



MİJİD BÜLTEN

OCAK 2022



www.mijid.org



“ Mijid Youtube Kanalımız; **minimalinvazifjinekoloji** kadavra diseksiyonu ve cerrahi videolarla yayında. **Abone olmayı unutmayın** ”



Değerli Meslektaşlarım,

MiJiD olarak bir türlü kurtulamadığımız bu pandemi süresinde sağlığını koruyarak günlük yaşantınıza devam ettiğinizi umarak sizleri 2021-2022 programı içinde yer alan faaliyetlerimiz hakkında bilgilendirmek istiyoruz.

Öncelikle, daha güncel ve yenilenmekte olan bir web sitesiyle karşınıza çıkıyoruz. Bu web sitesinde minimal invaziv jinekolojik cerrahi ile ilgili güncel bilgilere, geçmiş ve gelecek faaliyetlerimize ve eğitici videolara ulaşmanız mümkün olacaktır. Web sitemizi ziyaret etmeniz bizim sizlere ulaşabilmemize olanak sağlayacaktır.

Bildiğiniz gibi geçen sene fiziksel olarak yapamadığımız Minimal İnvaziv Cerrahi Kongresinin beşincisini 23-26 Şubat 2022 tarihinde yine İstanbul'da Wyndham Grand Levent Hotel 'de fiziksel olarak gerçekleştireceğiz. Yine çok zengin bir programla karşınızda olacağız.

Kongre öncesi farklı merkezlerde kadavra ve hayvan laboratuvarlarında Robot ve Laparoskopi kursları, Genital estetik, Jinekolojik Ultrason, Endometriozis, Histerektomi ve Sütür kursları olmak üzere 9 kurs düzenlenecektir. Bu kurslarda Hands-on ve didaktik eğitimler ve canlı cerrahiler yapılacaktır.

Kongre her gün sahnede kadavra oturumları ile başlayacak, Yurtiçi ve yurtdışından toplam 12 canlı cerrahi, ISGE oturumu ve yurtdışından 17, yurtiçinden 100 e yakın konuşmacı ve oturum başkanı'nın davetli olduğu panel ve oturumlarla devam edecektir.

Kongrede serbest video oturumları ve video cerrahi yarışmaları düzenlenecektir. Minimal İnvaziv Cerrahi Kongresi özellikle genç meslektaşlarımızın yaptıkları başarılı videoları herkese gösterme fırsatını bulacakları bir ortam sağlamaktadır. Bizlerde merakla bu güzel videoları görmeyi ve bu başarılı cerrahlarla tanışmayı bekliyoruz. En başarılı videolar ödüllendirilecektir.

Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi, Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Derneği (MiJiD), Minimal İnvaziv Jinekolojik Onkoloji derneği (MiJOD) ve Robotik Jinekolojik Cerrahi Derneği (RJCD) tarafından oluşturulan Jinekolojik Endoskopi Platformu tarafından düzenlenmektedir.

Ben, özellikle beşincisini düzenlediğimiz bu kongremizin programının hazırlanmasında emeği geçen MiJiD yönetim kurulu üyelerine ve ayrıca diğer derneklerin başkan ve kurul üyelerine teşekkür etmek istiyorum ve minimal invaziv cerrahiye gönül vermiş tüm meslektaşlarımızı kongremize sevgi ve saygılarımla davet ediyorum.

MiJiD Yönetim Kurulu Adına

YK Başkanı

Dr. Mete GÜNGÖR

MİJİD YÖNETİM KURULU

BAŞKAN



Dr. Mete Güngör

BAŞKAN YRD.



Dr. Kemal Özerkan

GENEL SEKRETER



Dr. Gonca Çoban Şerbetçioğlu

SAYMAN



Dr. Üzeyir Kalkan

ÜYELER



Dr. Vedat Atay



Dr. Ercan Baştu



Dr. Mete Çağlar



Dr. L. Cem Demirel



Dr. Erhan Şimşek



Dr. Yeşim Bayoğlu Tekin



Dr. H. Onur Topçu



Dr. Gürkan Uncu



Dr. C. Bülent Urman

EDİTÖRLERDEN MESAJ



Dr. Erhan Şimşek



Dr. H. Onur Topçu

Mijid Bultenin bu sayısını jinekoloji pratiğinde sık rastlanılan bir konuya ayırdık; Her yönüyle istmosel. Ülkemizde artmış sezaryen oranları nedeniyle sıklıkla karşımıza çıkan istmosel adet kanamalarında uzama ve lekelenme şeklinde karşımıza çıkmakta ve bazen de pelvik ağrı ile ilişkili olabilmektedir.

Bu sayıda istmoselin medikal ve cerrahisi tedavisini sizler için derledik. Ayrıca histeroskopik ve laparoskopik ve robotik cerrahi teknik videolarımızın linklerini bülten içerisinde bulabilirsiniz. Ayrıca kadavra disseksiyonları ve zengin endoskopik cerrahi içeriği ile Youtube kanalımız Minimalinvazivjinekoloji <https://www.youtube.com/channel/UCu2aWo3DkG6qUAD9asqCSjA> kanalımızı ziyaret etmenizi öneririz

23-26 Şubat 2021 tarihinde yapılacak 5. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongremizde fiziksel olarak da bir arada bulanabilmeyi dört gözle bekliyoruz. Endoskopik cerrahi dolu mutlu bir yıl dileriz.

Eğitici videolarınızı yayınlamak üzere bekliyoruz.

Videolarınızı Editörlerimiz Dr. Erhan Şimşek ve ya Dr. Onur Topçu'nun mail adreslerine gönderebilirsiniz.

drsimsekerhan@gmail.com

dronurtopcu@gmail.com

BÜLTEN HAZIRLAMA KURULU

Editör Yardımcıları



Dr. Özgüç Takmaz



Dr. Gülşen Doğan Durdağ

Düzenleme Kurulu



Dr. Atahan Toyran



Dr. Didem Alkaş Yağınç

BU SAYIDA

1- MiJiD TV

2- MiJiD Makaleler

3- MiJiD Eğitim Programları

a- Geçmiş Eğitim Faaliyetleri

b- Gelecek Eğitim Faaliyetleri

4- MiJiD TV Cerrahi Linkleri

MİJİD TV

Laparoskopik istmosel onarımın cerrahisi

<https://www.youtube.com/watch?v=2SPyOd8WNl0>

Dr. Onur Topçu

Eğitici videolarınızı yayınlamak üzere bekliyoruz.
Videolarınızı Editörlerimiz **Dr. Erhan Şimşek** ve ya **Dr. Onur Topçu**'nun mail adreslerine gönderebilirsiniz.

drsimsekerhan@gmail.com

dronurtopcu@gmail.com

MİJİD TV

Robotik istmosel onarımın cerrahisi

<https://www.youtube.com/watch?v=Ohx03Tlu834>

Dr. Ahmet Göçmen

Eğitici videolarınızı yayınlamak üzere bekliyoruz.
Videolarınızı Editörlerimiz **Dr. Erhan Şimşek** ve ya **Dr. Onur Topçu**'nun mail adreslerine gönderebilirsiniz.

drsimsekerhan@gmail.com

dronurtopcu@gmail.com

MİJİD TV

Histeroskopik istmosel onarımın cerrahisi

https://www.youtube.com/watch?v=YA_4xUXrI7I&t=20s

Dr. Giampietro Gubbini

Eğitici videolarınızı yayınlamak üzere bekliyoruz.
Videolarınızı Editörlerimiz **Dr. Erhan Şimşek** ve ya **Dr. Onur Topçu**'nun mail adreslerine gönderebilirsiniz.

drsimsekerhan@gmail.com

dronurtopcu@gmail.com

SÜTÜR MATERYALİ SEZARYEN SONRASI UTERİN SKAR İYİLEŞMESİNİ ETKİLER Mİ? RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMANIN SONUÇLARI

J Invest Surg. 2019 Dec;32(8):763-769. doi: 10.1080/08941939.2018.1458926. Epub 2018 Apr 18.

DOI: [10.1080/08941939.2018.1458926](https://doi.org/10.1080/08941939.2018.1458926)

[Alper Başbuğ¹](#), [Ozan Doğan²](#), [Aşkı Ellibeş Kaya¹](#), [Çiğdem Pulatoğlu³](#), [Metem Çağlar⁴](#)

Sezaryen sonrası uterus skarının iyileşmesinin bozulması, olumsuz jinekolojik ve obstetrik sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Buna yol açan olaylar hakkında çok sayıda çalışma yapılmış olmasına rağmen, sütür materyalinin sezaryen skar defekti (SSD) oluşumundaki rolünü inceleyen prospektif randomize çalışmalardan elde edilen bilgiler eksiktir.

Amaç: Sentetik sütür materyallerinin SSD oluşumu üzerindeki etkilerini değerlendirmek.

Çalışma dizaynı: 38. gebelik haftasından sonra elektif primer sezaryen ile doğum yapan tekil gebelikleri olan kadınlarda iki kollu 1:1 randomize bir çalışma gerçekleştirdik. Uterin kesi onarımı, sentetik emilebilir monofilament ve multifilament sütürler kullanılarak yapıldı. Birincil sonuç, doğumdan 6-9 ay sonra transvajinal ultrason ile ölçülen skar alanındaki rezidüel miyometriyal kalınlığı (RMK). İkincil sonuçlar, ortalama ameliyat süresindeki farklılıkları, ameliyat sırasındaki tahmini ortalama kan kaybını ve ameliyat sonrası jinekolojik sekel oranlarını içeriyordu.

Bulgular: 107 katılımcınının 94'ünde (%88) tam takip sağlandı. RMK, monofilament sütür grubunda multifilament sütür grubuna kıyasla daha kalındı (5.5 ± 2.24 mm'e karşılık 4.18 ± 1.76 mm, $p = 0.01$). İntraoperatif kan kaybı (preop hb - postop hb değeri) monofilament sütür grubunda daha yüksekti (1.59 ± 0.96 gr/dl'ye karşı 1.25 ± 0.60 gr/dl, $p = 0.04$). Monofilament sütür ve multifilament sütür grupları arasında jinekolojik sekel açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

Sonuç: Sezaryen esnasında yapılan uterus kesisinin monofilament sütür ile kapatılması skar iyileşmesini olumlu yönde etkiler ve RMK kalınlığını artırır.

Tablo 1: Hastaların özellikleri

	Multifilament sütür group (n = 46)	Monofilament sütür group (n = 48)	p-değeri
Yaş	29.57 ± 5.60	29.43 ± 6.70	0.65
BKİ	26.61 ± 3.87	25.79 ± 4.34	0.27
Nulliparite	27 (58.7%)	25 (52.1%)	0.078
Önceki vajinal doğum	19 (41.3%)	23 (47.9)	0.53
Doğumdaki gebelik haftası	39.19 ± 1.08	39.47 ± 1.23	0.24
Servikal dilatasyon	0 (0-4)	0 (0-4)	0.56
Uterin pozisyon			
Antevert	41 (89.13%)	40 (83.37%)	0.81
Retrovert	5 (10.87%)	8 (16.63%)	0.46
CS endikasyonu			
Anne isteği	24 (52.19%)	23 (47.9%)	0.88
CPD	6 (13.04%)	7 (14.60%)	0.56
Makat prezentasyon	5 (10.86%)	9 (18.75%)	0.28
Makrozomik bebek	11 (23.91%)	9 (18.75%)	0.78

Tablo 2: intraoperatif veriler

	Multifilament sütün group (n = 46)	Monofilament sütün group (n = 48)	p-değeri
Operasyon süresi(dk)	35.62 ± 6.64	38.33 ± 5.86	0.08
Delta hemoglobin konsantrasyonu (g/dL)	1.25 ± 0.60	1.59 ± 0.96	0.04
İntraoperatif komplikasyon (%)	0	0	1.00

Tablo 3: Rezidüel myometrial kalınlık ve postoperatif jinekolojik sekellerin karşılaştırılması.

	Multifilament sütün group (n = 46)	Monofilament sütün group (n = 48)	p-değeri
CS'den postoperatif transvajinal USG kadar geçen süre (hafta)	27.94 ± 3.33	27.75 ± 2.95	0.77
Rezidü myometrial kalınlık (mm)	4.18 ± 1.76	5.5 ± 2.24	0.01
Toplam miyometrial kalınlık (mm)	8.42 ± 1.89	9.46 ± 2.06	0.18
Kalınlık <2,3 mm (%)	12 (23.9%)	7 (14.6%)	0.33
Postmenstrual lekelenme	10 (21.7%)	4 (8.33%)	0.13
Dismenore	6 (13.04%)	3 (6.25%)	0.39
Kronik pelvik ağrı	6 (13.04%)	3 (6.25%)	0.39

ORIGINAL ARTICLE
IS HYSTEROSCOPY A GOOD OPTION TO MANAGE SEVERE CESAREAN SCAR DEFECT?

Amelie Zeller, MD, Claire Villette, MD, Herve Fernandez, MD, PhD, and
Perrine Capmas, MD, PhD

Çeviren: Dr. Onur Topçu

From the Department of Gynecology and Obstetrics, AP-HP, GHU-Sud, Hospital Bic^etre (Drs. Zeller, Villette, Fernandez, and Capmas), Faculty of Medicine, University Paris-Sud Saclay (Drs. Fernandez and Capmas), Le Kremlin-Bic^etre, and INSERM, centre de research in Epidemiology and Population

Health, U1018 (Drs. Fernandez and Capmas), Villejuif, France ABSTRACT Study Objective: To compare the outcomes of hysteroscopic management in women with a severe or nonsevere symptomatic cesarean scar defect (residual myometrium ≤ 3 -mm vs >3 -mm, respectively).

Design: Retrospective cohort study.

Setting: Gynecology department of a teaching hospital.

Patients: Seventy-one women with an operative hysteroscopy for a symptomatic defect (49 with severe defects and 22 with nonsevere ones).

Interventions: Operative hysteroscopy for cesarean scar defect in women with a severe defect (residual myometrium ≤ 3 -mm) and with nonsevere defect (residual myometrium >3 -mm).

Measurements: The main objective was to compare success rates between the 2 groups. The secondary objectives were the comparisons of (1) the number of women who required more than 1 procedure, (2) the rate of complications, (3) the number of subsequent pregnancies, and (4) the evolution of residual myometrium thickness between the groups.

Main Results: The success rates were not significantly different between the groups (73.5% in the severe group and 63.6% in the nonsevere group [$p = .40$]). The number of women requiring more than 1 procedure was also similar, as were the rate of complications and the mean increase of myometrium thickness. The rate of subsequent pregnancies in women who were infertile was significantly higher in women with a severe defect ($p = .04$).

Conclusion: The hysteroscopic approach seems to be a good way to manage cesarean scar defects even when the residual myometrium is thin. A prospective study is, however, necessary to confirm these findings. Journal of Minimally Invasive Gynecology (2021) 28, 1397–1402. © 2020 AAGL. All rights reserved.

Sezaryen skar defekti anormal uterin kanamaya, pelvik ağrıya ve sekonder infertiliteye neden olabilir. Tanısı ultrasonografi ile veya sono-histerografi ile kolaylıkla konulabilmektedir. Tedavisi vajinal yolla, histeroskopik, laparoskopik veya robotik olarak yapılabilmektedir.

Histeroskopik istmosel cerrahisinin laparoskopik veya robotik yola göre daha az hastanede kalış süresi ve hızlı iyileşme gibi avantajları vardır. Ancak literatürde yeterli data olmamasına rağmen myometrial rezidual kalınlık 3 mm'in altında olduğu durumlarda, histeroskopik cerrahinin mesane yaralanması riskini artırma potansiyeli olabileceğinden, cerrahinin laparoskopik yolla yapılması önerilmektedir.

Bu nedenle bu çalışmada myometrial kalınlığı ≤ 3 -mm ve myometrial kalınlığı >3 -mm olan ve sezaryen skar defekti bulunan kadınların operatif histeroskopi sonrası şikayetlerinin geçmesi ve başka bir cerrahiye ihtiyaç olup olmamasına göre karşılaştırmak hedeflenmiştir.

Materyal-Metot

Bu çalışma retrospektif kohort çalışmadır. 2011-2018 yılları arasında sezaryen skar defekti olan ve histeroskopik olarak düzeltme yapılan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Kadınlar myometrial kalınlığı ≤ 3 -mm ve >3 -mm olarak ikiye ayrılmışlardır. Histeroskopik düzeltme sonrası şikayetlerinin geçmesi ve başka bir prosodüre ihtiyaç oranı primer outcome olarak açıklanmıştır. Sekonder outcomelar ise uygulanan operatif histeroskopi sayısı, komplikasyon oranı ve cerrahi sonrası gebelik hızı olarak açıklanmıştır.

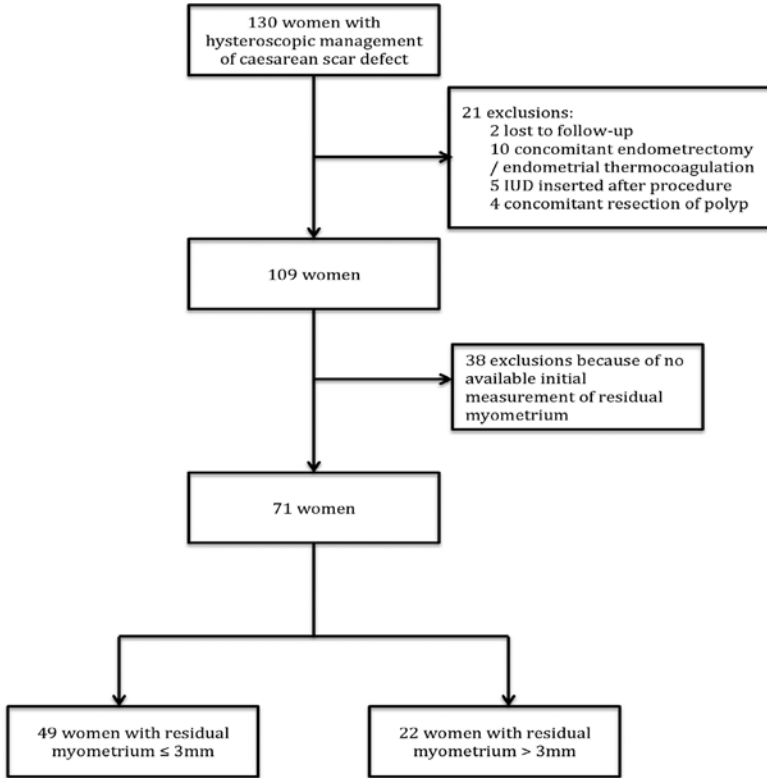


Table 1

Characteristics of, and comparison between, women with residual myometrium >3 mm and women with residual myometrium ≤ 3 mm

XXX	Residual myometrium >3 -mm (n = 22)	Residual myometrium ≤ 3 -mm (n = 49)	Total (n = 71)	p-value
Age, yrs	33.0 [31.8–40.0]	35.0 [32.0–39.0]	35.0 [32.0–39.0]	.75
Abnormal uterine bleeding	17 (77.3)	27 (55.1)	44 (62.0)	.08
Pelvic pain	10 (45.5)	17 (34.7)	27 (38.0)	.39
Secondary infertility	8 (36.4)	22 (44.9)	30 (42.3)	.50
Number of previous cesarean sections				
1	16 (72.7)	30 (61.2)	46 (64.8)	.17
2	6 (27.3)	12 (24.5)	18 (25.3)	
>2	0 (0.0)	7 (25.3)	7 (9.9)	
Previous surgery of the defect	4 (18.2)	8 (16.3)	12 (16.9)	.73
Previous scar pregnancy	3 (13.6)	4 (8.2)	7 (9.9)	.47
Length of the defect, mm	9.0 [6.7–12.3]	9.5 [6.2–12.6]	9.5 [6.3–12.2]	.96
Width of the defect, mm	12.0 [8.4–17.0]	12.0 [8.5–15.0]	12.0 [8.5–15.0]	.66
Depth of the defect, mm	6.8 [5.5–9.3]	9.0 [6.9–13.0]	8.0 [6.1–11.8]	.01
Residual myometrium, mm	5.0 [4.0–6.0]	1.7 [0.5–2.0]	2.0 [1.0–3.9]	$<.01$

Values are given in median [interquartile range] or number (%).

Sonuç

Myometrial kalınlığı ≤ 3 -mm olan grupta şikayetlerin geçme oranı %73.5 (36 / 49) ve myometrial kalınlığı >3 -mm olan grupta %63.6 (14 / 22) idi, aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Myometrial kalınlığı ≤ 3 -mm olan grupta %20.4 oranında (10 / 49) ve myometrial kalınlığı >3 - mm olan grupta %13.6 oranında (3/22) tekrar cerrahiye ihtiyaç duyuldu, aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Myometrial kalınlığı ≤ 3 -mm olan grupta 1 false way, 1 uterin perforasyon ve 1 tane defekt perforasyonu gelişirken, %6.12 oranı ile, myometrial kalınlığı >3 - mm olan grupta komplikasyon gerçekleşmedi, aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Myometrial kalınlığı ≤ 3 -mm olan grupta (14/21 [66.7%]) oranında gebelik gerçekleşirken, myometrial kalınlığı >3 - mm olan grupta (5/8 [62.5%]) oranında gebelik gerçekleşti, aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Tartışma

Literatürde histeroskopik istmoplasti ameliyatları için olası mesane hasarını önlemek için en az 3 mm lik myometrial dokunun bulunmasını iddia eden araştırmalar mevcuttur. Histeroskopik düzeltme çalışmalarının çoğu 3 mm ve üzeri myometrial kalınlığı olan hastalarda yapılmıştır. Histeroskopik istmoplasti sonrası semptomların düzelmesi ve gebelik oranı yaklaşık %60-100 'ler arasında verilmiştir. Bu haliyle histeroskopi oldukça kabul edilebilir bir cerrahi operasyon olarak yer almaktadır.

Bu çalışma Myometrial kalınlığı ≤ 3 -mm olan ve sezaryen skar defekti olan kadınlarda histeroskopik düzeltmenin güvenli ve etkili bir şekilde yapılabileceğini göstermektedir. Ancak çalışmanın retrospektif tasarımı ve semptom değerlendirilmesinde valide bir sistemin kullanılmaması en büyük limitasyonlarıdır.

ISTMOSEL LAPAROSKOPIK ONARIM TEKNİKLERİ

Didem Alkaş Yağınç

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Dr T Noyan Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

İstmosel-niş olarak da adlandırılan uterin skar defekti, geçirilmiş sezaryene bağlı olarak uterus istmusunda anterior duvarda oluşur. Hastaların çoğu asemptomatik olabileceği gibi, başvuru anındaki şikayetleri post-menstürel spotting, pelvik ağrı, sekonder infertilite de olabilir. İlk olarak 1995 yılında Morris tarafından histerektomi materyalinde tanımlanan istmosel, 2003 yılında Jacobson ve arkadaşları tarafından laparoskopik olarak opere edilmiştir. Tedavisinde oral kontraseptifler, levonorgestrelli intrauterin araç denenebileceği gibi, cerrahi prosedürler de uygulanabilir. İstmosel histeroskopik olarak istmosel alanının altında kalan fibrotik dokunun loop koter yardımı ile kesilmesi ile tedavi edilebilir. Ancak genel yaklaşım işlem öncesi yapılan sonohisterografide rezidü endometrial kalınlığın 2-3 mm ve altında olduğu durumlarda, vajinal, laparoskopik ya da laparotomi ile defektin tam kat çıkarılarak myometriyumun onarılması yönündedir (1).

Laparoskopik uterin skar düzeltilmesi teknik olarak, istmoselin sınırlarının histeroskopi ile belirlenmesi, lezyonun translüminasyonu (Figure 1) (Halloween sign) defektin tam kat çıkarılması (carbano dioksit lazer, elektrokoter ya da makas yardımı ile) ve ardından myometriyumun kapatılmasını kapsar (Figure 2). Translüminasyon ile defektin sınırlarının tam görüntülenmesi hem doğru cerrahi plan hem de olası mesane yaralanmaları için önemlidir ve histeroskopi ile mümkündür. Myometriyumun kapatılması esnasında serviksten ilerletilen hegar bujisi kılavuzluğunda endoservikal kanal ve uterin kavite ilişkisi korunabilir. Defektin tam kapatılması ilk kat myometriyumun 2/3 ünü, ikinci kat ise kalan 1/3 kısımla serozayı içine alacak şekilde çift kat sütürizasyon ile mümkündür (1,2,3).

Son yıllarda uterin skarın vajinal yaklaşımla onarımı da mümkün hale gelmiştir ancak yapılan çalışmalar laparoskopiyeye üstünlüğünü göstermemektedir. Her iki tekniğin histeroskopiyeye üstünlüğü izlense de operasyon süresinin uzunluğu dejavantajlarıdır. Özellikle gebelik beklentisi olan grupta gebelik esnasında myometrial rüptür riski nedeni ile laparoskopik ya da vajinal onarım yapılması daha uygun gibi görünmektedir. 2021' de yapılan bir derlemede tüm cerrahi yöntemler dahil edildiğinde canlı doğuma ulaşanların oranı tedavi edilen grupta %87.1 olarak verilmiştir Spotting açısından yapılan karşılaştırmalarda laparoskopi lehine küçük farklar vardır. (4).

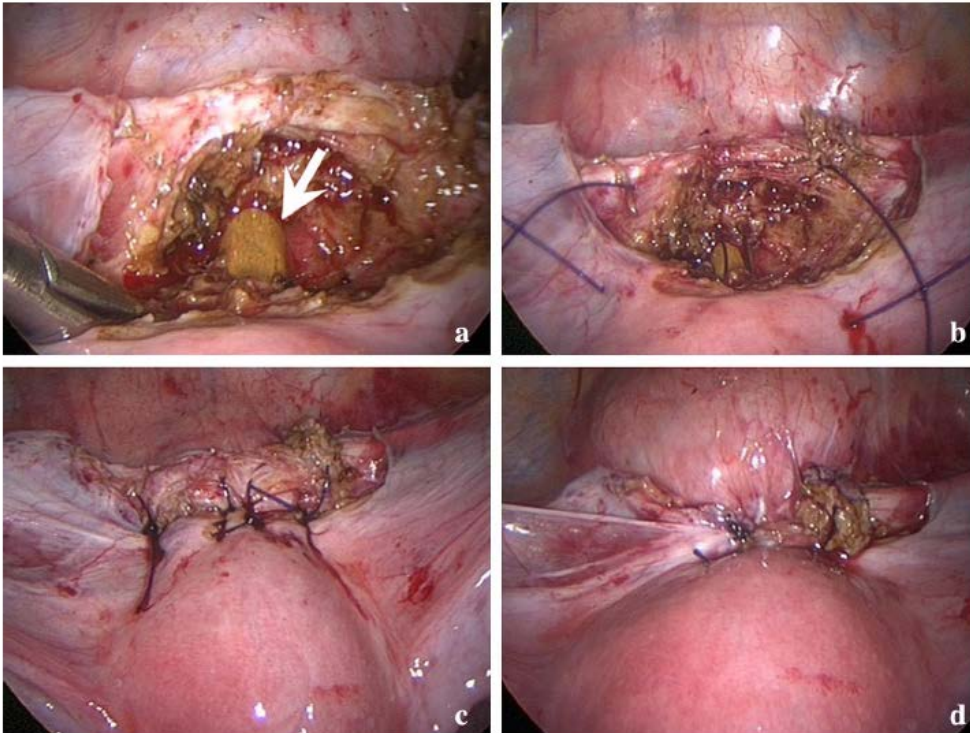
Uterin skarın düzeltilmesi için cerrahi yöntem seçiminde tam bir konsensus yoktur. Myometrial kalınlık tayini histeroskopi ile diğer yöntemleri ayırabilir ancak hastanın yaşı, şikayetleri, fertilite beklentisi yöntem seçiminde göz önünde bulundurulmalıdır. Laparoskopik, robotik, vajinal ya da laparatomik yaklaşım seçimine hasta ile karar verilmelidir.

Fig. 5

A transillumination view by laparoscopy; the view is from laparoscopy without any light enabling the visualization of the defect with the help of hysteroscopy light through the defect.



(Figure 1: Setubal et al. JMIG 2017)



(Figure 2: Donnez et al. Fertil Steril 2008) (kaynak5)

Referenslar

1.A.Setubal, J. Alves, F. Osório, A. Guerra, R. Fernandes, J. Albornoz, Z. Sidiroupoulou. Treatment for Uterine Isthmocele, A Pouchlike Defect at the Site of a Cesarean Section Scar. Journal of Minimally Invasive Gynecology (2018) 25, 38–46. doi.org/10.1016/j.jmig.2017.09.022

2. R. Mashiach, Y. Z. Burke. Optimal Isthmocele Management: Hysteroscopic, Laparoscopic or Combination. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* (2021) 28, 565–574. doi.org/10.1016/j.jmig.2020.10.026
3. S. G. Vitale, A. Ludwin, G. A. Vilos, P. Török, J. Tesarik, A. Vitagliano, R. B. Lasmar, B. Chiofalo. From hysteroscopy to laparoendoscopic surgery: what is the best surgical approach for symptomatic isthmocele? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics* (2020) 301:33–52. doi.org/10.1007/s00404-020-05438-0
4. R. Harjee, J. Khinda, M. A. Bedaiwy. Reproductive Outcomes Following Surgical Management for Isthmoceles: A Systematic Review. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* (2021) 28, 1291–1302. doi.org/10.1016/j.jmig.2021.03.012
5. Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, Donnez J (2008) Laparoscopic repair of wide and deep uterine scar dehiscence after cesarean section. *Fertil Steril* 89:974–980. doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.04.024

İSTMOSEL MEDİKAL TEDAVİSİ

Dr. Selçuk YETKİNEL

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi

İstmosel medikal tedavisi için literatürde kısıtlı sayıda hasta sayısı ile yapılmış bilgiler mevcuttur. Bu çalışmalarda oral kontraseptif (OKS) ve levonorgestrelli rahim içi araçlar (LNG-RİA) kullanılmıştır.

2006 yılında Tahara ve arkadaşlarının çalışmasında 11 hastaya OKS tedavisi verilmiştir. En az 3 siklus tedavi sonrası hastalar incelendiğinde postmenstruel lekelenme şeklinde kanama şikayetlerinde azalma gözlenmiştir. Yan etki olarak 11 hastanın 2 tanesinde meme hassasiyeti, 1 tanesinde ise bulantı şikayeti olmuş ancak hiç biri tedaviyi bırakılmayı gerektirmemiştir. Dehisensi >4 mm olan 3 hastanın tedavi sonrası ultrasonografisinde değişiklik saptanmazken, <3 mm dehisensi olan 7 hastanın bu görüntüsü kaybolmuştur (1).

2016 yılında Zhang ve arkadaşlarının yaptığı randomize olmayan prospektif çalışmada 142 hasta gruplara ayrılmış, sezaryen skar defekti olan hastalardan 86 hasta laparoskopik, 14'ü vajinal, 19'u histeroskopik yolla sezaryen skar defekti operasyonu olmuştur. Cerrahi tedavi istemeyen 23 hastanın 18'ine oral kontraseptif, 5'ine ise LNG-RİA verilmiştir. Bu hastaların menstruel period zamanları karşılaştırılmıştır. OKS kullanımının tüm diğer cerrahilerle birlikte menstruel period sürelerini anlamlı bir biçimde azalttığı görülmüştür. LNG-RİA ise bu çalışmada anlamlı bir fark yaratamamış ancak çalışmada takip süresinin 6 ay olmasının LNG-RİA için yeterli etki görülmemesi sebebi olabileceği vurgulanmıştır (2).

Chen ve arkadaşlarının 2019 yılında yayınladığı 6 hastalık vaka serisinde ise, istmoseli olan ve intermenstruel ara kanama şikayeti olan hastalara LNG-RİA uygulanmıştır. Hastaların %88.3'ünde (5/6) intermenstruel ara kanama şikayeti azalmıştır. Bir hastada ise RİA ekspulse olmuş, bu nedenle hasta değerlendirme dışında bırakılmıştır(3).

Büyük hasta grupları ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu aşikar olsa da, istmosel nedeniyle intermenstrüel kanaması olan, ya da menometroraji şikayeti olan hastalardan aynı zamanda kontrasepsiyon ihtiyacı olan hastaların varlığında OKS'ler ve LNG-RİA'ların kullanılabilmesi unutulmamalıdır. Her iki medikal tedavinin net olarak nasıl etki ettiği bilinmemekle beraber endometrium üzerindeki düzenleyici etkileri dolayısı ile olduğu düşünülmektedir (4).

Kaynakça

1. Tahara M, Shimizu T, Shimoura H. Preliminary report of treatment with oral contraceptive pills for intermenstrual vaginal bleeding secondary to a cesarean section scar. *Fertil Steril.* 2006 Aug;86(2):477-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.01.020. Epub 2006 Jun 12. PMID: 16769058.
2. Zhang X, Yang M, Wang Q, Chen J, Ding J, Hua K. Prospective evaluation of five methods used to treat cesarean scar defects. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016 Sep;134(3):336-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.04.011. Epub 2016 Jun 30. PMID: 27473332.
3. Chen YY, Tsai CC, Lan KC, Ou YC. Preliminary report on the use of a levonorgestrel intrauterine system for the treatment of intermenstrual bleeding due to previous cesarean delivery scar defect. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019 Oct;45(10):2015-2020. doi: 10.1111/jog.14060. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31381242.
4. Iannone P, Nencini G, Bonaccorsi G, Martinello R, Pontrelli G, Scioscia M, Nappi L, Greco P, Scutiero G. Isthmocele: From Risk Factors to Management. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019 Jan;41(1):44-52. English. doi: 10.1055/s-0038-1676109. Epub 2019 Jan 15. PMID: 30646424.

İSTMOSEL OLUŞUMU İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Çeviren: Dr. Onur Topçu

Original Research

ajog.org

GYNECOLOGY

Cesarean scar defect: a prospective study on risk factors



Riitta M. Antila-Långsjö, MD; Johanna U. Mäenpää, MD, PhD; Heini S. Huhtala, MSc; Eija I. Tomás, MD, PhD; Synnöve M. Staff, MD, PhD

BACKGROUND: Cesarean scar defect (isthmocele) is a known complication after cesarean delivery. It has become more common due to a rising cesarean delivery rate. Isthmocele has been associated with various gynecological and obstetric problems such as uterine rupture, cesarean scar pregnancy, and bleeding disorders.

OBJECTIVE: We sought to prospectively investigate factors associated with the risk for isthmocele assessed by sonohysterography.

STUDY DESIGN: A prospective observational cohort study was conducted in 401 nonpregnant women who were recruited within 3 days of cesarean delivery. Women were evaluated with sonohysterography 6 months after cesarean delivery to detect a possible isthmocele. The ultrasonographer was blinded to any clinical information. The main outcome measure was the presence of isthmocele. Type of surgery (elective vs emergency), maternal background variables, and factors related to pregnancy, labor, and postoperative recovery were analyzed in relation to isthmocele. A logistic regression model was used to assess independent risk factors from univariate analysis.

RESULTS: In all, 371 women were examined with sonohysterography resulting in a follow-up rate of 92.5%. The prevalence of

isthmocele was 45.6%. Independent risk factors for isthmocele development were a history of gestational diabetes (odds ratio, 1.73; 95% confidence interval, 1.02–2.92; $P = .042$), previous cesarean delivery (odds ratio, 3.14; 95% confidence interval, 1.90–5.17; $P < .001$), and advanced maternal body mass index (odds ratio, 1.06; 95% confidence interval, 1.01–1.11; $P = .012$). Every additional unit of body mass index increased the risk of isthmocele by 6%. In the subgroup of emergency cesarean delivery, longer duration of active labor increased the risk for isthmocele (odds ratio, 1.06; 95% confidence interval, 1.01–1.11; $P = .032$). There was no statistically significant difference in prevalence between the groups of elective and emergency cesarean delivery ($P = .898$).

CONCLUSION: Based on sonohysterographic examination, maternal body mass index, gestational diabetes, and previous cesarean deliveries are associated with an increased risk for incomplete healing of the uterine incision.

Key words: cesarean delivery, cesarean scar defect, isthmocele, sonohysterography, ultrasonography

- Maternal obezite
- Gestasyonel diyabet mellitus bulunması
- Geçirilmiş sezaryen sayısının artması

Subgrup analizinde de acil sezaryen operasyonları değerlendirildiğinde;

- Aktif doğum fazının uzun olması istmosel oluşum riskini arttırmaktadır.

İstmosel oluşumu olmadan myometrial kalınlığının az olmasına neden olan durumlar;

- Peripartum enfeksiyonlar
- İleri servikal açıklıktan sezaryen operasyonuna alınma durumlarıdır.

**SINGLE OR DOUBLE-LAYER UTERINE CLOSURE TECHNIQUES FOLLOWING CESAREAN:
A RANDOMIZED TRIAL**
**SEZARYEN SIRASINDA TEK KAT VEYA ÇİFT KAT UTERİN KAPAMA TEKNİĞİ: RANDOMİZE
KLİNİK ÇALIŞMA**

Şafak YILMAZ BARAN, Hakan KALAYCI, Gülşen DOĞAN DURDAĞ, Selçuk YETKİNEL,
Songül ALEMDAROĞLU, Tayfun ÇOK, Esra BULGAN KILIÇDAĞ
Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 Mar;100(3):531-537. doi: 10.1111/aogs.14018

ÖZET

Giriş: Sezaryen doğumlar tüm dünyada sıklıkla uygulanmaktadır. Sezaryen doğum **sirasında uygulanan** uterin kapama teknikleri uterin skar iyileşmesini etkilemektedir ve artan sezaryen doğumlar ile birlikte skar defektlerinde artış olduğu görülmektedir. Bununla birlikte; uterin skar gelişimi üzerine uzun dönem olumsuz sonuçlardan koruyacak optimal tekniği belirleme konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Bu prospektif çalışmada sezaryen sırasında uterusun tek-kat ve çift-kat kapatılmasının uterin skar iyileşmesi üzerine etkileri incelendi.

Materyal ve Metot: Çalışmaya Adana Başkent Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Temmuz 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında doğumu gerçekleşmiş 18-45 yaş aralığında, 24-41 gebelik haftalarında 282 tekil gebe dahil edildi. Resim 1'de akış şeması gösterildi. Çalışma grubunda hiçbir olgunun uterin cerrahi öyküsü (sezaryen, myomektomi, vs) yoktu. Travayın **tüm evrelerindeki ve/veya klinik** koryoamniyonit tanısı olmayan erken membran rüptürü gelişen gebeler çalışmaya dahil edildi. Bu çalışma ile birlikte katılımcılar ilk sezaryen doğumunu gerçekleştirdiler ve iki çalışma grubuna randomize edildiler. Tüm olgular için sezaryen doğum öncesi sıradaki numaralandırılmış kapalı zarf ameliyathane hemşiresi tarafından açıldı ve teknik cerraha bildirildi. Sezaryen doğumlar 6 cerrah tarafından gerçekleştirildi. Tek-kat grubu bir kat kilitleyerek kapatıldı. Çift-kat grubu ise, ilk kat kilitleyerek, 2. kat kilitlemeden iki kat kapatıldı (NCT03629028). Her iki grupta da desiduadan geçilmedi. Katılımcılar sezaryen sonu 6-9. ayda çağrıldı ve kontrole gelen katılımcıların sezaryen skar defekt gelişimi açısından transvajinal ultrasonografi ve salin infüzyon sonohisterografi ile değerlendirilmesi yapıldı. Salin infüzyon sonohisterografi uterin kapama tekniğini bilmeyen ve ultrason konusunda deneyimli hekimler tarafından yapıldı. Değerlendirmede niş varlığı, boyutları (derinlik, uzunluk, genişlik), şekli, eksternal servikal osa olan mesafe, rezidü ve adjacent myometrium kalınlığı analiz edildi. Skar bölgesinde 2 mm veya üzeri derinlikte hipokojen alan niş olarak tanımlandı.

Katılımcıların 2 gruba randomizasyonu **için basit** randomizasyon metodu kullanıldı ve The Research Randomizer websitesinden (<https://www.randomizer.org/>) faydalanıldı. Örneklem büyüklüğü belirlemede Di Spiezo Sardo ve arkadaşlarının 'Risk of Cesarean scar defect following single- vs double-layer uterine closure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.' (Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;50:578-583) çalışması esas alındı. <http://powerandsamplesize.com/Calculators> sitesi kullanılarak %90 güç ve 0.05 alfa hata ile her 2 gruba dahil edilecek olgu sayısı 141 olarak belirlendi.

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 27 Temmuz 2018'de onaylandı ve desteklendi (Proje no KA18/71). Çalışma, Clinical trials'a 18 Ağustos 2018'de kaydedildi (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03629028>).

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 225 katılımcının, 109'unun tek-kat, 116'sının çift-kat uterin kapama grubunda olduğu görüldü. Tablo 1'de her iki çalışma grubunun maternal ve obstetrik özellikleri sunuldu. Tablo 2'de çalışma gruplarında sezaryen doğumlardaki prosedürel detaylar hakkında ek bilgiler gösterildi.

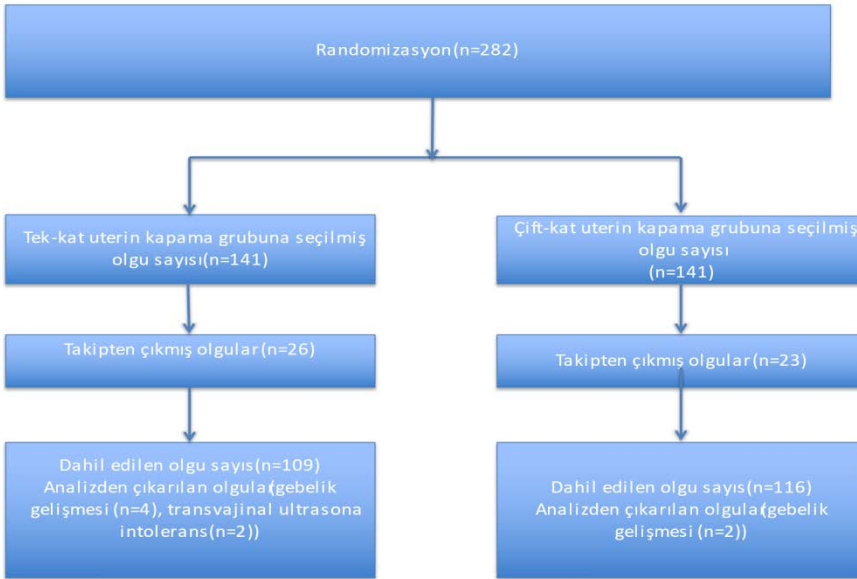
Niş varlığı ve ortanca niş derinliği transvajinal ultrasonografi ve salin infüzyon sonohisterografide sırasıyla %21, %, 0.9 ± 1.8 mm ve %41, 2.1 ± 1.9 mm olarak saptandı ($p < 0.001$, $p < 0.001$). Niş oranları tek-kat grubunda %37 (n=40) ve çift-kat grubunda %45.7 (n=53) olarak saptandı ($p = 0.22$, RR 1.4, 95% CI=0.8-4.4). Rezidü ve adjacent (niş bitişiğindeki) myometriyum kalınlığı yönünden gruplar arasında belirgin bir farklılık saptanmadı. Tablo 3'de her iki çalışma grubunun sezaryen doğumdan 6-9 ay sonraki primer ve sekonder sonuçları gösterildi.

Sonuçlar:

Sezaryen sırasında uterin kapama tekniğinde tek veya çift-kat kapama niş gelişimi, niş derinliği ve uzunluğu, rezidü/adjacent myometriyum kalınlığı veya postmenstrüel kanama açısından anlamlı bir fark yaratmamaktadır. Bununla birlikte niş genişliği çift-kat grubunda anlamlı olarak yükek bulunmuştur. Niş genişliğinin klinik önemini değerlendirecek çalışmalara gelecekte ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: sezaryen, doğum, cerrahi teknik, ultrasonografi, uterin skar

Resim 1. Akış şeması



Tablo 1. Her iki çalışma grubunun maternal ve obstetrik özellikleri

	Tek-kat grup (n=109)	Çift-kat grup (n=116)
Ortalama yaş, yıl	29.8±4.1	30.8±5.1
Ortalama vücut kitle indeksi, kg/m ²	28.9±4.2	29.8±4.6
Nulliparite, n (%)	103 (94.5)	105 (91.3)
Sigara kullanımı, n (%)	5 (4.7)	4 (3.6)
Diabetes mellitus, n (%)	6 (5.8)	9 (8.1)
Gebelikte hipertansiyon, n (%)	10 (9.2)	9 (7.8)
İnfertilite öyküsü, %	22 (20.4)	25 (22.9)
Ortalama doğum zamanı, hafta	38.0±2	38.1±2.1
Ortalama doğum kilosu, gr	3191.5±570	3261.4±633
Acil sezaryen, n (%)	30 (28)	35 (30.7)
Doğum öncesi eylemin başlamış olması, n (%)	29 (27.1)	34 (30.1)
Ortanca travay süresi, saat, (min-maks)	4 (1-18)	4 (1-20)
≥4 cm servikal dilatasyon, n (%)	11 (10.1)	14 (12.2)

Tablo 2. Her iki çalışma grubundaki sezaryen doğumlarda prosedürel detaylar

	Tek-kat grup (n=109)	Çift-kat grup (n=116)
Ek sütür gereksinimi, n (%)	64 (61.5)	66 (60)
Ortanca uterin kapama süresi, dakika (min-maks)	3.5 (1-9)	6.2 (1.5-20)
Ortanca operasyon süresi, dakika (min-maks)	25 (15-45)	30 (20-50)
Kanama miktarı>1000 ml	-	-
Transfüzyon gereksinimi, n (%)	-	1 (0.9)
Re-operasyon, n (%)	-	1 (0.9) (rektus kası hematomu nedeniyle)

Tablo 3. Her iki çalışma grubunun sezaryen doğumdan 6-9 ay sonraki primer ve sekonder sonuçları

	Tek-kat grup (n=109)	Çift-kat grup (n=116)	P değeri
Salin infüzyon sonohisterografide niş varlığı, n (%)	40 (37)	53 (45.7)	0.22, (RR 1.4, 95% CI=0.8-4.4)
Salin infüzyon sonohisterografide ortanca niş derinliği, mm (aralık)	1.7 (0-8.4)	2.4 (0-6.3)	0.10
Salin infüzyon sonohisterografide ortanca niş uzunluğu, mm (aralık)	3.5 (0-6.7)	3.8 (0-9.3)	0.07
Salin infüzyon sonohisterografide ortanca niş genişliği, mm (aralık)	2.8 (0-7.4)	4.0 (0-10.1)	0.01
Ortanca rezidü myometriyum kalınlığı, mm (aralık)	9.6 (3.7-21)	9.4 (3-23)	0.19
Ortanca adjacent (niş bitişiğindeki) myometriyum kalınlığı, mm (aralık)	12.1 (6.8-22.6)	12 (4.9-23)	0.56

GEÇMİŞ EĞİTİM FALİYETLERİ



AKDENİZ KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ EĞİTİM PROGRAMLARI İSTMOSSEL

AKDENİZ KADIN SAĞLIĞI Organizasyon

Hüsnü Çelik
M. Ali Narin
Erhan Şimşek
Kenan Dolapçioğlu
U. Nasuh Doğan
Kadir Güzin
Hakan Kalaycı

Bilimsel Kurul

Ahmet zeki Işık
Erhan Şimşek
Esra Bulgan kılıçdağ
Esra Saygılı
Gürkan Uncu
Hakan Kalaycı
Hüsnü Çelik
Kadir Güzin
Kenan Dolapçioğlu
M. Ali Narin
Mete Güngör

Oğuz Yücel
Şafak Yılmaz Baran
Tayfun Çok
U. Nasuh Doğan

15 Nisan 2021, Saat 19:00-21:00

Oturum Başkanları: *Kadir Güzin, M. Ali Narin, Hakan Kalaycı*

- İstmosel, tanım, sınıflama, semptomlar
- İstmosel oluşumu önlenbilir mi? Randomize Kontrollü Çalışmalar ışığında risk faktörlerinin gözden geçirilmesi
- İstmosel ve fertilité sorunları
- İstmosel yönetiminde algoritma nasıl olmalıdır?
Hangi hastaya hangi tedavi?

*Kenan Dolapçioğlu
Şafak Yılmaz Baran*

*Esra Bulgan Kılıçdağ
Tayfun Çok*

KURS: İstmosel Cerrahisinde Teknikler

Videolar Eşliğinde Tips and Tricks

- **Kurs direktörleri:** *Mete Güngör, U. Nasuh Doğan, Erhan Şimşek*
- İstmoselin histeroskopik tedavisi
- İstmosele laparoskopik yaklaşım
- İstmosele robotik yaklaşım
- İstmosele vaginal yaklaşım

*Ahmet Zeki Işık
Gürkan Uncu
Ahmet Göçmen
Hüsnü Çelik*

Pandemi koşulları nedeni ile toplantımız online platformda yapılacaktır.

www.onlinesempozyum.com

GEÇMİŞ EĞİTİM FALİYETLERİ



AKDENİZ KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ EĞİTİM PROGRAMLARI

UTERUS ANOMALİLERİ VE İNFERTİLİTE

3 Ağustos 2021, Saat 19:30-22:00

AKDENİZ KADIN SAĞLIĞI

Organizasyon

Hüsnü Çelik
M. Ali Narin
Erhan Şimşek
Kenan Dolapçioğlu
U. Nasuh Doğan
Kadir Güzin
Hakan Kalaycı
Burak Karadağ
Korkut Dağlar
Evrin Erdemoğlu
Pinar Çağlar
Müfit Yenen
Gülsüm Uysal

Bilimsel Kurul

Gürkan Uncu
Bülent Urman
Çağatay Taşkıran
Mete Güngör
Ahmet zeki Işık
Esra Bulgan K
Esra Saygılı
Kadir Güzin
Oğuz Yücel
Mehmet sakıncı
Tayfun Çok
Hakan Kaya
Tayfun Çok
Sefa Arlier
Oya soylu Karapınar
Işın Üreyen
Alev Özer
Abdullah Tok
Ahmet Dirgen
Muhittin Telli
Ferhat Çetin

19.20-19.35 Açılış

Moderatör: Hüsnü Çelik
"Akdeniz'de Kadın Olmak"

Aytekin Altıntaş

Teorik Oturum

Moderatörler: Mete Güngör, Esra Saygılı, Raziye Narin, Şevki Gökulu

- 19.35- 19. 45 Uterin anomalilerin klasifikasyonu ve klinik pratiğe yansımaları ?
19.45- 19.55 Uterin anomalilerin tanısında kullanılan diagnostik teknikler, Optimizasyon nasıl sağlanır?
19.55- 20.05 Uterin anomali ve tedavilerinin fertilité sonuçlarına etkisi
20.05-20.15 Uterin Transplantasyon: Hangi anomalide ?
20.15- 20.25 Dismorfik ve septat uterus tedavisi sonrasında oluşan gebeliklerde perinatal sonuçlar
20.25-20.45 Tartışma

Bariş Ata

Gülşen Doğan Durdağ

Davut Kılıç

U. Nasuh Doğan

Korkut Dağlar

Kurs: Histeroskopik Videolar Eşliğinde Uterin Anomalilerin Tedavisi.

Moderatörler: Gürkan Uncu, Erhan Şimşek, Ilgın Türkçüoğlu

- 20.45 -20.55 Dismorfik uterus tedavisi
20-55,21.05 Septat uterus tedavisi
21.05-21.15 İntrauterin adezyon tedavisi
21.15-21.25 Vagen ve serviks yoksa
21.25-22.00 Tartışma

Pinar Çağlar Aytaç

Kenan Dolapçioğlu

Burak Karadağ

Kiper Arslan



Pandemi Nedeni ile Toplantımız Online platformda yapılacaktır.

www.onlinesempozyum.com

GEÇMİŞ EĞİTİM FALİYETLERİ



JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU 2020-2021 EĞİTİM PROGRAMI

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANLARI İÇİN İLERİ ULTRASON KURSU-TANIDAN TEDAVİYE

Kurs Direktörleri: Bülent Urman, Oluş Api, Ayşe Seyhan



29 Eylül 2021, Çarşamba



19:00-23:00

19:00-19:10 Açılış ve kursun tanıtımı: Mete Güngör

19:10-19:40 Uterus anomalilerinin klasifikasyonu ve klinik uygulamalarımız üzerine etkisi: Kritik analiz
A critical analysis of classifications of uterine anomalies and their impact on our clinical practice
Thierry Van den Bosch-Belgium

19:40-19:50 Tartışma

19:50-20:20 Myomlar ve/vs adenomyosis-nasıl ayırılım ve ultrason bulgularına göre cerrahiye nasıl yönetelim?
Myoma and/vs adenomyosis-how the differentiate and how to guide surgery according to ultrasound findings
Ercan Baştu-Turkey

20:20-20:30 Tartışma

20:30-21:00 Endometriozis ultrasonu-ultrasonografist ile cerrah arasındaki köprü
Endometriosis ultrasound-the bridge between the sonographer and the clinician/surgeon
Ayşe Seyhan-Turkey

21:00-21:10 Tartışma

21:10-21:20 Jinekolojik kanserlerin preoperatif değerlendirilmesi ve postoperatif izleminde ultrason
The utilization of ultrasound in the peroperative assessment and postoperative follow-up of gynecological malignancies
Filip Frühauf-Czech Republic

21:10-21:20 Tartışma

21:20-21:50 Fetal ekokardiyografi
Fetal echocardiography
Reuven Achiron-Israel

21:50-22:20 Fetal norosonografi
Fetal neurorsonography
Oluş Api-Turkey

22:20-23:00 Tartışma ve Kapanış



www.onlinesempozyum.com adresinden canlı yayınlanacaktır.

GEÇMİŞ EĞİTİM FALİYETLERİ



JİNEKOLOJİK
ENDOSKOPI
PLATFORMU

2021 EĞİTİM PROGRAMI

Oturum Başkanları:

Mete Güngör, Gürkan Uncu

Laparoskopik histerektomi için
cerrahi anatomi

Yakup Kumtepe

Basit laparoskopik histerektomi; step by step

Kemal Özerkan

Frozen pelvis olgularında laparoskopik histerektomi

Bülent Urman

Oturum Başkanları:

İlkkın Dünder, Çağatay Taşkıran

Mini-Mikrolaparoskopi ve single port laparoskopik
histerektomi

Francesco Fanfani

Büyük uteruslarda laparoskopik histerektomi

Ignacio Zapardiel Gutierrez

Laparoskopik histerektomide
komplasyonların

önlenmesi ve yönetimi

Fatih Güçer

LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ



9 Aralık 2021

Perşembe



20:00-22:30



Katılım ücretsizdir.



www.onlinesempozyum.com
adresinden canlı yayınlanacaktır.

Organizasyon Sekreteryası



GELECEKTEKİ EĞİTİM FALİYETLERİ



JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU



2022 EĞİTİM PROGRAMI

**HİSTEROSKOPI-DOĞRU ENDİKASYON,
DOĞRU CERRAHİ, MÜKEMMEL SONUÇ!**



**13 Ocak 2022
Perşembe**



20:00-22:30

AÇILIŞ KONUŞMALARİ: Mete Güngör, Bülent Urman

1. OTURUM-HİSTEROSKOPI VE İNFERTİLİTE

Oturum Başkanları: Hakan Yaralı, Sezcan Mümüşoğlu

***Subfertil ve ART uygulaması yapılacak olan kadınlarda tarama histeroskopisi**

Screening hysteroscopy in sub-fertile women and women undergoing assisted reproduction
Mohan Kamath-Hindistan

***Dismorfik uterus-nasıl tanı konur, tedavi endikasyonları nelerdir?**

Dysmorphic uterus-how to diagnose and how to treat?
Barış Ata

***Septum bilmecesi-şimdi ne yapalım?**

The puzzle of the septate uterus-what do we now?
Gürkan Bozdağ

2. OTURUM-CERRAHİ HİSTEROSKOPI

Oturum Başkanları: Ahmet Zeki Işık, Işıl Kasapoğlu

Operatif Ofis Histeroskopinin genişleyen endikasyonları

Expanding the meaning of in office operative hysteroscopy
Salvatore Vitale-İtalya

Histeroskopik myomektomi-konvansiyonel ve yeni teknikler

Hysteroscopic myomectomy-conventional and new techniques
Ercan Baştu

Histeroskopik sineşi cerrahisi

Hysteroscopic treatment of intrauterine synechia
Bülent Urman



www.onlinesempozyum.com
adresinden canlı yayınlanacaktır.



Katılım ücretsizdir.

Organizasyon Sekreteryası



GELECEKTEKİ EĞİTİM FALİYETLERİ

PELVİK LENF DİSEKSİYONU

& KOMPLİKASYON YÖNETİMİ
(VIDEO OTURUMLARI)

20 OCAK 2022 - PERŞEMBE



JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI
PLATFORMU

EĞİTİM PROGRAMI

OTURUM BAŞKANLARI: DR. U. FIRAT ORTAÇ, DR. İLKKAN DÜNDER

Pelvis Anatomisi - **Dr. Hüsnü Çelik**

Transperitoneal Laparoskopik Pelvik Lenf Nod Diseksiyonu - **Dr. Mete Güngör**

Laparoskopik Bulky Pelvik Lenf Nod Diseksiyonu, Zorlukları - **Dr. Çağatay Taşkıran**

Tartışma

OTURUM BAŞKANLARI: DR. FUAT DEMİRKIRAN, DR. NEJAT ÖZGÜL

Laparoskopik Extended Pelvik Lenf Nod Diseksiyonu - **Dr. Artem Stepanyan**

Pelvik Lenf Nod Diseksiyonununda Gelişebilecek Komplikasyonlar ve Yönetimi - **Dr. M. Ali Vardar**

Robotik Ekstra- Retroperitoneal Paraaortik Lenf Nod Diseksiyonu - **Dr. Faruk Köse**

Tartışma

SEKRETERYA



20
OCAK 2022



20.00
22.30



ONLINE
WEBINAR



GELECEKTEKİ EĞİTİM FALİYETLERİ

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



www.minimalinvazivjinekolojiccerrahi.org

Organizasyon Sekreteryası



FIGÜR KONGRE ORGANİZASYONLARI VE TİC. A.Ş.

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

GELECEKTEKİ EĞİTİM FALİYETLERİ



16. Uludağ
Jinekoloji
ve Obstetrik
Kış Kongresi

10 - 13 Mart 2022, Karinna Otel / ULUDAĞ

BİLDİRİLERİNİZİ BEKLİYORUZ!

Önemli Duyuru

**Bildiri son gönderim tarihi
12 ARALIK 2021**

Bildiri göndermek için tıklayınız

www.uludagkadindogum2022.org

burkeri
TÜRKİYE VE YAKIN DOĞU
444 9 443

MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ VİDEO LİNKLERİ

1-) Deep endometriosis of mid rectum, right parameter and sacral roots

Part 1: Live surgery to the 2nd MIGS Congress in Istanbul, Turkey

<https://www.youtube.com/watch?v=8S3egV1XGb0>



2-) Deep endometriosis of mid rectum, right parameter and sacral roots

Part 2: Live surgery to the 2nd MIGS Congress in Istanbul, Turkey

<https://www.youtube.com/watch?v=nJ39JXkzL4M>



3-) Bilateral endometrioma eksizyonu ve postop rezerv değerlendirilmesi

<https://www.youtube.com/watch?v=jaTHpMhO7fU>



4-) Laparoskopik myomektomi

<https://youtu.be/GObEpExETA0>



5-) Laparoskopik histerektomi

<https://www.youtube.com/watch?v=xO7U-isGlt4>



6-) Laparoscopic Left Pudendal Nerve and Artery Release (Part 1)

https://youtu.be/2gZSr38-l_M



7-) Laparoscopic myomectomy, morcellation in a hand-made bag from plastic urine bags

<https://youtu.be/lqMfcSJ83o8>



8-) Simple total laparoscopic hysterectomy using bipolar

<https://www.youtube.com/watch?v=lqMfcSJ83o8&feature=youtu.be>



9-) Resection of deep pelvic endometriosis with ureteral and sacrouterine ligament involvement

https://www.youtube.com/watch?v=ubrTRNaXyrE&list=UU-clTmWSUw_ep5msVYR5JyA&index=5



10-) Laparoskopik istmosel onarımın cerrahisi

<https://www.youtube.com/watch?v=2SPyOd8WN10>



11-) Robotik istmosel onarımın cerrahisi

<https://www.youtube.com/watch?v=Ohx03Tlu834>



12-) Histeroskopik istmosel onarımın cerrahisi

<https://youtu.be/FGQcggRP7lg>





www.mijid.org