

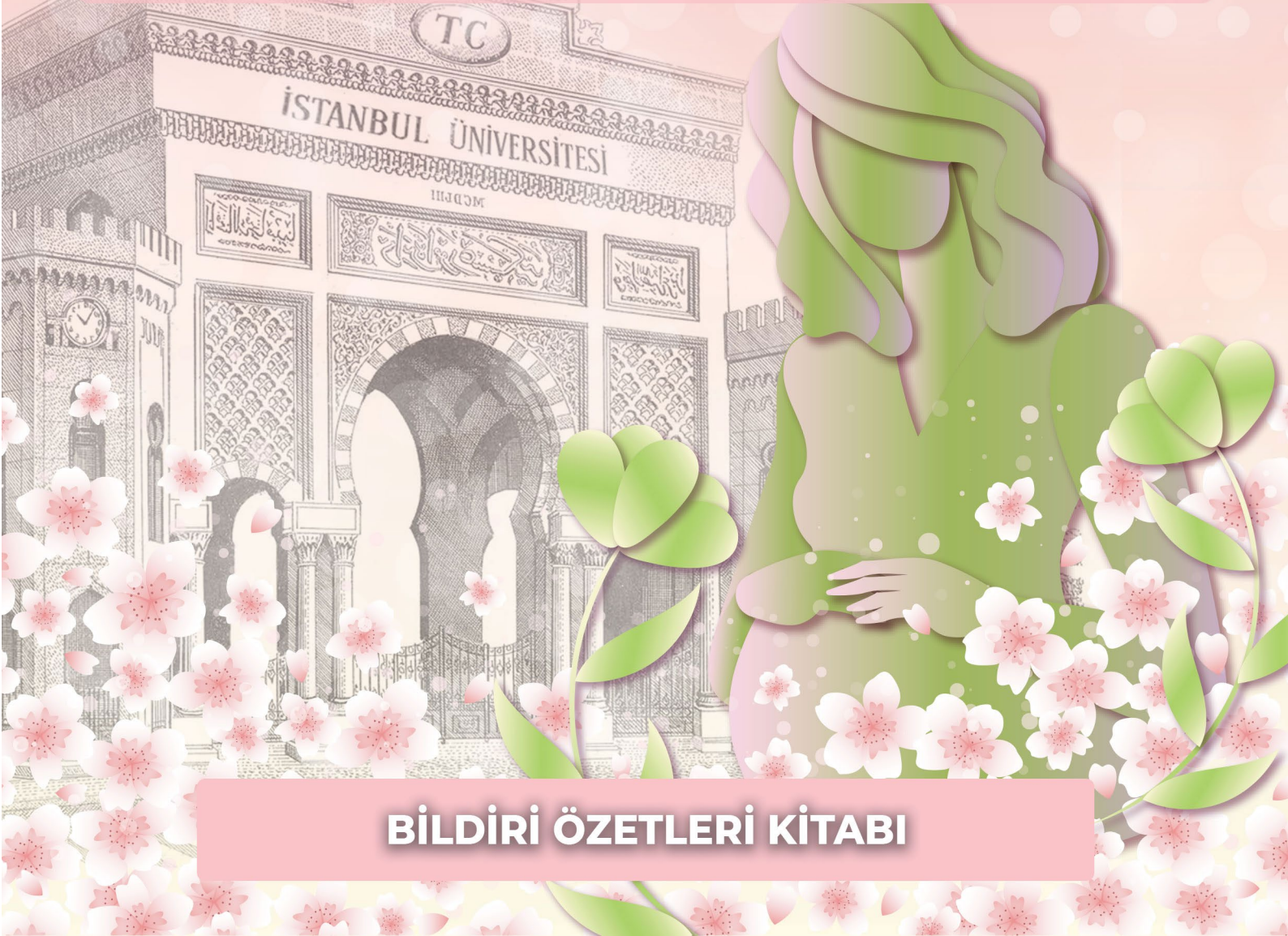


İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

12. İstanbul KADIN DOĞUM Günleri

22-23 Mart 2025

www.istanbulkadindogum2025.org



BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

KURULLAR

KONGRE BAŞKANLARI

İsmail ÇEPNİ
Recep HAS

KONGRE SEKRETERLERİ

Serdar AÇIKGÖZ
Ebru DAVUTOĞLU
Samet TOPUZ
Hakan SEYİSOĞLU

ONURSAL KURUL

Macit ARVAS
Feridun AKSU
Tarkan ALTINOK
Ercan BAŞTU
Bülent BAYSAL
Ergin BENGİSU
Sinan BERKMAN
Faruk BUYRU
Ahmet BÜYÜKÖREN
Umur ÇOLGAR
Fuat DEMİRKIRAN
Selçuk EREZ
Bülent ERGÜN
Erdoğan ERTÜNGEALP
Engin ERKÜN
Haluk İŞİLOĞLU
Lemi İBRAHİMOĞLU
Tülay İREZ
Cem İYİBOZKURT
Aykut KAZANCIGİL
Vildan OCAK
Engin ORAL
Halil SAYGILI
Hasan SERDAROĞLU
Cevdet ŞANIOĞLU
Sezai ŞAHMAY
Cihat ŞEN
Levent ŞENTÜRK
Alkan YILDIRIM
Atıl YÜKSEL

BİLİMSEL KURUL

Serdar AÇIKGÖZ
Ebru ALICI DAVUTOĞLU
Cemil AKGÜL
Süleyman AKHAN
Ali BENİAN
Tevfik Tugan BEŞE
İsmail ÇEPNİ
Özlem DURAL
Cemal Tamer EREL
Altay GEZER
Funda GÜNGÖR UĞURLUCAN
Recep HAS
Semih KALELİ
İbrahim KALELİOĞLU
Burçin KARAMUSTAFAOĞLU BALCI
Ertan KERVANCIOĞLU
Oğuzhan KURU
Rıza MADAZLI
Kutsiye Pelin ÖCAL
İsmail Fahri ÖÇER
Mahmut ÖNCÜL
Yavuz SALİHOĞLU
Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ
Hakan SEYİSOĞLU
Hamdullah SÖZEN
Samet TOPUZ
Abdullah TÜTEN
Cenk YAŞA

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

SÖZLÜ BİLDİRİLER

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-01 VAJİNAL KANAMA İLE GELEN PRETERM GEBEDE TAM KAT FUNDAL UTERİN RÜPTÜRÜN TANI VE TEDAVİSİ

Mustafa Can Sivas, Seda Demiray Çetin

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu vaka sunumunun amacı, kanama ile acil servise başvuran 37 hafta altında bir gebede preterm eylem, açılma kanaması, plasental dekolman tanılarına ek olarak tam kat uterus rüptür olabileceğinin vurgulanması, tam kat uterus rüptür olan bu vakada cerrahi müdahale aşamalarının ve cerrahi sırasında karşılaşılan zorlukların cerrahi ekibin deneyimleri doğrultusunda paylaşılmasıdır.

Yöntem: Kanama şikayeti ile acil servise başvuran hastada USG'de fetal bradikardi tespit edilmesi üzerine, alt segment transvers kesi ile acil sezaryen yapılmasına karar verildi.

Bulgular: 35 yaşında, 35 hafta 1 günlük gebe, kanama şikayetiyle Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kadın Doğum Acil servisine başvurdu. Yapılan değerlendirmede gebenin geçirilmiş 2 sezaryen öyküsünün olduğu, ek başka uterus cerrahisinin olmadığı, ek hastalığının olmadığı belirlendi. Spekulum muayenesinde aktif vajinal kanama izlendi. Transabdominal ultrasonografide ölçümleri 35 hafta ile uyumlu fetal kardiyak aktivite pozitif, baş geliş, plasenta anterior ve amniyon sıvı miktarı normal izlendi. Vajinal tuşe kapalı forme izlendi. Preoperatif hemoglobin düzeyi 8.5 gr/dl, hematokrit %26.4, platelet $384 \times 10^9/L$ idi. Vajinal kanama ve USG'de fetal bradikardi olması üzerine, acil sezaryene alındı.

Pfannenstiel insizyon ile batına girildi. Takiben batından 400 cc kanlı mayii boşaldı. Uterus alt segment transvers kesi ile 2300 gram ağırlığında, 48 cm boyunda, tek canlı erkek bebek 5/7 APGAR ile yüz geliş pozisyonunda doğurtuldu. Uterin masaj eşliğinde plasenta çıkarıldı. Plasenta dekole izlenmedi. Sezaryen sırasında alınan kan gazında hemoglobin 7.5 g/dl, hematokrit %23 olarak saptandı. Yapılan batin gözleminde uterus fundusta iki tuba arasında sağdan sola uzanan yaklaşık 10 cm'lik tam kat uterus rüptür izlendi. Alt segment transvers kesi kilitli kontinü suture edildi. Uterin rüptür alan, önce endometrium sonra myometrium katı ve en son seroza olacak şekilde kat kat suture edildi. Douglasa bir adet silikon dren yerleştirildi. Kanama kontrolü ve batin temizliğini takiben batin kapatıldı, cilt 2.0 prolene ile subkutan suture edildi. Hastaya toplamda 4 ünite eritrosit süspansiyonu ve 4 ünite taze donmuş plazma takıldı.

Sonuç: Kanama ile acile başvuran gebelerde, plasental dekolman sıklıkla ilk akla gelen tanı olmakla birlikte, geçirilmiş uterus cerrahi öyküsü olmayan hastalarda bile uterus rüptür olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Uterin rüptür, cerrahi müdahale gerektiren ciddi bir komplikasyon olarak tanımlanmış olup, zamanında yapılacak uygun cerrahi müdahale ile maternal ve fetal sağlığı korunabilir.

Anahtar Kelimeler: plasental dekolman, sezaryen, uterus rüptür

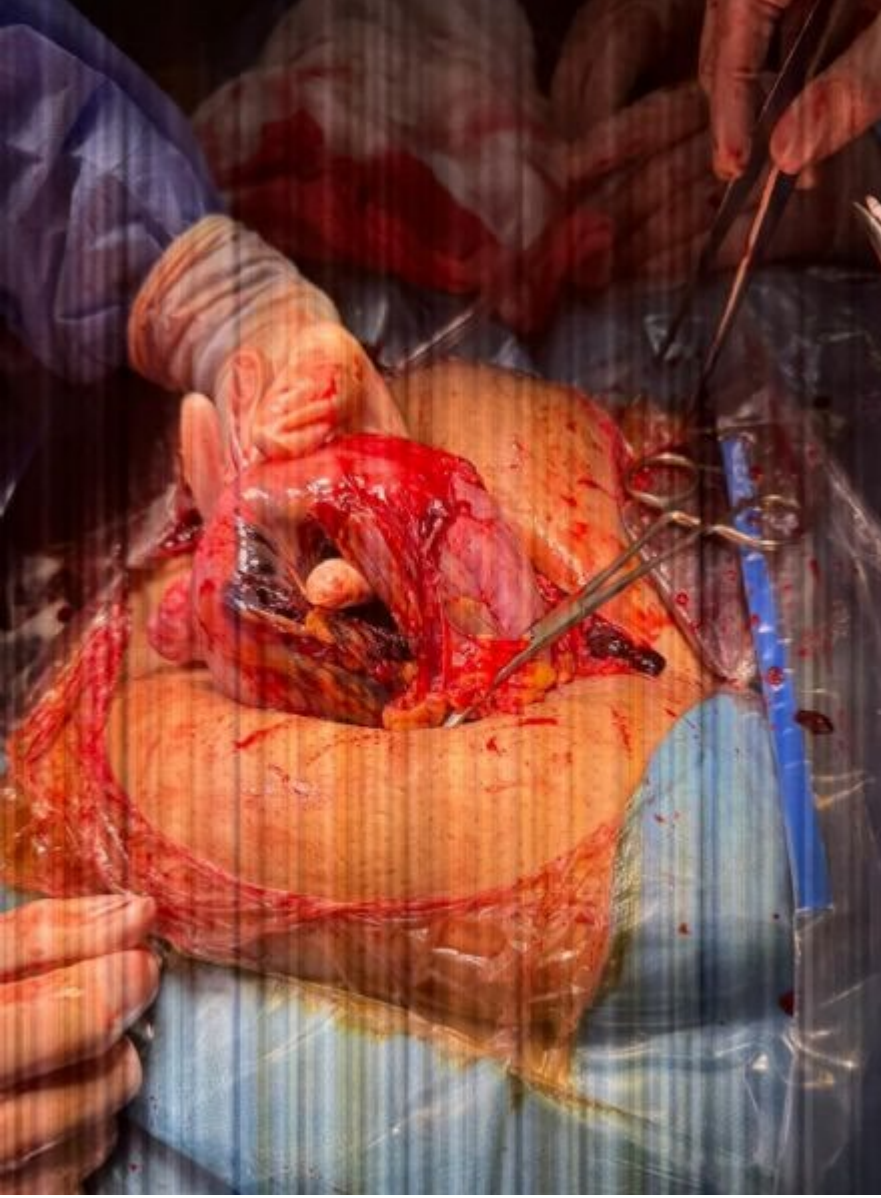
12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

Uterin rüptür



Uterus fundusta iki tuba arasında uzanan tam kat uterin rüptür

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-02 THE IMPORTANCE OF WEIGHT MANAGEMENT BEFORE AND DURING PREGNANCY

Fatemeh Ghannadiasl

Introduction: Overweight and obesity have reached epidemic levels in recent decades, with more women entering pregnancy with excess weight. It seems that many women do not meet the recommendations for healthful weight and nutrition before and during pregnancy. Both pre-pregnancy excess weight and gestational weight gain are significant risk factors for pregnancy loss, gestational diabetes mellitus (GDM), hypertensive conditions, labour complications and maternal death. This study examines the pre-pregnancy weight and weight gain rate during pregnancy in women with GDM.

Material-Methods: This cross-sectional study randomly selected 180 cases of gestational diabetes mellitus referred to a nutrition clinic. GDM was diagnosed using a 75 g oral glucose tolerance test (OGTT) after a 12-hour fast. Plasma samples were collected in a fasting state and at 60, 120, and 180 minutes post-glucose loading. Pre-pregnancy weight was self-reported, and weight and height were measured without shoes and in light clothing in entering the study. The World Health Organization's BMI classification categorized the women as normal (18.5–24.9 kg/m²), overweight (25–29.9 kg/m²), and obese (≥ 30 kg/m²).

Results: The mean age and gestational age of participants were 31.6 ± 5.3 years (range: 21-46) and 26.2 ± 8.2 weeks (range: 6-36), respectively. Mean fasting glucose and plasma glucose levels at 60, 120, and 180 minutes were 95.4 ± 20.2 , 210.5 ± 29.6 , 172.8 ± 36.9 , and 115.3 ± 33.5 mg/dl. The mean pre-pregnancy weight and BMI were 79.6 ± 12.8 kg and 28.8 ± 4.4 kg/m². Among 180 women, pre-pregnancy BMI categories were: normal (28.9%), overweight (28.9%), and obese (42.2%). Median weight gain during gestation was 8.5 kg (range: -10 to 30 kg), with 40.5% gaining ≥ 10 kg over 26.2 weeks.

Conclusion: This study reveals that overweight, obesity, and excessive weight gain are common in women with gestational diabetes mellitus, highlighting the need for nutritional strategies for weight management during pregnancy.

Anahtar Kelimeler: gestational diabetes mellitus, pre-pregnancy BMI, pregnancy weight gain

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-03 POSTMENOPOZAL ÜROGENİTAL SEMPTOMLARIN ŞİDDETİ KEMİK KÜTLESİNDEKİ AZALMAYLA İLİŞKİLİ OLABİLİR

Asena Ayar Madenli¹, Serap Çetiner², Tuğba Gürbüz³, Beste Kor¹, Almıla Nur Kugu¹

¹İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul; Liv Hospital Vadistanbul

²Özel Centermed Klinik, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Kolan Hospital Tüp Bebek Kliniği, İstanbul

Amaç: Menopoz semptomları ile kemik mineral yoğunluğu (KMY) arasındaki ilişkiyi incelemek.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışmada, Ocak- Haziran 2023 tarihleri arasında İstanbul'daki bir üniversite hastanesinde 193 postmenopozal kadın incelendi. Katılımcıların demografik ve antropometrik özellikleri, sigara ve egzersiz durumu, gebelik öyküsü, laboratuvar ve radyolojik bulguları kaydedildi. KMY ölçümlerine göre osteopeni veya osteoporozu olan kadınlar düşük KMY grubuna alındı. Menopoz semptomlarını değerlendirmek için Menopoz Derecelendirme Ölçeği (MDÖ) kullanıldı.

Bulgular: Düşük kemik mineral yoğunluğuna sahip kadınlar, normal KMY'ye sahip kadınlara kıyasla daha ileri yaşta idi, menopoz süresi daha uzundu ve vücut kitle indeksleri (VKİ) daha düşüktü. Bu gruptaki kadınlarda MDÖ ürogenital semptom alt ölçek skoru belirgin şekilde yüksekti ($p = 0.019$). MDÖ skorları ile diğer değişkenler arasındaki korelasyon incelemeleri yaş ile minimal negatif ilişkiler gösterdi.

Sonuç: MDÖ'nün ürogenital alt ölçeğinde yüksek skorlar, düşük kemik mineral yoğunluğunun varlığıyla ilişkili görünmektedir. Postmenopozal kadınlarda belirgin ürogenital semptomlar, azalmış kemik kütlesine işaret edebilir ve değerlendirme gerektirebilir.

Anahtar Kelimeler: **Alfabetik sıraya göre:** Kemik mineral yoğunluğu (KMY), menopoz derecelendirme ölçeği (MDÖ), menopoz semptomları, postmenopozal kadınlar

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

Normal ve Düşük KMY Gruplarının Karakteristik, Laboratuvar Ölçümleri ve MDÖ Skorları Açısından Karşılaştırması

Tablo 2. Normal ve Düşük KMY Gruplarının Karakteristik, Laboratuvar Ölçümleri ve MDÖ Skorları Açısından Karşılaştırması			
	Kemik Mineral Yoğunluğu		
	Normal (n=96)	Düşük(n=97)	p
Yaş, yıl	50.97 ± 4.74	52.77 ± 5.09	0.012[†]
Vücut kitle indeksi, kg/m ²	28.19 (23.75 - 31.22)	25.32 (21.67 - 31.25)	0.016[‡]
Bel-kalça oranı	0.81 (0.76 - 0.90)	0.80 (0.75 - 0.87)	0.171 [‡]
Doğurganlık (>1 gebelik >20hafta)	88 (91.67%)	80 (82.47%)	0.092 [§]
Eğitim durumu			
• İlkokul	53 (55.21%)	72 (74.23%)	0.017[§]
• Lise	29 (30.21%)	19 (19.59%)	
• Üniversite	14 (14.58%)	6 (6.19%)	
Sigara kullanımı	18 (18.75%)	26 (26.80%)	0.245 [§]
Düzenli egzersiz	19 (19.79%)	36 (37.11%)	0.012[§]
Metabolik sendrom	36 (37.50%)	40 (41.24%)	0.595 [§]
D Vitamini, ng/mL	32.8 (26.35 - 41.1)	32.0 (24.2 - 41.4)	0.415 [‡]
B12 Vitamini, ng/mL	368.5 (298 - 468.6)	432 (332 - 595)	0.015[‡]
Menopoz süresi, yıl	2 (1 - 3)	4 (1 - 6)	0.006[‡]
Menopoz Değerlendirme Ölçeği skoru			
• Toplam	16.48 ± 6.64	17.69 ± 7.68	0.242 [†]
• Somatik	5.91 ± 3.16	6.39 ± 3.26	0.295 [†]
• Psikolojik	6.80 ± 3.56	6.75 ± 3.64	0.924 [†]
• Ürogenital	3 (1 - 6)	5 (3 - 6)	0.019[‡]
Açıklama: Sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma veya medyan (25 ve 75. persentil); kategorik değişkenler için frekans (yüzde) sunulmuştur.			

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-04 TNFR2'NİN POTANSİYEL OVER REZERV BELİRTECİ OLARAK ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Asena Ayar Madenli¹, İnci Öz², Almıla Nur Kugu¹, Beste Kor¹

¹İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul; Liv Hospital
Vadistanbul, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Medicana Ataköy Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Overin granuloza hücrelerinden de salgılanan ve inflamatuvar bir biyomarker olan Tumor Nekroz Faktörü-
alfa'nın (TNF- α), over rezervini belirlemede Anti Müllerian Hormon'a (AMH) göre potansiyelini değerlendirmek.

Yöntemler: Ocak 2022- Ocak 2024 tarihleri arasında bir jinekoloji kliniğine yıllık kontrol, adet düzensizliği ve
fertilite problemleri ile başvuran ve rastgele seçilmiş 20-40 yaş arası 179 kadın çalışmaya alındı. Çalışmanın
başlangıcında demografik özellikleri ve siklusun 3. Gününde yapılan AMH, FSH, LH, E2 değerleri kaydedildi.
Trans-vajinal ultrasonografi ile antral folikül sayımı yapıldı. Hastalar düşük over rezervi (DOR), prematür over
yetmezliği (POI) ve normal rezerv olacak şekilde gruplandırıldı. Normal veya düşük over rezervini tanımlamak
için AMH eşik değeri olarak 1.2 ng/ml kullanıldı. Laboratuvarında stabil olması ve kolay ölçülmesi sebebiyle
Tumor Nekroz Faktör Reseptör (TNFR2) molekülü, TNF- α ölçümünde aracı olarak kullanıldı.

Bulgular: 92 (%51,40) olguda AMH $<1,2$ olarak tespit edildi (DOR). 11 (%6,15) hastada prematür over yetmezliği
(POI) saptandı. TNFR2, DOR'u öngörmeye anlamlı olmasına rağmen (sensitivite %81,48, spesifite %46,71, area
under curve (AUC): 0,651), AMH'den daha az değerliydi; ayrıca POI için anlamlı değildi (AUC: 0,624, %95
confidence interval (CI): 0,439-0,809).

Sonuç: AMH, TNFR2'ye kıyasla over rezervinin değerlendirilmesinde hala üstün bir belirteçtir. TNFR2'nin DOR
tahminindeki önemine rağmen POI'yi ayırt edememesi ve AMH değerleri ile ilişkili olmaması nedeniyle genel
olarak düşük risk grubu popülasyonda over rezervini değerlendirmek için kullanılması uygun değildir. Ancak POI
riski taşıyan DOR hastalarını ayırt etmekte, fertilite korunmasından fayda görebilecek hastaların tanımlanması
ve yönlendirilmesinde konvansiyonel over rezerv testlerine destek sağlayabilse de daha geniş hasta gruplarıyla
yapılmış randomize kontrollü kohort çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: AMH, düşük over rezervi, over rezervi, prematür over yetmezliği, TNF- α

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

Tablo 1. DOR (Düşük Over Rezervi) olan ve olmayan gruplar arasındaki karşılaştırmanın özeti

Gruplar	NOR (n=87) (AMH $\geq$ 1.2ng/ml)	DOR (n=92) (AMH<1.2ng/ml)	p
Yaş, yıl	28 (24 - 34)	37 (32 - 39)	<0,001§
Vücut kitle indeksi, kg/m ²	21,36 (19,68 – 24,31)	22,37 (20,12 – 24,16)	0,353§
Sigara kullanımı	30 (34,48%)	29 (31,52%)	0,674†
AMH, ng/ml	3.05 (2,20 – 3,80)	0,76 (0,45 – 1,00)	<0,001§
Menstrüel döngü			
Düzenli	61 (70,11%)	49 (53,26%)	0,021†
Düzensiz	26 (29,89%)	43 (46,74%)	0,021†
AFC ile over rezervi			
Normal/Yüksek	84 (96,55%)	68 (73,91%)	<0,001†
Çok Düşük/Düşük	3 (3,45%)	24 (26,09%)	<0,001†
POI (prematür over yetmezliği)	0 (0,00%)	11 (11,96%)	0,003†
FSH, mIU/mL	5,90 (4,90 – 6,80)	7,80 (6,07 – 11,80)	<0,001§
LH, mIU/mL	5,80 (4,30 – 7,90)	6,61 (4,53 – 9,05)	0,145§
E2, pg/mL	34,50 (25,50 – 41,90)	34,90 (23,53 – 52,94)	0,378§
TNFR2, kDa	13,79 (9,96 – 31,86)	12,84 (9,98 – 32,39)	0,458§

Tanımlayıcı istatistikler: Sürekli değişkenler, dağılımın normal olmaması nedeniyle medyan (25. persentil - 75. persentil) olarak; kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) olarak sunulmuştur. İstatistiksel analizler: § Mann-Whitney U testi, † Ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır. Kısaltmalar: NOR: Normal over rezervi, DOR: Düşük over rezervi, AMH: Anti-Müllerian hormon, AFC: Antral folikül sayısı, POI: Prematür over yetmezliği, FSH: Folikül uyarıcı hormon, LH: Luteinizan hormon, E2: Estradiol, TNFR2: Tümör nekroz faktör reseptörü 2.

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-05 İNFLUENZA'YA SEKONDER MALİGN KARDİYAK ARİTMİ İLE BAŞVURAN GEBENİN YÖNETİMİ, OLGU SUNUMU

Hale Özer Çaltepe, Zeynep Kayaoğlu Yıldırım

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Gebelikte supraventriküler taşikardi gibi kardiyak aritmiler yaklaşık olarak 100000 de 22-24 olarak görülmektedir. Maternal ve fetal mortalite riskini arttıran bir durumdur. Maternal ve fetal mortalite riski çok yüksek olduğundan gebeliğin seyri ile alakalı hızlı karar verilmelidir. İnfluenza ise gelişmiş ülkelerde anne ölümlerinin 5-12% sinden sorumlu tutulmaktadır. Biz bu olgu sunumumuzda influenzaya bağlı geliştiğini düşündüğümüz medikal tedavi ve kardiyoversiyona rağmen düzelmeyen supraventriküler taşikardi ve metabolik asidoz nedeniyle yoğun bakımda takip ettiğimiz bir gebenin yönetimini anlatacağız.

Olgu: Olgumuz 37 yaşında, Gravida 3 parite 2, ultrason ölçümleri ve son adet tarihine göre 28 hafta olan gebe. Diğer iki gebeliğinde normal vajinal doğum yapmış. Bilinen bir hastalığı, operasyon öyküsü veya kullandığı ilacı yok. Laboratuvar testleri normal sınırlarda. Hasta daha önceki gebeliklerinde de hafif çarpıntı şikayetleri olduğunu fakat başka bir şikayetin olmadığını ifade ediyor. Acil servisimize çarpıntı ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. Çekilen EKGsinde kalp hızı 220 ve üzerinde saptanması üzerine medikal tedavi ve 3 kez kardiyoversiyon yapıp tarafımızdan gebeliğin seyri açısından görüş istendi. Hasta yoğun bakım şartlarında görülüp olası iyatrojenik erken doğum riski nedeniyle betametazon enjeksiyonu yapıldı. Metabolik asidoz ve kussmaul sendromu olması üzerine hastaya anestezi ekibi tarafından entübasyon kararı verildi. Ampirik antibiyoterapi başlandı. Kardiyoloji ve Yoğun Bakım Hekimleri tarafından tekrar kardiyoversiyon yapılmasına karar verildi; yine de hastanın yoğun bakım seyrinde malign aritmisi ve saturasyonu düzeltilemedi. Tedavilere rağmen giderek kötüleşen klinik seyir nedeniyle betametazon dozları da tamamlanan gebeye tarafımızca doğum kararı alındı. Acil sezeryan ile APGAR skoru 3 ve 5 olan canlı bebek doğurtuldu. Sezeryan sonrası maternal nabız 160lara kadar geriledi. Hastanın doğum sonrası çekilen bilgisayarlı tomografisinde pulmoner emboli ekarte edildi; pnömoni ile uyumlu olduğu düşünülen yoğun konsolidasyon alanları izlendi. Yatış esnasında alınan solunum yolu viral paneli influenza A olarak sonuçlandı. Postoperatif 6. günde hasta ekstübe edilip genel durumu daha stabil olması üzerine kardiyoloji servisine kabul edildi. Yapılan kontrol ekokardiyografisinde postpartum kardiyomiyopati ve azalmış ejeksiyon fraksiyonu izlendi. Taşikardi tedavisi için kardiyak ablasyon kararı alındı. Hastanın hala serviste takipleri devam ediyor.

Sonuç: Gebeliğe bağlı artmış hemodinamik yük, yeni başlangıçlı kardiyak aritmilere veya var olan aritminin kötüleşmesine yol açabilir. Çoğu aritmi benign seyirli olarak ilerlese de maternal ölüme kadar ilerleyebilir. Hastanın önceki gebeliklerdeki anamnezini dikkatli dinlemek bu aritmileri aklımıza getirip önlem almamızı sağlayacaktır. Bizim vakamız muhtemelen bilinmeyen bir aritmisi olan hastanın, influenzaya bağlı akciğer tutulumu olması ile ortaya çıkması açısından önemlidir. Akciğer tutulumu ile azalan oksijen saturasyonu ve gebeliğin artmış hemodinamik yüküne karşı kompensatuar olarak gelişmiş bu aritminin yönetimi oldukça önemlidir. Olgumuz, multidisipliner yaklaşımın maternal mortalite ve morbiditeyi önlemedeki önemini bize göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner emboli, supraventriküler taşikardi, aritmi, gebelik

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-06 TUBEROSKLEROZ KOMPLEKSİ VE EKSPRESİVİTE DEĞİŞKENLİĞİ: FETAL KARDİYAK RABDOMYOM İLE PREZENTE OLGU SUNUMU

Didem Kaymak

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Tuberoskleroz kompleksi (TSC), çeşitli organlarda hücresel ve doku displazisi ile karakterize olan, otozomal dominant, multisistemik bir hastalıktır. Klinikten TSC1 veya TSC2 genlerindeki mutasyonlar sonucu oluşan mTOR aşırı aktivasyonu sorumludur. Beyin, kalp, deri, gözler, böbrekler ve akciğerler bu sendromdan sıklıkla etkilenmektedir ve morbidite ile mortalitenin en önemli sebeplerinin başında nörolojik semptomlar gelmektedir. Sıklığı 1/6000-10000 canlı doğumdur. Biz prenatal dönemde kardiyak rabdomyom tanısı alan ve aile öyküsü olan TSC olgusunu sunmayı amaçladık.

Vaka: 29 yaşında, dördüncü gebeliği olan ve bir yaşayan çocuğu bulunan hasta, 22. gebelik haftasında rutin fetal anatomi taraması için yönlendirildi. Özgeçmişinde, bilateral anjiomiyolipom sonrası TSC tanısı bulunduğu, TSC stigmalarının tetkik edilmesi sırasında beyinde multiple tuber raporlandığı, ancak nöbet öyküsü ve bilişsel gerilik olmadığı, üniversite mezunu olup hemşire olarak çalıştığı kaydedildi. Bu gebeliği spontan olsa da, açıklanamayan infertilite nedeniyle diğer üç gebelikte in vitro fertilizasyon yöntemiyle gebelik elde edildiği, ancak embriyolarda preimplantasyon genetik tanı uygulanmadığı not edildi. Yaşayan çocuğunda postnatal 7x5 mm kardiyak rabdomyom tespit edilmesi nedeniyle TSC tanısı konulduğu, dirençli nöbetler ve orta derecede bilişsel gerilik olduğu, prenatal herhangi bir bulgu olmadığı belirtildi. Aile öyküsü üç kuşakta sorgulandığında annenin babasında da hipomelanotik makül bulunduğu, ancak genetik tanı konulmadığı öğrenildi (Şekil 1). Bu gebelikte 22. gebelik haftasında yapılan ultrasonografide, sol ventrikül apekte muskuler septuma bitişik, 7x5 mm boyutlarında hiperekojen kitle izlendi. Kitle kardiyak rabdomyom olarak değerlendirildi ve aile öyküsü göz önünde bulundurulduğunda TSC ile ilişkilendirildi. Aile invaziv işlem ve terminasyon istemediği için hasta yakın takibe alındı. Takip sırasında 24, 29, 32 ve 34. gebelik haftalarında kitlenin boyutları sırasıyla 9x7 mm, 11x7.8 mm, 14x12 mm ve 14x10 mm olarak ölçüldü. 34. haftadan itibaren fetal gelişimde duraklama tespit edildi. Abdomen çevresi ve tahmini fetal ağırlık 1. persentilin altında ölçüldü ve umbilikal arterde yer yer diyastolik akım kaybı izlendiği için 37. haftada sezaryen ile 2080 gram, 7-8 APGAR skoruna sahip kız bebek doğurtuldu. Postnatal değerlendirmede kardiyak rabdomyom doğrulandı, transfontanel ve abdomen ultrasonografisinde patoloji görülmedi (Şekil 1=).

Tartışma: Fetal kardiyak rabdomyomlar, en sık görülen kardiyak tümörler olup TSC ile ilişkisi yüksektir. TSC vakaların %43-60'ında kardiyak rabdomyom tespit edilmektedir. Rabdomyomlar, TSC'nin erken dönem bulguları arasında yer almakta ve diğer klinik belirtiler ortaya çıkmadan önce tek bulgu olarak görülebilmektedir. Bu nedenle, kardiyak rabdomyom vakalarında TSC tanısı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Prenatal dönemde özellikle maternal östrojene bağlı olarak boyutlarında artış olabilir ve yenidoğan döneminde genellikle regrese olmaya eğilimlidir. Neonatal mortalite, morbidite ve cerrahi girişim ihtiyacı kardiyak fonksiyonların etkilenmesine bağlıdır. Anlattığımız vakada aile ağacı değerlendirildiğinde TSC'nin her kuşakta farklı bulgu ve şiddette seyrettiğini gözlemliyoruz. Dominant kalıtımın ekspresivite değişkenliği örneği ve tipik kardiyak rabdomyom görüntüleri vakamızda görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: TSC, tuberoskleroz, rabdomyom

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

Pedigri ve kardiyak rabdomyomun prenatal ultrasonografi görüntüleri



- I-2: Hipomelanotik makül, bilşerai gerilik?
II-4: Hipomelanotik makül
II-3: Böbrekte multiple anjiomyolipom, beyinde multiple tüber
IP-1: Kardiyak rabdomyom, bilşerai gerilik, dirençli epilepsi
IP-2: Prenatal kardiyak rabdomyom.



12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-07 DOĞUM SONU KANAMA (PPH) YÖNETİMİ: BİR TOTAL ABDOMİNAL HİSTEREKTOMİ (TAH) VAKASI

Merve Mentеше, Yağmur Solak, Ömer Fatih Koparır, Nil Atakul

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Doğum sonu kanama (PPH), anne ölümlerinin önde gelen nedenlerinden biridir. Kaynakların bol olduğu ülkelerde ölüm riski daha düşük olsa da, zamanında tanı ve uygun müdahale hayati önem taşır. Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji (ACOG), 2017 yılında PPH'yi toplam kan kaybının ≥ 1000 mL olması veya doğumdan sonraki 24 saat içinde hipovolemi belirtileriyle ilişkili kanama olarak tanımlamıştır. Vajinal doğumda ≥ 500 mL kan kaybı da anormal kabul edilmektedir. Bu yazıda abondan vajinal kanamalı bir postpartum hastanın yönetimi sunulmaktadır.

Yöntem: 19 yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan G1 hasta, dış merkeze suyu gelmesi nedeniyle yatırılmış ve vakum ile doğum gerçekleştirilmiştir. Kanaması devam eden hastaya metiler, synpitan, cytotec ve kapril uygulanmıştır. Tansiyonunun 80/50'ye düşmesi üzerine 1000 mL izotonik sıvı başlatılarak hasta 112 ile hastanemize sevk edilmiştir.

Hastanemizde hastaya 30 IU synpitan uygulanmış, bimanuel masaj yapılmış ancak damar yolu açamadığı için anestezi uzmanına haber verilmiştir. Aktif kanaması ve hipotansif şok nedeniyle hasta ameliyathaneye alınmıştır. Ameliyathanede 17 dakika içinde total abdominal histerektomi (TAH) gerçekleştirilmiş ve 4 ünite eritrosit süspansiyonu (ES), 2 TDP ve 1 gram traneksamik asit uygulanmıştır. Vajen ve serviks muayenesinde epizyotomi onarımı yapılmış, retroperitoneal kanama şüphesiyle bilateral hipogastrik arter ligasyonu gerçekleştirilmiştir. Hasta yoğun bakıma alınmış ve ek olarak 2 ünite ES, 2 TDP, 1 havuzlanmış trombosit ve 2 fibrinojen tedavisi uygulanmıştır.

Bulgular: Doğum sonu kanama (PPH), ciddi anne morbiditesi ve mortalitesinin önde gelen nedenlerindendir. Erken tanı, etkin müdahale ve multidisipliner yaklaşım, bu durumun yönetiminde kritik öneme sahiptir. Şiddetli kanamalarda medikal ve minimal invaziv yöntemler yetersiz kaldığında cerrahi müdahale kaçınılmaz hale gelir. TAH, PPH'nin cerrahi yönetiminde yaşam kurtarıcı bir prosedürdür. Devam eden kanama, hipotansif şok ve diğer tedavilere yanıtızlık durumlarında uygulanmaktadır. Literatürde, retroperitoneal kanama gibi nadir komplikasyonlarda hipogastrik arter ligasyonu ile birlikte TAH'nin etkili olduğu belirtilmektedir. Bu vakada, 17 dakika içinde başarıyla gerçekleştirilen TAH ile hemodinamik stabilite sağlanmıştır.

PPH'nin ayırıcı tanısında uterin atoni, genital kanal yaralanmaları ve koagülopati gibi nedenler dikkate alınmalıdır. Retroperitoneal kanama genellikle cerrahi müdahale sırasında teşhis edilmekte ve kontrolü için cerrahi müdahale gerekmektedir. Ayrıca, intraoperatif sıvı resüsitasyonu, kan ürünlerinin hızlı replasmanı ve traneksamik asit gibi farmakolojik destek tedavileri kritik rol oynamaktadır.

Sonuç: Doğum sonu kanama (PPH), obstetrik acillerde erken tanı ve hızlı müdahale gerektiren ciddi bir durumdur. Bu vakada, PPH nedeniyle cerrahi müdahale uygulanan hastada, TAH ve hipogastrik arter ligasyonu ile başarılı kanama kontrolü sağlanmıştır. Bu durum, ileri cerrahi tekniklerin önemini ve multidisipliner yaklaşımın hasta sağ kalımını artırmadaki etkisini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Hemoraji, Total Abdominal Histerektomi, Retroperitoneal Kanama

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-08 PRENATAL TANI KONULAN NADİR BİR VAKA: FGK FETÜS- KONJENİTAL İNTRAHEPATİK PORTOSİSTEMİK ŞANT OLGUSU

Kübra Kurt Bilirer, Verda Alpay Türk

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: Konjenital portosistemik şantlar nadir görülen, ciddi komplikasyonlara yol açabilecek ve prenatal dönemde tanınması zor olabilen vasküler malformasyonlardır. Gelişmiş görüntüleme teknikleri sayesinde prenatal dönemde bu şantların tanınırlığı artmış, postnatal dönem ile paralel yeni klasifikasyonlar tanımlanmıştır. Konjenital intrahepatik portosistemik şant; karaciğerde portal venöz damarlar ile hepatik venler arasında anormal bir vasküler bağlantıdır.

Kliniğimize başvuran ve fetal gelişim kısıtlılığı (FGK) nedeniyle takip edilen bir gebede tespit edilen konjenital intrahepatik portosistemik şant vakasını özetlemekteyiz.

Olgu: 25 yaş, gravida 3 parite 2, ek hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan gebe. Kromozomal anomali tarama testlerini kendi isteği ile yaptırmamış. Hasta tarafımıza 25w2d iken FGK ve oligohidramnios nedeniyle refere edildi. Muayenede FGK konfirme edilen gebe takibe alındı. Doppler muayenesinde doppler değerlendirmeleri normal, maternal TORCH serolojisi negatif olarak görüldü. 35 haftalık gebelik muayenesinde portal venöz sistem değerlendirmesinde; sol portal venin inferior dalı belirgin dilate izlendi. Sol portal venin inferior dalı takip edildiğinde sol hepatik ven ile arasında intrahepatik portosistemik şant (İHPSS) olduğu görüldü. Sağ portal ven ve dalları izlenmedi. Duktus venosus subdiyafmagmatik vestibulum seviyesinde inferior vena cava (İVC) ye açılıyordu. Kardiyomegali, hafif perikardiyal efüzyon ve triküspit regürjitasyon izlendi. Muayene süresince safra kesesi izlenmedi. Hastaya İHPSS hakkında bilgilendirme yapıldı. Takiplerinde FGK açısından doppler parametreleri ve biyofizik profili normal seyreden hasta; hastanemizde 37 hafta 1 günlük iken, sezaryen ile, 1. ve 5. dakika APGAR (7-9) olan, 2500 gr erkek bebek olarak doğumunu gerçekleştirdi. Portal sisteme yönelik renkli doppler incelemesinde "sol portal ven ile sol hepatik ven arasında intrahepatik portosistemik şant izlenmektedir. Hepatik arter tabii görünümündedir. Safra kesesi kollabe olarak izlendi" şeklinde raporlandı. Hastaya prenatal olarak konulan İHPSS tanısı postnatal olarak doğrulandı. Yenidoğan YB konjenital pnömoni olarak takip edilen ve takiplerinde amonyak düzeyi ve karaciğer fonksiyon testleri normal olan bebek İHPSS sebebiyle çocuk gastroenteroloji takibine alındı.

Sonuç: Konjenital İHPSS karaciğerde portal venler ile hepatik venler arasında anormal vasküler bağlantılardır. Portal venöz kanın bir kısmı karaciğeri bypass ettiğinden ana sorun KC de matabolize ve detoksifiye olmayan kanın bir kısmının sistemik venlere karışmasıdır. Bunun sonucu olarak klinikte bu hastalar; Yaşam boyu asemptomatik olabildiği gibi (şant fraksiyonu çok düşük hastalarda) hiperamonyemi, hipergalaktozemi, hipoglisemi-hiperinsülinemi, kolestaz, gelişme geriliği, psikomotor gerilik, anormal karaciğer fonksiyon testleri (KCFT), gastrointerstinal (GİS) kanama, hematüri, ensefalopati, hepatopulmoner sendrom gibi ciddi klinik tablolar ile de karşımıza çıkabilmektedir. Klinik bulgular ve hastanın yönetimi şant oranına bağlı olarak değişmektedir.

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

İHPSS ile FGK arasındaki birlikteliğin fizyopatolojisinde şant nedeniyle bozulmuş bir intrahepatik perfüzyon olabileceği güncel çalışmalarda vurgulanmaktadır. Sonuç olarak, karaciğer perfüzyonunun azalmasına yol açan konjenital İHPSS, hipoksinin yokluğunda FGK nedeni olabilir. Belirgin bir nedeni olmayan FGK vakalarında olası konjenital portosistemik şantlar düşünülmeli ve portal venöz sistem bu açıdan da değerlendirilmelidir. Sonuç olarak nadir görülen ve postnatal dönemde asemptomatikten ciddi klinik bulgulara kadar geniş bir spektrumda karşımıza çıkabilen portosistemik şantların prenatal dönemde tanınması; hastaları bekleyen kısa ve uzun dönem sorunlar hakkında aileleri bilgilendirmek, postnatal prognozu optimize edebilmek, gerekli tetkik tedavilerin ivedilikle yapılması ve komplikasyonların minimize edilebilmesi açısından önem arz etmektedir. Aynı zamanda FGK ile birliktelik gösterebiliyor olması, FGK fetüsler değerlendirilirken portal venöz sisteminde gözden geçirilmesi konusunda farkındalık uyandırması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Portosistemik, şant, FGK

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-09 ADNEKSİYEL KİTLE

Hatice Argun Atalmış¹, Tolga Çiftçinar²

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

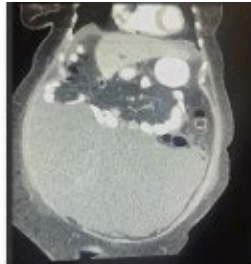
Amaç: Adneksiyal kitleler jinekoloji pratiğinde sık karşılaştığımız olgulardır. Adneksiyal kitlelerin yönetimindeki temel amaç kitlenin benign/malign ayrımı ve acil ya da elektif şartlarda operasyon veya tıbbi tedavi kararını verebilmektir. Biz burada postmenopozal dönemdeki bir hastada malignite şüphesi ile opere ettiğimiz bir benign müsinöz kistadenom olgusunu sunacağız.

Olgu: 67 yaşında karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın yapılan muayenesinde tüm batını dolduran ve her iki adneksiyal alandan kaynaklanan yaklaşık 30 cm çapında bilateral kistik yapı izlendi. Batın içinde yaygın mayisi olan hastanın tümör markerları CA125: 62, CA19-9: 44 olarak saptandı. Kolonoskopi ve endoskopi normaldir. Morbid obeziteden dolayı MR görüntüleme yapılamayan hastanın tomografisinde üst batını da dolduran 340X225 mm boyutlarında hafif yüksek dansiteli serbest sıvı, mezenterde, parakolik, perihepatik, perigastrik alanlarda da yaygın serbest sıvı ve omentumda kirlenme ve dansite artışları görülmüştür. Bu yoğun içerikli sıvıdan overler ayırt edilememiştir. Yapılan PET incelemesinde patolojik FDG izlenmemiştir. Bu bulgular ile laparotomi yapılan hastada batın içinde yaygın müsin görüldü. Her iki adnekte rüptüre olmuş yaklaşık 30 cm lik kistik yapılar izlendi. Öncelikle USO yapılan hastanın frozen sonucu benign müsinöz kistadenom olarak gelmiştir. Histerektomi ve BSO appendektomi yapılan hastanın nihai patolojisi de benign müsinöz kistadenom olarak raporlanmıştır.

Sonuç: Reprodüktif çağda görülen adneksiyal kitlelerin büyük bir kısmını kistadenomlar oluşturur. Seröz kistadenomlara göre daha az sıklıkta görülen müsinöz kistadenomlar tüm batını doldurabilecek tarzda çok büyük boyutlara ulaşabilir. Müsinöz tümörler tüm epitelyal over tümörlerinin %36'ını oluşturur. Bunun da büyük bir kısmı benign müsinöz kistadenomlardır. Genelde multiloküledir ve az bir kısmı, % 5 kadarı bilateralidir. Klinik prezentasyon asemptomatik olabileceği gibi akut batın tablosu ile de görülebilir. Görüntülemeye büyük ve heterojen kistik-kitle olması, postmenopozal dönemde görülmesi, tümör markerlarında yükseklik, yaygın asit görülmesi, bilateral olması gibi kriterler hep maligniteye işaret etse de bunların nihayetinde benign bir ovaryan tümör olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adneksiyal, benign, Müsinöz

Preop Mr Görüntüsü ve Ameliyat Görüntüsü



12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-10 REFERANS MERKEZ KOLPOSKOPİ POLİKLİNİĞİNE HPV 16-18 DIŞI DİĞER YÜKSEK RİSKLİ TİPLER POZİTİF GELEN HASTALARIN SONUÇLARININ İNCELENMESİ

Abdurrahman Alp Tokaloğlu

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Jinekolojik
Onkoloji Cerrahisi BD*

Amaç: Servikal kanser taramasında, servikal sitoloji (Pap testi) ve/veya HPV onkojenik alt tipleri için testler kullanılır. Hastanın geçmiş sonuçları ile birlikte bu testlerden elde edilen sonuçlar, servikal sitolojinin tekrarlanması, servikal biyopsilerle kolposkopi yapılması veya daha az sıklıkla eksizyonel prosedür uygulanması gibi daha ileri değerlendirmelere rehberlik etmek için kullanılır. Tedavi kararları daha sonra histolojik incelemeden elde edilen tanı sonuçlarına göre verilir. Biz çalışmamızda jinekolojik onkoloji polikliniğimize başvuran HPV 16-18 dışı diğer yüksek riskli HPV pozitif olan hastaların kolposkopik biyopsi, endoservikal küretaj ve yapıldıysa konizasyon sonuçlarını inceledik.

Yöntem: Çalışmaya Eylül 2020- Ocak 2022 yılları arasında Ankara Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kolposkopi polikliniğine başvuran HPV 16-18 dışı diğer yüksek riskli HPV pozitif olan 585 hasta dahil edildi. Bu hastaların yaşları, pap-smear sonuçları, konizasyon sonrası patoloji sonuçları, endoservikal küretaj sonuçları incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 42.2 ve yaş medianı 41(19-68) idi. Hastalarımız polikliniğe en sık normal sitoloji (%53.3) ile başvurdu. 585 hastaya kolposkopi yapıldı. Hastaların servikal sitoloji sonuçları, kolposkopik muayene verileri ve histopatolojik sonuçları Tablo-1 de gösterilmektedir.

Kolposkopi sonrası histopatolojik sonuçlarda LSIL (CIN1) (% 53.3), No CIN % 38.5, HSIL (CIN2) % 5.1, HSIL (CIN3) % 2.7, Skuamöz hücreli karsinom (SCC) % 0.4 oranında gözlemlendi.

Hastaların kolposkopik ve cerrahi histopatolojik ortak nihai sonuçlarında (Tablo-2) LSIL (CIN1) 53.5, No CIN % 38.1, HSIL (CIN2) % 5.0, HSIL (CIN3) % 3.1, SCC % 0.3 olarak bulundu.

HPV 16-18 dışı diğer yüksek riskli HPV pozitif olan hastalarda sadece sitoloji sonuçları CIN2 ve üzeri lezyon gelişimini predikte etmekte istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.111). (Tablo-3)

Kolposkopik patoloji sonuçları CIN2 ve üzeri gelen hastaların yönetimleri ve cerrahi patoloji sonuçları tablo 4’de gösterilmektedir.

Sonuç: HPV 16-18 dışı diğer yüksek riskli HPV pozitif olan hastaların yönetiminde altta yatan CIN2 ve üzeri lezyon bulunma ihtimali her zaman akılda tutulmalıdır. Hastalar sitoloji sonuçlarından bağımsız olarak kolposkopiye yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HPV, Smear, Serviks Kanseri

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

Tablolar

Tablo 1. Hastaların servikal sitoloji sonuçları, kolposkopik muayene verileri ve histopatolojik sonuçları

Tablo 1. Hastaların servikal sitoloji sonuçları, kolposkopik muayene verileri ve histopatolojik sonuçları	Tablo 1. Hastaların servikal sitoloji sonuçları, kolposkopik muayene verileri ve histopatolojik sonuçları	Tablo 1. Hastaların servikal sitoloji sonuçları, kolposkopik muayene verileri ve histopatolojik sonuçları
Tablo 1. Hastaların servikal sitoloji sonuçları, kolposkopik muayene verileri ve histopatolojik sonuçları	Tablo 1. Hastaların servikal sitoloji sonuçları, kolposkopik muayene verileri ve histopatolojik sonuçları	Tablo 1. Hastaların servikal sitoloji sonuçları, kolposkopik muayene verileri ve histopatolojik sonuçları

Tablo 2. HPV 16-18 dışı diğer pozitif olan hastaların diğer patolojik sonuçları

Tablo 2. HPV 16-18 dışı diğer pozitif olan hastaların diğer patolojik sonuçları	Tablo 2. HPV 16-18 dışı diğer pozitif olan hastaların diğer patolojik sonuçları	Tablo 2. HPV 16-18 dışı diğer pozitif olan hastaların diğer patolojik sonuçları
Tablo 2. HPV 16-18 dışı diğer pozitif olan hastaların diğer patolojik sonuçları	Tablo 2. HPV 16-18 dışı diğer pozitif olan hastaların diğer patolojik sonuçları	Tablo 2. HPV 16-18 dışı diğer pozitif olan hastaların diğer patolojik sonuçları

Tablo 3. CIN2 ve üzeri lezyon gelişimini etkileyen faktörler

Tablo 3. CIN2 ve üzeri lezyon gelişimini etkileyen faktörler	Tablo 3. CIN2 ve üzeri lezyon gelişimini etkileyen faktörler	Tablo 3. CIN2 ve üzeri lezyon gelişimini etkileyen faktörler
Tablo 3. CIN2 ve üzeri lezyon gelişimini etkileyen faktörler	Tablo 3. CIN2 ve üzeri lezyon gelişimini etkileyen faktörler	Tablo 3. CIN2 ve üzeri lezyon gelişimini etkileyen faktörler

Tablo 4. Kolposkopik patoloji sonuçları CIN2 ve üzeri gelen hastaların yönetimleri ve cerrahi patoloji sonuçları

Tablo 4. Kolposkopik patoloji sonuçları CIN2 ve üzeri gelen hastaların yönetimleri ve cerrahi patoloji sonuçları	Tablo 4. Kolposkopik patoloji sonuçları CIN2 ve üzeri gelen hastaların yönetimleri ve cerrahi patoloji sonuçları	Tablo 4. Kolposkopik patoloji sonuçları CIN2 ve üzeri gelen hastaların yönetimleri ve cerrahi patoloji sonuçları
Tablo 4. Kolposkopik patoloji sonuçları CIN2 ve üzeri gelen hastaların yönetimleri ve cerrahi patoloji sonuçları	Tablo 4. Kolposkopik patoloji sonuçları CIN2 ve üzeri gelen hastaların yönetimleri ve cerrahi patoloji sonuçları	Tablo 4. Kolposkopik patoloji sonuçları CIN2 ve üzeri gelen hastaların yönetimleri ve cerrahi patoloji sonuçları

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-11 İLK TRİMESTER B12 VİTAMİNİ VE FOLAT DÜZEYLERİNİN GESTASYONEL DİYABETUS MELLİTUS İLE İLİŞKİSİ

Çağcıl Yetim

Medicana Ataköy Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

Amaç: Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) tanısı genellikle ikinci trimesterin sonlarında veya üçüncü trimesterin başlarında konulmaktadır. GDM'nin hem anne hem de fetus için olumsuz sonuçları olabilmektedir. Değiştirilebilir risk faktörlerinin erken gebelik aşamasında araştırılması, GDM'nin erken önlenmesine katkı sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı, gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabilecek GDM tanısını öngörmeye ilk trimesterdeki serum B12 vitamini ve folat düzeylerinin değerini incelemektir.

Yöntem: Bu retrospektif araştırma hastane bilgi sisteminde 5-14 gebelik haftaları arasında kan testleriyle folat ve B12 vitamini ölçümleri olan ve 24-28 gebelik haftaları arasında oral glikoz tolerans testi (OGTT) yapılmış ve önceden bilinen diyabetik hastalığı olmayan 87 gebe ile gerçekleştirildi. OGTT'ye göre GDM tanısı almış ve almamış hastaların ilk trimester serum folat ve B12 vitamini düzeyleri karşılaştırıldı. İlk trimester folat ve B12 Vitamini düzeylerinin GDM'yi öngörmedeki değerlerinin incelenmesi için ROC analizi kullanıldı.

Bulgular: GDM'li hastaların sağlıklı kontrollere göre birinci trimesterdeki folat düzeyleri daha yüksek, B12 vitamini düzeyleri daha düşük bulundu. (sırasıyla $p=0.002$ ve $p=0.000$) ROC analizi ile incelendiğinde, bu değerlerin ilk trimester ölçümlerinin GDM'yi öngörmeye öngörücü değere sahip olduğu tespit edildi. AUC (Eğri altında kalan alan) değerleri folat düzeyi için 0.770 olarak ve B12 düzeyi için 0.738 olarak tespit edildi.

Sonuç: Gelecekte, gebeliğin ilk trimesterinde serumdaki yüksek folat düzeyi ve düşük B12 vitamini düzeyi ilerleyen haftalarda oluşabilecek GDM'yi öngörebilir. GDM gelişimi için, diğer risk faktörleri de göz önünde alınarak, ilk trimesterdeki serum B12 vitamini ve folat düzeylerinin etkinliklerini araştırarak büyük örneklem sayılı prospektif çalışmalar ve metaanalizler yapılmalıdır. Gelecekte, bu araştırmaların da sonuçları göz önüne alınarak, GDM'yi öngörmeye serumdaki yüksek folat ve düşük B12 vitamini düzeyleri değiştirebilir risk faktörleri olarak kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: B12 vitamini, folat, Gestasyonel diyabetes mellitus

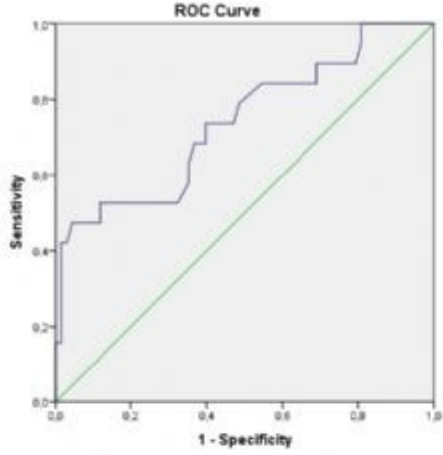
12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



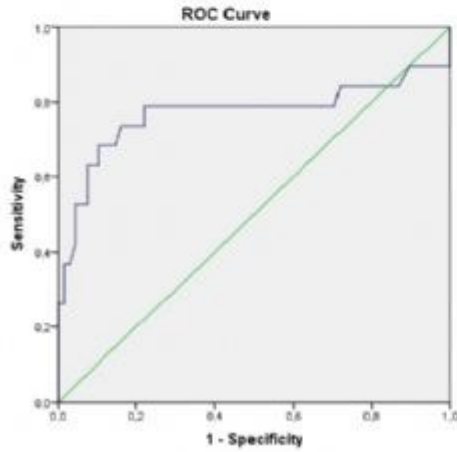
İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

GDM tanısı için ilk trimester B12 vitamini ve folat düzeylerinin ROC eğrileri



B12 Vitamini



Folat

Gestasyonel diyabetes mellitus olan ve olmayan kişilerin karşılaştırılması

	GDM (n=19)	GDM olmayan (n=68)	P değeri
Yaş	29.88 (±3.93)	30.53 (±3.55)	0.804
Gravida	1 (1)	1(1)	0.558
Parite	0 (1)	0 (1)	0.852
B12 Vitamini düzeyi (pg/ml)	211 (120)	289 (174.5)	0.002*
Folat düzeyi (ng/ml)	24.20 (17.8)	12.5 (7.10=)	0.000*

GDM=Gestasyonel diyabetes mellitus. Veriler ortalama (±standart sapma) ya da medyan (IQR) olarak verilmiştir [IQR=interquartile angle-çeyrekler açıklığı]. *istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$). Parametrik değerlendirmeler "Student T-Testi" ile yapılmıştır. Non-parametrik değerlendirmeler "Mann-Whitney U Test" ile yapılmıştır.

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-12 BİLATERAL TUBAL LİGASYON SONRASI RÜPTÜRE TUBAL EKTOPIK GEBELİK-OLGU SUNUMU

Nihat Demirkol

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

Giriş: Gestasyonel sac'ın endometrium dışında bir yere implante olmasıyla oluşan ektopik gebelik tüm gebeliklerin yaklaşık %0,6-2'sini oluşturmaktadır(1, 2). Ektopik gebelik rüptürü ilk trimestrdaki maternal mortalitenin %9-14'ünü tüm gebelik ile ilişkili ölümlerin %5-10'unu oluşturan önemli sağlık sorunudur(3, 4). Tubal ligasyon yaygın kullanılan bir kontrasepsiyon yöntemidir. İşlem sırasında kullanılan tekniğe göre kümülatif 10 yıllık işlem başarısızlık oranı, 1.000 sterilizasyon işlemi başına 7,5 ila 54,3 gebelik arasında değişmektedir(4). Tubal ligasyon başarısızlıklarında ektopik gebelik sıklığı ise uygulanan yöntem ve hastanın özelliklerine göre 1000 prosedürde 7,3-17,1 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca tubal sterilizasyon yöntemlerinden birinin uygulanması sonrasında gebelik gelişen hastalarda %32,9 gibi normalin üstünde bir sıklıkta ektopik gebelik saptanmıştır(4).

Olgu: Lekelenme kanama nedeniyle Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları EAH'ne 03/11/2024'te başvuran hasta acil polikliniğinde değerlendirildi. 38Y G6P3CS3Y3AB2 olup son sezaryen sırasında bilateral tubal ligasyon yapılmış olan hastada Son Adet Tarihine göre 6hafta 4günlük gebelik bekleniyordu. TVUSG'de EL:10mm adnekslerde patoloji saptanamadı. Hastada batin muayenesi doğal ve vitaller stabil izlendi. Hastanın başvurusu öncesinde farklı merkezlerde yapılan B-HCG sonuçları 31/10/2024 B-HCG:695mIU/mL, 02/11/2024 B-HCG:1028mIU/mL olarak görüldü. Hastanemizde 03/11/2024 B-HCG:1040mIU/mL olarak görülmesi sonrasında ektopik gebelik ön tanısıyla yatırıldı. 04/11/2024 BHCG:1061mIU/mL görülmesi üzerine IM Methotrexate uygulandı. MTX sonrasındaki gün şikayeti olmayan hasta 4.Gün B-HCG takibine çağrılarak taburcu edildi. 4.Gün B-HCG:1893mIU/mL, 7.Gün B-HCG:1565mIU/mL görülmesi üzerine haftalık B-HCG takibi planlandı. 14.Gün B-HCG:925mIU/mL olarak takiplerine devam edildi. Methotrexate tedavisinin 16. Gününde lekelenme kanama ve ağrı şikayetiyle acil polikliniğine başvuran hastanın genel durum iyi, vitalleri stabil, batin muayenesinde alt kadranda hassasiyet sağ alt kadranda defans mevcuttu. TVUSG'de EL:8mm sağ adneksial alanda 16*13mm ektopik gross ve çevresinde koagülüm imajı ve az miktar serbest sıvı izlendi. Hastaya rüptüre ektopik gebelik ön tanısıyla acil laparoskopi planlandı. Hasta ve eşinin isteği üzerine operasyonda bilateral salpinjektomi planlandı. Operasyonda batin içerisinde az miktarda kanama izlendi. Yıkama ve aspirasyon yapıldı. Bilateral tubalarda önceki operasyonda yapılmış olan ligasyon izlendi. Sağ tubada ektopik gross görüldü. Bilateral salpinjektomi yapıldı. Hasta postop 1. Gününde sorunsuz taburcu edildi. Patoloji sonuçları "sağ tuba: Tuba lümeninde immatür koryon villusları izlendi. Sol tuba: düzenli tubuler yapı." olarak sonuçlandı.

Tartışma: Kontrasepsiyon amaçlı sık olarak uygulanan tubal ligasyon etkili bir yöntemdir. Ancak tubal ligasyon prosedürü doğru tamamlansa bile gebelik görülebilmektedir. İşlem başarısızlığı gerçekleşirse ektopik gebelik olma ihtimali göreceli olarak yüksektir. Kontrasepsiyon için bu yöntemin uygulanacağı hastalara bu bilgi verilmelidir. Gebelik bulgusu ya da belirtisi görülen hastalarda tubal ligasyon yapılmış olsa dahi gebelik değerlendirilmesi yapılmalıdır. Olası ektopik gebeliklerin çeşitli şekillerde tedavisi olmakla birlikte L/S Bilateral salpinjektomi cerrahi yöntem olarak etkili görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: tubal ligasyon, ektopik gebelik, tubal ektopik gebelik, rüptüre ektopik gebelik

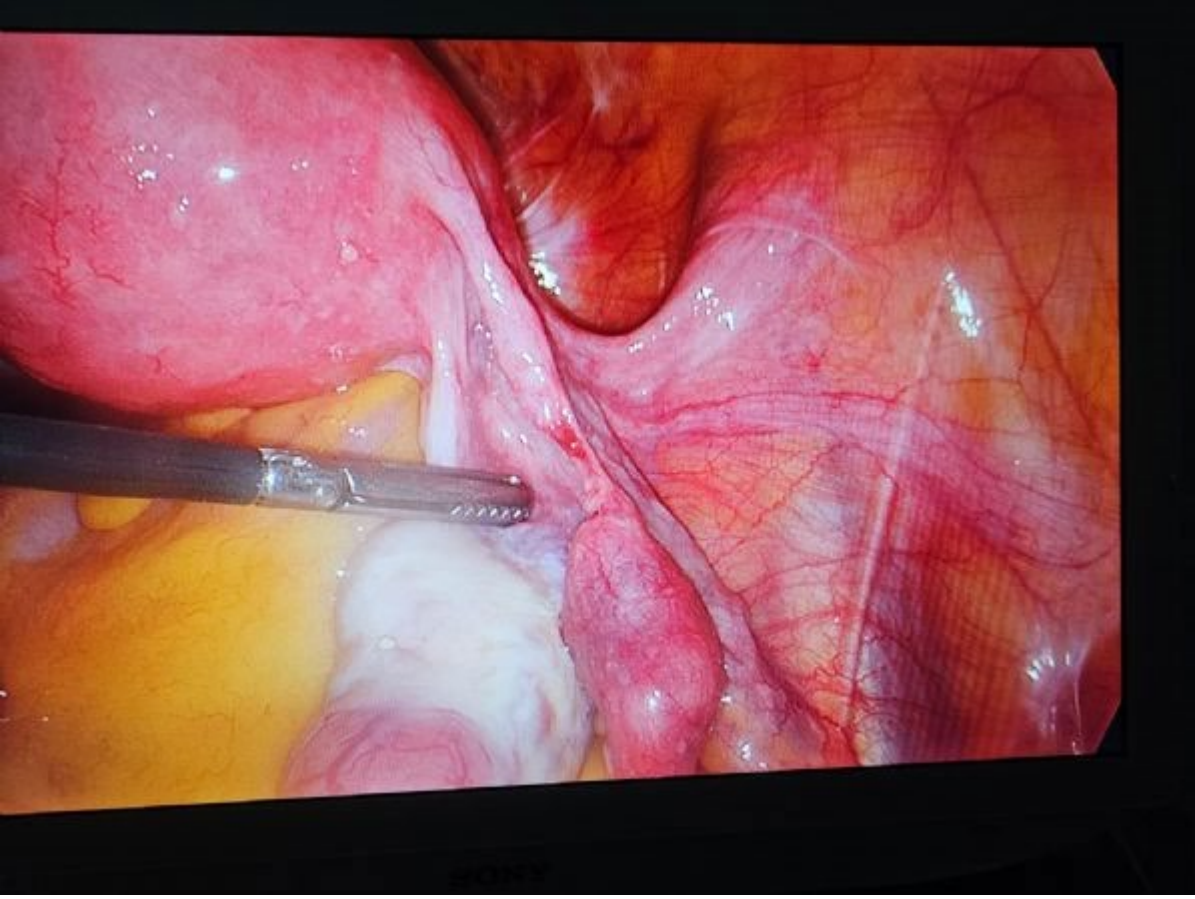
12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

TUBAL EKTOPIK GEBELİK



12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-13 ENDOMETRİYUM KANSERİNDE SENTİNEL LENF NODU HARİTALAMASINDA KARBON BOYASI VE İNDOSİYANİN YEŞİLİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: ÇİFT MERKEZLİ PROSPEKTİF ÇALIŞMA

Yagmur Minareci, Samet Topuz

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç

Erken evre endometrium kanseri olan hastalarda, sentinel lenf nodu haritalaması için karbon boyası ile indosiyanin yeşili kullanımının, tespit oranları ve tanısal doğruluk açısından karşılaştırılması.

Yöntem

Bu çalışma, Eylül 2021 ile Ağustos 2022 arasında erken evre endometrium kanseri olan hastaları içeren, iki merkezli, prospektif bir kohort çalışması olarak gerçekleştirildi. Bu iki merkez; İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği ile Eskişehir Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği idi. Sentinel lenf nodu haritalaması için, ilk merkez yalnızca indosiyanin yeşilini, ikinci merkez ise yalnızca karbon boyasını kullandı. Daha sonra, tüm hastalara sistematik pelvik lenfadenektomi uygulandı. Sentinel lenf nodu haritalamasının tespit oranları, duyarlılık ve negatif prediktif değeri analiz edildi.

Bulgular

Çalışmaya toplam 188 hasta ile başlandı (Figür 1). Bu hastaların 89'u (%49,7) karbon boyası ile, 90'ı (%50,3) ise indosiyanin yeşili ile laparoskopik olarak haritalandı. Tek taraflı (unilateral) sentinel lenf nodu tespit oranları benzerdi: karbon boyasında %94,4 (84/89), indosiyanin yeşilinde %97,8 (88/90) ($p = 0,25$). Buna karşılık, çift taraflı (bilateral) tespit oranı karbon boyasında anlamlı düzeyde daha yüksekti: karbon boyası için %82,0 (73/89) ve indosiyanin yeşili için %64,4 (58/90) ($p = 0,008$). İndosiyanin yeşili için; hem duyarlılık hem de negatif prediktif değer %100 olarak bulunurken, karbon boyası için sırasıyla %83,3 ve %98,8 idi. Boş nodal pake oranı, indosiyanin yeşilinde %5,6 (5/90) ve karbon boyasında %0 (0/89) olup ($p = 0,17$), istatistiksel olarak anlamlı olmasa da tüm boş nod paketleri, tek taraflı başarılı ancak çift taraflı başarısız tespit görülen indosiyanin yeşili olgularında izlendi. Karbon boyası grubunda beş adet metastatik sentinel lenf nodu saptandı (üç mikrometastaz, bir makrometastaz ve bir izole tümör hücresi). İndosiyanin yeşili grubunda ise, üç izole tümör hücresi ve iki mikrometastaz içeren, toplam beş metastatik sentinel lenf nodu vardı. Bu grupta ilginç olarak bir hastada çift taraflı mikrometastaz, başka bir hastada ise çift taraflı izole tümör hücreleri tespit edildi. Karbon boyası ile 209 ve indosiyanin yeşili ile 250 olmak üzere, toplam 459 sentinel lenf nodu toplandı (Tablo 1). Her iki gruptaki beş hastanın tamamında, sentinel lenf nodu haritalaması sırasında hastalık doğru şekilde tanındı. Lenf nodu metastazı, karbon boyası grubunda 6/89 (%6,7) hastada tespit edildi ve bu hastaların beşinde etkilenen hemipelviste pozitif sentinel lenf nodu saptandı; ancak bir hastada iki taraflı pelvik sentinel lenf nodu negatif iken izole paraaortik mikrometastaz vardı. İndosiyanin yeşili grubunda ise 3/90 (%3,4) hastada lenf nodu metastazı tespit edildi ve bunların üçünde etkilenen hemipelviste pozitif sentinel lenf nodu mevcuttu. Bu bulgular doğrultusunda, karbon boyası ve indosiyanin yeşili ile yapılan sentinel lenf nodu haritalamasının total lenf nodu metastazlarını saptamadaki duyarlılığı sırasıyla %83,3 ve %100 olarak hesaplandı. Karbon boyası grubunda, bilateral sentinel lenf nodu biyopsisi negatif olan bir hastada izole pozitif paraaortik lenf nodu metastazı bulunması, negatif prediktif değer %98,8 olarak belirlenmesine yol açtı.

Sonuç

Erken evre endometrium kanserli hastalarda sentinel lenf nodu haritalaması için karbon boyasının kullanımı; güvenli, düşük maliyetli ve etkin olup, tatminkâr bir duyarlılık ve yüksek negatif prediktif değer sergilemektedir. Tek taraflı tespit oranları benzer olsa da, çift taraflı tespit oranları indosiyanin yeşiline kıyasla daha üstün görünmektedir. Ayrıca karbon boyası kullanımı, boş lenf nodu pakelerinin oranını azaltarak nodal değerlendirmedeki doğruluğu artırabilir.

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ

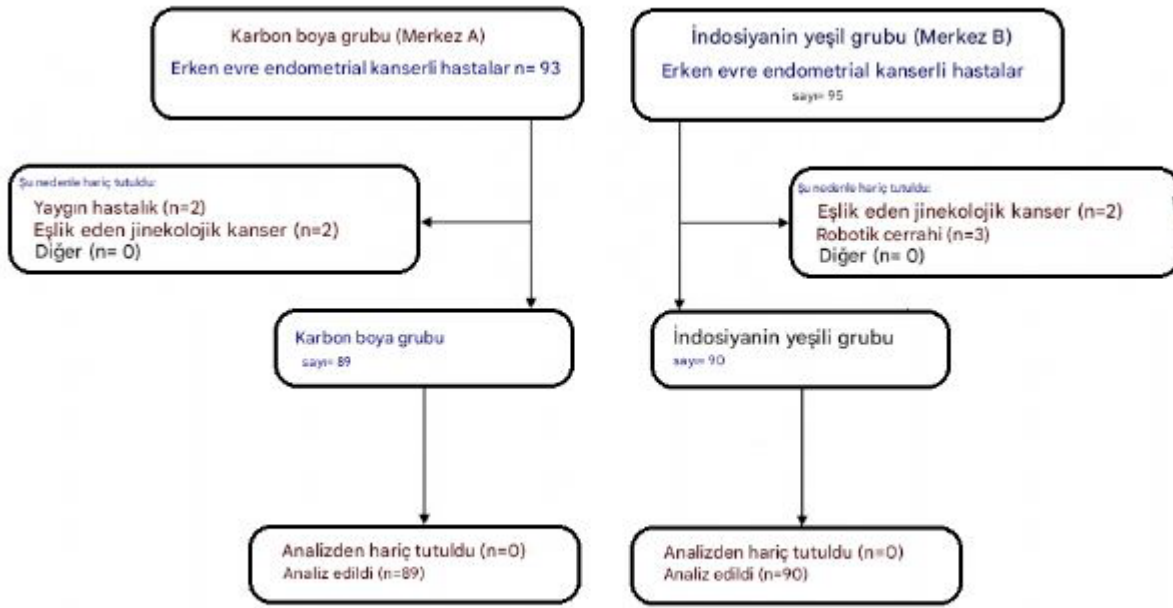


İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

Anahtar Kelimeler: Karbon boyası, sentinel lenf nodu, endometrial kanser, indosiyanin yeşili, lenf nodu haritalaması

Figür 1



Çalışmanın akış şeması

Evreleme amaçlı lenfadenektomi uygulanan hastaların cerrahi sonuçları

Parametre	Karbon boyası grubu (n=89)	ISY grubu (n=90)	P değeri
Pelvik lenfadenektomi	89 (100%)	90 (100%)	.99
Pelvik + para-aortik lenfadenektomi	36 (40,5%)	15 (16,7%)	.001
SLN'lerin başarılı tek taraflı haritalanması (hasta başına)	84 (94,4%)	88 (97,8%)	.25
SLN'lerin başarılı çift taraflı haritalanması (hasta başına)	73 (82,0%)	58 (64,4%)	.008
Toplanan SLN'lerin medyan sayısı (hasta başına)	2 (2-3)	2 (1-4)	.34
Toplam elde edilen SLN sayısı	209	250	.09
Çıkarılan pelvik lenf nodlarının medyan sayısı	17 (12-22)	13 (10-19)	.06
Boş nodal pake sayısı	0 (0%)	5 (5,6%)	.17

ISY: İndosiyanin yeşili, SLN: Sentinel lenf nodu, veriler: n (%), medyan (çeyreklik aralığı %25 - %75)

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-14 A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS OF CAESAREAN SECTIONS IN LIGHT OF THE ROBSON 10-GROUP CLASSIFICATION SYSTEM IN TÜRKİYE: A STUDY WITH A LARGE SAMPLE SIZE AND LONG PERIOD

Adil Barut¹, Çetin Şamiloğlu²

¹Obstetrics and Gynaecology Department, Istanbul University-Cerrahpasa, The Cerrahpasa Faculty of Medicine, Istanbul

²Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul

Background: Caesarean section (CS) is a critical indicator of both the accessibility and quality of maternal health services. The World Health Organization (WHO) recommends the Robson 10-group classification system as the global standard for assessing, monitoring, and comparing CS rates across various healthcare settings. This system categorizes women into 10 groups based on their obstetric characteristics, enabling a more precise analysis of CS rates. This study aimed to document CS rates using the Robson 10-group classification system in a tertiary referral centre in Türkiye.

Methods: This retrospective study included data on 139,134 consecutive mothers who had deliveries, 12-year, between July 1, 2012 and October 1, 2024, at the department of obstetrics of Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital in İstanbul

Results: A total of 119,767 deliveries were analysed. Of these 56,986 (47.6 %) were CS. Among the four largest Robson groups, the highest absolute contribution to CSs was found in Group 5 with 21.0%. The next three largest Robson groups (Group 1, Group 3, and Group 10) revealed their absolute contributions to the overall CS rate as 5.9%, 5.8%, and 5.5%, respectively. Four largest Robson groups (Group 5, Group 1, Group 3, and Group 10) accounted for a significant proportion of both all deliveries (38.2%) and overall CS (80.2%).

Strengths and Limitations: This study was conducted in a research and training hospital with a large catchment population of 119,767 over a 12-year period. This extensive dataset provides robust statistical power and allows for the identification of trends and patterns over time. Although the study was conducted in a single hospital, its conclusions are relevant and applicable to other contexts, particularly in settings with similar patient populations or high-risk pregnancy profiles. The findings can inform strategies for reducing CS rates and improving maternal and neonatal outcomes in comparable healthcare systems. Nearly 14% (n = 19,198) of the data were missing, which is a substantial limitation.

Conclusions: This study analyses the contribution of each group in the Robson classification system to the overall caesarean section (CS) rate at a tertiary healthcare centre in Türkiye. The overall CS rate was found to be 47.6%. Among the different Robson groups, Group 5 emerged as the primary contributor to the CS rate, followed by Groups 1, 3, and 10. This highlights the importance of targeting specific groups when aiming to reduce unnecessary caesarean sections

Anahtar Kelimeler: Caesarean section, Robson 10-group classification system, Türkiye

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

Distribution of the Robson groups with their contributions to the overall CS rate*

Table: Distribution of the Robson groups with their contributions to the overall CS rate* □

Setting: Kamuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital in İstanbul □				Period: July 1, 2012, to October 1, 2024 □		
Group:	Number of CS in group □	Number of women in group □	Group Size ¹ (%) □	Group CS rate ² (%) □	Absolute group contribution to overall CS rate ³ (%) □	Relative contribution of group to overall CS rate ⁴ (%) □
1: Nulliparous, single- cephalic, ≥37 weeks, in- spontaneous labour □	7037 □	24947 □	20.8 □	28.2 □	5.9 □	12.3 □
2: Nulliparous, single- cephalic, ≥37 weeks, induced or CS before labour □	2502 □	4477 □	3.7 □	55.9 □	2.1 □	4.4 □
3: Multiparous (excluding previous CS), single cephalic, ≥37 weeks, in- spontaneous labour □	6960 □	42662 □	35.6 □	16.3 □	5.8 □	12.2 □
4: Multiparous (excluding previous CS), single cephalic, ≥37 weeks, induced or CS before labour □	1208 □	3138 □	2.6 □	38.5 □	1.0 □	2.1 □
5: Previous CS, single cephalic, ≥ 37 weeks □	25112 □	25210 □	21.0 □	99.6 □	21.0 □	44.1 □
6: All nulliparous women with a single breech pregnancy □	1441 □	1475 □	1.2 □	97.7 □	1.2 □	2.5 □
7: All multiparous breeches (including previous CS) □	1113 □	1205 □	1.0 □	93.1 □	0.9 □	2.0 □
8: All multiple pregnancies (including previous CS) □	4871 □	5429 □	4.5 □	89.7 □	4.1 □	8.5 □
9: All women with a single pregnancy with a transverse or oblique lie, including women with previous CS(s) □	153 □	153 □	0.1 □	100.0 □	0.1 □	0.3 □
10: All single cephalic, <37- weeks (including previous CS) □	6589 □	11081 □	9.3 □	59.5 □	5.5 □	11.6 □
Total* □	56986 □	119767 □	100.0% □	47.6% □	47.6% □	100% □

CS: Caesarean section □

*These totals and percentages come from the data in the table. ¹Group size (%) = n of women in the group / total N women delivered in the hospital x 100 □

²Group CS rate (%) = n of CSs in the group / total N of women in the group x 100 □

³Absolute contribution (%) = n of CSs in the group / total N of women delivered in the hospital x 100 □

⁴Relative contribution (%) = n of CSs in the group / total N of CSs in the hospital x 100 □

* A total of 19,367 women were excluded because of missing data (n=19,198) and uterine rupture (n=169) □

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

S-15 2020-2025 YILLARI ARASINDA HASTANEMİZ PERİNATOLOJİ KLİNİĞİNE PLASENTAL KORYOANJİYOM ŞÜPHESİ İLE YÖNLENDİRİLEN GEBELERİN PERİNATAL SONUÇLARI

Abdullah Tabakçı¹, Mucize Eric Ozdemir¹, Oya Demirci²

¹Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

²Muayenehane, İstanbul

Amaç/Yöntem: Hastanemiz perinatoloji kliniğine 2020-2025 yılları arasında plasental koryoanjiyom şüphesi ile yönlendirilen gebelerin ultrasonografi, patoloji, doğum raporları ve perinatal sonuçları sistemden retrospektif olarak incelendi ve hastalar arandı.

Giriş: Koryoanjiyomlar primitif koryonik mezenşim ve kapillerden oluşan; bunların reaktif proliferasyonu olarak tanımlanan plasentanın en sık non-trofoblastik benign kitleleridir. Klinik pratikte çok yaygın olmamakla birlikte prevalansı %0.1- %1 arasında değişmektedir. Genellikle plasentanın fetal yüzünde, kord girişine yakın, düzgün sınırlı, hipoekoik, solid kitle olarak görülür. İçinde fetal kan dolaşır. Büyük kitlelerde hemoraji, infarkt ve hyalin dejenerasyonu nedeniyle septalar ve heterojenite saptanabilir, ayırıcı tanıyı zorlaştırabilir. Ayırıcı tanıda plasental hematoma, venöz lake, intervillöz trombüs, submukozal myom, plasental teratom vardır.

Bulgular ve Tartışma: Hastanemize plasental koryoanjiyom şüphesi ile yönlendirilen 29 gebenin 12'si farklı (hematom, venöz lake, basit kist, koryonik bump) tanılar aldı, 3'ü takipten çıktı, 2'si henüz gebeydi. 12 (11 tekiz, 1 ikiz) gebe hastanemizde takip edildi ve doğurtuldu. Plasentalar patolojiye yollandı ve tanılarımız teyit edildi. Koryoanjiyomlar genellikle ileri yaşta, multiparlarda görülmekte, genellikle 3. trimesterde tanı almaktadır. Gebelerimizin ortalama yaşı 29,5 (40-21), 6/12'si 2. trimester, 6/12'si 3. trimesterde tanı almıştır, 8/12'i multipar 4/12'ü primipardı. Lezyonların 9/12'u >5cm, 3/12'ü <5cm idi. Özellikle <5cm koryoanjiyomlar periferik arteriyovenöz şantlar gibi davranarak fetal kalp debisinin artmasına, yüksek outputlu kalp yetmezliğine ve fetal hidropslara yol açabilir, ek olarak hemoglobin ve plateletlerin tümör içinde sekestre olması da komplikasyonların oluşumunda suçlanmaktadır. Totalde 7/13(%53) fetüste komplikasyon gelişti. Koryoanjiyomlarda polihidroamniyozis en sık görülen komplikasyondur, 3/13 fetüste polihidroamniyozis, 4/13 fetüste anemi bulguları (MCA PI>1,5) saptandı, hiçbir hastada hidrops, kalp yetmezliği bulguları gelişmedi. Diğer komplikasyonlar ise fetal distres, dekolman, preterm eylem, intrauterin gelişme geriliği (IUGR), küçük doğum ağırlıklı (SGA) yenidoğan, perinatal mortalitedir; 3/13 fetüs, fetal distres nedeniyle olarak acil sezaryen ile doğurtuldu. 1/12 gebenin plasentasında dekolman bulguları saptandı. Totalde 7/13 yenidoğan preterm, 6/13'si term dönemde doğdular, ortalama doğum kiloları 2670gr (1620-3320) idi, 2/13 yenidoğanda SGA, 2/13'sinde ise gelişme geriliği saptandı, 8/13'i anemikti. Vakalarımızda perinatal mortalite gerçekleşmedi. Fetüslerin hiçbirinde prenatal anatomik tarama ve postnatal muayenelerinde majör bir anomali saptanmadı. Koryoanjiyomun postpartum kanama, preeklampsi ve diyabetes mellitus (GDM) gibi maternal komplikasyonlarla da ilişkili olduğu belirtilmektedir. Totalde 8/12 (%66) maternal morbidite gelişti; 2/12'sinde postpartum atoni, 2/12'sinde preeklampsi, 1/12'inde gestasyonel hipertansiyon, 4/12'ünde ise GDM saptandı. Koryoanjiyomlar genellikle tedavi gerektirmemesine rağmen hidrops riski olan vakalarda damar ligasyonu, laser koagülasyon, alkol enjeksiyonu, embolizasyon tedavileri literatürde tanımlanmıştır.

12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

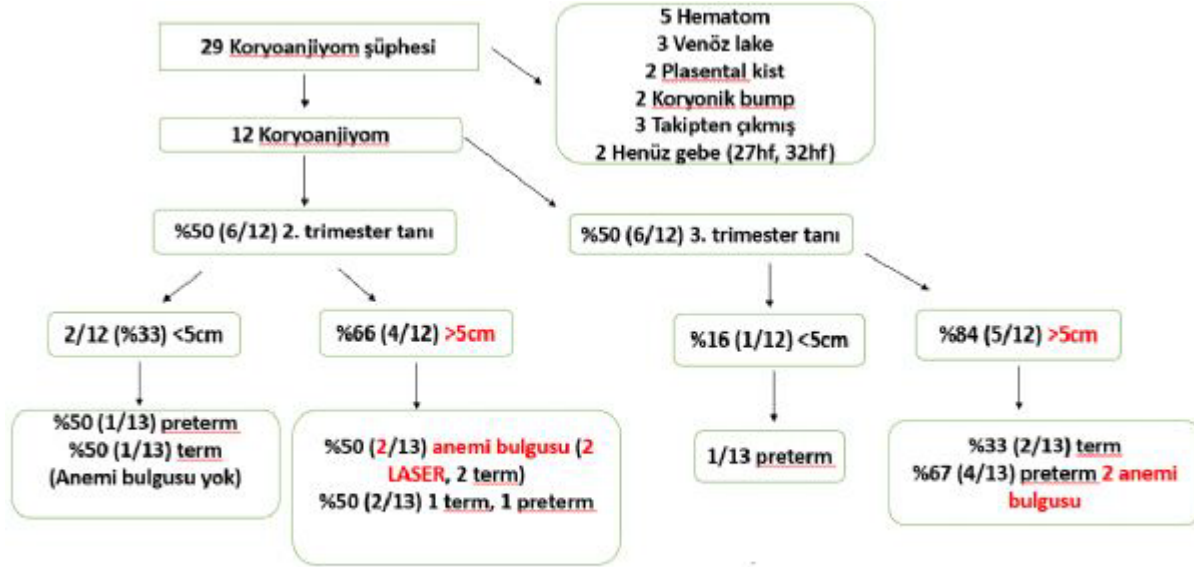
22-23 MART 2025

Boyutu >5cm, 2/13 fetüs (vaka1 ve vaka2) 2.trimesterde anemi semptomları göstermesi üzerine koryoanjiyomlara 22. hafta ve 25. haftada (sırasıyla) perkütan interstitial lazer ablasyon tedavisi yapıldı, anemi semptomları geriledi, term dönemde komplikasyonsuz doğdular. Bazı koryoanjiyomlar daha ekojen, kalsifiye, daha az vasküler ve kord girişinden uzakta görülebilir; vakalarımızdan 3/12'sinde kalsifikasyonlar izlendi, 1/12'i kord girişinden uzakta saptandı (vaka8), 1/12'inde vaskülarizasyon izlenmedi (vaka3). Ulaşılamayan 1/13 infant ve anne hariç 12/13 yenidoğan ve 11/12 anne sağlıklı olarak yaşamlarına devam etmekte.

Sonuç: Boyut ve kanlanma perinatal sonuçların ana belirleyicileridir. Erken gebelik haftalarında büyük (>5cm) ve anemik (MCA PI>1.5Mom) semptomlar gösteren vakalarda, arteriyovenöz malformasyonların lazer ile ablasyonu fetüsü hidrops ve kalp yetmezliğinden koruyabilir. <5cm koryoanjiyomlar genellikle iyi gebelik sonuçlarına sahipken, >5cm koryoanjiyomlar %50'lere varan oranlarda fetal ve maternal komplikasyonlara neden olabilirler.

Anahtar Kelimeler: fetal anemi, koryoanjiyom, lazer ablasyon

Koryoanjiyom akış



12. İstanbul KADIN DOĞUM GÜNLERİ



İSTANBUL KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM HİZMET DERNEĞİ

22-23 MART 2025

Prenatal ve postnatal özellikler

Vaka	Gravida	Yaş	Tanı(hf)	ilk boyut (mm)	Son boyut (mm)	MCA PI (MoM)	Poli	Kanlanma	Maternal morbidite	Doğum (hf)	Doğum endikasyon	Doğum şekli	Doğum gr	Cinsiyet	YD Hb	YD morbidite	PP komplikasyon	YD plt	YDYBÜ yatış	Güncel durum
1	M	40	17	56x49	60x50	1,7		çok		39	Ağrılı eski C/S	CS	3320	K	16,2		Atoni	220 bin	yok	SS
2	M	30	21	60x55	82x41	2,2		çok	GDM, preeklampsi	37	Şiddetli Preeklampsi	CS	2940	K	13,9	Anemi		228 bin	yok	SS
3	M	40	21	31x22	70x50	1,2		yok		35	Ağrılı eski C/S	CS	2440	K	16	TTN		239 bin	22 gün	SS
4	P	33	27	76x60	90x77	1		orta	HT, kolestaz, dekolman	32	Fetal distress	CS	1620	E	20,3	TTN		300 bin	yok	ulaşılamadı
5	P	23	27	63x56	89x57	1,1	var	çok		38	MSG	vajinal	2640	E	14,4	SGA, anemi		180 bin	yok	SS
6	P	21	27	36x27	49x39	0,9		az	GDM	38	MSG	vajinal	3820	E	18,1			112 bin	yok	SS
7	M	23	31	76x48	76x48	1		orta		38	Ağrılı eski C/S	CS	3050	K	17,2			166 bin	yok	SS
8	M	25	32	64x38	68x60	1,1		az	GDM	37	Ağrılı eski C/S	CS	2640	E	14,5	SGA, anemi		75 bin	yok	SS
9	M	30	32	33x26	36x25	1,2		çok	Preeklampsi	36	Ağrılı eski C/S	CS	2310	E	22,3	IUGR, Polistemia		153 bin	yok	SS
10	M	27	34	72x60	72x60	1,65	var	orta		34	Fetal distress	CS	2080	K	13,4	TTN, anemi		199 bin	16 gün	SS
11	P	29	34	79x62	79x62	1,55		orta	GDM	35	Fetal distress	CS	2450	K	13,3	TTN, anemi		102 bin	5 gün	SS
12	M	33	34	64x54	73x48	0,9	var	çok	DKDA	36	Ağrılı ikiz (A/B)	CS	2300/3100	K/E	15,7/17,8	FetusA:IUGR, fetusB:TTN	Atoni	90 bin/166 bin	fetus B: 15 gün	SS/SS

M: Multigravida, **P:** Primigravida, **hf:** Hafta, **MCA PI:** Midcerebral artery pulsatility indeks **Poli:** Polihidroamniyozis, **GDM:** Gestasyonel diyabetes mellitus, **DKDA:** Dikoryonik diamniyotik **HT:** Hipertansiyon, **C/S:** Caesarean section, **MSG:** Miadında sancılı gebelik, **YD:** Yenidoğan, **K:** Kız, **E:** Erkek, **TTN:** Yenidoğan geçici takipnesi, **SGA:** gebelik yaşına göre küçük, **IUGG:** İntrauterin gelişme geriliği, **PP:** Postpartum, **YDYBÜ:** Yenidoğan yoğunbakım ünitesi, **SS:** Sağlıklı, **Vaka1-2:** laser koagülasyon tedavisi uygulanan hastalar