

Jinekolojik Endoskopi Derneği

Önsöz

Sayın meslektaşlarım,

Jinekolojik Endoskopi Derneği (JED)'nin e-Bülten'i, yeni sayısıyla tekrar sizlerle buluşuyor.



Yeni yıl yeni bir umut ve heyecan yaratırken, 2016 yılının ilk bülteninde Jinekolojik Endoskopi alanında Ülkemiz ve Dünyadaki gelişmeler, yenilikler ve eğitimler ile ilgili bilgilendirmeleri bulabileceksiniz.

Ayrıca belirtmek isterimki, ülkemizde ilk kez Derneğimiz girişimleri ile oluşturulan Genç Endoskopistler Platformu (GEP) her alanda çalışmalarına devam etmekte ve ger geçen gün katılımcı sayısını arttırarak Jinekolojik Endoskopi alanında ülkemiz tıbbına daha fazla katkı sağlamaya çalışmaktadır. Ayrıca daha önceki yıllarda olduğu gibi 2016 yılı içerisinde de planladığımız bölgesel ve ulusal etkinlikler genç meslektaşlarımıza yönelik aktivitelerimizin artarak devam edeceğini belirtmek isterim.

JED'in yaktığı eğitim ateşinin giderek daha çok eğitimciyi içine aldığı görüyor ve mutlu oluyoruz. Biliyoruz ki, JED'in oluşturduğu bu örnek model daha pek çok kişi ve kuruma ilham kaynağı olmaya devam edecektir. Hatta bazı dernekler elde ettiği başarı nedeniyle GEP'i benimsemiş ve kendi yapılarına adapte etmişlerdir. Sözün kısası: Bizi izlemeye devam edin!

Sağlık ve başarı dolu bir yıl dileği ile,
Sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Prof. Dr. Fatih Şendağ
JED Başkanı

Hazırlayanlar

Doç. Dr. Taner Usta
Doç. Dr. Cem Çelik
Uz. Dr. Ali Akdemir
Uz. Dr. Selçuk Selçuk

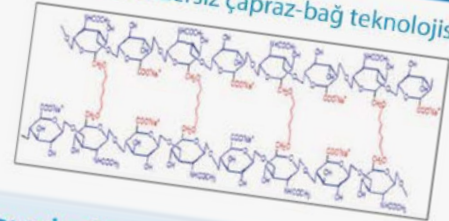
Teknoloji

Intrauterin adezyon önleyici jel Hyaluronik asit

MateRegen Gel, intrauterin adezyonlara karşı geliştirilen kontrollü olarak bozunum sağlayan, çapraz-bağlı hyaluronan asit-jel yapıdadır. MateRegen Gel'in adezyon ve skar oluşumunu önlediği, yeni mukoza oluşumunu kolaylaştırdığı, mukus membranlarında sekonder hasarı önlediği belirtilmektedir. Intrauterin işlem sonrasında intrauterin adezyonları anlamlı ölçüde azaltabildiği kanıtlanmıştır.

MateRegen® Gel IU

Yeni ve benzersiz çapraz-bağ teknoloji



Çok sayıda fonksiyon

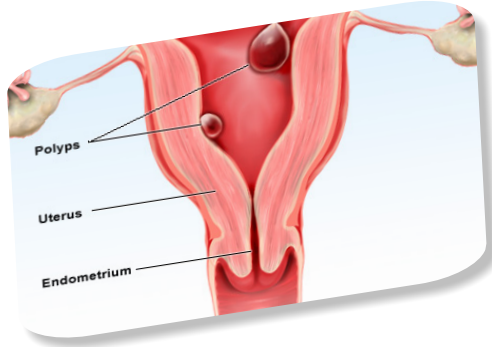
- Adezyon ve skar oluşumunu önler
- Ödem ve kanamayı azaltır
- Yeni mukoza oluşumunu kolaylaştırır
- Biyorezorpsiyon nedeniyle operasyon sonrası pansuman materyelini çıkarmak gerekmez
- Mukus membranlarında sekonder hasarı önler
- Üterus kavitesini ölü boşluk bırakmayacak şekilde kapatır



Removal of Endometrial Polyps: Hysteroscopic Morcellation versus Bipolar Resectoscopy, A Randomized Trial.

Hamerlynck TW, Schoot BC, van Vliet HA, Weyers S.
J Minim Invasive Gynecol. 2015

Amaç: Histeroskopik morselasyon ve bipolar rezektoskop ile endometrial polipektomi olgularının operasyon süresi, peri- ve postoperative yan etkiler, patolojik inceleme için doku yeterliliği ve kısa dönem etkinlik açısından karşılaştırılması.



Dizayn: Çok merkezli, randomize kontrollü çalışma

Olgular: ≥ 1 cm endometrial polip olguları

Interventions: TRUCLEAR 8.0 Tissue Removal System ile histeroskopik morselasyon veya rijid 8.5 mm bipolar rezektoskop ile bipolar rezektoskopi.

Bulgular: 84 hasta çalışmaya dahil edildi. Histeroskopik morselasyon ve rezektoskopi için median operasyon süresi sırasıyla 4.0 dk (2.5-7.1 dk) ve 6 dk. (3.8-11.7 dk) olarak saptandı. Histeroskopik morselasyon grubunda operasyon süresinin %38 daha düşük olduğu saptandı (95% confidence interval: 5%-60%; $p = .028$). İnstillasyon ve operasyon süresinin toplamı olarak işlem süresi histeroskopik morselasyon grubunda daha kısa olma eğilimindeydi (median 9.5 dk [aralık: 7.6-12.2] vs 12.2 dk [aralık: 8.8-16.0]; $p = .072$). Rezektoskopi

grubunda üç olguda dilatasyon veya histeroskopun tekrar yerleştirilmesi sırasında işlemin sonlandırılmasına veya hastanede kalış süresinin uzamasına neden olan perforasyon gerçekleşti. Histeroskopik morselasyon grubunda dilatasyon sırasında bir olguda perforasyon gerçekleşti, ancak işlem başarılı şekilde bitirilebildi.

Histeroskopik morselasyon grubunda postoperative dönemde iki olguda üriner sistem enfeksiyonu saptandı. Tüm hastalarda patolojik değerlendirme için doku elde edildi, sadece perforasyon nedeniyle işlemin sonlandırıldığı 2 olguda doku elde edilemedi.

Sonuç: Histeroskopik morselasyon hızlı, etkin ve güvenilir bir işlem olup endometrial polipektomi için bipolar rezektoskopiye alternatif bir yöntemdir.

Jinekoloji MasterClass Kursu

Jinekolojik Endoskopi MasterClass Kursu 08 Ocak 2016 tarihinde Atakent Acıbadem Hastanesinde yaklaşık 80-100 kişinin katılımı ile gerçekleştirildi.

Türkiye'den Prof. Dr. Fatih Şendağ ve İtalya'dan Prof. Dr. Fabio Ghezzi Minilaparoskopi ve Singleport histerektomi ile ilgili teorik sunumun ardından interaktif birer canlı ameliyat gerçekleştirdiler.

Toplantımıza yoğun ilgi gösteren katılımcılarımıza ve görev alan tüm hocalarımıza teşekkür ederiz. Yeni Master Class'larda görüşmek dileğiyle.



Single-port laparoscopically assisted-transumbilical ultraminilaparotomic myomectomy (SPLA-TUM) versus single port laparoscopic myomectomy: a randomized controlled trial

Jin-Sung Yuk, Hyun Young Ji, Kye Hyun Kim, Jung Hun Lee a.
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2015

Amaç: Single port laparoskopik myomektomi (SP-LM); özellikle sütür ve düğüm atılmasında yaşanan teknik problemler nedeniyle bazı kaçınılmaz zorlukları beraberinde getirmektedir. SP-LM de yaşanan teknik zorlukları ortadan kaldırmak amacıyla; sinle port laparaskopi ve mini-laparatominin avantajları entegre edilerek "Single-port Laparoskopik asiste – transumblikal ultraminilaparatomik myomektomi" (SPLA-TUM) olarak tariflenen yeni bir cerrahi prosedür tanımlanmıştır. Çalışmanın amacı; SPLA-TUM' un operasyon süresinin SP-LM'e göre daha kısa olup olmadığının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: 92 premenapozal semptomatik süperfisiyal intramural veya subserozal myomu olan hasta, SPLA-TUM veya SP-LM operasyonu uygulanmak üzere randomize edildi. SP-LM'de genel anestezi altında GelPoint giriş (Alexis, Applied Medical, Rancho Santa Margarita, CA, USA) için trans-umblikal olarak 15-20 mm lik insizyon açıldı. Myom kapsülü ve tabanına vazopressin (10 IU/100 mL normal salin) enjekte edildikten sonra



myom rezekt edildi. Rezekte edilen myomun morselasyon ve ekstraksiyonu umblikal insizyondan yerleştirilen skalpel ile gerçekleştirildi. SPLM de; myometrial ve serozal defekt ekstrakorporeal olarak 1–0 polyglactin 910 (Vicryl 1, Ethicon Inc., Somerville, NJ, USA) kullanılarak kapatıldı. SPLA-TUM da; GelPort çıkartıldıktan sonra umblikal insizyon Army-Navy retractor ile kaudale doğru çekildi. Uterin insizyon Allis klempile tutularak transumblikal insizyona doğru traksiyona alındı. Myometrial ve serozal tabaka; rektörün hemen altından ve üstünden 1–0 polyglactin 910 kullanılarak figure of 8 sütür ile minilaparatomik myomektomi prensibiyle aynı şekilde kapatıldı. Primer sonlanım noktası SP-LM ve SPLA-TUM tekniklerinin operasyon süresi ve kısa dönem sonuçlarının karşılaştırılmasıydı. Sekonder sonlanım noktası iki prosedürün postoperatif ağrı ve kozmetik sonuçlarının karşılaştırılmasıydı.



Bulgular: İki grup arasında demografik, klinik ve rezekt edilen myomların özellikleri açısından fark saptanmadı. Ortalama myom çapı SP-LM grubunda 3.5 ± 2.7 cm; SPLA-TUM grubunda 3.7 ± 2.6 cm iken maksimum myom çapı SP-LM grubunda 6.1 ± 2.3 ; SPLA-TUM grubunda 6.2 ± 2.0 idi. Ortalama operasyon süresi SPLA-TUM grubunda; SP-LM grubuna göre daha kısa bulundu (87.0 ± 32.7 vs 102.3 ± 32.9 dk, $p=0.026$). Postoperatif ağrı düzeyi ve skar yerine bağlı memnuniyet açısından gruplar arasında fark saptanmadı; ancak SPLA-TUM grubunda umblikal insizyon uzunluğu SP-LM grubuna göre daha uzun tespit edildi. SP-LM grubundaki bir (%2.2) hastada, SPLA-TUM grubundaki iki (%4.3) hastada iki yada üç portun kullanıldığı laparoskopik myomektomiye dönüldü.

Sonuç: SPLA-TUM grubunda operasyon süresi geleneksel sütür ve düğüm tekniği kullanımına bağlı olarak SP-LM grubuna göre daha kısa olmakla beraber iki prosedür arasında postoperatif ağrı ve kozmetik sonuçlar açısından farklılık saptanmadı.

The diagnosis and management of ureteric injury after laparoscopy

Gynecology and Minimally Invasive Therapy, 2015
Tomy Wijayaa, Tsia-Shu Loc, Sukanda Bin Jailib, Pei-Ying Wuc

Giriş: Üreter hasarının görülme sıklığı benign nedenli operasyonlarda %0.1-1.5 iken jinekolojik onkolojik operasyonlarda %5'e kadar çıkabilmektedir. Üreter yaralanmalarının %30-45'ine intraoperatif; %55-70'ine postoperatif tanı konmaktadır. Özellikle pelvik cerrahi iatrojenik üreter yaralanmalarının en sık sebeplerinden biridir. İnsidansı %0.5-3 arasında değişmekle beraber olguların 1/3' de üreter hasarı operasyon sırasında farkedilememektedir.

Jinekolojik Cerrahide Üreter Hasarı

Üreter hasarının erken ve tanı ve tedavisi; optimal sonuç elde etmede ve geç komplikasyonların (böbrek hasarı, genitoüriner fistül vb.) önlenmesinde önem arz etmektedir. Üreter hasarının geç tanı semptomları genellikle non-spesifik olup abdominal ağrı, yan ağrısı, ateş, bulantı, hematüri ve sulu vajinal akıntıyı içermektedir. Üreter hasarının erken postoperatif tanısı tipik olarak postoperatif 7-10. günler arasında konmaktadır.



Intraoperatif Tanı

Hematüri varlığına ve sistoskopi yapılmasına rağmen üreter hasarının erken tanısını koymak oldukça güçtür. Bazı serilerde hematüri varlığı %15-21 ile %23-45 olarak belirtilmesine karşın olguların %33'ünde üreter hasarı olmasına rağmen üriner tetkik sonuçları normal saptanmıştır. Major jinekolojik operasyonlarda rutin intraoperatif sistoskopi uygulaması üriner trakt yaralanmalarını önlemek amacıyla önerilmektedir. Postoperatif farkedilen üriner trakt yaralanmalarının oranını düşürmektedir. Ancak; sistoskopinin önemi bazı operasyonlarda (histerektomi, prolaps cerrahisi vb.) net değilken; özellikle komplike veya zor vakalarda cerrahların ihtiyatlı olmaları önerilmektedir. Operasyon sonrası uygulanan sistoskopi üreter orifislerinin ve idrar jet akımlarının

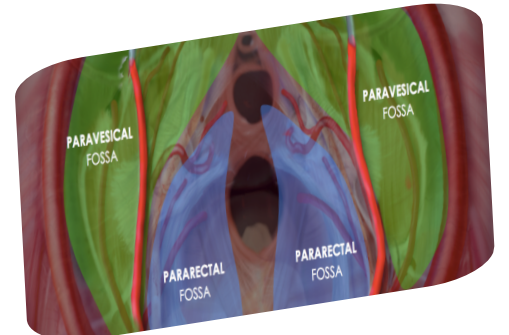
vizualizasyonuna olanak sağlamaktadır. Sistoskopi eşliğinde uygulanan stent; hasarın lokalizasyonunun ve üreter ligasyonunun ortalama uzaklığının tespit edilmesine olanak sağlamaktadır. İntravezikal ve/veya intravenöz boya kullanılması (metilen mavisi, indigo karmin vb.) alt üriner sistem bütünlüğünün değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır.

Postoperatif Tanı

Genellikle üreter hasarının intraoperatif olarak tespiti özellikle laparoskopik cerrahilerde gözden kaçabilmektedir. Soong ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada mesane yaralanmalarının büyük kısmı intraoperatif tespit edilirken; üreter hasarı için aynı durumun söz konusu olmadığını belirtmişlerdir.

Postoperatif dönemde abdominal insizyondan ve vajinadan idrar sızıntısı, kostovertebral açı hassasiyeti, oliguri, anüri, hematüri, ileus ve yüksek ateşin eşlik ettiği persiste karın ağrısı veya distansiyonu, fark edilmemiş üreter yaralanmaları için uyarıcı olmaktadır.

Intravenöz pyelogram (IVP); küçük lezyonların ve penetre lezyonların sadece %14-20'sini tespit etmektedir. Mesanedeki kontrast maddeyle karışabildiği için IVP distal lezyonların tanınmasında yetersiz kalabilmektedir. CT (computer tomography) üreter yaralanmalarının tespitinde faydalı



değildir ancak CT'de kontrast maddenin gecikmiş dağılımı üreter hasarını saptayabilmektedir.

Üreter Hasarının Onarımında Zamanlama

Üreter hasarının onarımı için optimum zaman üreter hasarının uzunluğu, etyolojisi, fark edilme zamanı ve lokalizasyonuna bağlıdır. Ödemin azalması, doku planlarının ortaya konabilmesi ve fistül varsa küçülmesi; üreter hasarının onarımı için 3-6 ay bekleme stratejisinin nedenlerinden kabul edilmektedir.

Üreter Hasarının Yönetimi

Sütürasyona bağlı olarak ligasyon veya kinkleşme, klemp nedenli hasar, kısmi veya tam kesi, termal hasar veya devaskülarizasyona bağlı iskemi iatrojenik ureter travmasına neden olabilen değişik mekanizmalar olarak tanımlanmaktadır. Stenoz üreter duvarının devaskülarizasyonu sonucu oluşan obstrüksiyona bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir ve buna bağlı olarak sızıntı gelişebilmektedir.

Üreteral stent

Üreteral stent uygulaması, üreter laserasyonunda tercih edilen bir yöntemdir. Üreterde stentin kalma süresi literatürdeki olgu sunumlarında 2-6 hafta olarak belirtilmektedir.



Laparoskopik Onarım

Üreteral rekonstrüksiyon başarısında tension-free, iyi vaskülarize ve sızıntı olmayacak şekilde gerçekleştirilen anastomoz kritik öneme sahiptir. Laparoskopik yaklaşım daha iyi vizualizasyon sağlamaktadır ve daha üst düzey girişim yapılmasına olanak sağlamaktadır.

Simmons ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada üreteroureterostomi, ureteroneosistostomi ve Boari flap prosedürleri laparoskopik (n=12) ve laparatomik (n=34) olarak karşılaştırılmış ve laparoskopik olarak üreteral striktürlerin onarımının daha efektif olduğu belirtilmiştir.

Total komplikasyon oranı laparotomi grubunda %15; laparaskopi grubunda %8 olarak bulunmuştur (p=0.225). Üreteral geçiş ortalama 23 aylık takip

süresinde laparaskopi grubundaki tüm olgularda başarılı şekilde gösterilmiştir. Laparotomi grubunda ortalama 43 aylık takip süresinde bu oran %96 olarak belirtilmiştir. İki grup arasında üreteral geçiş başarısı ve takip süresi açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Sonuç

Üreter hasarının en kısa sürede tanısının konması, cerrahi onarımın başarısı şansını arttıran önemli bir parametredir. Pelvik anatomiye hakimiyet ile beraber üreter hasarının gerçekleştirileceği lokasyonların bilinmesi, buna ek olarak üreter hasarının önlenmesi ve yönetimi konusunda deneyimli olmak gerekmektedir.

Jinekolojik cerrahi sırasında gerçekleşen üreter yaralanmalarının en önemli sebebi jinekolojik cerrahinin önceki cerrahiye bağlı oluşan skar dokularından çok kanama sebebiyle ivedi, ani ve stresli doğasından kaynaklanmaktadır.

Semptomları nonspesifik olduğundan dolayı tanısı çoğunlukla gözden kaçmaktadır ancak üreter yaralanmaları operasyon sırasında tanınmalı ve onarılmalıdır. Üreter onarımında, laparoskopik üreteroureterostomi gold standart metod olarak kabul edilmektedir ve üreterosistomi; reanastomoz mümkün değilse ikinci seçenek olmalıdır.

İnfertilite Tanısında Transvajinal Hidrolaparoskopi Kullanımı

Deniz Balsak¹, Emrah Töz², Ahmet Eser³

¹ Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

² Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İzmir

³ Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

Özet:

Transvajinal hidrolaparoskopi, histerosalpingografi ve laparoskopiyeye alternatif olarak kadın periton boşluğunun direk olarak gözlenmesine izin veren bir yöntemdir.

Transvajinal hidrolaparoskopi Avrupa'da yaygın olarak kullanılmasına rağmen Türkiye'de nadiren yapılmaktadır.

Bu da muhtemelen transvajinal hidrolaparoskopi ile ilgili bilgi ve deneyim eksikliğine bağlıdır.

Bu yöntem hiçbir karın kesisine ihtiyaç olmadan, ofis şartlarında yapılabilen, histerosalpingografi işlemine göre daha az ağrılı olarak yapılabilmektedir.

Tubal açıklık değerlendirilmesinde geleneksel olarak kullanılan histerosalpingografinin aksine transvajinal hidrolaparoskopi ek olarak tubal mukazanın direk olarak gözlenmesine de izin vermektedir.

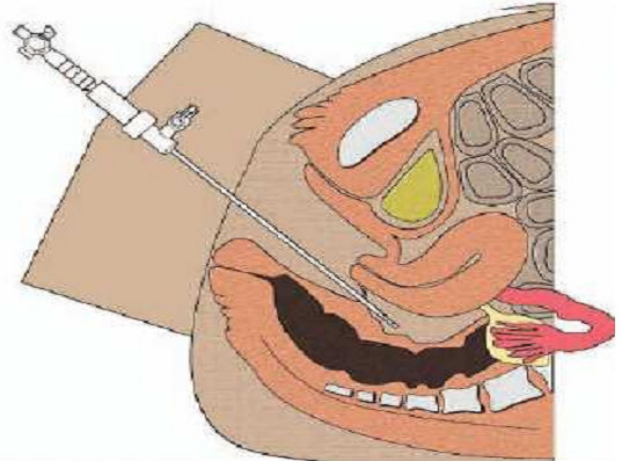
Transvajinal hidrolaparoskopi ile birlikte kromopertubasyon, salpingoskopi, mikrosalpingoskopi ve histeroskopi yapılabilmektedir.

Vajinal trokar üzerindeki operatif port ile adezyolizis, endometriyozis ablasyonu ve ovaryan drilling yapılabilmektedir. Transvajinal hidrolaparoskopi ile ilişkili riskler olarak kanama ve daha ileri olarak rektal delinme olabilmektedir.

Rektal zedelenme %0.6 civarında olmaktadır. Bu komplikasyon konservatif olarak 2 gün antibiyoterapi ve ertesinde laparoskopi ile peritoneal devamlılığın kontrolü ile başarılı bir şekilde yönetilmektedir.

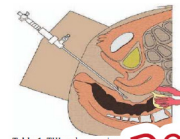
Transvajinal hidrolaparoskopi, histerosalpingografi ve laparoskopiyeye göre tubal açıklık ve patolojinin değerlendirilmesinde nispeten güvenilir bir alternatif olarak gözükmektedir.

Bu derlemenin devamını [buraya tıklayarak](#) pdf olarak indirebilirsiniz.



İnfertilite tanısında transvajinal hidrolaparoskopi

görülmeyen endometriyotik odaklar tespit edilebilmektedir. Yapılan bir çalışmada THL ile tuboovaryan adezyon kararı verme %95 ile, konvansiyonel laparoskopiyeye göre %63 başarıyla olmaktadır. Tuboovaryan ilişkili THL daha iyi göstermektedir.¹²



Tablo 1: THL ve konvansiyonel

Hasta yaşı	Botına girir aparatı	Kullanılan distansiyon maddesi	Anestezi	Maliyet (Avro)	Tuboovaryan Görüş Açısı	Cerrahi Müdahale
25-30	1.5 cm	CO2 gazı	Sedasyon	Düşük	Cok iyi	Sımsır (1.5 cm)

Komplikasyonlar ve Yönetim

THL yapılırken komplikasyonlar daha çok ilk vajen posterior forniksten doğrudan boşluğuna girer sırasına olmaktadır. İlk olarak doğrudan boşluğa girilmeden başarısız olabilmektedir. Giriş sırasında uterus ve barsak (rektum) yaralanma riski vardır (Tablo 2).

Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2015;8(1) 33

Resim 1: Transvajinal endoskopi tekniği

THL'de cerrahi gerektiren bir patoloji görülmesi halinde konvansiyonel laparoskopiyeye geçilebilmektedir. Yapılan bir çalışmada %21 vakada konvansiyonel laparoskopiyeye geçilmiş ve bunun nedenleri olarak; doğuştan boşluğuna girilmedi başarısızlık, yetersiz görüntüleme, peritubal siddetli adezyon gösterilmiştir.¹²

THL, HSG'de görülebilen tubal spazma bağlı tıkanıklığı tanılamak ve gerek tubal kapalılığı doğrulamada ofis şartlarında yapılabilen güvenli ve ucuz bir yöntemdir.¹²

Konvansiyonel laparoskopiyeye göre avantajı tek kullanımlık aletler, anestezi ve hastanede kalıp gerektirmezdir (Tablo 1). Maliyetleri günün %60'unda konvansiyonel lapa ile karşılaştırıldığında %40'unda daha azdır.¹²

Tüm Derleme için Tıklayınız

Laparoskopi

Hasta yaşı: 25-30

Botına girir aparatı: 1.5 cm

Kullanılan distansiyon maddesi: CO2 gazı

Anestezi: Sedasyon

Maliyet (Avro): Düşük

Tuboovaryan Görüş Açısı: Çok iyi

Cerrahi Müdahale: Sımsır (1.5 cm)

İşlem yapılırken uterus ve barsak (rektum) yaralanma riski vardır (Tablo 2).

Bu hastalara üç gün intravenöz antibiyotik önerilmektedir. Trokar genişliği

JED BÜLTEN

GÜNCEL

Türkiyeden Romanya'ya Canlı cerrahi yayını

Ülkemizde jinekolojik endoskopinin yaygınlaşması ve gelişmesi amacıyla çalışan Jinekolojik Endoskopi Derneği Başkanı Prof.Dr.Fatih Şendağ 27 Kasım 2015 tarihinde Romanyada izlenen canlı cerrahi başarıyla gerçekleştirilmiştir.



ESHRE 2016 KAMPÜS

ESHRE bünyesinde yer alan endometriosis özel çalışma grubu gelecek toplantısını İstanbul'da Türkiye Endometriosis ve Adenomyosis Derneği ile ortaklaşa gerçekleştirecektir. Tüm meslektaşlarımız bu özel toplantıya davetlidir.

JED-TJOD İstanbul Anadolu Endoskopi Toplantısı

JED - TJOD İstanbul Anadolu Derneklerinin işbirliği ile gerçekleştirilen Jinekolojik Endoskopi Toplantısı, 17 Aralık 2015 tarihinde Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 130 kişinin katılımı ile yapıldı. Toplantı'da 3 adet canlı cerrahi interaktif bir şekilde başarı ile gerçekleştirildi.



JED BÜLTEN



JİNEKOLOJİK LAPAROSKOPI SEMPOZYUMU

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Başhekimlik Cumhuriyet Salonu, Antalya.



17 Ocak 2016
Pazar

**AMELİYATHANEDEN
CANLI YAYIN**

Düzenleyen kuruluşlar
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü,
Jinekolojik Endoskopi Derneği.

Düzenleme komitesi



Prof. Dr. Fatih Şendağ



Doç. Dr. Barış Mülayim.



LAPAROSKOPIK VE HİSTEROSKOPIK CERRAHİ KURSU

Bu yıl Ege Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı tarafından 18.si planlanan Temel Jinekolojik Laparoskopik ve Histeroskopik cerrahi kursu 01-26 şubat 2016 tarihleri arasında planlanmaktadır.



18. TEMEL JİNEKOLOJİK LAPAROSKOPIK VE HİSTEROSKOPIK CERRAHİ KURSU



Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın
Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Bornova-İZMİR

01-26 Şubat 2016



18-19 Şubat 2016 tarihlerinde **Prof. Dr. Fabrice Lecuru** katılımı ile Şubat kursu kapsamında iki günlük konu anlatımı ve canlı cerrahi içeren çalıştay düzenlenecektir.

Çalışmaya katılım ücretsizdir.

Yer: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Haluk Tavmergen Dershanesi



26 Şubat 2016 tarihinde **Prof. Dr. Bruno Deval** katılımı ile TJOİD İzmir Şubesi ile ortak bir günlük konu anlatımı ve canlı cerrahi içeren çalıştay düzenlenecektir.

Çalışmaya katılım ücretsizdir.

Yer: Wyndham Otel Toplantı Salonu (Konu anlatımı)
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Haluk Tavmergen Dershanesi (Canlı cerrahi)



www.kadinhastdogum.med.ege.edu.tr

JED BÜLTEN



**UZMANLIK SONRASI
JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ
EĞİTİM PROGRAMI**
1 Aylık Eğitim Programı

Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Halkalı, İstanbul

Eğitim Programı Direktörü
Prof. Dr. Fatih Şendağ
Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü ve Tüp Bebek & Üreme Sağlığı Merkezi Direktörü

OCAK
HAZİRAN
EYLÜL

ACIBADEM
ÜNİVERSİTESİ ATAKENT HASTANESİ

www.endoskopiegitim.org

**Hayvan Ameliyathanesinde Pratik Uygulamalı
Jinekolojik Laparoskopi
Eğitim Programları-2016**

Acıbadem Üniversitesi, Klinik Simülasyon ve
İleri Düzey Endoskopik Robotik Cerrahi Eğitim Merkezi (CASE),
Kerem Aydınlar Kampüsü, Ataşehir / İSTANBUL

1. Dönem 2 - 3 Mayıs 2016	2. Dönem 31 Ekim - 1 Kasım 2016
-------------------------------------	---

Kurs Direktörü
Prof. Dr. Fatih Şendağ
Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü ve Tüp Bebek & Üreme Sağlığı Merkezi Direktörü

www.endoskopiegitim.org

**Hayvan Ameliyathanesinde Pratik Uygulamalı
Jinekolojik Robotik Cerrahi
Eğitim Programları-2016**

Acıbadem Üniversitesi, Klinik Simülasyon ve
İleri Düzey Endoskopik Robotik Cerrahi Eğitim Merkezi (CASE),
Kerem Aydınlar Kampüsü, Ataşehir / İSTANBUL

Dönemler		
1. Dönem 7 - 8 Mart 2016	2. Dönem 19 - 20 Eylül 2016	3. Dönem 12 - 13 Aralık 2016

Kurs Direktörü (Eğitmen)
Prof. Dr. Fatih Şendağ
Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü ve Tüp Bebek & Üreme Sağlığı Merkezi Direktörü

www.endoskopiegitim.org