

# OLGULARLA KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

**Editörler**

Davut GÜVEN

Ayşe Zehra ÖZDEMİR



© Copyright 2023

*Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş.'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.*

<b>ISBN</b> 978-625-399-401-3	<b>Sayfa ve Kapak Tasarımı</b> Akademisyen Dizgi Ünitesi
<b>Kitap Adı</b> Olgularla Kadın Hastalıkları ve Doğum	<b>Yayıncı Sertifika No</b> 47518
<b>Editörler</b> Davut GÜVEN ORCID iD: 0000-0001-8587-0707 Ayşe Zehra ÖZDEMİR ORCID iD: 0000-0003-4232-4794	<b>Baskı ve Cilt</b> Vadi Matbaacılık  <b>Bisac Code</b> MED033000
<b>Yayın Koordinatörü</b> Yasin DİLMEN	<b>DOI</b> 10.37609/akya.2872

#### Kütüphane Kimlik Kartı

Olgularla Kadın Hastalıkları ve Doğum / editörler : Davut Güven, Ayşe Zehra ÖZDEMİR.  
Ankara : Akademisyen Yayınevi Kitabevi, 2023.  
406 s. : rnk. resim, tablo. ; 160x235 mm.  
Kaynakça ve İndeks var.  
ISBN 9786253994013  
1. Tıp--Kadın Hastalıkları ve Doğum.

## UYARI

*Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. Akademisyen Kitabevi ve alıcı arasında herhangi bir şekilde doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. Akademisyen Kitabevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve ihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir. İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozumu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan günlük ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanarak oluşturması, hekimin kendi sorumluluğundadır. Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan ürüne dair değişiklikler, tekrar paketlemeler ve özelleştirmelerden sorumlu değildir.*

**GENEL DAĞITIM**  
**Akademisyen Kitabevi A.Ş.**

Halk Sokak 5 / A Yenışehir / Ankara  
Tel: 0312 431 16 33  
siparis@akademisyen.com

[www.akademisyen.com](http://www.akademisyen.com)

# İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1	Kesintili Aortik Ark Tip B : Ultrasonografik değerlendirme ..... 1 Can Ozan ULUSOY
BÖLÜM 2	Hipoplastik Sol Kalp Sendromu – Erken Tanı Hayat Kurtarır mı?..... 7 Engin YURTÇU
BÖLÜM 3	Hidrocefaliye Yol Açan Fetal İntrakranial Arteriyovenöz Malformasyon: Olgu Sunumu ..... 11 Sadullah ÖZKAN Murat Levent DERELİ
BÖLÜM 4	Gebeliğin İkinci Trimesterinde Başvuran Spontan Splenik Ven Anevrizma Rüptürü Olgusunun Yönetimi..... 17 Sibel DOĞAN POLAT
BÖLÜM 5	Şiddetli Preeklampside Postoperatif Sinus Ven Trombozu.....25 Sümeyye YILMAZ Sultan CANAN
BÖLÜM 6	Akıllı Telefon ve Aksiyon Kamerası Yardımı ile Laparoskopik Tüp Ligasyonu Deneyimi.....37 Neşet GÜMÜŞBURUN
BÖLÜM 7	Fetal Megasistis ve Anhidramniyoz ile Prezente Olan Posterior Üretral Valf Olgusu .....47 Nebahat UZUNAY Doruk Cevdi KATLAN
BÖLÜM 8	Alfa-Metildopa Kullanımına Bağlı Nötropeni Olgu Sunumu .....57 Gülşan KARABAY

<b>BÖLÜM 9</b>	<b>Overin Matür Kistik Teratomu İçerisinde Gelişen Tiroid Papiller Tip Kanserine Yaklaşım.....</b>	<b>61</b>
	Gonca EVCİ Mesut ÖNAL	
<b>BÖLÜM 10</b>	<b>Peritonit Tablosu ile Gelen Malignite Şüpheli Hastada Altta Yatan Bir Genital Tüberküloz Vakası.....</b>	<b>67</b>
	Mesut ÖNAL Derya SEZEN Yasemin YOLERİ	
<b>BÖLÜM 11</b>	<b>Non-Hodgkin Lenfoma Olgusu Eşliğinde Gebelikle İlişkili Lenfomalara Bakış .....</b>	<b>75</b>
	Şebnem KARAGÜN Mürşide ÇEVİKOĞLU KILLI	
<b>BÖLÜM 12</b>	<b>Gebelikte Otoimmün Hemolitik Anemi ile Prezente Olup Sistemik Lupus Eritematozus Tanısı Alan Olgu ve Yönetimi.....</b>	<b>87</b>
	Zeynep ŞEYHANLI	
<b>BÖLÜM 13</b>	<b>Klinik Deneyimi Nadir Bir Konu: Malign Potansiyeli Belirsiz Düz Kas Tümörü (STUMP) Olgusu.....</b>	<b>97</b>
	Mesut ÖNAL Yasemin YOLERİ Derya SEZEN	
<b>BÖLÜM 14</b>	<b>Postpartum Baş Ağrısı ve Hiponatremi ile Seyreden Bir Akut Sheehan Sendromu: Olgu Sunumu.....</b>	<b>103</b>
	Bilgesu ÇETİNEL KAYGUN	
<b>BÖLÜM 15</b>	<b>Olgu Sunumu ile Servikovajinal Ageneziler ve Yönetimi.....</b>	<b>111</b>
	Şakir Volkan ERDOĞAN	
<b>BÖLÜM 16</b>	<b>İnsidental Saptanan Ohvıra Sendromlu Olguda Kronik Pelvik Ağrıya Alternatif Yaklaşım .....</b>	<b>121</b>
	Şeyma DAĞLITUNCEZDİ ÇAM	



BÖLÜM 17	Nadir Rastlanan Sezeryan Sonrası Miyom Rüptürü Olgu Sunumu ..... 127 Ömer ÜNAL
BÖLÜM 18	Fertilite Koruyucu Cerrahi Uygulanan Erken Evre Musinöz Tip Over CA Olgusunun Literatür Eşliğinde Değerlendirilmesi ..... 137 Ferah KAZANCI
BÖLÜM 19	Şilöz Asit Komplikasyonu Eşliğinde Endometrium Kanserli Hastalara Yaklaşım ..... 147 Zehra ÖZTÜRK BAŞARIR
BÖLÜM 20	Fallot Tetralojisi Prenatal Tanı ve Takibi ..... 155 Ömer Gökhan EYİSOY
BÖLÜM 21	Over Kanseri Cerrahisi Sonrası Lenfösel Gelişen Olgu ..... 165 Sevgi AYHAN
BÖLÜM 22	Fetal Kayıplara Neden Olan Tekrarlayan İskelet Displazisi Olgusu Eşliğinde Fetal İskelet Displazilerine Bakış ..... 169 Yusuf DAL
BÖLÜM 23	Non Komünike Rudimenter Hornun Laparoskopik Tedavisi ..... 185 Hilal KILINÇ Mesut ÖNAL
BÖLÜM 24	Serviks Kanserinde Over Transpozisyonu Olgu Sunumu ..... 193 Hande Esra KOCA YILDIRIM
BÖLÜM 25	Nadir Bir Jinekolojik Akut Batın Nedeni; Postmenopozal Uterus Rüptürü ..... 197 Selma Atiye KOLCU
BÖLÜM 26	Torakoamniyotik Şant Takılan Fetal Plevral Efüzyon Olgusu ..... 203 Sevim TUNCER CAN

<b>BÖLÜM 27</b>	<b>İkinci Trimesterde Uterin Rüptür: Olgu Sunumu.....</b>	<b>209</b>
	Asya ÖZCAN	
<b>BÖLÜM 28</b>	<b>Empty Folikül Sendromu Olgusu Üzerinden Oogenez ve Ovülasyon .....</b>	<b>219</b>
	Burçin KARAMUSTAFAOĞLU BALCI Ayşe ALTUN	
<b>BÖLÜM 29</b>	<b>Erken Gebelikte Masif Kanama ile Seyreden Plasenta Previa Percreata.....</b>	<b>229</b>
	Bedri SAKCAK	
<b>BÖLÜM 30</b>	<b>Prenatal Dönemde Tanı Alan Büyük Arter Transpozisyonu ve VSD Birlikteliği.....</b>	<b>235</b>
	Betül KEYİF	
<b>BÖLÜM 31</b>	<b>Sezaryen İle Doğum Sonrası Utero-Kutanöz Fistül Olgu Sunumu .....</b>	<b>241</b>
	Betül TOKGÖZ ÇAKIR	
<b>BÖLÜM 32</b>	<b>Gebelikte Kaşıntı: Pemfigoid Gebelik Olgu Sunumu .....</b>	<b>245</b>
	Bilgesu ÇETİNEL KAYGUN Zeynep ÇANKAYA	
<b>BÖLÜM 33</b>	<b>Nadir Olgu Sunumu: Gebelikte İntestinal Endometriozis.....</b>	<b>253</b>
	Burcu AYDIN BOYAMA	
<b>BÖLÜM 34</b>	<b>Endometriyal Polip Zemininde Gelişen Endometriyum Kanseri.....</b>	<b>259</b>
	Büşra DEMİR ÇENDEK	
<b>BÖLÜM 35</b>	<b>Tubaovaryan Abse'ye Bağlı Cilt Fistülü Gelişen Hastaya Yaklaşım.....</b>	<b>267</b>
	Ayşe Zehra ÖZDEMİR Cansu ÜN	
<b>BÖLÜM 36</b>	<b>Fournier Gangreni .....</b>	<b>271</b>
	Elçin TELLİ	



<b>BÖLÜM 37</b>	<b>Gebelikte Görülen Supraventriküler Taşikardi Olgusu ve Yönetimi</b> .....	<b>283</b>
	Emin Levent AKSOY	
<b>BÖLÜM 38</b>	<b>İntrauterin Interrupted Aortik Ark Tespit Edilen Olgu Sunumu</b> .....	<b>291</b>
	Emre YALÇIN	
<b>BÖLÜM 39</b>	<b>Spontan Karın İçi Kanama ile Komplike Olan On Dört Haftalık Sezaryen Skar Gebeliği</b> .....	<b>297</b>
	Erdoğan GÜL	
<b>BÖLÜM 40</b>	<b>Pelvik Kitlelerin Ayırıcı Tanısında Nadir Bir Olgu: Castleman Hastalığı</b> .....	<b>303</b>
	Fatih KILIÇ	
<b>BÖLÜM 41</b>	<b>Sezaryen Sonrası Rest Plasenta Olguları ve Yönetimi</b> .....	<b>309</b>
	İlknur Merve AYAZOĞLU	
<b>BÖLÜM 42</b>	<b>Nadir Görülen Bir Olgu: Postpartum Dönemde Görülen Pyoderma Gangrenozum</b> .....	<b>315</b>
	Merve KESKİN PAKER Hilal USLU YUVACI	
<b>BÖLÜM 43</b>	<b>Unilateral Tubaovaryan Agenezi ve Kontralateral Tubaovaryan Torsiyon, Vaka Sunumu</b> .....	<b>323</b>
	Mehmet Faruk ÖLÇENOĞLU Merve ÖLÇENOĞLU	
<b>BÖLÜM 44</b>	<b>Nadir Görülen Bir Teratom Olgusu Fetiform Kistik Teratom</b> .....	<b>329</b>
	Mesut BALA Abdullah ACAR	
<b>BÖLÜM 45</b>	<b>Prenatal Rabdomyoma İle Tanı Alan Tuberoskleroz Olgusu</b> .....	<b>335</b>
	Nazan VANLI TONYALI	

<b>BÖLÜM 46</b>	<b>Korona Virüs Enfeksiyonu Sonrası Sezaryen ile Doğum ve Ardından Ovarian Ven Trombozu ve Yönetimi.....</b>	<b>343</b>
	Nurettin TÜRKTEKİN	
<b>BÖLÜM 47</b>	<b>Salpenjektomi Öyküsü Olan Hastada, İn Vitro Fertilizasyon İle Oluşan İpsilateral Kornual Ektopik Gebelik Yönetimi: Olgu Sunumu.....</b>	<b>349</b>
	Özgür Ozan CEYLAN Ümran KILINÇDEMİR TURGUT	
<b>BÖLÜM 48</b>	<b>Elli Dört Yaşındaki Bir Kadında Dev Uterin Leiomyom .....</b>	<b>355</b>
	Özlem KOŞAR CAN	
<b>BÖLÜM 49</b>	<b>Endometriozis.....</b>	<b>363</b>
	Ramazan ADAN	
<b>BÖLÜM 50</b>	<b>Sezaryen Skar Gebeliği .....</b>	<b>373</b>
	Ramazan ÖZYURT	
<b>BÖLÜM 51</b>	<b>Fetal Genitoüriner Sistem + Gastrointestinal Sistem Komplike Anomalisi: Olgu Sunumu .....</b>	<b>377</b>
	Revan Sabri ÇİFTÇİ	
<b>BÖLÜM 52</b>	<b>Primigravid Hastada Termde Uterus Ruptürü .....</b>	<b>381</b>
	Sultan CANAN	
<b>BÖLÜM 53</b>	<b>Kornual Ektopik Gebelik Odağına Metotreksat Enjeksiyonu-Olgı Sunumu .....</b>	<b>387</b>
	Jule ERİÇ HORASANLI Ülfet SENA METİN	



# YAZARLAR

**Uzm. Dr. Abdullah ACAR**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi  
Yaşargil Eğitim ve Araştırma hastanesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Op. Dr. Ramazan ADAN**  
Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Kadın  
Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Uzm. Dr. Emin Levent AKSOY**  
Sakarya Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Kliniği

**Dr. Ayşe ALTUN**  
(PhD), İstanbul Üniversitesi, İstanbul  
Tıp Fakültesi/Kadın Hastalıkları ve  
Doğum AD., Reprodüktif Endokrinoloji  
ve İnfertilite BD.

**Dr. Öğr. Üyesi İlnur Merve AYAZOĞLU**  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp  
Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum  
AD.

**Uzm. Dr. Sevgi AYHAN**  
Ankara Şehir Hastanesi, Jinekolojik  
Onkoloji Kliniği

**Op. Dr. Mesut BALA**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi  
Yaşargil Eğitim ve Araştırma hastanesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Doç. Dr. Burçin KARAMUSTAFAOĞLU  
BALCI**  
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp  
Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum  
AD., Reprodüktif Endokrinoloji ve  
İnfertilite BD.

**Uzm. Dr. Zehra ÖZTÜRK BAŞARIR**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara  
Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji  
Departmanı

**Dr. Öğr. Üyesi Burcu AYDIN BOYAMA**  
İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık  
Uygulama ve Araştırma Merkezi Esenler  
Hastanesi

**Op. Dr. Sevim TUNCER CAN**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir  
Tepecik Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum  
AD., Perinatoloji Kliniği

**Doç. Dr. Özlem KOŞAR CAN**  
Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Sultan CANAN**  
Sakarya Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Kliniği

**Uzm. Dr. Sultan CANAN**  
Sakarya Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Kliniği

**Op. Dr. Özgür Ozan CEYLAN**  
Turgutlu Devlet Hastanesi, Kadın  
Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Yusuf DAL**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın  
Hastalıkları ve Doğum AD., Perinatoloji  
BD.

**Op. Dr. Murat Levent DERELİ**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi,  
Perinatoloji Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi Şakir Volkan ERDOĞAN**  
İstanbul Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Gonca EVCİ**  
Samsun Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Kliniği

**Uzm. Dr. Ömer Gökhan EYİSOY**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep  
Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları  
Hastanesi Perinatoloji Kliniği

**Op. Dr. Erdoğan GÜL**  
Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları  
ve Doğum Kliniği

**Op. Dr. Neşet GÜMÜŞBURUN**  
Medikal Park Hastanesi, Kadın  
Hastalıkları ve Doğum AD.

**Doç. Dr. Jule ERİÇ HORASANLI**  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum  
AD.

**Op. Dr. Gülşan KARABAY**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın  
Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji  
Kliniği

**Arş. Gör. Şebnem KARAGÜN**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın  
Hastalıkları ve Doğum AD., Perinatoloji  
BD.

**Uzm. Dr. Doruk Cevdi KATLAN**  
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Uzm. Dr. Bilgesu ÇETİNEL KAYGUN**  
Aydın Kadın Doğum ve Çocuk  
Hastalıkları Hastanesi, Kadın  
Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Uzm. Dr. Ferah KAZANCI**  
Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Jinekolojik  
Onkoloji

**Dr. Öğr. Üyesi Betül Keyif**  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın  
Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Hilal KILINÇ**  
Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi,  
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek  
Hizmet Binası

**Uzm. Dr. Fatih KILIÇ**  
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi,  
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği



**Arş. Gör. Mürşide ÇEVİKOĞLU KILLI**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Jinekolojik Onkoloji BD.

**Uzm. Dr. Selma Atiye KOLCU**  
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Dr. Ülfet SENA METİN**  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Merve KESKİN PAKER**  
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN POLAT**  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Bedri SAKCAK**  
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği

**Arş. Gör. Derya ŞEZEN**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Elçin TELLİ**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Nazan VANLI TONYALI**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği

**Op. Dr. Ümran KILINÇDEMİR TURGUT**  
SBÜ Adana Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Nurettin TÜRKTEKİN**  
Nişantaşı Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

**Uzm. Dr. Can Ozan ULUSOY**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Perinatoloji BD.

**Uzm. Dr. Nebahat UZUNAY**  
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Emre YALÇIN**  
Çukurova Üniversitesi, Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Perinatoloji Kliniği

**Uzm. Dr. Hande Esra KOCA YILDIRIM**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği

**Uzm. Dr. Sümeyye YILMAZ**  
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Arş. Gör. Yasemin YOLERİ**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Engin YURTÇU**  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Doç. Dr. Hilal USLU YUVACI**  
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Betül TOKGÖZ ÇAKIR**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği

**Uzm. Dr. Şeyma DAĞLITUNCEZDİ ÇAM**  
Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum  
AD.

**Uzm. Dr. Zeynep ÇANKAYA**  
Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Uzm. Dr. Büşra DEMİR ÇENDEK**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın  
Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Uzm. Dr. Revan Sabri ÇİFTÇİ**  
Midyat Devlet Hastanesi, Kadın  
Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Uzm. Dr. Mehmet Faruk ÖLÇENOĞLU**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum  
AD.

**Uzm. Dr. Merve ÖLÇENOĞLU**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum  
AD.

**Doç. Dr. Mesut ÖNAL**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları  
ve Doğum AD.

**Op. Dr. Asya ÖZCAN**  
Sakarya Hendek Devlet Hastanesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Doç. Dr. Ayşe Zehra ÖZDEMİR**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp  
Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Kliniği,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Sadullah ÖZKAN**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi,  
Perinatoloji Kliniği

**Uzm. Dr. Ramazan ÖZYURT**  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları  
ve Doğum Kliniği

**Arş. Gör. Cansu ÜN**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp  
Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Kliniği,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

**Uzm. Dr. Ömer ÜNAL**  
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim  
Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları  
ve Doğum

**Uzm. Dr. Zeynep ŞEYHANLI**  
Ankara Etlik Şehir Hastanesi,  
Perinatoloji BD.

## KESİNTİLİ AORTİK ARK TİP B : ULTRASONOGRAFİK DEĞERLENDİRME

Can Ozan ULUSOY<sup>1</sup>

### |GİRİŞ

Kesintili aortik ark (KAA), çıkan ve inen aortun tamamen ayrılması ile karakterize ve konjenital kalp hastalıklarının (KKH) %1'ini oluşturan nadir görülen bir malformasyondur (1). Neonatal dönemde duktus arteriozus (DA) bağımlı bir hastalık olması sebebiyle antenatal dönemde tanısı büyük önem arz etmektedir (2). Fetüste aortik arkın görüntülenmesi zor olabilir. Ultrasonografik değerlendirme sırasında dikkatli olmak, bu anomalinin tanısında önem arz etmektedir. Mid-trimesterde yapılan fetal kardiyak anomali taraması; 4 oda görünümü, atrioventriküler bağlantılar, ventrikülo-arteriyel bağlantılar ve 3 damar trakea görünümünün değerlendirilmesini içermektedir (3). Bu bağlamda konotrunkal anomalilerin tanısı, kılavuzların önerileri doğrultusunda değerlendirilmelidir. Çünkü bu anomalilerin birçoğunun 4 oda görünümde normal olarak değerlendirilebilmesi mümkündür.

Kesinti bölgesine göre KAA üç gruba ayrılır: tip A, sol subklavyen arterin distalinde kesinti; tip B, sol karotis ve sol subklavyen arterler arasında kesinti; ve tip C, brakiosefalik arter ile sol karotis arter arasında kesintidir.

Tip A nadiren 22q11 delesyonu ile ilişkiliyken, tip B vakaların %50-80'inde 22q11 delesyonu ve diğer ekstra kardiyak anomalilerle ilişkilidir. Tip C ise vakaların %5'inden azını oluşturarak KAA'nın en az görülen şeklidir. KAA'nın genetik anomalilerle olabilen bu birlikteliği, postnatal dönemde acil cerrahi gerektiren bir hastalık olmasının yanı sıra antenatal dönemde genetik danışmanlık

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Perinatoloji BD., canozanulusoy@gmail.com, ORCID iD: 0009-0005-7931-5172



## KAYNAKLAR

1. Riggs KW, Anderson RH, Spicer D, Morales DL. Coarctation and interrupted aortic arch. In: Wernovsky G, Anderson RH, Kumar K, Mussatto KA, Redington AN, Tweddell JS, eds. *Anderson's Pediatric Cardiology*. Elsevier; 2019:843-864.
2. Melanie Vogel, Margaret M Vernon, Doff B McElhinney, David W Brown, Steven D Colan, Wayne Tworetzky. Fetal diagnosis of interrupted aortic arch. *Am J Cardiol* 2010 Mar 1;105(5):727-34.
3. Carvalho JS, Axt-Flidner R, Chaoui R, Copel JA, Cuneo BF, Goff D, Gordin Kopylov L, Hecher K, Lee W, Moon-Grady AJ, Mousa HA, Munoz H, Paladini D, Prefumo F, Quarello E, Rychik J, Tutschek B, Wiehac M, Yagel S. ISUOG Practice Guidelines (updated): fetal cardiac screening. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2023 Jun;61(6):788-803. doi: 10.1002/uog.26224. PMID: 37267096.
4. Hirano Y, Masuyama H, Hayata K, Eto E, Nobumoto E, Hiramatsu Y. Prenatal diagnosis of interrupted aortic arch: usefulness of three-vessel and four-chamber views. *Acta Med Okayama*. 2016;70:485-491.
5. Alfred Abuhamad - Rabih Chaoui, A Practical Guide to Fetal Echocardiography: Normal and Abnormal Hearts Fourth Edition
6. Chaoui R, Heling KS, Sarut Lopez A, Thiel G, Karl K. The thymic-thoracic ratio in fetal heart defects: a simple way to identify fetuses at high risk for microdeletion 22q11.2. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011;37:397-403.
7. Goldmuntz E, Clark BJ, Mitchell LE, Jawad AF, Cuneo BF, Reed L, McDonald-McGinn D, Chien P, Feuer J, Zackai EH, Emanuel BS, Driscoll DA. Frequency of 22q11 deletions in patients with conotruncal defects. *J Am Coll Cardiol*. 1998 Aug;32(2):492-8. doi: 10.1016/s0735-1097(98)00259-9. PMID: 9708481.
8. Lewin MB, Lindsay EA, Jurecic V, Goytia B, Towbin J, Baldini A. A genetic aetiology for interruption of the aortic arch type B. *Am J Cardiol* 1997; 80: 493-7
9. Brown JW, Ruzmetov M, Okada Y, Vijay P, Rodefeld MD, Turrentine MW. Outcomes in patients with interrupted aortic arch and associated anomalies: a 20-year experience. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2006 May;29(5):666-73; discussion 673-4. doi: 10.1016/j.ejcts.2006.01.060. Epub 2006 Apr 12. PMID: 16626964.

## HİPOPLASTİK SOL KALP SENDROMU – ERKEN TANI HAYAT KURTARIR MI?

Engin YURTÇU<sup>1</sup>

### | GİRİŞ

Hipoplastik sol kalp sendromu (HSKS), sistemik dolaşımı destekleyemeyen ciddi sol ventrikül hipoplazisi ve sol ventrikül çıkış akımında azalma ile ilişkili fetal durumları kapsayan, nadir görülen konjenital kalp hastalığıdır. Sıklığı 10.000 canlı doğumda 2-3 olup, tüm kardiyak anomalilerin %3-4'ünü oluşturmaktadır (1, 2). Vakaların %5-10'unda kromozomal anomaliler tespit edilir ve en yaygın görülen anöploidiler Trizomi 13-18 ve monozomi X 'tir (3). Nadir görülmesine rağmen, kardiyak ölümlerin %40-50'sinden sorumludur (4). Her ne kadar morbidite ve mortalite oranları hala oldukça yüksek olsa da, kısa ve orta vade sağ kalımda giderek daha olumlu sonuçlar alınmakta olup günümüzde HSKS tanısı alan hastalar artık fatal olarak değerlendirilmemektedir (5, 6). Bu nedenle prenatal doğru teşhis konulması, yenidoğana uygun obstetrik yönetim ve erken yoğun bakım imkanı sağladığı için önemlidir.

### | VAKA TAKDİMİ

32 yaşında, gravida 1, para 0 olan gebe kliniğimize 22. gebelik haftasında fetal kalpte dört odacık izlenmemesi üzerine yönlendirildi. Mevcut gebeliği ile ilgili şikayeti yoktu. Akraba evliliği öyküsü yoktu. Yapılan ultrasonografik değerlendirilmede fetal biyometri gebelik haftası ile uyumlu olarak değerlendirildi. Dört odacık görünümünde kalbin solunda ince ve dar bir ventrikül saptandı. Mitral kapak atrezik değerlendirildi. Beş oda kesitinde aort izlenmedi. Dört odacık gö-

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., drenginyurtcu1@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-1517-3823



## SONUÇ

HSKS nadir görülür, ancak yenidoğan döneminde kardiak nedenli ölümlerin en sık nedenidir. Prenatal tanı, doğumun tersiyer merkezde gerçekleştirilmesine imkan verir ve uzun dönem sağkalım sonuçlarını iyileştirir.

## KAYNAKLAR

1. Gordon BM, Rodriguez S, Lee M, Chang R-K. Decreasing number of deaths of infants with hypoplastic left heart syndrome. *The Journal of pediatrics*. 2008;153(3):354-8.
2. Karamlou T, Diggs BS, Ungerleider RM, Welke KF. Evolution of treatment options and outcomes for hypoplastic left heart syndrome over an 18-year period. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2010;139(1):119-27.
3. Natowicz M, Chatten J, Clancy R, Conard K, Glauser T, Huff D, et al. Genetic disorders and major extracardiac anomalies associated with the hypoplastic left heart syndrome. *Pediatrics*. 1988;82(5):698-706.
4. Reller MD, Strickland MJ, Riehle-Colarusso T, Mahle WT, Correa A. Prevalence of congenital heart defects in metropolitan Atlanta, 1998-2005. *The Journal of pediatrics*. 2008;153(6):807-13.
5. Allan LD, Sharland G, Tynan MJ. The natural history of the hypoplastic left heart syndrome. *Int J Cardiol*. 1989;25(3):341-3.
6. Allan LD, Apfel HD, Printz BF. Outcome after prenatal diagnosis of the hypoplastic left heart syndrome. *Heart*. 1998;79(4):371-3.
7. Stumper O. Hypoplastic left heart syndrome. *Postgraduate medical journal*. 2010;86(1013):183-8.
8. Brackley KJ, Kilby MD, Wright JG, Brawn WJ, Sethia B, Stumper O, et al. Outcome after prenatal diagnosis of hypoplastic left-heart syndrome: a case series. *Lancet*. 2000;356(9236):1143-7.
9. Stoll C, Dott B, Alembik Y, De Geeter B. Evaluation and evolution during time of prenatal diagnosis of congenital heart diseases by routine fetal ultrasonographic examination. *Ann Genet*. 2002;45(1):21-7.
10. Allen RH, Benson CB, Haug LW. Pregnancy outcome of fetuses with a diagnosis of hypoplastic left ventricle on prenatal sonography. *J Ultrasound Med*. 2005;24(9):1199-203.
11. Hornberger LK, Need L, Benacerraf BR. Development of significant left and right ventricular hypoplasia in the second and third trimester fetus. *J Ultrasound Med*. 1996;15(9):655-9.
12. Morris SA, Ethen MK, Penny DJ, Canfield MA, Minard CG, Fixler DE, et al. Prenatal diagnosis, birth location, surgical center, and neonatal mortality in infants with hypoplastic left heart syndrome. *Circulation*. 2014;129(3):285-92.
13. Van Velzen C, Clur S, Rijlaarsdam M, Bax C, Pajkrt E, Heymans M, et al. Prenatal detection of congenital heart disease—results of a national screening programme. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(3):400-7.
14. Barron DJ, Kilby MD, Davies B, Wright JG, Jones TJ, Brawn WJ. Hypoplastic left heart syndrome. *The Lancet*. 2009;374(9689):551-64.
15. Sadineni RT, Kumar BS, Chander NB, Boppa DM. Prenatal Sonographic Diagnosis of Hypoplastic Left Heart Syndrome. *Int J Appl Basic Med Res*. 2017;7(3):213-5.



HİDROSEFALİYE YOL AÇAN FETAL İNTRAKRANİYAL  
ARTERİYOVENÖZ MALFORMASYON: OLGU SUNUMUSadullah ÖZKAN<sup>1</sup>Murat Levent DERELİ<sup>2</sup>

## |GİRİŞ

Arteriyovenöz malformasyonlar, vücudun birçok bölgesinde bulunabilmekle birlikte en sık karaciğer ve santral sinir sisteminde görülen, arada kılcal damar bağlantılarının yer almadığı, arterler ve venler arasındaki düşük dirençli kanalların düzensiz vasküler yumaklarından oluşan, yüksek akımlı konjenital şantlardır (1). Besleyici arterler, nidus ve drenaj venleri gibi yapılardan oluşan bu lezyonlar intrakraniyal herhangi bir lokalizasyonda görülebileceği gibi %85 supratentoriyal, %15 posteriyor fossa yerleşimli olabilmektedir (1). İntrakraniyal AVM'ler besleyici arterlerinin kaynağına göre, saf pial, saf dural ya da karışık tip olmak üzere üç grup altında sınıflandırılmaktadır (2). Galen veninin anevrizmal malformasyonu ise, gerçek insidansının tam olarak bilinmediği ancak 10000 ila 25000 doğumda bir görüldüğünün tahmin edildiği, intrauterin altıncı ve 11. haftalar arasında meydana gelen koroid tipte bir AVM'dir (3, 4). Bir ya da daha fazla malforme arteriyovenöz yapının, Galen veninin embriyolojik dönemdeki öncüsü olan Markowski'nin prosensefalik venine drene olmasıyla meydana gelen bu malformasyon, pediatrik konjenital vasküler malformasyonların %30'unu ve tüm pediatrik konjenital anomalilerin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır (5). Arteriyovenöz malformasyonların çoğu soliter lezyonlar şeklinde görülmekte olup yüksek intrauterin serebral kanama riskine rağmen, bu vakalarda fetal kay-

<sup>1</sup> Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, sadullahozkan@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2432-1434

<sup>2</sup> Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, leventdereli@yandex.com, ORCID iD: 0000-0002-9602-9099



## KAYNAKLAR

1. Krishnan, V., et al., Prenatal diagnosis of multiple intracranial arteriovenous malformations. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2022. 59(6): p. 836-839.
2. Maki, Y., et al., Mixed Pial-Dural Arteriovenous Malformation in the Anterior Cranial Fossa Mimicking Dural Arteriovenous Fistula. *Asian J Neurosurg*, 2021. 16(2): p. 418-422.
3. Karl, K., K.S. Heling, and R. Chaoui, Ultrasound of the Fetal Veins Part 3: The Fetal Intracerebral Venous System. *Ultraschall Med*, 2016. 37(1): p. 6-26.
4. Pooh, R.K. and S. Degani, Fetal Cerebral Circulation, in *Ultrasonography of the Prenatal Brain*, 3e, I.E. Timor-Tritsch, et al., Editors. 2017, McGraw-Hill Education: New York, NY.
5. Recinos, P.F., et al., Vein of Galen malformations: epidemiology, clinical presentations, management. *Neurosurg Clin N m*, 2012. 23(1): p. 165-77.
6. Barbosa Do Prado, L., et al., Recent Advances in Basic Research for Brain Arteriovenous Malformation. *Int J Mol Sci*, 2019. 20(21).
7. Godfrey, M.E., et al., Cardiac Findings in the Fetus with Cerebral Arteriovenous Malformation Are Associated with Adverse Outcome. *Fetal Diagn Ther*, 2017. 41(2): p. 108-114.
8. Henrich, W., et al., Isolated cardiomegaly in the second trimester as an early sign of fetal hydrops due to intracranial arteriovenous malformation. *J Clin Ultrasound*, 2003. 31(8): p. 445-9.
9. Kush, M.L., et al., Lethal progression of a fetal intracranial arteriovenous malformation. *J Ultrasound Med*, 2003. 22(6): p. 645-8.
10. Orbach, D.B., et al., Transuterine Ultrasound-Guided Fetal Embolization of Vein of Galen Malformation, Eliminating Postnatal Pathophysiology. *Stroke*, 2023. 54(6): p. e231-e232.

## GEBELİĞİN İKİNCİ TRİMESTERİNDE BAŞVURAN SPONTAN SPLENİK VEN ANEVİZMA RÜPTÜRÜ OLGUSUNUN YÖNETİMİ

Sibel DOĞAN POLAT<sup>1</sup>

### | GİRİŞ

Spontan intraabdominal kanama gebelikte nadir görülen, obstetrik veya non obstetrik sebeplere bağlı olabilen, acil tedavi gerektiren bir durumdur. Obstetrik olmayan spontan intraabdominal kanama sebeplerinden biri olan splenik ven anevrizması (SVA) portal hipertansiyon, siroz ve gebelik gibi durumlarla ilişkili olabilen çok nadir bir durumdur(1). Kadınlarda daha siktir. Genellikle asemptomatiktir ve rastlantısal olarak tanı alır(2). Gebelikte rüptüre olması, yüksek maternal ve fetal mortalite oranları ile ilişkilidir ve hastanın acil ameliyata alınmasını gerektirir.

Bizim vakamızda akut başlayan karın ağrısı ve senkop ile acil servise başvuran, intraabdominal kanama olduğu tespit edilen, hızla hipovolemik şok bulguları gelişen ve intraoperatif olarak splenik ven anevrizma rüptürü tanısı konulan 20 haftalık gebe bir hastanın anestezi, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, kalp damar cerrahisi ve yoğun bakım ekiplerinin multidisipliner yaklaşımıyla etkin yönetimi anlatılmaktadır. Amacımız çok nadir görülen splenik ven anevrizma rüptürü olgusu ve yönetimi ile ilgili farkındalık yaratmaktır.

### | VAKA TAKDİMİ

30 yaşında, Gravida:5 Para:1(Sezaryen) Yaşayan:1 Ektopik Gebelik:1 Abortus:2  
Son adet tarihine göre 20 haftalık gebe hasta akşam evde ani başlayan karın ağ-

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., sibeldoganpolat@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-5747-7588



alınmış olması, intraoperatif ve postoperatif sürecin kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, kalp damar cerrahisi, anestezi ve yoğun bakım ekiplerinin multidisipliner yaklaşımı ile etkili yönetimi maternal kaybın önlenmesinde etkili olmuştur. Hasta gebelik haftası nedeniyle fetal kayıp yaşamış olsa da zamanında yapılan müdahaleler sayesinde yaşama tutunmuştur. Tromboprofilaksi, uygun beslenme desteği, solunum fizyoterapisi gibi uygulamalar da hasta için sonuçları iyileştirmiştir.

## SONUÇ

SVA rüptürü gebeliğin yatkınlık oluşturabildiği nadir görülen bir durum olup yüksek maternal ve fetal mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Gebelikte karın ağrısı, hipovolemik şok, intraabdominal kanama şüphesi olan hastalarda hızla değerlendirme yapılmalı, ön tanılar arasında obstetrik nedenlerin yanısıra organ yaralanması, visseral damarlardan kanama ve anevrizma rüptürü de düşünülmelidir. Bizim vakamızda olduğu gibi zaman kaybetmeden multidisipliner yaklaşımla gerekli müdahalelerin yapılması anne ve gebelik haftasına bağlı olarak fetüs için hayat kurtarıcı olmaktadır. Operasyon kararı ve intraoperatif dönem kadar, postoperatif sürecin iyi yönetilmesi de komplikasyonları azaltarak maternal sağkalım ve sekelsiz iyileşme açısından büyük önem taşır.

## KAYNAKLAR

1. Shimoda M, Kubota K, Sakuma A, Hogami T, Yamaguchi H, Tagaya N. Intra-Abdominal Hemorrhage Due to Rupture of a Splenic Vein Aneurysm: A Case Report. 2003 doi:10.1016/S
2. Morelli L, Pusioli T, Parolari AM, Piscioli I. First report of an unusual, rare complication of pregnancy: rupture of multiple lienal vein aneurysms. *Arch Gynecol Obstet.* 2007;275(4):275-277. doi:10.1007/S00404-006-0231-2
3. Kapila P. Fatal non-traumatic spontaneous hemoperitoneum in second trimester of pregnancy – Autopsy findings. *J Forensic Leg Med.* 2011;18(3):139-140. doi:10.1016/J.JFLM.2011.01.012
4. A G Markou, A Puchar, J M Muray MF. Idiopathic spontaneous hemoperitoneum during pregnancy. *Clin Exp Obs Gynecol.* 2017;44(1):162-165.
5. Lucey BC, Varghese JC, Anderson SW, Soto JA. Spontaneous hemoperitoneum: A bloody mess. *Emerg Radiol.* 2007;14(2):65-75. doi:10.1007/S10140-007-0594-0/FIGURES/10
6. Swarray-Deen A, Mensah-Brown SA, Coleman J. Rare complication of fibroids in pregnancy: Spontaneous fibroid rupture. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(9):1485-1488. doi:10.1111/JOG.13405
7. Torres G, Hines GL, Monteleone F, Diel J. Splenic vein aneurysm: Is it a surgical indication? *J Vasc Surg.* 1999;29(4):719-721. doi:10.1016/S0741-5214(99)70320-4
8. Cardia G, Iusco D, Melino R, Neri V, Nacchiero M. Unusual pregnancy-related vascular emergency. *Am J Perinatol.* 2002;19(5):241-246. doi:10.1055/S-2002-33083/ID/15/BIB



9. Turan N, Oghan F, Boran T. Spontaneous rupture of splenic vein in a pregnant woman during a religious ritual. *J Forensic Leg Med.* 2007;14(7):440-443. doi:10.1016/J.JFLM.2006.12.005
10. Jacobson J, Gorbatkin C, Good S, Sullivan S. Splenic artery aneurysm rupture in pregnancy. *Am J Emerg Med.* 2017;35(6):935.e5-935.e8. doi:10.1016/J.AJEM.2016.12.035
11. Loewenthal M, Jacob H. Aneurysm of the splenic vein; report of a case. *Acta Med Orient.* 1953;12(6):170-173.
12. Juscafresa LC, Alfaro MP, Grochowicz L, Lorenzo JIL, Jaureguizar JIB. Endovascular treatment of a splenic vein aneurysm through a transhepatic approach. *Diagnostic Interv Radiol.* 2019;25(2):166. doi:10.5152/DIR.2019.18057
13. Cho SW, Marsh JW, Fontes PA, et al. Extrahepatic portal vein aneurysm-report of six patients and review of the literature. *J Gastrointest Surg.* 2008;12(1):145-152. doi:10.1007/S11605-007-0313-X/TABLES/3
14. Parpaglioni R, Metta E, Zagari A, Celleno D. Spontaneous splenic vein aneurysm rupture in the puerperium. *Int J Obstet Anesth.* 2009;18(1):48-51. doi:10.1016/j.ijoa.2008.01.019
15. Piasek E, Sojka M, Kuczyńska M, et al. Visceral artery aneurysms – classification, diagnosis and treatment. *J Ultrason.* 2018;18(73):148. doi:10.15557/JOU.2018.0021
16. Aung YYM, Berry C, Jayaram PR, Woon E Von. Splenic artery aneurysm in pregnancy: A systematic review. *Int J Gynecol Obstet.* 2023;160(1):1-11. doi:10.1002/IJGO.14278
17. Wiener Y, Tomashev R, Neeman O, et al. Splenic artery aneurysms during pregnancy: An obstetric nightmare. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;237:121-125. doi:10.1016/J.EJOGRB.2019.04.029
18. Jackson HT, Diaconu SC, Maluso PJ, Abell B, Lee J. Ruptured Splenic Artery Aneurysms and the Use of an Adapted Fast Protocol in Reproductive Age Women with Hemodynamic Collapse: Case Series. *Case Rep Emerg Med.* 2014;2014:1-5. doi:10.1155/2014/454923
19. da Silva CM, Luz R, Almeida M, et al. Hemoperitoneum during Pregnancy: A Rare Case of Spontaneous Rupture of the Uterine Artery. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2020;2020. doi:10.1155/2020/8882016

# ŞİDDETLİ PREEKLAMPSİDE POSTOPERATİF SİNUS VEN TROMBOZU

Sümeyye YILMAZ<sup>1</sup>

Sultan CANAN<sup>2</sup>

## |GİRİŞ

Sinus ven trombozu sık karşılaşılan bir durum değildir (1). Ancak gebelik, puerperium ve oral kontraseptif kullanımı sinus ven trombozu riskini artırır (2). Gebelik ile ilişkili tüm iskemik inmelere %27-57'si sinüs ven trombozuna bağlı olan inmelere (3). Gebelikte ya da puerperium döneminde inme riski 100000'de 30 iken, reproduktif dönemdeki gebe olmayan 100000 kadında yıllık inme riski 10.7'dir (4). Serebrovasküler hastalıkların yaklaşık %10'u antepartum dönemde, %40'ı doğuma yakın zamanda (üçüncü trimester) ve %50'si postpartum dönemde meydana gelir (3).

Gebelik sırasındaki fizyolojik ve patofizyolojik değişiklikler iskemik ve hemorajik inme riskinin artmasıyla ilişkilidir. Bu değişiklikler kardiyovasküler hemodinamideki değişiklikler, koagülasyon faktörleri ve hemokonsantrasyon, endotelial disfonksiyon, inflamasyon ve serebrovasküler tonustaki bozulmadır (5). Faktör V Leiden mutasyonu, homosistein yüksekliği, protein C-protein S-antitrombin 3 eksikliği ve protrombin gen mutasyonları gibi genetik faktörler de etyolojiden sorumludur (6). Diğer risk faktörleri; sezaryen doğum, gestasyonel hipertansiyon ve peripartum enfeksiyondur (7,8). Preeklampsi, eklampsi ve HELLP (Hemolysis Elevated Liver Enzymes ve Low Platelet Count) gebelikteki iskemik ve hemorajik inmenin en sık nedenleridir (9). Sinüs ven trombozu olan hastaların %13'ünde altta yatan bir etiyoloji veya risk faktörü bulunmaz.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, sumeyye\_kelkit@hotmail.com, ORCID iD: 0009-0005-0042-3745

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ssultancanan@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-4995-8194



görülebılır. Diplopi veya kortikal körlük gibi diğer görme bozuklukları olduğu da bildirilmiştir (30). Tedavide yatak istirahati, oral veya intravenöz sıvı uygulaması, analjezikler ve kafein kullanılır (31).

## SONUÇ:

Preeklampsi olgularında postoperatif dönemde gelişen şiddetli baş ağrısı ve diğer nörolojik bulguların nedeninin sadece ağır preeklampsi olduğunu düşünmek yerine, bu olgularda nörolojik bulgulara neden olabilecek sinüs ven trombozunu akıldan çıkarmamalı, gerekli görüntüleme yöntemleri vakit kaybetmeden kullanılarak tanı hızlı koyulmalı ve erken tedavi başlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Saposnik G, Barinagarmenteria F, Brown RD Jr, et al. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011; 42:1158.
2. Stam J. Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. *N Engl J Med* 2005; 352:1791
3. Cantu-Brito C, Arauz A, Aburto Y, Barinagarmenteria F, Ruiz-Sandoval JL, Baizabal-Carvallo JF. Cerebrovascular complications during pregnancy and postpartum: clinical and prognosis observations in 240 Hispanic women. *Eur J Neurol* 2011;18:819-825
4. Swartz RH, Cayley ML, Foley N, et al. The incidence of pregnancy-related stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke* 2017; 12:687.
5. Feske SK, Singhal AB. Cerebrovascular disorders complicating pregnancy. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2014; 20:80.
6. Jeng JS, Tang SC, Yip PK. Incidence and etiologies of stroke during pregnancy and puerperium as evidenced in Taiwanese women. *Cerebrovasc Dis* 2004; 18:290.
7. Lanska DJ, Kryscio RJ. Risk factors for peripartum and postpartum stroke and intracranial venous thrombosis. *Stroke* 2000; 31:1274.
8. Miller EC, Wen T, Elkind MSV, et al. Infection During Delivery Hospitalization and Risk of Readmission for Postpartum Stroke. *Stroke* 2019; 50:2685.
9. McDermott M, Miller EC, Rundek T, et al. Preeclampsia: Association With Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome and Stroke. *Stroke* 2018; 49:524.
10. deVeber G, Andrew M, Adams C, et al. Cerebral sinovenous thrombosis in children. *N Engl J Med* 2001; 345:417.
11. Ferro JM, Canhão P. Cerebral venous sinus thrombosis: update on diagnosis and management. *Curr Cardiol Rep* 2014; 16:523
12. Ferro JM, Boussier MG, Canhão P, et al. European Stroke Organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis - endorsed by the European Academy of Neurology. *Eur J Neurol* 2017; 24:1203.
13. Saposnik G, Barinagarmenteria F, Brown RD Jr, et al. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011; 42:1158.



14. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol* 2009; 33:130-137.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol* 2020; 135(6): 237-260.
16. Morton A, Burke M, Jarvis E, Kumar S. Changes in proteinuria and diagnosing preeclampsia in CKD pregnancy. *Pregnancy Hypertens* 2020; 20: 92-96.
17. K. W. Davidson vd., "Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement", *JAMA*, c. 326, sy 12, ss. 1186-1191, Eyl. 2021, doi: 10.1001/JAMA.2021.14781
18. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY, Chapter 40: Hypertensive Disorders William's Obstetrics. 25th Edition ed, 2020: 710-745.
19. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ. Screening for preeclampsia: US preventive services task force Recommendation statement. *JAMA* 2017; 317(16): 1661-1667.
20. Magee LA, Yong PJ, Espinosa V. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: a structured systematic review. *Hypertens Pregnancy* 2009; 28: 312-320.
21. Miller EC, Vollbracht S, Neurology of Preeclampsia and Related Disorders: an Update in Neuro-obstetrics. *Curr Pain Headache Repor*, 2021; 25: 40-46.
22. Zwart JJ, Richters A, Öry F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Eclampsia in the Netherlands. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(4): 820-827.
23. Ferro JM, Canhão P, Stam J, et al. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). *Stroke* 2004; 35:664.
24. Cumurciuc R, Crassard I, Sarov M, et al. Headache as the only neurological sign of cerebral venous thrombosis: a series of 17 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76:1084.
25. Biousse V, Ameri A, Bousser MG. Isolated intracranial hypertension as the only sign of cerebral venous thrombosis. *Neurology* 1999; 53:1537.
26. Bousser MG, Russell RR. Cerebral venous thrombosis. In: Major Problems in Neurology, Warlow CP, Van Gijn J (Eds), WB Saunders, London 1997. p.27, 104.
27. Boukobza M, Crassard I, Bousser MG, Chabriat H. MR imaging features of isolated cortical vein thrombosis: diagnosis and follow-up. *AJNR Am J Neuroradiol* 2009; 30:344.
28. Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, et al. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45:1545
29. Canhão P, Ferro JM, Lindgren AG, et al. Causes and predictors of death in cerebral venous thrombosis. *Stroke* 2005; 36:1720.
30. Ljubisavljevic S, Trajkovic JZ, Ignjatovic A, Stojanov A. Parameters Related to Lumbar Puncture Do not Affect Occurrence of Postdural Puncture Headache but Might Influence Its Clinical Phenotype. *World Neurosurg* 2020; 133:e540.
31. Halker RB, Demaerschalk BM, Wellik KE, et al. Caffeine for the prevention and treatment of postdural puncture headache: debunking the myth. *Neurologist* 2007; 13:323.



AKILLI TELEFON VE AKSİYON KAMERASI YARDIMI  
İLE LAPAROSKOPIK TÜP LİGASYONU DENEYİMİNeşet GÜMÜŞBURUN<sup>1</sup>

## |GİRİŞ

Üreme sağlığı ve doğum kontrolü kadın sağlığının bir parçası olup bu konu dünya genelinde çok ilgi görmektedir. 35 yaş üstü kadınların en sık tercih ettiği kontrasepsiyon yöntemi sterilizasyon olup tubal ligasyon, kısmi-total salpenjektomi veya transservikal sterilizasyon şeklinde yapılabilir(1). Bilateral tubal ligasyon jinekologlar tarafından en sık kullanılan kalıcı kontrasepsiyon yöntemidir(2) ve çoğu zaman birden fazla çocuğu olan kadınlar için tercih edilir(3). Bu kalıcı yöntem çeşitli prosedür ve tekniklerle yapılabilir. Laparoskopik(L/S) tubal sterilizasyon etkinliği yüksek olmakla birlikte, interval, postpartum ve postabortif dönemde uygulanabilir. İnterval tüp ligasyonu genellikle L/S olarak yapılır ve L/S'nin bilinen birçok avantajını hastaya sunar(4). Afrika ve Asya başta olmak üzere dünya çapında birçok insan, maliyeti nedeniyle endoskopik ekipmanları eskimiş, bakımı yapılmamış veya bu sistemi hiç olmayan sağlık kuruluşlarından hizmet almak zorunda kalmaktadır(5) fakat yine ekonomik zorluk çeken aynı ülkelerde akıllı telefon teknolojisi kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Dünya genelinde 1 milyardan fazla akıllı telefon kullanılmakta ve bu sayının gün geçtikçe katlanarak arttığı bilinmektedir(6). Yeni teknolojilerin hızla gelişmesi(histeroskopi, laparoskopi vb.) endoskopi uygulanacak hastalar için daha doğru tanı ve genel konfor sağlar fakat bu gelişmeler finansal olarak 3. dünya ülkeleri için sınırlayıcıdır. Tam standart bir L/S kulesinin maliyeti bilindiği üzere birçok gelişmekte olan ülkenin sağlık kuruluşu için yüksek bütçe teşkil etmektedir(7). 2016 yılında görüntü gösterimi için akıllı cep telefonu ve şarj edilebilir kablosuz mobil

<sup>1</sup> Op. Dr., Medikal Park Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., gumusburun@outlook.com, ORCID iD: 0000-0003-4746-5414



lar için gerekli zaman tasarrufu sağlanacak ve maliyetler azaltılarak teletıbbın ilerlemesine katkıda bulunulabilecektir(16, 17).

Kullandığımız sistemin kablosuz oluşu ve bluetooth üzerinden görüntünün telefon ekranına yansıtılmasından dolayı, görüntü ve ses yaklaşık 1 saniye kadar cerraha gecikmeli olarak ulaşmaktadır. Bizce sistemin en büyük dezavantajı olan bu duruma literatürdeki hiçbir çalışmanın değinmemesi ilginçtir(7, 12, 13, 15, 18). Bu yüzden şuanki teknoloji ile sistemin; ya sadece tanı amaçlı kullanılmasını ya da sistemi tanısal amaçlı kullanıp belirli bir yetkinlik elde edildikten sonra tedavi aşamasına geçilmesini mantıklı buluyoruz. Fakat bu durum ES sisteminin yaygın kullanıma başlanmasıyla ekran görüntüsü, ses ve video gibi özelliklerinden yararlanan yeni teknolojilerin geliştirilmesi için teşvik edici olabilir. Teknolojik olanaklar çoğaldıkça daha gelişmiş özellikte portable ve mobil sistemler elde edilecektir. Portable ve mobil sistemler, son teknolojik gelişmelere adapte oldukça hem büyük maddi avantajlar sağlanacak hem de bu sistemler sadece ameliyathane ortamında değil ofis şartlarında da kullanılabilir. Böylece teknolojiye kısıtlı gelişmekte olan ülkeler endoskopik uygulamara daha rahat erişebilecek, gelişmiş ülkelerde ise endoskopik sistem standartları olumlu yönde etkilenecektir.

## | SONUÇ

Tüm dünyada akıllı telefon kullanımı, ülkelerin ekonomisinden bağımsız olarak hızla artmaktadır. Oluşturduğumuz bu sistemin, taşınabilir ve maliyet-etkin olması özelliği ile jinekolojik operasyonlarda teknolojinin daha etkili kullanılmasına yol gösterici olacağı kanaatindeyiz.

## | KAYNAKLAR

1. Westberg J, Scott F, Creinin MD. Safety outcomes of female sterilization by salpingectomy and tubal occlusion. *Contraception*. 2017;95(5):505-8.
2. Edu EM, Edet EE, Asuquo OO, Sylvester AE. A Six-Year Review of Uptake of Bilateral Tubal Ligation (BTL) at a Tertiary Health Institution in Calabar, Calabar, Nigeria. *International Journal of Health Sciences*. (III):1011-8.
3. Gemici A, Şükür YE, Tülek F, Taşkın S, Atabekoğlu CS. Post-partum tubal ligation at time of cesarean delivery or via laparoscopy as an interval sterilization has similar effects on ovarian reserve. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2020;21(1):24.
4. Stuart GS, Ramesh SS. Interval female sterilization. *Obstetrics & Gynecology*. 2018;131(1):117-24.



5. Alkire BC, Raykar NP, Shrime MG, Weiser TG, Bickler SW, Rose JA, et al. Global access to surgical care: a modelling study. *The Lancet Global Health*. 2015;3(6):e316-e23.
6. Poushter J. Smartphone ownership and internet usage continues to climb in emerging economies. *Pew research center*. 2016;22(1):1-44.
7. Yoon R, Capretz T, Patel RM, Okhunov Z, Landman J, Clayman RV. Global survey of a novel smartphone mobile endoscopy system. *Journal of Endourology*. 2018;32(5):451-4.
8. Ventola CL. Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits. *Pharmacy and Therapeutics*. 2014;39(5):356.
9. Vashist SK, Schneider EM, Luong JH. Commercial smartphone-based devices and smart applications for personalized healthcare monitoring and management. *Diagnostics*. 2014;4(3):104-28.
10. Thomale U, Knitter T, Schaumann A, Ahmadi S, Ziegler P, Schulz M, et al. Smartphone-assisted guide for the placement of ventricular catheters. *Child's Nervous System*. 2013;29:131-9.
11. Gül A, Şimşek Y, Şahin G. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Yapılan Tubal Sterilizasyon Olgularının Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*. 2000;7(2):57-9.
12. Lu S, Cottone CM, Yoon R, Jefferson FA, Sung JM, Okhunov Z, et al. Endockscope: a disruptive endoscopic technology. *Journal of Endourology*. 2019;33(11):960-5.
13. ULUSOY O. Standart Sistoskopi ile Kablosuz Sistoskopinin Optik Performans Ve Tanısal Yetliliğinin Değerlendirilmesi 2022.
14. FDA U, Food, Administration D. Laparoscopic uterine power morcellation in hysterectomy and myomectomy: FDA safety communication. Center for Devices and Radiological Health. 2014.
15. Chatzipapas I, Kathopoulos N, Protopapas A, Kyritsis N, Vlachos D, Loutradis D. Mobile Cystoscope. *HJOG*. 2017;16:23-8.
16. Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S. Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *International journal of medical informatics*. 2010;79(11):736-71.
17. Shet A, De Costa A. India calling: harnessing the promise of mobile phones for HIV health-care. *Tropical Medicine & International Health*. 2011;16(2):214-6.
18. Tse C, Patel RM, Yoon R, Okhunov Z, Landman J, Clayman RV. The Endockscope using next generation smartphones: "a global opportunity". *Journal of Endourology*. 2018;32(8):765-70.

FETAL MEGASİSTİS VE ANHİDRAMNİYOZ İLE  
PREZENTE OLAN POSTERİOR ÜRETRAL VALF OLGUSUNebahat UZUNAY<sup>1</sup>Doruk Cevdi KATLAN<sup>2</sup>

## |GİRİŞ

Fetal alt üriner sistem obstrüksiyonu (LUTO), 10.000 fetustan yaklaşık 2-3'ünü etkiler. Literatürde vakaların yarısının doğum öncesi tanı aldığı saptanmıştır (1). Fetal LUTO, fetal idrar yolu gelişimi sırasında mesane çıkış yolundaki tıkanıklık ile ilişkili olup fetal mesanede genişlemeye, mesane duvarında kalınlaşmaya ve ardından hidro-üreteronefroza, böbrek parankiminde kompresyona ve amniyotik sıvı üretiminin azalması sonucu oligo/anhidramniyoza sebep olabilir (2,3). Amniyotik sıvının azalması sonucu gelişen akciğer hipoplazisi, artmış fetal-perinatal mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Gebeliğin ikinci trimesterinde oligo-hidramniyoz/anhidramniyoz tanısı konulduğunda kombine mortalitenin %60-80 olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (4,5). Zira nefron sayılarının, akut idrar akışı tıkanıklığından 6 gün sonra %50 azaldığı, 6 hafta sonra ise tamamen kaybolduğu gösterilmiştir (6).

Kongenital LUTO'nun en sık nedeni posterior üretral valftir (PUV) (8,9). PUV sadece erkek fetuslarda görülen bir patoloji olup 1919'da Young tarafından tanımlanan sınıflandırma ile Tip 1,2 ve 3 olarak gruplanır. En sık görülen Tip 1 valf, verumontanumdan gelip ön üretraya bağlanan iki yaprakçıktan oluşur. Tip 2 valf, günümüzde tam olarak bir PUV türü olarak kabul edilmemekle birlikte, verumontanumdan internal sfinktere ve mesane boynuna doğru uzanır.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nebahatuzunay@gmail.com,  
ORCID iD: 0000-0003-0003-3972

<sup>2</sup> Uzm. Dr., İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dcek2000@yahoo.com,  
ORCID iD: 0000-0003-4484-0549



Intrauterin fetal tedavide en çok uygulanan prosedür, üriner sistemdeki basıncı ve dolayısıyla böbrek hasarını azaltmaya yönelik veziko-amniyotik şantın yerleştirilmesidir. Ancak randomize, çok merkezli bir uluslararası çalışma (PLUTO), bu tedaviyi alan hastalarda böbrek fonksiyonu üzerinde gerçek uzun vadeli fayda konusunda belirsiz sonuçlar göstermiştir (24). 2017 tarihli bir meta-analizde, 9 veri setinden 246 fetusun postnatal 2 yıllık takibinde <6 aylık dönemde perinatal sürvinin iyileştiği ancak >6 ayda sürvi farkının olmadığı ve postnatal böbrek fonksiyonlarında gelişme görülmediği tespit edilmiştir (27). Son zamanlarda intrauterin tedavi için önerilen diğer teknikler, sistoskopi yoluyla valf ablasyonu veya açık fetal cerrahi ile vezikostomidir. Ancak her iki teknik de yüksek maternal ve perinatal morbidite (fistül vb.) ile ilişkilidir (24).

## SONUÇ

Rutin prenatal takip esnasında fetal megasistis, oligo/anhidramniyoz ve fetal renal bulgular görülmesi durumunda alt üriner sistem obstrüksiyonu akla gelmeli ve erkek fetuslarda ana tanı olarak PUV düşünülmelidir. Bu hastaların bakım ve yönetimleri üçüncü basamak bir merkezde obstetrisyen, perinatolog, neonatolog, pediatrik nefrolog ve pediatrik ürolog gibi birçok branştan hekimin varlığında gerçekleştirilmelidir. Ebeveynlere, fetal bulgular özelinde genetik sorunlar, uzun dönem mortalite ve böbrek fonksiyon bozukluğu riskleri konusunda danışmanlık verilmeli ve seçilmiş vakalar için intrauterin girişimlerin sınırlı sürvi avantajı sağlayabileceği hatırlatılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Anumba DO, Scott JE, Plant ND, Robson SC. Diagnosis and outcome of fetal lower urinary tract obstruction in the northern region of England. *Prenat Diagn.* 2005 Jan;25(1):7-13. doi: 10.1002/pd.1074. PMID: 15662711.
2. Morris RK, Kilby MD. Congenital urinary tract obstruction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008 Feb;22(1):97-122. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2007.08.007. Epub 2007 Sep 29. PMID: 17904905.
3. Farrugia MK. Fetal bladder outlet obstruction: Embryopathology, in utero intervention and outcome. *J Pediatr Urol.* 2016 Oct;12(5):296-303. doi: 10.1016/j.jpuro.2016.05.047. Epub 2016 Aug 6. PMID: 27570093.
4. Hobbins JC, Romero R, Grannum P, Berkowitz RL, Cullen M, Mahoney M. Antenatal diagnosis of renal anomalies with ultrasound. I. Obstructive uropathy. *Am J Obstet Gynecol.* 1984 Apr 1;148(7):868-77. doi: 10.1016/0002-9378(84)90528-3. PMID: 6711628.
5. Reuss A, Wladimiroff JW, Stewart PA, Scholtmeijer RJ. Non-invasive management of fetal obstructive uropathy. *Lancet.* 1988 Oct 22;2(8617):949-51. doi: 10.1016/s0140-6736(88)92609-8. PMID: 2902391.



6. Chambers TL. Essentials of Paediatric Urology. J R Soc Med. 2003 Jan;96(1):49. PMID: PMC539380.
7. Luks FI. Re: Fetal intervention for severe lower urinary tract obstruction: a multicenter case-control study comparing fetal cystoscopy with vesicoamniotic shunting. R. Ruano, N. Sananes, H. Sangi-Haghpeykar, S. Hernandez-Ruano, R. Moog, F. Becmeur, A. Zaloszc, A. M. Giron, B. Morin and R. Favre. Ultrasound Obstet Gynecol 2015; 45: 452-458. Ultrasound Obstet Gynecol. 2015 Apr;45(4):375-6. doi: 10.1002/uog.14823. PMID: 25833370.
8. Hennis PM, de Kort LM, Bosch JL, de Jong TP, van der Heijden GJ. A systematic review on the accuracy of diagnostic procedures for infravesical obstruction in boys. PLoS One. 2014 Feb 20;9(2):e85474. doi: 10.1371/journal.pone.0085474. PMID: 24586242; PMCID: PMC3930523.
9. Capone V, Persico N, Berrettini A, Decramer S, De Marco EA, De Palma D et al. Definition, diagnosis and management of fetal lower urinary tract obstruction: consensus of the ERK-Net CAKUT-Obstructive Uropathy Work Group. Nat Rev Urol. 2022 May;19(5):295-303. doi: 10.1038/s41585-022-00563-8. Epub 2022 Feb 8. PMID: 35136187.
10. Young HH, Frontz WA, Baldwin JC. Congenital obstruction of the posterior urethra. J Urol, 3: 289-365, 1919. J Urol. 2002 Jan;167(1):265-7; discussion 268. PMID: 11743334.
11. Hutton KA, Thomas DF, Arthur RJ, Irving HC, Smith SE. Prenatally detected posterior urethral valves: is gestational age at detection a predictor of outcome? J Urol. 1994 Aug;152(2 Pt 2):698-701. doi: 10.1016/s0022-5347(17)32684-8. PMID: 8021998.
12. Chitrit Y, Bourdon M, Korb D, Grapin-Dagorno C, Joinau-Zoulovits F, Vuillard E et al. Posterior urethral valves and vesicoureteral reflux: can prenatal ultrasonography distinguish between these two conditions in male fetuses? Prenat Diagn. 2016 Sep;36(9):831-7. doi: 10.1002/pd.4868. Epub 2016 Jul 29. PMID: 27374758.
13. Holmes N. Clinical presentation and diagnosis of posterior urethral valves. L. Baskin & L. Wilkie (Eds), UptoDate (2020). Available at: [https://www-uptodate-com.opbg.idm.oclc.org/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-posterior-urethral-valves?search=posterior&per;20urethra&per;20valves&source=search\\_result&selectedTitle=1\\_150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www-uptodate-com.opbg.idm.oclc.org/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-posterior-urethral-valves?search=posterior&per;20urethra&per;20valves&source=search_result&selectedTitle=1_150&usage_type=default&display_rank=1).
14. Sebire NJ, Von Kaisenberg C, Rubio C, Snijders RJ, Nicolaides KH. Fetal megacistis at 10-14 weeks of gestation. Ultrasound Obstet Gynecol. 1996 Dec;8(6):387-90. doi: 10.1046/j.1469-0705.1997.08060387.x. PMID: 9014277.
15. Sarhan O, Zaccaria I, Macher MA, Muller F, Vuillard E, Delezoide AL et al. Long-term outcome of prenatally detected posterior urethral valves: single center study of 65 cases managed by primary valve ablation. J Urol. 2008 Jan;179(1):307-12; discussion 312-3. doi: 10.1016/j.juro.2007.08.160. Epub 2007 Nov 19. PMID: 18006017.
16. Grijseels EW, van-Hornstra PT, Govaerts LC, Cohen-Overbeek TE, de Krijger RR, Smit BJ et al. Outcome of pregnancies complicated by oligohydramnios or anhydramnios of renal origin. Prenat Diagn. 2011 Nov;31(11):1039-45. doi: 10.1002/pd.2827. Epub 2011 Jul 14. PMID: 21755519.
17. Melo BF, Aguiar MB, Bouzada MC, Aguiar RL, Pereira AK, Paixão GM, et al. Early risk factors for neonatal mortality in CAKUT: analysis of 524 affected newborns. Pediatr Nephrol. 2012 Jun;27(6):965-72. doi: 10.1007/s00467-012-2107-y. Epub 2012 Mar 9. PMID: 22402647.
18. Pellegrino C, Capitanucci ML, Forlini V, Zaccara A, Lena F, Sollini ML et al. Posterior urethral valves: Role of prenatal diagnosis and long-term management of bladder function; a single center point of view and review of literature. Front Pediatr. 2023 Jan 6;10:1057092. doi: 10.3389/fped.2022.1057092. PMID: 36683802; PMCID: PMC9853300.
19. Elder JS, O'Grady JP, Ashmead G, Duckett JW, Philipson E. Evaluation of fetal renal function: unreliability of fetal urinary electrolytes. J Urol. 1990 Aug;144(2 Pt 2):574-8; discussion 593-4. doi: 10.1016/s0022-5347(17)39526-5. PMID: 2197439.



20. Glick PL, Harrison MR, Golbus MS, Adzick NS, Filly RA, Callen PW et al. Management of the fetus with congenital hydronephrosis II: Prognostic criteria and selection for treatment. *J Pediatr Surg.* 1985 Aug;20(4):376-87. doi: 10.1016/s0022-3468(85)80223-2. PMID: 3900327.
21. Abdelhalim A, Hafez A.T. Antenatal and postnatal management of posterior urethral valves: where do we stand?. *Afr J Urol* 27, 140 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12301-021-00238-7>
22. Ruano R, Sananes N, Wilson C, Au J, Koh CJ, Gargollo P et al. Fetal lower urinary tract obstruction: proposal for standardized multidisciplinary prenatal management based on disease severity. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016 Oct;48(4):476-482. doi: 10.1002/uog.15844. PMID: 26690832.
23. Fontanella F, van Scheltema PNA, Duin L, Cohen-Overbeek TE, Pajkrt E, Bekker MN et al. Antenatal staging of congenital lower urinary tract obstruction. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019 Apr;53(4):520-524. doi: 10.1002/uog.19172. PMID: 29978555.
24. Morris RK, Malin GL, Quinlan-Jones E, Middleton LJ, Hemming K, Burke D et al. Percutaneous vesicoamniotic shunting in Lower Urinary Tract Obstruction (PLUTO) Collaborative Group. Percutaneous vesicoamniotic shunting versus conservative management for fetal lower urinary tract obstruction (PLUTO): a randomised trial. *Lancet.* 2013 Nov 2;382(9903):1496-506. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60992-7. Epub 2013 Aug 14. PMID: 23953766; PMCID: PMC3898962.
25. Haeri S. Fetal Lower Urinary Tract Obstruction (LUTO): a practical review for providers. *Matern Health Neonatol Perinatol.* 2015 Nov 18;1:26. doi: 10.1186/s40748-015-0026-1. PMID: 27057343; PMCID: PMC4823687.
26. Mann S, Johnson MP, Wilson RD. Fetal thoracic and bladder shunts. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2010 Feb;15(1):28-33. doi: 10.1016/j.siny.2009.06.001. Epub 2009 Jul 12. PMID: 19596218.
27. Nassr AA, Shazly SAM, Abdelmagied AM, Araujo Júnior E, Tonni G, Kilby MD et al. Effectiveness of vesicoamniotic shunt in fetuses with congenital lower urinary tract obstruction: an updated systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Jun;49(6):696-703. doi: 10.1002/uog.15988. PMID: 27270578.

ALFA-METİLDOPA KULLANIMINA BAĞLI  
NÖTROPENİ OLGU SUNUMUGülşan KARABAY<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Alfa-metildopa, santal etkilidir. Adrenerjik aktiviteyi azaltır. Bu aktivitenin azalması ile beraber periferik vasküler direnç azalır, sistemik kan basıncı düşer. En sık görülen yan etkileri; kuru ağız, mide bulantısı, baş dönmesi, sedasyon, döküntü, ishaldir. Nadiren Coombs pozitifliği ile beraber hemolitik anemi, myokardit, hepatotoksitite, trombositopeni, pankreatit veya nötropeni yapabilir. (1) Alfa-metil dopa'nın gebelikte en sık kullanım nedeni hipertansif hastalıklardır. Biz bu olgumuzda kronik hipertansiyon nedeni ile alfa-metildopa kullanan hastamızda gelişen nadir bir yan etki olan nötropeni konusunu ele alacağız.

## | VAKA TAKDİMİ

Hastamız perinatoloji kliniğinde kronik hipertansiyon nedeni ile takipli, 34 yaşında, multigravid. Hastanın özgeçmişinde; kronik hipertansiyona bağlı 12. haftada asetilsalisilik asit 150 mg 1\*1 ve alfa-metildopa 2\*250 mg başlandı. Hastamızın 3. Gebeliği ve kötü obstetrik öyküsü yok. Soygeçmişinde bir özellik yoktu. Takipleri 28. haftaya kadar olağan olan hastanın bu haftada istenen rutin kan tahlillerinde lökosit ve nötrofil düşüklüğü tespit edildi.

Hb: 11,2 g dL<sup>-1</sup>, PLT: 186 bin  $\mu$ L<sup>-1</sup>, WBC: 2080  $\mu$ L<sup>-1</sup>, NE: 750  $\mu$ L<sup>-1</sup>, NE %: 36,1 değerleri olan hasta hematoloji kliniğine danışıldı. Hastanın 2 gün sonra periferik yayması ve kontrol kanları gönderildi:

<sup>1</sup> Op. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Kliniği, drgulsankarabay@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2567-2850





silmesinden hemen sonra düzelmesi bizi alfa-metildopa kullanımına bağlı nötropeni tanısına götürdü.

## SONUÇ

Maternal ve fetal mortalite ve morbiditenin başta gelen nedenlerinden biri olan hipertansif hastalıkları yönetirken kullanılan ilaçlar ve etkileri göz ardı edilmemelidir.

## KAYNAKLAR

1. Gupta M, Al Khalili Y. Methyldopa. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Sep 4]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551671/>
2. Garcia JE, Mulrenin IR, Nguyen AB, Loop MS, Daubert MA, Urrutia R, et al. Antihypertensive medication use during pregnancy in a real-world cohort of patients diagnosed with a hypertensive disorder of pregnancy. *Front Cardiovasc Med.* 2023;10:1225251.
3. Wiciński M, Malinowski B, Puk O, Socha M, Słupski M. Methyldopa as an inductor of postpartum depression and maternal blues: A review. *Biomed Pharmacother.* 2020 Jul 1;127:110196.
4. Kashkooli S, Baraty B, Kalantar J.  $\alpha$ -Methyldopa-induced hepatitis during the postpartum period. *BMJ Case Rep.* 2014 Feb 27;2014:bcr2014203712.
5. Cífková R. Hypertension in Pregnancy: A Diagnostic and Therapeutic Overview. *High Blood Press Cardiovasc Prev Off J Ital Soc Hypertens.* 2023 Jul;30(4):289–303.
6. Dale DC. How I diagnose and treat neutropenia. *Curr Opin Hematol.* 2016 Jan;23(1):1–4.

OVERİN MATÜR KİSTİK TERATOMU İÇERİSİNDE GELİŞEN  
TİROİD PAPİLLER TİP KANSERİNE YAKLAŞIMGonca EVCİ<sup>1</sup>  
Mesut ÖNAL<sup>2</sup>

## | GİRİŞ

Matür kistik teratom, over dokusunun en yaygın görülen germ hücreli tümörlerindedir. Juvenil çağı en yaygın görülen over tümörleri arasında germ hücreli neoplazmlar yer alır, yaklaşık %50'sini oluşturur. Kadınlardaki over tümörlerinin %20'sini oluşturur.Sıklıkla reproduktif kadınlarda görülür.(2, 3).Tek bir germ hücre tabakasından oluşabileceği gibi, birden fazla germ hücre tabakasından oluşabilir.Çoğunlukla ektoderm kaynaklı germ hücrelerden oluşurlar.Ektodermal kaynaklı olan foliküler yağ bezleri, ter bezleri, keratinize epidermis ve nöroektodermal dokular bulunabilir.Mezodermal tabakadan oluşan kas, kemik, kıkırdak, yağ, diş ve mesane dokusu görülebilir.Endodermal kaynaklı akciğer, gastrointestinal sistem, tiroid ve tükrük bezi dokusu2 görülebilir(4).Benign oldukları düşülen teratomların %1 malign olabileceği bulunmuştur.Malignite insidansı 100.000 vakada 1,2-14,2 bulunmuştur(2, 4).Malign olanlar, benign olanların aksine en sık postmenapozal hasta grubunda görülür.Bunların da %75-90 kadarı ektodermal kaynaklı germ hücrelerin baskın olduğu skuamöz hücreli karsinomlardır(4, 5).Daha nadir görülen diğer malign tipleri arasında solunum epiteli kaynaklı adenokarsinom, müsinöz karsinom,melanom, tiroid karsinomu, karsinoid tümör, oligodendroglioma ve sarkom yer alır(6).

Matür kistik teratomlardaki malignitenin preoperatif tanı alması durumunda cerrahi tedavinin şekli planlanabilir. Fakat malign değişimin görüntüleme

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, goncagulbaz@hotmail.com, ORCID iD: 0009-0005-3208-5613

<sup>2</sup> Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., mesut.onal@omu.edu.tr, ORCID iD: 0000-0003-1222-3386



## SONUÇ

Matür kistik teratomun malign tiroid kanseri dönüşümü oldukça nadir görülen bir durumdur. Çoğu vakada tanı tesadüfi olarak koyulur. Özellikle yaşlı hastada matür kistik teratomun malignleşmiş olabileceği akılda tutulmalı, gerekirse intraoperatif patoloji konsültasyonu istenilmelidir. Bu tip hastalara operasyon öncesi bilgi verilmesi önemlidir. Jinekologlar genç hastalarda nadiren de olsa malign dönüşüm olabileceğinin farkında olmalı, doğurganlığını korumak isteyen hastalarla cerrahi müdahaleler ayrıntılı konuşulmalıdır. Bu tip sıradışı olguların bildirilmesi, hastalığın nedenini, patogenezi ve doğal seyrini anlamada ve en uygun tedaviyi planlama açısından önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Iwahashi N, Deguchi Y, Horiuchi Y, Noguchi T, Yahata T, Ota N, et al. Live birth following laparoscopic fertility-sparing surgery for papillary thyroid carcinoma arising from mature ovarian cystic teratoma: A case report. *Molecular and Clinical Oncology*. 2018;9(6):613-6.
2. Ahmed A, Lotfollahzadeh S. Cystic teratoma. 2020.
3. Medić F, Miletic AI, Jakovčević A, Habek D. Papillary thyroid carcinoma within a mature cystic ovarian teratoma. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2023;173(9):245-7.
4. Desouki MM, Fadare O, Chamberlain BK, Shakir N, Kanbour-Shakir A. Malignancy associated with ovarian teratomas: frequency, histotypes, and diagnostic accuracy of intraoperative consultation. *Annals of Diagnostic Pathology*. 2015;19(3):103-6.
5. Al Bashir S, Alorjani MS, Haddad HK, Matalaka MI, Obeidat N, Matalaka II, et al. Mature cystic teratoma of the ovary with malignant transformation of tall cell subtype of papillary thyroid carcinoma. *Virchows Archiv*. 2023;1-4.
6. Gadducci A, Pistolesi S, Guerrieri ME, Cosio S, Carbone FG, Naccarato AG. Malignant transformation in mature cystic teratomas of the ovary: case reports and review of the literature. *Anticancer Research*. 2018;38(6):3669-75.
7. Trabzonlu L, Durmaz G, Vural C, Muezzinoglu B, Corakci A. Malignant tumors associated with ovarian mature teratoma: a single institution experience. *Pathology-Research and Practice*. 2017;213(5):518-21.
8. Dane C, Ekmez M, Karaca A, Ak A, Dane B. Follicular variant of papillary thyroid carcinoma arising from a dermoid cyst: a rare malignancy in young women and review of the literature. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012;51(3):421-5.
9. Al-Janabi MH, Khaddour T, Salloum R. Papillary thyroid carcinoma arising from a mature ovarian teratoma coexisting with stromal luteoma: the first case report in the literature. *Journal of Surgical Case Reports*. 2023;2023(5):rjad285.
10. Kurman RJ. *Blaustein's pathology of the female genital tract*: Springer Science & Business Media; 2013.
11. Kikkawa F, Nawa A, Tamakoshi K, Ishikawa H, Kuzuya K, Sukanuma N, et al. Diagnosis of squamous cell carcinoma arising from mature cystic teratoma of the ovary. *Cancer*. 1998;82(11):2249-55.
12. Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Sheanakul C, Leelahakorn S, Thawaramara T, Jesadapa-



- tarakul S. Squamous cell carcinoma arising from dermoid cyst: Case reports and review of literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2003;13(4):558-63.
13. Chiang A-J, Chen M-Y, Weng C-S, Lin H, Lu C-H, Wang P-H, et al. Malignant transformation of ovarian mature cystic teratoma into squamous cell carcinoma: a Taiwanese Gynecologic Oncology Group (TGOG) study. *Journal of gynecologic oncology*. 2017;28(5).
  14. Qin L, Zhao T, Liu X, Wang H, Gu X, Chen D, et al. Malignant transformation arising from mature ovarian cystic teratoma: A case series. *Medicine*. 2021;100(13).
  15. Hackethal A, Brueggmann D, Bohlmann MK, Franke FE, Tinneberg H-R, Münstedt K. Squamous-cell carcinoma in mature cystic teratoma of the ovary: systematic review and analysis of published data. *The lancet oncology*. 2008;9(12):1173-80.
  16. Mori Y, Nishii H, Takabe K, Shinozaki H, Matsumoto N, Suzuki K, et al. Preoperative diagnosis of malignant transformation arising from mature cystic teratoma of the ovary. *Gynecologic oncology*. 2003;90(2):338-41.
  17. Yan XY, Zhong XR, Yu SH, Zhang LC, Liu YN, Zhang Y, et al. p62 aggregates mediated Caspase 8 activation is responsible for progression of ovarian cancer. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*. 2019;23(6):4030-42.
  18. Pineyro MM, Pereda J, Schou P, de Los Santos K, de la Peña S, Caserta B, et al. Papillary thyroid microcarcinoma arising within a mature ovarian teratoma: case report and review of the literature. *Clinical Medicine Insights: Endocrinology and Diabetes*. 2017;10:1179551417712521.

## PERİTONİT TABLOSU İLE GELEN MALİGNİTE ŞÜPHELİ HASTADA ALTTA YATAN BİR GENİTAL TÜBERKÜLOZ VAKASI

Mesut ÖNAL<sup>1</sup>  
Derya SEZEN<sup>2</sup>  
Yasemin YOLERİ<sup>3</sup>

### GİRİŞ

Ürogenital tüberküloz akciğer dışı tüberkülozun ikinci sık görülen formudur(2). Hastaların %2 ila 20'sinde pulmoner odaktan çoğunlukla hematojen, lenfojen ve doğrudan yayılım yoluyla böbreklere, prostata, tubalara ve endometriuma yayılır. Genital tüberküloz (GTB) sıklığı küresel olarak genç kadınlar arasında artmaktadır. GTB ; infertilite, pelvik ağrı, kronik pelvik inflamatuvar hastalık, dispareni ve anormal uterin kanamaların önemli nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. GTB vakalarına ilişkin epidemiyolojik ve klinik veriler elde etmek spesifik olmaması ve semptomların birçok farklı hastalıkla karışması sebebiyle zor olmaktadır. Tüberküloz kadın üreme sisteminin her bölümünü etkiler. Hassan II Üniversite Hastanesi Patoloji Bölümü'nde 2006 ile 2016 yılları arasında teşhis edilen retrospektif olarak derlenmiş bir çalışmada, en çok etkilenen genital organların fallop tüpleri (%63.84) olduğunu, bunu yumurtalıkların(%46.15), endometriumun (%38.46) ve serviksin (%23.07) izlediği gösterildi (3) .Bu olgumuzda 58 yaşında karın ağrısı sebebiyle başvuran hastanın görüntüleme sonrası tubal karsinom şüphesi ile tarafımıza yönlendirilmesiyle tubal tutulum gösteren tüberküloz tanısı almasını bildirdik.

<sup>1</sup> Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., mesut.onal@omu.edu.tr, ORCID iD: 0000-0003-1222-3386

<sup>2</sup> Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

<sup>3</sup> Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., yoleriyasemin98@gmail.com,



popülasyonlarda, yeni TB hastalarının devam aşamasında tedavi olarak izoniazid, rifampin ve etambutol alabileceğini önerdiğini not ediyoruz. Süre açısından, Hindistan'da 175 kadınla yapılan randomize kontrollü bir çalışma, tedavi ve nüks oranları açısından GTB için 6 aylık ve 9 aylık rejimler arasında anlamlı bir fark olmadığını gösterdi (25). Çoklu ilaca dirençli FGTB, 6 aylık yoğun faz ve 18 aylık devam fazı olmak üzere 24 ay boyunca ikinci basamak ilaçlarla tedavi edilir (26).

## SONUÇ

Tüberkülozun özellikle endemik olduğu bölgelerde over, tuba ,endometrium kanseri olgularının değerlendirilmesinde tüberküloz olasılığının akla gelmesi genital tüberküloz olgularının teşhisini kolaylaştırıp tanının atlanmasının önlenmesine, dolayısı ile erken tedavisine olanak sağlar. Genital tüberküloz vakalarındaki non spesifik septomlar ve tanı yöntemlerinin pozitif tanı koyma oranının düşük olması , özellikle GTB 'li olgularda basilin izole edilmesinin zorluğu nedeniyle klinisyenin şüphesi tanıya götüren en önemli etkidir. Tedavinin zamanında yapılması tüberküloza bağlı gelişmesi olası olan yüksek ekonomik ve sosyal maliyetler bakımından koruyucu olup komplikasyonların da azalmasına neden olur.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

**Finansal açıklama:** Yazarlar bu çalışma- nın herhangi bir finansal destek alma- dığını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. SharmaJB,SharmaE,SharmaS,SinghJ,ChopraN.GenitalTB—diagnosticalgo- rithm and treatment. *Indian J Tuberc* **2020**; 67(4 Suppl):S111–8.
2. 1. Figueiredo AA, Lucon AM, Srougi M. Urogenital Tuberculosis. *Microbiol Spectr* 2017; 5.
3. B. Efaled, I. S. Sidibé, F. Erregad, N. Hammas, L. Chbani, and H. El Fatemi, “Female genital tuberculosis: a clinicopathologi- cal report of 13 cases,” *Journal of Surgical Case Reports*, vol. 2019, no. 3, pp. 1–4, 2019.
4. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2021. Geneva, Switzerland: WHO; **2021**.
5. Neonakis IK, Spandidos DA, Petinaki E. Female genital tuberculosis: a review. *Scand J Infect Dis* **2011**; 43:564–72.
6. Arora A, Sadath SA. Genital tuberculosis in postmenopausal women with variable clinical presentations: a report of 3 cases. *Case Rep Womens Health* **2018**; 18: e00059.



7. Hasanzadeh M, Naderi HR, Hoshyar AH, Shabane S, Shahidsales S. Female genital tract tuberculosis presenting as ovarian cancer. *J Res MedSci* **2014**; 19:184–9.
8. Yates JA, Collis OA, Sueblinvong T, Collis TK. Red snappers and red herrings: pelvic tuberculosis causing elevated CA 125 and mimicking advanced ovarian cancer. A case report and literature review. *Hawaii J Med Public Health* **2017**; 76:220
9. Efares B, Sidibe IS, Erregad F, Hammas N, Chbani L, ElFatemi H. Female genital tuberculosis: a clinicopathological report of 13 cases. *J Surg Case Rep* **2019**; 2019: rjz083.
10. Gupta A, Gupta S, Manaktala U, Khurana N. Coexisting genital malignancies with tuberculosis: a case series with review of literature. *J Midlife Health* **2016**; 7: 159–62.
11. Chopra S, Sharma S, Sharma K, et al. Evaluation of multiplex PCR for rapid diagnosis of female genital tuberculosis. *J Assoc Physicians India* **2019**; 67:21–4.
12. Sethi S, Dhaliwal L, Dey P, Kaur H, Yadav R, Sethi S. Loop-mediated isothermal amplification assay for detection of *Mycobacterium tuberculosis* complex in infertile women. *Indian J Med Microbiol* **2016**; 34:322–7.
13. Grace GA, Devaleen DB, Natrajan M. Genital tuberculosis in females. *Indian J Med Res* **2017**; 145:425–36.
14. Raut VS, Mahashur AA, Sheth SS. The Mantoux test in the diagnosis of genital tuberculosis in women. *Int J Gynaecol Obstet* **2001**; 72:165–9.
15. Lu X, Li C, Li W, et al. Use of interferon-gamma release assay for the diagnosis of female genital tuberculosis in northwest China. *J Clin Lab Anal* **2019**; 33:e22621.
16. Liu X, Bian S, Cheng X, et al. Utility of T-cell interferon-gamma release assays for the diagnosis of female genital tuberculosis in a tertiary referral hospital in Beijing, China. *Medicine (Baltimore)* **2016**; 95:e5200.
17. Sharma JB, Kriplani A, Sharma E, et al. Multi drug resistant female genital tuberculosis: a preliminary report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* **2017**; 210:108–15.
18. Taşova Y, Saltoğlu N, Mıdıklı D, Kandemir Ö, Aksul HSZ, Dündar İH. Erişkinde 98 ekstrapulmoner tüberküloz olgusunun değerlendirilmesi. *Klinik* 2000; 13:17-23
19. Neonakis IK, Spandidos DA, Petinaki E. Female genital tuberculosis: a review. *Scand J Infect Dis* **2011**; 43:564–72.
20. Jain V, Jain N, Srivastav S, Agarwal K. Endoscopic findings of female genital tract tuberculosis: a 3-year analysis at a referral center. *Int J Gynecol Endosc* **2018**; 2:1–3.
21. Sharma JB, Sneha J, Singh UB, et al. Comparative study of laparoscopic abdominal and Fallopian tube findings before and after antitubercular therapy in female genital tuberculosis with infertility. *J Minim Invasive Gynecol* **2016**; 23: 215–22.
22. Country Office for India, World Health Organization (WHO). Index—TB guidelines: guidelines on extra-pulmonary tuberculosis for India. Delhi, India: WHO; **2016**.
23. World Health Organization (WHO). WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: drug-susceptible tuberculosis treatment. Geneva, Switzerland: WHO; **2021**.
24. Legro RS, Hurtado RM, Kilcoyne A, Roberts DJ. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 28-2016: a 31-year-old woman with infertility. *N Engl J Med* **2016**; 375:1069–77.
25. Sharma JB, Singh N, Dharmendra S, et al. Six months versus nine months antituberculous therapy for female genital tuberculosis: randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* **2016**; 203:264–73.

NON-HODGKİN LENFOMA OLGUSU EŞLİĞİNDE  
GEBELİKLE İLİŞKİLİ LENFOMALARA BAKIŞŞebnem KARAGÜN<sup>1</sup>Mürşide ÇEVİKOĞLU KILLI<sup>2</sup>

## |GİRİŞ

Gebelikte kanser tanısı konulması gebe, ailesi ve hekim açısından zorlayıcı bir süreçtir. Fatal olabilecek bir hastalığı yönetirken, tedaviye başlama zamanı, kemoterapi ajanı seçimi, fetal maruziyet, doğum zamanlaması, gebenin yaşam beklentisi nedeniyle etik ve terapötik açıdan pek çok problemin çözülmesi gerekmektedir. Hastalığın yönetim stratejisi sadece medikal onkolojik yaklaşımla değil, gelişmekte olan fetusun iyilik halinin de gözetilmesi için onkolog, radyasyon onkoloğu, perinatolog ve neonatologdan oluşan multidisipliner bir çalışma gerektirir.

Gebelikte daha çok solid tümörler tanı alırken, hematolojik kanserler daha az görülmektedir(1). Lenfomalar ise gebelikte en sık görülen kanserler arasında dördüncü sırada yer almaktadır, tahmini prevalansı 6000 gebelikte bir olarak raporlanmıştır(2). Lenfomaların gebelikte nadir görülmesi, yönetimlerinin genellikle, küçük boyutlu retrospektif çalışmalar, "uzman görüşü" ve vaka bildirimlerine dayanılarak yapılmasına neden olmaktadır(3).

Gebelikle ilişkili tüm kanserlerin dağılımına bakıldığında; Hodgkin lenfoma (HL) (%6), non-Hodgkin lenfomaya (NHL) (%5) göre daha sık izlenmektedir(4). Bu durum HL'nın daha genç yaşlarda görülmesi ile ilişkili olabilir. HL

<sup>1</sup> Arş. Gör., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Perinatoloji BD., karagunsebnem@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2339-1609

<sup>2</sup> Arş. Gör., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Jinekolojik Onkoloji BD., mursidecevikoglu@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-0007-2816





## KAYNAKLAR

1. Hurley TJ, McKinnell JV, Irani MSJO, Clinics G. Hematologic malignancies in pregnancy. 2005;32(4):595-614.
2. Brenner B, Avivi I, Lishner MJTL. Haematological cancers in pregnancy. 2012;379(9815):580-7.
3. Odelia A, Erel J, Chava P, Yair H, Nadav S, Michael L, et al. Continuing dilemmas in the management of lymphoma during pregnancy: review of a 10-point case-based questionnaire. 2017;22:190-9.
4. Dunleavy K, McLintock CJB, The Journal of the American Society of Hematology. How I treat lymphoma in pregnancy. 2020;136(19):2118-24.
5. Yahalom JLL, Lymphoma. Treatment options for Hodgkin's disease during pregnancy. 1990;2(3-4):151-61.
6. Marie E, Navallas M, Katz DS, Farajirad E, Punnett A, Davda S, et al. Non-Hodgkin Lymphoma Imaging Spectrum in Children, Adolescents, and Young Adults. 2022;42(4):1214-38.
7. Gurevich-Shapiro A, Avivi IJERoH. Current treatment of lymphoma in pregnancy. 2019;12(6):449-59.
8. Foreste V, Della Corte L, Stradella C, Cusati B, Coco G, Stradella LJEJoBH. Gigantomastia during pregnancy due to Burkitt lymphoma. 2021;17(1):76.
9. Horowitz NA, Benyamini N, Wohlfart K, Brenner B, Avivi IJTLO. Reproductive organ involvement in non-Hodgkin lymphoma during pregnancy: a systematic review. 2013;14(7):e275-e82.
10. Tsujimura T, Matsumoto K, Aozasa KJAop, medicine I. Placental involvement by maternal non-Hodgkin's lymphoma. 1993;117(3):325-7.
11. Maruko K, Maeda T, Kamitomo M, Hatae M, Sueyoshi KJAjoo, gynecology. Transplacental transmission of maternal B-cell lymphoma. 2004;191(1):380-1.
12. Onishi C, Nishikori M, Yakushijin K, Kurahashi S, Nakazawa H, Takamatsu Y, et al. Lymphoma during pregnancy in Japan: a multicenter retrospective cohort study. 2022;115(3):382-90.
13. Pinnix CC, Osborne EM, Chihara D, Lai P, Zhou S, Ramirez MM, et al. Maternal and fetal outcomes after therapy for Hodgkin or non-Hodgkin lymphoma diagnosed during pregnancy. 2016;2(8):1065-9.
14. Dell'Aquila K, Hodges H, Moshiri M, Katz DS, Elojeimy S, Revzin MV, et al. Imaging evaluation of lymphoma in pregnancy with review of clinical assessment and treatment options. 2023;48(5):1663-78.
15. Avivi I, Farbstein D, Brenner B, Horowitz NAJBR. Non-Hodgkin lymphomas in pregnancy: tackling therapeutic quandaries. 2014;28(5):213-20.
16. Pinnix CC, Andraos TY, Milgrom S, Fanale MAJChmr. The management of lymphoma in the setting of pregnancy. 2017;12:251-6.
17. El-Galaly TC, d'Amore F, Mylam KJ, de Nully Brown P, Bøgsted M, Bukh A, et al. Routine bone marrow biopsy has little or no therapeutic consequence for positron emission tomography/computed tomography-staged treatment-naïve patients with Hodgkin lymphoma. 2012;30(36):4508-14.
18. OKUDA Y, SAGAMI F, TIRONE P, MORISETTI A, BUSSI S, MASTERS REJTJots. Reproductive and developmental toxicity study of gadobenate dimeglumine formulation (E7155)(3): study of embryo-fetal toxicity in rabbits by intravenous administration. 1999;24(Supplement1):79-87.
19. Leslie KK, Koil C, Rayburn WFJO, Clinics G. Chemotherapeutic drugs in pregnancy. 2005;32(4):627-40.
20. Rizack T, Mega A, Legare R, Castillo JJAjoh. Management of hematological malignancies during pregnancy. 2009;84(12):830-41.
21. Piroso MC, Peccatori FA. Lymphomas in pregnancy. 2023;41(S1):70-4.



22. Zemlickis D, Lishner M, Degendorfer P, Panzarella T, Sutcliffe SB, Koren GJAoIM. Fetal outcome after in utero exposure to cancer chemotherapy. 1992;152(3):573-6.
23. Cardonick E, Iacobucci AJTlo. Use of chemotherapy during human pregnancy. 2004;5(5):283-91.
24. Kirshon B, Wasserstrum N, Willis R, Herman GE, McCabe ERJO, Gynecology. Teratogenic effects of first-trimester cyclophosphamide therapy. 1988;72(3):462-3.
25. Matalon ST, Ornoy A, Lishner MJRT. Review of the potential effects of three commonly used antineoplastic and immunosuppressive drugs (cyclophosphamide, azathioprine, doxorubicin on the embryo and placenta). 2004;18(2):219-30.
26. Earll JM, May RLJAjoo, gynecology. Busulfan therapy of myelocytic leukemia during pregnancy. 1965;92:580-1.
27. Murray CL, Reichert JA, Anderson J, Twigg LBJJ. Multimodal cancer therapy for breast cancer in the first trimester of pregnancy: a case report. 1984;252(18):2607-8.
28. Thompson DJ, Molello JA, Strebing RJ, Dyke ILJT. Teratogenicity of adriamycin and daunomycin in the rat and rabbit. 1978;17(2):151-7.
29. Eyre TA, Lau IJ, Mackillop L, Collins GPJBoH. Management and controversies of classical Hodgkin lymphoma in pregnancy. 2015;169(5):613-30.
30. Surbone A, Peccatori F, Pavlidis N, Froesch P, Belisario-Filho V, Zucca EJC, et al. Hodgkin and non-Hodgkin lymphomas during pregnancy. 2008:111-21.
31. Piroso MC, Peccatori FAJHO. Lymphomas in pregnancy. 2023;41:70-4.
32. Chakravarty EF, Murray ER, Kelman A, Farmer PJB, The Journal of the American Society of Hematology. Pregnancy outcomes after maternal exposure to rituximab. 2011;117(5):1499-506.
33. Luttwak E, Gurevich-Shapiro A, Azem F, Lishner M, Klieger C, Herishanu Y, et al. Novel agents for the treatment of lymphomas during pregnancy: A comprehensive literature review. 2021;49:100831.
34. Moshe Y, Bentur OS, Lishner M, Avivi IJEJoH. The management of Hodgkin lymphomas in pregnancies. 2017;99(5):385-91.
35. Poulet FM, Wolf JJ, Herzyk DJ, DeGeorge JJJBDPBD, Toxicology R. An evaluation of the impact of PD-1 pathway blockade on reproductive safety of therapeutic PD-1 inhibitors. 2016;107(2):108-19.
36. Xu W, Moor RJ, Walpole ET, Atkinson VGJMr. Pregnancy with successful foetal and maternal outcome in a melanoma patient treated with nivolumab in the first trimester: case report and review of the literature. 2019;29(3):333-7.
37. Azim Jr HA, Pavlidis N, Peccatori FAJCtr. Treatment of the pregnant mother with cancer: a systematic review on the use of cytotoxic, endocrine, targeted agents and immunotherapy during pregnancy. Part II: hematological tumors. 2010;36(2):110-21.
38. Mennuti M, Shepard T, Mellman WJO, Gynecology. Fetal renal malformation following treatment of Hodgkin's disease during pregnancy. 1975;46(2):194-6.
39. Bachanova V, Connors MJJChmr. Hodgkin lymphoma in pregnancy. 2013;8:211-7.
40. Bandoli G, Palmsten K, Smith CJF, Chambers CDJRDC. A review of systemic corticosteroid use in pregnancy and the risk of select pregnancy and birth outcomes. 2017;43(3):489-502.
41. Hurley P, Linden MA, Peterson B, Blaes AJCLM, Leukemia. Burkitt lymphoma in pregnancy: two cases of successful treatment and continued fertility; with a review of the literature. 2013;13(6):e10-e4.
42. Lam MSJAoP. Treatment of Burkitt's lymphoma during pregnancy. 2006;40(11):2048-52.
43. Hua Z, Ijaz I, Shahzad MN, Yi D, Hu GY, Dong FX, et al. Multidisciplinary Antenatal Management of a Late Pregnancy Complicated With Advanced Stage Breast Burkitt Lymphoma-Case Report and a Review of the Literature. 2023;15(2).



44. Einarson A, Maltepe C, Boskovic R, Koren GJCfp. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy: an updated algorithm. 2007;53(12):2109-11.
45. Sorosky JI, Sood AK, Buekers TEJO, America gcoN. The use of chemotherapeutic agents during pregnancy. 1997;24(3):591-9.
46. Benveniste H, Fowler JS, Rooney WD, Moller DH, Backus WW, Warner DA, et al. Maternal-fetal in vivo imaging: a combined PET and MRI study. 2003;44(9):1522-30.
47. Vandembroucke T, Van Calsteren K, Amant FJTNEjom. Pediatric outcome after maternal cancer diagnosed during pregnancy. 2016;374(7):693.
48. Maggen C, Dierickx D, Lugtenburg P, Laenen A, Cardonick E, Smakov RG, et al. Obstetric and maternal outcomes in patients diagnosed with Hodgkin lymphoma during pregnancy: a multicentre, retrospective, cohort study. 2019;6(11):e551-e61.
49. Maggen C, Dierickx D, Lugtenburg P, Laenen A, Cardonick E, Smakov RG, et al. Obstetric and maternal outcomes in patients diagnosed with Hodgkin lymphoma during pregnancy: a multicentre, retrospective, cohort study (vol 6, pg e551, 2019). 2020;7(4):E279-E.
50. Avilés A, Neri NJCl. Hematological malignancies and pregnancy: a final report of 84 children who received chemotherapy in utero. 2001;2(3):173-7.
51. Avilés A, Nambo M-J, Neri NJMjoh, diseases i. Treatment of early stages Hodgkin lymphoma during pregnancy. 2018;10(1).
52. Germann N, Goffinet F, Goldwasser FJAoo. Anthracyclines during pregnancy: embryo-fetal outcome in 160 patients. 2004;15(1):146-50.
53. Organization WH. WHO recommendations for induction of labour: World Health Organization; 2011.
54. Houlihan OA, Buckley D, Maher GM, McCarthy FP, Khashan ASJBAlJoO, Gynaecology. Maternal and perinatal outcomes following a diagnosis of Hodgkin lymphoma during or prior to pregnancy: a systematic review. 2023;130(4):336-47.
55. van der Kaaij MA, van Echten-Arends J, Simons AH, Kluin-Nelemans HCJHo. Fertility preservation after chemotherapy for Hodgkin lymphoma. 2010;28(4):168-79.
56. Elis A, Tevet A, Yerushalmi R, Blickstein D, Bairy O, Dann EJ, et al. Fertility status among women treated for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. 2006;47(4):623-7.

## GEBELİKTE OTOİMMÜN HEMOLİTİK ANEMİ İLE PREZENTE OLUP SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS TANISI ALAN OLGU VE YÖNETİMİ

Zeynep ŞEYHANLI<sup>1</sup>

### | GİRİŞ

SLE, çok çeşitli klinik bulgular ile giden kronik multisistemik otoimmün bir hastalıktır. Genellikle genç doğurganlık çağındaki kadınlarda görüldüğü için gebelik döneminde bu hastaların yönetimi önem arz etmektedir. Vücutta cilt, böbrek, eklem, santral sinir sistemi ve hematolojik anormalliklerle seyreden ataklarla giden bir durumdur. SLE gebeliklerinin yönetimindeki gelişmelere rağmen, bu gebeler maternal ve fetal komplikasyonlar açısından hala yüksek risk altındadırlar (1). Önerilen gebelik zamanı, hastalığın remisyonda olduğu veya gebeliğe uygun ilaçların kullanıldığı stabil dönemdir. Ancak, hastalığın aktif olduğu dönemde gebelik meydana gelirse, fetal ve maternal güvenlik açısından ilaçların düzenlenmesi önemlidir. Anemi, gebelikte yaygın görülür ve düşük doğum ağırlığı, fetal gelişme geriliği, perinatal ölüm, postpartum kanama riskinde artma ile ilişkilidir (2). Gebelikte anemi etiyojisinde en sık demir eksikliği anemisi izlenirken, daha şiddetli aneminin başka nedenleri de vardır (3). OİHA, gebelikte nadir görülür, hastanın eritrositlerine karşı otolog antikor üretmesi sonucunda, eritrositlerin yıkılması ve anemi ile sonuçlanan bir hastalıktır (4). OİHA'nin genel popülasyondaki görülme sıklığı 1/100.000'dir (5). Literatürde gebelikte sınırlı sayıda vaka bildirilmiş olup gebelikteki sıklığı net değildir. İdiyopatik olarak oluşabileceği gibi ilaçlar, immün yetmezlikler, enfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar veya malignitelere bağlı gelişebilir. Fetal risk öncelikle otoantikorların plasenta bariyerini geçme durumu ile alakalıdır. OİHA ve gebelik takibinde standart

<sup>1</sup> Ankara Etik Şehir Hastanesi, Perinatoloji BD., drzeynepseyhanli@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-3924-3723



bulundurulmalıdır. OİHA saptanan gebelerde etiyojolojiye yönelik gerekli tetkikler planlanmalıdır. Gebelik sırasında OİHA'daki antikor türlerinin belirlenmesi, potansiyel anne ve fetus risklerini tahmin etmek ve takibi oluşturmak için çok önemlidir. SLE tanılı gebelikler, yüksek riskli gebeliklerdir. Bu hastalarda yönetimi prekonsepsiyonel dönemden itibaren planlanmalıdır. Hem maternal hem de fetal sonuçları iyileştirmek için yakın obstetrik ve neonatal izlem yapılabilen tersiyer bir merkezde multidisipliner yaklaşım gerektirir. SLE gebelerin yönetiminde, romatoloji, perinatoloji ve neonatolojinin birlikte çalışması önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Trends in Maternal and Fetal Outcomes Among Pregnant Women With Systemic Lupus Erythematosus in the United States: A Cross-sectional Analysis: *Annals of Internal Medicine*: Vol 171, No 3 [İnternet]. [a.yer 30 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/m19-0120>
2. Association between maternal anaemia and pregnancy outcomes: a cohort study in Assam, India | *BMJ Global Health* [İnternet]. [a.yer 04 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://gh.bmj.com/content/1/1/e000026.abstract>
3. Sun D, McLeod A, Gandhi S, Malinowski AK, Shehata N. Anemia in Pregnancy: A Pragmatic Approach. *Obstetrical & Gynecological Survey* [İnternet]. Aralık 2017 [a.yer 04 Eylül 2023];72(12):730. Erişim adresi: [https://journals.lww.com/obgynsurvey/abstract/2017/12000/anemia\\_in\\_pregnancy\\_\\_a\\_pragmatic\\_approach.19.aspx](https://journals.lww.com/obgynsurvey/abstract/2017/12000/anemia_in_pregnancy__a_pragmatic_approach.19.aspx)
4. Piatek CI, El-Hemaidi I, Feinstein DI, Liebman HA, Akhtari M. Management of immune-mediated cytopenias in pregnancy. *Autoimmunity Reviews* [İnternet]. 01 Eylül 2015 [a.yer 04 Eylül 2023];14(9):806-11. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568997215001111>
5. Rigal D, Meyer F. Anémies hémolytiques auto-immunes : diagnostic biologique et nouvelles approches thérapeutiques. *Transfusion Clinique et Biologique* [İnternet]. 01 Nisan 2011 [a.yer 06 Eylül 2023];18(2):277-85. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246782011000632>
6. Berentsen S, Sundic T. Red Blood Cell Destruction in Autoimmune Hemolytic Anemia: Role of Complement and Potential New Targets for Therapy. *BioMed Research International* [İnternet]. 2015 [a.yer 06 Eylül 2023];2015:1-11. Erişim adresi: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/363278/>
7. Mari G, Abuhamad AZ, Cosmi E, Segata M, Altaye M, Akiyama M. Middle Cerebral Artery Peak Systolic Velocity. *Journal of Ultrasound in Medicine* [İnternet]. 2005 [a.yer 06 Eylül 2023];24(4):425-30. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.7863/jum.2005.24.4.425>
8. D'Cruz DP, Khamashta MA, Hughes GRV. Systemic lupus erythematosus. *Lancet*. 17 Şubat 2007;369(9561):587-96.
9. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, vd. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification



- Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatology* [Internet]. 2019 [a.yer 07 Eylül 2023];71(9):1400-12. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/art.40930>
10. Smyth A, Garovic VD. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. *Minerva Urol Nefrol*. 01 Aralık 2009;61(4):457-74.
  11. Doria A, Tincani A, Lockshin M. Challenges of lupus pregnancies. *Rheumatology* [Internet]. 01 Haziran 2008 [a.yer 06 Eylül 2023];47(suppl\_3):iii9-12. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ken151>
  12. Yelnik CM, Laskin CA, Porter TF, Branch DW, Buyon JP, Guerra MM, vd. Lupus anticoagulant is the main predictor of adverse pregnancy outcomes in aPL-positive patients: validation of PROMISSE study results. *Lupus Science & Medicine* [Internet]. 01 Ocak 2016 [a.yer 04 Eylül 2023];3(1):e000131. Erişim adresi: <https://lupus.bmj.com/content/3/1/e000131>
  13. Thyroid disease in pregnant women with systemic lupus erythematosus: increased preterm delivery - A Stagnaro-Green, E Akhter, C Yim, Terry F Davies, LS Magder, M Petri, 2011 [Internet]. [a.yer 04 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0961203310394894>
  14. Hydroxychloroquine in lupus pregnancy - Clowse - 2006 - *Arthritis & Rheumatism* - Wiley Online Library [Internet]. [a.yer 04 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.22159>
  15. Belizna C. Hydroxychloroquine as an anti-thrombotic in antiphospholipid syndrome. *Autoimmunity Reviews* [Internet]. 01 Nisan 2015 [a.yer 04 Eylül 2023];14(4):358-62. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568997214003048>
  16. Hydroxychloroquine in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis and its safety in pregnancy: Expert Opinion on Drug Safety: Vol 10, No 5 [Internet]. [a.yer 04 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1517/14740338.2011.566555>
  17. Levy RA, Vilela VS, Cataldo MJ, Ramos RC, Duarte JL, Tura BR, vd. Hydroxychloroquine (HCQ) in lupus pregnancy: double-blind and placebo-controlled study. *Lupus* [Internet]. 01 Haziran 2001 [a.yer 04 Eylül 2023];10(6):401-4. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1191/096120301678646137>
  18. Tacrolimus is an effective treatment for lupus nephritis in pregnancy - P Webster, A Wardle, K Bramham, L Webster, C Nelson-Piercy, L Lightstone, 2014 [Internet]. [a.yer 04 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0961203314540353>
  19. Lateef A, Petri M. Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy. *Rheumatic Disease Clinics* [Internet]. 01 Mayıs 2017 [a.yer 04 Eylül 2023];43(2):215-26. Erişim adresi: [https://www.rheumatic.theclinics.com/article/S0889-857X\(16\)30112-0/fulltext](https://www.rheumatic.theclinics.com/article/S0889-857X(16)30112-0/fulltext)
  20. Fine DM, Ziegenbein M, Petri M, Han EC, McKinley AM, Chellini JW, vd. A prospective study of protein excretion using short-interval timed urine collections in patients with lupus nephritis. *Kidney International* [Internet]. 02 Aralık 2009 [a.yer 04 Eylül 2023];76(12):1284-8. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253815539100>
  21. Chen TK, Gelber AC, Witter FR, Petri M, Fine DM. Renal biopsy in the management of lupus nephritis during pregnancy. *Lupus* [Internet]. 01 Şubat 2015 [a.yer 04 Eylül 2023];24(2):147-54. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1177/0961203314551812>
  22. Lynch A, Murphy J, Gibbs R, Levine R, Giclas P, Salmon J, vd. The interrelationship of complement-activation fragments and angiogenesis-related factors in early pregnancy and their association with pre-eclampsia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2010 [a.yer 04 Eylül 2023];117(4):456-62. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.2009.02473.x>



23. Soluble Fms-like tyrosine kinase associated with preeclampsia in pregnancy in systemic lupus erythematosus. | The Journal of Rheumatology [İnternet]. [a.yer 04 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://www.jrheum.org/content/35/4/631.short>
24. Early Administration of Low-Dose Aspirin for the Prevention of Preterm and Term Preeclampsia: A Systematic Review and Meta-Analysis | Fetal Diagnosis and Therapy | Karger Publishers [İnternet]. [a.yer 04 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://karger.com/fdt/article/31/3/141/135908/Early-Administration-of-Low-Dose-Aspirin-for-the>
25. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, vd. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). Journal of Thrombosis and Haemostasis [İnternet]. 01 Şubat 2006 [a.yer 04 Eylül 2023];4(2):295-306. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1538783622121422>
26. Mankee A, Petri M, Magder LS. Lupus anticoagulant, disease activity and low complement in the first trimester are predictive of pregnancy loss. Lupus Science & Medicine [İnternet]. 01 Aralık 2015 [a.yer 04 Eylül 2023];2(1):e000095. Erişim adresi: <https://lupus.bmj.com/content/2/1/e000095>

# KLİNİK DENEYİMİ NADİR BİR KONU: MALİGN POTANSİYELİ BELİRSİZ DÜZ KAS TÜMÖRÜ (STUMP) OLGUSU

Mesut ÖNAL<sup>1</sup>  
Yasemin YOLERİ<sup>2</sup>  
Derya SEZEN<sup>3</sup>

## | GİRİŞ

Kadınlarda en sık görülen pelvik neoplazm uterin leiomyomlardır[1,2]. Uterus fibroidleri (leiomyomlar), çeşitli düz kas farklılaşması formları sergileyen iyi huylu tümörlerdir. Bazen leiomyom olduğu varsayılan uterus kitlelerine daha sonra leiomyoma varyantı , malign potansiyeli belirsiz olan düz kas tümörü (STUMP) veya leiomyosarkom tanısı konur.Leiomyom varyantları ve uterin STUMP olgularının nadirliği epidemiyolojik çalışmayı ve buna bağlı olarak tanı ve tedaviyi yönlendirecek verileri sınırlandırmaktadır.Histolojik özellikle-rine göre tanımlandığından çoğu hastada ancak cerrahi olarak çıkarıldıktan sonra teşhis edilebilir.Bu olguda 41 yaşında menoraji ve dismenore şikayetiyle başvuran bir STUMP olgusunu bildirdik.

## | VAKA TAKDİMİ

Kırk bir yaşında multipar kadın hasta , vücut kitle indexi: 28.7 kgm-2. İki yıldır devam eden dismenore ve menoraji şikayetiyle tarafımıza başvurdu.Bu sebeple

<sup>1</sup> Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., mesut.onal@omu.edu.tr, ORCID iD: 0000-0003-1222-3386

<sup>2</sup> Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., yoleriyasemin98@gmail.com

<sup>3</sup> Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.





## | SONUÇ

STUMP tanısı alan hastalara fertilité istemi ve tümörün histopatolojik değeriendirilmesine göre yaklaşım belirlenmelidir. Hastalar yakından takip edilmeli postop dönemde nüks riski nedeniyle jinekolojik onkoloğa danışılmalıdır. Olgu sayısının sınırlı olması , klinik sonuçların belirsizliği, görüntüleme ile ayırıcı tanıya gidilememesi, uygun takip ve tedavi planının hazırlanmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle STUMP'lar hakkında daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

**Finansal açıklama:** Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.

## | KAYNAKLAR

1. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:100.
2. Serden SP, Brooks PG. Treatment of abnormal uterine bleeding with the gynecologic resectoscope. *J Reprod Med* 1991; 36:697.
3. Bell SW, Kempson RL, Hendrickson MR. Problematic uterine smooth muscle neoplasms. A clinicopathologic study of 213 cases. *Am J Surg Pathol* 1994; 18:535.
4. <https://tumourclassification.iarc.who.int>
5. Elizabeth A Stewart, MD Shannon K Laughlin-Tommaso, MD J Kenneth Schoolmeester, MD Uterine fibroids ( Variants and smooth muscle tumors of uncertain malignant potential

## POSTPARTUM BAŞ AĞRISI VE HİPONATREMİ İLE SEYREDEN BİR AKUT SHEEHAN SENDROMU: OLGU SUNUMU

Bilgesu ÇETİNEL KAYGUNI

### |GİRİŞ

Doğum sonrası baş ağrısının görülme sıklığı %11-80 arasındadır (1,2). Doğum sonrası dönemdeki baş ağrılarının çoğunluğu birincil etiyolojiye sahiptir ve migren, gerilim tipi, servikojenik, küme baş ağrıları ve diğer trigeminal otonomik sefaljileri içerir (2,3). İkincil baş ağrıları daha az yaygındır, önemli morbidite ve mortalite ile ilişkili olabilirler ve nörodiagnostik görüntüleme için yüksek şüphe indeksi ve düşük eşik korunmalıdır. İkincil baş ağrıları, dural ponksiyon sonrası baş ağrısı (PDPH) ve pnömosefali gibi nöroaksiyel anestezi komplikasyonlarına, hipertansif bozukluklar, preeklampsi ve eklampsi dahil obstetrik hastalıklara veya serebral venöz tromboz, iskemik veya hemorajik inme, subaraknoid kanama, geri dönüşümlü serebral vazokonstriktif sendromlar, posterior geri dönüşümlü lökoensefalopati sendromu ve menenjit gibi intrakranyal patolojilere bağlı olabilir (1,3).

Sheehan sendromu veya doğum sonrası hipofiz nekrozu, tipik olarak ikincil doğum sonrası baş ağrısının bir nedeni olarak kabul edilmez (3,4). Nadiren teşhis edilir.

Sheehan tarafından 1937 de tanımlanan Sheehan sendromu, genellikle şiddetli hipotansiyon veya hemorajik şok ile karakterize doğum içi veya doğum sonrası kanama atağından sonra ortaya çıkar. Vazospazm, tromboz ve hipofiz arterlerinin vasküler sıkışması da sendromun olası nedenleri olarak tanımlanmıştır. Bazı yazarlar, saptanabilir herhangi bir doğum sonu kanama olmasa bile

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, bilgesucetinel@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1822-120X



ehan sendromunun akut belirtileri olasılığını da göz önünde bulundurmalarıdır.

## KAYNAKLAR

1. Stella CL, Jodicke CD, How HY, Harkness UF, Sibai BM. Postpartum headache: is your work-up complete? *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:318.e311–317.
2. Goldszmidt E, Kern R, Chaput A, Macarthur A. The incidence and etiology of postpartum headaches: a prospective cohort study. *Can J Anaesth* 2005;52:971–7.
3. Oswald AL. Postdural Puncture Headache. In: Hughes S, Levinson G, Rosen MA, Shnider SM, editors. *Anesthesia for Obstetrics*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 425–36.
4. Macarthur A. Postpartum Headache. In: Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, Ngan Kee WD, Beilin Y, Mhyre JM, editors. *Obstetric Anesthesia; Principles and Practice*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2014. p. 713–8.
5. Sheehan HL. Postpartum necrosis of the anterior pituitary. *J Pathol Bact* 1937; 45: 189-214.
6. Gonzalez JG, Elizondo G, Salvidar D, Nanez H, Todd LE, Villarreal JZ. Pituitary gland growth during normal pregnancy: An in vivo study using magnetic resonance imaging. *Am J Med* 1988; 85: 217-20.
7. Sert M, Tetiker T, Kiriam S, Kocak M. Clinical Report of 28 patients with Sheehan's Syndrome. *Endocrine J* 2003; 50 (3): 297-301.
8. Huang YY, Ting MK, Hsu BR, Tsai JS. Demonstration of reserved anterior pituitary function among patients with amenorrhea after postpartum hemorrhage. *Gynecol Endocrinol* 2000; 14 (2): 99-104.
9. Dash RJ, Gupta V, Suri S. Sheehan's syndrome: clinical profile, pituitary hormone responses and computed sellar tomography. *Aust N Z J Med* 1993; 23 (1): 26-31.
10. S. Matsuzaki, M. Endo, Y. Ueda et al., "A case of acute Sheehan's syndrome and literature review: a rare but life-threatening complication of postpartum hemorrhage," *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 17, p. 188, 2017.
11. F. Kelestimur, "Sheehan's syndrome," *Pituitary*, vol. 6, pp. 181–188, 2003.
12. R. Abs, B. A. Bengtsson, E. Hernberg-Stahl et al., "GH replacement in 1034 growth hormone deficient hypopituitary adults: demographic and clinical characteristics, dosing and safety," *Clinical Endocrinology*, vol. 50, pp. 703–713, 1999.
13. F. Tanriverdi, H. S. Dokmetas, N. Kebapci et al., "Etiology of hypopituitarism in tertiary care institutions in Turkish population: analysis of 773 patients from Pituitary Study Group database," *Endocrine*, vol. 47, pp. 198–205, 2014.
14. A. H. Zargar, B. Singh, B. A. Laway, S. R. Masoodi, A. I. Wani, and M. I. Bashir, "Epidemiologic aspects of postpartum pituitary hypofunction (Sheehan's syndrome)," *Fertility and Sterility*, vol. 84, pp. 523–528, 2005.
15. D. Gokalp, G. Alpagat, A. Tuzcu et al., "Four decades without diagnosis: Sheehan's syndrome, a retrospective analysis," *Gynecological Endocrinology*, vol. 32, pp. 904–907, 2016.
16. P. C. Pham, P. A. Pham, and P. T. Pham, "Sodium and water disturbances in patients with Sheehan's syndrome," *American Journal of Kidney Diseases The Official Journal of the National Kidney Foundation*, vol. 38, p. E14, 2001.
17. R. W. Schrier, "Body water homeostasis: clinical disorders of urinary dilution and concentration," *Journal of the American Society of Nephrology Journal of the American Society of Nephrology*, vol. 17, pp. 1820–1832, 2006.

OLGU SUNUMU İLE SERVİKOVAGİNAL AGENEZİLER  
VE YÖNETİMİŞakir Volkan ERDOĞAN<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Kadın genital sisteminin gelişimi, hücresel farklılaşma, migrasyon, füzyon ve kanalizasyon gibi bir dizi olayı içeren karmaşık bir sürece bağlıdır. Bu süreçlerden herhangi birinin başarısız olması konjenital anomalilere yol açar (1).

Serviks ve vagina anomalileri menarş, cinsel aktivite, fertilité problemleri veya doğumla kendini gösterebilir. Bu tür anomaliler genellikle ergenlik sonrasında ortaya çıksa da bazı bebeklerde neonatal dönemde de tanı konabilir (2).

Kadın genital sistemin gelişimi embriyogenezin üçüncü haftasında başlar ve gebeliğin ikinci trimesterine kadar devam eder. Genital sistemin normal gelişimi için birden fazla entegre adım gereklidir; bazı önemli noktalar şu şekilde vurgulanabilir:

- » Gonadların gelişimi genital sistemin gelişiminden bağımsız olarak gerçekleşir; bu nedenle konjenital uterovaginal anomalilere sahip bireyler normal gonadlara ve normal hormon profiline sahip olabilirler.
- » Genital sisteminin oluşumu, üriner sistemin gelişimi ile yakından ilişkilidir, bu nedenle genital sistem anomalileri sıklıkla renal, üreteral veya mesane anomalileri ile birlikte gözlenir.
- » Müllerial kanallarının normal embriyolojik süreçlerinin bozulması, agenezis, lateral füzyonun başarısızlığı veya kanalizasyonun başarısızlığı gibi, kadının genital sisteminin çeşitli konjenital anomalilerinin gelişimine neden olur.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Arel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., svolkanerdogan@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-7976-8287



Fiziksel muayenede dış genital organlar normaldir. Genellikle vaginal bir ‘çukur’ veya küçük bir vaginal poşa rastlanır; himenal doku genellikle mevcuttur, çünkü vaginal poş ve himen her ikisi de ürogenital sinüsten köken alır, mülleri-an kanaldan değil. Rektoabdominal muayene, vagina, serviks ve uterus varlığını veya yokluğunu belirlemede yardımcı olur.

Ultrasonografik inceleme, üriner sistem ve gonadların varlığı ya da anomalileri ile birlikte uterusun olguda var olup olmadığını değerlendirme açısından değerlidir. İhtiyaç duyulması durumunda üreter duplexi intravenöz pyelografi ile belirlenebilir. Genellikle orta hatta bir uterus veya uterin horn/hemiüteri/rudimanter uterus olup olmadığını belirlemek için iki boyutlu konvansiyonel ultrason kullanımı yeterlidir. Ultrason incelemenin yetersiz kaldığı fonksiyone endometriyumun gösterilemediği olgularda MR inceleme yararlı olabilir.

Servikovaginal agenezin ayırıcı tanısı, androjen insensitivitesi, düşük transvers vaginal septum, uterin ve vagina agenez/atrezisi ve imperfore himeni içerir.

## KAYNAKLAR

1. Leslie A Garrett, Sara O Vargas, Ronny Drapkin, Marc R Laufer. Does the fimbria have an embryologic origin distinct from that of the rest of the fallopian tube? *Fertil Steril*. 2008 Nov;90(5):2008.e5-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.01.071.
2. Roberts CP, Rock JA . Surgical methods in the treatment of congenital anomalies of the uterine cervix. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2011 Aug;23(4):251-7. doi: 10.1097/GCO.0b013e3283478839.
3. Fujimoto VY, Miller JH, Klein NA, Soules MR. Congenital cervical atresia: report of seven cases and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:1419. doi: 10.1016/s0002-9378(97)70085-1.
4. Deffarges JV, Haddad B, Musset R, Paniel BJ. Utero-vaginal anastomosis in women with uterine cervix atresia: long-term follow-up and reproductive performance. A study of 18 cases. *Hum Reprod* 2001; 16:1722. doi: 10.1016/s0002-9378(97)70085-1.
5. Bugmann P, Amaudruz M, Hanquinet S, et al. Uterocervicoplasty with a bladder mucosa layer for the treatment of complete cervical agenesis. *Fertil Steril* 2002; 77:831. doi: 10.1016/s0002-9378(97)70085-1.
6. Creighton SM, Davies MC, Cutner A. Laparoscopic management of cervical agenesis. *Fertil Steril* 2006; 85:1510.e13. doi: 10.1016/s0002-9378(97)70085-1.
7. Williams LS, Demir Eksi D, Shen Y, Lossie AC, Chorich LP, Sullivan ME, Phillips JA 3rd, Erman M, Kim HG, Alper OM, Layman LC Genetic analysis of Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome in a large cohort of families. *Fertil Steril*. 2017 Jul;108(1):145-151.e2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.05.017. Epub 2017 Jun 7.
8. Evans TN, Poland ML, Boving RL. Vaginal malformations. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 141:910.
9. Herlin M, Björn AM, Rasmussen M, et al. Prevalence and patient characteristics of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a nationwide registry-based study. *Hum Reprod* 2016; 31:2384.



10. Salvatore CA, Lodovici O. Vaginal agenesis: an analysis of ninety cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1978; 57:89.
11. Bates GW, Wisner WL. A technique for uterine conservation in adolescents with vaginal agenesis and a functional uterus. *Obstet Gynecol* 1985; 66:290.
12. Fedele L, Bianchi S, Frontino G, et al. Laparoscopic findings and pelvic anatomy in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Obstet Gynecol* 2007; 109:1111.
13. Fedele L, Bianchi S, Frontino G, et al. Laparoscopically assisted uterovestibular anastomosis in patients with uterine cervix atresia and vaginal aplasia. *Fertil Steril* 2008; 89:212.
14. Griffin JE, Edwards C, Madden JD, et al. Congenital absence of the vagina. The Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Ann Intern Med* 1976; 85:224.
15. Chawla S, Bery K, Indra KJ. Abnormalities of urinary tract and skeleton associated with congenital absence of vagina. *Br Med J* 1966; 1:1398.
16. Fore SR, Hammond CB, Parker RT, Anderson EE. Urologic and genital anomalies in patients with congenital absence of the vagina. *Obstet Gynecol* 1975; 46:410.
17. Bergh PA, Breen JL, Gregori CA. Congenital absence of the vagina – the Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Adoles Pediatr Gynecol* 1989; 2:73.
18. Varner RE, Younger JB, Blackwell RE. Müllerian dysgenesis. *J Reprod Med* 1985; 30:443.
19. Michala L, Aslam N, Conway GS, Creighton SM. The clandestine uterus: or how the uterus escapes detection prior to puberty. *BJOG* 2010; 117:212.
20. Mikos T, Gordts S, Grimbizis GF. Current knowledge about the management of congenital cervical malformations: a literature review. *Fertil Steril* 2020;113 (4):723–32.
21. Zhou QJ, Chen XJ, Luo XZ, Ding JX, Zhang GF, Ren Y, et al. Laparoscopic-assisted uterovaginal anastomosis for uterine cervix atresia with vaginal aplasia using a silicone stent lined with acellular porcine small intestinal submucosa graft inserted using a 16F Foley catheter. *J Minim Invasive Gynecol* 2013;20 (5):710–3.
22. Grimbizis GF, Tsalikis T, Mikos T, Papadopoulos N, Tarlatzis BC, Bontis JN. Successful end-to-end cervico-cervical anastomosis in a patient with congenital cervical fragmentation: case report. *Hum Reprod* 2004;19 (5):1204–10.

## İNSİDENTAL SAPTANAN OHVIRA SENDROMLU OLGUDA KRONİK PELVİK AĞRIYA ALTERNATİF YAKLAŞIM

Şeyma DAĞLITUNCEZDİ ÇAM<sup>1</sup>

### | GİRİŞ

Müllerian anomaliler kadınlarda %7-10 insidansında karşımıza çıkmaktadır (1). Müllerian anomali spektrumunda yer alan OHVIRA Herlyn–Werner–Wunderlich (HWW) adıyla da bilinmekte olup müllerian anomalilerin %5’ini kapsamaktadır ve farklı klinik prezentasyonları nedeniyle tanı koyulmasında zorluklarla karşılaşılabilir (1,2). Uterin didelfis, kör sonlanan vajen ve ipsilateral renal anomali ile karakterize olan OHVIRA sendromu genellikle menarş sonrası klinik bulgularla karşımıza çıkmaktadır. Pelvik ağrı, dismenore, vajinal şişlik, hematokolpoza sekonder abdominal kitle bulguları ve oligomenore şikayetleri ile başvuran pubertal dönem hastalar olduğu gibi her iki vajen arasında bağlantı olan olgularda adetler düzenli olabildiği için daha ileri yaşlarda da tanı konulabilmektedir. Özellikle evlilik öncesi vajinal muayene ve tedavi olmayı kabul etmeyen toplumlarda tanı ve tedavi yaşında gecikmeler olmaktadır. Bu hastalarda erken tanı ve tedavi; infertilite ve komplikasyonları (özellikle hematokolpoza sekonder endometriyozis, ağrı) önlemek açısından önemlidir. Bu olgu sunumunda evlendikten sonra tanı alan OHVIRA sendromlu olguya yaklaşımı sunmayı amaçladık.

### | VAKA TAKDİMİ

26 yaşında evli hasta sağ alt kadranda ağrısı şikayeti ile acil servimize başvurdu. Alınan öyküsünde 12 yaşından beri her ay düzenli ve normal miktarda ancak

<sup>1</sup> MD, Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., seymatuncezdi@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-2354-7514



## KAYNAKLAR

1. Epelman M, Dinan D, Gee MS, Servaes S, Lee EY, Darge K. Mullerian duct and related anomalies in children and adolescents. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 2013;21(4):773-89.)
2. Khaladkar SM, Kamal V, Kamal A, Kondapavuluri SK. The Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome - A Case Report with Radiological Review. *Pol J Radiol*. 2016;81:395-400.
3. Dhar H, Razek YA, Hamdi I. Uterus Didelphys with Obstructed Right Hemivagina, Ipsilateral Renal Agenesis and Right Pyocolpos: A Case Report. *Oman Medical Journal* 2011; 26: 447-450.
4. Widyakusuma LS, Lisnawati Y, Pudyastuti S, Halofo AH. A rare case of pelvic pain caused by Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome in an adult: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2018;49:106-9.
5. Golan A, Langer R, Bukovsky I, Caspi E. Congenital anomalies of the mullerian system. *Fertil Steril* 1989; 51: 747-755.
6. Vercellini P, Daguati R, Somigliana E, et al. Asymmetric lateral distribution of obstructed hemivagina and renal agenesis in women with uterus didelphys: institutional case series and a systematic literature review. *Fertility Sterility* 2007; 87: 719-24.
7. Piccinini PS, Doski J. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a case report. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(4):192-6.
8. Orazi C, Lucchetti MC, Schingo PM, Marchetti P, Ferro F. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: uterus didelphys, blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis. Sonographic and MR findings in 11 cases. *Pediatr Radiol*. 2007;37(7):657-65.
9. Wu TH, Wu TT, Ng YY, Ng SC, Su PH, Chen JY, et al. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome consisting of uterine didelphys, obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis in a newborn. *Pediatr Neonatol*. 2012;53(1):68-71.
10. Yavuz A, Bora A, Kurdoglu M, Goya C, Kurdoglu Z, Beyazal M, et al. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: merits of sonographic and magnetic resonance imaging for accurate diagnosis and patient management in 13 cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(1):47-52.
11. Smith NA, Laufer MR. Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome: management and followup. *Fertil Steril*. 2007;87(4):918-22.
12. Musich JR, Behrman SJ. Obstetric outcome before and after metroplasty in women with uterine anomalies. *Obstet Gynecol* 1978; 52: 63-6
13. Patton PE, Novy MJ, Lee DM, Hickok LR. The diagnosis and reproductive outcome after surgical treatment of the complete septate uterus, duplicated cervix and vaginal septum. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1669-78.
14. Shah DK, Laufer MR. Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome with a single uterus. *Fertil Steril* 2011; 96: e39-41.
15. Adair II L, Georgiades M, Osborne R, Ng T. Uterus didelphys with unilateral distal vaginal agenesis and ipsilateral renal agenesis: Common presentation of an unusual variation. *Journal of Radiology Case Reports* 2011; 5: 1-8.
16. Nigam A, Raghunandan C, Yadav R, Tomer S, Anand R. OHVIRA syndrome: rare cause of chronic vaginal discharge in an unmarried female. *Congenit Anom (Kyoto)*. Published online August 17, 2010.
17. Varras M, Akrivis C, Karadaglis S, Tsoukalos G, Plis C, Ladopoulos I. Uterus didelphys with blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis complicated by pyocolpos and presenting as acute abdomen 11 years after menarche: Presentation of a rare case with review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2008; 35: 156-60.
18. Gungor Ugurlucan F, Bastu E, Gulsen G, Kurek Eken M, Akhan SE. OHVIRA syndrome presenting with acute abdomen: a case report and review of the literature. *Clin Imaging*. 2014;38(3):357-9.



NADİR RASTLANAN SEZERYAN SONRASI MİYOM  
RÜPTÜRÜ OLGU SUNUMUÖmer ÜNAL<sup>1</sup>

## |GİRİŞ

Miyomlar, uterusun birçok yerinde yer alabilen, monoklonal düz kas hücrelerinden oluşan ve üreme çağındaki kadınların %12-25'inde tespit edilen çok nadir olarak malignite rejenerasyonu gösteren solid tümöral yapılardır (1). Tüm gebeliklerde insidental olarak tespit edilen miyoma uteri oranı yaklaşık olarak %10 civarındadır. Ancak bu oranın uygun sonografi ile daha fazla olduğu aşikardır (2). Maalesef miyomların gebelikteki varlığı birtakım riskleri de beraberinde getirir. Erken doğum tehtidi, zor doğum, doğum sonrası kanama, spontan uterin rüptürü, fetal distosiler ve sezeryan doğum sayısında artış gibi gebelikte bir takım hayati komplikasyonlara neden olur (2, 3, 4). Kümülatif olarak değerlendirmeye alındığında gebelikte miyom tespit edilmesi %10-40 oranında obstetrik komplikasyonu insidansını artırır (5).

Gebelik ile ilişkili olmadan nullipar hastalar ve postmenapozal hastalar da dahil olmak üzere spontan miyom rüptürleri ve buna bağlı hipovolemik şok nedeni ile acil laparatomiler bildirilmiştir (6, 7, 8, 9, 10). Nadir de olsa gebelik esnasında hızlı hacim alan ve dejenerasyonlar nedeni ile özellikle ikinci trimesterde spondan rüptürlerle sonuçlanan olgularda bildirilmiştir (11, 12). Ayrıca postpartum dönemde bizim olgumuzda olduğu gibi miyom rüptürü postpartum ikinci günü ya da dokuzuncu gününde miyom rüptürleri de bildirilmiştir (11,12). İster gebelik olsun ister postpartum olsun akut batın tablosunda gelen olgularda ciddi batın içi hemorajiden de şüpheleniliyorsa hızlı bir şekilde triyaj

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, dr.omer-unal@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7094-9025



fazla beceri sağlayacaktır. Ultrason kullanımındaki bu temel aşinalık sayesinde, POCUS eğitimi, ekipman kullanımı veya ultrason cihazı mevcudiyeti ile ilgili önemli bir yük gerektirmez. Kadın hastalıkları ve doğum asistanları, dış gebelik rüptürü, doğum sonu kanama ve gebelikte karın travması olan hastalar gibi POCUS'un yardımcı olabileceği acil klinik durumları olan hastalarla eğitim ve çalışma hayatları boyunca mutlaka karşılaşacaktır. Doğum ve jinekoloji asistanlarının halihazırda temel obstetrik ultrason tekniği konusunda eğitim aldıkları göz önüne alındığında, seçilen acil POCUS tekniklerine resmi eğitimin eklenmesi, kritik hastalığı olan hastaları uygun şekilde triyaj yapabilme becerilerine daha fazla hizmet edecektir.

## SONUÇ

Gebelik öncesi jinekolojik muayene mutlaka yapılmalı ve insidental tespit edilen miyomların cerrahi endikasyonları varsa mutlaka gebelik öncesi eksize edilmelidirler. Gebelik süreçlerinde miyomdan muzdarip olguların takipleri daha sık yapılmalı ve postoperatif takipleri sırasında miyom rüptürü akılda tutulmalıdır. Derlemede, bu vaka, daha önce miyomektomi öyküsü olmasa bile, akut başlangıçlı şiddetli karın ağrısı olan postpartum bir kadını triyaj yaparken, spontan rüptüre miyomun ön tanılar arasında olması gerektiğinin önemini vurgulamaktadır. Mevcut vaka ayrıca şiddetli karın ağrısı olan postpartum bir hastayı değerlendirirken tıbbi karar vermeye yardımcı olmak için POCUS'un yararlılığını vurgulamaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum asistanlarının eğitim programlarında POCUS'un resmi olarak eklenmesi gerekliliği vurgulanmaktadır.

Hasta, kimlik bilgileri saklanması koşulu ile ameliyat görüntülerinin ve klinik bilgilerinin kullanılmasına izin verdi.

## KAYNAKLAR

1. Koo Y-J, Lee J-K, Lee Y-K, et al. Pregnancy Outcomes and Risk Factors for Uterine Rupture After Laparoscopic Myomectomy: A Single-Center Experience and Literature Review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015;22(6):1022–1028.
2. Coronado G D, Marshall L M, Schwartz S M. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. *Obstet Gynecol.* 2000;95(5):764–769.
3. Vergani P, Locatelli A, Ghidini A, et al. Large uterine leiomyomata and risk of cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2007;109(2 Pt 1):410–414.
4. Zhao R, Wang X, Zou L, et al. Adverse obstetric outcomes in pregnant women with uterine fibroids in China: A multicenter survey involving 112,403 deliveries. *PloS One.*



- 2017;12(11):e187821–e187821.
5. Milazzo G N, Catalano A, Badia V, et al. Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(12):1789–1804.
  6. N Goswami, A Alalade. A rare case of acute abdomen: spontaneous rupture of degenerated fibroid. *BMJ Case Rep.* 2021 Mar 10;14(3):e238010.
  7. H Takai, H Tani, H Matsushita. Rupture of a degenerated uterine fibroid as a cause of acute abdomen: a case report. *J Reprod Med.* 2013 Jan-Feb;58(1-2):72-4.
  8. Elkbuli A, Shaikh S, Mckenney M, et al. Life-threatening hemoperitoneum secondary to rupture of a uterine leiomyoma: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2019;61:51–55.
  9. Kelson K R, Riscinti M, Secko M, et al. Point-of-care Ultrasonography of a Rare Cause of Hemoperitoneum. *Clin Pract Cases Emerg Med.* 2018;2(4):320–322.
  10. Lim W H, Cohen S C, Lamaro V P. Intra-abdominal haemorrhage from uterine fibroids: a systematic review of the literature. *BMC Surg.* 2020;20(1):70–70.
  11. Swarray-Deen A, Mensah-Brown S A, Coleman J. Rare complication of fibroids in pregnancy: Spontaneous fibroid rupture. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(9):1485–1488.
  12. Tan Y L, Naidu A. Rare postpartum ruptured degenerated fibroid: a case report. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(5):1423–1425.
  13. S Lammers, C Hong, J Tepper, C Moore, C Baston, C D Dolin. Use of point-of-care ultrasound to diagnose spontaneous rupture of fibroid in pregnancy. *POCUS J.* 2021; 6(1): 16–21.
  14. ACOG Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries. [2020-02-04]. <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Medically-Indicated-Late-Preterm-and-Early-Term-Deliveries?Is-MobileSet=false>
  15. Domenici L, Donato V Di, Gasparri M L, et al. Laparotomic Myomectomy in the 16th Week of Pregnancy: A Case Report. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2014;2014.
  16. Lolis D E, Kalantaridou S N, Makrydimas G, et al. Successful myomectomy during pregnancy. *Hum Reprod.* 2003;18(8):1699–1702.
  17. Suwandinata F S, Gruessner S E M, Omwandho C O A, et al. Pregnancy-preserving myomectomy: preliminary report on a new surgical technique. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* 2008;13(3):323–326.
  18. Allameh Z, Allameh T. Successful Myomectomy in the Second Trimester of Pregnancy. *Adv Biomed Res.* 2019;8:60.
  19. Tahmasebi F, Morje M, Hurrell A, et al. Successful Second Trimester Myomectomy in a Critically Ill Patient. *Crit Care Obstet Gynecol.* 2018;04(02):5.
  20. Leach K, Khatain L, Tocce K. First trimester myomectomy as an alternative to termination of pregnancy in a woman with a symptomatic uterine leiomyoma: a case report. *J Med Case Reports.* 2011;5(1):571–571.
  21. Mollica G, Pittini L, Minganti E, et al. Elective uterine myomectomy in pregnant women. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1996;23(3):168–172.
  22. M Sakinci, G Turan, C Y Sanhal, Y Yildiz, A Hamidova, F C Guner, A Buyuk, N U Dogan, S Olgan. Analysis of Myomectomy during Cesarean Section: A Tertiary Center Experience. *J Invest Surg.* 2022 Jan;35(1):23-29.
  23. Richards J R, McGahan J P. Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) in 2017: What Radiologists Can Learn. *Radiology.* 2017;283(1):30–48.
  24. Physicians. American Academy of Family. Point of care ultrasound. Family medicine residency curriculum guidelines. 2018. [2020-10-20]. [https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical\\_education\\_residency/program\\_directors/Reprint290D\\_POCUS.pdf](https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint290D_POCUS.pdf)
  25. Ramsingh D, Rinehart J, Kain Z, et al. Impact assessment of perioperative point-of-care ultra-



- sound training on anesthesiology residents. *Anesthesiology*. 2015;123(3):670–682.
26. Critical Care Ultrasound. [2020-10-20]. <https://www.sccm.org/Education-Center/Critical-Care-Ultrasound>
  27. Ultrasound Guidelines: Emergency, Point-of-care, and Clinical Ultrasound Guidelines in Medicine. American College of Emergency Physicians Policy Statement. 2016. [2020-10-20]. <https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/policy-statements/ultrasound-guidelines---emergency-point-of-care-and-clinical-ultrasound-guidelines-in-medicine.pdf>
  28. POCUS Certificate of Completion. [2020-10-20]. <https://www.hospitalmedicine.org/clinical-topics/ultrasound/pocus-certificate-of-completion/>

## FERTİLİTE KORUYUCU CERRAHİ UYGULANAN ERKEN EVRE MÜSİNÖZ TIP OVER CA OLGUSUNUN LİTERATÜR EŞLİĞİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Ferah KAZANCI<sup>1</sup>

### | GİRİŞ

Onkolojik vakalarda konservatif ve fonksiyonel cerrahinin amacı, bir organın işlevselliğini korumak ve mümkün olduğunca radikal rezeksiyondan kaçınmaktır. Kadın popülasyonunda toplam kanserlerinin %15-20'sini jinekolojik kökenli olup, bunların da %25'ini over kanser(OK)'leri oluşturur(1). OK'leri, epitelyal (borderline over tümörleri(BOT) ve malign over tümörleri) ve epitelyal olmayan kanserler olarak sınıflandırılmaktadır. Epitelyal over kanseri (EOK), jinekolojik maligniteler arasında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (2). Mevcut standart tedavi, birincil optimal sitoredüktif cerrahisi ve ardından adjuvan tedavi olarak platin bazlı kemoterapidir.

EOK'leri beş histolojik alt tipe ayrılmıştır: yüksek dereceli seröz karsinom (HGSC), şeffaf hücreli karsinom, endometrioid karsinom, müsinöz karsinom ve düşük dereceli seröz karsinom (3). Shih ve Kurman, EOK için klinikopatolojik ve moleküler çalışmalara dayanan tip I ve tip II olarak ikili bir sınıflandırma modeli önerdiler (4). Tip I karsinomlar, tüm EOK'lerin %10'unu oluşturur, genellikle düşük gradeli endometrioid, berrak hücreli, müsinöz ve seröz OK gibi farklı histotipler içerir. Overe sınırlı olduklarında prognozları iyidir, ancak ileri evrelerde genellikle kemoterapiye dirençli oldukları için hastalık seyirleri kötüdür. Tip II tümörler, tüm EOK'lerin çoğunu (yaklaşık %90) oluşturur, genellikle yüksek gradeli serözdür, hızlı gelişir, oldukça agresiftir ve çoğu durumda ileri evrelerde tanı alırlar (5). Bu iki EOK tipi de farklı moleküler özellikler gösterir. Ge-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji, ferahkazanci@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-3910-0821



## KAYNAKLAR

1. Bentivegna E, Gouy S, Maulard A, Pautier P, Leary A, Colombo N, et al. Fertility-sparing surgery in epithelial ovarian cancer: a systematic review of oncological issues. *Ann Oncol*. 2016;27(11):1994-2004. doi: 10.1093/annonc/mdw311.
2. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin*. 2022 72(1):7-33. doi: 10.3322/caac.21708
3. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs, 4th ed.; IARC Press: Lyon, France, 2014; Volume 6.
4. Shih, IM, Kurman RJ. Ovarian tumorigenesis: A proposed model based on morphological and molecular genetic analysis. *Am. J. Pathol*. 2004; 164:1511-1518. doi: 10.1016/s0002-9440(10)63708-x.
5. Kurman RJ, Shih, IM. The Dualistic Model of Ovarian Carcinogenesis: Revisited, Revised, and Expanded. *Am. J. Pathol*. 2016;186: 733-747. doi: 10.1016/j.ajpath.2015.11.011.
6. Karnezis AN, Cho KR, Gilks CB, Pearce CL, Huntsman DG. The disparate origins of ovarian cancers: Pathogenesis and prevention strategies. *Nat. Rev. Cancer* 2016;17:65. doi: 10.1038/nrc.2016.113. Epub 2016 Nov 25.
7. Heintz AP, Odicino F, Maisonneuve P, Quinn MA, Benedet JL, Creasman WT, et al. Carcinoma of the ovary. FIGO 26th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 ;95 Suppl 1:S161-92. doi: 10.1016/S0020-7292(06)60033-7.
8. Colombo N, Sessa C, du Bois A, Ledermann J, McCluggage WG, McNeish I, et al., ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: Pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Ann. Oncol*. 2019; 30:672-705. doi:10.1093/annonc/mdz062
9. Hess V, A'Hern R, Nasiri N, King DM, Blake PR, Barton DP, et al. Mucinous epithelial ovarian cancer: a separate entity requiring specific treatment. *J Clin Oncol*. 2004 Mar 15;22(6):1040-4. doi: 10.1200/JCO.2004.08.078.
10. Perren, T.J. Mucinous epithelial ovarian carcinoma. *Ann. Oncol*. 2016;27:i53-i57. doi:10.1093/annonc/mdw087
11. Köbel M, Kalloger S.E, Huntsman D.G, Santos J.L, Swenerton, K.D, Seidman J.D, et al. Ovarian Cancer Outcomes Unit of the British Columbia Cancer Agency, Vancouver BC. Differences in Tumor Type in Low-stage Versus High-stage Ovarian Carcinomas. *Int. J. Gynecol. Pathol*. 2010;29:203-211. doi: 10.1097/PGP.0b013e3181c042b6.
12. Crane EK, Brown J. Early Stage Mucinous Ovarian Cancer: A Review. *Gynecol Oncol*. 2018; 149(3):598-604. doi: 10.1016/j.ygyno.2018.01.035
13. Kajiyama H, Shibata K, Mizuno M, Nawa A, Mizuno K, Matsuzawa K, et al.. Fertility-Sparing Surgery in Young Women With Mucinous Adenocarcinoma of the Ovary. *Gynecol Oncol*. 2011; 122:334-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2011.04.016
14. Lee JY, Jo YR, Kim TH, Kim HS, Kim MA, Kim JW, et al.. Safety of Fertility-Sparing Surgery in Primary Mucinous Carcinoma of the Ovary. *Cancer Res Treat* 2015; 47(2):290-7. doi: 10.4143/crt.2014.004
15. Gouy S, Saidani M, Maulard A, Bach-Hamba S, Bentivegna E, Leary A, et al.. Results of Fertility-Sparing Surgery for Expansile and Infiltrative Mucinous Ovarian Cancers. *Oncologist*. 2018; 23(3):324-7. doi: 10.1634/theoncologist.2017-0310.
16. Yoshihara M, Kajiyama H, Tamauchi S, Iyoshi S, Yokoi A, Suzuki S, et al.. Impact of Uterus-Preserving Surgery on Stage I Primary Mucinous Epithelial Ovarian Carcinoma: A Multi-Institutional Study With Propensity Score-Weighted Analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020; 150(2):177-83. doi: 10.1002/ijgo.13244
17. La Rosa VL, Garzon S, Gullo G, Fichera M, Sisti G, Gallo P, et al. Fertility preservation in women affected by gynaecological cancer: The importance of an integrated gynaecological and psychological approach. *ecancer* 2020;14 :1035 <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1035>



18. Berek JS, Renz M, Kehoe S, Kumar L, Friedlander M. Figo Cancer Report 2021. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;155(Suppl. 1):61–85. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13878>
19. Fruscio R, Ceppi L, Corso S, Galli F, Dell’Orto F, et al. Long-term results of fertility-sparing treatment compared with standard radical surgery for early-stage epithelial ovarian cancer. *Br J Cancer.* 2016; 6;115(6):641-8. doi: 10.1038/bjc.2016.254.
20. Rodriguez-Wallberg KA, Hao X, Marklund A, Johansen G, Borgström B, Lundberg FE. Hot Topics on Fertility Preservation for Women and Girls-Current Research, Knowledge Gaps, and Future Possibilities. *J Clin Med.* 2021; 13;10(8):1650. doi: 10.3390/jcm10081650.
21. DiSaia PJ. Conservative management of the patient with early gynecologic cancer. *CA Cancer J Clin.* 1989 May-Jun;39(3):135-54. doi: 10.3322/canjclin.39.3.135.
22. Morice P, Leblanc E, Rey A, Baron M, Querleu D, Blanchot J, et al. Conservative treatment in epithelial ovarian cancer: results of a multicentre study of the GCCLCC (Groupe des Chirurgiens de Centre de Lutte Contre le Cancer) and SFOG (Société Française d’Oncologie Gynécologique). *Hum Reprod.* 2005 ;20(5):1379-85. doi: 10.1093/humrep/deh777.
23. Satoh T, Hatae M, Watanabe Y, Yaegashi N, Ishiko O, Kodama S, et al. Outcomes of fertility-sparing surgery for stage I epithelial ovarian cancer: a proposal for patient selection. *J Clin Oncol.* 2010;28(10):1727-32. doi: 10.1200/JCO.2009.24.8617.
24. Jiang, X., Yang, J., Yu, M., Weimin Xie, Dongyan Cao, Ming Wu ,et al Oncofertility in patients with stage I epithelial ovarian cancer: fertility-sparing surgery in young women of reproductive age. *World J Surg Onc.* 2017;15, 154. <https://doi.org/10.1186/s12957-017-1222-4>
25. Bogani G, Ditto A, Pinelli C, Lopez S, Chiappa V, Raspagliesi F. Ten-year follow-up study of long-term outcomes after conservative surgery for early-stage ovarian cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 Aug;150(2):169-176. doi: 10.1002/ijgo.13199.
26. Liu, D, Cai J, Gao A, Wang Z, Cai, L. Fertility sparing surgery vs radical surgery for epithelial ovarian cancer: A meta-analysis of overall survival and disease-free survival. *BMC Cancer* 2020; 20:320. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-06828-y>
27. Petrillo M, Legge F, Ferrandina G, Monterisi A, Pedone Anchora L, et al. Fertility-sparing surgery in ovarian cancer extended beyond the ovaries: a case report and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest.* 2014;77(1):1-5. doi: 10.1159/000353277.
28. Kajiyama H, Suzuki S, Niimi K, Tamauchi S, Kawai M, Nagasaka T, et al. Oncologic and reproductive outcomes of cystectomy as a fertility-sparing treatment for early-stage epithelial ovarian cancer. *Int J Clin Oncol.* 2019;24(7):857-862. doi: 10.1007/s10147-019-01416-y.
29. Hauptmann S, Friedrich K, Redline R et al. Ovarian borderline tumors in the 2014 WHO classification: Evolving concepts and diagnostic criteria. *Virchows Arch* 2017;470:125–142. doi: 10.1007/s00428-016-2040-8
30. Hart WR, Norris HJ. Borderline and malignant mucinous tumors of the ovary. Histologic criteria and clinical behavior. *Cancer* 1973;31:1031–1045. doi: 10.1002/1097-0142(197305)31:5<1031::aid-cnrcr2820310501>3.0.co;2-7.
31. Lee KR, Scully RE. Mucinous tumors of the ovary: A clinicopathologic study of 196 borderline tumors (of intestinal type) and carcinomas, including an evaluation of 11 cases with ‘pseudomyxoma peritonei’. *Am J Surg Pathol* 2000;24:1447–1464. doi: 10.1097/00000478-200011000-00001.
32. Lin W, Cao D, Shi X, You Y, Yang J, Shen K. Oncological and Reproductive Outcomes After Fertility-Sparing Surgery for Stage I Mucinous Ovarian Carcinoma. *Front Oncol.* 2022 Jul 4;12:856818. doi: 10.3389/fonc.2022.856818.
33. Ludwick C, Gilks CB, Miller D et al. Aggressive behavior of stage I ovarian mucinous tumors lacking extensive infiltrative invasion: A report of four cases and review of the literature. *Int J Gynecol Pathol* 2005;24:205–217. doi: 10.1097/01.pgp.0000159935.38913.57.

## ŞİLÖZ ASİT KOMPLİKASYONU EŞLİĞİNDE ENDOMETRİUM KANSERLİ HASTALARA YAKLAŞIM

Zehra ÖZTÜRK BAŞARIR<sup>1</sup>

### |GİRİŞ

Şilöz asit (ŞA) jinekolojik onkoloji pratiğinde abdominal cerrahi sonrasında lenfatik sistemin travmatize olması sonucu meydana gelen ve abdominal kavitede lenf sıvısının birikmesi ile karakterize bir klinik durumdur. (1) Şilöz sıvının peritoneal boşluğa ekstrevasasyonu jinekolojik onkoloji operasyonları sonrası cerrahi tipine ve yapılan diseksiyonun büyüklüğüne ve tümör dokusunun lenfoid dokuya invazyonu oranında lenfatik kanalların açılması ile birlikte sıklıkla görülür. (2) Over kanserleri, servikal kanserler veya endometrial kanserler gibi jinekolojik onkoloji kliniklerinin pratiğinde tedavisinin ve yönetiminin sıklıkla uygulandığı olgularda da farklı şiddet derecelerinde görülebilmektedir. (2,3,4) Han ve ark. jinekolojik kanser cerrahisi sırasında paraaortik lenfadenektomiden sonra %0.32, pelvik lenfadenektomi sonrasında ise % 0.07 şilöz asit görüldüğünü tespit etmişlerdir. (5) Tulunay ve ark. İse biraz daha yüksek bir oran olan %2 şilöz asit oranı bildirmişlerdir. (6) Trigliseritten zengin süte benzeyen bir drenaja yol açan şilöz asit, retroperitoenal lenf nodu rezeksiyonuna bağlı meydana geldiğinde özenli bir tedavi gerektirmektedir. Öncelikle sadece semptomatik şilöz asitlerin tedavi gerektirdiği bilinmelidir. Zira asemptomatik olan ve az miktarda olan drenajların birçoğu kendiliğinden azalmakta ve tedavi gerektirmemektedir. (7) Orta zincirli trigliseridlerden (OZT) zengin diyet, total parenteral nutrisyon (TPN) ve oktreotid uygulaması tedavinin ilk aşamasını oluşturur. (2,8) Normalde çok uzun zincirli trigliseridler (UZT) lenfatik sistem tarafından emilirken, orta zincirli trigliseridler lenfatik kanalları atlayarak direk olarak barsaklardan

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Departmanı, zehraozturk78@yahoo.com, ORCID iD: 0000-0001-8219-116X





## KAYNAKLAR

1. Lv S, Wang Q, Zhao W, Han L, Wang Q, Batchu N, et al. A review of the post-operative lymphatic leakage. *Oncotarget*. 2017;8:69062–75
1. Scaletta G, Quagliozzi L, Cianci S, Vargiu V, Mele MC, Scambia G, et al. Management of postoperative chylous ascites after surgery for ovarian cancer: a single-institution experience. *Updates Surg*. 2019 Dec;71(4):729-734.
2. Kostov S, Yordanov A, Slavchev S, Strashilov S, Dzhakov D. First Case of Chylous Ascites after Laparoscopic Myomectomy: A Case Report with a Literature Review. *Medicina* 2019 Sep 23;55(10):624.
3. Chen L, Lin L, Li L, Xie Z, He H, Lin C, et al. Lymphatic leakage after pelvic lymphadenectomy for cervical cancer: a retrospective case-control study. *BMC Cancer*. 2021 Nov 18;21(1):1242.
2. Han D, Wu X, Li J, Ke G. Postoperative chylous ascites in patients with gynecologic malignancies. *Int J Gynecol Cancer* 2012;22:186–190.
3. Tulunay G, Ureyen I, Turan T et al Chylous ascites: analysis of 24 patients. *Gynecol Oncol* 2012;127:191–197.
4. Hur S, Jun H, Jeong YS. Novel interventional radiological management for lymphatic leakages after gynecologic surgery: lymphangiography and embolization. *Gland Surg*. 2021 Mar;10(3):1260-1267.
4. DeHart MM, Lauerman WC, Conely AH et al Management of retroperitoneal chylous leakage. *Spine* 1994 19:716–718
5. Bellini C, Cabano R, De Angelis LC, et al. Octreotide for congenital and acquired chylothorax in newborns: a systematic review. *J Paediatr Child Health* 2018;54:840-7.
6. Bielsa S, Pardina M. Refractory chylothorax: where do we go now? *Curr Pulmonol Reports* 2019;8:60-7.
7. Orr B, Edwards RP. Diagnosis and Treatment of Ovarian Cancer. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2018 Dec;32(6):943-964.
5. Frey MK, Ward NM, Caputo TA, Taylor J, Worley MJ Jr, Slomovitz BM. Lymphatic ascites following pelvic and paraaortic lymphadenectomy procedures for gynecologic malignancies. *Gynecol Oncol*. 2012;125:48–53.
6. Xin W, Hua K, Ding J. The way to display the chylous tubes and to prevent chylous leakage in laparoscopic para-aortic lymphadenectomy. *Gynecol Oncol*. 2019 Feb;152(2):434-435.
7. Nadolski GJ, Chauhan NR, Itkin M. Lymphangiography and lymphatic embolization for the treatment of refractory chylous ascites. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2018;41:415-23.
8. Kim EY, Hwang HS, Lee HY, et al. Anatomic and functional evaluation of central lymphatics with noninvasive magnetic resonance lymphangiography. *Medicine* 2016;95:e3109
8. Siegel, R.L.; Miller, K.D.; Fuchs, H.E.; Jemal, A. *Cancer Statistics, 2021*. *CA Cancer J. Clin*. 2021, 71, 7–33.
9. Faria SC, Devine CE, Rao B, Sagebiel T, Bhosale P. Imaging and Staging of Endometrial Cancer. *Semin Ultrasound CT MR*. 2019 Aug;40(4):287-294.
10. Dong Y, Cheng Y, Tian W, Zhang H, Wang Z, Li X, Shan B, Ren Y, Wei L, Wang H, Wang J. An Externally Validated Nomogram for Predicting Lymph Node Metastasis of Presumed Stage I and II Endometrial Cancer. *Front Oncol*. 2019 Nov 14;9:1218.
11. Concin N, Creutzberg CL, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Virchows Arch*. 2021 Feb;478(2):153-190.
12. Marchocki Z, Cusimano MC, Clarfield L, Kim SR, Fazelzad R, Espin-Garcia O, et al. Sentinel lymph node biopsy in high-grade endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis of performance characteristics. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;225(4):367-369.

## FALLOT TETRALOJİSİ PRENATAL TANI VE TAKİBİ

Ömer Gökhan EYİSOY1

## |GİRİŞ

Fallot Tetralojisi (TOF) 1888 yılında Etienne-Louis Arthur Fallot tarafından tanımlanmıştır. TOF, en yaygın siyanotik kalp defektidir ve ventriküler septal defekt (VSD) yoluyla sağdan sola şanta sekonder “mavi bebek” için klasik bir örnek teşkil eder. Fallot’un tanımladığı lezyon dört anatomik özelliğinden oluşmaktadır: ventriküler septal defekt, atabinen aorta (overriding), subpulmoner stenoz ve sağ ventriküler hipertrofi (1). Bu malformasyon outlet ventriküler septumun anterior, superior ve sola doğru deviasyonunun bir sonucudur ve TOF’un temel patolojisi olarak kabul edilir. Sağ ventrikül çıkış obstrüksiyonunun değişken dereceleri ve fizyolojik sağdan sola fetal dolaşım şantının hafifletici etkisi nedeniyle sağ ventrikül hipertrofisi fetal yaşamda nadir görülür.

TOF, 0.5/1000 ila 1/1000 yenidoğanı etkiler ve çocukluk çağında en sık görülen siyanotik konjenital kalp hastalığıdır (KKH). Doğumda tanısı konulan tüm KKH’lerin %10’unu oluşturur, ancak doğum öncesi teşhis edilen KKH’lerin yalnızca %3 ila %6’sını oluşturur (2, 3).

TOF’lu hastalarda sempom ve bulgular, siyanozsuz kalp yetmezliğinden hipoksemi ve asidemi ile şiddetli siyanoza kadar değişen bir spektruma sahiptir. 1945’te Blalock ve Taussig tarafından tanımlanan, siyanozda belirgin rahatlama sağlanan üç hastada aortik-pulmoner şantın başarıyla uygulandığı önemli bir yayına kadar bu anormallik için hiçbir tedavi bilinmiyordu (4). Bu dikkate değer operasyon, siyanotik kalp hastalığı olan birçok hastanın başarılı bir şekilde teda-

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Perinatoloji Kliniği, dr.gokhaneyisoy@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-0869-4660



## KAYNAKLAR

1. Fallot E. Contribution a lanatomie pathologique de la maladie bleue (cyanotic cardiaque). *Marseille méd* 1888; 25: 77,138,207,341,403
2. Apitz C, Webb GD, Redington AN. Tetralogy of fallot. *The Lancet* 2009; 374: 1462-1471
3. Chew C, Halliday J, Riley M et al. Population-based study of antenatal detection of congenital heart disease by ultrasound examination. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2007; 29: 619-624
4. Blalock A, Taussig HB. The surgical treatment of malformations of the heart: in which there is pulmonary stenosis or pulmonary atresia. *Journal of the American Medical Association* 1945; 128: 189-202
5. Poon L, Huggon I, Zidere V et al. Tetralogy of Fallot in the fetus in the current era. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2007; 29: 625-627
6. Chaoui R, Kalache K, Heling K et al. Absent or hypoplastic thymus on ultrasound: a marker for deletion 22q11. 2 in fetal cardiac defects. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2002; 20: 546-552
7. Goldmuntz E, Clark BJ, Mitchell LE et al. Frequency of 22q11 deletions in patients with conotruncal defects. *Journal of the American College of Cardiology* 1998; 32: 492-498
8. Chin-Yee NJ, Costain G, Swaby J-A et al. Reproductive fitness and genetic transmission of tetralogy of Fallot in the molecular age. *Circulation: Cardiovascular Genetics* 2014; 7: 102-109
9. Smith RS, Comstock CH, Kirk JS et al. Ultrasonographic left cardiac axis deviation: a marker for fetal anomalies. *Obstetrics & Gynecology* 1995; 85: 187-191
10. Martínez J, Gómez O, Bennasar M et al. The 'question mark'sign as a new ultrasound marker of tetralogy of Fallot in the fetus. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2010; 36: 556-560
11. Hornberger LK, Sanders SP, Sahn DJ et al. In utero pulmonary artery and aortic growth and potential for progression of pulmonary outflow tract obstruction in tetralogy of Fallot. *Journal of the American College of Cardiology* 1995; 25: 739-745
12. Pepas LP, Savis A, Jones A et al. An echocardiographic study of tetralogy of Fallot in the fetus and infant. *Cardiology in the Young* 2003; 13: 240-247
13. Brandt JS, Wang E, Rychik J et al. Utility of a single 3-vessel view in the evaluation of the ventricular outflow tracts. *Journal of Ultrasound in Medicine* 2015; 34: 1415-1421
14. Palatnik A, Grobman WA, Cohen LS et al. Role of the 3-Vessel and Trachea View in Antenatal Detection of Tetralogy of Fallot. *Journal of Ultrasound in Medicine* 2016; 35: 1799-1809
15. Uretzky G, Puga FJ, Danielson GK et al. Complete atrioventricular canal associated with tetralogy of Fallot: morphologic and surgical considerations. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 1984; 87: 756-766
16. Rao BS, Anderson RC, Edwards JE. Anatomic variations in the tetralogy of Fallot. *American Heart Journal* 1971; 81: 361-371
17. Gómez O, Soveral I, Bennasar M et al. Accuracy of fetal echocardiography in the differential diagnosis between truncus arteriosus and pulmonary atresia with ventricular septal defect. *Fetal Diagnosis and Therapy* 2016; 39: 90-99
18. Webber SA, Hatchwell E, Barber JC et al. Importance of microdeletions of chromosomal region 22q11 as a cause of selected malformations of the ventricular outflow tracts and aortic arch: a three-year prospective study. *The Journal of pediatrics* 1996; 129: 26-32



19. van Dongen EI, Glansdorp AG, Mildner RJ et al. The influence of perioperative factors on outcomes in children aged less than 18 months after repair of tetralogy of Fallot. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 2003; 126: 703-710
20. Parry AJ, McElhinney DB, Kung GC et al. Elective primary repair of acyanotic tetralogy of Fallot in early infancy: overall outcome and impact on the pulmonary valve. *Journal of the American College of Cardiology* 2000; 36: 2279-2283
21. Escribano D, Herraiz I, Granados M et al. Tetralogy of Fallot: prediction of outcome in the mid-second trimester of pregnancy. *Prenatal diagnosis* 2011; 31: 1126-1133

OVER KANSERİ CERRAHİSİ SONRASI LENFOSEL  
GELİŞEN OLGUSevgi AYHAN<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Epitelyal over kanseri jinekolojik kanserler arasında mortalite oranı yüksektir ve 5 yıllık sağ kalım oranları %37-43 arasında değişmektedir (1-3). Hastalara tanı konulduğu zaman tümör çoğunlukla overlerin dışına peritoneal kaviteye yayılmış olarak saptanır. İleri over kanseri hastalarında maksimum çaba göstererek geride rezidüel tümör bırakmayarak primer sitoredüktif cerrahiye takiben adjuvan kemoterapi tedavi standart tedavidir (3).

Sitoredüktif cerrahi esnasında cerrahinin bir parçası olarak uygulanan retroperitoneal pelvik ve paraortik (örnekleme/sistemik) lenfadenektomi uygulanır. Sitoredüktif cerrahi ve lenfadenektomi artmış komplikasyonlar ile birlikte (4). Retroperitoneal olarak onkolojik cerrahinin bir parçası olan lenfadenektomi bir veya daha fazla sayıda lenf nodu gruplarının cerrahi olarak çıkarılmasıdır ve en sık rastlanılan komplikasyonu lenfoseldir (5).

## | VAKA TAKDİMİ

60 yaşında kadın hasta karında şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın muayenesinde sağ tarafta adneksiyel kitle ve batında ait saptandı. Hastanın çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografide sağ adneksiyal bölgede 89x67 mm over kaynaklı kitle, batında yaygın asit ve omental kek görünümü saptandı. Preoperatif kanser antijen 125 (CA-125) düzeyi 245 IU/ml olarak saptandı. Hastaya over

<sup>1</sup> Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, sevgiserdar@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1697-8583



olarak sıklıkla geriler ve poliklinik kontrolü ile takip edilebilir (7). Belirti veren büyümüş lenfösel hastada pelvik ağrı, ateş, enfeksiyon, karında gerginlik, bacaklarda basıya bağlı lenf ödem, derin ven trombozu ve üreterlere basıya bağlı hidronefroza neden olabilirler ve tedavi edilmesi gerekebilir (7,11). Belirti veren lenfösel hastanın yaşam kalitesini düşürebilir ve enfeksiyon gelişen hastalarda enfeksiyon ilerleyerek abse formasyonunun oluşmasına yol açabilir. Semptomatik lenföselin tedavisinde ultrason eşliğinde iğne ile aspirasyon, drenaj kateteri ve cerrahi ile tedavi edilebilir. Lenföselin tedavisi esnasında hastaların yatış süresinin uzaması ve adjuvan olarak uygulanacak kemoterapi tedavisinin geçikmesine neden olabilir (5). Eğer lenfösel tedaviden sonra tekrar oluşması durumunda ilk seçenek olarak cerrahi tedavi düşünülmelidir (13).

## SONUÇ

Over kanseri hastalarının cerrahisi esnasında yapılan pelvik ve paraortik lenfadenektomi ameliyatına bağlı olarak hastalarda ameliyat sonrası dönemde lenf sıvısının birikmesine bağlı oluşan lenfösel kitlesi hastalarda sık gelişebilen bir komplikasyondur. Hastada lenfösel belirti verdiği zaman yaşam kalitesini düşürerek morbiditelere yol açabilir ve hastanın adjuvan tedavi almasını geciktirebilir. Ameliyat sonrası gelişen lenfösel asemptomatik seyir izlediği zaman tedavisiz takip edilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Arnold M, Rutherford MJ, Bardot A, et al.. Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995-2014 (ICBP SURVMARK-2): a population-based study. *Lancet Oncol.* 2019;20(11):1493-1505. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30456-5
2. Jung KW, Won YJ, Hong S, Kong HJ, Im JS, Seo HG. Prediction of cancer incidence and mortality in Korea, 2021. *Cancer Res Treat.* 2021;53(2):316-322. doi: 10.4143/crt.2021.290
3. Lheureux S, Gourley C, Vergote I, Oza AM. Epithelial ovarian cancer. *Lancet.* 2019;393(10177):1240-1253. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32552-2
4. Chereau E, Ballester M, Lesieur B et al. Complications of radical surgery for advanced ovarian cancer. *Gynecol Obstet Fertil* 2011; 39:21–27.
5. Gauthier T, Uzan C, Lefeuvre D, Kane A, Canlorbe G, Deschamps F, Lhomme C, Pautier P, Morice P, Gouy S. Lymphocele and ovarian cancer: risk factors and impact on survival. *Oncologist.* 2012;17(9):1198-203. doi: 10.1634/theoncologist.2012-0088.
6. MORI N. Clinical and experimental studies on the so-called lymphocyst which develops after radical hysterectomy in cancer of the uterine cervix. *J Jpn Obstet Gynecol Soc.* 1955 Apr;2(2):178-203. PMID: 13286539.



7. Kim HY, Kim JW, Kim SH, Kim YT, Kim JH. An analysis of the risk factors and management of lymphocele after pelvic lymphadenectomy in patients with gynecologic malignancies. *Cancer Research and Treatment*. 36(6):377-383. doi: 10.4143/crt.2004.36.6.377.
8. Weinberger V, Cibula D, Zikan M. Lymphocele: prevalence and management in gynecological malignancies. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2014 Mar; 14(3): 307-17. Doi: 10.1586/14737140.2014.866043
9. Zikan M, Fischerova D, Pinkavova I, Slama J, Weinberger V, Dusek L, Cibula D. A prospective study examining the incidence of asymptomatic and symptomatic lymphoceles following lymphadenectomy in patients with gynecological cancer. *Gynecol Oncol*. 2015 May;137(2):291-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.02.016.
10. Hwang JH, Kim BW. The incidence of postoperative symptomatic lymphocele after pelvic lymphadenectomy between abdominal and laparoscopic approach: a systemic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. 2022 Oct;36(10):7114-7125. doi: 10.1007/s00464-022-09227-5.
11. Neagoe OC, Ionica M, Mazilu O. The role of pelvic lymphocele in the development of early postoperative complications. *Medicine*. 97(37):e12353. doi: 10.1097/MD.00000000000012353
12. Chen HH, Ting WH, Lin HH, Hsiao SM. Predictors of Lymphoceles in Women Who Underwent Laparotomic Retroperitoneal Lymph Node Dissection for Early Gynecologic Cancer: A Retrospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Mar 15;16(6):936. doi: 10.3390/ijerph16060936.
13. Soga K, Takakura S, Sai A. Effectiveness of endoscopic ultrasound-guided drainage procedure for symptomatic lymphocele. *Endoscopy*. 2023 Dec;55(S 01):E690-E691. doi: 10.1055/a-2072-3732

## FETAL KAYIPLARA NEDEN OLAN TEKRARLAYAN İSKELET DİSPLAZİSİ OLGUSU EŞLİĞİNDE FETAL İSKELET DİSPLAZİLERİNE BAKIŞ

Yusuf DAL<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Kemik maturasyonundaki bozukluklar sonucu ortaya çıkan iskelet displazileri heterojen bir hastalıktır. Çoğu genetik bozuklukların sonucu olsa da 400' den fazla hastalığı kapsayabilmektedir (1). İskelet displazileri kemiklerde şekil, uzunluk ve yoğunluk anomalilerine neden olmaktadır.

İskelet displazileri prenatal dönemden erişkin döneme kadar herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Gebeliğin erken döneminde ortaya çıkan tipleri, akciğer hipoplazisi ve pulmoner komplikasyonları nedeniyle perinatal/yenidoğan ölümüne neden olabilir ve kötü prognozludur (2).

Genellikle tek bir gendeki mutasyonların sonucu olan iskelet displazileri, daha az sıklıkla kromozomal anomalilerden, çevresel teratojenik ajanlardan veya multifaktöriyel kalıttan kaynaklanır (3, 4). İnsidansı 10.000 canlı doğumda 2.4 - 4.5' dir (5, 6). Ancak insidansı daha yüksek olabilir. Çünkü iskelet displazisi olan olgular hem yaşayabilir hem de ölümcül bozukluklar içerdiğinden perinatal/neonatal ölümle sonuçlanabilir (3, 4). Fetüste iskelet displazisi görülme oranının her 1000 gebelikte yaklaşık 5 olduğu bildirilmektedir (7). En sık görülen iskelet displazileri tanatorofik displazi, osteogenezis imperfekta ve akondroge-nezistir ve bu grup tüm hastaların yarısından fazlasını kapsamaktadır (8).

Embriyonik ekstremité gelişiminin anormal ilerlemesi sonucunda ortaya çıkan iskelet displazilerinin etyolojisi ve patogenezinde birçok faktör suçlanmaktadır. Genetik bozukluklardan kaynaklanabileceği gibi, aynı zamanda anne-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Perinatoloji BD., dryusufdal@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7162-4644.





## SONUÇ

Obstetrisyenler, radyologlar ve genetik uzmanlarını içeren multidisipliner bir ekip iskelet displazisi kesin tanısı için önem arz eder. Prenatal tanı alındığında aileler için genetik danışmanlık gereklidir. Özellikle erken dönemde tanı alındığında daha şiddetli özellikleri olabileceğinden ölümcül iskelet displazilerinde gebeliğin devamı veya terminasyonu konusunda aile ile görüşülmelidir. Doğum öncesi neonatoloji konsültasyonu yenidoğan prognozu ve yönetimini iyileştirme açısından önemli olabilir. Düşük materyali ile yapılacak tüm sitogenetik incelemeler daha sonraki gebeliklerde aileye verilecek danışmanlık için fayda sağlayabilir. İskelet displazilerinde letaliteyi, sağkalımı ve uzun dönemde prognozunu displazisinin tipi ve eşlik eden anomaliler yakından etkiler. Bu nedenler erken tanısı, aile öyküsünün değerlendirilmesi, ebeveynlerde var olan genetik anomalilerin tanısı, danışmanlığın yeterliliği, prenatal planlama, gebelik ve neonatal yönetimi iyileştirebilir.

## KAYNAKLAR

1. Mortier GR, Cohn DH, Cormier-Daire V, Hall C, Krakow D, Mundlos S, et al. Nosology and classification of genetic skeletal disorders: 2019 revision. American journal of medical genetics Part A. 2019;179(12):2393-419.
2. Stembalska A, Dudarewicz L, Śmigiel R. Lethal and life-limiting skeletal dysplasias: Selected prenatal issues. Advances in clinical and experimental medicine : official organ Wrocław Medical University. 2021;30(6):641-7.
3. Savarirayan R, Rossiter JP, Hoover-Fong JE, Irving M, Bompadre V, Goldberg MJ, et al. Best practice guidelines regarding prenatal evaluation and delivery of patients with skeletal dysplasia. American journal of obstetrics and gynecology. 2018;219(6):545-62.
4. Noel AE, Brown RN. Advances in evaluating the fetal skeleton. International journal of women's health. 2014;6:489-500.
5. Cho SY, Jin DK. Guidelines for genetic skeletal dysplasias for pediatricians. Annals of pediatric endocrinology & metabolism. 2015;20(4):187-91.
6. İpek MS, Akgül Özmen C. Skeletal Dysplasias That Cause Thoracic Insufficiency in Neonates: Illustrative Case Reports. Medicine. 2016;95(14):e3298.
7. Schramm T, Mommsen H. Fetal Skeletal Disorders. Ultraschall in der Medizin (Stuttgart, Germany : 1980). 2018;39(6):610-34.
8. Savoldi AM, Villar MAM, Machado HN, Llerena Júnior JC. Fetal Skeletal Lethal Dysplasia: Case Report. Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia : revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. 2017;39(10):576-82.
9. Yang J, Cummings EA, O'Connell C, Jangaard K. Fetal and neonatal outcomes of diabetic pregnancies. Obstetrics and gynecology. 2006;108(3 Pt 1):644-50.
10. Alrukban H, Chitayat D. Fetal chondrodysplasia punctata associated with maternal autoimmune diseases: a review. The application of clinical genetics. 2018;11:31-44.



11. Ngo C, Viot G, Aubry MC, Tsatsaris V, Grange G, Cabrol D, et al. First-trimester ultrasound diagnosis of skeletal dysplasia associated with increased nuchal translucency thickness. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2007;30(2):221-6.
12. Offiah AC. Skeletal Dysplasias: An Overview. *Endocrine development*. 2015;28:259-76.
13. A nomenclature for constitutional (intrinsic) diseases of bones. *The Journal of pediatrics*. 1971;78(1):177-9.
14. International nomenclature of Constitutional Diseases of bone: revision--May 1977. *American journal of medical genetics*. 1979;3(1):21-6.
15. International Nomenclature of Constitutional Diseases of Bone. Revision, May, 1983. *Annales de radiologie*. 1983;26(6):457-62.
16. Spranger J. International classification of osteochondrodysplasias. The International Working Group on Constitutional Diseases of Bone. *European journal of pediatrics*. 1992;151(6):407-15.
17. Lachman RS. International nomenclature and classification of the osteochondrodysplasias (1997). *Pediatric radiology*. 1998;28(10):737-44.
18. Berendsen AD, Olsen BR. Bone development. *Bone*. 2015;80:14-8.
19. Kronenberg HM. Developmental regulation of the growth plate. *Nature*. 2003;423(6937):332-6.
20. Stembalska A, Dudarewicz L, Śmigiel RJAiC, Medicine E. Lethal and life-limiting skeletal dysplasias: selected prenatal issues. 2021;30(6):641-7.
21. Krakow D, Williams J, 3rd, Poehl M, Rimoin DL, Platt LD. Use of three-dimensional ultrasound imaging in the diagnosis of prenatal-onset skeletal dysplasias. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2003;21(5):467-72.
22. Krakow D, Rimoin DL. The skeletal dysplasias. *Genetics in medicine : official journal of the American College of Medical Genetics*. 2010;12(6):327-41.
23. Sewell MD, Chahal A, Al-Hadithy N, Blunn GW, Molloy S, Hashemi-Nejad A. Genetic skeletal dysplasias: a guide to diagnosis and management. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*. 2015;28(3):575-90.
24. Victoria T, Zhu X, Lachman R, Epelman M, Oliver ER, Adzick NS, et al. What Is New in Prenatal Skeletal Dysplasias? *AJR American journal of roentgenology*. 2018;210(5):1022-33.
25. Langer LO, Jr., Yang SS, Hall JG, Sommer A, Kottamasu SR, Golabi M, et al. Thanatophoric dysplasia and cloverleaf skull. *American journal of medical genetics Supplement*. 1987;3:167-79.
26. Chen CP, Chern SR, Shih JC, Wang W, Yeh LF, Chang TY, et al. Prenatal diagnosis and genetic analysis of type I and type II thanatophoric dysplasia. *Prenatal diagnosis*. 2001;21(2):89-95.
27. Milks KS, Hill LM, Hosseinzadeh K. Evaluating skeletal dysplasias on prenatal ultrasound: an emphasis on predicting lethality. *Pediatric radiology*. 2017;47(2):134-45.
28. Thomas RL, Hess LW, Johnson TR. Prepartum diagnosis of limb-shortening defects with associated hydramnios. *American journal of perinatology*. 1987;4(4):293-9.
29. Munoz C, Filly RA, Golbus MS. Osteogenesis imperfecta type II: prenatal sonographic diagnosis. *Radiology*. 1990;174(1):181-5.
30. Steiner R, Basel DJGSUoW, Seattle. COL1A1/2 Osteogenesis Imperfecta. [Updated 2019 Dec 12]. 2005:1993-2019.
31. Hall CM. International nosology and classification of constitutional disorders of bone (2001). *American journal of medical genetics*. 2002;113(1):65-77.
32. Vanegas S, Sua LF, López-Tenorio J, Ramírez-Montaño D, Pachajoa H. Achondrogenesis type 1A: clinical, histologic, molecular, and prenatal ultrasound diagnosis. The application of clinical genetics. 2018;11:69-73.



33. Carvajal N, Martínez-García M, Chagoyen M, Morcillo N, Pino A, Lorda I, et al. Clinical, genetics and bioinformatics characterization of a campomelic dysplasia case report. *Gene*. 2016;577(2):289-92.
34. Unger S, Scherer G, Superti-Furga A. Campomelic dysplasia. *GeneReviews*®. Seattle, USA: University of Washington. 2013.
35. Irving MD, Chitty LS, Mansour S, Hall CM. Chondrodysplasia punctata: a clinical diagnostic and radiological review. *Clinical dysmorphology*. 2008;17(4):229-41.
36. Velagaleti GV, Bien-Willner GA, Northup JK, Lockhart LH, Hawkins JC, Jalal SM, et al. Position effects due to chromosome breakpoints that map approximately 900 Kb upstream and approximately 1.3 Mb downstream of SOX9 in two patients with campomelic dysplasia. *American journal of human genetics*. 2005;76(4):652-62.
37. Khalil A, Pajkrt E, Chitty LS. Early prenatal diagnosis of skeletal anomalies. *Prenatal diagnosis*. 2011;31(1):115-24.
38. Hersh JH, Angle B, Pietrantonio M, Cook VD, Spinnato JA, Clark AL, et al. Predictive value of fetal ultrasonography in the diagnosis of a lethal skeletal dysplasia. *Southern medical journal*. 1998;91(12):1137-42.
39. Yoshimura S, Masuzaki H, Gotoh H, Fukuda H, Ishimaru T. Ultrasonographic prediction of lethal pulmonary hypoplasia: comparison of eight different ultrasonographic parameters. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1996;175(2):477-83.
40. Chandler N, Best S, Hayward J, Faravelli F, Mansour S, Kivuva E, et al. Rapid prenatal diagnosis using targeted exome sequencing: a cohort study to assess feasibility and potential impact on prenatal counseling and pregnancy management. *Genetics in medicine : official journal of the American College of Medical Genetics*. 2018;20(11):1430-7.
41. Tang J, Zhou C, Shi H, Mo Y, Tan W, Sun T, et al. Prenatal diagnosis of skeletal dysplasias using whole exome sequencing in China. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2020;507:187-93.

## NON KOMUNİKE RUDİMENTER HORNUN LAPAROSKOPIK TEDAVİSİ

Hilal KILINÇ<sup>1</sup>  
Mesut ÖNAL<sup>2</sup>

### |GİRİŞ

Çalışılan popülasyona bağlı olarak konjenital uterin anomalilerin sıklığı değişmektedir. Sistematik bir incelemede prevalans seçilmemiş bir popülasyonda yüzde 5,5, infertil olgularda yüzde 8, düşük öyküsü olan olgularda yüzde 12,3 ve düşük ve infertilitesi olanlarda yüzde 24,5 idi(2).Mülleryan duktusların anormal füzyonu veya uterin septumun yetersiz absorpsiyonu kadın genital sisteminde konjenital anatomik farklılıklara yol açar.

Müllerian kanalların fizyolojik oluşumu ve dönüşümü için organogenez,füzyon ve septal rezorpsiyon gerekli basamaklardır. Orta hat dokusunun rezorpsiyonu gebeliğin 20. haftasında oluşur ve uterus, serviks ve fallop tüplerinin gelişimini başlatır.

Uterin septum uterin anomalilerden en sık görülenidir.Bunlar arasında en nadir görüleni rudimenter hornlu unicornuat uterusdur(3). Unikornuat uterus da kendi arasında 4 alt gruba ayrılmıştır.

1. Uterusla iletişimli rudimenter horn
2. Uterusla iletişimli olmayan ve endometrial kavite bulunduran rudimenter horn

<sup>1</sup> Uzm. Dr. , Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası, hilalkilinc\_dr@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-0349-4224

<sup>2</sup> Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., mesut.onal@omu.edu.tr, ORCID iD:0000-0003-1222-3386



## SONUÇ

Nonkomünike rudimenter horn nadir olarak görülmele birlikte,kronik pelvik ağrı,akut batın,endometriozis gelişimi, , infertilite, ektopik gebelik, habituel abortus gibi pek çok farklı klinikle karşımıza çıkabilmektedir ve sebep olduğu obstetrik ve jinekolojik problemlerden dolayı tanı konulduğunda eksizye edilmesi uygun bir yaklaşımdır.

## KAYNAKLAR

1. Yasushi Handa, Nobuhiko Hoshi, Hideto Yamada. Tubal pregnancy in a unicornuate uterus with rudimentary horn: A case report. *Fertil Steril* 1999;72:324-6.
2. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, ve diğerleri. Seçilmemiş ve yüksek riskli popülasyonlarda konjenital uterus anomalilerinin prevalansı: sistematik bir derleme. *Hum Reprod Güncellemesi* 2011; 17:761.
3. Al Hakeem M, Siddiq MM, Al Nuaim L, Gourab S. İpsilateral renal agenezi ile ilişkili, iletişim kurmayan işlevsel bir rudimenter boynuza sahip tek boynuzlu uterus. *Ann Suudi Med.* 2004; 24 (1):48-49. doi: 10.5144/0256-4947.2004.48.
4. Sánchez-Ferrer ML, Prieto-Sanchez MT, Sánchez Del Campo F. Bağlantısız rudimenter boynuzlu tek boynuzlu uterusun klinik sunumundaki farklılıklar (Amerikan Doğurganlık Derneği sınıflandırmasının sınıf IIB'si) Tayvan J Obstet Gynecol . 2018; 57 (1):110-114. doi: 10.1016/j.tjog.2017.12.018.
5. Acien P. Kadın genital sisteminin embriyolojik gözlemleri. *Hum Reprod.* 1992; 7 :43745. doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a137666.
6. NezhatCRSmithKS.Laparoscopicmanagement of a unicorniate uterus with two cavitated, non-communicating rudimentary horns. *Human Reproduction* 1991; 4: 1965-8
7. Bayar D, Uygur D, Yüksel B, Akar EM, Erdiç SA, Küçüközkan T.Unicornuate Uterus: Analysis of 55 Cases. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2004; 10: 4
8. Müllierian kanal anomalileri: tanıdan müdahaleye. Chandler TM, Machan LS, Cooperberg PL, Harris AC, Chang SD. *Br J Radiol.* 2009; 82 :1034-1042.
9. George Daskalakis, Athanasios Pilalis. Rupture of noncommunicating Rudimentary Uterine Horn Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002;100: 1108-10

SERVİKS KANSERİNDE OVER TRANSPOZİSYONU  
OLGU SUNUMUHande Esra KOCA YILDIRIM<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Serviks kanseri dünya çapında dördüncü en sık görülen kadın kanseridir (1). Ülkemizde serviks kanseri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'de tarama programı kapsamındadır. Serviks kanseri tedavisinde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi hastalığın evresine göre yer alır. Menopoz öncesi kadınlarda pelvik ışınlama uygulanacaksa overlerin fonksiyonunu korumak ve erken menopozu önlemek için over transpozisyonu yapılmalıdır (1). Kanser tedavisinde; Hodgkin hastalığı, serviks, vajina ve endometriyum kanseri, pelvik sarkom ve özellikle rektal kanser olmak üzere bazı sindirim sistemi kanserlerinde eksternal pelvik radyoterapi ve/veya brakiterapi uygulanacak ise endokrin ve ekzokrin fonksiyonları korumak için over transpozisyonu uygulanabilir. (2). Over transpozisyonundaki amaç pelvik radyoterapi esnasında overlerin radyoterapi maruziyetini en aza indirmektir. Bu işlem sırasında overlerin biri veya her ikisi de uterustan ayrılıp pelvik bölgeden uzaklaştırılır

## | VAKA TAKDİMİ

37 yaşında gravida 5, parite 4 (vaginal doğum), abort 1 olan daha önce laparotomik myomektomi operasyon öyküsü olan hasta, dış merkezde yapılan konizasyon sonucu nedeniyle merkezimize refere edildi. Hastanın konizasyon sonrası nihai patolojisi serviksin skuamöz hücreli karsinomu idi. Hastanın ek hastalığı

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, hndesra@gmail.com, ORCID iD:0000-0002-3715-9424



Cerrahi teknik sırasına overlerin sağ ve sol parakolik alanlara yerleştirilerek ışınlama alanı dışında kalması sağlanır. Utero-ovaryan pediküller kesilirken lumbo-ovaryan vasküler pediküller korunup overlerin kanlanması korunur (3). Literatürde bu teknik sayesinde hormonal fonksiyonların korunmasının %70-93 oranında başarılı bir şekilde sağlandığı görülmüştür (4). Literatürde overlerin laparoskopik yöntemler ile retroperitoneal bir tünel oluşturularak uygulanabilir yöntemler de gösterilmiştir (5). Over transpozisyonunda hasta seçiminde sekonder over metastaz riskinin düşük olduğu 40 yaş altındaki hastaların seçilmesi gerektiği unutulmamalıdır (6). Yine bu işlemden sonra da over torsiyonu ve kistlerinin olabileceğine dikkat edilmelidir. Özellikle overlerin pelvise sekonder migrasyonu nedeniyle başarısızlık olabileceği atlanmamalıdır.

Her ne kadar bu vakada hastaya pelvik radyoterapi uygulanabilir düşüncesi ile erken menapozu önlemek için over transpozisyonu yapılsa da erken evre serviks kanseri tanısı alan hastada operasyon sonrasında radyoterapi endikasyonu bulunmamıştır. Literatürde over transpozisyonu yapılan opere serviks kanserli hastalarda pelvik radyoterapi sonrasında over fonksiyonlarının korunduğu gözlenmiştir (7).

## | SONUÇ

Over transpozisyonu pelvik bölgeye radyoterapi alacak menapoz öncesi dönemdeki hastalara ışın tedavisinin etkilerinden overleri korumak için uygulanabilir.

## | KAYNAKLAR

1. Laios, A., Otify, M., Papadopoulou, A., Gallos, I. D., & Ind, T. (2022). Outcomes of ovarian transposition in cervical cancer; an updated meta-analysis. *BMC women's health*, 22(1), 305. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01887-8>
2. Moawad, N. S., Santamaria, E., Rhoton-Vlasak, A., & Lightsey, J. L. (2017). Laparoscopic Ovarian Transposition Before Pelvic Cancer Treatment: Ovarian Function and Fertility Preservation. *Journal of minimally invasive gynecology*, 24(1), 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2016.08.831>
3. Morgan, R., Mimoun, C., & Lo Dico, R. (2021). *Ovarian transposition*. *Journal of Visceral Surgery*, 158(5), 420–424. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2021.03.007>
4. Ghadjar P, Budach V, Köhler C, et al. Modern radiation therapy and potential fertility preservation strategies in patients with cervical cancer undergoing chemoradiation. *Radiation Oncology* 2015;22:10–50.)
5. Arian, S. E., Goodman, L., Flyckt, R. L., & Falcone, T. (2017). Ovarian transposition: a surgical option for fertility preservation. *Fertility and sterility*, 107(4), e15. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.01.010>



6. Clough KB, Goffinet F, Labib A, Renolleau C, Campana F, de la Rochefordiere A, et al. Laparoscopic unilateral ovarian transposition prior to irradiation: prospective study of 20 cases. *Cancer* 1996;77:2638–45.
7. Jung, W., Kim, Y. H., & Kim, K. S. (2021). Ovarian Function Preservation in Patients With Cervical Cancer Undergoing Hysterectomy and Ovarian Transposition Before Pelvic Radiotherapy. *Technology in cancer research & treatment*, 20, 15330338211042140. <https://doi.org/10.1177/15330338211042140>



## NADİR BİR JİNEKOLOJİK AKUT BATIN NEDENİ; POSTMENOPUZAL UTERUS RÜPTÜRÜ

Selma Atiye KOLCU<sup>1</sup>

### | GİRİŞ

Piyometra; uterusun doğal drenajının bozulması sebebiyle uterus boşluğunda pürülan materyalin birikmesidir. Nadir rastlanan bir durum olan piyometranın tüm jinekolojik hastaların %0.1-0.2'sinde, ayaktan tedavi gören yaşlı jinekolojik hastaların ise %13.6'sında görüldüğü bildirilmektedir. (1) Yaygın peritonit ile sonuçlanan spontan pyometra perforasyonu son derece nadir olup %0.01 ile %0.05 arasında değişmektedir. (2) Predispozan faktörler arasında malign veya benign (endometrial polip, leiomyom) jinekolojik tümörler, radyasyon servisi-ti, senil atrofik servisit ve rahim içi araç (RİA) kullanımı sayılabilir. (3) Ayrıca servikal kanal stenozu, uterus içinde pürülan materyal birikmesine neden olur ve rahim duvarında dejeneratif veya nekrotik süreçler sonucunda piyometranın spontan perforasyonuna yol açabilir (4). Piyometralı hastaların %50'sinden fazlası asemptomatiktir ve piyometraya bağlı uterus perforasyonu çok nadirdir (5). Rüptür gerçekleşirse hastada akut batın ve yaygın peritonit gelişir. Perforasyonun spesifik semptomu olmaması nedeniyle genelde kesin tanı operasyon sırasında konur (6).

### | VAKA TAKDİMİ

75 yaşında multigravid kadın hasta, karın ağrısı ile acile başvurdu. Hasta 9 aydır yatak bakım hastası olup bilateral total kalça protezi var. Eşlik eden kronik böbrek yetmezliği, kardiyak aritmi, kronik hepatit C tanıları olup tiroit kanseri

<sup>1</sup> Uzm. Dr., İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, selmaatiyekilic@gmail.com, ORCID iD:0000-0002-6849-0136



## KAYNAKLAR

1. Uno K, Tano S, Yoshihara M, et al. A Case Report and Literature Review of Spontaneous Perforation of Pyometra. *The Journal of Emergency Medicine* 2016;50(5):e231-6. Doi: 10.1016/j.jemermed.2016.01.024.
2. Geranpayeh L, Fadaei-Araghi M, Shakiba B. Spontaneous uterine perforation due to pyometra presenting as acute abdomen. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* 2006;2006:60276. doi: 10.1155/IDOG/2006/60276.
3. Balas Ş, Yılmaz KB, Akçalar Yildirim S, et al. Spontaneous perforation of pyometra: a rare cause of acute abdomen and sepsis. *Turkish Journal of Surgery*. 2018, 34:342-5. Doi: 10.5152/turksurg.2017.3203.
4. Yousefi Z, Sharifi N, Morshedy M. Spontaneous uterine perforation caused by pyometra: a case report . *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014, 16:14491. Doi: 10.5812%2Fircmj.14491.
5. Nuamah NM, Hamaloglu E, Konan A. Spontaneous uterine perforation due to pyometra presenting as acute abdomen. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2006;92:145-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2005.09.027.
6. Mallah F, Eftekhar T, Naghavi-Behzad M. Spontaneous rupture of pyometra. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology* 2013;2013:298383. doi: 10.1155/2013/298383.
7. Chan LY, Lau TK, Wong SF, et al. Pyometra: what is its clinical significance? *The Journal of Reproductive Medicine* 2001;146:952-6.
8. Li C, Chang W. Spontaneous perforated Pyometra with an intrauterine device in menopause: a case report. *Japanese Journal of Infectious Diseases* 2008;61:477-8.
9. Chuang CJ, Hung YC, Hsieh MC, et al. Huge asymptomatic pyometra with an intrauterine device. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2013;52:426-7. doi: 10.1016/j.tjog.2012.05.002.
10. Biller J, Winegardner S B, Sleet M. Generalized Peritonitis Secondary to Perforated Uterine Pyometra. *Cureus*. 2022, 14(10):e29938. Doi: 10.7759/cureus.29938.
11. Yildizhan B, Uyar E, Şişmanoğlu A, et al. Spontaneous perforation of pyometra. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* 2006;2006:26786. doi: 10.1155/idoG/2006/26786.
12. Abu-Zaid A, Alomar O, Nazer A, et al. Generalized peritonitis secondary to spontaneous perforation of pyometra in a 63-year-old patient. *Case Reports Obstetrics and Gynecology*. 2013, 2013:929407. Doi: 10.1155/2013/929407.
13. Alamo L, Vial Y, Denys A, et al. MRI findings of complications related to previous uterine scars. *European Journal of Radiology Open*. 2018, 5:6-15. Doi: 10.1016/j.ejro.2018.01.001.
14. Malvadkar SM, Malvadkar MS, Domkundwar SV, et al. Spontaneous rupture of pyometra causing peritonitis in elderly female diagnosed on dynamic transvaginal ultrasound. *Case Reports in Radiology* 2016;2016:1738521. doi: 10.1155/2016/1738521.
15. Kitai T, Okuno K, Ugaki H, et al. Spontaneous uterine perforation of pyometra presenting as acute abdomen. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology* 2014;2014:738568. Doi: 10.1155/2014/738568.
16. Patil V, Patil LS, Shiragur S, et al. Spontaneous rupture of pyometra- a rare cause of peritonitis in elderly female. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2013;7:1735-6. doi: 10.7860/JCDR/2013/5393.3272.

TORAKOAMNİYOTİK ŞANT TAKILAN FETAL  
PLEVRAL EFÜZYON OLGUSUSevim TUNCER CAN<sup>1</sup>

## |GİRİŞ

Fetal hidrotoraks, tek veya çift taraflı plevrал boşlukta ortaya çıkan anormal sıvı birikimidir. İnsidansı yaklaşık 1/15.000 gebelikdir. Primer veya sekonder gelişebilir. Primer hidrotoraksın lenfatik sistemin yetersiz gelişimi sonucu oluştuğu düşünülür (1-3). Sekonder hidrotoraksın nedenleri arasında enfeksiyon, kalp yetmezliği, fetal anemi, anöploidi, fetal diyafragma hernisi, pulmoner sekestrasyon gibi konjenital malformasyonlar sayılabilir. Altta yatan nedenin tanımlanması danışmanlık ve tedavi yönetiminin belirlenmesi açısından önemlidir (4).

Klinik seyir değişkendir, spontan düzelebilir veya efüzyonun boyutu artarak kaval kompresyona, hidropsa ve nihayetinde fetal ölüme neden olabilir. Özefagus basısı ile yutma kısıtlanıp polihidramnios ile sonuçlanabilir veya akciğerin kompresyonu pulmoner hipoplaziye yol açabilir. Spontan rezolüsyon genellikle midtrimesterde teşhis edilmesi, tek taraflı efüzyon olması, polihidramnios ve hidrops yokluğu ile ilişkilendirilmiştir. Efüzyon hacminde artış, bilateralizasyon sıklıkla kötü prognoz ile ilişkilidir (1,5,6).

Doğum öncesi tedavi seçenekleri arasında tekrarlayan torakosentez, torakoamniyotik şant (TAS), OK-432 (avirulent streptokokların intraplevral enjeksiyonunu) ile plöredex ve erken doğum yer alır (7). TAS'ın amacı, kalp ve akciğerleri dekompresyon ederek fetüsün dolaşım durumunu iyileştirmek, fetüste hidrops ve pulmoner hipoplazi gelişimini önlemektir (8).

<sup>1</sup> Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Perinatoloji Kliniği, drsevimtuncer@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-3119-1148



fi, fetal karyotipleme yapılmalıdır. Çünkü altta yatan nedenin belirlenip, seçilmiş vakalarda doğum öncesi tedavinin uygulanması fetal prognoz açısından önemlidir. Plevral efüzyonda TAS ile torasik dekompresyon hayat kurtarıcı olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Aubard Y, Derouineau I, Aubard V, Chalifour V, Preux PM. Primary fetal hydrothorax: A literature review and proposed antenatal clinical strategy. *Fetal Diagn Ther.* 1998;13(6):325-333. doi:10.1159/000020863
2. Rustico MA, Lanna M, Coviello D, Smoleniec J, Nicolini U. Fetal pleural effusion. *Prenat Diagn.* 2007;27(9):793-799. doi:10.1002/pd.1768
3. Longaker MT, Laberge JM, Dansereau J., Langer JC, Crombleholme TM, Callen PW, Golbus MS, Harrison MR Birincil fetal hidrotoraks: Doğal tarih ve yönetim. *J. Pediatr. cerrahi* 1989; 24 :573-576. doi: 10.1016/S0022-3468(89)80509-3
4. Jelin AC, Sobreira N, Wohler E, et al. The utility of exome sequencing for fetal pleural effusions. *Prenat Diagn.* 2020;40(5):590-595. doi:10.1002/pd.5650
5. Weber AM, Philipson EH. Fetal pleural effusion: a review and meta-analysis for prognostic indicators. *Obstet Gynecol.* 1992;79(2):281-286
6. Smith RP, Illanes S, Denbow ML, Soothill PW. Outcome of fetal pleural effusions treated by thoracoamniotic shunting. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;26(1):63-66. doi:10.1002/uog.1883
7. O'Brien B., Kesby G., Ogle R., Rieger I., Hyett J.A. Treatment of Primary Fetal Hydrothorax with OK-432 (Picibanil): Outcome in 14 fetuses and a review of the literature. *Fetal Diagn. Ther.* 2015;37:259-266. doi: 10.1159/000363651
8. Picone O, Benachi A, Mandelbrot L, Ruano R, Dumez Y, Dommergues M. Thoracoamniotic shunting for fetal pleural effusions with hydrops. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(6):2047-2050. doi:10.1016/j.ajog.2004.05.016
9. Seeds JW, Bowes WA Jr. Results of treatment of severe fetal hydrothorax with bilateral pleuroamniotic catheters. *Obstet Gynecol.* 1986;68(4):577-580
10. Kelly EN, Seaward G, Ye XY, et al. Short- and long-term outcome following thoracoamniotic shunting for fetal hydrothorax. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021;57(4):624-630. doi:10.1002/uog.21994
11. Merchant AM, Peranteau W, Wilson RD, et al. Postnatal chest wall deformities after fetal thoracoamniotic shunting for congenital cystic adenomatoid malformation. *Fetal Diagn Ther.* 2007;22(6):435-439. doi:10.1159/000106350
12. Witlox RSGM, Klumper FJCM, Te Pas AB, van Zwet EW, Oepkes D, Lopriore E. Neonatal management and outcome after thoracoamniotic shunt placement for fetal hydrothorax. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2018;103(3):F245-F249. doi:10.1136/archdischild-2016-311265
13. Law BH, Bratu I, Jain V, Landry MA. Refractory tension pneumothorax as a result of an internally displaced thoracoamniotic shunt in an infant with a congenital pulmonary airway malformation. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016216324. Published 2016 Jul 28. doi:10.1136/bcr-2016-216324

## İKİNCİ TRİMESTERDE UTERİN RÜPTÜR: OLGU SUNUMU

Asya ÖZCAN<sup>1</sup>

### |GİRİŞ

Uterin rüptür bir önceki sezaryen doğumu olan gebe hastalarda spontan olarak veya sezaryen sonrası normal doğumu takiben meydana gelebilir. İnsidansı yaklaşık %0.2-1 arası olarak bildirilmiştir. İkinci trimesterde spontan rüptür çok nadirdir (1). Tek bir sezaryen doğumdan sonra rahim yırtılması görülme oranı 10.000 doğumda 44,4'tür. Bir sezaryen sonrası doğumların sayısı ile uterin rüptür oranı arasında orta derecede pozitif korelasyon izlenmiştir (2). Sezaryen öyküsü olan kadınlarda uterin rüptür risk faktörleri arasında klasik insizyonla sezaryen hikayesi, doğum indüksiyonu, makrozomi, ileri anne yaşı, post-term gebelik, kısa anne boyu, daha önce vajinal doğum yapılmamış olması ve daha önce pre-term (22-26 hafta) haftada sezaryen geçirilmiş olması yer alır (3). Uterus musküler ve viseral peritonun tam kat ayrıldığı komplet uterus rüptürü ve myometrial kas ayrılmasının olduğu sadece viseral peritonun uterus bütünlüğünü koruduğu uterin dehisans veya parsiyel rüptür olmak üzere iki şekilde tanımlanır.

Uterin rüptürün tipik bulgusu uterin kontraksiyon sonrası aniden sancının kesilmesi ve fetal bradikardi izlenmesidir. Uterin rüptür tanısında zamanlama çok önemli olup erken tanı ve cerrahi gerekir. Bu bölümde kadın doğum acil servisine sancı ve genel durum bozukluğu şikayeti ile gelen uterin rüptür tanısı konan hastada tedavi yaklaşımı ve sonrasında oluşan komorbid durumlar örnek vaka olarak anlatılmış ve uterin rüptür konusu tartışılmıştır.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sakarya Hendek Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,  
dr.asyaozcan@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-7785-8791



rine göre hastaya yeni bir gebelik oluşmadan önce on sekiz ay bekleme tavsiye edilmelidir. Ayrıca, Amerikan Kadın Doğum Birliği'nin (ACOG) kılavuzlarına göre hastaya 36 ile 37. gebelik haftaları arasında elektif sezaryen önerilmelidir.

Uterin rüptür en sık üçüncü trimesterde ve eski uterus operasyonlarına sekonder gelişmesine rağmen vakamızda olduğu gibi ikinci trimesterde de meydana gelebilir. Eski sezaryen operasyonuna bağlı batın içi yaygın adezyonların olması rüptür vakalarını daha komplike hale getirebilir. Bu durumda operasyona genel cerrahi ve üroloji bölümünün dahil olması gerekebilir.

## SONUÇ

Uterus rüptürü maternal ve fetal açısından hayati önemi olan bir durumdur. Rüptürün önlenmesi için risk grubunda olan hastalar yakın takip edilmelidir. Uterus rüptüründen sonra hastaların mortalite ve morbiditesi rüptür ile cerrahi zamanı arasındaki süre, transfüzyon için kan ürünlerinin mevcudiyeti, iyi bir anestezi ekibi ve yoğun bakım ünitesinin desteği ile belirlenir. Erken gebelik döneminden itibaren klinisyen, geçirilmiş uterin cerrahisi olan hastalarda anne ve fetusa ait komplikasyonları azaltmak için antepartum uterus rüptürü olasılığını göz önünde bulundurmalıdır.

Hasta kimlik bilgileri saklanması koşulu ile ameliyat görüntülerinin ve klinik bilgilerinin kullanılmasına izin verdi.

## KAYNAKLAR

1. Motomura K, Ganchimeg T, Nagata C, Ota E, Vogel JP, Betran AP ve ark. Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Sci Rep.* 2017 Mar 10;7:44093. doi: 10.1038/srep44093. PMID: 28281576; PMCID: PMC5345021.
2. Savukyne E, Bykovaite-Stankeviciene R, Machtejeviene E, Nadisauskiene R, Maciuleviciene R. Symptomatic Uterine Rupture: A Fifteen Year Review. *Medicina (Kaunas).* 2020 Oct 29;56(11):574. doi: 10.3390/medicina56110574. PMID: 33138157; PMCID: PMC7693983.
3. Lannon SMR, Guthrie KA, Vanderhoeven JP, Gammill HS. Uterine rupture risk after periviable cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2015 May;125(5):1095-1100. doi: 10.1097/AOG.0000000000000832. PMID: 25932837; PMCID: PMC4418026.
4. Dimitrova D, Kästner AL, Kästner AN, Paping A, Henrich W, Braun T. Risk factors and outcomes associated with type of uterine rupture. *Arch Gynecol Obstet.* 2022 Dec;306(6):1967-1977. doi: 10.1007/s00404-022-06452-0. Epub 2022 Mar 14. PMID: 35284959; PMCID: PMC9633527.



5. Guiliano M, Closset E, Therby D, LeGoueff F, Deruelle P, Subtil D. Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Aug;179:130-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.05.004. Epub 2014 May 22. PMID: 24965993.
6. Sangara RN, Youssefzadeh AC, Mandelbaum RS, McCarthy LE, Matsuzaki S, Matsushima K ve ark. Prior vertical uterine incision: Effect on subsequent pregnancy characteristics and outcomes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023 Jan;160(1):85-92. doi: 10.1002/ijgo.14195. Epub 2022 Apr 8. PMID: 35332929.
7. Al-Zirqi I, Daltveit AK, Vangen S. Maternal outcome after complete uterine rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019 Aug;98(8):1024-1031. doi: 10.1111/aogs.13579. Epub 2019 Mar 10. PMID: 30762871.
8. Vandenberghe G, Bloemenkamp K, Berlage S, Colmorn L, Deneux-Tharaux C, Gissler M ve ark. INOSS (the International Network of Obstetric Survey Systems). The International Network of Obstetric Survey Systems study of uterine rupture: a descriptive multi-country population-based study. *BJOG.* 2019 Feb;126(3):370-381. doi: 10.1111/1471-0528.15271. Epub 2018 Jun 12. PMID: 29727918.

EMPTY FOLİKÜL SENDROMU OLGUSU ÜZERİNDEN  
OOGENEZ VE OVÜLASYON

Burçin KARAMUSTAFAOĞLU BALCI<sup>1</sup>  
Ayşe ALTUN<sup>2</sup>

## |GİRİŞ

### Oogenezis ve Ovulasyon

Oogenezis; dişi üreme hücreleri olan oositlerin gelişimin sürecini ifade eder. Özelleşmiş üreme hücreleri olan gametlerin oluşum, gelişme ve olgunlaşma sürecidir (1). Üreme hücresi somatik hücrelere yakın temas içinde olan primordiyal germ hücrelerinden gelişir ve intrauterin 3. haftanın sonunda primordiyal germ hücreleri allantoise yakın olan kısmında geliştiği görülür. Embriyonel gelişimin 3. haftanın sonlarında, primordiyal germ hücreleri gelişmekte olan öncü gonadlara göç ederler. Primordiyal germ hücreleri gonadlara göçü sonrası oositlerin öncü hücresi olan oogoniumlara farklıdır. Oogoniumların aktik mitotik indeksine bağlı olarak bölünüp çoğalarak gonadlar içerisinde sayıları artar. Oogoniumlar farklılanarak primer oositleri oluşturmaya başlar. Primer oositlerin etrafında foliküler hücreler oluşur ve foliküler hücreler sayılarını arttırarak tek katlı yassı epitel yapısı oluşturarak oosit etrafını sararlar. Primer oosit ile follikül hücreleri arası lamina oluşarak primordiyal folliküller gelişir (2). Oogenezis sürecinde şu şekilde gerçekleşir:

<sup>1</sup> Doç. Dr, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite BD., burcinkaramustafaoglu@yahoo.com, ORCID iD: 0000-0001-5196-4502

<sup>2</sup> Dr. (PhD), İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi/Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite BD., embaysealtun@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-2765-5766





alındığı tespit edilmesine rağmen, hCG enjeksiyonu sonrası 'olgunlaşmış' folliküllerden defalarca yıkama yapıldığı halde oosit aspire edilememesi durumu kaçınılmazdır. Bu tip vakalara danışmanlık verilerek aynı durumun tekrarlanacağı bilgisi verilmelidir ayrıca genetik birimine yönlendirilerek altta yatan problemin bulunması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Moore KL, Persaud TV. The developing human: Clinically oriented embryology. 7th Ed. Pennsylvania: Elsevier Science. 288L328, 2003.
2. Ross MH, Pawlina W. Histology. 5th Edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2006.
3. Kierszenbaum AL. Histoloji ve hücre biyolojisi. Ankara Palme Yayıncılık. 459- 467, 2006.
4. Akbalık ME, Saruhan BG, Topaloğlu U, Ketani MA. kanatlılarda genital sistem histolojisi. Dicle Üniv Vet Fak Derg. 2(5):73-82, 2016.
5. Eşrefoğlu M. Özel histoloji. Medipres Matbaacılık, Malatya. p: 251-267, 2009.
6. Gartner LP, Hiatt JL: Color textbook of histology. Pennsylvania, W.B.Saunders Company. 493-98, 1997.
7. Junqueira LC, Carneiro J. Temel histoloji. Çeviri Editörleri: Solakoğlu S. Aytekin Y. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi. 2009.
8. Michael H. Ross WP. Histology: A text and atlas: with correlated cell and molecular biology. 6th Ed. West Camden Street. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 351, 2011.
9. Beck-Fruchter R, Weiss A, Lavee M, Geslevich Y, Shalev E. Empty follicle syndrome: successful treatment in a recurrent case and review of the literature. Hum Reprod 2012;27:1357-1367.
10. Coulam CB, Bustillo M, Schulman JD. Empty follicle syndrome. Fertil Steril 1986;46:1153-1155.
11. Kim JH, Jee BC. Empty follicle syndrome. Clin Exp Reprod Med 2012;39: 132-137.
12. Mesen TB, Yu B, Richter KS, Widra E, DeCherney AH, Segars JH. The prevalence of genuine empty follicle syndrome. Fertil Steril 2011;96: 1375-1377.
13. Onalan G, Pabuccu R, Onalan R, Ceylaner S, Selam B. Empty follicle syndrome in two sisters with three cycles: case report. Hum Reprod 2003; 18:1864-1867.
14. Zreik TG, Garcia-Velasco JA, Vergara TM, Arici A, Olive D, Jones EF. Empty follicle syndrome: evidence for recurrence. Hum Reprod 2000;15: 999-1000.
15. Stevenson TL, Lashen H. Empty follicle syndrome: the reality of a controversial syndrome, a systematic review. Fertil Steril 2008;90:691-698.
16. Kossack N, Troppmann B, Richter-Unruh A, Kleinau G, Gromoll J. Aberrant transcription of the LHCGR gene caused by a mutation in exon 6A leads to Leydig cell hypoplasia type II. Mol Cell Endocrinol 2013; 366:59-67.
17. van Heusden AM, van Santbrink EJ, Schipper I, de Jong D. The empty follicle syndrome is dead! Fertil Steril 2008;89:746.
18. Yariz KO, Walsh T, Uzak A, Spiliopoulos M, Duman D, Onalan G, King MC, Tekin M. Inherited mutation of the luteinizing hormone/choriogonadotropin receptor (LHCGR) in empty follicle syndrome. Fertil Steril 2011;96:e125-e130.
19. Mitri F, Bentov Y, Behan LA, Esfandiari N, Casper RF. A novel compound heterozygous mutation of the luteinizing hormone receptor -implications for fertility. J Assist Reprod Genet 2014;31:787-794.



20. Nagasaki K, Katsumata N, Ogawa Y, Kikuchi T, Uchiyama M. Novel C617Y mutation in the 7th transmembrane segment of luteinizing hormone/choriogonadotropin receptor in a Japanese boy with peripheral precocious puberty. *Endocr J* 2010;57:1055–1060.
21. Zegers-Hochschild F, Fernández E, Mackenna A, Fabres C, Altieri E, Lopez T. The empty follicle syndrome: a pharmaceutical industry syndrome. *Hum Reprod* 1995;10:2262–2265.
22. Reichman DE, Hornstein MD, Jackson KV, Racowsky C. Empty follicle syndrome--does repeat administration of hCG really work? *Fertil Steril* 2010;94:375–377.
23. Castillo JC, Garcia-Velasco J, Humaidan P. Empty follicle syndrome after GnRHa triggering versus hCG triggering in COS. *J Assist Reprod Genet* 2012;29:249–253.
24. Ashkenazi, J., Feldberg, D., Shelef, M. *et al.* Empty follicle syndrome: an entity in the etiology of infertility of unknown origin or a phenomenon associated with purified follicle stimulating hormone therapy? *Fertil. Steril.*, 1987; 48, 152–154.
25. Huang HL, Lv C, Zhao YC, Li W, He XM, Li P. Mutant ZP1 in familial infertility. *N Engl J Med.* 2014; 1220-1226.
26. Snaifer E, Hugues JN, Poncelet C, Sifer C, Pasquier M, Cedrin-Durnerin I. “Empty follicle syndrome” after human error: pregnancy obtained after repeated oocyte retrieval in a gonadotropin-releasing hormone antagonist cycle. *Fertil Steril* 2008;90:850.e13–850.e15.
27. Reichman DE, Greenwood E, Meyer L, Kligman I, Rosenwaks Z. Can in vitro fertilization cycles be salvaged by repeat administration of intramuscular human chorionic gonadotropin the day after failed injection? *Fertil Steril* 2012;98:671–674.
28. De Jong D, Van Hooren EG, Macklon NS, Mannaerts BM, Fauser BC. Pregnancy and birth after GnRH agonist treatment for induction of final oocyte maturation in a woman undergoing ovarian stimulation for ICSI, using a GnRH antagonist (Orgalutran/Antagon) to prevent a premature LH surge: a case report. *J Assist Reprod Genet* 2001;18:30–33.
29. Lok F, Pritchard J, Lashen H. Successful treatment of empty follicle syndrome by triggering endogenous LH surge using GnRH agonist in an antagonist down-regulated IVF cycle. *Hum Reprod* 2003;18:2079–2081.
30. Ubaldi, F., Nagy, Z., Janssenswillen, C. *et al.* Ovulation by repeated human chorionic gonadotropin in ‘empty follicle syndrome’ yields a twin clinical pregnancy. *Hum. Reprod.* 1997; 12, 454–456.
31. Younis JS, Skournik A, Radin O, Haddad S, Bar-Ami S, Ben-Ami M. Poor oocyte retrieval is a manifestation of low ovarian reserve. *Fertil Steril* 2005;83:504 – 507.
32. Asch, R.H., Li, H.P., Yovich, J. *et al.* Failed oocytes retrieval after lack of human chorionic gonadotrophin administration in assisted reproductive technology. *Fertil. Steril.* 1992; 58, 361–365.

ERKEN GEBELİKTE MASİF KANAMA İLE SEYREDEN  
PLASENTA PREVİA PERKREATABedri SAKCAK<sup>1</sup>

## |GİRİŞ

Plasenta akreata spektrumu olan kadınlarda anne ölüm oranları artmaktadır. Plasenta perkreata, maternal morbidite ve mortaliteye neden olabilen önemli bir gebelik komplikasyonu olup plasentanın invazyon anomalisidir (1). Maternal morbidite ve mortalite, genellikle kan transfüzyonu gerektiren şiddetli ve bazen yaşamı tehdit eden kanama nedeniyle ortaya çıkabilir. Ayrıca plasenta akreata spektrumuna sahip gebelerde peripartum veya postpartum dönemde histerektomi gerekebilir ve bu gebeler için uzun süre hospitalizasyon gerekebilir. Uterus rüptürü gebeliğin sonuna doğru daha sık görülür. Erken gebelikte plasenta perkreataya bağlı spontan uterus rüptürü nadirdir (2).

Plasenta previa, plasentanın servikal os'u kısmen veya tamamen kapatabilir. Geçirilmiş sezaryen, ileri maternal yaş, çoğul gebelik, plasenta previa öyküsü, sigara kullanımı vs birçok faktör previa oluşumunda rol oynar. Sezaryen sayısının artması ve plasenta previa birlikteliği, plasenta akreata oluşma riskini 10 kattan fazla artırmaktadır(3).

Plasenta akreata spektrumunun (PAS) en yaygın nedeni önceki sezaryen doğumdur ve plasenta akreata spektrumunun insidansı önceki sezaryen doğumların sayısıyla artar. Plasenta previalı kadınlarda plasenta akreata riski, birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci veya daha fazla sezaryen için sırasıyla %3, %11, %40, %61 ve %67 civarındadır (4). Plasenta akreata spektrumunun en ciddi klinik formu olan plasenta perkreata, tüm vakaların %5'inde görülür ve perkre-

<sup>1</sup> Uzm. Dr.,Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Perinatoloji Kliniği, drbedrisakcak@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-0277-5072



## KAYNAKLAR

1. Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(3 Pt 2):1045-9.
2. Park YJ, Ryu KY, Lee JI, Park MI. Spontaneous uterine rupture in the first trimester: a case report. *J Korean Med Sci.* 2005;20(6):1079-81.
3. Morgan K, Arulkumaran S. Antepartum haemorrhage. *Current Obstetrics & Gynaecology.* 2003;13(2):81-7.
4. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006;107(6):1226-32.
5. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. *Obstetrical & gynecological survey.* 1999;54(11):156-64.
6. Gardeil F, Daly S, Turner MJ. Uterine rupture in pregnancy reviewed. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 1994;56(2):107-10.
7. Turner MJ. Uterine rupture. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2002;16(1):69-79.
8. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom KD. *Williams obstetrics* 21st ed. Toronto: McGraw-Hill. 2001;29:743-55.
9. Sallam AH, Preston J. Idiopathic uterine perforation in late pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2002;22(3):317.
10. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet Gynecol.* 1997;89(5 Pt 1):671-3.
11. Berghahn L, Christensen D, Droste S. Uterine rupture during second-trimester abortion associated with misoprostol. *Obstet Gynecol.* 2001;98(5 Pt 2):976-7.
12. Mishra A, Landzberg BR, Parente JT. Uterine rupture in association with alkaloidal ("crack") cocaine abuse. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173(1):243-4.
13. Chan LY, Yu VS, Ho LC, Lok YH, Hui SK. Spontaneous uterine perforation of pyometra. A report of three cases. *J Reprod Med.* 2000;45(10):857-60.
14. Ding DC, Chu TY, Liu JY. Menstruation-induced uterine rupture. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;69(2):171-2.
15. Rahimi-Sharbat F, Jamal A, Mesdaghinia E, Abedzadeh-Kalahroudi M, Niroomanesh S, Atoof F. Ultrasound detection of placenta accreta in the first trimester of pregnancy. *Iran J Reprod Med.* 2014;12(6):421-6.

PRENATAL DÖNEMDE TANI ALAN BÜYÜK ARTER  
TRANSPOZİSYONU VE VSD BİRLİKTELİĞİBetül Keyif<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Büyük arter transpozisyonu sık görülen siyanotik bir kalp hastalığıdır ve konjenital kalp hastalıklarının yaklaşık %7'sini oluşturmaktadır (1,2). Büyük arter transpozisyonu atrioventriküler ve ventriküler arteriyel diskordans ile karakterize olup, yenidoğan döneminde yaygın görülen kritik kalp defektlerindedir. Prenatal ultrasonografideki ilerlemelere rağmen major konjenital kalp hastalıklarının tanı oranı düşüktür. Yapılan çalışmalar prenatal dönemde fetal ekokardi-yografi kullanarak BAT tanısının atlanabileceğini ve tespit oranının %50 den az olduğunu göstermiştir (3). Ancak son yıllarda 3 boyutlu (3D) , 4 boyutlu (4D) ve mekânsal-zamansal görüntü uyum teknolojisinin giderek gelişmesi ile prenatal tanı ve tespit oranları artmıştır (4). Özellikle BAT gibi ciddi siyanotik kalp hastalıklarına geç tanı konulması, yenidoğan döneminde hızlı hemodinamik instabilite, morbidite ve mortalite artışı ile ilişkilidir (5).

BAT izole olabileceği gibi VSD, pulmoner çıkım obstrüksiyonları ve arkus aorta anomalileri ile birlikte olabilir.

## | VAKA TAKDİMİ

32 yaşında gravida 2 parite 1 gebe kadın 22. Gebelik haftasında antenatal muayenesinde kardiyak patolojiden şüphelenilmesi üzerine kliniğimize refere edildi. Ekstra kardiak anomali saptanmadı. Erken genetik belirteçler normal olarak değerlendirildi.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., betul\_keyif@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-8521-5486



oynayabileceğini öne sürmüşlerdir (12). Yapılan bir vaka kontrol çalışmasında tanı atlanmasında yetersiz adaptasyon becerilerinin maternal obezite ve fetal pozisyonundan daha önemli bir faktör olduğu gösterildi. Tespit edilemeyen vakalarda tespit edilen vakalara göre daha kalitesiz kalp görüntüleri vardı. Bu etki göz önüne alındığında, vakaların yaklaşık %31'i iyi kalitede görüntüleme rağmen tanı almadı (13).

Mevcut görüntüleme teknikleri ve tanı teknolojilerindeki ilerlemelere rağmen, konjenital kalp hastalıkları hala sürekli olarak atlanmaktadır. Tanıda 3D ve 4D'nin uygulanması ve avantajlarına rağmen, bu teknolojiler rutin fetal kalp taraması sırasında her merkezde bulunmadığı için, kaçırılan veya tanınmayan teşhislerin sayısının artmasına katkıda bulunmaktadır (14, 15).

Postnatal ekokardiyografi, prenatal dönemde konulan BAT teşhisini doğrulamak için gereklidir. Oksijenasyonun bozulmaması için zamanında PGE1 uygulanmalıdır. Güncel çalışmalar, BAT'ın cerrahi olarak düzeltilmesinin yüksek sağ kalım oranlarına ulaştığına ve bu prosedür uygulanan hastaların önemli sağlık sorunları yaşamadan yetişkinlik dönemine kadar yaşamalarını bekleyebileceğini göstermektedir (16).

## SONUÇ

Büyük arter transpozisyonu, doğumdan hemen sonrası yenidoğan için tehdit oluşturan ve acil olarak müdahale edilmesi gereken tıbbi durumdur. Erken tanı ve doğum sonrası acil müdahale, cerrahi düzeltme yapılmadan önce yenidoğanı uzun süreli hipoksemi, asidoz ve ölümden koruduğu için son derece önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Garne E, Loane M, Dolk H, De Vigan C, Scarano G, Tucker D, et al. Prenatal diagnosis of severe structural congenital malformations in Europe. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;25(1):6-11.
2. Hoffman JI, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39(12):1890-900.
3. Gardiner HM, Kovacevic A, van der Heijden LB, Pfeiffer PW, Franklin RC, Gibbs JL, et al. Prenatal screening for major congenital heart disease: assessing performance by combining national cardiac audit with maternity data. *Heart.* 2014;100(5):375-82.
4. International Society of Ultrasound in O, Gynecology, Carvalho JS, Allan LD, Chaoui R, Copel JA, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): sonographic screening examination of the fetal heart. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;41(3):348-59.



5. Jerardi K, Jackson E, Kleigman R, Geme J, Blum N, Shah S, et al. Nelson textbook of pediatrics. 2020.
6. Goor DA, Edwards JE. The spectrum of transposition of the great arteries: with specific reference to developmental anatomy of the conus. *Circulation*. 1973;48(2):406-15.
7. Sidi D, Vouhé P, Ou P. *Pediatric Cardiovascular Medicine*. 2012.
8. Wren C, Birrell G, Hawthorne G. Cardiovascular malformations in infants of diabetic mothers. *Heart*. 2003;89(10):1217-20.
9. Okuda H, Nagao T. Cardiovascular malformations induced by prenatal exposure to phenobarbital in rats. *Congenit Anom (Kyoto)*. 2006;46(2):97-104.
10. Barboza JM, Dajani NK, Glenn LG, Angtuaco TL. Prenatal diagnosis of congenital cardiac anomalies: a practical approach using two basic views. *Radiographics*. 2002;22(5):1125-37; discussion 37-8.
11. Karim JN, Bradburn E, Roberts N, Papageorgiou AT. First-trimester ultrasound detection of fetal heart anomalies: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022;59(1):11-25.
12. Al-Fahham MM, Gad NA, Ramy ARM, Habeeb NM. Clinical utility of fetal echocardiography: an Egyptian center experience. *Egypt Heart J*. 2021;73(1):71.
13. van Nesselrooij AEL, Teunissen AKK, Clur SA, Rozendaal L, Pajkrt E, Linskens IH, et al. Why are congenital heart defects being missed? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020;55(6):747-57.
14. Turan S, Turan OM, Desai A, Harman CR, Baschat AA. First-trimester fetal cardiac examination using spatiotemporal image correlation, tomographic ultrasound and color Doppler imaging for the diagnosis of complex congenital heart disease in high-risk patients. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2014;44(5):562-7.
15. Gonçalves LF, Lee W, Chaiworapongsa T, Espinoza J, Schoen ML, Falkensammer P, et al. Four-dimensional ultrasonography of the fetal heart with spatiotemporal image correlation. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(6):1792-802.
16. Villafañe J, Lantin-Hermoso MR, Bhatt AB, Tweddell JS, Geva T, Nathan M, et al. D-transposition of the great arteries: the current era of the arterial switch operation. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(5):498-511.

SEZARYEN İLE DOĞUM SONRASI UTERO-KUTANÖZ  
FİSTÜL OLGU SUNUMUBetül TOKGÖZ ÇAKIR<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Fistül, altta yatan herhangi bir travma nedeniyle duvar bütünlüğünün bozulması sonucu iki epitel yüzeyi arasındaki anormal bağlantıdır (1). Fistüller bağlantıları yüzeye ya da lümenine göre adlandırılırlar. Aslında kadın hastalıkları ve doğum hekimleri normal vajinal doğum, sezaryen ile doğum ya da inkontinans cerrahileri sonrası gelişebilen genital sistemle üriner sistem arasındaki fistüllere aşınadır. UKF ise nadir görülür ve rahim boşluğu ile cilt arasındaki anormal bağlantı olarak tanımlanır (2). Patofizyolojisi tam açıklanamayan UKF'lerin çoğu, dokuların devamlılığını bozan bir tür enfektif süreçten kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durum hayatı tehdit eden abselere neden olmakla birlikte medikal ve cerrahi tedavinin kombinasyonu şeklinde tedavi edilebilmektedir(3).

## | VAKA TAKDİMİ

37 yaşında gravida 3 parite 2 olan , daha önce iki kere sezaryen ile doğum öyküsü mevcut hasta, 39 hafta gebelik nedeniyle merkezimize refere edildi. Hastaya elektif şartlarda pfannenstiel insizyon ile 39 hafta iken sezaryen ile doğum yaptırıldı. Hastanın özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik bulunmamaktaydı. Hastanın vücut kitle indeksi 23 idi. Hasta postoperatif 40. günde kesi yerinde hemorojik-pürülan akıntı, ateş ve halsizlik şikâyeti ile başvurdu. Fizik muayenede 39.3 derece vücut sıcaklığı, 120/60 mmHg kan basıncı ve taşikardisi (114 atım dk<sup>-1</sup>) mevcut idi. Hastanın kan testlerinde beyaz küre: 15.000 mCL, hemoglobin:

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği, btltkgz@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-0202-4981





dışında bu materyalin abseleşmesiyle hayatı tehdit eden sepsis benzeri tablolarda yol açabilmektedir (4). Vakada benzer şekilde uterin debridat cilde gelmesi ve abseleşmesiyle klinik tablo oturmuştur. Aynı zamanda bu cerrahiler komplikatif olma olasılığı yüksektir.

Özellikle sezaryan sonrası olmak üzere postoperatif dönemde cilt insizyosunda akıntı şikayeti ile gelen hastalarda nadir izlenmesine rağmen akılda bulundurulması gereken bir durum olan UKF tanısı MR, Kontrastlı BT ile tanısı kolaylıkla konabilir . Ayrıca, iç fistül açıklığı histeroskopi yoluyla görüntülenebilirken, kutanöz fistül açıklığından kontrast madde enjeksiyonu ile yapılan fistülografi uterusla bağlantının doğrulanmasına olanak sağlar (5).

Her ne kadar bu vakada sepsise gidiş riski ve hastanın fertilitasını tamamlamış olması nedeni ile histerektomi tercih edilmiş olsa da UFK tedavisi, açık cerrahi yaklaşımla ya da minimal invaziv cerrahi yoluyla fistül traktının çıkarılmasıdır (4). Literatürde UFK tedavisi sonrası sağlıklı gebelik de bildirilmiştir (6).

## SONUÇ

Uterokutanöz fistüller tekrarlayan uterin cerrahiler sonrası karşımıza çıkabilen nadir komplikasyonlardır. Ameliyat sonrası cilt kesisinden akıntı şikâyeti ile gelen hastalarda ayırıcı tanılar arasında uterokutanöz fistül de mutlaka düşünülmelidir. Tedavisinde fistül traktının eksizyonu esastır.

## KAYNAKLAR

1. Rani P, Reena Yadav, Reddi Rani P, Jayalakshmi D. Uterokutanöz fistül. J Obst. Jinek. Hindistan'ın. 2006;56(1): 81-82. Journal of obstetrics and gynaecology of India. 2006 1 Ocak;56:81-2.
2. Gupta SK, Shukla VK, Varma DN, Roy SK. Uterokutanöz fistül. Postgrad Med J. 1993 Ekim;69(816):822-3.
3. Akkurt MÖ, Yavuz A, Tatar B, Özkaya MO, Ekici Eİ. Çoklu Abdominal Miyomektomi Sonrası Utero-kütanöz Fistül: Bir Olgu Sunumu. Balkan Med J. 2015 Ekim;32(4):426-8.
4. Etrusco A, Fabio M, Cucinella G, de Tommasi O, Guastella E, Buzzaccarini G, ve ark. Sezaryen doğum sonrası utero-kütanöz fistül: Nadir bir komplikasyonun tanı ve tedavisi. Prz Menopozalny. 2022 Eylül;21(3):214-7.
5. Jadib A, Tabakh H, Chahidi El Ouazzani L, Kardi O, Siwane A, Touil N, ve ark. Sezaryen sonrası utero-kütanöz fistül: Olgu sunumu. Radiol Case Rep.2022 Ocak;17(1):77-9.
6. Yeşiladalı M, Saridoğan E, Saridoğan E. Postmyomektomi uterokutanöz fistülün cerrahi tedavisi sonrası başarılı gebelik ve doğum. BMJ Case Rep 2019 Aralık 5;12(12):e231594.

## GEBELİKTE KAŞINTI: PEMFIGOİD GEBELİK OLGU SUNUMU

Bilgesu ÇETİNEL KAYGUN<sup>1</sup>  
Zeynep ÇANKAYA<sup>2</sup>

### | GİRİŞ

Daha önce herpes gestationis olarak bilinen Pemfigoid gestasyonis (PG), gebelikte ilişkili artmış plasenta yetmezliği, büyüme kısıtlılığı, prematüre doğum gibi fetal riskler taşıyan nadir bir otoimmün hastalıktır (1). Görülme sıklığı 1:2.000 ile 1:50.000 gebelik arasında değişmektedir (2). Pemfigoid gestasyonisli annelerden doğan yenidoğanların %10'a kadarında doğum sırasında cilt lezyonları görülür ve az da olsa adrenal supresyon riski mevcuttur. Klinik olarak vezikülobüllöz lezyonların ortaya çıkmasından önce ortaya çıkan, rahatsız edici kaşıntı ile karakterizedir. PG genellikle gövdede başlar ve hızla yayılır; mukozal ve yüz lezyonları nadir olarak izlenir. Kadınlarda sıklıkla gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde ortaya çıkar ancak ilk trimesterde ve doğum sonrasında ortaya çıktığı da rapor edilmiştir (3).

### | VAKA TAKDİMİ

27 yaşında kadın hasta 34. gebelik haftasında kaşıntı şikayeti ile tarafımıza başvurdu.

Öyküsü değerlendirildiğinde; Gravida 3, Parite 1, Abort 1, Yaşayan 0, bir önceki gebelikte 34. haftada oligohidramnios nedeni ile planlı sezeryan ile doğum

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, bilgesucetinel@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1822-120X

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, cankaya\_z@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-0898-269X



dir bir deri hastalığı olduğundan, literatürde bu otoimmün patolojinin belirli bir terapötik tutumu ve yönetimini sürdürmek için yeterli veri yoktur.

## SONUÇ

Pemfigoid gestasyonis, gebelikle ilişkili nadir bir otoimmün cilt bozukluğudur. Klinik tablo yoğun kaşıntı ve polimorfik deri lezyonları ile karakterizedir. Tanı klinik tabloya ve tipik histopatolojik ve laboratuvar bulgularına dayanır. Pemfigoid gestasyonis kendi kendini sınırlayıcıdır ancak topikal ve sistemik kortikosteroidler, oral antihistaminikler ve sistemik immün baskılayıcıların kullanımıyla semptomlar azaltılabilir. Prognoz iyidir ancak PG, intrauterin gelişme geriliği ve erken doğum gibi fetal risklerle ilişkilidir. Bu nedenle PG'li hastalar hastalığın doğal seyri ve tedavi olanakları konusunda bilgilendirilmeli ve takip altında olmalıdır. Ayrıca fetal prognoz, doğum sonrası nüks olasılığı, hormonal kontraseptif kullanımı ile nüks olasılığı ve sonraki gebeliklerde nüks riski konusunda bilgilendirilmelidirler. Gebelikte kaşıntı durumu, atlanmaması gereken gerekli halde multidisipliner olarak değerlendirilmesi gereken önemli bir semptomdur.

## KAYNAKLAR

1. Milton, JL. (1872) *The Pathology and Treatment of Diseases of the Skin*. London: Robert Hardwicke, p. 205.
2. Ambros-Rudolph CM. Dermatoses of pregnancy -clues to diagnosis, fetal risk and therapy. *Ann Dermatol*. 2011 ;23(3):265-275.
3. Keltz Pomeranz, M. (2014) *Dermatoses of pregnancy*. Post TW (Ed), UpToDate. Waltham, MA. Retrieved from [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
4. Shornick JK: Dermatoses of pregnancy. *Semin Cutan Med Surg*. 17:172–181. 1998.
5. 4.Roger D, Vaillant L, Fignon A, Pierre F, Bacq Y, Brechot JF, Grangeponce MC and Lorette G: Specific pruritic diseases of pregnancy. A prospective study of 3192 pregnant women. *Arch Dermatol*. 130:734–739. 1994.
6. Oumeish OY and Parish JL: Impetigo herpetiformis. *Clin Dermatol*. 24:101–104. 2006.
7. Bellman B and Berman B: Skin diseases seriously affecting fetal outcome and maternal health. In: *Skin Changes and Diseases in Pregnancy*. Harahap K and Wallach RC (eds). Marcel Dekker, Inc., New York, NY pp129, 1996.
8. Shornick JK and Black MM: Fetal risks in herpes gestationis. *J Am Acad Dermatol*. 26:63–68. 1992.
9. Al Saif F, Jouen F, Hebert V, Chiavelli H, Darwish B, Duvert-Lehembre S and Joly P: French Study Group on Autoimmune Bullous Skin Diseases: Sensitivity and specificity of BP180 NC16A enzyme-linked immunosorbent assay for the diagnosis of pemphigoid gestationis. *J Am Acad Dermatol*. 76:560–562. 2017.
10. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: [simplepubs@smfm.org](mailto:simplepubs@smfm.org).



- Lee RH, Mara Greenberg, Metz TD and Pettker CM: Society for maternal-fetal medicine consult series #53: Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Replaces consult #13, April 2011. *Am J Obstet Gynecol.* 224:B2–B9. 2021.
11. Caliopia Parfene, Roxana Bohiltea, Bianca Mihai, Corina Grigoriu, Irina Margaritescu, Aurel Chirita ve ark.: Influence of pemphigoid gestationis on pregnancy outcome: A case report and review of the literature, *Experimental and Therapeutic Medicine*, November 2021. doi: 10.3892/etm.2021.10945
  12. Huilaja L, Surcel HM, Bloigu A and Tasanen K: Elevated serum levels of BP180 antibodies in the first trimester of pregnancy precede gestational pemphigoid and remain elevated for a long time after remission of the disease. *Acta Derm Venereol.* 95:843–844. 2015.
  13. Feliciani C, Genovese G, D'Astolfo R, Pontini P, Marzano AV. Autoimmune bullous diseases during pregnancy: insight into pathogenetic mechanisms and clinical features. *G Ital Dermatol Venereol.* (2019) 154:256–62. doi: 10.23736/S0392-0488.18.06153-9
  14. Sävervall C, Sand FL, Thomsen SF. Pemphigoid gestationis: current perspectives. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* (2017) 10:441–9. doi: 10.2147/CCID.S128144
  15. Semkova K, Black M. Pemphigoid gestationis: current insights into pathogenesis and treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* (2009) 145:138–44. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.05.012
  16. Kushner CJ, Concha JSS, Werth VP. Treatment of autoimmune bullous disorders in pregnancy. *Am J Clin Dermatol.* (2018) 19:391–403. doi: 10.1007/s40257-018-0342-0

NADİR OLGU SUNUMU: GEBELİKTE İNTESTİNAL  
ENDOMETRİOZİSBurcu AYDIN BOYAMA<sup>1</sup>

## |GİRİŞ

Endometriyozis üreme çağındaki kadınları etkileyen , östrojen dominansına bağlı oluşan kronik bir hastalıktır. Endometriozis, fonksiyonel endometriyal dokunun uterin kavite dışındaki ektopik alanlarda bulunmasıdır. Ektopik endometrium dokusu en çok pelvik organlar, overler, Douglas poşu, sakrouterin ligamentler, pelvik periton, rektovaginal septum ve serviksi tutmaktadır. Akciğerler, plevra, diyafragma, bağırsaklar, safra kesesi, böbrekler, üreterler, umbilikus, cilt, santral sinir sistemi ve ekstremiteler gibi ekstrapelvik bölgelerde de görülebildiği bilinmektedir (1,2). Endometriozis sıklığı üreme çağındaki kadınlarda %3 ile %37 arasında değişmektedir (3). Bu hastalık belirgin ağrı ve infertilite sebebidir. Endometriozis tanısı alan hastaların %50-80'i semptomatik olup, dismenore, dispareni ve infertilite şikayetleri yaşamaktadırlar (4).

Gebelik yüksek progesteron etkisi altında endometriyozis olgularında odakları çoğunlukla baskılamaktadır. Gebeliğin endometriozis üzerine etkileri olduğunu gösteren çok sayıda çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan endometriozisin gebelikte gerilediğini ileri sürenler artan progesteronun endometrial dokuda meydana getirdiği

desidualizasyonun gerilemeyi sağlayan temel mekanizma olduğunu belirtirken, endometriozisin gebelikte ilerlediği görüşünü savunanlar ise artmış anjiogenezin endometriozis odaklarındaki ilerlemeye neden olduğuna işaret etmektedir (5).

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Esenler Hastanesi, drburcuaydin@gmail.com, ORCID iD: 0009-0006-8948-5113



## KAYNAKLAR

1. Spaczynski RZ, Duleba AJ. Diagnosis of endometriosis. *Semin Reprod Med* 2003;21:193-208.
2. Duleba AJ. Diagnosis of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24:331-46.
3. Campagnacci R, Perretta S, Guerrieri M, et al. Laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Surg Endosc* 2005;19:662-4.
4. Kocakoç E, Bhatt S, Dogra VS. Endometriosis. *Ultrasound Clin* 2008; 3: 399-414.
5. Cummings AM, Metcalf JL. Effect of surgically induced endometriosis on pregnancy and effect of pregnancy and lactation on endometriosis in mice. *Proc Soc Exp Biol Med* 1996; 212: 332-337
6. Andrew R, Bhal PS, Lapido OA et al. Laparoscopic port scar endometriosis: An unusual complication. *Gynecol Endosc* 2002;11:53-4.
7. Endometriosis: Science and Practice 1st. ed. Giudice LC., MD, Evers JLH, Healy DL. WileyBlackwell, 2012.
8. Bartkowiak R, Zieniewicz K, Kaminski P, et al. Diagnosis and treatment of sigmoidal endometriosis-a case report. *Med Sci Monit* 2000;6:787-90.
9. Aronchick CA, Brooks FP, Dyson WL, et al. Ileocecal endometriosis presenting with abdominal pain and gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 1983;28:566-72.
10. Yantiss RK, Clement PB, Young RH. Endometriosis of the intestinal tract: a study of 44 cases of a disease that may cause diverse challenges in clinical and pathologic evaluation. *Am J Surg Pathol* 2001;25:445-54.
11. Nishikawa A, Kondoh E, Hamanishi J, et al. Ileal perforation and massive intestinal haemorrhage from endometriosis in pregnancy: case report and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;170(1):20-24.
12. Carneiro MM, Costa LMP, Torres MDG, Gouvea PS, Ávila I. Intestinal Perforation due to Deep Infiltrating Endometriosis during Pregnancy: Case Report. *Rotura intestinal durante a gravidez devido a endometriose profunda infiltrativa: relato de caso. Rev Bras Ginecol Obstet* 2018;40(4):235- 238.
13. Verspyck E, Lefranc JP, Guyard B, et al. Treatment of bowel endometriosis: a report of six cases of colorectal endometriosis and a survey of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biols* 1997;71:81-4.

ENDOMETRİYAL POLİP ZEMİNİNDE GELİŞEN  
ENDOMETRİYUM KANSERİBüşra DEMİR ÇENDEK<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Normal adet döngüsü, yüzbinlerce ilkel oositin oluşan bir havuzdan tek bir olgun oositin salınmasıyla sonuçlanan, bir dizi uyarıcı ve engelleyici etkiden oluşan karmaşık bir süreçtir. Bu sürecin düzenlenmesinde, halen tanımlanmakta olan hormonlar, otokrin ve parakrin faktörler gibi çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Normal uterin kanamayı tanımlamak için kullanılan dört parametre sıklık, düzenlilik, süre ve hacimdir (1, 2). Hastaların değerlendirmesi genellikle önceki altı ay içindeki kanama düzenine göre yapılmaktadır. Lokal veya sistemik ilaç kullanımı (örn. östrojenli veya östrojensiz progestin bazlı kontraseptifler, gonadotropin salgılayan hormon agonistleri veya antagonistleri, aromataz inhibitörleri) olan hastalar için kanama düzenini bu şekilde değerlendirmek doğru değildir. Normal sıklık, adet kanamasının 24 ila 38 günde bir başlamasıdır. Döngü uzunluğu, bir adet döneminin başlangıcından (1. gün) bir sonraki adet döneminin başlangıcına (1. gün) kadar geçen gün sayısı olarak tanımlanır. Döngü uzunluğundaki değişiklik (yani, en kısa döngüden en uzun döngüye kadar olan fark) yaşa bağlıdır (2, 3). Yumurtlama bozukluklarının nispeten yüksek bir prevalansa sahip olması nedeniyle, 18 yaşın altındaki menarş sonrası kızlara ve 45 yaşın üzerindeki menopoz öncesi kadınlara ilişkin verilerin ayırt edilmesi zordur. Bu popülasyonda normal demek için  $\leq 9$  gün eşiğinin kullanılması önerilmektedir (4). Kısa süre ile ilişkili spesifik bir patoloji bulunmadığından (5), adet süresi için normalin alt sınırı konusunda herhangi bir fikir birliği yoktur.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, dr.busra\_demir@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-6338-1408.



## KAYNAKLAR

1. Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, Broder M. A process designed to lead to international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding. *Fertility and sterility*. 2007;87(3):466-76.
2. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS, Committee FMD, Haththotuwa R, Kriplani A, et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018;143(3):393-408.
3. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS, Committee FMD. Corrigendum to "The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions" [Int J Gynecol Obstet 143 (2018) 393-408.]. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2019;144(2):237.
4. Harlow SD, Lin X, Ho MJ. Analysis of menstrual diary data across the reproductive life span applicability of the bipartite model approach and the importance of within-woman variance. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000;53(7):722-33.
5. Haththotuwa R, Goonewardene M, Desai S, Senanayake L, Tank J, Fraser IS, editors. Management of abnormal uterine bleeding in low-and high-resource settings: consideration of cultural issues. *Seminars in reproductive medicine*; 2011: © Thieme Medical Publishers.
6. Magnay JL, Nevatte TM, Dhingra V, O'Brien S. Menstrual blood loss measurement: validation of the alkaline hematin technique for feminine hygiene products containing superabsorbent polymers. *Fertility and sterility*. 2010;94(7):2742-6.
7. Fraser IS, Critchley H, Munro M, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Human reproduction*. 2007;22(3):635-43.
8. Woolcock JG, Critchley HO, Munro MG, Broder MS, Fraser IS. Review of the confusion in current and historical terminology and definitions for disturbances of menstrual bleeding. *Fertility and sterility*. 2008;90(6):2269-80.
9. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, Disorders FWGoM. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2011;113(1):3-13.
10. Jovanovic AS, Boynton KA, Mutter GL. Uteri of women with endometrial carcinoma contain a histopathological spectrum of monoclonal putative precancers, some with microsatellite instability. *Cancer research*. 1996;56(8):1917-21.
11. Pal L, Niklaus AL, Kim M, Pollack S, Santoro N. Heterogeneity in endometrial expression of aromatase in polyp-bearing uteri. *Human reproduction*. 2008;23(1):80-4.
12. Nogueira AA, de Almeida ECSA, Neto OBP, Ramalho LNZ, e Silva JCR, dos Reis FJC. Immunohistochemical expression of p63 in endometrial polyps: evidence that a basal cell immunophenotype is maintained. *Menopause*. 2006;13(5):826-30.
13. Sahoo SS, Aguilar M, Xu Y, Lucas E, Miller V, Chen H, et al. Endometrial polyps are non-neoplastic but harbor epithelial mutations in endometrial cancer drivers at low allelic frequencies. *Modern Pathology*. 2022;35(11):1702-12.
14. Goldstein SR, Monteagudo A, Popiolek D, Mayberry P, Timor-Tritsch I. Evaluation of endometrial polyps. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;186(4):669-74.
15. Sherman ME, Mazur MT, Kurman RJ, Uterine D, Luteal I, Shedding I, et al. Benign Diseases of. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. 2002:421.
16. Hileeto D, Fadare O, Martel M, Zheng W. Age dependent association of endometrial polyps with increased risk of cancer involvement. *World journal of surgical oncology*. 2005;3(1):1-6.





17. Savelli L, De Iaco P, Santini D, Rosati F, Ghi T, Pignotti E, et al. Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2003;188(4):927-31.
18. Berek JS, Matias-Guiu X, Creutzberg C, Fotopoulou C, Gaffney D, Kehoe S, et al. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2023.
19. Heremans R, Van Den Bosch T, Valentin L, Wynants L, Pascual M, Fruscio R, et al. Ultrasound features of endometrial pathology in women without abnormal uterine bleeding: results from the International Endometrial Tumor Analysis study (IETA3). *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2022;60(2):243-55.
20. Machtinger R, Korach J, Padoa A, Fridman E, Zolti M, Segal J, et al. Transvaginal ultrasound and diagnostic hysteroscopy as a predictor of endometrial polyps: risk factors for premalignancy and malignancy. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2005;15(2).
21. Franchini M, Zolfanelli F, Gallorini M, Giarre G, Fimiani R, Florio P. Hysteroscopic polypectomy in an office setting: specimen quality assessment for histopathological evaluation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015;189:64-7.
22. Narice BF, Delaney B, Dickson JM. Endometrial sampling in low-risk patients with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-synthesis. *BMC family practice*. 2018;19(1):1-13.
23. Rahimi S, Marani C, Renzi C, Natale ME, Giovannini P, Zeloni R. Endometrial polyps and the risk of atypical hyperplasia on biopsies of unremarkable endometrium: a study on 694 patients with benign endometrial polyps. *International journal of gynecological pathology*. 2009;28(6):522-8.
24. Ronnett B, Kurman R. Precursor lesions of endometrial carcinoma. *Blaustein's Pathology of Female Genital Tract*. 2002;482.
25. Lee SC, Kaunitz AM, Sanchez-Ramos L, Rhatigan RM. The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2010;116(5):1197-205.
26. Antunes Jr A, Costa-Paiva L, Arthuso M, Costa J, Pinto-Neto A. Endometrial polyps in pre-and postmenopausal women: factors associated with malignancy. *Maturitas*. 2007;57(4):415-21.
27. Ben-Arie A, Goldchmit C, Laviv Y, Levy R, Caspi B, Huszar M, et al. The malignant potential of endometrial polyps. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2004;115(2):206-10.
28. Fernandez-Parra J, Oliver AR, Criado SL, Fernández FP, Ventoso FM. Hysteroscopic evaluation of endometrial polyps. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2006;95(2):144-8.
29. Scully RE, Bonfiglio TA, Kurman RJ (Eds). Organization WH. *Histologic typing of female genital tract tumors. International Histologic Classification of Tumours 2nd edition* New York, NY: Springer-Verlag. 1994.
30. Idrees R, Din NU, Fatima S, Kayani N. Serous carcinoma arising in endometrial polyps: clinicopathologic study of 4 cases. *Annals of Diagnostic Pathology*. 2013;17(3):256-8.

## TUBAOVARYAN ABSE'YE BAĞLI CİLT FİSTÜLÜ GELİŞEN HASTAYA YAKLAŞIM

Ayşe Zehra ÖZDEMİR<sup>1</sup>  
Cansu ÜN<sup>2</sup>

### | GİRİŞ

Klinik bulgular (pelvik hassasiyet) ve laboratuvar bulguları (lökositoz-sedim-crp yüksekliği) TOA tanısı koymamızda yardımcı olur. En yararlı ve en sık yapılan görüntüleme yöntemleri pelvik ultrasonografi veya pelvik bilgisayarlı tomografi. TOA tanısı konulduktan sonra; stabil/unstabil ve premenopozal/postmenopozal olmasına göre uygun yaklaşım seçilmelidir. Abse rüptürü tanısı konulan stabil olmayan bir hastaya cerrahi tedavi yapılmalıdır(3). Stabil premenopozal hastaların çoğu çoklu doz antibiyoterapi ile tedavi edilir. Stabil postmenopozal hastalar ise çoğunlukla altta yatan maligniteden şüphe ettirir(2,4). Bu nedenle bu hastalara; antibiyotik tedavisiyle birlikte cerrahi eksplorasyon önerilmektedir. Yine literatüre göre genellikle >9 cm absesi olan hastalarda, cerrahi tedavi yapılmalıdır(5,6,7). Minimal invaziv drenaj prosedürleri genel durumunda kötüleşme olmayan tek başına antibiyoterapi ile iyileşmeyen hastalarda uygulanabilir.

### | OLGU SUNUMU

44 yaşında, multigravida, geçirilmiş menenjit öyküsü olan hasta 2 ay önce dış merkeze, yaygın karın ağrısı ve sol inguinal bölgede şişlik nedeni ile başvurmuş. Hastanın öyküsünden 15 yıl önce RİA ( Rahim İçi Araç) taktırdığı ve kontrollerine gitmediği öğrenilmiştir. PID tanısı ile hastaya; antibiyotik tedavisi başlan-

<sup>1</sup> Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Kliniği, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., aysezehra.ozdemir@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-4232-4794

<sup>2</sup> Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Kliniği, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.



## KAYNAKLAR

1. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, ve diğerleri. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tedavi Kılavuzları, 2021. MMWR Tavsiye Temsilcisi 2021; 70:1.
2. Jackson SL, Soper DE. Postmenopozal kadında pelvik inflamatuvar hastalık. Infect Dis Obstet Gynecol 1999; 7:248.
3. PEDOWITZ P, BLOOMFIELD RD. GENELLEŞMİŞ PERİTONİTLE BİRLİKTE YIRTILAN ADNEKSAL ABSE (TUBOOVARIAN). Am J Obstet Gynecol 1964; 88:721.
4. Protopapas AG, Diakomanolis ES, Milingos SD ve diğerleri. Postmenopozal kadınlarda tubo-ovaryan apseler: Aksi kanıtlanana kadar jinekolojik malignite mi? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 114:203.
5. Reed SD, Landers DV, Sweet RL. Tuboovaryan apsenin antibiyotik tedavisi: geniş spektrumlu beta-laktam ajanların klindamisin içeren rejimlerle karşılaştırılması. Am J Obstet Gynecol 1991; 164:1556.
6. Dewitt J, Reining A, Allsworth JE, Peipert JF. Tuboovarian apseler: Boyut, hastanede kalış süresi ve komplikasyonlarla ilişkili midir? Obstet Gynecol Uluslararası 2010; 2010:847041.
7. Fouks Y, Cohen A, Shapira U, ve diğerleri. Tubo-Ovarian Apseli Hastalarda Cerrahi Müdahale: Klinik Belirleyiciler ve Basit Risk Skoru. J Minim İnvazif Gynecol 2019; 26:535.
8. Wiesenfeld HC, Sweet RL. Tuboovarian apselerin tedavisinde ilerleme. Clin Obstet Gynecol 1993; 36:433.
9. Levenson RB, Pearson KM, Saokar A, ve diğerleri. Gastrointestinal veya genitoüriner kökenli tuboovaryan apselerin görüntü kılavuzluğunda drenajı: retrospektif bir analiz. J Vasc Interv Radiol 2011; 22:678.
10. Goharkhay N, Verma U, Maggiorotto F. Tubo-ovaryan apselerin tedavisinde BT veya ultrason eşliğinde drenajın, eşzamanlı intravenöz antibiyotiklerle tek başına intravenöz antibiyotiklerle karşılaştırılması. Ultrason Obstet Gynecol 2007; 29:65.
11. Yang CC, Chen P, Tseng JY, Wang PH. Tubo-ovaryan apsesi olan hastalarda açık laparoskopik cerrahinin kişisel laparotomiye göre avantajları. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2002; 9:327.
12. Shigemi D, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H. Şiddetli Pelvik İnflamatuvar Hastalık ve Tubo-Ovarian Apse için Açık Cerrahiyle Laparoskopik Karşılaştırma. Obstet Gynecol 2019; 133:1224.
13. Ribak R, Schonman R, Sharvit M, ve diğerleri. Tubo-ovaryan Apsede İnvazif Müdahale İhtiyacı Öngörülebilir mi? C-reaktif Protein Ölçümlerinin Etkisi. J Minim İnvazif Gynecol 2020; 27:541.
14. Lee SW, Rhim CC, Kim JH ve diğerleri. Pelvik İnflamatuvar Hastalıkta Tubo-Ovarian Apsenin Prediktif Belirteçleri. Gynecol Obstet Yatırım 2015.
15. Yongue G, Mollier J, Anin S, ve diğerleri. Tubo-ovaryan apse: Klinik yönetime rehberlik edecek önerilen yeni bir puanlama sistemi. Uluslararası J Gynaecol Obstet 2022; 157:588.

## FOURNIER GANGRENİ

Elçin TELLİ<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Fournier gangreni (FG), perine ve dış genital bölgenin çevre dokulara hızla yayılan yumuşak doku enfeksiyonudur. Hastalık ilk olarak 1800'lü yıllarda genç erkeklerde sebebi bulunamayan ağrılı skrotal şişlik ve dokunun hızlıca gangrene ilerlemesi olarak tanımlanmıştır. Sonrası literatürde her iki cinsiyette de vakalar bildirilmiştir. Hastalık perineal, perianal ve yüzeysel genital alanlarda bakteriyel enfeksiyonun sebep olduğu, subkutanöz kan damarlarında tromboz ve buna ikincil deri gangrenidir. Doku nekrozu ve enfeksiyon tedavi edilmezse sepsis, multiorgan yetmezliği ve ölüm ile sonuçlanır (1-3).

## | VAKA TAKDİMİ

68 yaşında kadın hasta bacakta ve genital gölgede ağrı şikayeti ile acil servise başvurusu sonrası ilk muayenesi, kan tahlilleri ve gerekli görüntülemeleri yapılmış, intravenöz hidrate edilmiş, vankomisin, meropenem ve klindamisin üçlü antibiyoterapi ilk dozları uygulanmış halde Fournier gangreni ön tanısı ile tarafımıza konsülte edildi. Hastanın genel durumu orta, bilinci açık, semi koopere ve oryante idi. Tansiyon arteriyel 100/60 mm Hg, nabız 100 atımdakika<sup>-1</sup>, solunum sayısı 26 dakika<sup>-1</sup>, oda havasında oksijen saturasyonu %92 olarak ölçüldü. Anamnez hastanın kızı ve hastadan ortak alınabildi. Alınan anamnezde, yalnız yaşadığı, 1 hafta önce banyoda düştüğü, 5 gün önce ağrısının başladığı, ağrısı

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., , drelcinuzmez@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-3228-8809



## SONUÇ

FG kadınlarda daha az görülen fakat zamanında sağlık kuruluşu başvurusu olmaz veya tanı ve tedavide gecikme olursa mortal seyredebilecek infeksiyöz bir tablodur. İleri yaşlı, diabetik, obez, cerrahi veya travma öyküsü olan hastalar perineal ağrı, şişlik ve kızarıklık ile başvurduğunda FG ayırıcı tanıda ilk olarak akla gelmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Laucks SS 2nd. Fournier's gangrene. Surg Clin North Am; 1994 ;74(6):1339-52.
2. Fournier JA. Gangrene foudroyante de la verge. Medecin Pratique; 1883;4:589-97.
3. Addison WA, Livengood CH 3rd, Hill GB, Sutton GP, Fortier KJ. Necrotizing fasciitis of vulvar origin in diabetic patients. Obstet Gynecol; 1984;63(4):473-9.
4. Smith GL, Bunker CB, Dinneen MD. Fournier's gangrene. Br J Urol; 1998 ;81(3):347-55.
5. Clayton MD, Fowler JE Jr, Sharifi R, Pearl RK. Causes, presentation and survival of fifty-seven patients with necrotizing fasciitis of the male genitalia. Surg Gynecol Obstet; 1990 ;170(1):49-55.
6. Ahrenholz DH. Necrotizing soft-tissue infections. Surg Clin North Am; 1988;68(1):199-214.
7. Kuo C.-F., W.-S. Wang, C.-M. Lee, C.-P. Liu and H.-K. Tseng. 2007. Fournier's gangrene: ten-year experience in a medical center in northern Taiwan. J. Microbiol. Immunol. Infect; 40: 500-506.
8. Sorensen M.D., J.N. Krieger, F.P. Rivara, J.A. Broghammer, M.B. Klein, C.D. Mack and H. Wessells. 2009. Fournier's gangrene: population based epidemiology and outcomes. J. Urol; 181(5): 2120-2126.
9. Khalid A, Devakumar S, Huespe I, Kashyap R, Chisti I. A Comprehensive Literature Review of Fournier's Gangrene in Females. Cureus; 2023;15(5): e38953.
10. Vick R, Carson CC 3rd. Fournier's disease. Urol Clin North Am; 1999; 26:841-9.
11. Fadini, G.P.; Sarangdhar, M.; De Ponti, F.; Avogaro, A.; Raschi, E. Pharmacovigilance assessment of the association between Fournier's gangrene and other severe genital adverse events with SGLT-2 inhibitors. BMJ Open Diabetes Res. Care; 2019, 7, e000725.
12. Paty R, Smith AD. Gangrene and Fournier's gangrene. Urol Clin North Am; 1992 ;19(1):149-62.
13. Roberts DB, Hester LL Jr. Progressive synergistic bacterial gangrene arising from abscesses of the vulva and Bartholin's gland duct. Am J Obstet Gynecol; 1972;114(3):285-91.
14. Sutherland ME, Meyer AA. Necrotizing soft-tissue infections. Surg Clin North Am; 1994;74(3):591-607.
15. Misiakos EP, Bagias G, Patapis P, et al. Current concepts in the management of necrotizing fasciitis. Front Surg; 2014;1:36.
16. Ballard DH, Mazaheri P, Raptis CA, Lubner MG, Menias CO, Pickhardt PJ, Mellnick VM. Fournier Gangrene in Men and Women: Appearance on CT, Ultrasound, and MRI and What the Surgeon Wants to Know. Can Assoc Radiol J; 2020;71(1):30-39.
17. Hejase, M. J., Simonin, J. E., Bihrl, R., and Coogan, C. L. Genital Fournier's gangrene: Experience with 38 patients. Urology; 1996; 47: 734.
18. Benizri, E., Fabiani, P., Migliori, G., et al. Gangrene of the perineum. Urology; 1996; 47: 935.



19. Corcoran AT, Smaldone MC, Gibbons EP, Walsh TJ, Davies BJ: Validation of the Fournier's gangrene severity index in a large contemporary series. *J Urol*; 2008; 180:944-8.
20. Enriquez JM, Moreno S, Devesa M, Morales V, Platas A, Vicente E. Fournier's syndrome of urogenital and anorectal origin. A retrospective, comparative study. *Dis Colon Rectum*; 1987;30(1):33-7.
21. Chennamsetty A, Khourdaji I, Burks F, Killinger KA. Contemporary diagnosis and management of Fournier's gangrene. *Ther Adv Urol*; 2015;7(4):203-215.
22. Altunoluk B, Resim S, Efe E, Eren M, Can B, Kankilic N, et al. Fournier's gangrene: conventional dressings versus dressings with Dankin's solution. *ISRN Urol*; 2012: 762340.
23. Haidari M, Nazer MR, Ahmadinejad M, Almasi V, Khorramabadi MS, Pournia Y. Honey in the treatment of Fournier's gangrene as an adjuvant: a cross sectional study. *J Pak Med Assoc*; 2014;64(5):571-573.
24. Hollabaugh, R. S., Jr., Dmochowski, R. R. Hickerson, W. L., and Cox, C. E. Fournier's gangrene: Therapeutic impact of hyperbaric oxygen. *Plast. Reconstr. Surg*; 1998; 101: 94.
25. Yılmazlar T, Işık Ö, Öztürk E, Özer A, Gülcü B, Ercan İ: Fournier's gangrene: review of 120 patients and predictors of mortality. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*; 2014; 20:333-7.
26. Aslanidis T, Myrou A, Giannakou-Peftoulidou M: Management of a young female patient with Fournier's gangrene and Lemierre's syndrome. *Pan Afr Med J*; 2014;18:275.
27. Nieman DC, Henson DA, Nehlsen-Cannarella SL, et al. Influence of obesity on immune function. *J Am Diet Assoc*; 1999; 99:294-9.
28. Laor E, Palmer LS, Tolia BM, Reid RE, Winter HI. Outcome prediction in patients with Fournier's gangrene. *J Urol*; 1995;154(1):89-92.
29. Stephens BJ, Lathrop JC, Rice WT, Gruenberg JC. Fournier's gangrene: historic (1764-1978) versus contemporary (1979-1988) differences in etiology and clinical importance. *Am Surg*; 1993;59(3):149-54.
30. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. *Br J Surg*; 2000 ;87:718-728.
31. Shyam DC, Rapsang AG. Fournier's gangrene. *Surgeon*; 2013;11:222-32.
32. Sutherland ME, Meyer AA. Necrotizing soft-tissue infections. *Surg Clin North Am*; 1994 ; 74(3):591-607.
33. Demir CY, Yuzkat N, Ozsular Y, Kocak OF, Soyalp C, Demirkiran H. Fournier Gangrene: Association of Mortality with the Complete Blood Count Parameters. *Plast Reconstr Surg*; 2018; 142(1):68e-75e.

## GEBELİKTE GÖRÜLEN SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİ OLGUSU VE YÖNETİMİ

Emin Levent AKSOY<sup>1</sup>

### |GİRİŞ

Aritmiler, yapısal kalp hastalığı olan ve olmayan kadınlarda gebelik sırasında karşılaşılan en yaygın kardiyak komplikasyondur [1-3]. Aritmiler ilk kez gebelik sırasında ortaya çıkabilir ya da gebelik, öncesinde aritmisi olan hastalarda alevlenmeleri tetikleyebilir (1,4,5). Yerleşik aritmisi veya yapısal kalp hastalığı olan kadınlar, gebelik sırasında aritmi görülme açısından en yüksek risk grubundadır. Ek olarak, doğumsal kalp hastalığı olan doğurganlık çağındaki kadın hastaların sayısında, cerrahi gelişmeler ve doğuştan kalp hastalığı olan yetişkinlerin bakımındaki gelişmeler nedeniyle bir artış olmuştur ve bunlar özellikle yüksek aritmi riski altındadır(1,2,6-7). Bu nedenle, aritmi ile başvuran herhangi bir gebe, yapısal kalp hastalığı kanıtını değerlendirmek için öykü ve kardiyak muayene, elektrokardiyogram (EKG) ve transtorasik ekokardiyogram içerecek şekilde klinik olarak değerlendirilmelidir. Supraventriküler taşikardi (SVT), hastaların büyük çoğunluğunda ya atriyoventriküler (AV) düğüm içinde yeniden giriş ya da açık veya gizli bir aksesuar yolun kullanılmasının neden olduğu bir taşikardiyi tanımlar.

Genel olarak gebelikte ritim bozukluklarının tedavisine yaklaşım gebe olmayan hastadakine benzerdir. Bununla birlikte, antiaritmik ilaçların fetüs üzerindeki teorik veya bilinen olumsuz etkileri nedeniyle, antiaritmik ilaçlar genellikle klinik olarak anlamlı semptomlar veya hemodinamik bozulma ile ilişkili aritmilerin tedavisinde kullanılmalıdır (8-10) . Randomize çalışmaların olmaması

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, eminleventaksoy@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-4862-1231



mil arasında benzer etkinlik olduğunu göstermiştir (31). Propranolol ve metoprolol sıklıkla kullanılır, ancak beta blokerlerin potansiyel fetal risklerinin, özellikle intrauterin büyüme geriliği riskinin anneyle tartışılması gerekir (29) Atenolol aritmi tedavisinde kullanılmamalıdır. Gebelik SVT'yi şiddetlendirebileceğinden, tekrarlayan SVT'si olan ve gebe kalmayı planlayan semptomatik hastalarda radyofrekans kateter ablasyonu önerilmektedir (7). Malign, ilaca dirençli aritmileri olan hastalarda, seçilmiş vakalarda gebelik sırasında radyofrekans kateter ablasyonu bir seçenek olabilir (7,9,32). Genel olarak SVT için antikoagülasyon tedavisi endike değildir.

## SONUÇ

Sonuç olarak yapısal olarak normal kalpleri olan gebe hastalarda, AVRT ve AV-re-siprokan taşikardi dâhil olmak üzere SVT, en sık görülen aritmidir. SVT'nin yönetimi AV düğüm bloke edici ajanlarla gerçekleştirilir. Hemodinamik bozulma belirginse, doğru akım (DC) kardiyoversiyon yapılmalıdır.

Hasta kimlik bilgileri saklanması koşulu ile klinik bilgilerinin kullanılmasına izin verdi.

## KAYNAKLAR

1. Siu SC, Sermer M, Colman JM, et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. *Circulation* 2001; 104:515.
2. Drenthen W, Pieper PG, Roos-Hesselink JW, et al. Outcome of pregnancy in women with congenital heart disease: a literature review. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49:2303.
3. Drenthen W, Boersma E, Balci A, et al. Predictors of pregnancy complications in women with congenital heart disease. *Eur Heart J* 2010; 31:2124.
4. Lee SH, Chen SA, Wu TJ, et al. Effects of pregnancy on first onset and symptoms of paroxysmal supraventricular tachycardia. *Am J Cardiol* 1995; 76:675.
5. Silversides CK, Harris L, Haberer K, et al. Recurrence rates of arrhythmias during pregnancy in women with previous tachyarrhythmia and impact on fetal and neonatal outcomes. *Am J Cardiol* 2006; 97:1206.
6. Siu SC, Sermer M, Harrison DA, et al. Risk and predictors for pregnancy-related complications in women with heart disease. *Circulation* 1997; 96:2789.
7. Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E, et al. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2020; 41:655.
8. Joglar JA, Page RL. Treatment of cardiac arrhythmias during pregnancy: safety considerations. *Drug Saf* 1999; 20:85.





9. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J* 2018; 39:3165.
10. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J* 2021; 42:373.
11. Cox JL, Gardner MJ. Treatment of cardiac arrhythmias during pregnancy. *Prog Cardiovasc Dis* 1993; 36:137.
12. Silversides CK, Harris L, Haberer K, et al. Recurrence rates of arrhythmias during pregnancy in women with previous tachyarrhythmia and impact on fetal and neonatal outcomes. *Am J Cardiol* 2006; 97:1206.
13. Li JM, Nguyen C, Joglar JA, et al. Frequency and outcome of arrhythmias complicating admission during pregnancy: experience from a high-volume and ethnically-diverse obstetric service. *Clin Cardiol* 2008; 31:538.
14. Chang SH, Kuo CF, Chou IJ, et al. Outcomes Associated With Paroxysmal Supraventricular Tachycardia During Pregnancy. *Circulation* 2017; 135:616.
15. Tawam M, Levine J, Mendelson M, et al. Effect of pregnancy on paroxysmal supraventricular tachycardia. *Am J Cardiol* 1993; 72:838.
16. Smith WM, Gallagher JJ, Kerr CR, et al. The electrophysiologic basis and management of symptomatic recurrent tachycardia in patients with Ebstein's anomaly of the tricuspid valve. *Am J Cardiol* 1982; 49:1223.
17. Gleicher N, Meller J, Sandler RZ, Sullum S. Wolff-Parkinson-White syndrome in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 58:748.
18. Widerhorn J, Widerhorn AL, Rahimtoola SH, Elkayam U. WPW syndrome during pregnancy: increased incidence of supraventricular arrhythmias. *Am Heart J* 1992; 123:796.
19. Kounis NG, Zavras GM, Papadaki PJ, et al. Pregnancy-induced increase of supraventricular arrhythmias in Wolff-Parkinson-White syndrome. *Clin Cardiol* 1995; 18:137.
20. Murphy JJ, Hutchon DJ. Incessant atrial tachycardia accelerated by pregnancy. *Br Heart J* 1992; 68:342.
21. Treacle K, Kostic B, Hulkower S. Supraventricular tachycardia resistant to treatment in a pregnant woman. *J Fam Pract* 1992; 35:581.
22. Elkayam U, Goodwin TM. Adenosine therapy for supraventricular tachycardia during pregnancy. *Am J Cardiol* 1995; 75:521.
23. Ghosh N, Luk A, Derzko C, et al. The acute treatment of maternal supraventricular tachycardias during pregnancy: a review of the literature. *J Obstet Gynaecol Can* 2011; 33:17.
24. Jaqueti J, Martinez-Hernández D, Hernández-García R, et al. Adenosine deaminase in pregnancy serum. *Clin Chem* 1990; 36:2144.
25. Mariani PJ. Pharmacotherapy of pregnancy--related SVT. *Ann Emerg Med* 1992; 21:229.
26. Page RL, Joglar JA, Caldwell MA, et al. 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 2016; 67:e27.
27. Byerly WG, Hartmann A, Foster DE, Tannenbaum AK. Verapamil in the treatment of maternal paroxysmal supraventricular tachycardia. *Ann Emerg Med* 1991; 20:552.
28. Halpern DG, Weinberg CR, Pinnelas R, et al. Use of Medication for Cardiovascular Disease During Pregnancy: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol* 2019; 73:457.



29. Bateman BT, Heide-Jørgensen U, Einarsdóttir K, et al.  $\beta$ -Blocker Use in Pregnancy and the Risk for Congenital Malformations: An International Cohort Study. *Ann Intern Med* 2018; 169:665.
30. Briggs GC, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation*, 8th ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2008.
31. Winniford MD, Fulton KL, Hillis LD. Long-term therapy of paroxysmal supraventricular tachycardia: a randomized, double-blind comparison of digoxin, propranolol and verapamil. *Am J Cardiol* 1984; 54:1138.
32. Szumowski L, Szufiadowicz E, Orczykowski M, et al. Ablation of severe drug-resistant tachyarrhythmia during pregnancy. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2010; 21:877.

## İNTRAUTERİN İNTERERRUPTED AORTİK ARK TESPİT EDİLEN OLGU SUNUMU

Emre YALÇIN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Konjenital kalp hastalığı, kalpte veya kalbin yanındaki kan damarlarında anormal bir oluşumdan dolayı meydana gelen hastalıklardır. Dünya genelinde her 1000 canlı doğumda 8 vaka görülme sıklığına sahiptir.(1) Dünyada doğuştan kalp hastalığı tüm yenidoğan ölümlerinin yaklaşık %4,5'ini temsil etmektedir. Konjenital kalp hastalığı olan hastaların hayatta kalma oranı hastalığın ciddiyetine, teşhis zamanına ve tedaviye bağlıdır. Kritik olmayan bir doğumsal kalp hastalığı ile doğan bebeklerin yaklaşık %97'sinin bir yaşına kadar, yaklaşık %95'inin ise 18 yaşına kadar yaşaması beklenmektedir.

İnterrupted aortik ark (İAA) nadir görülen bir doğumsal kalp hastalığı türüdür ve doğumsal kalp hastalığı olan hastaların yaklaşık %1,5'ini etkilemektedir.(2) İnterrupted aortik ark kesintili ark demektir ve aort koarktasyonunun en şiddetli şekli olarak kabul edilebilecek bir anomalidir.(5) İAA'da, çıkan ve inen aort arasında anatomik ve lüminal bir bozulma vardır ve aort kavşına ait asendan ve desendan aort arasında anatomik kesinti veya atrezi mevcudiyeti olarak tanımlanmaktadır. İAA duktusa bağımlı bir lezyondur, çünkü kan akışının bozulmanın distalindeki yerlere gidebilmesinin tek yolu budur. Ventriküler septal defekt sıklıkla olgulara eşlik etmektedir. Bu lezyon tüm vakaların yaklaşık %73'ünde mevcuttur. Bu yanlış hizalanma nedeniyle sol ventrikül çıkış yolu tıkanıklığı olabilir. Ventriküler septal defektin yanı sıra, İAA büyük arterlerin transpozisyonu, trunkus arteriyozus, aortopulmoner pencere, tek ventrikül, aort

<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi, Balçalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Perinatoloji Kliniği, dremreyalcin23@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-7088-6749



## KAYNAKLAR

1. Hu XJ, Ma XJ, Zhao QM, Yan WL, Ge XL, Jia B, Liu F, Wu L, Ye M, Liang XC, Zhang J, Gao Y, Zhai XW, Huang GY. Pulse Oximetry and Auscultation for Congenital Heart Disease Detection. *Pediatrics*. 2017 Oct;140(4) [PubMed]
2. Varghese R, Saheed SB, Omoregbee B, Ninan B, Pavithran S, Kothandam S. Surgical Repair of Interrupted Aortic Arch and Interrupted Pulmonary Artery. *Ann Thorac Surg*. 2015 Dec;100(6):e139-40. [PubMed]
3. Schreiber C, Mazzitelli D, Haehnel JC, Lorenz HP, Meisner H. The interrupted aortic arch: an overview after 20 years of surgical treatment. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1997 Sep;12(3):466-9; discussion 469-70. [PubMed]
4. Sato S, Akagi N, Uka M, Kato K, Okumura Y, Kanazawa S. Interruption of the aortic arch: diagnosis with multidetector computed tomography. *Jpn J Radiol*. 2011 Jan;29(1):46-50. [PubMed]
5. Mendoza Díaz PM, Herrera Gomar M, Rojano Castillo J. Interrupted Aortic Arch in an Adult and Myocardial Infarction. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016 Feb;69(2):212. [PubMed]
6. Volpe P, Tuo G, De Robertis V, et al. Fetal interrupted aortic arch: 2D-4D echocardiography, associations and outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;35:302-309.
7. Sklansky MS, Berman DP, Pruetz JD, Chang RK. Prenatal screening for major congenital heart disease: superiority of outflow tracts over the 4-chamber view. *J Ultrasound Med* 2009;28:889-899.
8. Lee MY, Won HS, Baek JW, et al. Variety of prenatally diagnosed congenital heart disease in 22q11.2 deletion syndrome. *Obstet Gynecol Sci* 2014;57:11-16
9. Tezcan O, Güçlü O, Yazıcı S, et al. 14 years' experience of congenital heart disease in our cardiovascular clinic. *Dicle Med J* 2014;41:479-482

## SPONTAN KARIN İÇİ KANAMA İLE KOMPLİKE OLAN ON DÖRT HAFTALIK SEZARYEN SKAR GEBELİĞİ

Erdoğan GÜL<sup>1</sup>

### | GİRİŞ

Sezaryen skar gebeliği (CSP), gebelik kesesinin önceki sezaryen insizyonuna implante olduğu bir ektopik gebelik şeklidir. CSP insidansı tüm sezaryen gebeliklerinde 1/1800 ile 1/2500 arasında değişmektedir (1, 2). Vajinal kanama, anormal plasantasyon ve uterus rüptürü gibi komplikasyonlara yol açabileceğinden, bu nadir hastalıkta erken tanı ve tedavi çok önemlidir (1).

### | VAKA TAKDİMİ

32 yaşında, gravidası 6, paritesi 4 olan gebe kadın vajinal kanama ve karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Öyküsünde daha önce 4 kez sezaryen olduğu ve 7 haftalık gebelikte sezaryen skar gebeliği tanısı konulduğu öğrenildi. Tedavi seçenekleri hasta ile tartışıldı ancak hasta dini nedenlerden dolayı tedaviyi reddetti. Hasta 14. gebelik haftasında vajinal kanama ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede minimal vajinal kanama dışında herhangi bir sorun yoktu. Abdominal ultrasonografide fetal kardiyak aktivitesi pozitif olan 14 haftalık bir fetüs görüldü; ayrıca 15x25 mm subkoryonik hematoma ve total plasenta previa kaydedildi. Hasta abortus imminens ve plasenta previa tanılarını ile hastaneye yatırıldı. Yatışta hastanın kan basıncı 100/60 mm Hg ve kalp hızı dakikada 80 atımdı.

Birkaç saat sonra karın ağrısının şiddeti arttı. Muayenede akut batın tanısı kondu ve abdominal ultrasonografide Douglas ve Morrison keselerinde kanla uyumlu serbest sıvı gözlemlendi; ancak uterus konturu düzenliydi. Laboratuvar

<sup>1</sup> Op. Dr., Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, erdogan\_gul\_23@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-1517-3823



## SONUÇ

Hastamız yedinci gebelik haftasında sezaryen skar gebeliği tanısı aldı ve 14. gebelik haftasında karın içi kanama geçirdi. Literatürde gözlem tedavisi sonrası histerektomi oranı CSP'de yüksektir ancak biz erken gebelikte fertilitte koruyucu cerrahi uyguladık.

## KAYNAKLAR

1. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA: Thediagnosis, treatmentandfollow-up of cesareanscarpregnancy. *Am J ObstetGynecol* 2012, 207(1):44 e41-13.
2. Parker VL, Srinivas M: Non-tubaectopicpregnancy. *ArchGynecolObstet* 2016, 294(1):19-27.
3. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, Vintzileos A, Viscarello R, Al-Khan A, Zamudio S, Mayberry P, Cordoba MM, Dar P: Cesareanscarpregnancy is a precursor of morbidlyadherentplacenta. *UltrasoundObstetGynecol* 2014, 44(3):346-353.
4. Jayaram P, Okunoye G, Al Ibrahim AA, Ghani R, Kalache K: Expectantmanagement of caesareanscarectopicpregnancy: a systematicreview. *J PerinatMed* 2017.
5. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ: First-trimesterdiagnosilandmanagement of pregnanciesimplantedintotheloweruterinesegmentCesareansectionsar. *UltrasoundObstetGynecol* 2003, 21(3):220-227.
6. Timor-Tritsch IE, Khatib N, Monteagudo A, Ramos J, Berg R, Kovacs S: Cesareanscarpregnancies: experience of 60 cases. *J UltrasoundMed* 2015, 34(4):601-610.
7. Cali G, Timor-Trisch IE, Palacios-Jaraquemada J, Monteagudo A, Buca D, Forlani F, Familiari A, Scambia G, Acharya G, D&#39;Antonio F: Outcome of Cesareanscarpregnancy: a systematicreviewand meta-analysis. *UltrasoundObstetGynecol* 2017.
8. Tahaoglu AE, Dogan Y, Bakir MS, Bagli I, Peker N, Cavus Y, Togrul C, Tahaoglu Z. A single-centre&#39;s experience of caesareanscarpregnancyandproposal of a managementalgorithm. *J Obstet Gynaecol*.2019;39:259-264.
9. Singh K, Soni A, Rana S: Rupturedectopicpregnancy in caesareansectionsar: a casereport. *Case RepObstetGynecol* 2012, 2012:106892.
10. Hong SC, Lau MS, Yam PK: Ectopicpregnancy in previousCaesareansectionsar. *Singapore-Med J* 2011, 52(6):e115-117.
11. Ulkumen BA, Pala HG, Baytur Y: Acute abdomen andmassivehemorrhageduetoplacentalpercretaleadingtospontaneousuterinerupture in thesecondtrimester. *SaudiMed J* 2014, 35(9):1131-1132.
12. Roca LE, 2nd, Hoffman MC, Gaitan LF, Burkett G: Placentalpercretamasquerading as an acute abdomen. *ObstetGynecol* 2009, 113(2 Pt 2):512-514.

PELVİK KİTLELERİN AYIRICI TANISINDA NADİR BİR  
OLGU: CASTLEMAN HASTALIĞIFatih KILIÇ<sup>1</sup>

## |GİRİŞ

Castleman Hastalığı (CH) ilk kez 1954 yılında tanımlanan, nadir görülen, lenfoproliferatif bir hastalıktır (1). Bu hastalık literatürde anjiofolliküler lenf nodu hiperplazisi, folliküller lenforetikuloma veya lenf nodu hamartomu olarak da adlandırılmıştır. İlk tanımlanan olgu mediastinal bölgede lokalize lenfadenopati ile birlikte olan unisentrik Castleman Hastalığıdır (UCH). Gaba ve ark. 1978 yılında, histopatolojik olarak CH'ye benzeyen, aksiller ve retroperitoneal lenfadenopatinin eşlik ettiği ilk multisentrik Castleman Hastalığı (MCH) olgusunu tanımlamışlardır (2).

CH klinik özelliklerine göre unisentrik ve multisentrik olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Hastalığın etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte otoimmü-nite, neoplastik süreçler ve viral enfeksiyonlar suçlanmaktadır. Lenfatik sistemin olduğu herhangi bir yerde hastalık tespit edilebilir. Yerleşim yeri, olguların yaklaşık %70'inde mediasten, %15'inde intraabdominal bölgededir. Retroperitoneal yerleşim ise yaklaşık %7'dir (3). CH'de kitleler preoperatif dönemde sıklıkla malign tümörlerle karışabilmektedir.

Bu yazıda, erişkin kadın hastada maligniteyi taklit eden pelvik retroperitoneal bölge yerleşimli Hyalin-vasküler tip Castleman Hastalığı olgusunu sunuyoruz.

1 Uzm. Dr., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği,  
drfatihkiliç@hotmail.com, ORCID iD 0000-0002-7333-4883



zeksiyondur (13). UCH benign bir hastalık olmasına rağmen kitlenin cerrahi eksizyonu her zaman kolay değildir. Özellikle retroperiton yerleşimli kitlelerde, hipervaskülerite ve büyük damarlara fibröz dens adezyonlarla yapışıklık olabileceğinden cerrahi zor olabilir. Ek terapötik yöntemler olarak yüksek dozlarda kortikosteroidler, radyasyon, kemoterapi ve immünsüpresif tedaviler kullanılabilir. Bu tedaviler daha çok MCH'de kullanılırken UCH'de sıklıkla ihtiyaç olmaz.

Tam rezeke edilen UCH olgularında beş yıllık sağkalım oranı % 100'dür (14). Nüksler nadiren bildirilmiştir. Nükslerin eksik yapılan cerrahi rezeksiyon veya gözden kaçırılmış lenf nodları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. UCH olgularında takiplerde nadir de olsa malignite gelişme ihtimali vardır (15). Fizik muayene ve görüntüleme yılda bir tekrarlanmalıdır. Takiplerinde 5 yıl içinde nüks gelişmeyen olgularda görüntüleme bırakılabilir.

## | SONUÇ

Nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen, retroperitoneal olarak lokalize solid kitle ile başvuran hastalar için UCH akılda tutulmalıdır. Görüntüleme bulguları ve semptomları hastalık için spesifik olmadığından preoperatif tanı zordur. Hastalara ameliyat öncesi doğru bir değerlendirme yapmak, gereksiz yapılacak riskli ve kapsamlı ameliyatları önleyecektir.

## | KAYNAKLAR

1. Castleman B, Towne VW. Case records of the Massachusetts General Hospital: Case No. 40231. *The New England journal of medicine*. 1954;250(23):1001-1005.
2. Gaba AR, Stein RS, Sweet DL, Variakojis D. Multicentric giant lymph node hyperplasia. *American journal of clinical pathology*. 1978;69(1):86-90.
3. Bonekamp D, Horton KM, Hruban RH, Fishman EK. Castleman disease: the great mimic. *Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc*. 2011;31(6):1793-1807.
4. Munshi N, Mehra M, van de Velde H, Desai A, Potluri R, Vermeulen J. Use of a claims database to characterize and estimate the incidence rate for Castleman disease. *Leukemia & lymphoma*. 2015;56(5):1252-1260.
5. Testas P, Pigne A, Voinnesson A, Vieillefond A, Paillas J. [Angiofollicular lymphoid hyperplasia (Castleman's disease). First case of meso-sigmoid localisation (author's transl)]. *Chirurgie; memoires de l'Academie de chirurgie*. 1980;106(2):156-160.
6. Chan KL, Lade S, Prince HM, Harrison SJ. Update and new approaches in the treatment of Castleman disease. *Journal of blood medicine*. 2016;7:145-158.
7. Sato A. Castleman's disease in the pelvic retroperitoneum: A case report and review of the Japanese literature. *International journal of surgery case reports*. 2013;4(1):19-22.





8. Talat N, Belgaumkar AP, Schulte KM. Surgery in Castleman's disease: a systematic review of 404 published cases. *Annals of surgery*. 2012;255(4):677-684.
9. Dong Y, Wang M, Nong L, Wang L, Cen X, Liu W, et al. Clinical and laboratory characterization of 114 cases of Castleman disease patients from a single centre: paraneoplastic pemphigus is an unfavourable prognostic factor. *British Journal of Haematology*. 2015;169(6):834-842.
10. Shimokihara K, Kawahara T, Kasahara R, Kasuga J, Sugiura S, Tajiri R, et al. Retroperitoneal Castleman's Disease. *Case reports in oncology*. 2019;12(3):885-889.
11. Soumerai JD, Sohani AR, Abramson JS. Diagnosis and management of Castleman disease. *Cancer control : journal of the Moffitt Cancer Center*. 2014;21(4):266-278.
12. Takihara H, Yamakawa G, Baba Y, Takahashi M, Ishihara T. Castleman disease. Unusual retroperitoneal location indistinguishable from malignant tumor in preoperative angiographic appearance. *Urology*. 1993;41(2):162-164.
13. Bejjani J, Lemieux B, Garipey G, Younan R. Complete anemia reversal after surgical excision of mesenteric hyaline-vascular unicentric Castleman disease. *Canadian journal of surgery Journal canadien de chirurgie*. 2009;52(5):E197-198.
14. Shahidi H, Myers JL, Kvale PA. Castleman's disease. *Mayo Clinic proceedings*. 1995;70(10):969-977.
15. Somdas MA, Ketenci I, Bicer S, Senturk M, Guney E. Castleman's disease as an unusual neck mass: case report. *The Annals of otology, rhinology, and laryngology*. 2004;113(6):459-461.

SEZARYEN SONRASI REST PLASENTA OLGULARI  
VE YÖNETİMİİlknur Merve AYZOĞLU<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Sezaryen oranları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'ne göre kabul edilebilir sınır olan % 10-15' i geçerek, son verilerde % 21'lere kadar yükselmiştir (1). Ülkemizde de buna benzer olarak artmış sezaryen oranları nedeni ile sezaryen komplikasyonlarının görülme sıklığında artış görülmesi muhtemeldir.

Doğumu takiben plasenta ve eklerinin uterin kavitede kalması olarak tanımlanan rest plasenta; fetüs ve plasentanın doğurtulması sonrasında kavitenin el ile kontrolüne imkan sağlaması açısından sezaryen ile doğum yapan hastalarda sık görülen bir durum değildir. Bununla birlikte ortaya çıktığında hem klinik hem de medikolegal açıdan yönetimine dikkat edilmesi gereken bir komplikasyon olması nedeni ile postpartum kanamada dışlanmalıdır.

Bu yazımızda primer sezaryen sonrası farklı klinik bulgularla gelip rest plasenta tanısı alan iki olgunun yönetimi ile ilgili bilgi vermeyi amaçlıyoruz.

## | VAKA TAKDİMİ

38 yaşında, daha önce bir vajinal doğumu olan hasta, ilerlemeyen eylem nedeni ile 2 ay önce sezaryenle doğum yapmış olup, doğumdan beri devam eden vajinal kanama şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Spekulum muayenesinde lekelenme şeklinde vajinal kanama izlenen hastanın ultrasonografisinde; endometriumda 49x43 mm hiperekojen alan izlendi, rest plasenta ön tanısı ile ya-

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., ilknurmervekazaz@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-0874-7080



likasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Erken dönemde tespit edildiğinde ve invazyon anomalisi olmadığında yönetimi daha kolay iken geç dönem başvuru- rularında veya invazyon anomalisi varlığında yönetimi daha uzun ve çetrefilli olabilmektedir. Sezaryen sonrası kontrol muayenelerinde rest plasenta açısından ultrason ile kavitenin kontrol edilmesi tanıda gecikmeyi önleyerek yönetimini kolaylaştırabilir.

## KAYNAKLAR

1. WHO. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access; 2021. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
2. Hoveyda F, MacKenzie IZ. Secondary postpartum haemorrhage: incidence, morbidity and current management. *BJOG*. 2001; 108: 927–930. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00230.x> PMID: 11563461
3. Boyd BK, Katz VL, Hansen WF. Delayed postpartum hemorrhage: a retrospective analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 1995; 4: 19–23.
4. Dossou M, Debost-Legrand A, Dechelotte P, Lemery D, Vendittelli F. Severe secondary postpartum hemorrhage: a historical cohort. *Birth*. 2015; 42: 149–155. <https://doi.org/10.1111/birt.12164> PMID: 25867033
5. Levinsohn-Tavor O, Feldman N, Svirsky R, Smorgick N, Nir-Yoffe A, Maymon R. Ultrasound criteria for managing postpartum patients with suspicion of retention of conception products. *Acta Radiol*. 2020 Feb;61(2):276-281. doi: 10.1177/0284185119855185. Epub 2019 Jun 25. PMID: 31237770.
6. Akiba N, Iriyama T, Nakayama T, Seyama T, Sayama S, Kumasawa K, Komatsu A, Yabe S, Nagamatsu T, Osuga Y, Fujii T. Ultrasonographic vascularity assessment for predicting future severe hemorrhage in retained products of conception after second-trimester abortion. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021 Feb;34(4):562-568. doi: 10.1080/14767058.2019.1610739. Epub 2019 Apr 29. PMID: 31006292.
7. Klingberg-Allvin M, Cleeve A, Atuhairwe S, Tumwesigye NM, Faxelid E, Byamugisha J, Gemzell-Danielsson K. Comparison of treatment of incomplete abortion with misoprostol by physicians and midwives at district level in Uganda: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*. 2015 Jun 13;385(9985):2392-8. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61935-8. Epub 2015 Mar 27. PMID: 25817472.
8. Rein DT, Schmidt T, Hess AP, Volkmer A, Schöndorf T, Breidenbach M. Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue is superior to ultrasound-guided curettage. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011 Nov-Dec;18(6):774-8. doi: 10.1016/j.jmig.2011.08.003. PMID: 22024264.
9. Huchon C, Driouche H, Koskas M, Agostini A, Bauville E, Bourdel N, Fernandez H, Fritel X, Graesslin O, Legendre G, Lucot JP, Panel P, Raiffort C, Giraudet G, Bussi eres L, Fauconnier A. Operative Hysteroscopy vs Vacuum Aspiration for Incomplete Spontaneous Abortion: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2023 Apr 11;329(14):1197-1205. doi: 10.1001/jama.2023.3415. PMID: 37039805; PMCID: PMC10091175.
10. Akar B. , alışkan E. Plasenta retansiyonlu olgularında histeroskopik yaklaşım ve takip sonuçları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2022; 19(3): 1406-1411.

## NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: POSTPARTUM DÖNEMDE GÖRÜLEN PYODERMA GANGRENOZUM

Merve KESKİN PAKER<sup>1</sup>  
Hilal USLU YUVACI<sup>2</sup>

### | GİRİŞ

Pyoderma gangrenosum (PG), enfeksiyöz nedenler olmadan, nötrofilik infiltrasyonun görüldüğü, ağrılı, hızlı ilerleyen ülserlerle karakterize nadir, otoinflamatuar bir cilt hastalığıdır. PG'un nedeni tam olarak bilinmemekle beraber; nötrofilik infiltrasyonun, patogeneizde sorumlu olduğu düşünülmektedir. Lezyonlar spontan olarak ortaya çıkabileceği gibi cerrahi ya da minör travma sonrası da görülebilmektedir. Tedavisinde ilk seçenek yüksek doz sistemik kortikosteroidlerdir. Hafif olgularda topikal kortikosteroidler kullanılabilir. Dirençli hastalarda ise immünsüpresif ilaçlar denenmektedir. Bir dışlama teşhisi olduğu için tanı testi yoktur. Hastalık tanınmazsa hızla daha da kötüleşebilmektedir. Bu sunuda postpartum dönemde yara yeri enfeksiyonu olarak takip edilen ve sonrasında PG tanısı alan bir olgunun tanı ve yönetimini sunmayı amaçladık.

### | VAKA TAKDİMİ

36 yaşında G2, P2 olan hasta kliniğimize dış merkezde üç gün önce yapılan sezeryan sonrası yara yerinde akıntı ve ağrı yakınması ile başvurdu. Alınan ayrıntılı anamnezinde sistemik bir hastalığı, ilaç kullanım öyküsü olmadığı, gebelik döneminde herhangi bir komplikasyonun gelişmediği öğrenildi. Hasta yara

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., mervepaker@sakarya.edu.tr, ORCID iD: 0000-0003-4796-0909

<sup>2</sup> Doç. Dr., Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., hilaly@sakarya.edu.tr, ORCID iD: 0000-0001-8067-3165



yen ve antibiyotiklere yanıt vermeyen veya antibiyotiklerle kötüleşen hastalarda PG tanısı akla getirilmelidir. Bu durumlarda lezyonlardan cilt biyopsileri alınmalıdır. Çünkü diğer tanıları, özellikle enfeksiyonu dışlamak önemlidir. Spesifik olmamasına rağmen PG'nin histopatolojisi önemlidir. Bizim olgumuzda antibiyotik tedavisine ve yara debridmanına rağmen yara yerinin ve kliniğin kötüleşmesi üzerine PG' dan şüphelenilmiş ve cilt biyopsileri yapılmıştır.

Tedavide amaç inflamasyonu kontrol etmek, ağrıyı azaltmak, yara iyileşmesini optimize etmektir. Hem yara bakımı, hem lokal ve/veya sistemik tedavi uygulanmalıdır. İlk seçenek yüksek doz sistemik kortikosteroidlerdir. Hafif olgularda topikal kortikosteroidler kullanılabilir. Dirençli hastalarda ise immünsüpresif ilaçlar denenmektedir. Bir dışlama teşhisi olduğu için tanı testi yoktur ve hastalık tanınmazsa hızla daha da kötüleşebilmektedir. Olgumuzda da biyopsi sonrası başlanan kortikosteroid tedavisi ile dramatik olarak iyileşme sağlanmıştır.

## SONUÇ

Postoperatif dönemde; ağrılı ve hızlı gelişen nekrotik ülserlerle karakterize, rutin yara yeri bakımı ve antibiyoterapi ile düzelmeyen, kültür sonuçları negatif olan hastalarda pyoderma gangrenozum akla getirilmelidir. Multidisipliner yaklaşımla erken tanı ve tedavisinin skar dokusunun sınırlandırılması için çok önemli olduğu unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Brunsting AL, Goeckerman WH, O'Leary PA. Pyoderma gangrenosum: clinical and experimental observation in five cases occurring in adults. *Arch Dermatol Syphilol*, 1930; 22: 655-680.
2. Binus AM, Qureshi AA, Li VW, Winterfield LS. Pyoderma gangrenosum: a retrospective review of patient characteristics, comorbidities and therapy in 103 patients. *Br J Dermatol*. 2011; 165(6): 1244-1250.
3. Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma gangrenosum: an updated review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009; 23(9): 1008-1017.
4. JL Bologna, JL Jorizzo, RP Rapini, eds. *Pyoderma gangrenosum*. *Dermatology*. London, UK: Mosby, 2003; 1: 415-418.
5. Tuffaha S.H., Sarhane K.A., Mundinger G.S., Broyles J.M., Reddy S.K., Azoury S.C. Pyoderma gangrenosum after breast surgery: diagnostic pearls and treatment recommendations based on a systematic literature review. *Ann. Plast. Surg*. 2016;77:e39-44.
6. Galeazzi M, Gasbarrini G, Ghirardello A, et al. Autoinflammatory syndromes. *Clin Exp Rheumatol* 2006 Feb; 24 (1 Suppl. 40): S79-85



7. Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG, et al. Pyoderma gangrenosum: an updated review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009 Sep; 23 (9): 1008-17
8. Weenig RH, Davis MDP, Dahl PR, et al. Skin ulcers misdiagnosed as pyoderma gangrenosum. *N Engl J Med* 2002 Oct 31; 347 (18): 1412-8
9. Oka M, Berking C, Nesbit M, et al. Interleukin-8 overexpression is present in pyoderma gangrenosum ulcers and leads to ulcer formation in human skin xenografts. *Lab Invest* 2000 Apr; 80 (4): 595-604
10. al-Rimawi HS, Abuekteish FM, Daoud AS, et al. Familial pyoderma gangrenosum presenting in infancy. *Eur J Pediatr* 1996 Sep; 155 (9): 759-62
11. Kluin-Nelemans JC, Ramselaar CG. Hepatic abscesses, pyoderma gangrenosum-like dermatitis and IgA immune complexes; a presentation of chronic granulomatous disease in an adult. *Neth J Med* 1982; 25 (4): 100-4
12. Conrad C, Trüeb RM. Pyoderma gangrenozum. *J Dtsch Dermatol Ges* 2005 ; 3 : 334 – 342.
13. Nguyen KH, Miller JJ, Helm KF. Case reports and a review of the literature on ulcers mimicking pyoderma gangrenosum. *Int J Dermatol* 2003 Feb; 42 (2): 84-94

## UNİLATERAL TUBAOVARYAN AGENEZİ VE KONTRALATERAL TUBAOVARYAN TORSİYON, VAKA SUNUMU

Mehmet Faruk ÖLÇENOĞLU<sup>1</sup>

Merve ÖLÇENOĞLU<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Konjenital tubaovaryan agenezi oldukça nadir görülen, etyolojisi hala net olarak bilinmeyen bir durumdur. Fetal veya erken neonatal yaşam sırasında gelişim ile ilgili bir kusur veya over pedinkülünün torsiyona bağlı nekrozu sonucu ilgili overin, iskemiye uğraması ve ardından atreziye uğraması bilinen etiyojiler arasındadır. Bu hastaların fertilitite oranlarının düşük olduğu ve daha önce tespit edilemeyen bu anormalliklerin ilerleyen yıllarda infertiliteye sebep olabildiği bilinmektedir(1-3)

Over torsiyonu overlerin vaskülarizasyonunu tam veya kısmi derecede etkileyen rotasyonu olarak tanımlanır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Gebelik, fertilitite tedavileri, 5 cm ve üzerinde over kisti varlığı gibi risk faktörleri mevcuttur. Jinekolojik acillerin yaklaşık %2,7 sini oluşturur ve acil cerrahi girişim gerektirir(4). Over torsiyonunda salphingooferektomi yerine detorsiyon ile over dokusunu korumak, hastanın hastanın daha sonraki yıllarda fertilititesini korumak açısından oldukça önem taşır. Son yıllarda, fertilititesini tamamlamamış kadınlara cerrahi sırasında salphingooferektomi yerine over detorsiyonu ve dolayısıyla overin korunması ile konservatif tedavi önerilmektedir(5).

Over torsiyonuna bağlı yapılan cerrahilerde karşı taraf tuba ve over agenezileri insidental olarak tespit edilebilir. Bu sebeple mutlaka diğer over ve tuba

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., farukolcenoglu@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-0408-024

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., merve41uyar@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-5742-6139



yolojisi henüz belirlenememiştir. Çevresel ve genetik faktörlerin etiyolojide etkili olduğu düşünülmektedir

Müllerian kanal defektleri, venöz hemodinami bozuklukları ,çeşitli hormonal veya nöral nedenler adnekslerin agenezisine sebep olabilir(9). Sivanesaratnam tarafından yapılan bir çalışmada unilateral konjenital tubal ve overyan agenezi insidansı yaklaşık 12binde bir olarak tespit edilmiştir.(10) Başkent Üniversitesi Konya Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada tubaovaryan agenezi insidansı 1/637 olarak saptanmıştır.(1)

Bizim vakamızın önemi ve bu vakayla birlikte mutlaka göz önünde bulundurulması gereken nokta şudur ; konjenital genitoüriner sistem anomalilerinde herhangi bir sebeple cerrahi yapılacaksa fertilitenin korunması ön planda akla gelmelidir. Bu vakada hastanın yalnızca sağ overi olduğu için oldukça büyük bir kist olmasına rağmen over dokusu korunarak operasyon tamamlanmıştır. Bu durum, hastanın gelecekteki fertilitate beklentisini karşılaması açısından oldukça önemlidir.

Tuba ve/veya ovaryan torsiyon vakalarında tekrarlama olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü anatomik veya fizyolojik anormallikler her iki adneksi de ilgilendirmektedir. Tekrarlayan ağrı atakları varlığında hastanın semptomları belirgin olmasa bile torsiyonun tekrarlanmış olabileceği akla gelmelidir (11) ve tanı koymada gecikmenin over ve/veya tuba kaybına yol açabileceği unutulmamalıdır.

## | SONUÇ

Over torsiyonunda fertilitenin korunması oldukça önemlidir. Bu nedenle erken tanı ve uygun yaklaşım konusunda dikkatli olunmalıdır.

## | KAYNAKLAR

1. Rapisarda G, Pappalardo EM, Arancio A, La Greca M. Unilateral ovarian and fallopian tube agenesis. Arch Gynecol Obstet. 2009;280(5):849-50.
2. Dueck A, Poenaru D, Jamieson MA, Kamal IK. Unilateral ovarian agenesis and fallopian tube maldescent. Pediatr Surg Int. 2001;17(2-3):228-9.
3. Simón C, Martínez L, Pardo F, Tortajada M, Pellicer A. Müllerian defects in women with normal reproductive outcome. Fertil Steril. 1991;56(6):1192-3.
4. Cheung CT, Jayasekara M, Hussain M, Raman N. Synchronous bilateral ovarian torsion followed by recurrent unilateral torsion in a patient undergoing fertility treatment: A case report and literature review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023;290:60-6.





5. Huang C, Hong MK, Ding DC. A review of ovary torsion. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi*. 2017;29(3):143-7.
6. Eustace DL. Congenital absence of fallopian tube and ovary. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1992;46(2-3):157-9.
7. Dueholm M, Praest J. Isolated torsion of the normal fallopian tube. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1987;66(1):89-90.
8. Dare FO, Makinde OO, Makinde ON, Odutayo R. Congenital absence of an ovary in a Nigerian woman. *Int J Gynaecol Obstet*. 1989;29(4):377-8.
9. Mylonas I, Hansch S, Markmann S, Bolz M, Friese K. Unilateral ovarian agenesis: report of three cases and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2003;268(1):57-60.
10. Sivanesaratnam V. Unexplained unilateral absence of ovary and fallopian tube. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1986;22(1-2):103-5.
11. Varras M, Akrivis C, Demou A, Antoniou N. Asynchronous bilateral adnexal torsion in a 13-year-old adolescent: our experience of a rare case with review of the literature. *J Adolesc Health*. 2005;37(3):244-7.

# NADİR GÖRÜLEN BİR TERATOM OLGUSU FETİFORM KİSTİK TERATOM

Mesut BALA<sup>1</sup>  
Abdullah ACAR<sup>2</sup>

## | GİRİŞ

Homonculus olarak da adlandırılan fetiform kistik teratom, matür kistik teratomların yüksek diferansiyasyon gösteren fetüse benzer formunu adlandırmak için kullanılan bir terimdir(1,2). Fetiform kistik teratomlar sıklıkla overde bulunmaktadır. Literatürde bulunan az sayıda vaka sunumu ile birlikte oldukça nadir görülmektedir. Sıklıkla reproduktif çağda görülmektedir. 13 yıl 9 ay nadir görülen fetiform kistik teratom olgusu ve literatür verilerine değinildi.

## | VAKA TAKDİMİ

13 yıl 9 ay hasta sağ alt kadranda ağrısı ile acil servise başvurdu. Öyküsünde tıbbi, cerrahi ve jinekolojik özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde vital bulguları normal olan hastanın batin muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet vardı, defans+ ve rebound + palpasyonla ele gelen kitle mevcuttu. Rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda olan hastanın beyaz küresi 19,52 ( $10^9/L$ ), nötrofil sayısı 17,60( $10^9/L$ )tı. Hastaya yapılan ultrasonografide, Pelvik bölgede mesane posterior kesimde yaklaşık 90x80 mm boyutunda hiperekoik içerisinde hipoe-koik- anekoik alanların ve kalsifikasyon ile uyumlu hiperekojen odakların olduğu kitlesel lezyon izlendi. Pelvik bölgede serbest sıvı mevcuttu. Yapılan Bilgisa-

<sup>1</sup> Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, mesut.bala@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-8940-1710

<sup>2</sup> Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, acarabdullah764@gmail.com, ORCID iD: 0009-0002-9750-9980



## KAYNAKLAR

1. Scully R.E.: Classification of human ovarian tumors. *Environ Health Perspect* 1987; 73: pp. 15.
2. Weiss JR, Burgess JR, Kaplan KJ: Fetiform teratoma (homunculus). *Arch Pathol Lab Med.* 2006, 130:1552-6.
3. Rogers E.M., Allen L., Kives S.: The recurrence rate of ovarian dermoid cysts in pediatric and adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014; 27: pp. 222.
4. Saida T, Mori K, Masumoto T, et al.: Ovarian and non-ovarian teratomas: a wide spectrum of features . *Jpn J. Radiol.* 2021, 39:143-58
5. Prescher LM, Butler WJ, Vachon TA, Henry MC, Latendresse T, Ignacio Jr RC: Fetus in fetu: review of the literature over the past 15 years. *J Pediatr Surg Case Rep.* 2015, 3:554-62
6. Harigovind D, Babu Sp H, Nair SV, Sangram N: Fetus in fetu - a rare developmental anomaly . *Radiol Case Rep.* 2019, 14:333-6.
7. Goldberg HR, Allen L, Kives S: Fetiform teratoma in the ovary of a 7-year-old girl: a case report . *J Pediatr. Adolesc Gynecol.* 2017, 30:256-8
8. Escobar MA, Rossman JE, Caty MG: Fetus-in-fetu: report of a case and a review of the literature . *J Pediatr. Surg.* 2008, 43:943-6
9. Goldberg HR, Allen L, Kives S: Fetiform teratoma in the ovary of a 7-year-old girl: a case report . *J Pediatr. Adolesc Gynecol.* 2017, 30:256-8
10. Al Wadi KA, Mal HA, Amin Ur Rahman M, Abuzaid M, Abu-Zaid A. Ovarian Fetiform Teratoma in a 17-Year-Old Adolescent Girl. *Cureus.* 2021 Jun 14;13(6):e15644.
11. Mary Segars Dolan, Cherie C. Hill and Fidel A. Valea : Benign gynecologic lesions: Vulva, Vagina, Cervix, Uterus, Oviduct, Ovary, Ultrasound Imaging of Pelvic Structures. *Comprehensive Gynecology*, 18, 362-408.e6

## PRENATAL RABDOMYOMA İLE TANI ALAN TUBEROSKLEROZ OLGUSU

Nazan VANLI TONYALI<sup>1</sup>

### | GİRİŞ

Fetal kardiyak tümörler, yaşamın her aşamasında nadir görülen klinik olgulardır ve prevalansları yaklaşık olarak 1/10.000'dir. Kardiyak tümörler prenatal dönemde ki kardiyak patolojilerin %12'sinden sorumludur (1). En sık izlenen kardiyak tümör ise fetal ve infant dönemlerde karşımıza çıkan kardiyak rabdomyomdur (KR). KR, benign karakterdedir ve insidansı %0.27 olarak bildirilmiştir (2). KR, kalpte benign tümörler olarak kendini gösterir ve sıklıkla tuberosklerozlu hastalarda tespit edilirler (3). Tuberoskleroz (TS), vücutta birçok organda benign tümörlerin geliştiği genetik bir bozukluktur ve özellikle beyin, böbrekler, pankreas ve sebace bezler gibi organları etkiler. Tuberosklerozun intrauterin ve neonatal dönemde tanısının konulmasında en önemli belirti, fetal kardiyak kitlelerdir (4).

### | VAKA TAKDİMİ

30 yaşında, gravida 1 dış merkezden 26. gebelik haftasında kontrol ultrasonda kardiyak ekojen kitle saptanması üzerine hasta kliniğimize yönlendirildi. Hastanın özgeçmişinde sistemik hastalık ve cerrahi operasyonu bulunmamaktaydı. Öz geçmiş, soy geçmişinde özellik saptanmadı. Fizik ve jinekolojik muaynesinde olağandı. Laboratuvar testlerinde patoloji bulunmadı. Hastanın 26. Haftasında obstetrik ultrasonografide 26 hafta+2 gün ile uyumlu tek canlı fetüs saptandı.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, nazanvanli@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-7284-6887



## KAYNAKLAR

1. Carrilho MC, Tonni G, Araujo Júnior E. Fetal cardiac tumors: prenatal diagnosis and outcomes. *SciELO Brasil*; 2015. p. VI-VII.
2. Kaya Kiliç F, Olukman Ö, Çalkavur Ş, et al. Kardiyak rabdomyom ve sakral hamartomla kliniğe yansıyan tuberoklerozlu bir yenidoğan olgusu. *Journal of Dr Behcet Uz Children's Hospital*. 2013;3(2).
3. Frudit P, Vitturi BK, Navarro FC, et al. Multiple cardiac rhabdomyomas in tuberous sclerosis complex: case report and review of the literature. *Autopsy & Case Reports*. 2019;9(4).
4. Hallioğlu O, Giray D, Karpuz D, et al. Fetal tanı alan ve yenidoğan döneminde supraventriküler taşikardi geliştiren intraperikardiyal sol ventrikül duvarına invaziv dev rabdomyomlu bir olgu. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;10(2):151-5.
5. DeVore GR, Hakim S, Kleinman CS, et al. The in utero diagnosis of an interventricular septal cardiac rhabdomyoma by means of real-time-directed, M-mode echocardiography. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1982;143(8):967-9.
6. Józwiak S, Kotulska K, Kasprzyk-Obara J, et al. Clinical and genotype studies of cardiac tumors in 154 patients with tuberous sclerosis complex. *Pediatrics*. 2006;118(4):e1146-e51.
7. Chao A, Chao A, Wang T, et al. Outcome of antenatally diagnosed cardiac rhabdomyoma: case series and a meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2008;31(3):289-95.
8. Wacker-Gussmann A, Strasburger JF, Cuneo BF, et al. Fetal arrhythmias associated with cardiac rhabdomyomas. *Heart Rhythm*. 2014;11(4):677-83.
9. Rodrigues DA, Gomes CM, Costa IMC. Tuberous sclerosis complex. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2012;87:184-96.
10. Kocabaş A, Ekici F, Cetin II, et al. Cardiac rhabdomyomas associated with tuberous sclerosis complex in 11 children: presentation to outcome. *Pediatric hematology and oncology*. 2013;30(2):71-9.
11. Isaacs H. Fetal and neonatal cardiac tumors. *Pediatric cardiology*. 2004;25:252-73.
12. Cavalcante CTdMB, Pinto Junior VC, Pompeu RG, et al. Perinatal unusual rhabdomyoma location—case report and systematic reviews of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2021;34(1):137-51.
13. Gamzu R, Achiron R, Hegesh J, et al. Evaluating the risk of tuberous sclerosis in cases with prenatal diagnosis of cardiac rhabdomyoma. *Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With the International Society for Prenatal Diagnosis*. 2002;22(11):1044-7.
14. Nir A, Ekstein S, Nadjari M, et al. Rhabdomyoma in the fetus: illustration of tumor growth during the second half of gestation. *Pediatric cardiology*. 2001;22:515-8.
15. Di Liang C, Fat Ko S, Chei Huang S. Echocardiographic evaluation of cardiac rhabdomyoma in infants and children. *Journal of clinical ultrasound*. 2000;28(8):381-6.
16. Yuan S-M. Fetal primary cardiac tumors during perinatal period. *Pediatrics & Neonatology*. 2017;58(3):205-10.
17. Behram M, Oğlak SC, Acar Z, et al. Fetal cardiac tumors: prenatal diagnosis, management and prognosis in 18 cases. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2020;21(4):255.
18. Bhat M. Genetic counseling after diagnosis of fetal congenital heart disease. *Fetal Echocardiography*. 2017;191.
19. Kiliç A, Serdar A, Karadeniz C, et al. Prenatal kardiyak rabdomyom saptanan bir tuberokleroz olgusu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2013;7(1, EK):16-9.



20. Bader RS, Chitayat D, Kelly E, et al. Fetal rhabdomyoma: prenatal diagnosis, clinical outcome, and incidence of associated tuberous sclerosis complex. *The Journal of pediatrics*. 2003;143(5):620-4.
21. Henske EP, Jóźwiak S, Kingswood JC, et al. Tuberous sclerosis complex. *Nature reviews Disease primers*. 2016;2(1):1-18.
22. Leandro R. Tuberous sclerosis complex: molecular pathogenesis and animal models. *Neurosurg Focus*. 2006;20(1):7.
23. Benvenuto G, Li S, Brown SJ, et al. The tuberous sclerosis-1 (TSC1) gene product hamartin suppresses cell growth and augments the expression of the TSC2 product tuberin by inhibiting its ubiquitination. *Oncogene*. 2000;19(54):6306-16.
24. Northrup H, Krueger DA, Roberds S, et al. Tuberous sclerosis complex diagnostic criteria update: recommendations of the 2012 International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Conference. *Pediatric neurology*. 2013;49(4):243-54.
25. Roach E, Gomez MR, Northrup H. Tuberous sclerosis complex consensus conference: revised clinical diagnostic criteria. *Journal of child neurology*. 1998;13(12):624-8.
26. Mühlner MR, Rake A, Schwabe M, et al. Value of fetal cerebral MRI in sonographically proven cardiac rhabdomyoma. *Pediatric radiology*. 2007;37:467-74.
27. Verhoef S, Bakker L, Tempelaars AM, Hesselink-Janssen AL, et al. High rate of mosaicism in tuberous sclerosis complex. *The American Journal of Human Genetics*. 1999;64(6):1632-7.

## KORONA VIRÜS ENFEKSİYONU SONRASI SEZARYEN İLE DOĞUM VE ARDINDAN OVARIYAN VEN TROMBOZU VE YÖNETİMİ

Nurettin TÜRKTEKİN<sup>1</sup>

### |GİRİŞ

Aralık 2019'da, Wuhan'da ilk COVID-19 pnömoni vakasının bildirilmesi ile hastalık hızla dünyanın diğer bölgelerine yayıldı (1, 2). Yeni koronavirüs enfeksiyonu COVID-19'un kaynağı; Yeni koronavirüs SARS-CoV-2 virüsü olarak adlandırılmıştır. Virüsün karakteristik özelliği enfeksiyon ile aşırı enflamatuar yanıt oluşturmaktır. Bazı hastalarda erişkin solunum sıkıntısı sendromu, septisemi, koagülopati ve ölüm gibi ciddi belirtilere yol açabilir (3). Yumurtalık ven trombozu (OVT), öncelikle doğum sonrası kadınları etkileyen nadir görülen bir trombotik durumdur; genellikle doğumdan haftalar sonra ortaya çıkan ateş ve alt karın ağrısı ile kendini gösterir (4, 5).

COVID-19'lu hastalar, hiperkoagülasyonları, kan stazı ve endotel hasarı nedeniyle yüksek riskli tromboz grubundadır (6). OVT, her an ortaya çıkabilen ciddi ve nadir bir hastalıktır. Doğum sonrası dönemde diğer vakalara göre daha sık görülür ve sıklığı 2000–3000 doğumda yaklaşık 1'dir (5). Doğum sonrası tromboz vakalarının %80'inden fazlası sağ ovaryan venedir (7). Karın ağrısı, bulantı, kusma ve halsizlik gibi klinik semptomlar bu tip trombozun semptomlarından bazılarıdır.

OVT vakalarının %80-90'ı vakaların sağ tarafında tanımlanabilir (4,5,6). Ultrasonografide adneksiyal ve/veya iliak fossada tübüler ve hipoekoik görüntüler ile karakterize bulgulardır. BT taraması veya ultrasonografisinde silik bulguları olan hastalarda MR görüntüleme yumurtalık damarlarının net bir şekilde gö-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Nişantaşı Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, drnturktekin@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-8167-3124



## SONUÇ

COVID-19, hiperkoagülasyon, venöz staz ve endotel hasarı komplikasyonları nedeniyle bir DVT kaynağıdır. Koronavirüs enfeksiyonunun yönetiminde DVT risk değerlendirmesi büyük öneme sahiptir. Hastalık Doppler ultrason ile net bir şekilde teşhis edilebilir. Bununla birlikte, tanı belirsizse, BT ve MRI ile kesinlik kazanabilir. Tedavinin birincil temeli konservatif eğilimdir, klinik düzelmeyorsa cerrahi kaçınılmaz seçenektir. Doğum sonrası gelişen pelvik ağrıda DVT ve beraberinde COVID 19 enfeksiyon ihtimali göz ardı edilmemelidir.

## KAYNAKLAR

1. Zhu N, Zhang D, Wang W. (2019) A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in , China, *N Engl J Med* 382(8), 727-733. Search at Google Scholar
2. Ahn D G, Shin H J, Kim M H, Lee S, Kim H S et al. (2020) . Current Status of Epidemiology, Diagnosis, Therapeutics, and Vaccines for Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *J Microbiol Biotechnol* 30(3), 313-324. Search at Google Scholar
3. Miesbach W, Makris M. (2020) COVID-19: Coagulopathy, Risk of Thrombosis, and the Rationale for Anticoagulation. *Clin Appl Thromb Hemost.* 26, 1076029620938149. Search at Google Scholar
4. Tesfaye S, Tariku M, Hirigo A T. (2020) Postpartum left ovarian vein thrombosis. , *SAGE Open Med Case Rep* 8, 2050313-20962637. PubMed-View article-Search at Google Scholar
5. BTS Bannow, Skeith L. (2017) Diagnosis and management of postpartum ovarian vein thrombosis. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 1, 168-171. Search at Google Scholar
6. Rottenstreich A, Daás N, Kleinstern G, Spectre G, Amsalem H et al. (2016) Pregnancy and non-pregnancy related ovarian vein thrombosis: Clinical course and outcome. *Thromb Res.* 146, 84-88. PubMed-View article-Search at Google Scholar
7. Kubik-Huch R A, Hebisch G, Huch R, Hilfiker P, Debatin J F et al. (1999) Role of duplex color Doppler ultrasound, computed tomography, and MR angiography in the diagnosis of septic puerperal ovarian vein thrombosis. *Abdom Imaging.* 24(1), 85-91. Search at Google Scholar
8. Connors J M, Levy J H. (2020) COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. , *Blood* 135(23), 2033-2040. PubMed-View article-Search at Google Scholar
9. Levi M, Thachil J, Iba T, Levy J H. (2020) Coagulation abnormalities and thrombosis in patients with COVID-19. *Lancet Haematol.* 7(6), 438-440. PubMed-Search at Google Scholar



## SALPENJEKTOMİ ÖYKÜSÜ OLAN HASTADA, İN VİTRO FERTİLİZASYON İLE OLUŞAN İPSİLATERAL KORNUAL EKTOPIK GEBELİK YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

Özgür Ozan CEYLAN<sup>1</sup>  
Ümran KILINÇDEMİR TURGUT<sup>2</sup>

### |GİRİŞ

Ektopik gebelik, gebelik kesesinin endometriyum dışında yerleşmesidir (1). Kornual ektopik gebelik, zigotun fallop tüpünün uterus içinde kalan kısmına yerleşmesiyle oluşur (2). Kornual ektopik gebelik nadir görülen bir ektopik gebelik türüdür ve tüm tubal ektopik gebeliklerin yaklaşık %2 ila %4'ünde görülür (3).

Ektopik gebelikte maternal mortalite, erken tanı ile yıllar içinde azalmıştır. Kornual ektopik gebeliğin tanısı zordur. Diğer tubal ektopik gebeliklerden farklı olarak kornual gebelikte tanı zorluğu nedeniyle anne mortalitesi daha yüksektir (4).

Önceki salpenjektomi ile aynı tarafta kornual ektopik gebelik, spontan gebelik olgularında çok nadir görülen bir patolojik durumdur. Salpenjektomi sonrası az sayıda ipsilateral kornual gebelik olgusu bildirilmiştir (5,6).

Bu çalışmada, salpenjektomi sonrası ipsilateral kornual ektopik gebelik gelişen ve kornual rezeksiyon ile cerrahi olarak tedavi edilen nadir bir olgu sunulmuştur.

<sup>1</sup> Op. Dr., Turgutlu Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., ozgurozanceylan@gmail.com.tr, ORCID iD: 0000-0001-5054-8486

<sup>2</sup> Op. Dr., SBÜ Adana Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., umrankilincdemirutf@hotmail.com.tr, ORCID iD: 0000-0003-2513-5297



dikkatlice değerlendirilmelidir. Tanı sonrası cerrahi deneyime, klinik şartlara ve hastanın fertilitate isteğine göre kornual rezeksiyon güvenilir bir yöntem olarak tercih edilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Balsak D, Inal M, Yildirim Y, et al.: Successful Treatment of Unruptured Cornual Pregnancy Using Intravenous Methotrexate: A Case Report. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 2007, 14:1.
2. Novak, Emil: *Berek & Novak's gynecology*. Lippincott Williams & Wilkins, 2007. [http://E-Novak - 2007 - books.google.com](http://E-Novak-2007-books.google.com).
3. BouyerJ, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, JobSpira N: Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002, 17:3224-3230.
4. Lau S, Tulandi T: Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril*. 1999, 72:215-1.
5. Simpson JW, Alford CD, Miller AC: Interstitial pregnancy following homolateral salpingectomy: a report of 6 new cases and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol*. 1961, 82:1173-1179.
6. Pluchino N, Ninni F, Angioni S, et al.: Spontaneous cornual pregnancy after homolateral salpingectomy for an earlier tubal pregnancy: a case report and literature review. *J. Minim Invasive Gynecol*. 2009, 16:208-211. 10.1016/j.jmig.2008.11.008
7. Takeda A, Manabe S, Mitui T, Nakamura H: Spontaneous ectopic pregnancy occurring in the isthmic portion of the remnant tube after ipsilateral adnexectomy: report of two cases.
8. Chou, L. L., & Huang, M. C. (2008): Recurrent ectopic pregnancy after ipsilateral segmental salpingectomy. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*. 47:203-205.
9. Okuyan E, ALTUNDAL Ç., Bayramoğlu Z Safe, easily applicable mini-laparotomic surgical steps in cornual ectopic pregnancy: Case report and demonstration of surgical technique. *Annals of Medical Research*. 2020; 27(6): 1824 - 1827. 10.5455/annalsmedres.2019.12.871

ELLİ DÖRT YAŞINDAKİ BİR KADINDA  
DEV UTERİN LEİOMYOMÖzlem KOŞAR CAN<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Uterin leiomyom üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen iyi huylu pelvik tümörlerden biridir ve 35 yaş üstü kadınlarda tahmini prevalansı %40-50'dir. Bununla birlikte, postmenopozal yaş (60-80 yaş) grubunda bildirilen prevalansı %1-2 kadar düşüktür (1, 2). Kadınların çoğu asemptomatikken, semptomları olanlarda anormal uterin kanama, kısırlık, pelvik ağrı veya basınç ve idrar fonksiyon bozukluğu olabilir (3). Uterus sarkomları, tüm kadın kanserlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur. Leiomyosarkom uterus sarkomlarının en sık görülen tipidir ve genellikle 40 yaş üstü kadınlarda anormal vajinal kanama (%56), palpe edilen pelvik kitle (%54), pelvik ağrı (%22) semptomları görülebilir (4). Uterin sarkom tanısı histolojik incelemeye dayanır. Tümörde hızlı bir büyüme, aksi kanıtlanana kadar leiomyosarkom ön tanısına işaret etmelidir. Hızlı büyüme paterni uterin leiomyomanın agresif tedavi edilme endikasyonları arasında yer alır. Büyük tümör nedeniyle normal abdominal duvar kontürünün bozulması, bu tümörlerin alınmasını gerektirebilir. Elektif histerektomi ve ardından histopatoloji bu tür vakalarda kesin tedavi yöntemidir (5, 6). Kliniğimize ani büyüyen ve malignite şüphesini olan masif bir abdomino-pelvik kitle ile başvuran bir vakayı sunuyorum.

## | VAKA TAKDİMİ

54 yaşındaki hasta son 2 ayda karında ani oluşan şişlik şikâyeti ile dahiliye polikliniğine başvurmuş. Yapılan ultrasonografide orta hatta pelvik bölgeden epi-

<sup>1</sup> Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., ozlemcan@pau.edu.tr, ORCID iD: 0000-0001-7101-4838



## SONUÇ

Bizim kliniğimize başvuran hastada herhangi bir ekstraabdominal veya vasküler sorun tespit edilmedi. Dev uterin leiomyomlarda nadir de olsa sekonder sistematik tutulum olabileceği ve aynı zamanda pelvik ve abdominal malignitelerle karşılaşabileceği hep akılda tutulmalıdır. Literatürde tespit edildiği gibi kitle etkisine bağlı semptomlara veya jinekolojik semptomlara neden olabilmektedir (9, 11). Kitlenin boyutu arttıkça semptomlarda malignite şüphesi artmakta bu nedenle tedavi planlanan hastalarda kitlenin ultrasonografi ve MRG ile değerlendirilmesi ayrıca intraoperatif ve postoperatif patolojik olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Seet MJ, Chonkar S, Mathur M. An unusual presentation of a ruptured degenerative fibroid in a perimenopausal woman. *BMJ Case Rep.* 2014 Dec 9;2014:bcr2014207473. doi: 10.1136/bcr-2014-207473. PMID: 25498115; PMCID: PMC4265043.
2. Garg P, Bansal R. Neglected case of a huge leiomyoma in an elderly postmenopausal woman: a case report. *J Med Case Rep.* 2022 Dec 29;16(1):485. doi: 10.1186/s13256-022-03705-z. PMID: 36578085; PMCID: PMC9798543.
3. Fortin C, Flyckt R, Falcone T. Alternatives to hysterectomy: The burden of fibroids and the quality of life. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Jan;46:31-42. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.10.001. Epub 2017 Oct 20. PMID: 29157931.
4. Cao S, Liu Y, Bai X, Wang L. A Case Report Of Uterine Leiomyosarcoma. *OncoTargets and Therapy.* 2019 Oct 16;12: 8583–8586 doi: 10.2147/OTT.S218222
5. Bradley LD, Falcone T. Myomectomy. Handa VL, Linda VL (eds) *Te Linde's operative gynecology.* 12th ed. Newyork: Lippincott Williams-Wilkins; 2019. P 522-573.
6. Garg P, Bansal R. Neglected case of a huge leiomyoma in an elderly postmenopausal woman: a case report. *J Med Case Rep.* 2022 Dec 29;16(1):485. doi: 10.1186/s13256-022-03705-z. PMID: 36578085; PMCID: PMC9798543.
7. Ahmad A, Kumar M, Bhoi NR, Badruddeen, Akhtar J, Khan MI, Ajmal M, Ahmad M. Diagnosis and management of uterine fibroids: current trends and future strategies. *J Basic Clin Physiol Pharmacol.* 2023 Mar 30;34(3):291-310. doi: 10.1515/jbcpp-2022-0219. PMID: 36989026.
8. Aydin C, Eriş S, Yalçın Y, Sen Selim H. A giant cystic leiomyoma mimicking an ovarian malignancy. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4(11):1010-2. doi: 10.1016/j.ijscr.2013.08.018. Epub 2013 Sep 13. PMID: 24080265; PMCID: PMC3825977.
9. Yıldız Y, Energin H, Ünlü BS, Güngör T. Giant Uterine Leiomyoma: Case Report. *The Journal of Gynecology- Obstetrics and Neonatology.* 2012; 9 (34):1425- 1427
10. Yavuz A, Astepe B, Terzi H, Kale A. Management of Uterin Giant Myoma: Case Report. *Sakarya Tıp Dergisi.* 2015; 5(1): 34-38. doi: 10.5505/sakaryamj.2015.48278
11. Kalyan S, Sharma S. Giant uterine leiomyoma: a case report with literature review. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology.* 2018;7(11):4780.
12. Mongan S, Wibowo A. Giant Uterine Leiomyoma With Surgical Difficulty. *J Med Cases.* 2021



- Oct;12(10):386-390. doi: 10.14740/jmc3764. Epub 2021 Sep 29. PMID: 34691333; PMCID: PMC8510670.
13. De La Cruz MS, Buchanan EM. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2017 Jan 15;95(2):100-107. PMID: 28084714.
  14. Oelsner G, Elizur SE, Frenkel Y, Carp H. Giant uterine tumors: two cases with different clinical presentations. *Obstet Gynecol*. 2003;101(5 Pt 2):1088-91.
  15. Sharma RP, Sharma N, Sharma K, Sharma A, Jain A, Prasad A. Giant Uterine Leiomyoma and Review of Literature. *IJMSci*. 2015;2(1):640-4.
  16. Lacharite-Roberge AS, Raza F, Bashir R, Dass CA, Moser GW, Auger WR, Toyoda Y, Forfia PR, Vaidya A. Case series of seven women with uterine fibroids associated with venous thromboembolism and chronic thromboembolic disease. *Pulm Circ*. 2019 Jan-Mar;9(1):2045894018803873. doi: 10.1177/2045894018803873. Epub 2018 Sep 11. PMID: 30204062; PMCID: PMC6304711.

## ENDOMETRİOZİS

Ramazan ADAN<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Endometriozis endometrium dokusunun uterin kavite dışında yer almasıdır. Endometriozis lezyonları, aromataz aktivitesi ve progesteron direnci gibi değişken özelliklere sahip spesifik hücrelerin klonlarıdır. Periton boşluğunun spesifik ortamında sonraki büyüme, fibroze neden olan lezyonlarda anjiyogenez, enflamasyon, immünolojik değişiklikler ve kanama ile ilişkilidir(1). En çok pelvis olmak üzere ekstrapelvik alanlarda da bulunur. İlk olarak 1860 yılında Avustralyalı patalog Karl Freiherr von Rokitansky tarafından adenomiyom olarak tanımlanmıştır(2). Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %6-%10 kadarını etkiler, %50-60 oranında pelvik ağrıya %50 oranında infertiliteye sebep olabilir ( 3). Bunun dışında dispareni ve dismenorede yaygın bulgulardandır.

## | ANATOMİK EVRELEME

**Pelvik endometriozis:** Uterus, overler, tubalar ve komşu bölgelerde; pelvis içinde bulunan endometriozisi tanımlar.

**Ekstra-pelvik bölgeler:** Nadiren, karın ön duvarında, genellikle cerrahi kesi veya göbek deliği civarında bir endometrioma ortaya çıkar. Ancak bu lezyonlar ameliyat öyküsü veya endometriozis öyküsü olmayan kişilerde de ortaya çıkabilir. Endometriozis nadiren meme, pankreas, karaciğer, safra kesesi, böbrek, üretra, ekstremiteler, omurlar, kemik, periferik sinirler, dalak, diyafram, merkezi sinir sistemi, kızlık zarı ve akciğerde bildirilmiştir.

<sup>1</sup> Op. Dr., Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, r.adan187.ra@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-0605-1533



## KAYNAKLAR

1. Koninckx PR, Fernandes R, Ussia A, Schindler L, Wattiez A, Al-Suwaidi S, Amro B, Al-Mamari B, Hakim Z, Tahlak M. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021 Nov 25;12:745548. doi: 10.3389/fendo.2021.745548. PMID: 34899597; PMCID: PMC8656967.
2. Khamechian T, Alizargar J, Mazoochi T. 5-Year data of patients following abdominal wall endometrioma surgery. *BMC Women's Health*. 2014;14:151.
3. Giudice LC. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2010;362:2389-98.
4. Minaglia S, Mishell DR Jr, Ballard CA. Incisional endometriomas after Cesarean section: a case series. *J Reprod Med*. 2007 Jul;52(7):630-4. PMID: 17847762.
5. Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS; SOGC. Endometriosis: diagnosis and management. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010 Jul;32(7 Suppl 2):S1-32. PMID: 21545757.
6. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014 May;10(5):261-75. doi: 10.1038/nrendo.2013.255. Epub 2013 Dec 24. PMID: 24366116.
7. Laufer MR, Sanfilippo J, Rose G. Adolescent Endometriosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003; 16(3 Ek) :3-11.
8. Hickey M, Ballard K, Farquhar C. Endometriosis. *BMJ* 2014; 348:g1752.
9. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, et al. Differences in characteristics based on disease prevalence among 1000 women with endometriosis. *Fertile Sterile* 2008; 89:538.
10. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol* 2014; 10:261.
11. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and etiologic factors. *Best Practice Res Clin Obstet Gynaecol* 2004; 18:177.
12. Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, et al. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric and lifestyle factors. *Am J Outbreak* 2004; 160:784.
13. Laufer MR. Premenarcheal endometriosis without associated obstructive anomaly: Presentation, diagnosis and treatment. *Fertile Sterile* 2000; 74:S15.
14. Nezhat F, Datta MS, Hanson V, et al. The relationship between endometriosis and ovarian malignancy: a review. *Fertile Sterile* 2008; 90:1559.
15. Koninckx PR, Ussia A, Wattiez A, Adamy L, Martin DC, Gordts S. Severity and Frequency Distribution of Endometriosis Subtypes at Different Ages: A Model for Understanding the Natural History of Endometriosis Based on Single Center/Single Surgeon Data. *Facts Opinions Vis Obgyn* (2021) 13 :211-21. doi: 10.52054/FVVO.13.3.028
16. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg*. 2008 Aug;196(2):207-12. doi: 10.1016/j.amjsurg.2007.07.035. Epub 2008 May 29. PMID: 18513698.
17. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. A prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild to moderate endometriosis. *Fertile Sterile* 1994; 62:696.
18. Abbott J, Hawe J, Hunter D et al. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized placebo-controlled trial. *Fertile Sterile* 2004; 82:878.
19. Sutton CJ, Pooley AS, Ewen SP, Haines P. Follow-up report on a randomized controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal to moderate endometriosis. *Fertile Sterile* 1997; 68:1070.
20. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G et al. Is rectovaginal endometriosis a progressive disease? *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:1539.



21. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; 67:817.
22. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, et al. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod* 2003; 18:760.
23. D'Hooghe TM, Debrock S, Hill JA, Meuleman C. Endometriosis and subfertility: is the relationship resolved? *Semin Reprod Med* 2003; 21:243.
24. Bendifallah S, Suisse S, Puchar A, et al. Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis. *J Clin Med* 2022; 11.
25. Bendifallah S, Suisse S, Puchar A, et al. Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis. *J Clin Med* 2022; 11.
26. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, Heikinheimo O, Horne AW, Kiesel L, Nap A, Prentice A, Saridogan E, Soriano D, Nelen W; European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014;29:400–412.)
27. Youngster M, Laufer MR, Divasta AD. Endometriosis for the primary care physician. *Curr Opin Pediatr*. 2013;25:454–462
28. Laufer MR. Helping “adult gynecologists” diagnose and treat adolescent endometriosis: reflections on my 20 years of personal experience. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011;24(5 Suppl):13–17.
29. Complementary and alternative treatments for primary dysmenorrhea in adolescents. *Nurse Agreement*. 2014; 39 :1–12.
30. Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, Sangkomkamhang US, Barnes J, Seyfoddin V, Marjoribanks J. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD002124.
31. Schwertner A, Conceição Dos Santos CC, Costa GD, Deitos A, de Souza A, de Souza IC, Torres IL, da Cunha Filho JS, Caumo W. Efficacy of melatonin in the treatment of endometriosis: a phase II, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain*. 2013;154:874–881
32. Foley CE, Ayers PG, Lee TT. Abdominal Wall Endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2022 Jun;49(2):369-380. doi: 10.1016/j.ogc.2022.02.013. PMID: 35636814.)
33. Dai Y, Luo HJ, Peng Y, Liu BG, Jin P. High intensity focused ultrasound for large abdominal wall endometriosis: a case report. *Int J Hyperthermia*. 2022;39(1):1276-1282. doi: 10.1080/02656736.2022.2126902. PMID: 36137606.
34. Zhu X, Chen L, Deng X, Xiao S, Ye M, Xue M. A comparison between high-intensity focused ultrasound and surgical treatment for the management of abdominal wall endometriosis. *BJOG*. 2017 Aug;124 Suppl 3:53-58. doi: 10.1111/1471-0528.14737. PMID: 28856859.
35. Hirata T, Koga K, Osuga Y. Extra-pelvic endometriosis: A review. *Reprod Med Biol*. 2020 Jul 16;19(4):323-333. doi: 10.1002/rmb2.12340. PMID: 33071634; PMCID: PMC7542014.



## SEZARYEN SKAR GEBELİĞİ

Ramazan ÖZYURT<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Sezaryen skar gebeliği (SSG), gestasyonal kesenin histerotomi skarına implante olmasıdır. Dış gebeliğin en nadir formlarından biridir. Yaşamı tehdit eder. SSG görülme oranı tüm gebelikler için 1/1800 ile 1/2500 arasındadır. Eski sezaryen öyküsü olan hastalarda %0.15 gibi yüksek bir orana sahiptir. (1)

SSG erken tanı konulmaz ise yaşamı tehdit eder. Uterin rüptür, kanama gelişebilir (1).

Sezaryen skar gebeliği risk faktörleri şunlardır: Sezaryen, dilatasyon- küretaj, myomektomi, metroplasti, histereskopi ve in vitro fertilizasyon tedavilerinin artmasıdır (2).

Altta yatan patoloji tam olarak bilinmez fakat blastokistin alt segmente myometrial defekt içine implante olduğuna inanılır (3).

## | VAKA TAKDİMİ

Gravida 2, parite 2, 1 sezaryen doğum öyküsü olan hasta yaygın bilateral alt kadranda hassasiyeti mevcut olup vajinal kanaması yok, transvajinal ultrasonografide myometrium homojen, endometrial kalınlık 8 mm, pelvis orta hatta mesane posteriorunda 16 mm baş popo mesafesi ile uyumlu 8 hafta 1 günlük fetal kalp atışı pozitif tek canlı skar gebeliği izlendi. Serum beta-hcg 8700 mIU/ml olarak görüldü. Douglasta ve batında serbest sıvı izlenmedi. Genel anestezi altında la-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, atasagun02@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-6822-2222



tür, histerotomi ve plasenta insersiyon anomalileri dahil olmak üzere maternal mortaliteyi yükseltir (5).

## | SONUÇ

Uterin cerrahi geçirmiş anne adaylarına sezaryen skar gebeliği açısından erken ve doğru tanının konması, kadının yaşamı ve fertilizasyonun korunması açısından önemlidir. Sezaryen sıklığının günümüzde çok fazla olması ektopik gebelik oranlarını arttırmaktadır. Daha önce uterin cerrahi geçirmiş anne adaylarına, sezaryen skar gebeliği konusunda danışmanlık hizmeti verilmelidir. Literatürdeki çalışmaların çoğu olgu sunumları ya da olgu serileri olduğundan etkili tedavi yöntemi ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (6).

## | KAYNAKLAR

1. Sadeghi H, Rutherford T, RackowBW, Champell KH , et al. Cesarean scar ectopic pregnancy: case series and review of the literature. American Journal of Perinatology 2010; 27(2):111-20
2. Arslan M, Pata Ö, Dilek TUK, Treatment of viable cesarean scar ectopic pregnancy with suction curettage International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005; 89; 163-66
3. Chueh HY, Chang PY, Wang cW et al. Ectopic twin pregnancy in cesarean scar pregnancy, Case Report. Fertility and Sterility 2008; 90 (5):2009,e19-e21
4. Rotas MA, Haberman S, Scar ectopic pregnancies; etiology and diagnosis. Obstet Gynecol 2006; 107(6):1373-81
5. Pektaş MK ve ark Systematic Review What is the best first line Approach for cesarean section Ectopic pregnancy? Taiwanese journal of obstetrics and gynecology 2016;55(2):263-9
6. Cali G et al. Outcome of cesarean ectopic pregnancy managed expectantly; Systematic review and metaanalysis. Ultrasound obstetrics and gynecology 2018;51 (2); 169-75

FETAL GENİTOÜRİNER SİSTEM + GASTROİNTESTİNAL  
SİSTEM KOMPLİKE ANOMALİSİ: OLGU SUNUMURevan Sabri ÇİFTÇİ<sup>1</sup>

## | GİRİŞ

Fetal genitoüriner sistem anomalileri yaygın olmakla beraber (1) artan teknolojik gelişmeler ( Ultrasonografi, Manyetik Rezonans görüntüleme vb.) ve anormali taramaları ile erken dönemlerde tespit edilebilir olup uygun tedavi ve takip açısından ilgili merkezlerde doğum gerçekleştirilebilir. Bu sayede yenidoğanın anomalili organda uygun anatomik rekonstrüksiyonu ile daha estetiksel görünüm sağlanabilir.

## | VAKA TAKDİMİ

Otuzyedi yaşında, gravida on, parite dört, beş abortus öyküsü olan gebe, doğumları normal vajinal yolla gerçekleşmiş. Gebelikte birinci ve ikinci trimester taramaları yapılmamış. Bilinen hastalık öyküsü yok. Önceki gebeliklerinden yaşayan çocuklarında bilinen anomali öyküsü yok. Gebeliğin erken haftalarında düşük doz aspirin başlanmış. Hasta 39.gebelik haftasında acile sancı şikâyeti ile başvurusu üzerine, tetkikleri ve rutin kan tahlilleri yapıldı. Gebenin jinekolojik muayenesinde servikal açıklık 4-5 cm, %40-50 servikal silinme izlendi. Non-stress test (NST) takiplerinde fetal distress gelişen hasta acil sezaryene alındı. 2310 gram ağırlığında, APGAR skoru 8/9 olan erkek bebekte, penoskrotal hipospadias ve anal stenoz tespit edildi. Genel durumu iyi-orta olan bebekte başka bir anatomik patoloji görülmedi. Gebenin preop-postop hemogram paramet-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Midyat Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, revansabri@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2560-3142



oynar. Şüpheli durumlarda fetüs sağlığı açısından perinatoloji görüşü alınabilir. Hayatla bağdaşmayan ciddi seviyede olan yapısal anomaliler için de gebelik terminasyonu önerilebilir.

## | SONUÇ

Fetal bozuklukların ve yapısal malformasyonların doğum öncesi tanısı çeşitli nedenlerle giderek daha önemli hale gelmektedir. Yapısal anomalilerin yalnız başına görülebileceği gibi birden fazla organda da görülebileceği unutulmamalıdır. Risk tespit edilen gebeliklerde, aileye genetik danışmanlık da verilmelidir. İyi bir gebelik takibi, risklerin değerlendirilmesi, anomali tespitinde tersiyer merkezde takip ve tedavi yenidoğanla ilgili olumsuz sonuçların azalmasını sağlayacaktır.

## | KAYNAKLAR

1. Filly RA, Feldstein VA. Fetal genitourinary tract. In: Callen PW, ed. *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*. Philadelphia: Saunders, 2000:515–550
2. The urinary tract and adrenal glands. In: Romero R, Pilo G, Jeanty P, Ghidini A, Hobbins JC., eds. *Prenatal diagnosis of congenital anomalies*. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1988: 255–300
3. Stephens FD, Smith ED. Incidence, frequency of types, etiology. *Anorectal Malformations in Children*. Chicago: Year Book Medical; 1971. 160-71.
4. SANTULLI TV. The treatment of imperforate anus and associated fistulas. *Surg Gynecol Obstet*. 1952 Nov. 95 (5):601-14.

PRİMİGRAVİD HASTADA TERMDE UTERUS  
RÜPTÜRÜSultan CANAN <sup>1</sup>

## |GİRİŞ

Uterus rüptürü, doğum sırasında veya öncesinde, uterusun tüm katlarının tam olarak ayrılmasıdır [1]. Nadir görülen bir obstetrik komplikasyondur. Prevelansı 7000 doğumda 1 ila 5000 doğumda 1 arasında değişmektedir [2, 3]. Nadir görülen bu komplikasyonun hem maternal hem de fetal morbiditesi ve mortalitesi ise oldukça yüksektir [4]. Bu nedenle klinisyenler, uterin rüptür semptom ve bulgularına karşı tetikte olmalıdırlar.

Risk faktörleri arasında en sık görüleni geçirilmiş sezaryen öyküsü ve sezaryen sonrası vajinal doğum denenmesidir [5]. Bunların dışında ileri anne yaşı, makrozomik fetüs, doğum indüksiyonu, konjenital uterin anomali, geçirilmiş myometrial cerrahi ve postterm gebelikler de risk faktörleri olarak eklenebilir [6-10]. Skar olmayan uterus rüptürlerinin çoğunluğu aşağıdaki nedenlerden birine bağlıdır: travma, uterus duvarının zayıflamasına bağlı genetik bir durum, uzun süreli doğum indüksiyonu veya uterus duvarının aşırı gerilmesi [4]. Dilatasyon küretaj, sezaryen öyküsü olmayan kadınlarda uterus rüptürü için en önemli risk faktörüdür [11].

Gebelik sırasında uterus rüptürünün klinik başlangıcı, karın ağrısı, fetal bradikardi, masif kanama ile maternal şok da dahil olmak üzere çok çeşitli olabilir [12]. Major arter kanaması eklenmediği koşulda, sezaryen sırasında insidental olarak da saptanabilen uterus rüptürünün bulguları oldukça sessiz seyredebilir [13]. Tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi kullanılabileceğine dair

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ssultancanan@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-4995-8194



zeksiyonu, halen altın standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak tedavide HSR kullanılması kararı alınmadan önce olası komplikasyonlar hasta ile konulmal, karar birlikte alınmalıdır. Hastalara anlatılan komplikasyonlar içerisinde gebelikte uterus rüptürüne yer vermek önemlidir. Hem maternal hem fetal hayati tehdit oluşturan bu komplikasyonun, hasta tarafından iyi anlaşılması gerekir. Bunlara ek olarak HSR  yk s  olan gebelerde hekimler de spesifik olmayan uterus rüptürü semptomları açısından dikkatli olmalı, şüphe halinde tanı ve tedavide gecikmemelidir.

## KAYNAKLAR

1. Fox, N.S., et al., *Pregnancy outcomes in patients with prior uterine rupture or dehiscence*. Obstet Gynecol, 2014. **123**(4): p. 785-9.
2. Ozdemir, I., N. Yucel, and O. Yucel, *Rupture of the pregnant uterus: a 9-year review*. Arch Gynecol Obstet, 2005. **272**(3): p. 229-31.
3. Porreco, R.P., et al., *The changing specter of uterine rupture*. Am J Obstet Gynecol, 2009. **200**(3): p. 269 e1-4.
4. Gibbins, K.J., et al., *Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus*. Am J Obstet Gynecol, 2015. **213**(3): p. 382 e1-6.
5. Vandenberghe, G., et al., *The International Network of Obstetric Survey Systems study of uterine rupture: a descriptive multi-country population-based study*. BJOG, 2019. **126**(3): p. 370-381.
6. Fitzpatrick, K.E., et al., *Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case-control study*. PLoS Med, 2012. **9**(3): p. e1001184.
7. Al-Zirqi, I., et al., *Uterine rupture after previous caesarean section*. BJOG, 2010. **117**(7): p. 809-20.
8. Dellino, M., et al., *Uterine rupture after previous caesarean section with hysterotomy above the lower uterine segment*. Acta Biomed, 2022. **93**(S1): p. e2022269.
9. Weimar, C.H., et al., *Risk factors for uterine rupture during a vaginal birth after one previous caesarean section: a case-control study*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2010. **151**(1): p. 41-5.
10. Kaczmarczyk, M., et al., *Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population-based study of successive pregnancies in Sweden*. BJOG, 2007. **114**(10): p. 1208-14.
11. Zhao, P., et al., *Clinical characteristics of uterine rupture without previous Cesarean section: A 25-year retrospective study*. J Obstet Gynaecol Res, 2021. **47**(6): p. 2093-2098.
12. Chen, L.H., K.H. Tan, and G.S. Yeo, *A ten-year review of uterine rupture in modern obstetric practice*. Ann Acad Med Singap, 1995. **24**(6): p. 830-5.
13. Spong, C.Y., et al., *Risk of uterine rupture and adverse perinatal outcome at term after cesarean delivery*. Obstet Gynecol, 2007. **110**(4): p. 801-7.
14. Rikken, J.F.W., et al., *Septum resection versus expectant management in women with a septate uterus: an international multicentre open-label randomized controlled trial*. Hum Reprod, 2021. **36**(5): p. 1260-1267.
15. Cok, T., *Septate Uterus. Resect or not? That is Not the Only Question*. Rev Bras Ginecol Obstet, 2022. **44**(9): p. 899-900.



16. Lagana, A.S., et al., *Optimal Timing and Recommended Route of Delivery after Hysteroscopic Management of Isthmocele? A Consensus Statement From the Global Congress on Hysteroscopy Scientific Committee*. J Minim Invasive Gynecol, 2018. **25**(4): p. 558.
17. Puente, E., et al., *Chronic Endometritis: Old Problem, Novel Insights and Future Challenges*. Int J Fertil Steril, 2020. **13**(4): p. 250-256.
18. Puente Gonzalo, E., et al., *Intrauterine infusion of platelet-rich plasma for severe Asherman syndrome: a cutting-edge approach*. Updates Surg, 2021. **73**(6): p. 2355-2362.
19. Jansen, F.W., et al., *Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study*. Obstet Gynecol, 2000. **96**(2): p. 266-70.
20. Cooper, J.M. and R.M. Brady, *Late complications of operative hysteroscopy*. Obstet Gynecol Clin North Am, 2000. **27**(2): p. 367-74.
21. Spanish Infertility, S.G., et al., *Hysteroscopic septum resection and reproductive medicine: A SWOT analysis*. Reprod Biomed Online, 2018. **37**(6): p. 709-715.
22. Jansa, V., et al., *Uterine rupture in pregnancy after hysteroscopic septum resection: a 20-year retrospective analysis*. Minim Invasive Ther Allied Technol, 2022. **31**(3): p. 448-455.
23. Angell, N.F., J. Tan Domingo, and N. Siddiqi, *Uterine rupture at term after uncomplicated hysteroscopic metroplasty*. Obstet Gynecol, 2002. **100**(5 Pt 2): p. 1098-9.
24. Lobaugh, M.L., et al., *Uterine rupture during pregnancy in a patient with a history of hysteroscopic metroplasty*. Obstet Gynecol, 1994. **83**(5 Pt 2): p. 838-40.

## KORNUAL EKTOPIK GEBELİK ODAĞINA METOTREKSAT ENJEKSİYONU-OLGU SUNUMU

Jule ERİÇ HORASANLI<sup>1</sup>

Ülfet SENA METİN<sup>2</sup>

### |GİRİŞ

Blastokistin endometrial kavite dışında herhangi bir yere yerleşmesi dış gebelik olarak adlandırılır. Dış gebeliklerin yaklaşık %2-5'i uterusun interstisyel veya kornual bölgesinde meydana gelir (1). Dış gebeliklerin hem düşük hem de yüksek sosyoekonomik düzeydeki ülkelerde anne ölümlerindeki artışa önemli bir katkısı vardır. İnterstisyel ve kornual gebelikler, tüm dış gebeliklerin %2-5'ini oluşturan tehlikeli ve nadir görülen dış gebelik türleridir (2). Nadir ektopik gebelik türleri olmasına karşın mortalite oranı diğer tiplerden 6-7 kat daha fazladır (3). Dış gebelik risk faktörleri arasında, rahim içi araçlar, pelvik iltihabi hastalıklar, salpenjit, endometriozis, infertilite bulunmaktadır. Bunların dışında dietilstilbesterol maruziyeti, 40 yaşın üzerinde olmak, sigara içmek, geçirilmiş pelvik cerrahi ve yardımcı üreme teknikleri dış gebelik için potansiyel risk faktörleridir (4). Kornual gebelik için sonografik kriterler, boş bir uterin kavite, kavitenin dışında ve uterin kavite yan duvarından 1 cm uzaklıkta yer alan gebelik kesesi ve gebelik kesesini çevreleyen 5 mm'den daha az myometrial tabaka görülmesidir (5).

Ektopik gebelik tıbbi müdahale olmaksızın devam ederse tuba uterinanın rüptür olmasına ve hayatı tehdit eden batın içi kanamalara neden olur. Ektopik gebelik tedavisinde genellikle laparoskopik cerrahi ve gebeliğin yerleştiği tüpün rezeksiyonu tercih edilmektedir. (6)

<sup>1</sup> Doç. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., juleesen@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-0217-7195

<sup>2</sup> Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., ulfetsenametin@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-8738-7126





Bazı çalışmalar doğru hasta seçiminde lokal olarak metotreksat uygulamanın %91 oranında başarıya sahip olduğunu göstermiştir (11).

Son zamanlarda, Kanada Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Derneği ektopik interstisyel gebeliklerin tedavisi için öneriler yayınladı. Öncelikle uygun şekilde seçilmiş hastalarda çok dozlu veya lokal metotreksat ile konservatif tıbbi tedavi önerilmelidir. Buna karşın hemodinamik kriterler veya rüptür şüphesi nedeniyle cerrahi gerekiyorsa, klinisyenler laparoskopik kornuostomi veya kornual rezeksiyon yapabilirler, her iki prosedür de benzer sonuçlara sahiptir (12).

Cerrahi girişimler hasta açısından, anestezi ve kan transfüzyon risklerine neden olabilirler. Uterus üzerinde kalıcı hasarlanmalar nedeniyle hastaların gelecekteki gebelik prognozlarında bozulmalar olabilir (13). Medikal tedavi yaklaşımları bu nedenler ile doktorlar ve hastalar tarafından tercih edilmektedir.

## SONUÇ

Kornual ektopik gebelik nadir görülen ve hayatı tehdit eden bir durumdur. Bu nedenle ultrasonografi ile erken dönemde teşhis etmek ve metotreksat ile konservatif tedavi uygulamak önemlidir. Gecikmiş tanı hastanın cerrahi tedaviye ihtiyaç duymasına, kornual rezeksiyona ve daha ileri olarak hayatı tehdit eden komplikasyonlara sebebiyet verebilir(4). Kornual ektopik gebelik odağına metotreksat lokal enjeksiyonu güven ile tercih edilebilecek bir cerrahi prosedürdür.

## KAYNAKLAR

- 1 L. L. Marion and G. R. Meeks, "Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors," *Clinical obstetrics and gynecology*, vol. 55, pp. 376-386, 2012.
- 2 L. Say, D. Chou, A. Gemmill, Ö. Tunçalp, A.-B. Moller, J. Daniels, *et al.*, "Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis," *The Lancet global health*, vol. 2, pp. e323-e333, 2014.
- 3 E. Yang and Y.-L. Liu, "Interstitial and Cornual Ectopic Pregnancy: A Review of the Management Options," *CEOG*, vol. 50, 2023-03-21 2023.
- 4 L. T. R. Santos, S. C. de Sousa Oliveira, L. G. A. Rocha, N. dos Santos Sousa, and R. de Sousa Figueiredo, "Interstitial pregnancy: case report of atypical ectopic pregnancy," *Cureus*, vol. 12, 2020.
- 5 A. Biffi, G. R. Damiani, A. M. Pellegrini, A. Quartucci, D. Di Gennaro, and G. Del Boca, "Cornual pregnancy," *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, vol. 29, pp. 327-328, 2022.
- 6 A. W. Horne, S. Tong, C. A. Moakes, L. J. Middleton, W. C. Duncan, B. W. Mol, *et al.*, "Combination of gefitinib and methotrexate to treat tubal ectopic pregnancy (GEM3): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial," *The Lancet*, vol. 401, pp. 655-663, 2023.



- 7 T. Musik, J. Grimm, I. Juhasz-Böess, and E. Böz, "Treatment options after a diagnosis of early miscarriage: expectant, medical, and surgical," *Deutsches Ärzteblatt International*, vol. 118, p. 789, 2021.
- 8 J. Bertino, D. Donohue, B. Gabrio, R. Silber, A. Alenty, M. Meyer, *et al.*, "Increased level of dihydrofolic reductase in leucocytes of patients treated with amethopterin," *Nature*, vol. 193, pp. 140-142, 1962.
- 9 M. A. Sargin, N. Tug, S. Ayas, and M. Yassa, "Is interstitial pregnancy clinically different from cornual pregnancy? A case report," *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, vol. 9, p. QD05, 2015.
- 10 A. C. o. Obstetricians and Gynecologists, "ACOG Practice Bulletin No. 193: tubal ectopic pregnancy," *Obstetrics and gynecology*, vol. 131, pp. e91-e103, 2018.
- 11 S. Lau and T. Tulandi, "Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy," *Fertility and sterility*, vol. 72, pp. 207-215, 1999.
- 12 L. Po, J. Thomas, K. Mills, A. Zakhari, T. Tulandi, M. Shuman, *et al.*, "Guideline No. 414: Management of pregnancy of unknown location and tubal and nontubal ectopic pregnancies," *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 43, pp. 614-630. e1, 2021.
- 13 G. Tuncay, A. Karaer, E. I. Coskun, and R. Melekoglu, "Treatment of unruptured cornual pregnancies by local injections of methotrexate or potassium chloride under transvaginal ultrasonographic guidance," *Pakistan Journal of Medical Sciences*, vol. 34, p. 1010, 2018.