



Rize Obstetrik ve Jinekolojide Güncel Gelişmeler Sempozyumu

16 Ağustos 2025, Cumartesi

RTEÜ Merkez Kampüsü Kongre ve Kültür Merkezi Cep Sineması A Salonu

SÖZLÜ BİLDİRİ KİTABI

SS-01

NADİR BİR VAKA: TAH+BSO SONRASI ADNEKSİYAL KİTLE OLGU SUNUMU

Murat Özşahin

Manisa Şehir Hastanesi

GİRİŞ

Adneksiyal kitle sık karşılaşılan jinekolojik bir problemdir. Kadın genital sistemi anatomisinde over ve tuba uterinaların oluşturduğu ve bilateral olarak uterusun sağında ve solunda yerleşim gösteren yapılara adneks denmektedir. Bu yapılardan oluşan kitleler ise adneksiyal kitleler olarak tanımlanmaktadır. Over ve tuba uterinalardan gelişen tümöral yapılar bu kategoride sınıflandırılmakla birlikte, konumuz dışında olan ve çoğunlukla premenopozal dönem ile reproduktif dönemde izlenen fonksiyonel kist, endometriyoma, polikistik over hastalığı, enfeksiyonlar, ektopik gebelik, gebelik luteoması gibi non tümöral nedenlerde yine adneksiyel kitleler başlığı altında değerlendirilmektedir. Adneksiyal kitleler fonksiyonel, konjenital, inflamatuvar ve neoplastik süreçlere bağlı olarak adnekslerde (tuba uterinalar, overler, broad ligament) ve bunlara komşu organlarda oluşan kitlelerdir. Non-jinekolojik sebeplerde (pelvik böbrek,peritoneal kist,retroperitoneal sarkomlar,kolon ca vb.) postmenopozal dönemde mutlaka hesaba katılmalı ve araştırılmalıdır. Özellikle postmenopozal dönemde bu kitlelerin maligniteye yatkınlık göstermeleri açısından büyük önem taşımaktadır.(1) Ayrıca bu yaş grubunda over kanserinin önemli bir kısmının asemptomatik olması, semptomatik hastalarda bile non spesifik (bulantı, kusma, karın ağrısı, şişkinlik gibi) şikayetlerin bulunması hastalığın ileri evrelerde tanı almasına neden olmakta, bu durum aynı zamanda postmenopozal adneksiyal kitlelerin önemini arttırmaktadır.Adneksiyal kitlelerin değerlendirilmesinde tüm gelişmiş teknolojik görüntüleme yöntemlerine rağmen pelvik muayene günümüzde önemini koruyan bir yaklaşımdır. Genel olarak pelvik muayene ile adneksiyel kitlenin benign ya da malign olduğu kanısına varılabilir. Unilateral, kistik ve mobil kitleler benign adneksiyel kitlelerin varlığını gösterirken, bilateral, solid ve fikse oluşumlar malignite bulgusu olarak değerlendirilebilir.Gelişmiş görüntüleme yöntemlerine rağmen gri skala ultrasonografi adneksiyal kitlelerin değerlendirilmesinde standart olarak kullanılan bir tekniktir. Transvajinal ve/veya transabdominal ultrasonografi yöntemi ile kitlenin boyutu, karakteristiği (kistik, solid veya her ikisi), kompleksitesi (internal septum, papiller çıkıntılar gibi), abdominal veya pelvik asit varlığı değerlendirilebilir.(2) Adneksiyel kitlelerin değerlendirilmesinde kullanılan bir başka yöntem doppler ultrasonografidir. Malign ve displastik dokuların damar yapılarında neovaskülarizasyona bağlı olarak intima tabakası bulunmadığı için bu dokuların doppler ultrasonografisinde düşük empedanslı, yüksek diastolik akım bulunmaktadır.(3) Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tekniklerinin rutin olarak pelvik kitlelerin tanısında kullanılması önerilmemektedir. Bu her iki görüntüleme yönteminin adneksiyal kitlelerin tanısında ve değerlendirilmesinde sensitivite ve spesifitesinin ultrasonografiye göre daha üstün olmasının yanında özellikle preoperatif hastalığın yaygınlığının ve komşu organ tutulumunun

değerlendirilmesinde, over dışı pelvik kitlelerin incelemesinde kullanılması önerilmektedir.(4) Adneksiyal kitlelerin ayırıcı tanısında birçok hormonal marker tanımlanmıştır. Farklı kanser türüne göre spesifik tümör markerları bulunmaktadır. Epitelyal over kanserleri için CA125, HE4, müsinöz epitelyal over tümörleri için CA19-9, CEA, disgerminom için LDH, endodermal sinüs tümörleri için alfa-fetoprotein, granuloza hücreli tümör için ise inhibin bunların en iyi bilinenleridir .(5)

Bu çalışmada total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılan ve operasyondan 5 yıl sonra adneksiyal kitle tanısıyla başvuran bir vaka incelenmiş,TAH+BSO yapılsa da yıllık olarak hastaların jinekolojik takibinin önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

Vaka

71 yaşında 5 yıl önce myom nedeniyle TAH+BSO olan hasta kasık ağrısı şikayeti ile başvurduğunda pelvik kitle saptanması üzerine kliniğimize başvurdu . Yapılan ultrasonografide umblikusa kadar uzanan solid alanları olan kompleks kitle batında serbest mai izlenmedi olarak rapor edildi.Çekilen Mr raporu:batın orta alt kadranda santral sağ paramedian kesimden pelvik taban düzeyinde sağ paramedian alana doğru uzanım gösteren en büyüğü yaklaşık 6x14 cm çapta iç içe geçmiş bir kaç adet hipo-hiperintens lezyonların büyüklüğü 10x14 cm'e ulaşmaktadır.Lezyonların çevresinde minimal mezenterik sıvı mevcuttur.Sağda obturator zincir düzeyinde 18x24 mm çapta lap görünümü izlenmiştir.Tariflenen kitleler yoğun kontrast tutulumu göstermektedir.özellikle sol lateraldeki kitlelerde yoğun nekrotik görünüm izlenmiştir.Bulgular TAH+BSO olan hastada nüks yada rezidü malign kitle ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.Rektum anterior sağ lateralden bası altındadır.Dilate sol üreter tariflenen kitlesel lezyon içerisinde kaybolmaktadır,invaze olarak değerlendirilmiştir.Üst batın Mr normal olarak değerlendirilmiş,PET CT:pelvik girimde L4 vertebra seviyesinden başlayarak inferiorda koksiks seviyesine kadar uzanan ve pelvisi dolduran yaklaşık 15x15x12 cm boyutlarında ölçülen lobüle kitlede heterojen artmış FDG tutulumu (SUV max :6.6) izlenmektedir, diğer pelvik organlarda tutulum fizyolojik seviyelerdedir, bilateral akciğer parankiminde iki adet ametabolik nodül izlenmekte olup takip önerilir.CA19-9 :116 yüksek diğer TM belirteçleri normal sınırlardadır.ÜRE:31.1 KREATİNİN:1.18.Hastadan üroloji kons ve genel cerrahi kons istendi perop vakaya dahil olacakları söylendi .Kolonoskopi yapıldı;sigmoid kolon distalinde ve rektumda mukoza normal rektum ön duvara dıştan bası izlenmektedir olarak rapor edildi.Hastaya laparotomi planlandı operasyon sırasında üroloji tarafından bilateral double j stent takıldı rahat geçti.Sonrasında laparotomiye geçildi;gözlemde umblikusa kadar uzanan solid kitle izlendi kitle yüzeyin de ince bağırsak ansları kitleye dens olarak yapışmıştı, genel cerrahi vakaya dahil oldu bağırsak rezeksiyonu ve anastomoz yapıldı.Üreter invazyonu nedeniyle kitle parsiyel olarak çıkartılabildi.Frozen iğsi hücreli tümör olarak rapor edildi.omentum ve lenf nodlarından örnekler alınarak vaka kapatıldı.patoloji sonucu tümörde fokal caldesmon pozitifliği kogulasyon nekroz varlığı ve artmış mitoz bulunması yanısıra histerektomi öyküsü öncelikle uterin leiomyosarkomu düşündürmüştü ,ancak CD 34 pozitifliği nedeniyle kesin tanıya gidilememiştir.Lenfatik vasküler invazyon görülmemiştir.İnce bağırsak mezosunda benzer morfolojide tümör izlenmiştir.Hasta postop tıbbi onkoloji ve radyasyon onkoljisine devredilmiştir.

Rize Obstetrik ve Jinekolojide Güncel Gelişmeler Sempozyumu

16 Ağustos 2025, Cumartesi

RTEÜ Merkez Kampüsü Kongre ve Kültür Merkezi Cep Sineması A Salonu



Rize Obstetrik ve Jinekolojide Güncel Gelişmeler Sempozyumu

16 Ağustos 2025, Cumartesi

RTEÜ Merkez Kampüsü Kongre ve Kültür Merkezi Cep Sineması A Salonu



Resim 1: pelvik kitlenin görünümü

Tartışma

Sarkomlar, vücudun bağ dokusunda oluşan kanserlerdir. Vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilirler ve 100'den fazla farklı sarkom alt türü vardır. Retroperitoneal (karın arkası) bölgedeki ve pelvisteki sarkomlar, konumları nedeniyle yakındaki önemli organlara zarar verme riski olmadan tedavi edilmelerini zorlaştırdığı için dikkat çekicidir.(6) Retroperitoneal ve pelvik sarkomların çoğunluğu iki alt tipi vardır : Liposarkomlar: Yağdan kaynaklanan tümörler ,Leiomyosarkomlar: düz kaslardan kaynaklanan tümörler .Retroperitoneal ve pelvik sarkomlar genellikle büyük boyutlara ulaşana kadar herhangi bir belirtiye neden olmaz. Sonuç olarak, tespit edildiklerinde tümörlerin ortalama boyutu genellikle 10-15 cm'den büyüktür.Belirtiler ortaya çıktığında şunlara neden olabilir:Tümörün bağırsağa baskı yapması, karın rahatsızlığına, erken doyma hissine, kilo kaybına veya bağırsak tıkanıklığına yol açabilir ,Tümörün vena kava veya iliak damarları sıkıştırması bacak şişmesine neden olur,Tümör yakındaki sinirleri sıkıştırarak alt ekstremitede ağrıya veya güçsüzlüğe neden olur. Sarkomdan şüphelenildiğinde, tümörü ve çevresindeki organlara, damarlara ve sinirlere yakınlığını tam olarak değerlendirmek için karın ve pelvisin intravenöz kontrastlı BT taraması yapılmalıdır.

Sarkomların tedavisi genellikle tümörün çıkarılması için cerrahi müdahaleyi içerir. (7) Retroperitoneal ve pelvik sarkomların lokal nüks oranları %50 veya daha fazladır. Çoğu sarkom için, ameliyattan önce (ameliyat öncesi) veya sonra (ameliyat sonrası) radyasyon tedavisi uygulanmasının, tümörün tekrarlama olasılığını (lokal nüks olarak da bilinir) azalttığı kanıtlanmıştır. Ancak retroperitoneal ve pelvik sarkomlarda yeterli dozda radyasyon vermek zordur. Bunun nedeni, tümörlerin genellikle büyük olması ve böbrek, karaciğer ve ince bağırsak gibi radyasyona duyarlı organlara yakın olmasıdır.(8) Proton ışınli radyasyon tedavisi gibi ileri teknikler bu sorunun önlenmesine ve lokal nüks olasılığının azaltılmasına yardımcı olabilir.Pelvis ve retroperitoneal sarkomların potansiyel tedavisi için tümörün tam rezeksiyonu (cerrahi olarak çıkarılması) gereklidir. "Agresif cerrahi rezeksiyon", hastalığın tüm brüt ve mikroskobik izlerini ortadan kaldırmak amacıyla tümörün yakındaki organ ve dokularla birlikte çıkarılması anlamına gelir.(9) Bu tedavi yaklaşımı birçok merkez tarafından savunulmuştur, ancak özellikle aort veya duodenum gibi bazı komşu organ ve yapılar çıkarılmadığında, agresif rezeksiyonların tüm mikroskobik hastalığı ortadan kaldırma yeteneği sorgulanmıştır.

Ameliyat öncesi proton ışınli radyoterapi ve agresif cerrahi rezeksiyon kombinasyonu, iyileşme için en iyi şansı sağlayabilir.(10)

Ani büyüyen uterin myomlarda ilk planda sarkomdandan şüphelenmek gerekir.Ancak histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılmış hastalarda ani gelişen pelvik kitlelerde ayırıcı tanıda remnant over sendromu, gıç malignansileri ,ürünler sisteme bağlı kitle yada malignansilerle birlikte sarkomuda düşünmek gerekir.Hastanın uterus ve adnekslerinin alınmış olması sarkomu ekarte ettirmemektedir.

Sonuç

Adneksiyal kitleler hem menopoz öncesi hem de sonrasında sık görülebilen ,jinekolojik ve non-jinekolojik olabilen dolayısı ile ayırıcı tanısının dikkatli yapılması gereken bir durumdur.Hastanın cerrahi olarak uterus ,over ve tubalarının alınması bile kitlenin jinekolojik hastalık tanısını dışlamamaktadır. Bu yüzden hastalara Histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi yapılsa bile mutlaka yıllık jinekolojik muayeneye gelmeleri konusunda ikna edilmelidir..

Kaynaklar

- 1- Goff BA: Symptoms associated with ovarian cancer. Clin Obstet Gynecol 2012; 55: 36–42.
- 2-Aramendía-Vidaurreta V, Cabeza R, Villanueva A, Navallas J, Alcázar JL. Ultrasound Image Discrimination between Benign and Malignant Adnexal Masses Based on a Neural Network Approach. Ultrasound Med Biol 2016; 42:742-52.
- 3-Valentin L, Ameye L, Savelli L, et al. Adnexal masses difficult to classify as benign or malignant using subjective assessment of gray-scale and Doppler ultrasound findings:logistic regression models do not help. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 38: 456–465.
- 4-Shetty MK. Adnexal Masses: Role of Supplemental Imaging With Magnetic Resonance Imaging. Semin Ultrasound CT MR 2015; 36: 369-84.
- 5-Hamed EO, Ahmed H, Sedeek OB, et al. Significance of HE4 estimation in comparison with CA125 in diagnosis of ovarian cancer and assessment of treatment response. Diagn Pathol 2013; 8:11, 1-8.
- 6-Sarre-Lazcano C, Dumitra S, Fiore M. Pelvic soft tissue sarcomas. Eur J Surg Oncol. 2023 Jun;49(6):1102-1110. doi: 10.1016/j.ejso.2022.06.003. Epub 2022 Jun 4. PMID: 35725682.
- 7-Lee JS, Kelly CM, Bartlett EK. Management of pelvic sarcoma. Eur J Surg Oncol. 2022 Nov;48(11):2299-2307. doi: 10.1016/j.ejso.2022.09.011. Epub 2022 Sep 17. PMID: 36195471.
- 8-Mantas D, Garmpis N, Polychroni D, Garmpi A, Damaskos C, Liakea A, Sypsa G, Kouskos E. Retroperitoneal sarcomas: from diagnosis to treatment. Case series and review of the literature. G Chir. 2020 Jan-Feb;41(1):18-33. PMID: 32038009.
- 9-Willis F, Schneider M. Retroperitoneale Weichteilsarkome: Chirurgische Therapie [Retroperitoneal soft tissue sarcoma: surgical management]. Chirurg. 2022 Jan;93(1):16-26. German. doi: 10.1007/s00104-021-01506-6. Epub 2021 Oct 1. PMID: 34596706.
- 10-Gilbert NF, Cannon CP, Lin PP, Lewis VO. Soft-tissue sarcoma. J Am Acad Orthop Surg. 2009 Jan;17(1):40-7. doi: 10.5435/00124635-200901000-00006. PMID: 19136426.

SS-02

Body Stalk Anomalisi: Nadir Bir Olgu Sunumu

Hidayet Şal¹, Ayhan Erkut Kalaycı¹, Ömer Demir¹

Karadeniz Teknik Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Giriş:

Body stalk anomalisi nadir görülen bir konjenital anomalidir. Karın ön duvarı defektleri anomalilerinden en ciddiisi olup insidansı 1/10000'dir. Body stalk anomalisi, çok kısa veya hiç olmayan göbek kordonu ile birlikte omurga ve uzuv anomalileriyle birlikte önemli bir karın defekti ile karakterizedir. Etyopatogenezinde ekstraembriyonik çöломun oblitere olmamasına bağlı umblikusun oluşmamasıdır.

Bu yazıda ilk trimesterde tanı alan omfalosel, spinal disrafizm, bilateral renal agenesizi olan body stalk anomalisini sunmaktayız.

Olgu:

21 yaşında G1 Sat'a göre 16 haftagebeliği olan hasta omfalosel görünüm nedeniyle değerlendirildiğinde body stalk anomalisi düşünüldü. Olgu sonlandırma amacıyla servise yatırıldı. Gebenin obsterik hikayesinde ve özgeçmişinde özellik yoktur. Laboratuvar parametreleri, ikili tarama testi normal sınırlardadır.

Fetusun yapılan ultrasonografik muayenesinde; batın ön duvarında geniş defekt tespit edildi. Karaciğer ve bağırsaklar abdomenden dışarı herniye olduğu görüldü. Herniye olan organları çevreleyen bir amniyotik membranın olmadığı, nazal kemik ve toraksın hipoplazik görünümde olduğu, hiperekojen barsak görüldü. Fetal böbrekler ve mesane net görülemedi. Sakrum düzeyinde posterior vertebral elemanlar ayırt edilemedi. Fetal baş hiperfleksiyon görünümde izlendi. Amniyon mayi azalmış olup tek cep 1.6 cm ölçüldü, oligohidroamniyos olarak değerlendirildi. Geniş abdominal defekt, omurga defektleri ve kısa umblikal kordon nedeniyle body stalk anomalisi olarak değerlendirildi. Çekilen manyetik rezonans görüntüleme ultrasonografi bulgularını pekiştirdi.

Rize Obstetrik ve Jinekolojide Güncel Gelişmeler Sempozyumu

16 Ağustos 2025, Cumartesi

RTEÜ Merkez Kampüsü Kongre ve Kültür Merkezi Cep Sineması A Salonu



Resim 1: Fetüsün abdominal duvardan herniye olan omfalosel içeriği



Resim 2: Fetüsün omfalosel kesesinin plasenta ile ilişkisinin manyetik rezonans görüntüsü

Tartışma:

En ciddi karın ön duvarı defekti olarak kabul edilen body stalk anomalisi erken intrauterin dönemde oluşan amniyon rüptürü ve germinal diskin oluşumu sırasında ortaya çıkan anormal amniotik kavite veya dismorfik vasküler yapılanma sonucu ortaya çıkmaktadır. 1900'lü yılların başında bildirilen 1986'da Lockwood tarafından tanımlanan body stalk anomalisi birkaç bulgu ile birlikte görülmektedir. Body stalk anomalisi; geniş batın ön duvar defekti, ekstremit deformiteleri, kifoskolyoz, umbli-

Rize Obstetrik ve Jinekolojide Güncel Gelişmeler Sempozyumu

16 Ağustos 2025, Cumartesi

RTEÜ Merkez Kampüsü Kongre ve Kültür Merkezi Cep Sineması A Salonu



kal kordun yokluğu veya kısalığı ile görülen fetal anomalidir. Ayırıcı tanıda karın ön duvarı defeklerinden gastroşizis, omfalosel ve kısa umbilikal kord, body stalk anomalisinden oldukça farklı seyreder. Ultrasonografik tanıda en önemli nokta sunulan vakada olduğu gibi herniye olan karın içi organlarının plasentayla yakın ilişki göstermesidir. Omfaloselde ise bu organları çevreleyen bir amniotik membran mevcuttur ve umbilikal kord bu omfaloselde sonlanır. Body stalk anomalisinde ise kord ya hiç gelişmemiştir ya da rudimenterdir. Vakamızda olduğu gibi body stalk anomalisine eşlik eden tipik anomalilerin saptanması da tanının güçlendirilmesinde oldukça önemli rol oynar. Sonuç olarak body stalk anomalisi nadir olmakla birlikte eşlik eden defektlerin büyüklüğü nedeniyle prognozu en kötü olan karın ön duvarı defektidir. Detaylı ultrasonografik inceleme ile ayırıcı tanısının iyi bir şekilde yapılarak tanıya ulaşmak mümkündür. Tanıyı güçlendirmede manyetik rezonans görüntülemeyen yararlanılabilir.

SS-03

İKİNCİ TRİMESTER TERMİNASYONUNDA UTERUSUN BROAD LİGAMENTE RÜPTÜRÜ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Mustafa Nazlı¹, Hidayet Şal¹, Ömer Demir¹

Karadeniz Teknik Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Giriş:

Uterus rüptürü sıklıkla önceki uterin kesiye bağlı skar yerinin ayrılması sonucu oluşur. Uterin rüptür gebeliğin ikinci trimesterında nadiren görülür. Geçirilmiş uterin cerrahisi olan kadınlarda, ikinci veya üçüncü trimesterde doğum indüksiyonu için prostaglandinler içeren ilaçların kullanımı uterus rüptürü riskini artırır.

İkinci trimester terminasyonunda uterusun sağ broad ligament içerisine rüptür olan olguyu sunmaktayız.

Olgu:

39 yaşında 2 çocuklu 20 hafta gebeliği olan ve fetal kalp atımı izlenmeyen olgu sonlandırma amacıyla servise yatırıldı. Anamnezinde, önceki iki gebeliğinin sezaryen ile gerçekleştiği öğrenildi. Misoprostol tedavisine altı saatte bir 100 mg ile başlandı. Günlük ultrasonografik değerlendirme yapıldı. Olgu tedavinin ikinci gününde ağrıların gerilediğini ifade etmesi üzerine yapılan pelvik muayenede vajende fetüs izlenmedi. Bunun üzerine ultrasonografiye alınan olgunun endometrial kavitesinin boş olduğu izlendi. Fetüs ve ekleri sağ adneksiyal alana lokalize görünümdeydi. Hastanın genel durumu iyi, vital bulguları stabildi. Uterin rüptür tanısı ile operasyona alınan olgunun karın içerisinde herhangi bir kanama alanı izlenmedi. Ancak sağ broad ligament bölgesinde yaklaşık uterus büyüklüğünde şiş kitle izlendi. Uterusun eski skar yerinden sağ broad ligament arasına fetüs ve eklerinin rüptüre olduğu görüldü. Operasyon sonrası hasta şifayen taburcu edildi.

Tartışma:

Uterusun boş olması ve fetüsün uterus boşluğunun dışında olduğu bir uterus duvarı defektinin gösterilmesi, uterus rüptürünün sonografik değerlendirmede altın standarttır. Bizim olgumuzda, uterus rüptürü tanısı, uterusun boş olması ve fetusun uterus boşluğunun dışında bulunmasıyla düşünüldü. Ancak, fetus ve plasenta uterus dışında olmasına rağmen, karın içerisinde hematoma veya serbest sıvı yoktu. Broad ligamente olan uterin rüptür için dikkat edilmesi gereken en önemli ultrasonografik belirti batında mayi olmamasıdır.

SS-04

Adolesan bir gebede doğum sonrası ani gelişen uvula ödemi olgusunun yönetimi

Sibel Doğan Polat¹, Başak Kurtuldu¹, Ümran Kaya¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

AMAÇ

Anafilaksi hızlı başlangıçlı ve yaşamı tehdit edici olabilen bir aşırı duyarlılık durumudur. Hastanede yatan kişilerde en sık nedeni ilaçlardır. Kullanım sıklığına bağlı olarak başta antibiyotikler ve nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar olmak üzere, radyokontrast maddeler ve anestezi ilaçları da alerjik reaksiyona sebep olabilir. Burada doğum sonrası uvula ödemiyle seyreden bir alerjik reaksiyon olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU

18 yaş primigravid, ek hastalığı ve alerji öyküsü olmayan 36 hafta 3 günlük gebe, ikinci basamak bir merkezden magnezyum sülfat yükleme dozu ve oral nifedipin başlanmış olarak preeklampsi tanısıyla sevk edildi. Tansiyon ölçümleri 130/90 ve 140/90 mmHg seyreden, baş ağrısı olan hastaya magnezyum sülfat idame tedavisine devam edildi. Muayenede 2 cm açıklık, %50 efasman ve su gelişimi olan hasta spontan travay sonrası mediolateral epizyotomiyle 3200gr canlı bebek doğurdu. Geçmişte ilaç kullanmasını gerektirecek herhangi bir hastalık geçirmediğini ifade eden, bilinen alerji öyküsü olmayan adolesan gebe hastaya epizyotomi onarımı esnasında ardışık olarak parenteral tenoksikam ve sefazolin sodyum tedavileri uygulandı. Tedavi sonrası ağzında doluluk hissi tarifleyen hastanın oral kavite kontrolünde uvula ödemi (Resim 1) ve dilde şişme (Resim 2) izlendi. Vital bulguları stabil olan, ek semptomu olmayan hastanın tedavileri stoplanarak nazal oksijen başlandı, monitörize edildi, anestezi ekibi çağırıldı. İntravenöz birer ampul feniramin hidrogen maleat ve deksametazon, 1000 cc bolus mayi, 60 mg prednisolon uygulamasından sonra uvula ödemi gerilemeyen hastaya intramüsküler 0,5 mg adrenalin ve inhaler β_2 agonisti uygulandı. Epizyotomi onarımı tamamlanan hasta, kanama kontrolü sonrası takip amacıyla anestezi yoğun bakım servisine yatırıldı. Anestezi yoğun bakımda tedavisine devam edilen hasta yirmidört saatlik yoğun bakım takibinin ardından servise alındı. Hastamız postpartum dördüncü gününde alerjen tespiti için immünoloji poliklinik kontrolü planlanarak şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Dünya Alerji Örgütü'nün "genellikle hızlı başlayan ve ölüme neden olabilen ciddi bir sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonu" olarak tanımladığı anafilaksi, ölümcül hava yolu obstrüksiyonuna yol açabilen, hipoksemi ve kardiyorespiratuar arrestle sonuçlanabilen, tüm sağlık profesyonellerinin tanınması ve yönetmesi gereken klinik bir acil durumdur. Dünyada yaşam boyu prevalansı %1-3'tür ve giderek artmaktadır. Olgumuzdaki gibi boğazda dolgunluk veya yumru hissi, sürekli boğaz temizleme isteği, solunum güçlüğü anafilaksinin ciddi belirtileridir ve agresif tedavi gerektirir. Cilt, kardiyovasküler (hipotansiyon, taşikardi) ve gastrointestinal sistem (kusma, ishal) semptomları da görülebilir.

Ani gelişen alerjik bir reaksiyonun semptomlarını fark edip, ilk değerlendirme sonrası en kısa sürede anafilaksi tedavi protokolünü uygulamak gerekir. Tanısı konulan hastaya oksijen başlanmalı, monitörize edilmeli, ilk tedavi olarak uyluk anterolateralinden intramüsküler adrenalin uygulanmalıdır (maksimum 0,5 mg intramüsküler, semptomlar kontrol altına alınana kadar 5-15 dakikada bir verilebilir). Hava yolu ödemi ve solunum sıkıntısı varlığında entübasyon için hazırlıklı olunmalıdır. Dolaşım kollapsını önlemek için parenteral hızlı sıvı resüsitasyonu önerilir. Bronkospazm gelişmesi halinde tedaviye mutlaka inhale β_2 agonist eklenmelidir.

Her medikal tedavi sonrası uygulama yolundan bağımsız olarak gelişebilecek alerjik reaksiyonlara karşı tedbirli olunmalı, acil müdahale için ekipman ve ilaçlar eksiksiz olarak hasta başında bulundurulmalıdır.

SONUÇ

Adolesan gebe olgumuzdaki gibi daha önce antibiyotik veya ilaç kullanmadığını belirten, bilinen alerji öyküsü olmayan bireylerde antibiyotik ve/veya analjezik tedavisine bağlı olarak gelişebilecek alerjik reaksiyonu öngörmek mümkün değildir. Kontrollü bir uygulama için kullanılacak ilaçların zaman aralıkları açılabilir. Medikal tedavi uygulanacak hastalarda gelişebilecek alerjik reaksiyonlara karşı hazırlıklı olunması, hızlı tanı ve eksiksiz ekipmanla zamanında müdahalenin hayati önemi vardır.

Anahtar kelimeler: Alerjik reaksiyon, uvula ödemi, doğum



Resim 1. Uvula ödemi



Resim 2. Dilde şişme

SS-05

OMENTUMDA NADİR GÖRÜLEN BİRKİTLE ;PARAZİTER LEİOMYOM OLGUSU

Betül Baştan, Ümran Kaya, Mehmet Kağıtçı, Bülent Yılmaz, Osman BANDIRMALI

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Amaç:

Myomlar, uterusun en sık görülen benign tümörleridir ve genellikle intramural, subseröz veya submüköz yerleşim gösterirler. Ekstrapelvik yerleşimli myomlar oldukça nadirdir ve preoperatif tanı alması zordur. Bu olguda, myom ve adneksiyel alanda kitle sebebiyle opere edilen, fakat intraoperatif olarak omentumda kitle olduğu tespit edilerek, kitle eksizyonu yapılan ve histopatolojik olarak dejeneratif leiomyom tanısı alan nadir bir vaka sunulmaktadır.

Olgu Sunumu:

66 yaşında, gravida 3 parite 3, 1 sezaryen doğum öyküsü bulunan, son adet tarihinden itibaren 10 yıldır menopozda olan hasta, yaklaşık 2 yıldır cinsel ilişki sonrası olan vajinal kanama, kasık ağrısı ve dolgunluk hissi şikayeti ile başvurdu.

Hastanın jinekolojik muayenesi normaldi. Ultrasonografide endometrium ince, uterus 99×44 mm boyutlarında, fundustan uzanan 114×85 mm boyutlarında ekojen alanlar içeren kitle izlendi. Adneksiyel alanlar net değerlendirilemedi. Hasta için jinekoloji onkoloji görüşü alındı. Malignensi şüphesi ekarte edildi. Ek görüntüleme olarak MR istendi.

Manyetik Rezonans Görüntülemeye uterus fundus düzeyi ile ilişkili görünen, anterior ve superiora ekzofitik uzanım gösteren, 64×86 mm boyutlarında, kontrast enjeksiyonu sonrası heterojen kontrast tutulumu olan, T2A serilerde dejeneratif myom lehine heterojen hiperintens lezyon saptandı.

Endometrial biyopsi sonucu endoservikal polipoid doku gelen hastaya TAH+BSO planlandı.

Operasyonda, Bilateral ooferektomi ve salfenjektomi yapıldı.

Pfannenstiel insizyon ile batına girildi. Uterus anteriorunda mesaneye, posteriorunda ise sigmoid kolon ve omental alanlara yoğun yapışıklıklar mevcuttu. Uterus, overler ve tuba normal görünümdeydi. Omentumda olduğu tespit edilen yaklaşık 5x7 cm çapındaki kitle genel cerrahi konsültasyonu sonrası eksize edildi.

Patolojisonucu, dejeneratif leiomyom ile uyumlu bulundu.

Tartışma:

Leiomyomlar genellikle uterustan köken alır; subseröz, intramural ve submüköz olarak sınıflandırılır. Ekstrapelvik yerleşim son derece nadirdir. "Parazitik leiomyom" olarak adlandırılan bu lezyonlar pediküllü subseröz myomların komşu yapılara yapışarak uterustan kopmasıyla gelişebilir. Neovaskülarizasyon ile kendi kanlanmasını sağlarlar. Omentum yerleşim leiomyomlar genellikle geçirilmiş pelvik

cerrahiler sonrası gelişir. Olgumuzda hastanın geçirilmiş tek abdominal cerrahisi sezaryen olup, bu durumla ilişki kurulabilir. Son zamanlarda, “iatrojenik” parazitik leiomyomların, laparoskopik myomektomi sırasında morselasyon yöntemi ile alınan myom kitlesinden kopan küçük parçaların karın boşluğunda kalabileceğini ve kan akışının gelişmesiyle peritona implante olabileceğini öne süren ikinci bir teori geliştirildi.

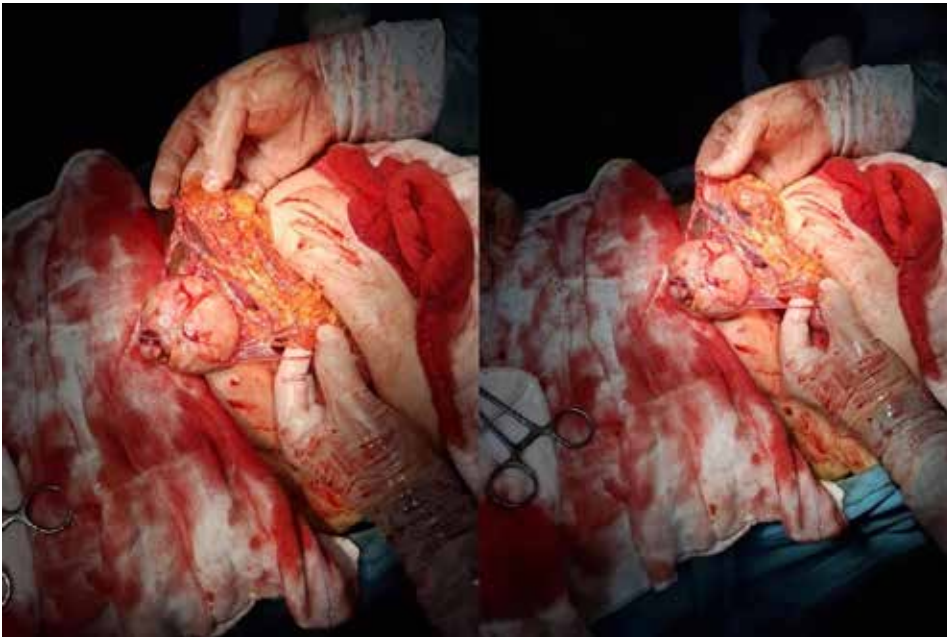
Parazitik leiomyomun boyutları küçükse asemptomatik olabilir. Semptomatik olgularda en sık karın ağrısı, kitle, basınç, şişkinlik, vajinal kanama ve komşu organlarla ilgili bazı semptomlar görülebilir. Olgumuzun karın ağrısı, şişkinlik, vajinal kanama şikayetleri mevcuttu.

Leiomyomlar sıklıkla ultrasonografik incelemelerle teşhis edilsede parazitik leiomyomların yerleşim yerleri tanıda zorluklara neden olabilir. Bu nedenle ek radyolojik incelemelere ihtiyaç duyulabilir. Ekstrauterin leiomyomları saptamak için en kullanışlı görüntüleme yöntemleri ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemedir. Olgumuzda olduğu gibi preoperatif görüntüleme yöntemleri ekstra pelvik myomları tanımada yetersiz kalabilir; tanı çoğunlukla intra operatif olarak konur ve histolojik olarak doğrulama gerektirir. Histolojik alt tip tayini açısından detaylı histopatolojik inceleme ve immunohistokimyasal çalışma yapılmalıdır .

Sonuç:

Ekstrapelvik yerleşimli myomlar, parazitik myomlar nadir görülmekle birlikte, pelvik kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Preoperatif görüntülemelerde malign tümörleri taklit edebilirler. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Cerrahi eksplorasyon sırasında pelvik anatomiye hakimiyet ve olası kanama riskine karşı uygun hazırlık büyük önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Myom, Omentum, Parazitikleimyom, Ekstra pelvik yerleşim



SS-06

Aparoninin Nadir Bir Sebebi: Septat Himen

Sally Bassam Ali AL DESEET, İlknur Merve AYAZOĞLU

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

Amaç: Vajinal lümen, ürogenital sinüsten himenal zarla ayrılır. Bu zarın merkezi epitel hücrelerinin dejenerasyonu nedeniyle genellikle doğumdan önce formasyona uğrar ve vajinal açıklığın etrafında himen adı verilen ince bir mukozal zar kıvrımı kalır.

Himen ve vajina anomalileri adet kanamasını, cinsel aktiviteyi, doğurganlığı veya doğumu engelleyebilir. Septat himen, bu anomalilerden nadir görülenlerden biri olup himenin ortasında fazladan bir deri veya doku parçasının bulunması ve tek delik yerine iki ayrı delik oluşturmaktır. Bu olguda aparoni şikayeti ile gelen bir hastada septat himenin tedavi süreci sunulacaktır.



Resim 1: Operasyon öncesi görüntü



Resim 2: Operasyon sonrasında görüntü

Olgu: 26 yaşında nulligravid hasta, 1 aydır evli olup aparoni şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Vajinal muayenesinde septat himen görüldü. Ultrasonografide normal genital bulgular izlendi. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Hastanın adetleri düzenli ancak hafif dismenore şikayeti mevcuttu.

Sedasyon altında himenal septa elektrokoter kullanarak eksize edildi, spekulum muayenesinde servikste 0.5 cm polip izlendi; polipektomi yapıldı. Postoperatif takiplerinde genel durumu ve vital bulguları iyi olan hasta postoperatif 6. saatinde poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi. 1.ay kontrolünde sorunsuz koit gerçekleştiği öğrenildi.

Rize Obstetrik ve Jinekolojide Güncel Gelişmeler Sempozyumu

16 Ağustos 2025, Cumartesi

RTEÜ Merkez Kampüsü Kongre ve Kültür Merkezi Cep Sineması A Salonu



Tartışma: Himenal zar, vajinal duvara bağlı lifli bağ dokusundan oluşur. Himen anomalileri 1/1000 ila 1/10000 arasında görülmektedir. Bu anatomik varyantlar arasında imperfore, mikroperfore, septat ve elek şeklinde himen bulunur.

Himenal anomalilerin belirtileri, tıkanıklığın tam mı yoksa kısmi mi olduğuna bağlıdır. Tam tıkanıklıkta (imperfore himen), hasta primer amenore ve hematokolpos nedeniyle ağrı ile başvurabilir. Her türlü himenal anomalide, üst vajinada kan veya mukus birikimi olabilir, bu da asendan enfeksiyona neden olabilir. Septat himende ise koitte zorluk veya koit sonrası yoğun kanama olabilir.

Tanı himenin görüntülendiği pelvik muayene ile konur.

Tedavide anestezi altında yapılan cerrahi onarım, normal çaplı bir himen halkası oluşturmak için fazla himen dokusunun rezeksiyonudur. Rezeksiyon sırasında doku beklenenden daha kalınsa, diğer tanılar (örneğin, alt vajina agenezisi, düşük transvers vajinal septum) dikkate alınmalıdır.

Sonuç: Septat himen nadir fakat önemli bir durumdur. Aparoni, pelvik ağrı ve belirli adet ürünlerini (vajinal tampon, kap vs.) kullanamayan kadınlarda akla gelmelidir. Vajinal muayenede tanı konur, ilişkiye girmeye engel bir durum söz konusu ise cerrahi müdahale yapılabilir.

SS-07

Skar Endometriyozis Eksizyonu Sonrası Seroma: Olgu Sunumu

Elif Kapucu Ataş¹

¹Rize Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş

Endometriyozis, ektopik endometrial dokunun uterus dışında yerleşmesiyle karakterize kronik inflamasyonun da eşlik ettiği, östrojen bağımlı bir hastalıktır (1). Abdominal duvarda, özellikle daha önce sezaryen, histerektomi gibi pelvik cerrahi geçirmiş hastalarda, subkütan yağ dokuda ve karın duvarı kaslarında endometrial implantlar görülebilmektedir (2,3). En yaygın görülen abdominal duvar endometriyozis türü sezaryen skar endometriyozistir (4). Sezaryen skar endometriyozu genellikle siklik ağrılı kitle ile karşımıza çıkar ve cerrahi eksizyonla tedavi edilir (1). Ancak bu tür girişimlerde nadiren de olsa komplikasyonlar gelişebilir. Bu sunumda, skar endometriyozis eksizyonu sonrası gelişen seroma olgusu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

37 yaşında, G2 A1 Y1 olan hasta, alt batin bölgesinde adet dönemlerinde artan ağrı ve kitle şikâyetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıl önce geçirilmiş sezaryen operasyonu mevcuttu. Fizik muayenede, skar hattı üzerinde sol tarafta ağrılı, sert ve mobil bir kitle palpe edildi.

Ultrasonografide skar hattı sol kesimde yan yana birkaç adet yaklaşık 1-2 cm derinde, büyüklükleri 38x28 mm boyutlarında belirgin hipoekoik, heterojen yapıda, ve düzensiz şekilli yer yer miks kanlanan, eksternal endometriyozis ile uyumlu lezyonlar saptandı. Tanı doğrultusunda hasta cerrahi eksizyona alındı. Operasyon sırasında lezyonun fasyaya kadar ilerlediği görüldü ve kitle tümüyle çıkarıldı, fasya sütüre edildi. Cilt altı doku iki kat sütüre edildi, cilt primer kapatıldı, dren konulmadı.

Postoperatif 18. günde, hastada skar hattında hassasiyet ve fluktuasyon gelişti. Hastaya antibiyotik tedavisi başlandı, ultrasonografide 57x18x22 mm ve 64x30x62 mm boyutlarında hemorajik seroma ile uyumlu lezyonlar saptandı. Girişimsel radyoloji tarafından seromadan yaklaşık 40 cc drenaj işlemi sağlandı. Gelen sıvıdan abse kültürü gönderildi, üreme olmadı. Hastanın klinik durumu düzeldi ve işlemiden 3 gün sonra taburcu edildi. Patoloji sonucu endometriyozis olarak raporlandı.

Tartışma

Skar endometriyozisi, sıklıkla sezaryen sonrası skar hattında ortaya çıkar ve genellikle ağrılı kitle ile kendini gösterir (1). Cerrahi eksizyon, en etkin tedavi yöntemidir, nüksü önlemek için lezyonun en az 1 cm güvenlik payı bırakılarak geniş eksizyonu önerilmektedir (5). Seromalar, plazma ve lenfatik drenajdan oluşan, ameliyatın sırasında oluşturulan ölü alanlarda biriken anormal seröz sıvı koleksiyonlarıdır (6). Ancak nadiren de olsa, geniş doku disseksiyonu sonrası doku boşluklarında sıvı birikimi ile seroma oluşabilir (7). Seroma gelişimi genellikle eksize edilen alanın genişliğine, hemostaz yetersizliğine ve inflamatuvar süreçlere bağlıdır (6).

Bizim olgumuzda seroma oluşumunu kolaylaştıran faktörler kitle boyutunun 3 cm 'den büyük olması ve dren kullanılmadığı için muhtemelen ölü boşluk kalmış olmasıydı. Hasta taburculuk sonrası ağır yük kaldırdığını da ifade etti. Literatürde skar endometriyozis eksizyonlarından sonra seroma oluşumu nadir olarak bildirilmiştir. Bu nedenle bu olgu, dikkat çekici bir komplikasyon örneğidir.

Seroma oluşumunun önlenmesi için; cerrahi alanda doku boşluklarının minimize edilmesi, gerektiğinde dren kullanımı ve postoperatif yakın takip önerilmektedir (7)

Sonuç

Skar endometriyozis eksizyonları genellikle başarılı olmakla birlikte, nadir görülen komplikasyonlara da açık işlemlerdir. Seroma, bu olgularda nadir görülse de hem hasta konforu hem de yatış süresini uzattığı için maliyet açısından tanınması ve yönetilmesi gereken bir durumdur. Cerrahların bu tür komplikasyonlara karşı dikkatli olması ve uygun önleyici önlemler alması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi komplikasyon, eksizyon, seroma, skar endometriyozis.

Kaynaklar

1. Zhong, Q., Qin, S., Lai, H., Yao, S., & Chen, S. (2024). Risk factors for postoperative recurrence of cesarean scar endometriosis. *AJOG Global Reports*, 4(2), 100349.
2. Martínez, C. M., & Somoano, S. T. (2017). Abdominal wall endometriosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(6), 701-702.
3. Emre, A., Akbulut, S., Yilmaz, M., & Bozdog, Z. (2012). Laparoscopic trocar port site endometriosis: a case report and brief literature review. *International surgery*, 97(2), 135-139.
4. Zhang, P., Sun, Y., Zhang, C., Yang, Y., Zhang, L., Wang, N., & Xu, H. (2019). Cesarean scar endometriosis: presentation of 198 cases and literature review. *BMC women's health*, 19(1), 14.
5. Doroftei, B., Armeanu, T., Maftei, R., Ilie, O. D., Dabuleanu, A. M., & Condac, C. (2020). Abdominal wall endometriosis: two case reports and literature review. *Medicina*, 56(12), 727.
6. Kazzam, M. E., & Ng, P. (2022). Postoperative seroma management.
7. Benedetto, C., Cacoza, D., de Sousa Costa, D., Coloma Cruz, A., Tessmann Zomer, M., Cosma, S., ... & Kondo, W. (2022). Abdominal wall endometriosis: Report of 83 cases. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159(2), 530-536.

Rize Obstetrik ve Jinekolojide Güncel Gelişmeler Sempozyumu

16 Ağustos 2025, Cumartesi

RTEÜ Merkez Kampüsü Kongre ve Kültür Merkezi Cep Sineması A Salonu



Resim 1. Skar endometriyozis (en büyüğü 4x3,5 cm boyutunda olan kitleler)

SS-08

BİLATERAL TUBAL LİGASYONDA SALPENJEKTOMİ NE KADAR DOĞRU ?

As.Dr. Dide GÜVENİR, As.Dr. Ümran KAYA, Prof.Dr.Bülent YILMAZ

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize-TÜRKİYE

Amaç :

Tüp ligasyonu, kalıcı bir doğum kontrolü ve ya sterilizasyon sağlayan cerrahi bir işlemdir. Ameliyat, fallop tüplerini tıkayarak spermin yumurtayla buluşmasını ve dolayısıyla gebeliği etkili bir şekilde önlemesini sağlar. Tüp ligasyonu geri dönüşsüz olabilir bu nedenle planlanırken dikkat edilmeli kullanılan sterilizasyon yöntemi klinisyen tarafından geri dönüş ihtimali açısından iyi seçilmeli ve hastaya geri dönüşsüz olabileceği hakkında bilgi verilip kesin karar olup olmadığı sorgulanmalıdır. Bu sunumda bilateral tüp ligasyonu yaptırıp sonrasında tekrar çocuk istemi olan bir hastadan bahsedilecektir.

Olgu :

32 yaş ilk evlilikten 3 çocuk 3 c/s 2018 de btl öyküsü olan 2. evliliğini yapmış tekrar çocuk istemi olan hasta tüplerini açtırmak için başvurdu. Muayenesinde ultrasonda uterus doğal bilateral overler doğal görünümde tetkiklerinde endometrial bx: polip, hormon profili negatif, smear negatif olan hastaya tubal reanastomoz planlandı. Hastaya gaa diagnostik laparotomi+ skar revizyonu yapıldı. Gözlemlerde uterus ön duvarında mesaneye dens yapışıklıklar vardı uterus ve overler doğal, her iki tubanın istmik bölgesi uterus proksimalinde yaklaşık 2şer cm olarak izlendi. Ampulla ve fimbria bölümleri izlenmedi. Reanastomoz işlemi gerçekleştirilemedi.

Tartışma :

Tüp ligasyonu, kalıcı ve geri dönüşsüz bir doğum kontrol yöntemidir. Tüp ligasyonunda, her iki fallop tüpü de çıkarılır, kesilir ve özel bir iplikle bağlanır, bant ve ya klipslerle kapatılır ve ya elektrik akımıyla kapatılır. Bu işlem, spermin yumurtaya ulaşmasını engelleyerek gebeliği önler. Tüp ligasyonu gebeliği önlemede %99'dan fazla etkilidir. Modifikasyonları ile birlikte 3 çeşit tüp ligasyonu yöntemi mevcuttur. Bunlar fallop tüplerine değişik kalıcı halkalar ve ya klipsler takma; tüpün bir segmentini çıkararak veya yerinde bırakarak sütürlü ligasyon; tüp segmentine elektrokoagülasyon yöntemleridir. Hastamızda her iki tüp için parsiyel salpenjektomi ile sterilizasyon sağlandığı görülmüştür. Hastanın işlemi geri dönüşsüz olup reanastomoz sağlanamamıştır.

Sonuç:

Bilateral tüp ligasyonlarında işlemin kalıcı ve geri dönüşsüz olabileceğinin hastaya bildirilmesi ve çocuk istemi kesinlikle olmayan hastalarda bu yöntemin uygulanması daha doğru olacaktır. Operasyon yöntemi olarak parsiyel salpenjektomi yöntemi kullanmaktansa yerinde sütür atarak ligasyon işlemi yapmak ya da fallop tüplerine halka ve ya klipsler koyarak ligasyon işlemi sağlamak olası bir anastomoz istemi halinde daha umut vadeden bir yöntem olduğu için öncelikli tercihler olmaları daha sağlıklı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: bilateral ligasyon ,reanastomoz,salpenjektomi

Teşekkür : Prof. Dr. Bülent Yılmaz , As. Dr. Ümran Kaya

SS-09

EKTOPIK GEBELİK RÜPTÜRÜNÜ TAKLİT EDEN VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANTLI HASTANIN YÖNETİMİ

Yavuz Selim KARSLI¹, İlknur Merve AYAZOĞLU¹, Sibel DOĞAN POLAT¹, Savaş ÖZDEMİR¹, Bülent YILMAZ¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ

Ektopik gebelik fertilize ovumun endometrial kavite haricinde herhangi bir yere yerleşmesidir. Adet gecikmesi, karın ağrısı ve vajinal kanama ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda ilk düşünülmesi gerekenler sağlıklı erken gebelik, düşük tehdidi ve ektopik gebeliktir. Ektopik gebelikte erken tanı ve tedavi rüptür oranlarını, dolayısıyla anne hayatını tehdit eden bir klinik tablo ile karşımıza gelme ihtimalini azaltsa da hâlâ ilk trimesterdeki maternal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerindendir. Bu vaka sunumunda başka bir merkezde rüptüre ektopik gebelik ön tanısı ile cerrahi tedavi planlanan, ventriküloperitoneal şantı bulunan hastanın yönetimi sunulacaktır.

VAKA SUNUMU

34 yaşında, G3P1A1Y1, sezaryen doğum öyküsü olan, başka bir merkezde ektopik gebelik rüptürü tanısıyla operasyon planlanan, son adet tarihine göre 5 haftalık gebe hasta, ameliyatını ileri bir merkezde olmak istediği için ayaktan acil servisimize başvurmuştur. Hastaya geldiği merkezde iki gün ara ile bakılan beta hCG değerlerinin 1515 mIU/ml, 1426 mIU/ml ve 1462 mIU/ml ölçülmesi, ağrısı olması ve ultrasonografide batında serbest sıvı izlenmesi nedeniyle operasyon kararı alındığı öğrenilmiştir.

Spekulum muayenesinde az miktarda kanaması olan hastanın batin muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet saptanmıştır. Transvajinal ultrasonografide endometrial kalınlık 13 mm, sağ adneksiyel lojda 15 mm şüpheli ektopik odak ve douglasta en derin yerinde 3 cm mayi izlenen (Resim 1), defans ve reboundu olmayan hastaya yatış verilmiştir. Anamnezinde hidrosefali nedeniyle ventriküloperitoneal şantı da olduğu öğrenilen hastanın intraabdominal sıvısının şanta bağlı olduğu düşünülmüştür. Vital bulguları ve hemodinamisi stabil olan hastaya kliniğimizde iki gün ara ile bakılan beta hCG değerlerinin 1351 mIU/ml ve 1445 mIU/ml ölçülmesi üzerine intramüsküler 50mg/m² metotreksat tedavisi uygulanmıştır. Takibinde 4. ve 7. gün beta hCG değerleri 441 mIU/ml ve 224 mIU/ml olarak ölçülen hastanın yapılan kontrol ultrasonografilerinde douglastaki mayi miktarında değişiklik izlenmemiştir (Resim 2). Aktif şikayeti olmayan hasta haftalık beta hCG takibine alınmıştır.



Resim 1: İlk başvuruda gözlenen 3 cm mayi



Resim 2: Metotreksat tedavisi sonrası mayi

TARTIŞMA

Ektopik gebeliğin tedavi seçenekleri bekleme yaklaşımı, metotreksat ile medikal tedavi uygulaması ve cerrahi tedavi olarak sıralanabilir. Bekleme yaklaşımı asemptomatik ve hemodinamisi stabil olan, beta hCG değeri özellikle 200 mIU/ml'den az veya düşme eğiliminde olan ve ultrasonografide şüpheli ektopik odak izlenmeyen gebeliklerde tercih edilmelidir. Medikal tedavi hemodinamik açıdan stabil, rüptür gerçekleşmemiş, ektopik odak boyutu 3,5-4 cm'den küçük, fetal kalp atımı olmayan, genellikle beta hCG değeri 5000 mIU/ml'den az olan ve metotreksat tedavisi için kontrendikasyonu olmayan hastalar için uygun bir tedavidir. Cerrahi tedavi ise sıklıkla beta hCG değeri 5000 mIU/ml'den fazla olan, fetal kalp atımı tespit edilen, hemodinamik olarak stabil olmayan, rüptür ve akut batin bulguları gelişen, metotreksat tedavisine yanıt vermeyen hastalarda gereklidir. Hidrosefali hastalığına sahip olan hastalarda intrakranial basıncı azaltmak için, fazla basınca sebep olan beyin omurilik sıvısının şant ile başka bir kaviteye (örneğin batin içi) boşaltılması endikedir(1). Batında serbest mayi olması öncelikle ektopik gebelik rüptürünü düşündürmekle birlikte eşlik edebilecek over kist rüptürü, asit ile birlikte olan hastalıklar ve ventriküloperitoneal şant gibi nadir sebepler de akla gelmelidir. Dış merkezden cerrahi tedavi beklentisiyle gelen hastamızda muayene bulgularının ve hemodinaminin stabil olması, ektopik odakta hematoma izlenmemesi, batındaki serbest mayi miktarının artış göstermemesi ve bu mayinin ventriküloperitoneal şanta bağlı olabileceği düşüncesi ile ektopik gebelik rüptürü düşünülmemiş ve medikal tedavi cerrahi tedaviye tercih edilmiştir. Hastanın takiplerinde de düzenli beta hCG düşüşünün devam ettiği tespit edilmiştir.

SONUÇ

Serebral şant tekniklerindeki gelişmeler ventriküloperitoneal şantlı hastaların daha sık olarak gebelikte başvurmalarına sebep olmuştur. Olası bir ektopik gebeliğin erken gebelik döneminde gecikmeden teşhis edilmesi ve rüptüre olmadan tedavi edilmesi kadar, hastaların ek hastalıklarının ayrıntılı olarak sorgulanması da önemlidir. Bu vakada olduğu gibi batin içi serbest sıvının ektopik gebelik rüptürü haricindeki nedenlerden de kaynaklanabileceği akılda tutulmalıdır.

REFERANS

1. Uzzo RG, Bilsky M, Mininberg DT, Poppas DP. Laparoscopic surgery in children with ventriculoperitoneal shunts: Effect of pneumoperitoneum on intracranial pressure - Preliminary experience. *Urology*. 1997;49:753-7. doi: 10.1016/S0090-4295(97)00233-1. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

SS-10

Uterin Anomalilerde Yapılan 4k Histeroskopi Sonrası Gelişen Plasenta Akreata Spektrumu: T-shape Uterus Olgusu

Betül Başta, Savaş Özdemir, Ümran Kaya, Mehmet Kağıtçı, Bülent Yılmaz

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Giriş

Uterin anomaliler, kadın üreme sisteminin embriyolojik gelişim sürecindeki füzyon veya rezorpsiyon bozuklukları sonucu ortaya çıkan konjenital malformasyonlardır. Toplumda prevalansı yaklaşık %4–7 arasında değişmekte olup infertilite, tekrarlayan gebelik kayıpları ve obstetrik komplikasyonlara neden olabilir. T-shape uterus, nadir görülen bir Müllerian anomali tipidir. Bu uterus yapısı; dar kavite, kalın lateral duvarlar ve fibrotik miyometriyum ile karakterizedir. Histeroskopi, uterin anomalilerin tanı ve tedavisinde altın standart yöntemdir. Ancak kavite içine yapılan cerrahi girişimler sonrası, özellikle günümüzde yan duvarları eksize etme yöntemi ile endometrial skar dokusu gelişimi, gelişen gebeliklerde plasenta invazyon anomalileri (plasenta akreata, inkreta, perkreta) riskini artırabilir.

Bu olguda, T-shape uterus tanısı ile diagnostik histeroskopi yapılan, IVF sonrası ikiz gebelik elde edilen ve sezaryen sırasında plasenta akreata spektrum (PAS) saptanan bir hasta sunulmuştur.

Olgu

Hastamız 34 yaşında, 6 yıllık evli, infertil, çocuk isteği olan bir kadındır.

Tip2 Diyabetes Mellitus tanısı mevcuttur. Hastaya başka bir merkezde daha önce altı kez intrauterin inseminasyon (IUI) uygulanmış, gebelik elde edilememiştir. Bir sene önce yine başka bir merkezde histerosalpingografide **T-shape uterus** saptanması üzerine **operatif histeroskopi** yapılmıştır. Sonrasında in vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi ile ikiz gebelik elde edilmiştir. Gebelik takibinde **gestasyonel hipertansiyon (GHT)** tanısı konulmuştur.

Kliniğimize yüksek riskli gebelik için rutin kontrollerine gelirken başvurmuş olup ikizlerden birinde fetal gelişim geriliği saptanmış ve perinatoloji kararıyla 33+4 gebelik haftasında hastaya sezaryen doğum planlanmıştır.

Sezaryen sırasında uterus posteriorunda yer yer plasental invazyon alanları saptanmış, plasenta bütün olarak ayrılmamış olup uterusu invaze izlenmiştir. Plasentanın ayrılması esnasında şiddetli **hemoraji** gelişmiştir. Kanama kontrolü amacıyla operasyon sırasında **bilateral uterin arter ligasyonu** uygulanmış, kanamanın devam etmesi üzerine **bilateral hipogastrik arter ligasyonu** da yapılmıştır. Hemodinamik stabilizasyon sağlanan hasta yakın takip ve tedavi sonrası komplikasyonsuz olarak taburcu edilmiştir.

Tartışma

Uterin anomaliler, gebelikte fetal gelişim, plasental implantasyon ve doğum sürecini olumsuz etkileyebilir. T-shape uterus, dar kavite ve anormal miyometriyal yapı nedeniyle implantasyon başarısını azaltır. Histeroskopik metroplasti veya kavite düzeltici cerrahiler sonrası gebelik oranlarında artış bildirilmiştir.

Plasenta akreta spektrumu, özellikle geçirilmiş uterin cerrahi öyküsü (sezaryen, küretaj, histeroskopi) ve endometrial hasar varlığında daha sık görülmektedir. Cerrahi sonrası bazal tabakada oluşan defektler, trofoblast invazyonunun miyometriyum içine ilerlemesine neden olur. Bu olguda hem T-shape uterus yapının hem de histeroskopi sonrası gelişebilecek endometrial değişikliklerin plasental invazyon riskini artırdığı düşünülmektedir.

Sonuç

Uterin anomalis ve operatif histeroskopi öyküsü olan gebeler, plasental adezyon anomalileri açısından yüksek risk altındadır. Bu nedenle bu hastaların gebelik süreci multidisipliner yaklaşımla takip edilmeli ve doğumları ileri cerrahi girişim imkânı bulunan merkezlerde planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Uterinanomaliler, T-shape uterus, histeroskopi, IVF, plasenta akreta spektrumu, hipogastrik arter ligasyonu

