yapılan ve planlı olarak gebe kalan hastadaki tedavi modalitesi ve uygulamalarımızı değerlendirip sunduk.

Bulgular: 19 yaşında kolesterol ester depo hastalığı nedeniyle takipli hastanın, ek sistemik hastalığı bulunmamaktadır, 16 haftalık gebeliği bulunan primigravid hastanın fizik muayenesinde hepatomegalisi mevcuttu. 2 haftada 1, 1*3 flakon (0,89 mg/kg) rekombinant lizozomal asid lipaz olan sebelipaz alfa kullanmaktaydı. Gebelik öncesi dislipidemi için statin grubu ilaç kullanıyordu. Eşinin genetik tahlil sonuçlarında kolesterol ester depo hastalığı açısından taşıyıcılık saptanmamıştır. İlk üç ayında tarafımıza başvuran hastada obstetrik ultrasonografik bulgular açısından patoloji izlenmemiştir, kombine testi düşük risk aralığında sonuçlandı. Sebelipaz alfa kullanımı devam etmektedir, statin grubu ilacı gebelikten önce kesilmiştir. Metabolik hastalık bölümü tarafından takipleri düzenli olarak yapılmaktaydı.

Sonuç: Kolesterol ester depo hastalığı trigliserid ve kolesterol esterlerinin hepatosit ve diğer dokularda birikmesiyle karakterize, nadir görülen otozomal resesif bir hastalıktır. Lizozomal asid lipaz eksikliği LIPA gen mutasyonu ile ortaya çıkan ve lipid metabolizma bozukluğuna yol açan anomalilerdendir. Hastalığın 2 klinik varyantı vardır; infantlarda Wolman hastalığı ve çocuk ile yetişkinlerde kolesterol ester depo hastalığı. Her iki durumda yüksek mortalite oranına katkıda bulunan artmış serum transaminazları, dislipidemi, şiddetli karaciğer yağlanması, hızlanmış fibroz veya siroz ile karakterizedir. Erken tanı ve uygun ilaçla tedavi, komplikasyonları geciktirerek hastaya yardımcı olabilir. Hastalık açısından etkilenmiş fetuslarda hepatositlerde, adrenal hücrelerde ve sinsityotrofoblastik hücrelerde masif lizozomal kolesterol ve lipid birikimi gösterilmiştir. Kolesterol ester depo hastalık tanısı alan hastaların yönetiminde son zamanlarda FDA tarafından sebelipaz alfa kullanımı ve dislipidemi için statin grubu ilaç tedavisi önerilmektedir. Gebelik planlayan hastalar için standart tedavinin düzenlenmesi açısından literatürde takibi yapılan hasta

bulunmamaktadır. Ancak öncelikli olarak eşlerin genetik açıdan taraması ve statin grubu ilaçların teratojen riski nedeniyle kesilmesi prenatal bakım için başlangıç basamaklarını oluşturabilir. Sebelipaz alfa enziminin gebelikte kullanımıyla ilgili insan çalışması bulunmamakla birlikte yapılan hayvan çalışmalarında teratojen etki görülmemiştir. Lipid profil takibi ve hepatosplenik hacim takibi, gelişecek dislipidemi ve aterosklerotik komplikasyonlar nedeniyle takipte önemlidir.

Günümüzde metabolik hastalıkların tanı ve tedavisindeki ilerlemeler ile birlikte artan yaşam süresi karşımıza eşlik eden gebelik durumlarını da çıkarması açısından prenatal bakımın sınırlarını genişletmektedir. Literatürde enzim replasman tedavisi ile takipli kolesterol ester depo hastalık tanılı gebe bulunmamaktadır. Multidisipliner yaklaşımla maternal ve fetal sağlık açısından efektif prenatal bakım planı yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kolesterol ester depo hastalığı, Gebelik, Enzim replasman tedavisi



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

SS-12

Maternal Piruvat Kinaz Eksikliği ve Nöral Tüp Defekli Olguya Yaklaşım

Fatma İşlek Uzun¹, Mesut Avan¹, Mete Sucu¹, İsmail Cüneyt Evrûke¹, Süleyman Cansun Demir¹

¹Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı-Perinatoloji

Amaç: Piruvat kinaz eksikliği eritrositlerin yıkımıyla giden, non sferositik anemiye sebep olan otozomal resesif geçişli çok nadir genetik enzim eksikliklerindendir. 1q21 kromozomunda bulunan PKLR genindeki otozomal resesif varyant piruvat kinaz enziminin eksik yada yetersiz üretimine yol açmaktadır. Amacımız piruvat kinaz eksikliği (PKD) bulunan hastada nöral tüp defektinin folat metabolizmasıyla ilişkisi açısından literatürü gözden geçirmek ve hastamızdaki deneyimlerimizi paylaşmaktır.

Yöntem: 18 yaşında PKD tanılı ve pediatrik hematoloji tarafından takip edilen hastanın 1.trimestrdaki gebeliğinin değerlendirilmesini ve bulgularımızı retrospektif olarak sunduk.

Bulgular: 18 yaşında primigravid hastamız son adet tarihine göre 11 hafta 4 günlükken hastanemize başvurdu. Öyküsünde PKD tanısı mevcuttu ve düzenli aralıklarla çocukluktan beri birden fazla transfüzyon yapıldığı belirlendi. 2019 yılında kolesistektomi ve splenektomi yapılan, hastanın hemoglobini 7,1 hematokriti 21,6 plateleti 654.000/milimetreküptü. Fizik muayenede cilt ve skleralarda solukluk dışında ek özellik yoktu. Hasta folik asit kullanmıyordu. Anne ve babası 2. Derece akrabaydı. Yapılan ultrasonografide 13 haftalık canlı, tekiz gebelik saptandı. Fetusta servikal vertebralarda açık nöral tüp defekti, iniensefali ve boyunda kistik higroma mevcuttu. Hastaya koryonik villus örnekleme ile kromozom tayini ve moleküler karyotipleme sonrasında terminasyon önerildi.

Sonuç: Piruvat kinaz Embden Mayerhoff glikolitik yolunun hız kısıtlayıcı basamağındaki enzimdir ve eksikliği eritrositleri hipoksiye duyarlı hale getirir. PKD

non sferositik bir hemolitik anemi türüdür. PKD için homozigot taşıyıcılar erken çocukluktan itibaren düzensiz transfüzyon gerektiren kronik hemoliz yaşarlar. Heterozigot taşıyıcılar ise genellikle klinik olarak etkilenmezler, stres durumlarında hemoliz yaşayabilirler. Çeşitli şiddette kronik hemolitik anemi, safra taşı, splenomegali, aşırı demir yükü olmak üzere sık görülen komplikasyonlarla karakterizedir. Literatürde PKD tanılı gebe hastalar incelendiğinde; prenatal ve postnatal dönemde hemolize bağlı çok sayıda eritrosit transfüzyonu yapılmıştır, hidrops ve prematürite karşılaşılan komplikasyonlar arasındadır ve 1 hasta şiddetli preeklampsi ile takip edilmiştir ancak perinatal prognoz genel olarak iyidir. Sınırlı sayıdaki vaka sunumları arasında nöral tüp defekt takibi olan gebelik bulunmamaktadır. PKD de artan hemolize bağlı folat kullanımı, bozulan folat metabolizması, hastamızda olduğu gibi öncesinde folik asidin gebelik öncesi dönemde kullanılmaması fetusu nöral tüp defekti açısından riskli hale getirmektedir. Bu nedenle hemolizle giden metabolik hastalıklar folik asit metabolizmasını etkilemesi sebebiyle gebelikte nöral tüp defekti için risk oluşturmaktadır. Enzim eksikliği ve buna bağlı kronik hemolizle takipli hastalarda gebelik öncesi genetik danışmanlık ve prenatal bakım danışmanlığının verilmesi, öncesinde folik asit desteği ve multidisipliner yaklaşım maternal ve fetal sağlık açısından yarar sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Piruvat kinaz eksikliği, nöral tüp defekti, gebelik, kronik hemoliz

SS-13

Kontrolsüz ovulasyon indüksiyonu sonucu: Onuz gebelik

Ezginur Batman Göbelek¹, Ali Tümkiye¹, Mehmet Koçoğlu¹, Hasan Cem Sevindik¹, Sevgi Sönmez¹, Ahmet Beyazıt¹, Arif Güngören¹

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay

Giriş: Ovulasyon indüksiyonu (Oi) anovulasyonun medikal tedavisinde ilk basamaktır. Ovulasyon indüksiyonunda klomifen sitrat, tamoksifen, aromataz inhibitörleri, HMG, uFSH, recFSH ve LH kullanılan ajanlardır. En sık kullanılan ajan klomifen sitrattır. Hastaya adet 3-5. günleri medikal tedavi başlanır. Tedavi esnasında ultrasonografi ile monitörizasyon yapılır (1). Overyan hiperstimulasyon sendromu tamamen iyatrojeniktir. OHSS çok nadir olarak PKOS'lu hastaların spontan sikluslarında ve klomifen sitrat tedavisini takiben gelişebilse de pratikte eksojen gonadotropin tedavisinin postovulatuvar bir komplikasyonu olarak sayılmaktadır (2).

Gonadotropin kullanan hastalarda çoğul gebelik görülme insidansı %11 -44 olup, bunların çoğunluğu ikiz gebeliktir (3). Çoğul gebeliği olanlarda fetus sayısı güvenli bir şekilde ve efektif olarak azaltılabilmekle birlikte bu işlem nedeniyle gebeliğin tamamen sonlanma olasılığının bulunması uzun süredir infertil olan bu hastalar üzerinde emosyonel yönden kötü etkiler gösterebilir (4).

IUI, sperm hücrelerinin seminal plazmadan ayrılıp stimüle edildikten sonra uterus içerisine verilmesi olup 'aşılama' olarak da adlandırılmaktadır. Ovaryumların hormonal stimülasyonu ile folikül gelişiminin sağlanması IUI için rutin kullanılan yöntemlerden biridir.

Olgu sunumu: 25 yaşında 2 yıldır primer infertil olan hastaya dış merkezde rekombinant FSH ile 2 hafta 150 IU ve 2 hafta 125 IU uygulanmış. HCG verildikten sonra IUI yapılmış. 2 hafta sonra karın ağrısı yakınması ve hiperstimülasyon ön tanısıyla hospitalize

edilmiş. 1 ay sonra 8 adet 8 haftalık kardiyak aktivite pozitif fetüsler izlenmiş. 1 ay sonra bulantı-kusma, şiddetli karın ağrısı, suprapubik ağrı ve kostavertebral açısı hassasiyeti şikayeti ile tarafımıza yönlendirilmiş. Ultrasonografik incelemede, ortalama 12 haftalık, farklı keselerde, 8 adet canlı fetus tespit edilmiştir. Ateş, idrar yolu enfeksiyonu, lökositöz, hemoglobin düşüklüğü, KCFT (karaciğer fonksiyon testi) yüksekliği ve CRP yüksekliği mevcuttu. 3. Kuşak sefalosporine cevap alınamayınca enfeksiyon hastalıkları tarafından β -laktam grubu antibiyotik başlandı. Hastaya 2 gün aralıklarla her defasında 2 fetüse intrauterin intrakardiyak potasyum klorür uygulanması ile fetosit işlemi yapıldı. Totalde 5 fetüse fetosit yapılarak, kardiyak aktivite sonlandırıldıktan sonra kontrol önerilerek taburculuk sağlandı. 1 hafta sonunda hasta sancısı şikayeti ile yeniden başvurdu. Tam açık olması üzerine spontan takibe alındı. 14 hafta civarında 10 adet fetüsün terminasyonu sağlandı.





ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

Tartışma: Literatürde Gonadotropin tedavisi gören bir kadında tüm canlı doğan bebeklerin hayatta kaldığı bir sekiz gebelik tanımlanmış ve ovülasyon indüksiyonu ile ilgili sorunlar ve çoklu gebeliklerin yönetimi tartışılmıştır (5). Aynı zamanda ovulasyon indüksiyonu ile oluşmuş 5 adet beşiz gebelik tanımlanmış. 3 gebeden totalde 15 bebek yaklaşık 32-35 haftalarda hayata gelmiştir (6). Onuz gebelik literatürde tanımlanmamış olup, BBC haberine göre 2 yıl önce Afrika'da 37 yaşındaki Gosame Sithole adlı hastanın 10 çocuk doğurduğu haberi yapılmıştır (7).

Sonuç: Oosit kalitesini ve canlı doğum oranlarını artırmak, düşük over rezervi olan hastalarda over yanıtını iyileştirmek ve ovaryan hiperstimülasyon riskini azaltmak amacıyla kontrollü ovaryan stimülasyon sağlanmalıdır. Ovulasyon indüksiyonu uygulanan hastalarda 14 mm üzeri 3 veya daha fazla folikül varlığında çoğul gebeliği önlemek adına siklus iptal edilmelidir (8). Yine fetüs sayısı arttıkça düşük doğum ağırlıklı fetüs sayısı da artmaktadır. Bu nedenlerle de perinatal morbidite ve mortalite, fetüs sayısı ile paralel olarak arttığı görülmektedir (9). Çoğul gebelik indirgeme, çoğul gebeliklerin önlenmesinde bir tedavi yöntemi değil komplikasyonları azaltmak için uygulanabilecek bir seçenektir. Fetal indirgeme infertilite tedavisi alan gebe ve aileleri için karar vermesi oldukça güç bir durum olup son çare olarak düşünülmelidir. Yardımcı üreme teknikleri uygulanırken amacın gebelik olmadığı eve sağlıklı bebek götürebilmek olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Gorlitsky GA, Kase NG, Speroff L. Ovulation and pregnancy rates with clomiphene citrate. *Obstet Gynecol* 1978; 51:265-9.
- 2- Weinstein D, Shenker JG. Ovarian hyperstimulation syndrome. A current survey. *Fertil Steril* 1987;30:225-58.
- 3- Dor J, Itzkowic DH, Mashiach S, Lunenfeld B, Serr DM. Cumulative conception rates following gonadotropin therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1980;136:102-5.
- 4- Robertson SB, Birrell W, Grant A. Reduction in

multiple pregnancies following clomiphene citrate and human gonadotropin sequence. *Acta Eur Fertil* 1976;7:83-7.

5. Serreyn R, Thiery M, Vandekerckhove D, Outcome of an octuplet pregnancy, 1984;234(4):283-93

6. Schenker J G, Simha A, Quintuplet pregnancy, 1975 May;45(5):590-3.

7. <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-57417998>

8- Yıldız M, İnfertil Kadınlarda Klomifen Sitrat ve rFSH ile Ovülasyon İndüksiyonu Sonrası İntrauterin İnseminasyon Sonuçlarının Karşılaştırılması, *Van Tıp Derg* 2016 23(1): 81-85

9-Önderoğlu L ve Özyüncü Ö (2005), Çoğul Gebeliklerde İndirgeme, *Tjod dergisi Cilt: 2 Sayı: 3 Sayfa: 156-160*

SS-14

Uterine leiomyosarcoma: A rare clinical entity

Cansu Önal Kanbaş¹, Esra Keles², Meral Aban²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, University of Health Sciences Turkey, Kartal Dr Lutfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey

²Department of Gynecologic Oncology, University of Health Sciences Turkey, Kartal Dr Lutfi Kırdar City Hospital, Istanbul, Turkey

Background: Uterine leiomyosarcoma is a rare malignant tumour of the uterus that arises from the smooth muscle of the uterine wall. It accounts for only 1 to 2% of all uterine malignancies. We report the case of a 46-year-old woman who presented with postmenopausal bleeding. The diagnosis of leiomyosarcoma of the uterus was made. The diagnosis of leiomyosarcoma is based on histopathology and surgery is the treatment.

Case report: A 46-year-old woman, gravida 2 para 2, was referred to the Department of Gynecologic Oncology with the complaint of palpable pelvic mass. She had no surgical history. Transabdominal ultrasonography revealed an approximately 20 cm mass originating from uterus extended to the xiphoid, filling the abdominal cavity. She had normal cancer antigen (CA) 125 CA19-9 and CA 15-3 levels with normal complete blood count values. A computed tomography scan of the thorax showed no abnormality. Abdomen MRI revealed an approximately 24*24*15 cm uterine mass with heterogeneous contrast enhancement extending to the midline of the abdomen and pelvic region. There is dense loculated free fluid with fine septations around the mass and extending to the paraaortacaval area and pelvic region. Gastrointestinal endoscopy and colonoscopy were normal. After obtaining written consent from the patient, laparotomy was scheduled. Consequently, we performed a total laparotomic hysterectomy with bilateral salpin-

go-oophorectomy (Figure 1). Pathological examination was performed. The diagnosis of leiomyosarcoma of the uterus was confirmed. The patient's postoperative course was uneventful.

Discussion: Uterine leiomyosarcomas are rare aggressive tumours, with high recurrence rates. They typically spread haematogenously and are most commonly diagnosed in women in their perimenopausal years. Surgery remains the mainstay of treatment.

Keywords: Leiomyosarcoma, uterine sarcoma, gynecological cancer





ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

SS-15

Lupus nefriti ve gebelik: Olgu sunumu

Burcu Akay Serhanoglu

Defne Devlet Hastanesi / Hatay

AMAÇ: Lupus'lu gebeler, normal popülasyonla karşılaştırıldığında daha yüksek fetö-maternal risk ile karşı karşıyadır (gebelik kayıpları, preterm doğum, hipertansiyon, gestasyonel diyabet, preeklamsi, düşük doğum ağırlığı, maternal mortalite). Gebelikte lupus nefriti; fetal kayıp, preeklamsi, son dönem böbrek yetmezliği ve maternal mortalite gibi ağır komplikasyonlarla ilişkilidir. Lupus, gebelikte genellikle ağırlaşır. Konsepsiyondan 6 ay öncesi dönemde aktive hastalık yüksek gebelik komplikasyonları ile ilişkilidir. Burada status epileptikus sonrası maternal eksitus ile sonuçlanan aktif dönemde lupus nefritli 28 hafta gebeyi sunduk.

BULGULAR: 29 yaşında gravida 2 parite 1 (8 hafta missed), 7 aylık gebe senkop sonrası acile getirildi. Yakınlarından hastanın yaklaşık bir saat önce evde kusma sonrası nöbet geçirdiği, lupus nefriti nedeniyle nefrolojiden takipli olduğu öğrenildi. Genel durumu kötü, bilinci kapalı olan hastanın, GKS:3, pupiller midriyatik, Ta: 146/86 mmHg, nabız 76/dk, solunum sesleri ve saturasyon normaldi. Laboratuvar testleri Hb: 7.9, Plt: 238 000, KoA: N, AST: 80, ALT: 128, Kre: 0.6. Airway takıldı, 2 damar yolu açıldı, sonda takıldı. 6 gr MgSO4 yükleme tedavisi başlandı (100 cc mediflex 4 amp). Hasta başı yapılan ultrasonografide AC 28 hafta ile uyumlu, FKA ağır bradikardik, fetus izlendi. Plasenta net değerlendirilemedi. Vajinal muayenede kanama izlendi, uterus elle kontrakteydi (dekolman?). Acil sezaryen planlandı. Tekiz canlı baş geliş bebek doğurtuldu. Plasenta %100'e yakın dekolman izlendi. Postoperatif aynı gün çekilen beyin bilgisayarlı tomografisinde beyin sapı kanaması ve hernasyon izlendi. Postoperatif 4. gün çekilen BT anjiyo beyin ölümü şeklinde raporladı.

SONUÇ: Lupus hastalarına gebelikten önce 6 ay sessiz hastalık olması durumunda gebelik planlaması için prekonsepsiyonel danışmanlık verilmelidir. Lupus gebelikleri yüksek riskli gebelik olarak değer-

lendirilip gebelik süresince 3. basamak merkezlerde yakın medikal, obstetrik ve neonatal izlem ile multidisipliner yakın takip edilmelidir.

SS-16

İhmal Edilmiş Menopozda Tanı Alan OHVİRA Benzeri Renal Anomali Eşlik Etmeyen Uterus Didelfis Olgusu

Buğra Tunç, Muhammed Kutluhan Azman, Handan Turhan Karakuş

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği / İstanbul

AMAÇ: OHVİRA (obstrükte hemivagina, ipsilateral renal agenezi) sendromu olarak da bilinen Herlyn-Werner-Wunderlich sendromu (HWWWS), uterus didelfis, tek taraflı kör hemivajina ve ipsilateral renal agenezi ile karakterize Müllerian kanal gelişiminin nadir görülen bir konjenital anomalisidir. Kliniğimize; menopoz sonrası, vajinal transvers septum ve non-komünikan kavitede koleksiyon nedeniyle karın ağrısı şikayeti ile başvuran, renal anomalinin eşlik etmediği uterus didelfis (OHVİRA varyant) vaka sunumumuzla hastamızın klinik geçmiş analizi ve tanı yöntemlerinin karşılaştırılmasını amaçlıyoruz.

OLGU: 49 yaşında 2 tane sezeryan öyküsü olan özgeçmişinde herhangi bir özellik olmayan hastamız polikliniğimize 2 yıldır adet görmeme sonrası olan karın ağrısı ve vajinal kanama şikayetiyle başvurdu. Poliklinikte yapılan ilk muayenesinde çift uterin kavite ve sol tarafta yaklaşık 5 cm intramural myom izlendi, bilateral böbrekler izlendi. Spekulum muayenesinde tek servikal ostium izlendi. Yapılan ofis histeroskopide endometriyal tek kavite ve tek tubal orifis izlendi. OHVİRA sendromu düşünüldü. Tüm batin manyetik rezonans görüntülemesinde uterus didelfis mevcut idi, sol hemi uterus endometrial kavitede yoğun içerik mevcut idi, proksimal 1/3 kesimde çift vajen görünümü mevcut ve çift vajen distal 2/3 kesimde birleşerek tek olarak (vajinal transvers septum?) devam etmekte



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

idi. Renal anomali izlenmedi. Hastanın takibinde kanamasının devam etmesi üzerine histerektomi kararı alındı. Hasta komplikasyonsuz olarak opere edildi. Histerektomi materyali sonrası çift servikal ostium, uterusin didelfis yapısı ve obstrükte hemivajina görüldü. Hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: OHVİRA sendromu genellikle menarş sonrası tanı alan bir patolojidir. İki kez sezeryan geçmişi olan hastada tanı menopoza kadar gecikmiştir. Menopozda karın ağrısı ile başvuran uterus didelfis olgularında OHVİRA varyantı olabileceği düşünülmeli, cerrahi tedavi ihtiyacı doğabileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Uterus didelfis, obstrükte hemivajina, histerektomi

SS-17

Konjenital anomalilerin prevelansı: Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesinde tek merkez 3. Basamak sağlık kuruluşu mid-trimester fetal anomali taraması sonuçları

Büşra Berfin Polat¹, Rauf Melekoğlu¹, Ebru Çelik², Halis Özdemir³, Sema Uğuralp⁴

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı- MALATYA

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı- İSTANBUL

³Karatay Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı- KONYA

⁴İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk cerrahisi Anabilim Dalı- MALATYA

Amaç: Konjenital anomaliler neonatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir. Konjenital anomalilerin prenatal dönemde taranması ve belirlenmesi, fetal ve neonatal komplikasyonların olumsuz etkilerini erken dönemde tespit etmek açısından önemlidir. Konjenital anomalilerin prenatal dönemde tespiti gebeliğin terminasyon seçeneğini

aileye sunmak, terminasyon seçeneği tercih edilmiyorsa neonatal dönemde gerekli şartların sağlanması ve ailenin olası neonatal prognoz hakkında bilgi sahibi olması hususunda önemlidir. Bu çalışma ile bölgemize ait konjenital anomali prevelansını gösteren güncel veriler olmaması sebebiyle bölgemizdeki konjenital fetal anomali prevelansını ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada 2014-2022 yılları arasında Türkiye'nin Malatya ilinde bulunan İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Perinatoloji kliniğinde yapılan fetal anomali taramasına ait veriler retrospektif olarak incelenmiş, fetusta saptanan konjenital anomaliler raporlanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda bölgede 2014-2022 yılları arasında yapılan 16.901 mid-trimester fetal anomali taramasına ait konjenital anomaliler raporlanmıştır. Tablo 1'de ikinci trimester fetal anomali taraması amacıyla başvuran gebelerin sayısı, konjenital anomali tespit edilen sonograflerin sayısı, anne yaşlarına göre başvuruların dağılımı, sonografi yapıldığı dönemdeki ortalama gebelik haftası ve terminasyon seçeneği ile sonlanan gebeliklerin sayısı belirtilmiştir. Tablo 2'de sonografide saptanan fetal anomaliler yıllara göre sınıflandırılmıştır. 2014-2022 yılları arasındaki toplam veriler göz önüne alındığında en yaygın konjenital anomali konjenital kardiyak anomaliler olmakla birlikte (%33.47) bunu sinir sistemi anomalileri (%23.4) ve kas iskelet sistemi anomalileri (%14.2) izlemektedir. En az tespit edilen konjenital anomali ise genital sisteme ait konjenital anomaliler olmuştur (Şekil 1) (%0.85). 2014 yılına erişkin verilerde konjenital kardiyak anomali prevelansı (%1.1) ve sinir sistemi anomalilerinin prevelansı (%1.1) eşit olmakla birlikte, 2015-2022 yılında konjenital kardiyak anomali prevelansı, sinir sistemi anomalilerinin prevelansından daha yüksek saptanmıştır. (Şekil 2)

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen veriler, konjenital anomali tespit edilen gebe popülasyonuna erken tanı veya tedavi imkanını sunma açısından prenatal tanının öneminin daha iyi anlaşılmasında faydalı olacak bununla birlikte Türkiye Doğu Anadolu Bölgesine hizmet veren bölgemizdeki konjenital anomalilerin



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

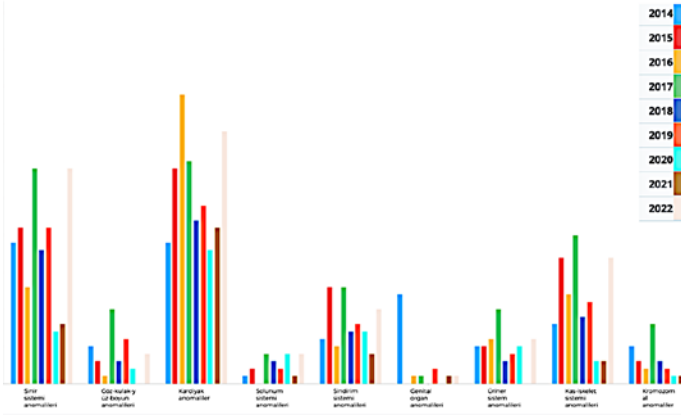
prevelansı hakkında epidemiyolojik açıdan bilgi sahibi olunmasını sağlayacaktır. Aile planlaması, üreme çağındaki kadınlar için sağlıklı beslenme, gebelikte enfeksiyonların daha iyi kontrol edilmesi gibi müdahalelerin tümü doğuştan anomali riskinin azaltılmasına yardımcı olabilir. Son olarak ortaya konulan veriler ile konjenital anomalilerle doğan tüm bebeklerin prenatal dönemde tespitinin -neonatal morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla- yanı sıra erken tanının ve gerekli tıbbi bakım imkanıyla uygun cerrahiye erken erişime sahip olmalarının önemi vurgulanmak istenmiştir.

Tablo 1. 2014-2022 yılları arasında mid-trimester fetal anatomik tarama yapılan gebelerin demografik bilgilerine ve sonografik özelliklerine göre ayrımı

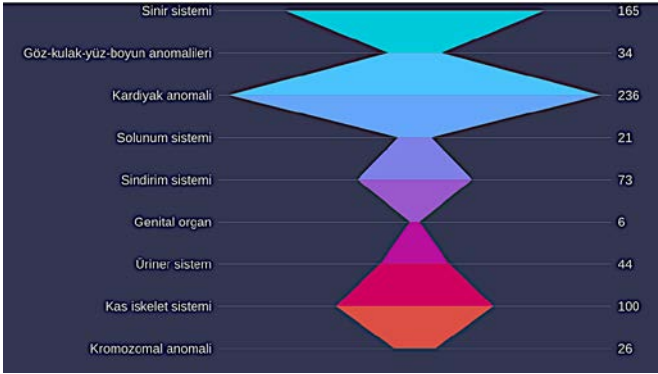
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Toplam ultrasonografi sayısı	1709	1894	2143	2548	2014	2050	1467	1055	2021
Normal fetal sonografi sayısı	1664	1828	2087	2465	1968	1996	1435	1024	1949
Konjenital anomali saptanan fetal sonografi sayısı	45	64	56	83	46	54	32	31	72
Terminasyon	16	18	16	23	13	15	8	9	17
Gebelik yaşı 18-35 arası	1209	1422	1597	1940	1521	1593	1151	818	1563
Gebelik yaşı ≥ 35	500	472	546	608	493	457	316	237	458
Ultrasonografi yapıldığı dönemdeki ortalama gestasyonel yaş (hafta)	23	23	22	22	23	22	22	22	22

Tablo 2. 2014-2022 yılları arasında tanı alan konjenital anomali türlerinin yıllara göre dağılımı

KONJENİTAL ANOMALİ	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Toplam n (%)
Sinir sistemi konjenital anomalileri (vertebral anomaliler dahil)	19	21	13	29	18	21	7	8	29	165 (23,40)
Göz, kulak, yüz ve boyun konjenital anomalileri	5	3	1	10	3	6	2	0	4	34 (4,82)
Konjenital kardiyak anomaliler	19	29	39	30	22	24	18	21	34	236 (33,47)
Solunum sisteminin konjenital anomalileri	1	2	0	4	3	2	4	1	4	21 (2,97)
Sindirim sisteminin konjenital anomalileri	6	13	5	13	7	8	7	4	10	73 (10,35)
Genital organların konjenital anomalileri	0	1	0	1	0	2	0	1	1	6 (0,85)
Üriner sistemin konjenital anomalileri	5	5	6	10	3	4	5	0	6	100 (6,26)
Kas-iskelet sisteminin konjenital anomalileri ve deformasyonları	8	17	12	20	9	11	3	3	17	26 (14,2)
Başka yerde sınıflandırılmamış kromozom anormallikleri	5	3	2	8	3	2	1	1	1	%3,68



Şekil 1. Konjenital anomali gruplarının yıllara göre prevalansı



Şekil- 2. Konjenital anomali gruplarının çalışmanın yapıldığı yıllar içindeki toplam prevalansı

SS-18

Interrupted Aortik Ark (Kesintili Arkus Aorta) Olgu Sunumu

Ahmet Zeki Nessar

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

N.A. 41 yaşında, yaşayan sağlıklı 3 çocuğu olan hastanın 4. gebeliği. Önceki doğumları sezaryen ile gerçekleşmiş. 24. gebelik haftasında anatomik tarama için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Perinatoloji Polikliniğine başvurdu. Mevcut gebeliğinde Cell free DNA testi yaptırmış ve trizomi 21,18,13 ve X,Y kormo-

zom anomalileri açısından normal olarak raporlanmış. Hasta düzenli olarak ayda bir kez doktor takibine gittiğini beyan etti. Son muayenede ventriküler septal defek (VSD) ön tanısıyla hastanemize sevk edilmiş. Hastanın özgeçmişi ve soy geçmişinde başka bir husus yok. Hastaya yapılan anatomik taramada 24. gebelik haftasıyla uyumlu tekil canlı gebelik izlendi. Kalp dışında diğer organ ve sistemler normal olarak izlendi. Kalbin incelenmesinde dört odacık görüntüsünde ventriküller arasındaki boyut farkı dikkat çekti (Resim 1). Aynı kesitte geniş muskuler VSD izlendi (Resim 2). Üç damar trake kesitinde aorta çapının ana pulmoner artere kıyasla belirgin şekilde küçük olduğu tespit edildi (Resim 3). Arkus aorta incelendiğinde ise innominat ve sol karotis arter dallarından sonra kesintiye uğradığı görüldü (Resim 4). Pediatrik kardiyo-loji tarafından yapılan ekokardiyografide; 2,8 milimetre çapında muskuler VSD, aorta çapı 6,3 milimetre hipoplazik, aortik kapak açılımı kısıtlı (aort stenozu?), çıkan aorta elonga seyrediyor ve interrupted aorta tip B ile uyumlu, inen aorta duktustan doluyor şeklinde raporlandı. Mevcut bulgularla kesintili arkus aorta tip B tanısı konuldu.

Kesintili arkus aorta (KAA) konjenital kalp hastalıklarının yaklaşık %1'ini oluşturuyor. Nadir görülen bir anomalidir ve arkus aortanın komşu iki segmenti arasında tam kesinti olması ile karakterizedir. Kesinti yerine göre üç alt gruba ayrılır:

Tip A: kesinti sol subklavian arterin distalindedir.

Tip B: kesinti sol karotis arter ve sol subklavian arter arasıdır.

Tip C: kesinti innominat arter ile sol karotis arter arasındadır.

Ultrason Tanısı: Dört odacık görüntüsünde sağ ve sol ventrikül arasındaki boyut farkı görüntülenebilir. Ayrıca üç damar trake kesitinde assendan aorta çapının ana pulmoner arterden belirgin şekilde küçük olduğu tespit edilebilir. Çoğu vakada VSD görülebilir.

Ayrıcı Tanı: Özellikle aort koarktasyonu ile ayırım yapmak önemlidir. Bunun için longitudinal kesitte duktal ark ve arkus aorta dikkatlice incelenmelidir. Kesintili arkus aortada assendan aorta daha düz bir seyir izlerken, koarktasyonda aortik kurvatur vardır ve

assendan ve descendan aorta arasında devamlılık vardır.

KAA' da hemen her zaman VSD vardır. Sağ ventrikül çıkım anomalileri ve sağ arkus aorta sıklıkla tip B ile birliktelik gösterir. Ekstrakardiyak olarak santral sinir sistemi, gastrointestinal, üriner sistem ve yüz anomalileri izlenebilir. KAA tip B vakalarının %50'si 22q11 mikrodelesyonu ile birlikte. Tip B, DiGeorge sendromunda en sık görülen kardiyak defekt. KAA'da kromozomal olmayan sendrom riski düşüktür.

Yönetim: KAA tespit edilen vakalarda diğer organ ve sistem anomalileri açısından dikkatli sonografik inceleme yapılmalıdır. 22q11 mikrodelesyonu saptamak için FISH ve fetal karyotipleme yapılmalıdır. Doğum zamanı ve şeklinin değiştirilmesine gerek yoktur ve üçüncü basamak bir hastanede yapılması uygun olacaktır. Postnatal dönemde cerrahi tedavi seçenekleri tartışmalıdır. Çünkü nüks ve anevrizma gibi komplikasyonlar gelişebilir.

Prognoz: Özellikle majör kardiyak anomalilerin varlığında ve düşük doğum ağırlığı olan fetuslarda mortalite daha yüksektir. KAA tipleri arasında DiGeorge sendromu de göz önünde bulundurulduğunda, tip B' de prognoz daha kötüdür.

Resim 1



Resim 2:



Resim 3:



Resim 4:



SS-19

Nadir Görülen Bir Olgu: Torasik Endometriyozis Sendromu

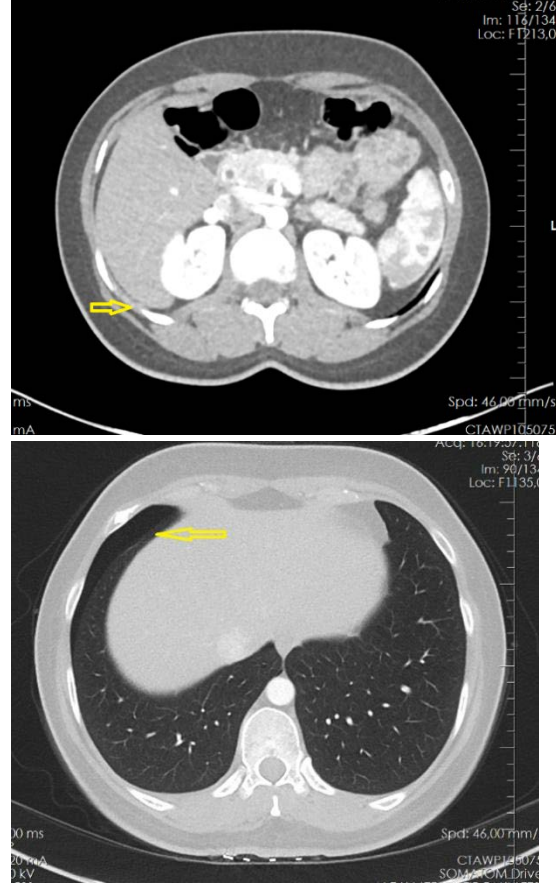
Ümmügülsüm Esenkaya, Abdurrahman Mert, İsmail Kartal

Konya Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Gaziantep Sanko Üniversitesi Hastanesi

Giriş: Endometriyozis, endometrial gland ve stromal hücrelerin uterin kavite dışında bulunması şeklinde tanımlanmaktadır. Endometriyozis en sık olarak pelvisi, özellikle de overleri, cul-de-sac'ı, geniş ligamanları ve uterosakral ligamanları tutar. Ancak endometrial doku pelvisin dışında karın, toraks, beyin ve deride de bulunabilir (1). Toraks tutulumu endometriyozisin en sık görülen ekstrapelvik yerleşimidir [2]. 'torasik endometriyozis sendromu' terimi, menstruasyonla ilişkili olarak ancak histolojik olarak doğrulanmadan toraks tutulumunun bir veya daha fazla klinik belirtisinin (örn., pnömotoraks, hemotoraks, hemoptizi, göğüs ağrısı) mevcut olması durumunda kullanılmıştır [4]. Bu olguda nadir görülen bir antite olan torasik endometriyozis sendromuna bir örnekten bahsedilecektir.

Olgu: 34 yaşında g3p2a1 (2c/s) olan hastanın adetleri düzenli olup adet süresi 28 gün, mens süresi 10 gün sürmektedir. Premenstruel sendrom ve dismenore şikayeti yok. Boy 168 cm, kilo 73 (BMI 25,8), sigara kullanım öyküsü yok. Kolesistektomi öyküsü mevcut. 3 yıldır olan nefes alırken batma, sırt ağrısı ve göğüste baskı hissi şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hasta adet döneminde nefes alırken sürtünme hissi (frotman) tariflemekteydi. Başvurduğu kliniklerce astım, pulmoner tromboemboli ve pulmoner hipertansiyon'dan şüphelenilmiş olup çekilen toraks bt görüntülemesinde toraks arka duvar plevral kalınlaşma (Görüntü 1) ve sağ pnömotoraks (Görüntü 2) hali izlendi. Hastaya dienogest başlanması üzerine şikayetlerinin ilk aydan itibaren gerilediğini ifade etti. Hastamız medikal tedavisinin 8 ay kullanımı sonrası şikayetlerin geri gelmediğini, adet miktarının azaldığını ve hayat kalitesinin arttığını

ifade etti.



Görüntü 1

Görüntü 2

Sonuç: Torasik endometriyozis sendromu nadir görülen bir klinik olup tanısı konusunda dikkat istemektedir. Nefes darlığı, sırt ağrısı ve göğüste batma gibi şikayetlerle başvuran hastaların anamnezinde mevcut semptomların provake eden etkenler araştırılırken adet dönemiyle ilişkisini sorgulamak gerektiği unutulmamalıdır. Bu nedenle endometriyozisli hastalar her ne kadar kronik pelvik ağrı, dismenore gibi batın boşluğuna spesifik semptomlarla gelse de abdomen dışı organlarda da bulunacağı akılda tutulmalıdır.

Kaynakça

1. Jubanyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 1997; 24:411.



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Kampüsü, Mithat Özsan Amfisi, Adana

2.Bagan P, Berna P, Assouad J, et al. Value of cancer antigen 125 for diagnosis of pleural endometriosis in females with recurrent pneumothorax. Eur Respir J 2008; 31:140.

3.Alifano M, Jablonski C, Kadiri H, et al. Catamenial and noncatamenial, endometriosis-related or nonendometriosis-related pneumothorax referred for surgery. Am J Respir Crit Care Med 2007; 176:1048.

4.Joseph J, Sahn SA. Thoracic endometriosis syndrome: new observations from an analysis of 110 cases. Am J Med 1996; 100:164.

Anahtar Kelimeler

Endometriozis, Plevra, Pnömotoraks

Organizasyon Sekretaryası



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-mail: cukurovajinekoloji@figur.net



www.cukurovajinekoloji.org