

Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

Türkiye



23-06-1998

FETAL TIP VE PRENATAL TANI KONGRESİ

11-13 HAZİRAN 2021

BİLDİRİ KİTABI

www.tmftpfetaltip2021.org



tmftpderneği



tmftpderneği



BİLİMSEL SEKRETERYA
TÜRKİYE MATERNAL FETAL TIP VE PERİNATOLOJİ DERNEĞİ
tmftpderneği@gmail.com



ORGANİZASYON SEKRETERYASI
FTS TURİZM KONGRE ORGANİZASYON
Güzeltepe Mah. Alper Sok. 14/9 Çankaya/ANKARA
T: 0312 439 68 04 * F: 0312 439 68 02
tmftp@ftskongre.org

İÇİNDEKİLER

DAVET MEKTUBU	6
BİLİMSEL PROGRAM	8-13
SÖZLÜ BİLDİRİLER.....	15-65
SS-01 Ultrasonda Görülemeyen Servikal Myelomeningosel.....	15-16
SS-02 Birinci Trimesterde Bakılan Hs-CRP ve Açlık Plazma Glukoz Değerlerinin Gestasyonel Diyabet Tanısı için Prediktif Değeri.....	17-18
SS-03 Aberran Sağ Subkalvian Arter Taramasında Yeni Bir Yöntem	19-21
SS-04 Konjenital Megalouretra Tanısı Konulan Üç Olgunun Takdimi	22-24
SS-05 Servikal Serklaj Sonrası Spontan Erken Preterm Doğumu Öngörmede Nötrofil-Lenfosit Oranı (NLO) ve Platelet-Lenfosit Oranının (PLO) Prognostik Önemi; Retrospektif Kohort Çalışması.....	25-26
SS-06 İlk Trimester Kombine Anöploidi Taraması, Maternal Subklinik Hipotiroidizmden Etkilenebilir Mi?.	27
SS-07 Yediz Gebelikten Üçüz Gebeliğe Multifetal Redüksiyon	28
SS-08 Fibular Hemimelia	29-30
SS-09 Fetal MRG ile Saptanan Posterior Fossa Anomalilerin Sonuçları.....	31-32
SS-10 COVID-19 Pozitifliği Olan Gebelerde Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Çalışma	33
SS-11 Dikoryonik Diamniyotik İkiz Gebeliklerin Perinatal Sonuçları, Tek Merkez Deneyimi	34-35
SS-13 Tessier No:7 Lateral Yüz Yarığı: Olgu Sunumu.....	36-39
SS-14 Sirenomeli, Nadir Bir Olgu Sunumu	40-42
SS-15 Kasabach-Merriit Olgu Sunumu	43-44
SS-16 Cantrell pentalojisi: Olgu Sunumu ve Kısa Literatür Derlemesi	45-46
SS-17 Fetal Hayatta Multiple Kardiyak Rabdomyom: Olgu Sunumu	47-49
SS-18 Fetal İntestinal Volvulus: Ultrasonografik Belirteçler ve Perinatal Sonuçlar	50-53
SS-19 Antenatal Dönemde Saptanan Kranioraşisizis Olgu Sunumu.....	54-55
SS-20 Perinatal Barsak Dilatasyonlarına Postnatal Yaklaşım ve Klinik-Patolojik Değerlendirilmesi	56
SS-21 Tetra-ameli Olgu Sunumu	57-60
SS-22 COVID-19 (+) Gebelerin Hastaneye İlk Başvurularında Gebelik Haftası İle Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişki	61
SS-24 Erken Gebelikte Görülen Vajinal Kanamanın Birinci Trimester Tarama Testi ve Gebelik Sonuçları Üzerine Etkisi.....	62
SS-25 12. Gestasyonel Haftada Tespit Edilen Sol Atriyal İzomerizm: Olgu Sunumu.....	63-65
SS-26 Adım Adım Segmental Analiz: AV ve VA Diskordans Paterni Olgu Sunumu	66-68
POSTER BİLDİRİLER.....	70-93
PS-01 Açıklanamayan İnfertilite Nedeniyle IVF (in vitro fertilizasyon) Gebeliği Takiben Maternal Primer Siliyer Diskinezi (İmmotil Silya Sendromu)'nin Klinik Tanısı.....	70
PS-02 Prenatal Tanı Alan Nadir Bir Olgu Sunumu: Gollop- Wolfgang Kompleksi	71-73
PS-03 Monokoryonik İkiz Gebelikte Body Stalk Anomalisi: Olgu Sunumu.....	74-75

PS-04 Rh-Alloimmünizasyonunda İmmünmodülasyon Tedavisi: Olgu Sunumu	76-77
PS-12 Mirror Sendromu: Vaka Sunumu	78-79
PS-13 Trizomi 18 Sendromu: Vaka Sunumu.....	80-81
PS-14 Fetal Kistik Higroma, Bilateral Plevral Efüzyon, Aort Hipoplazisi ile Prezente Olan Turner Sendromu	82-83
PS-15 Posterior Üretral Valvin Prenatal Tanısı.....	84-85
PS-17 Olgu Sunumu: Diastometamyeli	86-87
PS-21 Olgu Sunumu: Sirenomeli	88-90
PS-22 Meckel-Gruber Sendromu: Olgu Sunumu.....	91-94
PS-23 Prenatal Pulmoner Kapak Yokluğu Sendromu Tanılı Vaka.....	95-96

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği kurulduğu günden bu yana düzenlemiş olduğu bilimsel toplantılarda güncel konuları ele almış ve meslektaşlarımızın bilgi ve becerilerini artırarak günlük uygulamalarda sık karşılaşılan sorunları çözmelerinde yardımcı olmaya çalışmıştır.

İşte bu anlayışla sizleri yeni bir toplantıya davet etmenin gururunu yaşıyoruz. Derneğimizin 2020 yılı içerisinde pandemi nedeniyle ertelemek durumunda kaldığımız ve bu sene **11-13 Haziran 2021** tarihlerinde Online formatta düzenlemeyi planladığımız **Fetal Tıp ve Prenatal Tanı Kongresi**'ne katılımınızı bekliyoruz. Toplantının amacı Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimlerini ve prenatal tanıda vazgeçilmez olan Genetik Hastalıkları uzmanlarını bir araya getirerek sorunları tartışmak ve uygulamalarda daha doğru ve güncel yaklaşımların sergilenmesine yardımcı olabilmektir.

Toplantıyı hem Kadın Doğum uzmanlarının, hem de Genetik uzmanlarının prenatal tanıda kullanılan tetkik ve teknikleri her boyutu ile tartışacakları ve birbirlerini daha iyi anlayabilecekleri bir formatta düzenlemeye çalıştık.

TMFTP Fetal Tıp Prenatal Tanı Subgrubu adına 11-13 Haziran 2021'de Online Kongre Platformu'nda buluşmak ümidi ile sağlık, mutluluk ve başarılar dileriz.

Prof. Dr. Acar KOÇ
Fetal Tıp & Prenatal
Tanı Subgrup Başkanı

Prof. Dr. Şevki ÇELEN
Fetal Tıp & Prenatal
Tanı Subgrup Başkanı

KURULLAR

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Yönetim Kurulu

Prof. Dr. Namık DEMİR, Başkan
Prof. Dr. Yalçın KİMYA, II. Başkan
Doç. Dr. Ahmet GÜL, Sekreter
Prof. Dr. Şevki ÇELEN, Sayman
Doç. Dr. Halil ASLAN, Üye
Prof. Dr. Recep HAS, Üye
Prof. Dr. Acar KOÇ, Üye
Prof. Dr. İnanç MENDİLCİOĞLU, Üye
Prof. Dr. M. Tamer MÜNGAN, Üye

Fetal Tıp Prenatal Tanı Subgrup Başkanları

Prof. Dr. Acar KOÇ
Prof. Dr. Şevki ÇELEN

Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği



BİLİMSEL PROGRAM

11 Haziran 2021, Cuma

1. OTURUM

KADIN DOĞUM VE PERİNATOLOJİDE GENETİK UYGULAMALAR KURSU

08:30 - 09:00

Pretest

Genetik Hastalıkların Sınıflandırılması

09:00 - 09:15

Dr. Hülya KAYSERİLİ

Kalıtım Modelleri, Aile Ağacı Değerlendirmesi ve Genetik Tekrar Risklerinin Belirlenmesi

09:15 - 09:40

Dr. Tuğba KALAYCI

Kromozomal Hastalıklar, Tanı Testleri ve Sınırlamaları

09:40 - 10:05

Dr. Birsen KARAMAN

Mendel Kalıtımı ile Uyumlu Tek Gen Hastalıkları, Moleküler Tanı Testlerinin Sınırlamaları

10:05 - 10:30

Dr. Serdar CEYLANER

Mendel-Dışı Kalıtım ile Uyumlu Hastalıklar, Tanı Testleri ve Sınırlamaları

10:30 - 11:00

Dr. Mine BALASAR

11:00 - 11:20

Ara

Tekrarlayan Düşükler- Düşük Materyalindeki Kromozom Hastalıkları ve İnfertilitede Genetik Yaklaşım

11:20 - 11:50

Dr. Gülay CEYLANER

Fetus / Erken Yenidoğan Ölümleri & Aile Öyküsünde Bilişsel Gerilik, Malformasyon, Dismorfizm ve Nörolojik Hastalık Öyküsü Varlığında, Tanı Akış Şemaları ve Genetik Danışma

11:50 - 12:20

Dr. Hülya KAYSERİLİ

Hangi Genetik Hastalıklar İçin Ne Zaman Taşıyıcılık Taraması Yapalım? Gebelik Öncesi mi? Gebelik Sürecinde mi?

12:20 - 12:40

Dr. Serdar CEYLANER

Genetik Hastalıklar İçin Taşıyıcılık Testlerini Nasıl Yönetelim? / Tartışma

12:40 - 13:00

Dr. Gülay CEYLANER, Dr. Hülya KAYSERİLİ Dr. Serdar CEYLANER

13:00 - 13:30

Öğle Yemeği

2. OTURUM

PRATİK UYGULAMA (PENTA)

13:30 - 14:20

Hands-On Ultrasonografi: 1. Üçay Uygulama

Dr. Hasan Fehmi YAZICIOĞLU, Dr. Şevki ÇELEN

14:20 - 14:30

Ara

3. OTURUM	
SÖZLÜ BİLDİRİLER	
Oturum Başkanları	Dr. Aydan BİRİ, Dr. Merih BAYRAM, Dr. Aykan YÜCEL
	SS-02 Birinci Trimesterde Bakılan Hs-CRP ve Açlık Plazma Glukoz Değerlerinin Gestasyonel Diyabet Tanısı için Prediktif Değeri Ayçağ YORGANCI SS-06 İlk Trimester Kombine Anöploidi Taraması, Maternal Subklinik Hipotiroidizmden Etkilenebilir Mi? Aslı Tuğçe TEMÜRENK SS-24 Erken Gebelikte Görülen Vajinal Kanamanın Birinci Trimester Tarama Testi ve Gebelik Sonuçları Üzerine Etkisi Zeliha ATAK SS-11 Dikoryonik Diamniyotik İkiz Gebeliklerin Perinatal Sonuçları, Tek Merkez Deneyimi Latife ATASOY KARAKAŞ
14:30 - 15:30	SS-07 Yediz Gebelikten Üçüz Gebeliğe Multifetal Redüksiyon Mustafa TEKİN SS-10 Covid-19 Pozitifliği Olan Gebelerde Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Çalışma Şerife Özlem GENÇ SS-22 COVID-19 (+) Gebelerin Hastaneye İlk Başvurularında Gebelik Haftası İle Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişki Banu SEVEN SS-05 Servikal Serklaj Sonrası Spontan Erken Preterm Doğumu Öngörmede Nötrofil-Lenfosit Oranı (NLO) ve Platelet-Lenfosit Oranının (PLO) Prognostik Önemi; Retrospektif Kohort Çalışması Koray Görkem SAÇINTI SS-03 Aberran Sağ Subkalvian Arter Taramasında Yeni Bir Yöntem Hülya KANDEMİR SS-18 Fetal İntestinal Volvulus: Ultrasonografik Belirteçler ve Perinatal Sonuçlar Münip AKALIN SS-21 Tetra-ameli Olgu Sunumu Ebru YÜCE
15:30 - 15:40	Ara

4. OTURUM		KADIN DOĞUM VE PERİNATOLOJİDE GENETİK UYGULAMALAR KURSU	
15:40 - 15:55	Prenatal Tanı Amaçlı Materyal Alımı, Saklama ve Ulaştırma Koşulları - Genetik Merkeze Gönderilecek Klinik Bilgiler	Dr. Mine BALASAR	
15:55 - 16:25	Fetal Kromozom Anomalileri: Tanı Yöntemleri, Testler ve Sınırlamaları	Dr. Seher BAŞARAN	
16:25 - 16:55	Prenatal Tanıda Yeni Nesil Dizileme Uygulamalarının (tüm ekzom, klinik ekzom, cfDNA ile tek gen hastalıkları vb.) Yeri	Dr. Serdar CEYLANER	
16:55 - 17:25	Non-invazif Prenatal Tanı: Biyokimyasal Tarama ve cfDNA Testlerine Genetik Bakış/ Tarama Testleriyle Plsental Değerlendirme	Dr. Gülay CEYLANER	
17:25 - 17:45	cfDNA Testlerinden Sonra Yapılan Prenatal Tanı Çalışmalarında Elde Edilen Sonuçlar	Dr. Seher BAŞARAN	
17:45 - 18:05	Non-invazif ve İnvazif Prenatal Tanıda Sık Karşılaşılan Sorunlar Nelerdir?	Dr. Seher BAŞARAN	
18:05 - 18:15	Ara		
18:15 - 18:45	Pre- ve Post-Test Genetik Danışmanlık ve Bilgilendirilmiş Onam Formları	Dr. Seher BAŞARAN, Dr. Serdar CEYLANER	
18:45 - 19:15	Prenatal Tanıda Yasal Sorunlardan Nasıl Korunabiliriz? Tartışalım	Dr. Seher BAŞARAN, Dr. Gülay CEYLANER	

12 Haziran 2021, Cumartesi

5. OTURUM		KADIN DOĞUM VE PERİNATOLOJİDE GENETİK UYGULAMALAR KURSU	
09:00 - 09:30	Fetal USG Anomalilerine Genetik Yaklaşım (Akış Şemaları ile)	Dr. Hülya KAYSERİLİ	
09:30 - 10:10	Fetus Muayenesi, Fetal Tanının Aile, Klinisyen ve Bilime Katkıları	Dr. Tuğba KALAYCI	
10:10 - 10:40	Olgu Örnekleri ile Prenatal Yaklaşım, Postnatal İzlem ve Kliniğe Yansımaları Tartışma	Dr. Hülya KAYSERİLİ, Dr. Tuğba KALAYCI	
10:40 - 11:00	Ara		
11:00 - 11:30	Kadın Doğum Pratiğinde Sık Gözlenen Bulguların Nadir Genetik Hastalıklar ile İlişkisi	Dr. Serdar CEYLANER	
11:30 - 12:00	Jinekolojik Kanserler, Kanser Sendromları, Kanser Genetiği Testleri (germ-line / somatik) ile Raporların Doğru Yorumlanmasının önemi	Dr. Hülya KAYSERİLİ	
12:00 - 12:30	SON Sözlər .. Genetik Tanı Testlerinin Geleceği? Kadın Doğum Uygulamalarına Katkısı Nasıl Olacak?	Dr. Serdar CEYLANER, Dr. Seher BAŞARAN, Dr. Birsen KARAMAN, Dr. Gülay CEYLANER, Dr. Tuğba KALAYCI, Dr. Mine BALASAR	
12:30 - 13:00	Posttest		
13:00 - 14:00	Öğle Yemeği		
6. OTURUM		PRATİK UYGULAMA (MİNDRAY)	
14:00 - 14:45	Hands-On Ultrasonografi 2. Üçay Uygulama	Dr. Tuncay NAS, Dr. Ali ERGÜN	
14:45 - 15:00	Ara		

15:00 - 15:30	AÇILIŞ TÖRENİ
15:30 - 15:40	GORM Dergisi Sunumu Dr. Ayşe Seval ERDİNÇ
PANEL - 1	hdDNA
Moderatörler	Dr. Acar KOÇ, Dr. Seher BAŞARAN Dr. Gökhan YILDIRIM, Dr. Mert TURĞAL, Dr. Esra Esim BÜYÜKBAYRAK, Dr. Mehmet Zeki TANER, Dr. Oya DEMİRCİ
Panelistler	Alican ERDEM, Natera Filiz KARTAL, Eurofins Dr. Necat İMİRZALIOĞLU, Synlab
15:40 - 17:40	hdDNA Yenilikler ve Uygulama
17:40 - 18:00	Ara
7. OTURUM	SÖZLÜ BİLDİRİLER
Oturum Başkanları	Dr. Turhan ÇAĞLAR, Dr. Ebru ÇELİK, Dr. Dilek ŞAHİN
	SS-25 12. Gestasyonel Haftada Tespit Edilen Sol Atriyal İzomerizm: Olgu Sunumu Zeynep GEDİK ÖZKÖSE
	SS-01 Ultrasonda Görülemeyen Servikal Myelomeningosel Mustafa TEKİN
	SS-04 Konjenital Megalouretra Tanısı Konulan Üç Olgunun Takdimi Mehmet OBUT
	SS-08 Fibular Hemimelia Cuma TAŞIN
	SS-09 Fetal MRG ile Saptanan Posterior Fossa Anomalilerin Sonuçları Erdal ŞEKER
	SS-13 Tessier No:7 Lateral Yüz Yarığı: Olgu Sunumu Neval ÇAYÖNÜ KAHRAMAN
	SS-14 Sirenomeli, Nadir Bir Olgu Sunumu Coşkun ÜMİT
	SS-15 Kasabach-Merrit Olgu Sunumu Haççe YENİÇERİ
	SS-16 Cantrell pentalojisi: Olgu Sunumu ve Kısa Literatür Derlemesi Esin Merve EROL KOÇ
	SS-17 Fetal Hayatta Multiple Kardiyak Rabdomyom: Olgu Sunumu Hilal Gülsüm TURAN ÖZSOY
	SS-19 Antenatal Dönemde Saptanan Kranioraşisizis Olgu Sunumu Sümeyye GÜRBÜZ
	SS-20 Perinatal Barsak Dilatasyonlarına Postnatal Yaklaşım ve Klinik-Patolojik Değerlendirilmesi Havva SOLAK ÖZŞEKER
	SS-26 Adım Adım Segmental Analiz: AV ve VA Diskordans Paterni Olgu Sunumu Seval YILMAZ ERGANİ
:00 - 19:10	

13 Haziran 2021, Pazar

8. OTURUM

TANIDA İPUÇLARI 1

Oturum Başkanları

Dr. Nuri DANIŞMAN, Dr. Cüneyt EVRÜKE, Dr. Filiz YANIK

09:00 - 09:20

Korpus Kallosum Agenezisi Tanısında İpuçları

Dr. Halil ASLAN

09:20 - 09:40

Posterior Fossa Anomalisi Tanısında İpuçları

Dr. Zeki ŞAHİNOĞLU

09:40 - 10:00

Proliferasyon ve Migrasyon Anomalileri Tanısında İpuçları

Dr. Atıl YÜKSEL

10:00 - 10:10

Ara

9. OTURUM

TANIDA İPUÇLARI 2

Oturum Başkanları

Dr. İskender BAŞER, Dr. Babür KALELİ, Dr. Hülya DEDE

10:10 - 10:30

Dört odacık Görüntülemeye Saptanabilen Anomaliler İçin İpuçları

Dr. İnanç MENDİLCİOĞLU

10:30 - 10:50

VSD Tanısında İpuçları

Dr. Mustafa BAŞBUĞ

10:50 - 11:10

Konotrunkal Anomalilerin Tanısında İpuçları

Dr. Ahmet GÜL

11:10 - 11:20

Ara

UYDU SEMPOZYUMU-1

EXELTIS

Moderatör

Dr. Melis DURASI

11:20 - 11:50

Gebelikte İdeal Beslenme ve Beslenmenin Etkileri

Dr. Nuri DANIŞMAN, Dr. Murat BAŞ

11:50 - 13:00

Öğle Yemeği

10. OTURUM

PRATİK UYGULAMA (SAMSUNG)

13:00 - 13:50

Doppler Uygulama

Dr. Miğraci TOSUN, Dr. İbrahim KALELİOĞLU

13:50 - 14:00

Ara

UYDU SEMPOZYUMU-2

ITF İlaç

Moderatör

Dr. Füsün VAROL

14:00 - 14:30

İlk 1000 Günde Beslenmenin Önemi

Dr. Acar KOÇ

14:30 - 14:40

Ara

PANEL - 2

GRİNİN 50 TONU

Moderatör

Dr. Namık DEMİR, Dr. Özgür DEREN

Panelistler

Dr. Metin İNGEÇ, Dr. Derya EROĞLU, Dr. Sermet SAĞOL, Dr. Cenk SAYIN, Dr. Semir KÖSE, Dr. Erzat TOPRAK, Dr. Ahmet TAYYAR, Dr. Aytül ÇORBACIOĞLU ESMER

14:40 - 16:20

NT 3,0-3,5mm Arası Ne Yapalım?

İlk Üç Ayda Nazal Kemik Ölçelim mi?

Profilaktik Serklaj Yapalım mı?

Subkoryonik Hematom Ne Yapalım?

Abortus İmminenste Progesteron Tedavisi Yapalım mı?

16:20 - 16:30

Ara

UYDU SEMPOZYUMU-3	NATERA
16:30 - 17:00	Panorama AI, NIPT'de En Son Yenilik-Yapay Zeka Dr. Ahmet YEŞİLYURT
17:00 - 17:15	Ara
PANEL - 3	FETAL TEDAVİLER VE İNVAZİV İŞLEMLER
Moderatör	Dr. Recep HAS, Dr. Tamer MUNGAN
Panelistler	Dr. Ali ACAR, Dr. Özgür ÖZYÜNCÜ, Dr. Cem BATUKAN, Dr. Özlem PATA, Dr. Deniz KARÇAALTICABA, Dr. Cantekin İSKENDER, Dr. Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ, Dr. Hakan TİMUR
17:15 - 18:45	Fetal Anemi Tedavisi Fetal Enfeksiyon Tedavisi Fetal Şantlar Amniyotik Bant Amniyoifüzyon/Amniyodrenaj Fetal Aritmi Tedavisi
18:45 - 19:00	KAPANIŞ



SÖZLÜ BİLDİRİLER

[SS-01]

Ultrasonda Görülemeyen Servikal Myelomeningosel

Mustafa Tekin¹, Büşra Durmaz¹, Sevcan Sarıkaya¹, Hatice Yanar²

¹Mardin Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Mardin

²Mardin Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Mardin

Özet: Nöral tüp defekleri intra uterin gelişimin ilk 3-4 haftasında nöral tüpün kapanması ile ilgili tüm sorunlarda görülebilmektedir. Küçük rudumenter bir kanal görülmesi ya da tam vertebral kemiklerin yokluğu ve nöral dokuların dışarı çıkmış ağır formlarına kadar değişik bir yelpazede klinik prezentasyonu olmaktadır. Nöral tüp defektleri torakolomber ve lumbosakral yerleşim en sık rastlanan bölgeler olup, insidansı her 1000 doğumda 1-2'dir.

Amaç: Nadir yerleşimli olan servikal yerleşimli myelomeningosel vakasının takdimi ve myelomeningosel düşük tansiyonlu bazı vakalarda gebelikte rutin takiplerinde ultrasonla bakıldığında myelomeningosellerin görülemeyeceğidir.

Bulgular: 34 yaşında, sekizinci gebeliği ek bir hastalığı olmayan gebe fetal anomali taramasında her hangi bir sorun bulunamamıştır. 28 ve 31 gebelik haftalarında yapılan ultrasonlarında ise sadece lateral ventrikül 13 mm ölçülmüş ayrıca bilateral fetal pelvik ektazi görülmüştür. Hasta en gebeliğinde sezaryan olduğu için eylemde gelen 3-4 cm servikal açıklığı olan hasta acil şartlarda sezaryen ile doğumunu yapmıştır 3200 gr 8-10 APGAR ile kız bebek doğmuştur. Doğum sonrası servikal orta hatta C4 - C5 hizasında sadece ince bir zar görülmüş ve bebeğin ağlaması ile dolmuş ve ciltten kabarık halde izlenmiştir (Resim1). Bebeğin moro refleksi normal olarak alınmakta idi ve her hengi bir nörolojik muayenede defisit izlenmedi.

Sonuç: Bebek yenidoğan yoğun bakıma yatırılmış. Bebek doğum sonrası 3. günde ameliyat edilmiş. Taburculuktan 40 gün sonra poliklinik kontrollerinde ise ağırlığı 4450 boy 57 baş çevresi 38 cm her hangi bir nörolojik defisit izlenmedi. Ameliyat izi belirgin ancak iyileşmiş olarak görüldü (Resim2). Yapılan kranial ultrasonda bebekte patolojik bulgu yoktu.

Anahtar Kelimeler: nöral tüp defekleri, myelomeningosel, fetal anomali taraması, ultrason, servikal myelomeningosel, yenidoğan, operasyon zamanı

Resim1



Doğum Sonrası Myelomeningesel Yapısı

Resim2



Servikal Ciltte Ameliyat Skar İyileşmesi

[SS-02]

Birinci Trimesterde Bakılan Hs-CRP ve Açlık Plazma Glukoz Değerlerinin Gestasyonel Diyabet Tanısı için Prediktif Değeri

Ayçağ Yorgancı

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ankara

Amaç: Gestasyonel diabetes mellitus (GDM) hem maternal hem de perinatal sonuçları olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. Yüksek duyarlılığa sahip C-reaktif protein (hs-CRP), karaciğer tarafından salgılanan, obezite ve insülin direnci ile ilişkili bir enflamatuar belirteçtir. Bu çalışmanın amacı, GDM tanısı için ilk trimester hs-CRP ve açlık plazma glukoz (APG) taramalarının prediktif değerlerini araştırmaktır.

Yöntem: Tekil gebeliği olan ve kronik sistemik hastalığı olmayan 11 - 14 gebelik haftaları arasında bulunan gebeler bu prospektif kohort çalışmaya dahil edilmiştir ve tüm gebeler 24-28. gebelik haftalarına kadar takip edilmiştir. Tüm gebelerin 11-14. gebelik haftaları arasında hs-CRP ve APG değerlerine bakılmıştır ve takiben 24-28 gebelik haftaları arasında GDM tanısı için oral glukoz tolerans testi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 526 kadından 78'ine (%14.8) 24-28 gebelik haftaları arasında GDM tanısı konmuştur. GDM grubunun medyan yaşı, kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur [30.5 (20-44) ve 26 (15-40); p <0.001]. GDM grubu, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek sayıda gravida [3 (1-8) ve 2 (0-7); p <0.001], parite [1 (0-3) ve 1 (0-4); p <0.001] ve vücut kütle indeksine [26 (17-39) - 24 (16-40); p <0.001] sahip olduğu görülmüştür. GDM tanısı almış gebelerin medyan hs-CRP ve APG seviyeleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [8.95 (1-52) ve 5 (1-51), p <0.001 ve 91.5 (62-120) ve 86 (61-125), p <0.001; sırasıyla]. GDM tanısını öngörmede, birinci trimester hs-CRP'nin sensitivitesi ve spesifitesi, 4.34 kesme noktası ile sırasıyla %77 ve %48 olarak hesaplanmıştır. Birinci trimester APG'nin, kesme noktası 88.5 alındığında, sensitivitesi ve spesifitesi sırasıyla %65 ve %65 olarak hesaplanmıştır (Şekil 1).

Sonuç: Sonuçlarımıza göre, ilk trimesterdeki yüksek hs-CRP ve APG değerleri gebeliğin ilerleyen haftalarında GDM gelişimi ile ilişkilidir.

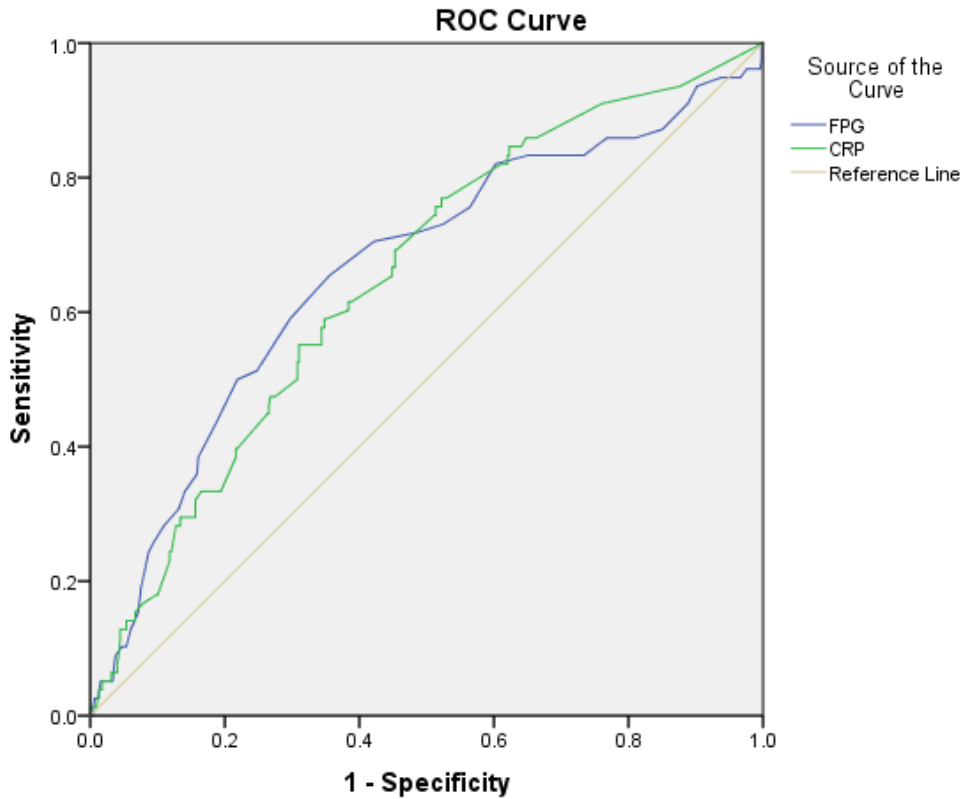
Anahtar Kelimeler: gestasyonel diyabet, hs-CRP, açlık plazma glukoz, birinci trimester, prediktivite

Tablo1: Gestasyonel diyabet tanısı alan ve almayan (kontrol grubu) gebelerin demografik verilerinin ve birinci trimester hs-CRP ve APG değerlerinin karşılaştırılması.

	Gestasyonel Diyabet (+) n = 78	Kontrol grubu n = 448	p -değeri
Yaş	30.5 (20-44)	26 (15-40)	p <0.001
Gravida	3 (1-8)	2 (0-7)	p <0.001
Parite	1 (0-3)	1 (0-4)	p <0.001
VKİ	26 (17-39)	24 (16-40)	p <0.001
hs-CRP	8.95 (1-52)	5 (1-51)	p <0.001
APG	91.5 (62-120)	86 (61-125)	p <0.001

VKİ: vücut kütle indeksi; hs-CRP: yüksek duyarlılığa sahip C-reaktif protein; APG: açlık plazma glukoz.

Şekil 1: Gestasyonel diyabet tanısı için birinci trimester hs-CRP ve APG'nin ROC eğrisi analizi.



[SS-03]

Aberran Sağ Subkalvian Arter Taramasında Yeni Bir Yöntem

Hülya Kandemir, Gül Alkan Bülbül, Emine Kirtiş, Cem Yaşar Sanhal, İbrahim İnanç Mendilcioğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Aortik arkta proksimalden distale doğru, brakiosefalik, sol karotid ve sol subklavian olmak üzere genellikle üç arter çıkar. Brakiosefalik arter, sağ subkalvian ve sağ karotid artere ayrılır. Eğer sağ subklavian arter, sol subklavian arterin distalinden çıkıp trakea ile özefagus arkasından geçerse aberran sağ subklavian arter (ARSA) olarak adlandırılır (Şekil 1).

Geleneksel yöntem ile transvers plan üç damar trakea kesitinde renkli Doppler kullanılarak sağ omuz doğru yönelen 'S' şeklindeki damar sağ subklavian arter olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada amacımız, geleneksel yöntem dışında bir yöntem olarak brakiosefalik arterin dallandığını göstermek sureti ile de ARSA'nın dışlanabileceğini ve bu yöntemin uygulanabilirliğini göstermektir.

Yöntem ve Gereçler: 1 Şubat 2021- 1 Mayıs 2021 tarihleri arasında hastanemize başvuran 14-28 hafta seçilmemiş 40 gebe çalışmaya dahil edildi. Değerlendirme, 18 aylık perinatoloji yandal asistanı tarafından yapıldı. Brakiosefalik dallanmasını değerlendirdiğimiz ilk 1 hafta alıştırma periyodu olarak düşünülür ve çalışmaya dahil edilmedi.

Bu yöntemde 3 damar trakea kesiti elde edildikten sonra transduser hafifçe sagittale döndürüldüğünde brakiosefalik arter görülür. Transduser daha sagittale döndürüldüğünde ise brakiosefalik arterin karotis ve subkalvian arter dallarına ayrıldığı görülür. Bu dallanma görüldüğü takdirde ARSA dışlanmış olur (Şekil 2-3). Bifurkasyon görülmediği zaman ARSA'dan şüphelenilir.

Sonuç: 1 haftalık alıştırma periyodunun ardından 39 fetüste brakiosefalik arterin dallandığı gösterildi ve hepsinde ARSA olmadığı geleneksel yöntemle doğrulandı, hiç yanlış negatif yoktu. 1 vakada brakiosefalik arterde dallanma izlenmedi ve geleneksel yöntemle bakıldığında ARSA olduğu doğrulandı.

Tartışma: Prenatal dönemde ARSA saptanması Down sendromu veya başka genetik sendromlarla birlikteliği açısından önemlidir.

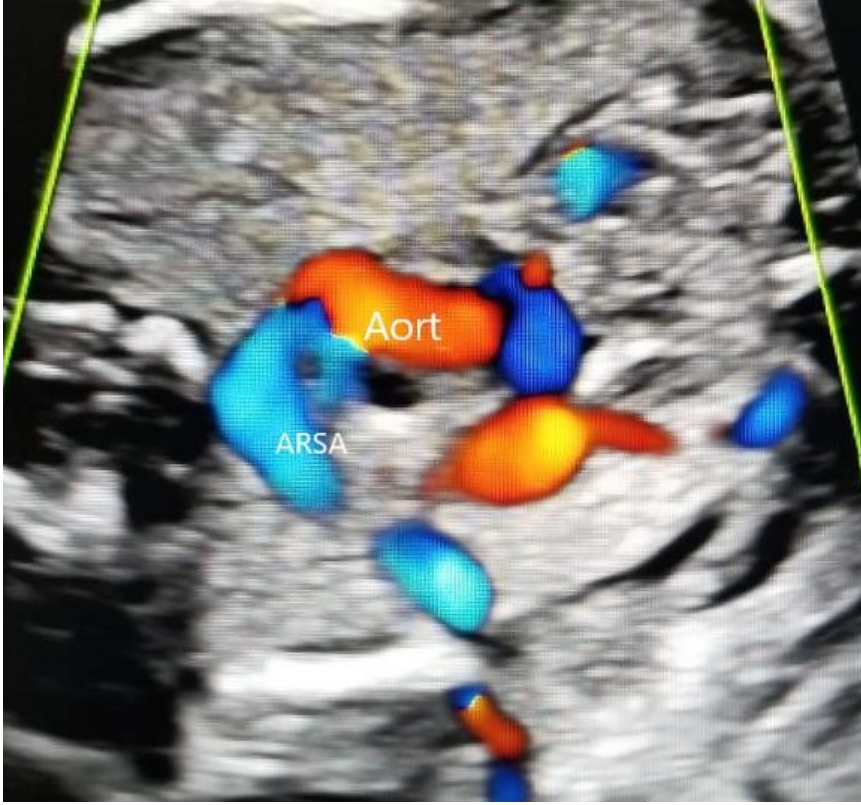
Geleneksel yöntemin değerlendirildiği bir çalışmada, uygulanabilirlik, birinci trimesterde %85.3, ikinci trimesterde %98 olarak bildirmiştir.

ARSA'nın brakiosefalik arter dallanması gösterilerek dışlandığı bir çalışmada ise 16 haftaya kadar TVUSG ve 16 haftadan sonra TAUSG yapıldığında uygulanabilirlik %100 ve doğruluk %100 olarak bildirilmiştir.

Geleneksel yöntemin uygulanmasında zorluk yaşanan hastalarda veya doğruluğunu kontrol etmek amacı ile bu yöntem kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Aberran sağ subklavian arter, arkus aorta, brakiosefalik arter, prenatal tarama, sağ subklavian arter

Şekil 1



Aberran sağ subklavian arter

Şekil 2



Arkus aorta ve brakiosefalik arter

Şekil 3



Brakiosefalik arter dalları

[SS-04]

Konjenital Megalouretra Tanısı Konulan Üç Olgunun Takdimi

Mehmet Obut, Can Tekin İskender

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Konjenital megalouretra tanısı konulan 3 olgunun takdimi yapmak.

Yöntem: Olgular serimizdeki tüm hastalar hariçte fetal mesanenin anormal büyüklüğü nedeniyle kliniğimize sevk edilen hastalardı. Hastalar deneyimli bir perinatalog tarafından Voluson E6 ultrason cihazı ile ayrıntılı fetal anatomik tarama yapıldı. Tüm hastalara genetik inceleme önerildi ve terminasyon seçeneği sunuldu (Tablo 1).

Sonuç: Konjenital megalouretra (KMU) alt üriner sistem tıkanıklığı sonucunda oluşan bir anomali grubudur. Bu tıkanıklığa yol açan durun yapısal nedenlerden çok fonksiyonel bozukluklardır. Etiyolojide yer alan es sık neden posterior uretral valv ve uretral atrezilerdir (1, 2). Malformasyon gebeliğin erken dönemlerinde oluşur ve işemeyi destekleyen mezorderm kökenli erektil dokuların (korpus spongiosum ile korpus kavernosumları) gelişiminin etkilenmesi sonucunda oluşmaktadır. KMU morfolojik olarak ikiye ayrılmaktadır (3); 1) Scafoid tip: Bu tipte korpus spongiosum komplekt ya da kısmi olarak yokken, korpus kavernosum intaktır. Bu tipte penis yukarıya doğru kövr oluşturur. 2) Fuziform tip: Bu tipte korpus kavernosum ile korpus spongiosumun ikisi de yoktur. Penis sadece üzeri deri ile kaplı kistik bir yapıdan ibarettir. Ultrasonografik fetal anatomik değerlendirmede megasistit saptanması durumunda etiyojolojiye yönelik uretra ve penis mutlaka değerlendirilmelidir. Fetal peniste kistik dilatasyon görüldüğünde bu tanıdan şüphelenilmelidir. Fetal umblikal kord ayırıcı tanıda düşünülmalıdır. Ayrıca sıklıkla megasisti ile seyrettiğinden, megasist tanısı konulan vakaların etiyojolojik nedenleri araştırırken bu tanı da göz önünde bulundurulmalıdır. Literatürde sadece vaka bildirimleri şeklinde olup insidansı bilinmemektedir. Prenatal dönemde fetal böbreğin hasar riski %40 civarında olup, prenatal dönemde; oligo-anhidraminos, bilateral hidronefroz ve düşük fetal ağırlıkla beraberdir. Canlı doğu oranları %60 - 70 civarındadır (4). KMU ile ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken anomaliler; posterior üretral valv, üretral atrezi, Prune-belly sendromu, megasistit-megakolon-intestinal-hipoperistaltizm sendromu ve kolakal anomalilerdir.

Sonuç: KMU nadir görülen bir anomalidir. İzole olarak görülmesi daha iyi perinatal sonuçlarla beraber olmakla beraber uzun dönem sonuçları, üriner ve renal komplikasyonlar nedeniyle hala kötüdür. Bu vakalara intrauterin dönemde tanı konması, doktorun aileyi bilgilendirmesi ve optimal tedavinin planlanmasına imkân sağlar.

Anahtar Kelimeler: fetal anomali, fetal alt üriner sistem, konjenital megalouretra, prenatal tanı, ultrasonografi

Resim 1



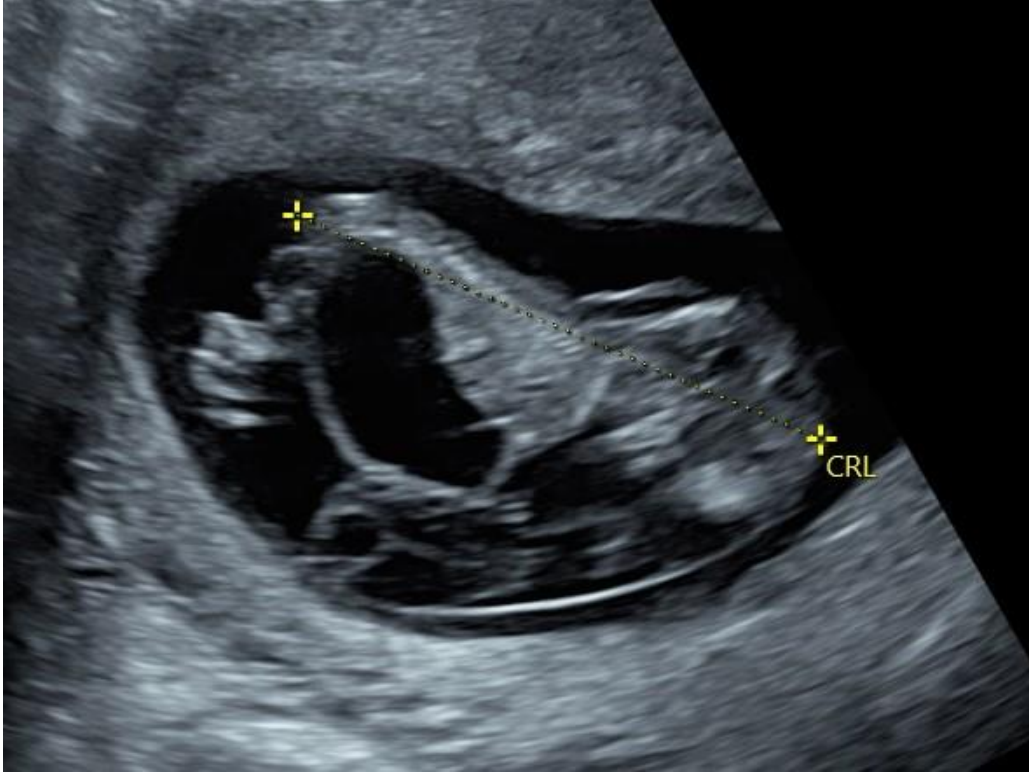
Megasist

Resim 2



Megaloüretra

Resim 3



megaloüretra ve megasist

Tablo 1.

1. Vaka	27 yaşında, primigravid hasta, fetal megasist ve bilateral renal pelviyektazi ön tanısıyla polikliniğimize başvurdu. Yapılan USG de 20 hafta 4 gün ile uyumlu, erkek fetüs. Bilateral renal pelvis çapı 5 mm, mesane boyutları, mesane duvarı kalınlığı artmıştır. Penil üretrada kistik yapı izlenmiş olup, penis abdomene doğru kövr oluşturmaktadır. Mevcut bulgularla fetusta tip 1 konjenital megalo üretra düşünülmüştür. Yapılan amniosentez sonucu normal olarak rapor edildi. Hasta pediatrik üroloji ile konsülte edildi. Aile durum hakkında detaylı bilgilendirildi. Aile gebeliğin devamını tercih etti.
2. Vaka	25 yaşında, primigravid hasta, gebeliğin 17. Haftasında megasist tanısı ile polikliniğimize refere edilmişti. Yapılan USG de megasist, bilateral fetal renal pyelektazi ve fetal üretrada kistik yapı saptandı. Amnion mayi normal idi. Fetal penis abdomen doğru kövr oluşturmaktaydı. Mevcut bulgularla hastada tip 1 konjenital megalo üretra düşünüldü. Amniosentez sonucu normal olarak rapor edildi. Hasta pediatrik üroloji ile konsülte edildi. Aile durum hakkında detaylı bilgilendirildi. Aile gebeliğin devamı tercih etti.
3. Vaka	39 yaşında, multigravid hasta gebeliğin 12. Haftasına megasist ön tanısıyla polikliniğimize refere edilmişti. Yapılan USG de fetus CRL: 12 hafta 2 günle uyumlu, megasist, bilateral hidroureteronefroz mevcuttu. Fetal penis kistik ve fusiform görünümlü did. Anhidraminos mevcuttu. Mevcut bulgular la hastada tip 2 konjenital megalo üretra düşünüldü. Yapılan CVS sonucu normal olarak rapor edildi. Hasta pediatrik üroloji ile konsülte edildi. Aile durum hakkında detaylı bilgilendirildi. Hastaya terminasyon önerildi.

Vakaların özellikleri.

[SS-05]

Servikal Serklaj Sonrası Spontan Erken Preterm Doğumu Öngörmede Nötrofil-Lenfosit Oranı (NLO) ve Platelet-Lenfosit Oranının (PLO) Prognostik Önemi; Retrospektif Kohort Çalışması

Koray Görkem Saçınıtı, Erdal Şeker, Gizem Oruç, Acar Koç

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Erken preterm doğumun maternal ve fetal komplikasyonlarla yakından ilişkili olması nedeniyle, erken teşhisi son derece önemlidir. Servikal yetmezlik, preterm doğuma neden olabilecek faktörlerden biridir. Bu hastalar servikal serklaj uygulansa dahi preterm doğum riski altındadır. Bu nedenle preterm doğum riskini tahmin etmemizi sağlayacak markerlara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada serklaj sonrası spontan erken preterm doğumu öngörmede NLO ve PLO değerlerinin prognostik önemini araştırdık.

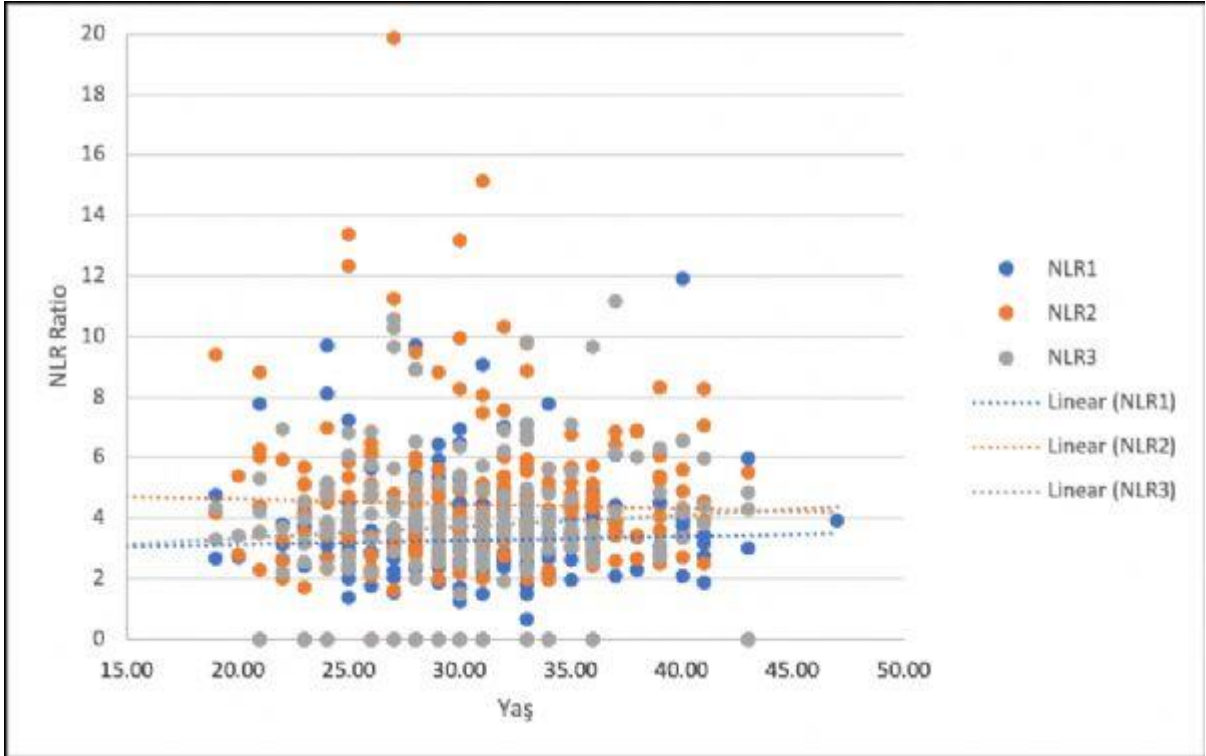
Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışmasına, Ocak 2010 ile Eylül 2020 arasında servikal yetmezlik tanısı alan ve McDonald tekniğiyle elektif servikal serklaj atılan tekil gebeler dahil edilmiştir. Veriler, tıbbi kayıtlardan geriye dönük olarak gözden geçirilmiş ve klinik ortak değişkenler; yaş, parite, çoğul gebelik, doğum haftası, serklajdan öncesi ve her bir trimesterde alınan maternal kanda NLO ve PLO idi. Her değişken için karşılaştırmalar doğumdaki gebelik yaşına göre yapıldı ve erken preterm doğum sınırı olan 32. gebelik haftasının öncesi ve sonrası olmak üzere iki gruba ayrıldı. McDonald dışındaki teknik ile serklaj atılanlar, ikiz gebelikler, acil ve primer olmayan serklajlar, maternal ek hastalığı olanlar hariç tutuldu. Tüm veriler istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 174 hastadan 44'ü (%25.2) 32. haftadan önce (Şekil 1) ve 130'u (%74.7) 32. haftadan sonra doğum yaptı. Maternal NLO, serklaj sonrası erken preterm doğum riski ile anlamlı şekilde ilişkiliydi. Yapılan lojistik regresyon analizinde NLO'daki 1 birimlik artışın, 32. haftadan önce doğum riskini 2,75 kat artırdığı görüldü (P=0,048). ROC eğri analizi kullanarak, 32. haftadan önce spontan erken preterm doğumu tahmin etmek için NLO'nun tanısal indekslerini ve prediktif değerlerini karşılaştırdık, genel duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %69 ve %72'di. Ancak gruplar arası PLO değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

Sonuç: Maternal NLO, klinik uygulamada serklaj sonrası 32 hafta öncesi spontan erken preterm doğumu öngörmede invaziv olmayan, maliyet-etkin ve pratik bir prediktör olarak hizmet edebilir. Maternal-fetal iyilik hali için optimum bekleme süresi ve müdahale gerekliliği açısından yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: preterm doğum, platelet-lenfosit oranı, serklaj, servikal yetmezlik, nötrofil-lenfosit oranı

Şekil 1: 32. gebelik haftasından önce doğum yapan hastalarda trimester ve yaşa göre dağılım gösteren yüksek NLO değerleri



[SS-06]

İlk Trimester Kombine Anöploid Taraması, Maternal Subklinik Hipotiroidizmden Etkilenebilir Mi?

Aslı Tuğçe Temürlenk, Sunullah Soysal

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Subklinik hipotiroidizm, klinik semptomların olmaması nedeniyle kolayca gözden kaçabilen% 2-5'lik bir insidans ile gebelikte en sık görülen tiroid disfonksiyonudur. Gebelikte tiroid fonksiyonları açısından pratikte evrensel tarama önerilmediğinden, obstetrisyenler bu durumun çoğunlukla farkında değildir. Çalışmalar, tiroid hormonlarının hamileliğin erken döneminde plasentadan salınan serbest beta insan koryonik gonadotropin (β -hCG) ve gebelikle ilişkili plazma protein-A (PAPP-A) düzeyini değiştirebileceğini göstermiştir. Bu iki serum belirteci, ilk trimester kombine taramada kullanılan parametrelerden olduğundan, bu çalışmada subklinik hipotiroidili gebe kadınlarda yanlış risk hesaplama sonuçlarının alınabileceği varsayımında bulunulmuştur.

Yöntem: Bu prospektif kohort çalışmaya, şubat - haziran 2018 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran ilk trimesterdaki 250 gebe dahil edilmiştir. Tiroid fonksiyonları değerlendirildikten sonra, 250 tekil gebeliğin tümüne 11 + 0 ile 13 + 6. gebelik haftalarında ilk trimester kombine taraması yapıldı. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından gebeliğin ilk trimesterinde normal serum TSH düzeyi için belirlenen 0,1-2,5 mIU / L aralığı referans olarak kullanıldı. 2,5 mIU / L'nin üzerindeki TSH değerleri yüksek kabul edildi. Birinci trimester kombine tarama ve tiroid hormon değerlerinin sonuçları ve parametreleri arasındaki korelasyon incelendi.

Bulgular: Tiroid fonksiyon testleri yapılan katılımcılar arasında TSH değeri yüksek olan 35 gebenin tümü, ft4 değerleri analiz edildikten sonra subklinik hipotiroidizm tanısı aldı. Bunun olası nedeni, çalışmamıza aşikar hipotiroidili hastaların dahil edilmemiş olmasıdır. TSH ve β -HCG arasında, alfa alt birimleri benzer olduğundan beklendiği gibi istatistiksel olarak zayıf bir negatif korelasyon vardı. İlk trimester taramasının TSH ve PAPP-A değerleri, kombine risk skorları ve yaş risk skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu. Beklenildiği gibi, ilk trimester taramasının kombine risk skorları, genç annelerde istatistiksel olarak daha düşük bulundu.

Sonuç: Normal tiroid fonksiyonları ve subklinik hipotiroidizmi olan gebeler ilk trimester tarama parametreleri ve risk skorlarındaki değişiklikler açısından incelendi. Sonuç olarak, subklinik hipotiroidizm ile ilk trimester taraması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Anahtar Kelimeler: birinci trimester kombine tarama, Doğum öncesi tanı, Gebelikle ilişkili plazma proteini-A, Koryonik gonadotropin, Subklinik hipotiroidizm

[SS-07]

Yediz Gebelikten Üçüz Gebeliğe Multifetal Redüksiyon

Ali Acar¹, Sevcan Sarıkaya², Mustafa Tekin²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

²Mardin Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

Özet: İkiz ve üçüz gebelikler de dahil olmak üzere multifetal gebeliklerin görülme sıklığı yardımcı üreme tekniklerinin yaygın olarak benimsenmesinden sonra önemli ölçüde artmıştır. Multifetal gebelikler, tekil gebeliklere göre maternal, fetal ve neonatal komplikasyonlar açısından daha yüksek risk altındadır. Multifetal gebelik oluşması halinde, fetüslerin sayısı ile orantılı olarak karşılaşılabilecek komplikasyon riski artmaktadır. Bu nedenle çoğul gebeliklerde artan fetö-maternal komplikasyonları azaltmak için fetal redüksiyon işlemi uygulanmaya başlanmıştır. FR'nin amacı fetüs sayısını azaltarak çoğul gebeliklerin hayatta kalanlarında olumsuz sonuçların ortaya çıkma riskini azaltmaktır.

Amaç: Bu nedenle çoğul gebeliklerde artan fetö-maternal komplikasyonları azaltmak için fetal redüksiyon işlemi uygulanmaya başlanmıştır. FR'nin amacı fetüs sayısını azaltarak çoğul gebeliklerin hayatta kalanlarında olumsuz sonuçların ortaya çıkma riskini azaltmaktır. Burada yediz gebelikten üçüz gebeliğe redükte edilen bir çoğul gebelik olgusu sunulmaktadır.

Yöntem: Redüksiyon öncesi tüm fetüslerin ense kalınlığı, nazal kemik boyutu, baş-popo mesafesi ve kapsamlı anatomik değerlendirilmesi yapıldı. İlk redüksiyon işlemi 12. gestasyonel haftada hastaya geleneksel potasyum klorür ve trans abdominal teknikler kullanılarak monooryonik ikizlere uygulandı. İkinci redüksiyon işleminde ense kalınlığı 3,1 olan fetüse uygulandı. Üçüncü redüksiyon işlemi ise baş-popo mesafesi yaklaşık 10 gün geri olan fetüse uygulanarak fetüs sayısı 3' e düşürüldü.

Bulgular: Hastanın üçüz gebeliği 34. gestasyonel haftaya kadar devam etti ve 34. haftada erken membran rüptürü olması, üçüz gebeliğinin olması ve ilk fetüsün non-verteks pozisyonunda olması nedeni ile hastaya sezeryan ile doğum yaptırıldı. 1700 gr, 1600 gr ve 2000 gr ağırlığında üç adet kız bebek doğurtuldu. Doğum sonrası pediatri ekibinin kontrolünden sonra yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı. Bebekler yaklaşık 2 hafta yoğun bakımda takip edildikten sonra komplikasyonsuz taburcu edildi

Sonuç: Multifetal redüksiyon, ikiden fazla fetüse sahip gebeliklerde fetüs sayısını azaltan, kalan fetüslerin hayatta kalma şansını arttıran ve aynı zamanda çoğul gebeliğe bağlı meydana gelen artmış maternal, fetal ve neonatal komplikasyonların azalmasını sağlayan etkili bir prosedürdür

Anahtar Kelimeler: Multifetal redüksiyon, çoğul gebelik, yardımcı üreme teknikleri, ovülasyon indüksiyonu, transvajinal sonografi

[SS-08]

Fibular Hemimelia

Cuma Taşın

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı

Amaç: canlı doğumların yaklaşık 7-10/1.000.000 görülen fibular hemimelia olgusunu sunma

Yöntem: ikili test zamanı yapılan ultrasonografide saptanan anomaliler

Bulgular: 28 yaşında ilk gebeliği olan hasta SAT göre 21 hafta

6 gün

İkili, Üçlü ve dördü tarama testi yok

BPD: 22 hafta 4 gün

HC:21 hafta 4 gün

AC:21 hafta 5 gün

FL: 23 hafta

HL: 23 hafta 2 gün

Hastanın yapılan 18-22 hafta anomali taramasında

Sadece sol fibulanın proksimal kısmının sadece geliştiği distal kısımları izlenmedi.

Diğer tüm ekstremite tarandı ölçümlerin % 75 ve % 95 persentilde olduğu görüldü.

Fibulanın kısmi gelişim anomalisi haricinde gros anomali görülmedi.

Sonuç: fibular hemimelia fibulanın kısmen yada tamamen yokluğu seyreden seyrek görülen bir konjenital anomalidir. beraberinde diğer ekstremitelerde görülebildiği için hastanın detaylı incelenmesi gerekmektedir. Genellikle tek ekstremitede görülüp genetik bir predispozan olmayıp sporadik vakalar şeklinde görülür.

Anahtar Kelimeler: fibular hemimelia, ekstremitelerde anomalileri, anomali taraması, ikili test, kemik defekti

Alt Ekstremiteler



üstte sağ bacak kesiti ve sol tibia

Sağ Bacakta Alt Ekstremiteler



sağ tibia ve fibula

Sol Tibia ve Fibulanın Gelişen Üst Kısmı



sol tibia ve sol fibulanın gelişen tek kısmı olan proksimal kısmı

[SS-09]

Fetal MRG ile Saptanan Posterior Fossa Anomalilerin Sonuçları

Erdal Şeker, Batuhan Aslan, Ezgi Aydın, Acar Koç

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Prenatal ultrasonografi ile saptanan fetal posterior fossa anomalilerin incelenmesinde manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) hangi endikasyonlarla başvurulduğunun, fetal MRG ile elde edilen bilgilerin olguların yönetimine katkısının değerlendirilmesi ve bu bebeklerin uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif analiz için Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı arşivinden 1 Ocak 2012- 1 Ocak 2021 tarihleri arasında çekilmiş, fetal posterior fossa anomalili 22 gebenin fetal MRG kaydı elde edildi. Bu olguların Perinatoloji Bilim Dalı'ndan istem endikasyonlarına, ultrasonografi bulgularına, obstetrik sonuçlarına ve yaşayan bebeklerin uzun dönem dönem sonuçlarına ulaşıldı.

Bulgular: Kesitteki toplam 22 fetal MRG kaydına ait örneklem içinde 10 (%45) olgu vermian hipoplazi (VH) anomalilerine ait iken 4'er (%18) olgu Dandy-Walker ve izole mega sisterna magna anomalilerden oluşmakta idi. Ultrasonografik tanı anında ortalama gebelik yaşı 23,5 (20,3-36,6) hafta iken, fetal MRG anında ortalama gebelik yaşı 26,5 (19-36,1) hafta idi. Bu olgulardan takipleri olan 9'u (%40) şu anda hayatta olup ancak bunlarında 4'ü (%44) nörolojik anomaliye sahiptir.

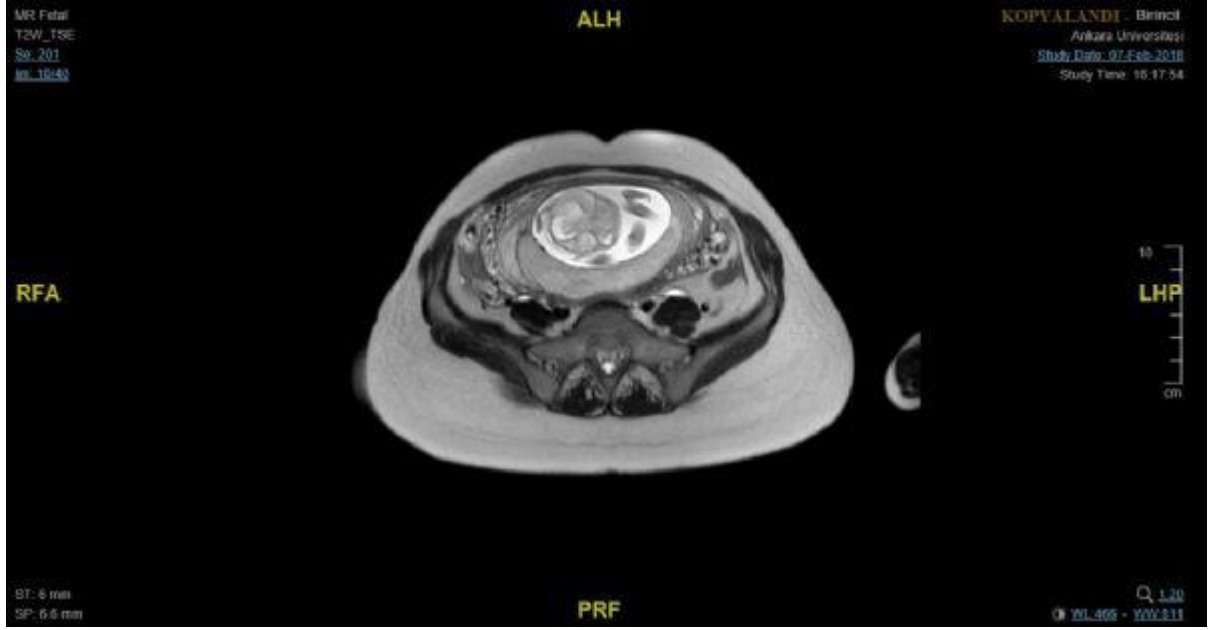
Sonuç: Fetal MRG non-invaziv bir yöntem olup, özellikle tanısı net koyulamayan vakalarda kullanılmaktadır. Bununla beraber, aynı tanı alan hastalardaki farklı nörolojik sonuçların olması bu konudaki araştırmaların hala devam etmesini gerektirdiğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: dandy walker, mega sisterna magna, posterior fossa, vermian hipoplazi, rhomboensefalosinapsis

Dandy Walker Sendromu



Rhombensefalosinapsis



Vakaların sonuçları

TOTAL	Terminasyon	IUEX	POSTNATAL EX	TAKİP EDİLEMEYEN	YAŞAYAN	YAŞAYAN BEBEKLERDEKİ ANORMAL NÖROLOJİK SONUÇ
22	4 (%18)	1(%4)	4(%18)	4(%18)	9(%40)	4(%44)

[SS-10]

COVID-19 Pozitifliği Olan Gebelerde Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesi: Tek Merkezli alışma

şerife zlem Genç¹, Ayşe itil Dođan²

¹Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Aksaray

²zel İnova Hastanesi, Aksaray

Tüm dünyayı etkisi altına alan, hakkında her gün bilgilerimize bir yenisi eklediğimiz Covid-19 pandemisi, halen gebeler ve yenidoğanlar için önemini korumaktadır. Her merkezin kendi verilerini toplama ve sınıflandırması ileride yapılacak olan kümülatif değerlendirmeler için basamak görevi görecektir. Bu çalışmada gebeliğinde Covid-19 tanısı almış hastaların perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya gebelik tanısı ultrasonografi ile doğrulanmış, Covid-19 PCR testi pozitif olan 11 Mart 2020- 30 Nisan 2021 arasında kliniğe başvuran ve gebelikleri sonuçlanan tüm gebeler dahil edilmiştir. Gebeliğini aile onamı ile sonlandıran ve tıbbi gereklilik nedeni ile gebeliği sonlandırılan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Perinatal sonuçlar; düşük, intrauterin mort fetüs, neonatal ölüm, yenidoğan yoğun bakıma kabul, preterm doğum, intrauterin büyüme kısıtlılığı, miadında doğum, covid-19 pozitif yenidoğan olarak sınıflandırılmıştır. Birçok merkezde yapılacak olan benzer çalışmaların birleşmesi ile covid-19'un perinatal etkileri hakkında daha fazla bilgi sahibi olunacaktır.

Anahtar Kelimeler: COVID19, enfeksiyon, gebelik, koronavirüs, SARS-COV-2

[SS-11]

Dikoryonik Diamniyotik İkiz Gebeliklerin Perinatal Sonuçları, Tek Merkez Deneyimi

Latife Atasoy Karakaş

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Spontan ve yardımcı üreme tekniği (YUT) kullanımı sonrası gelişen dikoryonik diamniyotik ikiz gebelikler arasında ciddi maternal ve perinatal komplikasyon oranlarını karşılaştırmak

Yöntem: 2012-2021 yılları arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde yaptırılan doğumlardan, ikiz gebeliği olan kadınların tıbbi kayıtları incelendi. Çalışma süresinde, toplam 448 ikiz doğum yaptırıldığı saptandı. Antenatal takiplerinde, ilk trimester yapılan ultrasonografide, koryonite tayininde dikoryonik diamniyotik (DKDA) ikiz gebelik saptanan 386 kadın çalışmaya dahil edildi. Bu kadınlar gebe kalma şekillerine göre, 102 spontan (grup 1) ve 284 YUT sonrası gelişen (grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Maternal yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), pre-gestasyonel diyabet (DM), kronik hipertansiyon (HT), oligohidroamniyoz, polihidroamniyoz, preeklampsi, erken doğum, gestasyonel diyabet (GDM), erken membran rüptürü (EMR), intrahepatik kolestaz, plasenta previa, dekolman plasenta, ciddi maternal morbidite, doğumda gebelik haftası, yenidoğan ağırlığı, düşük doğum ağırlığı, Apgar skoru ve yoğun bakım ünitesi (YDYBU) yatışı gruplar arasında karşılaştırıldı. Bebeklerden birinin doğum ağırlığının <10 persentil olması düşük doğum ağırlığı olarak tanımlandı. Ciddi maternal morbidite varlığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterlerine göre belirlendi.

Bulgular: Yaş, VKİ, DM ve HT varlığı, doğum haftası ve ortalama yenidoğan ağırlığı gruplar arasında benzerdi ($p>0.05$). Maternal ve fetal sonuçlarda değerlendirilen değişkenler açısından iki grup arasında fark saptanmadı ($p>0.05$). Toplam 13 (% 3.3) kadında postpartum ciddi maternal morbidite saptandı. Ciddi morbidite oranı bakımından gruplar arasında fark saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: YUT kullanımı sonrası gelişen DKDA ikiz gebeliklerde perinatal sonuçlar spontan gebelikler ile benzer bulundu.

Anahtar Kelimeler: ikiz gebelik, spontan, yardımcı üreme tekniği, perinatal, morbidite

Çalışma kohortunun klinik özellikleri

	Spontan Grup 1, N: 102	YUT Grup 2, N:284	P value
Maternal yaş	31 (23-46)	31 (20-46)	0.745
Pregestasyonel VKİ	21.5 (17-37)	22.4 (17-37)	0.275
Kronik HT varlığı	1 (1)	2 (0.7)	0.100
Pregestasyonel DM varlığı	2 (2)	4 (1.4)	0.657
Gebelik haftası	35 (28-38)	35 (25-38)	0.970
Ortalama yenidoğan ağırlığı	2345 (948-3070)	2345 (760-3370)	0.586
Nulliparite	65 (63.7)	248 (87.3)	<0.001

Değişkenler medyan (minimum-maksimum) veya n (%) olarak verilmiştir. Mann Whitney U test X2 test

Çalışma Kohortunun Fetal ve Maternal Sonuçları

	Spontan Grup 1, N:102	YUT Grup 2, N:284	P value
Oligohidroamniyoz			0.491
Yok	98 (96.1)	277 (97.5)	
Var	4 (3.9)	7 (2.5)	
Polihidroamniyos			0.376
Yok	96 (94.1)	267 (94)	
Var	6 (5.9)	18 (6.3)	
Erken doğum			
<37 hafta			0.597
Yok	28 (27.5)	70 (24.6)	
Var	74 (72.5)	214 (75.4)	
<34 hafta			0.597
Yok	80 (78.4)	70 (24.6)	
Var	74 (72.5)	214 (75.4)	
<32 hafta			1.000
Yok	92 (90.2)	257 (90.5)	
Var	10 (9.8)	27 (9.5)	
İlk trimester kanama			0.402
Yok	98 (96.1)	242 (85.2)	
Var	4 (3.9)	42 (14.8)	
EMR			0.766
Yok	82 (80.4)	233 (82)	
Var	20 (19.6)	51 (18)	
İntrahepatik kolestaz			0.657
Yok	94 (92.2)	265 (93.3)	
Var	8 (7.8)	19 (6.7)	
Plasenta previa			0.643
Yok	99 (97.1)	275 (96.8)	
Var	3 (2.9)	9 (3.2)	
YDYBU başvuru			0.249
Yok	55 (53.9)	133 (46.8)	
Var	47 (46.1)	151 (53.2)	
Apgar score			0.100
<8	9 (8.8)	26 (9.2)	
>=8	93 (91.2)	258 (90.8)	

X2 test

[SS-13]

Tessier No:7 Lateral Yüz Yarığı: Olgu Sunumu

Neval Çayönü Kahraman, Şevki Çelen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Kraniofasial cleft ya da yüz yarıkları görülme sıklığı 100.000 canlı doğumda 1.43 ve 4.85 olan nadir konjenital malformasyonlardır (1). Kraniofasial yarıklar, Tessier sınıflamasında orbita, burun ve ağız, yüz yarıklarının başladığı anahtar noktalarını içine alır ve 0'dan 14'e kadar sınıflandırılır (2). Tessier no: 7 lateral yüz yarığı, kraniofasial sınıflama içinde en sık izlenen yarıktır (4). Tessier no:7 yumuşak dokuda deformite yaptığı gibi kemik yapıda da deformite yapmaktadır. İskelet yapıda zygomatikotemporal sütürde yarıklık, molar bölgede maxillar hipoplazi ve maxillar alveolde duplikasyon yapmaktadır (2,4,5,6,7). Tessier no: 7 yarıkları daha çok unilateral görülmekte, dudak commissüründen auriculaya uzanan makrostomi mevcut olup kulak önünde skin tag (deri fazlalığı) mevcuttur. (8,9). Postnatal Tessier no:7 tanısı alan multiple anomalisi olan olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimize başvurmuş ileri hafta multiple anomalileri olan tessier no: 7 yüz yarığı olgusunun yönetimi.

Bulgular: 24 yaşında G4P3A0Y3 olan son adet tarihini bilmeyen ultrasona göre ortalama 35 hafta 1gün gebelik tespit edilen, prenatal takibi olmayan gebe sancılı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Ultrasonografik değerlendirmede: Şiddetli ventrikülomegali (hidrosefali), hidrops fetalis, perikardial effüzyon, VSD, yarıklık dudak -damak, hipotelorizm, şiddetli polihidroamnios izlendi. Fetal multiple anomalisi olan bebeğin postnatal yaşam ihtimalinin olmayabileceği anlatıldı. Hastanın yarar ve zarar oranı düşünülerek normal doğumun hastaya daha uygun olabileceği kararı kliniğimiz konseyi ile alındı. Gebeye normal doğum yapabilmesi için sefalodrenaj ve amniyodrenaj yapılması önerildi. Gebenin ve ailesinin onayı ile sefalodrenaj, amniyodrenaj işlemi ve kordosentez yapıldı. Sefalodrenaj işlemi için 20G spinal iğnesi ile fetusun ön fontanelinden girilerek kafa içinden yaklaşık 400 cc mai boşaltıldı. İşlem sonrası erkek fetus normal spontan doğurtuldu. Doğum sonrası değerlendirmede prenatal farkedilmeyen Tessier no: 7 lateral yüz yarığı izlendi. Moleküler karyotipleme sonucu normal olarak sonuçlandı.

Sonuç: Tarama ultrasonu sırasında yüz değerlendirilmesinde sadece dudak değil, damağa ve hatta yüzün lateral kısımlarına da bakılmasının önemli olabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Amniyodrenaj, kraniofasial cleft, sefalodrenaj, Tessier sınıflaması, Tessier no:7 lateral yüz yarığı

Figür 1



Makrostomi ve skin tag

Figür 2



Yarık dudak

Figür 3



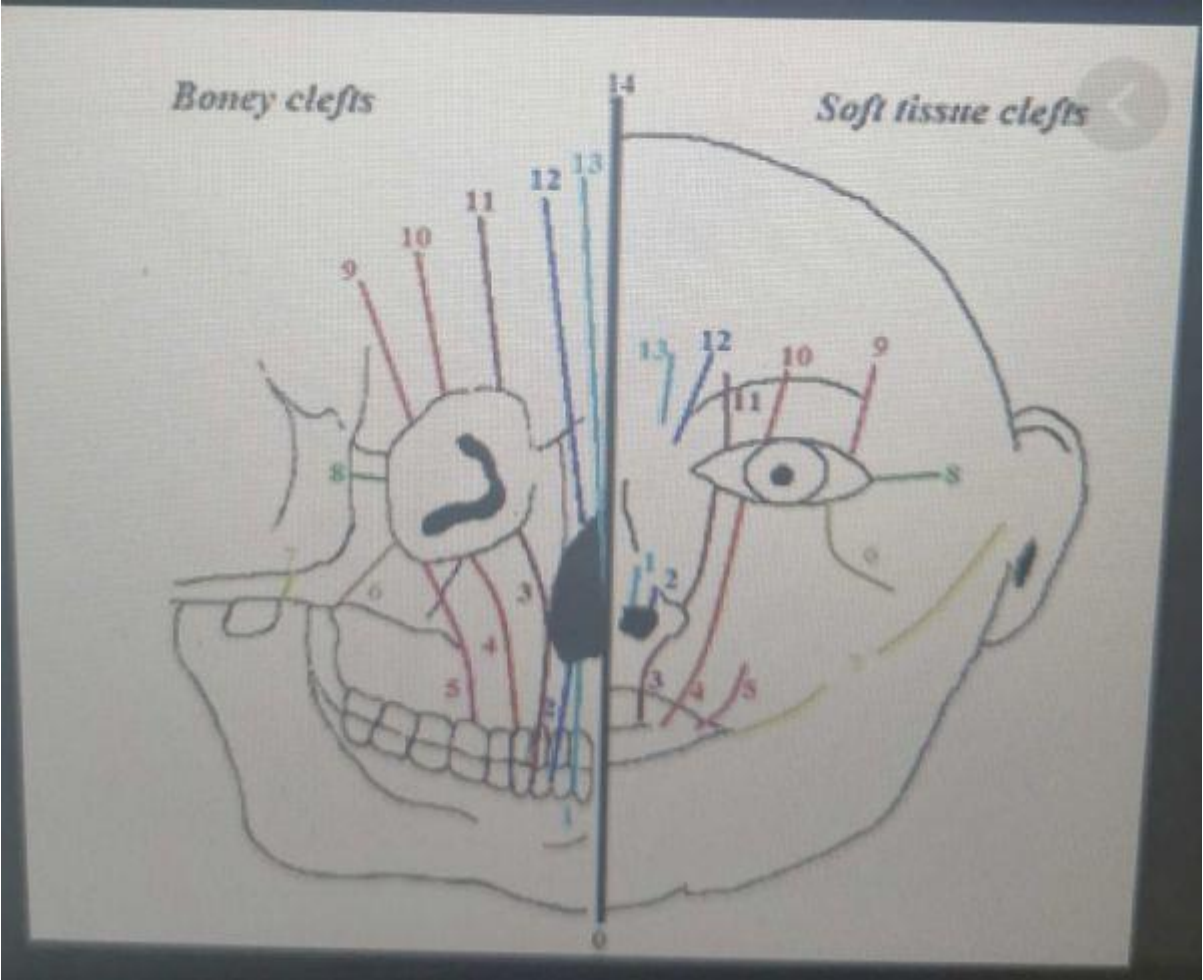
Tessier no:7 lateral yüz yarığı, yarık dudak ve damak

Figür 4



Hidrocefali

Figür 5



Tessier sınıflamas

[SS-14]

Sirenomeli, Nadir Bir Olgu Sunumu

Coşkun Ümit, Hasan Süt, Mustafa Koçar, Erdal Şeker, Acar Koç

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Kliniğimize anhidramnios olarak başvurup tahliye edilen nadir bir anomali kompleksi olan sirenomeli olgusunun klinik özelliklerini literatür eşliğinde gözden geçirmektir.

Giriş: Sirenomeli mermaid (deniz kızı) sendromu olarak da adlandırılmaktadır. Alt ekstremitelerin füzyonu, anal atrezi, bilateral renal agenezi, vertebral anomaliler, genitoüriner anomaliler, tek umbilikal arter sirenomeliyi oluşturan komponentlerdendir. Oldukça nadir görülen bu sendroma 1/60000-1/100000 doğumda bir rastlanır. Erkek/Kız oranı yaklaşık olarak 2.7/1 dir. Üçüncü gestasyonel haftada anormal blastogenez sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Genellikle sporadik görülmekle birlikte maternal diyabet risk faktörleri arasındadır. Daha önce kadudal regresyon sendromunun en ciddi formu olarak düşünüldüyse de şimdi farklı bir klinik antite olarak kabul edilmektedir.

Olgu: 24 yaşında primigravid, 16 hafta gebeliği olan hasta anhidramnios nedeniyle perinatoloji kliniğimize başvurdu. Soygeçmişinde, medikal ve obstetrik özgeçmişinde özellik bulunmayan hastaya yapılan ultrasonografide; biometrik ölçümleri gestasyonel haftası ile uyumlu, anhidramniotik, tek, canlı fetus izlendi. Her iki böbrek ve mesane izlenmedi. Doppler ultrasonografide bilateral renal arterler ve aortik bifurkasyon gösterilemedi. Tek umbilikal arter mevcuttu. Anhidramnios nedeniyle fetusun ekstremiteleri net değerlendirilemedi. Aileye gebeliğin olumsuz prognozu hakkında bilgi verilerek terminasyon önerildi. Terminasyon sonrası gerek fetusun makroskopik bulguları, gerekse radyografik görüntüleme yöntemleri ile Sirenomeli tanısı doğrulandı.

Sonuç: Sirenomeli etyolojisi net bilinmeyen, prognozu kötü, nadir görülen bir anomalidir. Erkeklerde daha sık görülmekle birlikte, tekrarlama riski normal popülasyonla aynıdır. Alt ekstremitte füzyonu anomalinin en tipik özelliğidir. Bu füzyon basit bir cilt füzyonundan tek bir femura kadar uzanan geniş bir spektrumda izlenebilir. Bilateral renal agenezi nedeniyle oluşan anhidramnios bizim vakamızda olduğu gibi prenatal tanıyı güçleştirebilir. Manyetik rezonans görüntüleme özellikle renal agenezii doğrulamakta faydalıdır. Ayırıcı tanıda kaudal regresyon sendromu, VACTERL asosiyasyonu ve artrogripozis akılda bulundurulmalıdır. Erken ultrasonografik tanı sayesinde, aileye erken terminasyon seçeneği sunulurken, maternal medikal ve psikolojik travma risklerinin en aza indirilmesi sağlanmış olur.

Anahtar Kelimeler: alt ekstremitte füzyonu, anhidramnios, bilateral renal agenezi, multipl fetal anomali, sirenomeli, terminasyon

Abort Materyali Makroskopik Bulgular



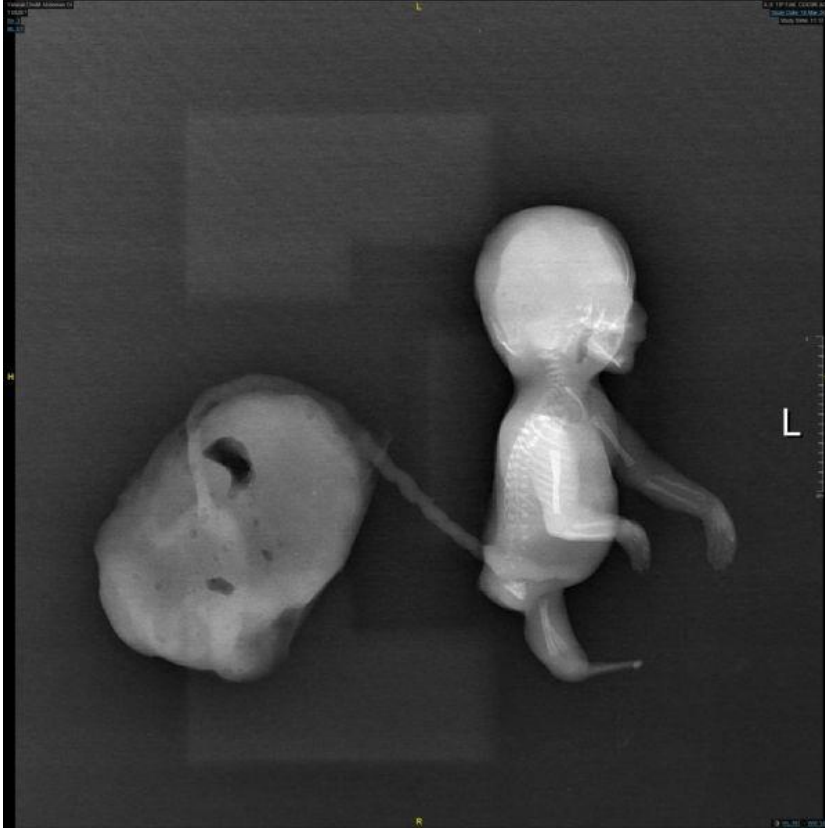
Anhidramniosa bağli potter yüz görünümü, kalın ense katlantısı, tek umbilikal arter

Abort materyali makroskopik bulgular



Sirenomeli 16 hafta fetüs, alt ekstremitelerde füzyon, eksternal genitalya yokluğu, anal atrezi, ayak olması gereken yerde anormal rudimenter distal uzantı

Abort materyali röntgen görüntüleri (lateral grafi)



Anormal vertebra, sakrum yokluğu, hipoplastik pelvis, birleşmiş alt ekstremiteler ve distal uzun kemik

Abort materyali röntgen görüntüleri (ön-arka grafi)



Skolyoz, aniden sonlanan lomber omurga

[SS-15]

Kasabach-Merrit Olgu Sunumu

Haççe Yeniçeri

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
Konya

Amaç: Kasabach-merrit sendromu hızlı büyüyen vasküler tümör, trombositopeni, mikroanjyopatik hemolitik anemi ve tüketim koagülopatisi ile karakterizedir. Kesin insidansı bilinmemekle birlikte 0.07/100000 olduğu tahmin edilmektedir. Her iki cinsiyette ve tüm etnik gruplarda eşit oranda görülmektedir. Gövdeyi, ekstremiteleri ve retroperitonu tutabilmektedir. Sendromun tedavisi trombositopeni, anemi ve tüketim kuagülopatisinin yönetimini kapsar. Progresiftir ve spontan çözülmesi beklenmez. Küçük lezyonlar için cerrahi eksizyon düşünülebilir. Semptomatik ise tedavide ilk ajan kortikosteroidlerdir. İntrauterin hemanjiom tanısı düşünülen nadir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 39 yaşında hasta G3P1A1, dış merkezde 17. Gebelik haftasında sakrokoksigeal teratom ön tansısı ile 3. Düzey hastaneye refere edilmiş. Pelviste retroperitoneal lenfanjiom düşünülmüş. Hastaya AS yapılmış ve olumsuz postnatal prognoz nedeni ile gebeliğin terminasyonu önerilmiş. Aile terminasyonu kabul etmemiş takip için kliniğimize başvurdu.

Usg'de 26w lık gebelik fetal sağ tarafında 65*40*41 mm boyutunda ince cidarlı, pelvis içine ve sırtta cilt dışına doğru uzanım gösteren içerisinde ince septayonları olan düzensiz sınırlı anekoik kistik yapı izlendi. Dopplerde kitlede zayıf kan akımı gösterildi. Ön tanıda pelviste retroperitoneal lenfanjiom ayırıcı tanıda hemanjioma düşünüldü. Hidrops açısından gebelik takibi düzenli aralıklarla yapıldı.37 haftalık iken cs ile 3410 gr kız fetüs doğurtuldu.

Kontrastlı MR: Sağ böbrek anteriora doğru itilmiştir. Sağ lomber bölgede cilt altı yağ doku içerisinde lokalize olup, retroperitoneal alana, batın içerisine uzanımı medialde ise nöral foramen yolu ile spinal kanal içerisine uzanım gösteren yaklaşık 7*6 cm ebatlı lobüle konturlu T2A sekanslarda hiperintens olarak izlenen içerisinde fokal tromboze alanlara ait T1A sekanslarda hiperintens odakların izlendiği lezyon bulunmaktadır. RDUS'de içerisinde yer yer yavaş venöz akımın izlendiği vasküler malformasyon-hemanjioma ait görünüm bulunmaktadır.

Kitlenin büyük olması nedeniyle pediatrik onkoloji ve hematolojinin önerisiyle prednol tedavisi başlandı, cerrahi düşünülmedi. Gereklik halinde eritrosit süspansiyonu ve trombosit süspansiyonu verildi. Çocuk hematoloji tarafından takibine devam ediliyor.

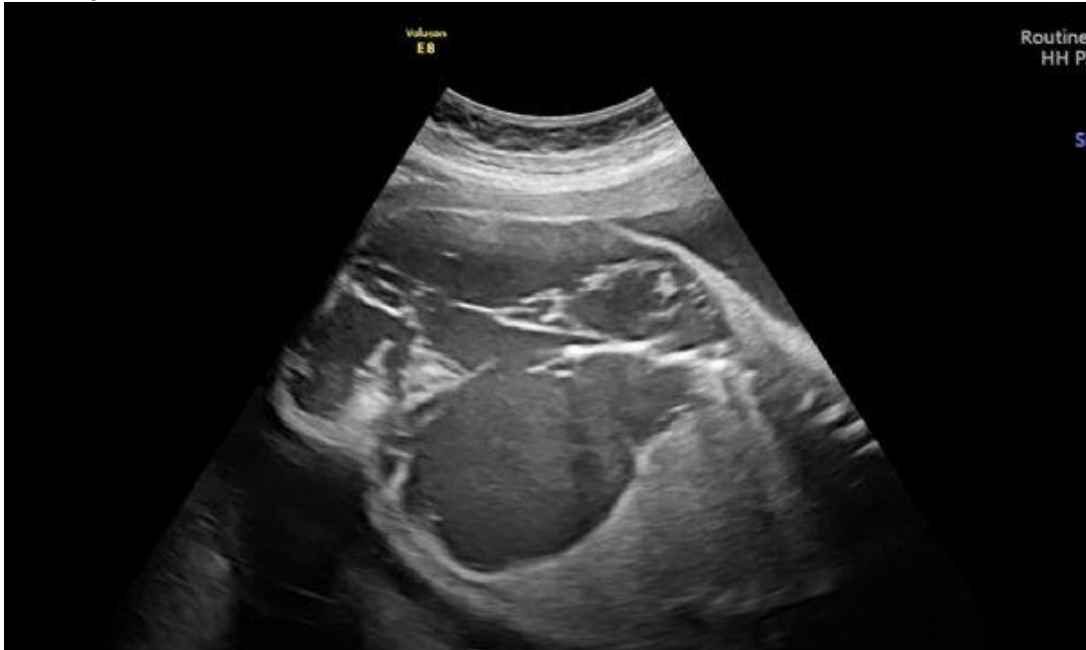
Sonuç: Mortalitesi %30 olarak bildirilmektedir. Bu olgularda aileye terminasyon seçeneği sunulmalıdır. Aile gebeliğin devamını istiyorsa tersiyer merkezde doğum için planlama yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: fetüs, gebelik, hemanjiom, lenfanjiom, kasbach-merrit sendromu

Bebegin Doğum Anında Resmi



Hemanjiom USG



[SS-16]

Cantrell Pentalojisi: Olgu Sunumu ve Kısa Literatür Derlemesi

Esin Merve Erol Koç, Hatice Akkaya

Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

Amaç: Biz bu sunumda nadir görülen bir konjenital malformasyon kompleksi olan Cantrell pentalojisi olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 25 yaşında, G2A1, 13. gebelik haftasında olan takipsiz gebe, kasık ağrısı şikayeti ile başvurdu. Önceki abortusu evde gerçekleşmiş olduğundan etyo-patolojisi hakkında güvenilir bilgi edinilemedi. Akraba evliliği öyküsü yoktu. Gebelikte kimyasallar, toksinler, pestisitler, afyon, kokain, ilaçlar (sodyum valproat, fenitoin, lityum, kurşun) radyasyon veya çevresel faktörler ile temas öyküsü yoktu. Hasta abortus insipiens tanısıyla hospitalize edildi. Obstetrik ultrasonografide toraks ve abdomende orta hat defekti izlendi. Ektopia kordis mevcuttu ve fetal kalp bradikardikti. Her iki alt ekstremitte total yokluk halindeydi(Şekil 1). İzlemde spontan abortus gerçekleşti. Fetusta direkt gözlemde sternal defekt, anterior diyafram defekti ve ektopia kordis olduğu görüldü. Batın ön duvarında geniş defekt mevcuttu ve karaciğer, barsaklar ve mesane herniyeydi. Alt ekstremiteler gelişmemişti(Şekil 2).

Tartışma: Cantrell pentalojisi torako-abdominal orta hat defektleri ve intratorasik-intraabdominal organların evisserasyonlarının görüldüğü son derece nadir bir anomalidir. İnsidansı 100,000 gebelikte 0.5-0.7'dir. Mortalitesi %95'i bulabilmektedir. Etiyolojisinde mezodermin somatik ve splanknik tabakalara farklılaşması ve migrasyon kusurları suçlanmaktadır. Ayırıcı tanıda amniyotik bant sendromu, izole ektopia kordis ve body stalk anomalileri bulunur. Olgumuzda raporlandığı şekliyle tip 1 anomali yani pentalojinin tüm komponentleri olan alt sternum yokluğu, anterior diyafragmatik herni, ectopia kordis, perikardiyal defekt ve omfaloselin bir arada bulunması nadir bir durumdur. Her iki alt ekstreminin total yokluğu daha önce raporlanmamış olup tek ekstremitte yokluğu, club foot ve omurga defektleri literatürde raporlanmıştır. Alt ekstremitte gelişim defekti, orta hattan evisere olan organların basısına bağlı olarak meydana gelmiş olabilir. Her ne kadar amniyotik bant varlığı sendroma eşlik edebilse de olgumuzda amniyotik bant saptanmamıştır. Vakaların çoğunda, Cantrell ölümcül seyreden bir malformasyondur. Vakamız erken haftada spontan abortusla sonuçlanmıştır. Prenatal dönemde tanı koyulması, hem aileye terminasyon seçeneği sunulabilmesi hem de etiolojide yer alabilecek kromozom anomalilerinin genetik değerlendirilmesine olanak sağlaması için önemlidir. Hastalığın erken teşhisi, gebeliğin sonlandırılması için daha güvenli yöntemlerin uygulanabilmesine imkan sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Cantrell sendromu, diyafram defekti, ektopia kordis, omfalosel, torakoabdominal sendrom

Şekil 1



İlk trimesterde tespit edilen olgumuzda obstetrik ultrasonografide torakoabdominal defekt ile evisere olan kalp ve abdominal organlar görüntülenmekte, alt ekstremiteler izlenmemektedir.

Şekil 2



Fetusun lateral (a) ve anterior (b) makroskopik görsellerinde sternum alt ucu defekti, ektopia kordis, geniş omfalosel içinde karaciğer, barsaklar, mesane izlenmekte ve her iki alt ekstremitenin olmadığı görülmekte.

[SS-17]

Fetal Hayatta Multiple Kardiyak Rabdomyom: Olgu Sunumu

Hilal Gülsüm Turan Özsoy, Behiye Oral

Bursa Şehir Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Bursa

Giriş: Rabdomyom en sık görülen fetal kalp tümörüdür (%90). Belirgin sınırlı, homojen, hiperekoik intrakardiyak kitlelerdir. Genellikle çok sayıda ve lobüledirler. Ventrikül duvarı, septum, atriyum veya damar çıkış yolları üzerinde bulunabilirler. Erken dönemde küçük bir fokal duvar kalınlaşması şeklinde görülebilirler. Sıklıkla ikinci trimester ve sonrasında tanı koyulabilir. Ayırıcı tanıda teratom, fibrom, hemanjiom, miksuma bulunmaktadır. Lokalizasyonlarına bağlı olarak aritmiye, atriyoventriküler kapaklarda ve damar çıkımlarında obstrüksiyona yol açabilirler. Multiple rabdomyom olan olguların hemen tamamında, tek olanların da %50'sinde tüberoz skleroz vardır. Tüberoz skleroz değişken geçişli otozomal dominant bir hastalıktır. Vakaların yaklaşık %30'u kalıtsaldır, geriye kalanlar yeni bir mutasyon sonucu oluşur. Fetal MR ile periventriküler ve subepandimal tüberler gösterilebilir. Prenatal invaziv testlerle TSC1 (hamartin proteinini kodlar) ve TSC2 (tüberin proteinini kodlar) genleri tesbit edilerek genetik tanı koyulabilir. Genellikle postnatal dönemde spontan regrese olurlar. Prognoz kardiyak disfonksiyon ile yakından ilişkilidir. Tüberoz sklerozda; nöbetler, mental retardasyon ve kutanöz anjiyofibromlar görülebilir.

Olgu: G2 P1 A0 Y1, 25 yaşında daha önce bir sezaryen öyküsü olan gebe preoperatif rutin kontrol amacıyla 38. haftasında kliniğimize refere edildi. Yapılan ultrasonografik incelemede intrakardiyak alanda, interventriküler septum üzerinde, apekte ve ventrikül duvarlarında yerleşimli, ventrikül çıkımlarını daraltan, en büyüğü sol ventrikül içerisinde 21x15,5 mm boyutlarında ölçülen, 8 adet, düzgün konturlu, lobüler görünümde, avasküler, hiperekojen solid lezyon izlendi. Öncelikle rabdomyom düşünüldü. Kranial değerlendirme makat prezentasyon nedeniyle optimal kalitede yapılamadı. Kitlelerin multipl olması tuberosklerozu düşündürdü. Hasta 39. haftada farklı bir merkezde 3520 gram ağırlığında erkek bebek doğurdu. Postnatal kranial MR incelemesinde subepandimal nodüller ve kortikal tüberlerin görülmesi, genetik incelemeler ile tuberoskleroz tanısı doğrulandı.

Sonuç: Fetal dönemde izlenen multipl rabdomyomlar tüberoz skleroz için neredeyse tanısaldır. Bu olgularda kranial inceleme de önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: fetal kardiyak tümör, kortikal tüber, rabdomyom, subepandimal nodül, tüberoz skleroz

Rabdomyom-1



rabdomyom B-mod USG görüntüsü

Rabdomyom-2



rabdomyom B-mod USG görüntüsü

Rabdomyom-3



rabdomyom Renkli Doppler USG görüntüsü

Rabdomyom-4



rabdomyom Renkli Doppler USG görüntüsü

[SS-18]

Fetal İntestinal Volvulus: Ultrasonografik Belirteçler Ve Perinatal Sonuçlar

Münip Akalın, Oya Demirci

S.B.Ü. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul.

Amaç: Antenatal dönemde intestinal volvulus tanısı koyulan fetuslarda ultrasonografik bulguları tanımlamak ve perinatal sonuçları araştırmak.

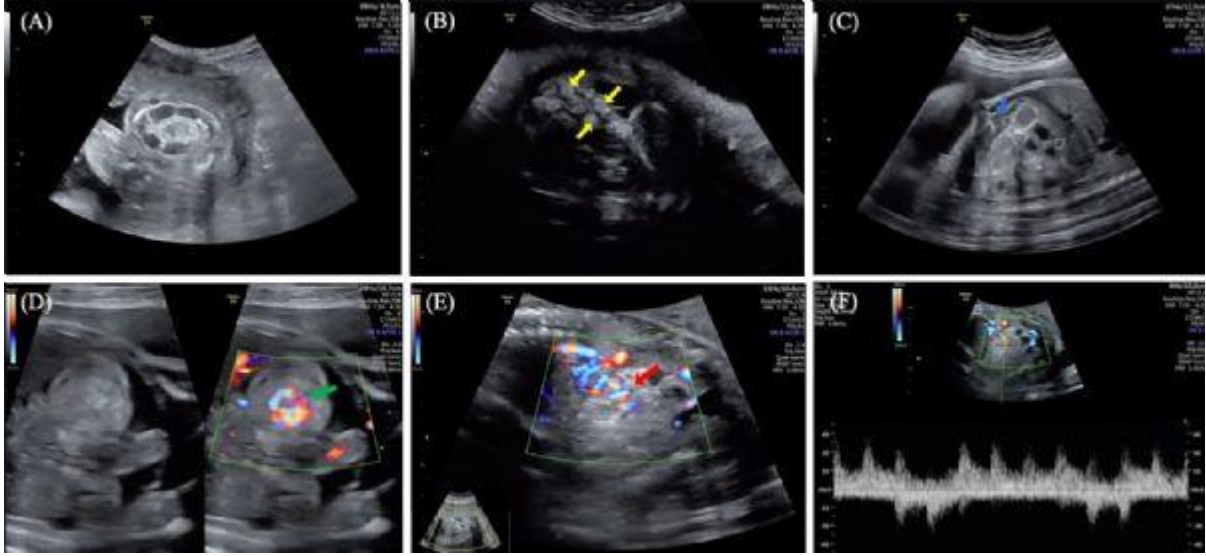
Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya hastanemiz perinatoloji kliniğinde Ocak 2019 ile Ocak 2021 tarihleri arasında fetal intestinal volvulus tanısı koyulan olgular dahil edildi. Antenatal takipleri başka bir merkezde yapılan ve/veya genetik sonuçlarına ulaşamayan olgular çalışmadan hariç tutuldu. Fetal ultrasonografide; 1- Hiperekojen ve dilate barsak ansları, 2- Barsaklarda girdap bulgusu ve 3- Twisted mezenterik arter görünümü belirteçlerinden en az ikisi mevcut olan olgular fetal intestinal volvulus olarak tanımlandı. Olguların maternal demografik özellikleri, antenatal fetal ultrasonografi bulguları ve yenidoğanların takip bilgileri hastanemiz elektronik kayıt sisteminden elde edildi.

Bulgular: Antenatal dönemde intestinal volvulus tanısı koyulan 6 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların ortalama tanı haftası 26.4 (Min:22 – Max:34) haftaydı. Olguların antenatal ultrasonografi bulguları Tablo-1’de gösterilmiştir. Tanı anında olguların tamamında hiperekojen barsak, dilate barsak ansları, intestinal girdap bulgusu ve twisted mezenterik arter görünümü mevcuttu (Şekil-1). Antenatal takipler sırasında olguların 2 (33.3%) tanesinde batında serbest mayi, 4 (66.7%) tanesinde enterolitiazis, 2 (33.3%) tanesinde polihidroamnios ve 1 (16.7%) tanesinde oligohidroamnios tespit edildi. Genetik inceleme sonucunda 2 (33.3%) olguya kistik fibrozis tanısı koyuldu. Olguların perinatal sonuçları Tablo-2’de gösterilmiştir. Olgulardan 1 (16.7%) tanesi majör kardiyak anomali nedeniyle termine edilirken, 5 (83.3%) olgu canlı doğum ile sonuçlandı. Yenidoğanların ortalama doğum haftası 34.4 (Min:28 – Max:37) hafta, ortalama doğum kilosu 2270 (Min:690 – Max:2780) gramdı. Yenidoğanların 2 (40%) tanesinde ciddi anemi mevcuttu. Yenidoğanlardan 4 (80%) tanesi opere edilirken, 3 olgu (60%) neonatal dönemde kaybedildi.

Sonuç: Antenatal ultrasonografide hiperekojen ve dilate barsak anslarına eşlik eden girdap bulgusu ve twisted mezenterik arter görünümünün varlığı intestinal volvulus tanısında yardımcı olabilir. Antenatal dönemde intestinal volvulus tanısı koyulan olgular artmış neonatal morbidite ve mortalite ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Fetal intestinal volvulus, girdap bulgusu, hiperekojen barsak, perinatal sonuç, prenatal tanı

Şekil 1. Fetal intestinal volvulus tanısında ultrasonografik bulgular



(A), Girdap bulgusu, kendi etrafında dönmüş hiperekojen ve dilate barsak ansları. (B), Dilate barsak ansları içerisinde hiperekojen görünümde enterolitiazis (sarı oklar). (C), Dilate olmuş barsak ansı ve batın içerisinde ekojen serbest mayı (mavi ok). (D), Twisted mezenterik arter, torsiyone olmuş mezenterik arterin aksiyel kesitte renkli doppler ultrasonografi görünümü (yeşil ok). (E), Twisted mezenterik arter, torsiyone olmuş mezenterik arterin sagittal kesitte renkli doppler ultrasonografi görünümü (kırmızı ok). (F), Torsiyone olmuş mezenterik arterin pulse doppler ile akım paterni.

Tablo 1. İntestinal volvulus tanısı koyulan olguların prenatal ultrasonografi bulguları

Olgular	Tanı Haftası	Hiperek ojen Barsak	İntestinal Dilatasyon	Amnion Sıvısı	Batında Serbest Mayi	Girdap Bulgusu	Enteroliti azis	Twisted Mezenterik Arterler	MCA PSV (MoM)	Ek Anomali
Olgu – 1	22	(+)	(+)	Normal	(-)	(+)	(-)	(+)	1.21	Kritik Aort Stenozu İnterrupted IVC
Olgu – 2	27	(+)	(+)	Polihidroamnios	(+)	(+)	(+)	(+)	1.48	Hipertrofik Kardiomyopati Hidrosel
Olgu – 3	25	(+)	(+)	Oligohidroamnios	(+)	(+)	(-)	(+)	1.30	Pelviektazi Pes ekinovarus
Olgu – 4	22	(+)	(+)	Normal	(-)	(+)	(+)	(+)	1.28	Tek umbilikal arter Safra kesesi agenezisi
Olgu – 5	28	(+)	(+)	Normal	(-)	(+)	(+)	(+)	1.41	Double – Bubble
Olgu – 6	34	(+)	(+)	Polihidroamnios	(-)	(+)	(+)	(+)	1.48	-

Kısaltmalar: MCA PSV, Middle cerebral artery peak systolic velocity; MoM, multiple of the median; IVC, inferior vena cava.

Tablo 2. Prenatal Dönemde İntestinal Volvulus Tanısı Koyulan Olguların Perinatal Sonuçları

Olgular	Doğum Haftası	Cinsiyet	Doğum Kilosu (gr)	Apgar (1 ve 5 dk)	Umb K pH	Hb (g/dl)	PLT (10 ³ /mm ³)	WBC (10 ³ /mm ³)	YDYB Ü (Gün)	Cerrahi	Sonuç
Olgular - 1	23	Kız	680	-	-	-	-	-	-	-	Terminasyon
Olgular - 2	32	Erkek	2600	6 - 8	7.36	10.9	233	5.16	3	Segmental ileal volvulus Perforasyon (+) (18 cm rezeksiyon)	Exitus
Olgular - 3	28	Erkek	690	4 - 6	7.21	15.5	221	8.15	6	-	Exitus
Olgular - 4	38	Erkek	2600	6 - 8	7.31	14.3	201	12.3	43	İleojejunal volvulus (10 cm rezeksiyon)	Taburcu
Olgular - 5	37	Kız	2780	7 - 9	7.27	15.9	176	9.80	6	İleojejunal volvulus Perforasyon (+)	Taburcu
Olgular - 6	37	Erkek	2680	8 - 9	7.29	9.8	145	23.19	43	İleojejunal volvulus Perforasyon (+)	Exitus

Kısaltmalar: Umb K, Umbilikal kord; Hb, Hemoglobin; PLT, Platelet; WBC, White blood cells; YDYBÜ, Yenidoğan yoğun bakım ünitesi

[SS-19]

Antenatal Dönemde Saptanan Kranioraşizis Olgu Sunumu

Sümeyye Gürbüz¹, Alev Atış¹, Züat Acar¹, Ümran Çetin Çelik²

¹Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

²Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

Nöral tüp defektleri(NTD) antenatal dönemde tanı koyulabilen embriyonik gelişim sırasında nöral tüpün tamamen kapanmamasına bağlı gelişen merkezi sinir sisteminde oluşan ciddi doğum kusurlarıdır. NTD, her 1000 gebeliğin yaklaşık birini etkileyen ciddi konjenital malformasyonlardır. Kranioraşizis totalis, anensefaliye spina bifida totalisin eşlik ettiği bir NTD'dir. Erken embriyogenezis sırasında, gebeliğin yaklaşık 20-22. günlerinde nöral tüpün kusurlu kapanmasının uç bir örneğidir. NTD'lerinin nadir görülen bir türüdür. Kranioraşizis, gebelikte ultrasonla veya maternal serum ve amniyotik sıvıda AFP düzeylerinin belirlenmesi ile teşhis edilebilir. NTD nedenleri multifaktöriyeldir, daha önce NTD olan bir çocuğa sahip bireylerde bu olasılık daha siktir. Gebelik öncesi ve erken gebelik döneminde günde 400 mcg Folik asit alması durumunda NTD'lerin% 50-70'inin önlenilebileceği tahmin edilmektedir. Çalışmamızda 15. Gebelik haftasında tanı konulan kranioraşizisli bir fetüsü değerlendirmeyi, literatürü gözden geçirmeyi ve patogenezi tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: antenatal dönem, folik asit, kranioraşizis, nöral tüp defektleri, sonografi



Resim 1

Kapanmamış spinal cord ve beyin dokusu

Resim 2



Resim 2: Kurbağa görümlü yüz

[SS-20]

Perinatal Bağırsak Dilatasyonlarına Postnatal Yaklaşım Ve Klinik-Patolojik Değerlendirilmesi

Havva Solak Özşeker¹, Alev Süzen²

¹Muğla Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Bölümü, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniveristesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Muğla

Amaç: Konjenital anomaliler 5 yaş altı çocuklarda önemli bir ölüm nedenidir. Birçok gastrointestinal konjenital anomali neonatal yoğun bakımda zamanında tedaviye başlanmazsa fataldir. Antenatal barsak dilatasyonu ve hiperekojenik barsak bulguları obstetrik ultrasound (USG) ile saptanabilir. Vakalar gastrointestinal anomali açısından doğuma kadar takip edilmeli ve son trimestırda resolüsyon olmadıysa postnatal tetkik edilmelidirler. Bu çalışmamızda 2012-2021 yılları arasında Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde postnatal barsak dilatasyonu devam eden olguların klinik ve patolojik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Olgular hastane otomasyon sisteminden taranmış, klinik ve patolojik veriler analiz edilmiştir.

Bulgular: Postnatal barsak dilatasyonu devam eden toplam 17 hasta saptandı. Bunların 12'si erkek 5'i kızdı. Ortanca yaş 1 gün (1gün±6 ay) idi. 10 hastada kusma ile birlikte karın şişliği, 6 hastada kusma ile birlikte gaita yapamama, 1 hastada kabızlık vardı. Fizik muayenede 2 hastada anal atrezi, 1 hastada rektal atrezi saptandı. 5 hastada biyopside ganglion hücrelerinin olmaması ile karakterize Hirschsprung hastalığı saptandı. 1 hastada ganglion hücrelerinin immatür oluşu ile karakterize Hirschsprung varyantı saptandı. 2 hastada ileal atrezi saptandı. 1 hastada anal atrezi ile birlikte mekonyum ileusu saptandı. 1 hastada diabetik anne bebeklerinde görülen küçük sol kolon sendromu, 1 hastada nekrotizan enterokolit mevcuttu. 2 hastada ise biyopsi sonuçları normaldi ve bulguların takipte düzelmesi ile normalin varyantı olarak kabul edildi. Hirschsprung, anal atrezi ve ileal atrezi tanısı konan hastalara cerrahi onarım uygulandı. Diğer hastalar medikal tedavi ile takipte düzeldi. Hirschsprung hastalarından sadece 1 tanesi sepsis bulguları ile kaybedildi.

Sonuç: Prenatal barsak dilatasyonu ve ekojen barsak saptandığında olgular doğuma kadar takip edilmeli, son trimestırda bulgular devam ediyorsa mutlaka postnatal incelenmelidir. Tanı konan vakalar uygun medikal ve cerrahi tedavi ile iyileşmektedir. Ganglion hücrelerinin biyopsi materyalinde hem morfolojik hem de immünohistokimyasal yöntemlerle değerlendirilmesi hastaların tanı ve tedavisinde önemlidir. Bu nedenle fetal ultrasonografi tecrübeli uzmanlar tarafından yapılmalı; klinik ve patolojik veriler titizlikle irdelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: bağırsak dilatasyonu, ultrasonografi, Hirschsprung, patoloji, prenatal

[SS-21]

Tetra-Ameli Olgu Sunumu

Ebru Yüce¹, Ali Ergün²

¹Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

²Liv Hospital Ankara, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ankara

Giriş: Ameli; en ciddi ekstremitte defektlerinden biri olup prevalansı yaklaşık 100000 doğumda 0,4-1,5 arasında değişmektedir. Bu konjenital anomali kraniofasiyal malformasyon, pulmoner hipoplazi/aplazi gibi farklı malformasyonlar ile birliktelik göstermektedir. Son adet tarihine göre 14 haftalık gebeliği bulunan ve kliniğimizde yapılan ultrasonografide tetra-ameli (konjenital ekstremitte agenezisi) saptanan olgu sunulmuştur.

Olgu: 32 yaşında, 1 yaşayan sağlıklı çocuğu olan, akraba evliliği olmayan, kendisinde ve eşinde teratojen ajana maruz kalma öyküsü olmayan ve ilaç-sigara-alkol kullanmayan olgunun, 7. gebelik haftasından sonraki ikinci başvurusunda yapılan obstetrik ultrasonografik ölçümleri son adet tarihi ile uyumlu olup CRL değeri 80.2 mm ve 14 hafta ile uyumluydu. Kendisinin ve eşinin soygeçmişinde bilinen konjenital anomali öyküsü yoktu. Fetusun intrakranial, intraabdominal ve kardiyak yapılarında ultrasonografik olarak anomali saptanmadı. Nöral tüp ve karın ön duvarı kapanma defekti izlenmedi. Amnios sıvısı yeterli olup, plasenta korpus anterior yerleşimliydi. Yapılan karyotip analizi sonucunda sayısal ve yapısal kromozomal anomali saptanmadı (46 XY). Perinatoloji kliniğince değerlendirilen olguya ve eşine hastalık ve prognozu hakkında bilgi verilip ailenin isteği doğrultusunda yazılı onamları alınarak terminasyon kararı verildi.

Tartışma: Konjenital ekstremitte agenezisi (ameli) intrauterin dönemde erken ultrasonografik bulgu verir. Ekstremitte çıkıntıları ultrasonografi ile en erken 8. gebelik haftasında görülebilir. Femur ve humerus 9. gebelik haftasında, tibia/fibula ve radius/ulna 10. gebelik haftasında, el ve ayak parmakları ise 11. gebelik haftasında ultrasonografik olarak saptanabilir. 18-23. gebelik haftaları arasında her ekstremitenin üç segmentide (epifiz, metafiz, diafiz) görülmelidir. Fetal ekstremitte anomalilerinin insidansı 20.000 doğumda 1 dir. Üst ekstremitte defektleri izlenirken, alt ekstremitelerin bilateral yokluğu veya eksikliği multiple konjenital anomaliler ile birlikte olan sendromlara da eşlik edebilir. Sunduğumuz bu olgu bize ultrasonografik incelemenin bu tür ekstremitte anomalilerinin erken prenatal teşhisinde ne kadar önemli bir tanı yöntemi olduğunu bir kez daha göstermiştir. Erken tespit gerekli danışmanlığın verilebilmesi açısından da oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: ameli, ekstremitte defektleri, konjenital, nadir, tetra-ameli

Fetüsün Postabortal Görünümü



Fetüsün Postabortal Görünümü



Fetüsün Postabortal Görünümü



Fetüsün Postabortal Görünümü



Fetüsün Postabortal Görünümü



[SS-22]

COVID-19 (+) Gebelerin Hastaneye İlk Başvurularında Gebelik Haftası İle Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişki

Banu Seven, Hüseyin Levent Keskin

Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: COVID-19 (+) olan gebelerin hastaneye ilk başvurularında gebelik haftası ile hastalığın şiddeti ve kötü prognostik laboratuvar değerleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.

Yöntem: Bu kesitsel tanımlayıcı çalışmaya Ankara Şehir Hastanesi Acil Servisi COVID-19 bölümüne başvuran ve PCR testi ile COVID-19 pozitif olduğu gösterilmiş 678 gebe dahil edilmiştir. Olgular S.B COVID-19 rehberine göre ateş, öksürük ve boğaz ağrısı gibi semptomları olup solunum sıkıntısı olmayanlar hafif semptomatik, semptomatik olup solunum sayısı >24/dak ve/veya SatO₂ <%93 olanlar ise ağır hastalık olarak sınıflandırıldı ve tüm olgular asemptomatik, hafif semptomatik, ağır hastalık şeklinde gruplandırıldı. Laboratuvar testlerinden lenfosit sayısının <800/ml, CRP düzeyinin normalin 10 katından fazla artışı, ferritin değeri >500ng/ml veya D-Dimer düzeyi >1000ng/ml olması kötü prognostik laboratuvar değerleri olarak kabul edildi.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması 28.6 ±5.5 (17-44) idi. %18.6'sı 1.trimester, %36.4'ü 2.trimester, %45'i 3.trimesterde idi. Hastalık şiddeti incelendiğinde 678 gebenin %41.9'u asemptomatik, %49.7'ü hafif semptomatik, %8.4'ünde ise ağır hastalık mevcuttu. Ağır hastalık geçirenlerin %50.9'u 2.trimester, %45.6'sı 3.trimester, sadece %3,5'i 1.trimesterde idi. 1.trimester gebelerde ağır geçirme oranı, diğer trimesterlere göre anlamlı olarak daha düşüktü (p=0.004). COVID-19 (+) olan 1.trimester gebelerin %1.6'sında, 2.trimester gebelerin %11.7'sinde, 3.trimester gebelerin ise %8.5'inde ağır hastalık bulguları mevcut idi. En az bir kötü prognostik laboratuvar değeri olma oranı ise trimesterlere göre sırasıyla %32.5, %65.2 ve %85.2 idi (p<0.001). Ağır hastalık geçiren 12 olgunun yoğun bakım ihtiyacı olmuş, ve 3'ü ise ex olmuştur. Yoğun bakım ihtiyacı olan 12 gebeden 1'i 1.trimesterde iken, 5'inin 2.trimester, 6'sının ise 3.trimester gebeliği mevcut idi.

Sonuç: COVID-19 (+) gebeliklerde hastalığa yakalanma oranı, hastalığın şiddeti ve kötü prognostik laboratuvar değeri oranı 2. ve 3.trimesterde, 1.trimestere oranla belirgin olarak daha yüksektir. COVID-19 (+) olan 1.trimester gebeliklerde hastalık hem klinik hem de laboratuvar bulguları olarak daha hafif seyretmektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, enfeksiyon, gebelik, inflamasyon, pandemi

[SS-24]

Erken Gebelikte Görülen Vajinal Kanamanın Birinci Trimester Tarama Testi ve Gebelik Sonuçları Üzerine Etkisi

Zeliha Atak

Bursa Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Bursa, Türkiye

Amaç: Birinci trimester tarama testindeki biyokimyasal belirteçler gebelik takibine de ışık tutmaktadır. Serbest insan koryonik gonadotropini- beta alt ünitesinin (fβ-hCG) düşük değerleri artmış abortus ve intrauterin gelişme geriliği riski ile ilişkili bulunmuştur. Gebelikle ilişkili plazma protein-A (pregnancy-associated plasma protein-A, PAPP-A)'nın düşük değerlerinin (<0,5 MoM) plasental büyüme ile ilişkili gebelik komplikasyonları üzerine etkisini araştıran pek çok çalışma bulunmaktadır. Ancak abortus imminens öyküsü olan olgularda birinci trimester tarama testleri ile ilgili yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Bu çalışmanın amacı abortus imminens öyküsü olan hastaların birinci trimester tarama testi ve gebelik sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Temmuz 2019-Temmuz 2020 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesine birinci trimesterde vajinal kanama şikayeti ile başvuran ve doğumunu Bursa Şehir Hastanesinde yapmış olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak eşit sayıda abortus imminens öyküsü olmayan ve gebelik komplikasyonu açısından risk faktörü bulunmayan hastalar seçilmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarının her ikisinde de 65'er hasta bulunmaktadır. Abortus imminens grubu Grup1, kontrol grubu Grup2 olarak alındı. Serum PAPP-A ve fβ-hCG değerleri için <0,5:düşük, 0,5-2:normal, >2 yüksek olarak subgrup analizi yapıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yaş, gravida, sigara kullanımı, diabetes mellitus sıklığı, birinci trimester tarama testi dönemindeki vücut ağırlığı gibi parametreler açısından fark yoktur. Ortalama serum PAPP-A MoM ve fβ-hCG MoM değerleri açısından da iki grup arasında fark saptanmadı. Gebelik sonuçlarına bakıldığında ise Grup1 ve Grup2 nin ortalama doğum haftaları sırası ile 38,04±2,28, 38,96±1,34 olup arada anlamlı bir fark mevcuttur. Doğum ağırlıkları da Grup1 de daha düşük olmakla birlikte aradaki fark istatistiki anlamlı düzeye ulaşmamıştır. PAPP-A ve fβ-hCG MoM değerlerinin aralıklarına göre de subgrup analizi yapıldığında çalışma ve kontrol grubu arasında bu parametreler açısından da fark gözlenmedi.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda erken gebelikte görülen vajinal kanamanın doğum haftası ve doğum ağırlığını etkilediği ancak birinci trimester tarama testindeki biyokimyasal parametreler üzerinde etkisinin olmadığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Abortus imminens, fβ-hCG, PAPP-A, doğum ağırlığı, doğum haftası

[SS-25]

12. Gestasyonel Haftada Tespit Edilen Sol Atriyal İzomerizm: Olgu Sunumu

Zeynep Gedik Özköse

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Heterotaksi visseral organların vücutta olması gerekenden farklı bir yerde bulunması durumudur ve kliniğe sol veya sağ atriyal izomerizm olarak yansır. Sol atriyal izomerizm; her iki atriyumun sol atriyum morfolojik özelliklerini gösterdiği, atriyoventriküler septal defekt başta olmak üzere yapısal kalp hastalıklarının, inferior vena kavanın sağ atriyumla bağlantısının kesilmesinin, bradiaritmiyle eşlik ettiği kompleks bir durumdur. Fetal aritmi ve bradikardi nedeni ile non-immun hidrops gelişen fetuslarda ise intrauterin kayıp riski yüksektir.

Olgu: 30 yaşında gravida 6 parite 4 abort 1 olan hasta, 11-14 hafta obstetrik ultrasonografide artmış fetal ense kalınlığı ve kistik higroma izlenmesi nedeniyle 11 hafta 3 günlük gestasyonel haftada merkezimize refere edildi. Yapılan ultrasonografik incelemede CRL (baş-popo mesafesi) 54 mm (12 hafta 0 gün), ense saydamlığı (NT) 5.8 mm, mide solda, kalp sağda izlendi (Şekil 1). Fetal kalp değerlendirmesinde atriyoventriküler septal defekt ve fetal bradiaritmi saptandı (Şekil 2). Fetusun sagittal plandaki kesitinde interrupted vena cava inferior azygos devamlılığı izlendi (Şekil 3). Klinik prognoz hakkında ebeveynlere danışmanlık verilerek terminasyon seçeneği sunuldu. Terminasyonu kabul etmeyen hastanın 14. gebelik haftasında yapılan ultrasonografide fetal kalp atımının olmadığı saptandı ve gebelik tahliye edildi.

Sonuç: Erken gebelik haftalarında (11-14. hafta) yapılan detaylı ultrasonografik değerlendirme anoploidi taramalarının yanında, fetal yapısal anomalilerin erken saptanabilmesi açısından da oldukça önemlidir. Erken gebelik haftalarında izomerizm tanısı konulabileceği ve bu fetuslarda non-immun hidrops gelişerek fetal ölümle sonuçlanabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: prenatal tanı, heterotaksi, sol atriyal izomerizm, bradiaritmi, atriyoventriküler septal defekt

Şekil 1



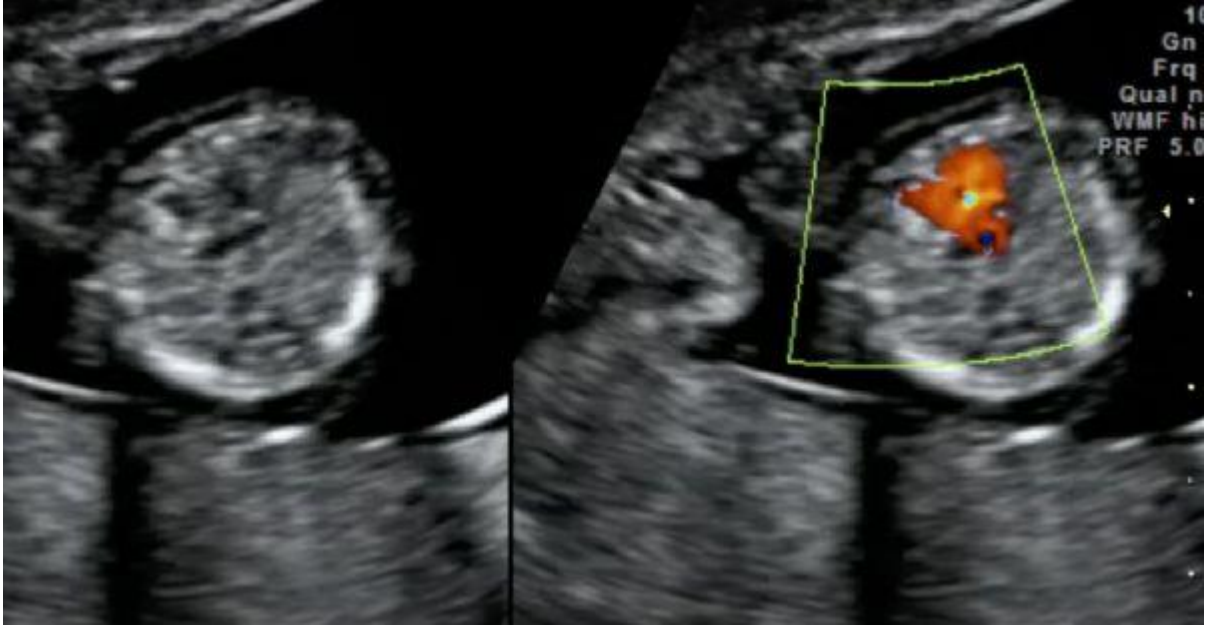
Fetal abdomende mide solda, toraksta kalp sağda

Şekil 2



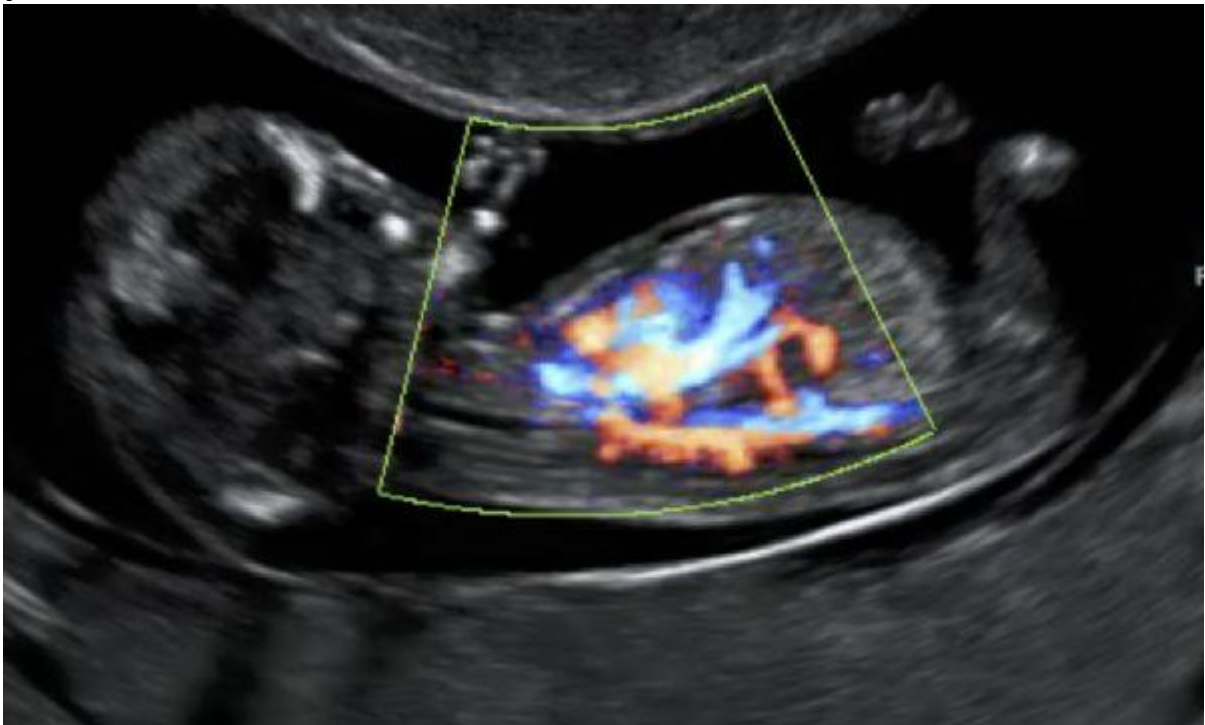
Fetal abdomende mide solda, toraksta kalp sağda

Şekil 3



Atriyoventriküler septal defekt

Şekil 4



Interrupted vena cava inferior

[SS-25]

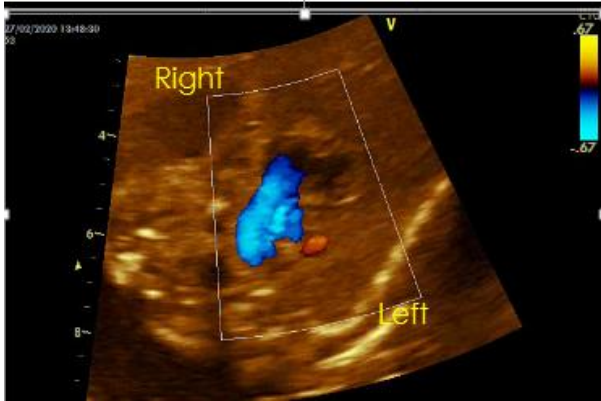
Adım Adım Segmental Analiz: AV ve VA Diskordans Paterni Olgu Sunumu

Osman Yılmaz, Seval Yılmaz Ergani, Betül Tokgöz Çakır

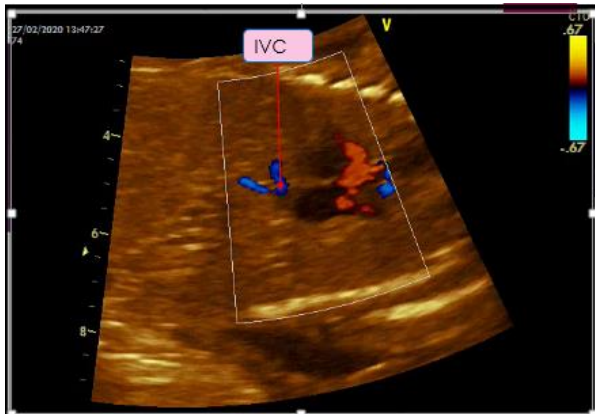
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Fetal dönemde konjenital kalp hastalıkları en sık görülen konjenital anomalilerdir. Kompleks konjenital kalp hastalıklarının fetal dönemde tanısı her zaman kolay olmamaktadır. Kardiyak anomalileri değerlendirirken segmental analiz yapılması ve step-by-step değerlendirme prenatal kardiyak hastalıkların teşhisini kolaylaştıracaktır.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan 22 yaşında, G2A1 hastanın 22. gebelik haftasında yapılan ultrasonografide mide sağda, karaciğer solda visseral situs inversus idi. Fetal ekokardiyografide; sistemik venöz dönüş soldaki morfolojik sağ atriuma, pulmoner venöz dönüş sağdaki morfolojik sol atriyuma açılıyor idi. İnteratriyal akım sağ ventriküle ilişkili sol atriyuma doğru idi. Morfolojik sağ atrium sol ventriküle, morfolojik sol atrium ise sağ ventriküle açılmakta idi (Resim 2). Ventriküler situs D-loop idi. Aorta anatomik sağ ventrikülden çıkmakta, pulmoner arter anatomik sol ventrikülden çıkmakta idi (Resim 1). Aorta pulmoner arterin sağında ve önünde idi. Fetal kalp hızı- 140-160/dk, normal sinüs ritmindeydi.



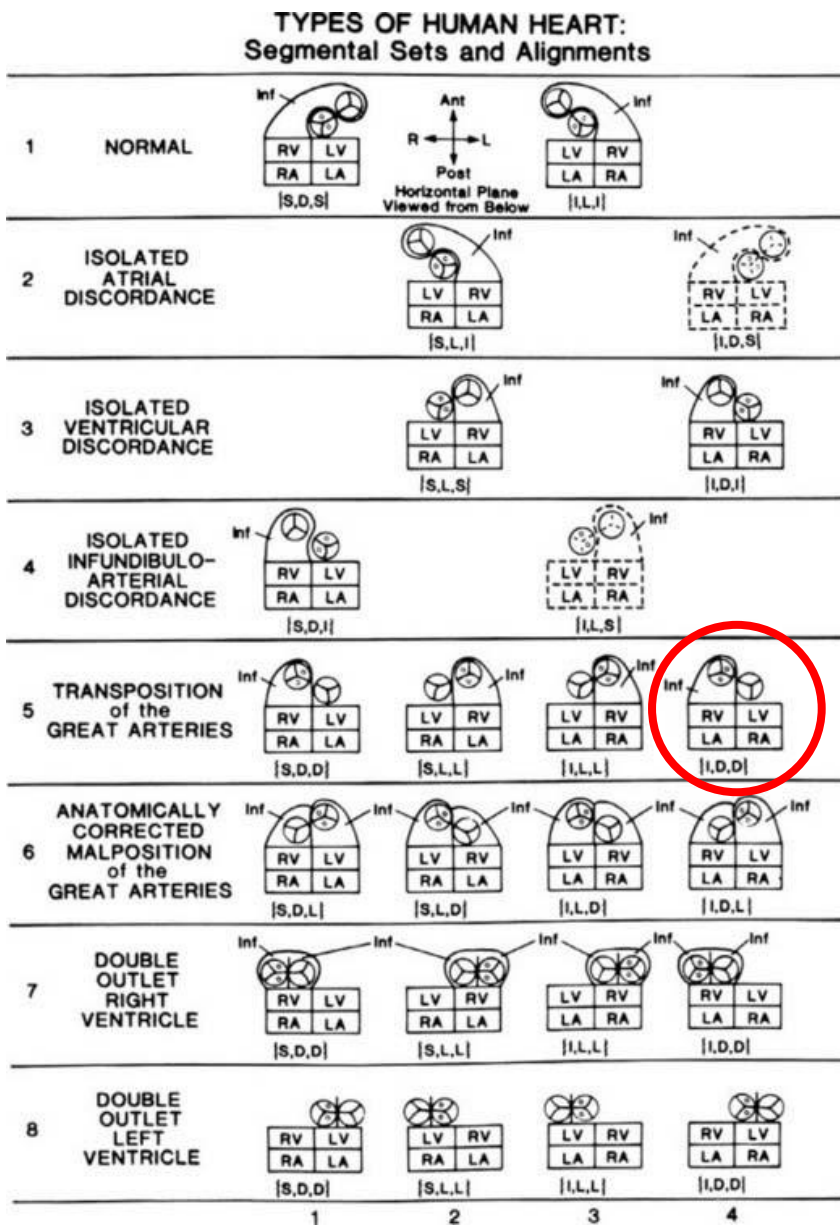
Resim1. Aortanın anatomik sağ ventrikülden, pulmoner arterin anatomik sol ventrikülden çıktığı gözleniyor.



Resim 2. IVC ve SVC'nin açıldığı soldaki sağ atrium sol ventriküle, pulmoner venlerin açıldığı sağdaki sol atrium ise sağ ventriküle açılıyor.

Tartışma ve Sonuç: Van Praagh tarafından oluşturulan basit segmental analiz yaklaşım konsepti zaman içerisinde geliştirilmiş olup günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır (Resim 3) (1-3). Bu değerlendirme basitçe 3 basamakta yapılmaktadır. 1. Basamak viseroatrial durumun (situs) değerlendirmesidir: Mide, dalak, karaciğerin yerlerinin belirlenmesi ile situs solitus, situs inversus ve situs ambiguus olup olmadığı belirlenir (4). 2. Basamak ventriküler oryantasyonun belirlenmesidir: ventriküller tanımlandıktan sonra sağ ventrikül sol ventrikülün sağında yer alırsa bu durum D-Loop oryantasyon, morfolojik sol ventrikülün, morfolojik sağ ventrikül sağında yer alması durumunda ise L-Loop oryantasyon tanımlanır (5). 3. Basamak: büyük arterlerin pozisyon ve orjinlerinin belirlenmesidir: embriyolojik gelişim esnasında büyük arterler saat yönünün tersine doğru yaklaşık 150° lik dekstrorotasyon yaparlar.

Bu dönüşün normal olarak tamamlandığı durumlarda anatomik olarak pulmoner kapak aort kapağının anteriorunda ve solunda yer alır ve embriyolojik gelişimin herhangi bir safhasındaki duraklama durumlarında ise büyük arterlerin transpozisyonu (D-Loop ve L-Loop), malpozisyonu ile çift çıkımlı sağ ve sol ventrikül ile uyumlu patolojik morfolojiler oluşur (6).



Resim 3. Van Praagh tarafından tanımlanan segmental analiz sınıflaması ve olgunun hastanın bulunduğu grup kırmızı içine alınmıştır.

Literatürde situs inversus, D-Loop, D-trans Van Praagh sınıflamasına göre 2 tane erişkin hasta tanımlanmıştır. Bizim vakamız da bu I,D,D sınıfında olup situs inversus, D-Loop, D-trans TGA grubundadır ve prenatal olarak tanı konulan ilk hastadır.

McDonald ve arkadaşlarının sunduğu 2 vakada His demetlerinin iletiminin bu vakalarda normalden farklı olduğu, prognozunun ise hala tam olarak bilinmediği söylenmiştir (7). Bizim olgumuzda ritim bozukluğu görülmedi.

Aile durum hakkında bilgilendirildi. Bebeğe doğduktan sonra pediatrik kardiyolog tarafından kontrol önerildi. Ailenin başka bir merkezde 32. haftada doğum yaptığı bebeğin kontrollerinin dış merkezde hala devam ettiği öğrenildi.

Anahtar Kelimeler: Situs inversus, D-loop, D-transpozisyon TGA

Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği



POSTER BİLDİRİLER

[PS-01]

Açıklanamayan İnfertilite Nedeniyle IVF (In Vitro Fertilizasyon) Gebeliği Takiben Maternal Primer Siliyer Diskinezi (İmmotil Silya Sendromu)'Nin Klinik Tanısı

Serhat Akcan

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Muğla

Amaç: Maternal primer siliyer diskinezi (immotil silya sendromu) vakasının tanısı ve yönetimi.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde takipli tek olgunun vaka sunumu şeklinde takdimi.

Bulgular: 28 yaşında. G2P0Y0A1. IVF gebeliği. Hasta 11 yaşındayken bronşektazi nedeniyle sağ torakotomi ve sağ akciğer bilobektomi inferior, 4 yıl önce bilateral maksiller sinüzit nedeniyle operasyon ve 5 yıllık açıklanamayan primer infertilite nedeniyle 2 kez IVF öyküsüne sahipti. Birinci trimester tarama testinde kombine trizomi 21 riski 1/148 idi, ancak hasta koryon villus örnekleme veya amniyosentezi kabul etmedi. Hasta son adet tarihine göre 40 hafta 2 gün gebe iken, öksürük ve balgam çıkarma şikayetleri nedeniyle hospitalize edildi. Fizik muayenede sağ akciğerde solunum seslerinde azalma saptandı, solunum fonksiyon testi (spirometri) yapıldı. 1.saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm (FEV1): 50, zorlu vital kapasite (FVC): 60, FEV1/FVC oranı: %83 idi. Vital bulgular ve diğer laboratuvar testleri normaldi. Göğüs hastalıkları kliniği ile konsültasyon sonucunda bronşektazi düşünüldü ve pulmicort (budesonid) nebül 2x1 ve bricanyl (terbutalin sülfat) turbuhaler (gerektiğinde) önerildi. Gebelik nedeniyle bilgisayarlı tomografi çekilmedi. Nazal biyopsi yapıldı, ancak materyal yetersizdi. Hasta ikinci nazal biyopsi işlemini kabul etmedi. Hastanın bronşektazi, maksiller sinüzit ve primer infertilite öyküsüne dayanarak klinik olarak primer siliyer diskinezi (immotil silya sendromu) tanısı konuldu.

Sonuç: Kronik veya rekürren üst ve alt respiratuar trakt semptomları ve/veya infertilite öyküsü olan hastalarda primer siliyer diskinezi'den şüphelenilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, immotil silya sendromu, infertilite, primer siliyer diskinezi, sinüzit

[PS-02]

Prenatal Tanı Alan Nadir Bir Olgu Sunumu: Gollop- Wolfgang Kompleksi

Gül Alkan Bülbül, Hülya Kandemir, Emine Kirtiş, Cem Yaşar Sanhal, İbrahim İnanç Mendilcioğlu

Akdeniz Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Gollop-Wolfgang Kompleksi (GWC), Tibial Agenezi - Ektrodaktili sendromu (TAES) ve Tibial hemimelia- split hand/ split foot malformasyonu (TH-SHFM) tibial alan kusurlarını içeren iskelet displazisi spektrumundaki bozukluklardır. GWC bifid femur, tibial agenezi ve sıklıkla asimetrik paternde ektrodaktilin birlikteliği ile karakterizedir. Sıklıkla kalp, gastrointestinal ve genitoüriner sistem anomalileri ile ilişkilidir. OR, değişken penetransta OD, sporadik vakalar tanımlanmıştır. 8, 2, 3, 7 ve 14. kromozomu içeren denova translokasyonlar ve BHLHA9 genini içeren 210.050 baz çifti segmentinde duplikasyon/ triplikasyon saptanmıştır. Gestasyonel periyotta maternal antiepileptik (valproik asit ve karbamezapin) kullanımı ile GWC arasında ilişki gösterilmiştir.

Olgu: 23 yaşında gravide 3 parite 2 olan gebe kadın 23. gebelik haftasında kliniğimize fetusta iskelet anomalisi nedeniyle refere edilmişti. Hastanın tıbbi ve obstetrik özgeçmişinde bir özellik, akraba evliliği ve ilaç kullanma öyküsü yoktu. Epilepsi rahatsızlığı yoktu. Birinci trimesterde düzenli folik asit kullanımı mevcuttu. Yapılan ultrasonda, femurda bifurkasyo, tibia yokluğu, vertebra diastometamyeli, sol radius yokluğu, multikistik displastik böbrek, tek umbilikal arter ve oligohidroamnios izlendi (resim 1). Mevcut ultrason bulguları ışığında GWC düşünüldü. Hastanın amniosentez sonucu fetal karyotip normaldi. Aile genetik ve pediatrik danışmanlık sonrası terminasyonu tercih etti. Fetusun postmortem incelenmesinde el veya ayakta bir veya daha fazla santral parmağın eksikliği veya yokluğu ile karakterize (SHSF) ektrodaktili, sol tibia yokluğu izlendi (resim 2). Postmortem röntgenogramlarda sol femurda bifurkasyo, sol tibia, sol radius, sağ fibulada komplet agenezi ve bilateral ektrodaktili izlendi (resim 3). Histolojik incelemede başka bir anormallik görülmedi.

Tartışma: Tibial agenezinin prenatal tanısı oldukça kolaydır; ancak, tarama sırasında yetersiz kesit nedeniyle femoral bifurkasyon gözden kaçabilir. En yaygın ek anomali “splited hand “ dir, bu nedenle üst ekstremitelerde dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. GWC olgularında kromozomal anomalilerle ilişkisinin saptanması yaygın diğer anomalilerin dışlanması için karyotip analizi, kromozomal mikroarray (CMA), whole exom sekanslama (WES) gibi ileri tetkikler ebeveynlere önerilmelidir. Prenatal tanı ayrıntılı multidisipliner danışmanlık sunmamızı ve terminasyon seçeneğini hastaya sunmamızı sağladı.

Anahtar Kelimeler: bifid femur, ektrodaktili, Gollop-Wolfgang Kompleksi, prenatal tanı, tibial agenezi

Resim 1



GWC olan fetusa ait ultrason görüntüsünde sol tibia agenezi ile birlikte sol femur distalinde bifurkasyo

Resim 2



Fetusa postmortem makroskopik görüntüde, el veya ayakta bir veya daha fazla santral parmağın eksikliği veya yokluğu ile karakterize (split hand/split foot malformation) ektrodaktili, sol tibia yokluğu

Resim 3



Postmortem GWC olan fetusa ait röntgenogramlarda sol femoral bifurkasyo, bilateral ektrrodaktili, komplet sol tibia ve sol radius agenezisi

[PS-03]

Monokoryonik İkiz Gebelikte Body Stalk Anomalisi: Olgu Sunumu

Emine Kirtis, Hülya Kandemir, Gül Alkan Bülbül, Cem Yaşar Sanhal, İbrahim İnanç Mendilcioğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Body stalk anomalisi; nadir bir abdominal duvar defektidir. Göğüs ve karın içi organlar karın boşluğunun dışında yer alır ve doğrudan plasentaya bağlanan amniyoperitoneal membrandan oluşan bir kese içinde bulunur. Göbek kordonu tamamen yok olabilir veya aşırı derecede kısalmış olabilir. Şiddetli kifoskolyoz, kraniyofasial defektler, nörol tüp defektleri, genitoüriner malformasyonlar, toraks duvar anomalileri ve ekstremitte defektleri eşlik edebilir.

Olgu: 24 yaşında spontan monokoryonik monoamniyotik ikiz gebeliği olan olgu (gravida 2, parite 0) 11 inci gebelik haftasında merkezimize başvurdu. Sonografik muayenesinde, bir fetüste karaciğer ve bağırsakları içeren geniş abdominal defekt (resim 1) ve ağır kifoskolyoz mevcuttu, diğer fetüs normal görünümdeydi. Yapılan amniyosentez sonucu 46XX karyotip olarak raporlandı. Etkilenen fetüs ve ikiz eşinin prognozu ve gebeliğin olası komplikasyonları hakkında kapsamlı danışmanlık sağlandı.

Anomalili ikiz eşinin kord oklüzyonu, intrafetal lazer ablasyonu veya RFA için hedeflenecek uygun bir göbek kordonu yoktu ve plasentaya yakın yüksek enerji iletimi nedeniyle, plasental dokuda termal hasar riski vardı. Bu yaklaşımın güvenliği konusundaki belirsizlikler, bekleme yönetimi seçimine yol açtı.

2 hafta aralıkla antenatal takip yapıldı. Hasta 32. gebelik haftasında sezaryen ile doğum yaptı. Sağlıklı ikiz 1820 gr ağırlığında, 1 ve 5 dakikalık Apgar skorları sırasıyla 4 ve 6 olarak doğdu. Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde 18 gün takip edilerek taburcu edildi ve 2. ayında nörogelişimsel olarak normaldi. Etkilenen yenidoğan 1000 gr ağırlığındaydı, 5 saat sonra ex oldu. Makroskopik olarak ektopia kordis, gastroşizis, diyafragma defekti, skolyoz, amniyotik zarın karın duvarına yapıştığı gözlemlendi (resim 2).

Sonuç: İkiz eşi body stalk anomalisi olan monokoryonik ikiz gebelik çok nadir görülen bir durumdur, literatürde birkaç vaka raporlanmıştır. Bu vakaların hiçbirinde, selektif fetosid veya fetoskopik dikorionizasyon prosedürü yapılmamıştır. Vakaların hepsi 31-32'inci gebelik haftasında doğmuş ve neonatal dönemi majör morbidite olmaksızın atlatmıştır. Mevcut kanıtlar, monokoryonik ikiz gebelikte uyumsuz body stalk anomalisi durumunda, seri ultrason değerlendirmesi ile bekleme tedavisinin normal ikiz için güvenli bir seçenek olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: body stalk anomalisi, karın ön duvar defekti, monokoryonik ikiz gebelik, riskli gebelik, prenatal tanı

Resim 1



Body stalk anomalili fetüs 12.hafta sonografi görüntüsü

Resim 2



Body stalk anomalili fetüs postpartum görüntüsü

[PS-04]

Rh-Alloimmünizasyonunda İmmünmodülasyon Tedavisi: Olgu Sunumu

Bilge Çetinkaya Demir, Özge Albayrak

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Amaç: Rh-Alloimmünizasyonu nedeni ile plazmaferez ve intravenöz immünglobülin(IVIG) tedavisi uygulanan iki vaka üzerinden immünmodülasyon tedavisinin perinatal sonuçlar üzerine etkisini raporlamaktır.

Yöntem: Vaka Sunumu

Bulgular: Rh-Alloimmünizasyonu nedeni ile kliniğimizde plazmaferez ve IVIG kombine tedavisi uygulanan; önceki gebelikleri Rh-Alloimmünizasyonu nedeni ile komplike olmuş iki vaka rapor edilmiştir.

Vaka 1: 33 yaş,G3Y2,AB Rh (-),paternal kan grubu O Rh(+).Önceki gebeliğinde 38.haftada sezaryen ile 3050 gr, B RH(+)erkek bebek doğurmuş;postnatal yenidoğanın hemolitik hastalığı nedeniyle 60 gün yenidoğan yoğunbakım gereksinimi olmuştur.Bu gebeliğinde 18.hafta itibari ile İCT: 1/4194304 olması üzerine ilk plazmaferez ve toplamda 4 seans plazmaferez,1 kez IVIG (1 mg/kg) ve 5 kez IUT uygulandı.Plazmaferez ve IVIG tedavileri sonrasında indirekt coombs titrelerinde düşüş, fetal hidropsta azalma izlendi.4. Plazmaferez esnasında anaflaksi ve febril nötropeni gelişti. 33+6.Gebelik haftasında IUT sonrası akut fetal distres nedeni sezaryen uygulandı.2360 gr,Apgar 7-8,erkek bebek doğurtuldu.Sol renal agenezis de saptanan olgu postnatal 54.günde multiple organ yetmezliği nedeni ile ex oldu.

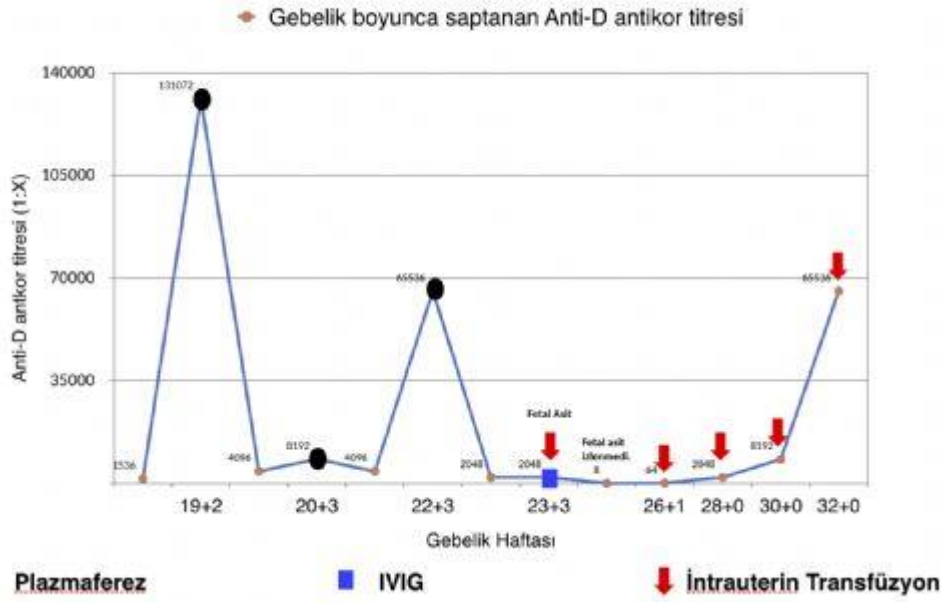
Vaka 2: 31 yaş,G4Y1,A Rh (-),paternal kan grubu O Rh(+).Önceki gebeliğinde 14.haftada immünize Rh ve fetal hidrops nedeni ile terminasyon öyküsü mevcut. Bu gebeliğinde 13. gestasyonel hafta itibari ile 5 seans plazmaferez, 2 kez IVIG ve 3 kez IUT uygulanmış olup; 31+4.gestasyonel haftada IUT sonrasında AFD nedeni ile sezaryen uygulandı. 1965 gr, Apgar 6-7 erkek bebek doğurtulmuş;7 gün fototerapi ve 2 kez exchange transfüzyon sonrası postnatal 30. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Rh-Alloimmünizasyonu ve yenidoğanın hemolitik hastalığı yüksek perinatal ve neonatal, mortalite ve morbiditeye sahiptir. Teknik nedenlerle 22.hafta itibari ile gerçekleştirilebilen IUT sonuçları iyileştirmektedir. Bu haftaya dek maternal serum antikor düzeylerini azaltmak amacı ile uygulanan plazmaferez ve IVIG kombine tedavisinin etkinliğine baktığımızda plazmaferez bilinen ve kullanılan bir metod olmakla beraber; IVIG kullanımına dair literatürde sınırlı veri bulunmaktadır. Burada rapor edilen her iki vakada da İCT'de düşüş ve fetal anemi progresyonunda gerileme izlenmiştir. İmmünmodülasyon tedavisi IUT'a uygun gestasyonel haftaya dek fetal etkilenmeyi, perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltmakta; doğum zamanını geciktirmekte faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: immünmodülasyon tedavisi, intrauterin transfüzyon, intravenöz immünglobülin, plazmaferez, Rh-Alloimmünizasyonu

Gebelik Boyunca Saptanan İndirekt Coombs Titreleri (1.Vaka)

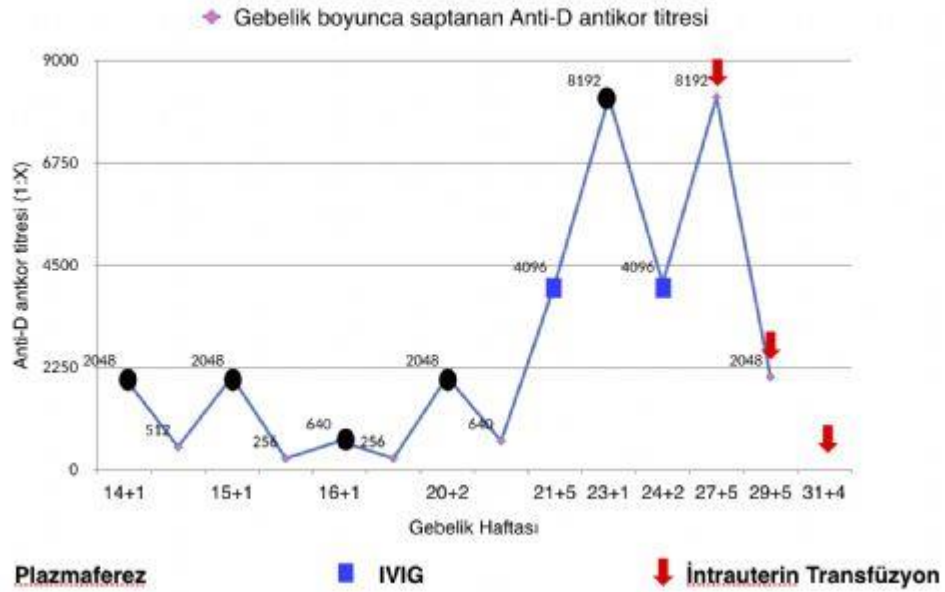
1. VAKA



Gebelik haftası ve uygulanan tedaviye göre ICT değişim grafikleri

Gebelik Boyunca Saptanan İndirekt Coombs Titreleri (2. Vaka)

2. VAKA



Gebelik haftası ve uygulanan tedaviye göre ICT değişim grafiği

[PS-12]

Mirror Sendromu: Vaka Sunumu

Esra Altan Erbilin, Cihan İnan, Vildan Sema Doğan, Füsün Varol

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne

Giriş: Mirror sendromu; hidrops fetalis, plasentomegali ile birlikte maternal ödem ile karakterize bir sendromdur. Nadir bir durum olmakla birlikte viral enfeksiyon (parvovirüs, sitomegalovirüs), ikizden ikize transfüzyon sendromu, fetal aritmi, fetal malformasyonlar gibi immün ve non-immün hidrops fetalis sonrasında oluşabilir. Vakaların yaklaşık %30'unda fetal hidropsun etyolojisi bilinmemektedir. Burada ikinci trimesterde ortaya çıkan idiopatik hidrops fetalis sonrası gelişen mirror sendromu olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 40 yaşında G3P2Y1 hasta 25. gestasyonel haftada polihidroamnios saptanması üzerine tarafımıza refere edildi. Yapılan ultrasonografide polihidroamnios, plasentomegali, fetal batında asit, perikardiyal efüzyon izlendi (Şekil 1 ve Şekil 2). Majör kardiyak anomali izlenmedi. Laboratuvar sonuçlarında kan grubu B Rh pozitif, hemoglobin: 8.6 mg/dl, platelet: 285*103 g/l, ALT: 62 U/L, AST: 58 U/L saptandı. Maternal değerlendirilmede özellikle alt ekstremitelerde belirgin ödem mevcuttu. Hastanın son bir hafta içinde sekiz kg aldığı öğrenildi. Maternal toksoplazma, rubella, sitomegalovirus, sifiliz, herpes simplex virüs serolojileri negatif saptandı. 24 saatlik idrarda protein düzeyi 363 mg/gün tespit edildi. Maternal kan basıncı 150/90 mmHg ölçüldü ve hastaya mirror sendromu tanısı konuldu. Nefes darlığı şikayeti de mevcut olan hastanın geçirilmiş sezaryen öyküsü olması sebebi ile acil sezaryene alındı. 950g, 37cm, 5-7 APGAR'lı kız bebek doğurtuldu. Postpartum 1. günde yenidoğan yoğunbakım ünitesinde bebeğin ex olduğu bildirildi. Fetusun ve plasentanın postnatal incelemesi hidrops fetalisin spesifik bir nedenini ortaya çıkarmadı. Postpartum takiplerinde nefes darlığı şikayeti ve ödemi gerileyen, tansiyon yüksekliği saptanmayan hasta taburcu edildi.

Sonuç: Fetal hidropsun görüldüğü gebeliklerde maternal ödem ile karakterize mirror sendromu gözden kaçırılmamalıdır. Bu durumun gebeliğin erken dönemlerinde de ortaya çıkabileceği ve erken ikinci trimesterde maternal morbidite ve mortalite sebebi olabileceği akılda tutulmalıdır.

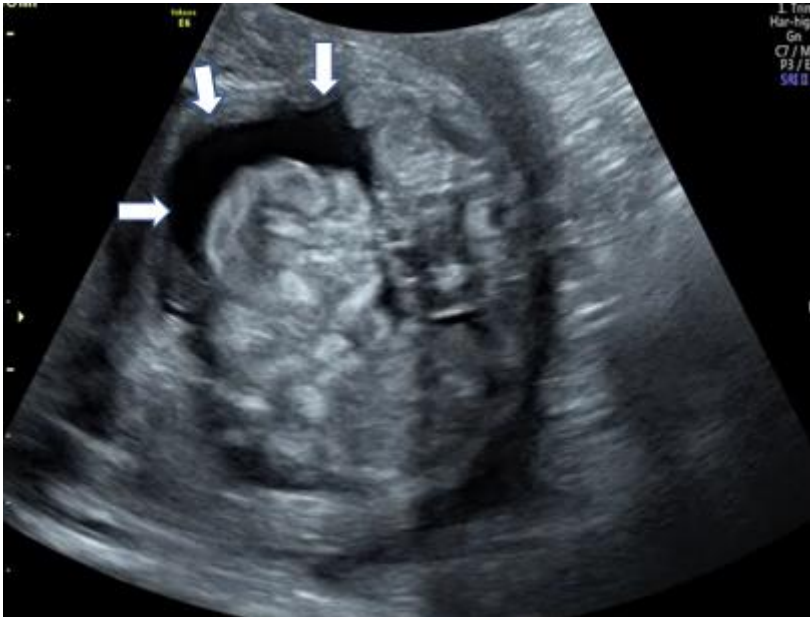
Anahtar Kelimeler: Balantyne Sendromu, Hidrops Fetalis, Maternal Ödem, Mirror Sendromu, Non-İmmün Hidrops

Şekil 1



Plasental kalınlık artışı, plasentomegali

Şekil 2



Fetal batında asit

[PS-13]

Trizomi 18 Sendromu: Vaka Sunumu

Esra Altan Erbilin, Cihan İnan, Vildan Sema Doğan, Sinan Ateş, Füsün Varol

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne

Giriş: Trizomi 18, Down Sendromundan sonra otozomal trizomiler içinde ikinci en sık görülen sendromdur. 1/3600 ile 1/8500 canlı doğumda 1 sıklıkta görülür. Burada prenatal dönemde multipl fetal anomali saptanan ve prenatal invaziv işlem ile Trizomi 18 tanısı alan bir olgu sunuldu.

Olgu: 38 yaşında G3P1A1Y1 hasta dış merkezden fetal anomali şüphesi ile refere edildi. Son adet tarihine göre 20+2 hafta gebeye yapılan obstetrik ultrasonografik incelemede fetusta bilateral radial aplazi ve buna eşlik eden bilateral clenched hand deformitesi, komplet atriyoventriküler septal defekt, diafragma hernisi, bilateral koroid pleksus kisti, tek umbilikal arter, bilateral renal pelviyektazi saptandı (Şekil 1 ve Şekil 2). Uygulanan amniyosentez işlemi sonrasında Trizomi 18 saptandı. Aileye prognoz hakkında detaylı bilgi verildi. Gebelik terminasyonunu kabul etmeyen aile takiplerine devam etmektedir.

Sonuç: Trizomi 18 için ileri anne yaşı risk faktörü olarak gösterilse de bu sendrom genç annelerin fetuslarında da tanımlanmıştır. Kız bebeklerde 2 kat daha fazla görülmektedir. Trizomi 18 vakalarının hayatta kalma oranı komorbid anomalilerine bağlıdır. Ortalama yaşam süresi 1,5-14,5 gündür, canlı doğumların sadece %5-10'u yaşamın ilk yılında hayatta kalır. Prenatal tanı konulmasının sendromun yönetimindeki yeri büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Edward's Sendromu, İnvaziv Tanı İşlemi, Multipl Fetal Anomali, Prenatal Tanı, Trizomi 18 Sendromu

Şekil 1



Fetal ekokardiyografi esnasında saptanan komplet atriyoventriküler septal defekt

Şekil 2



Radial aplazi ve buna eşlik eden clenched hand deformitesi (Büyük ok: Humerus, Yıldız: Ulna)

[PS-14]

Fetal Kistik Higroma, Bilateral Plevral Efüzyon, Aort Hipoplazisi ile Prezente Olan Turner Sendromu

Esra Altan Erbilin, Cihan İnan, Cem Yener, Sinan Ateş, Cenk Sayın

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne

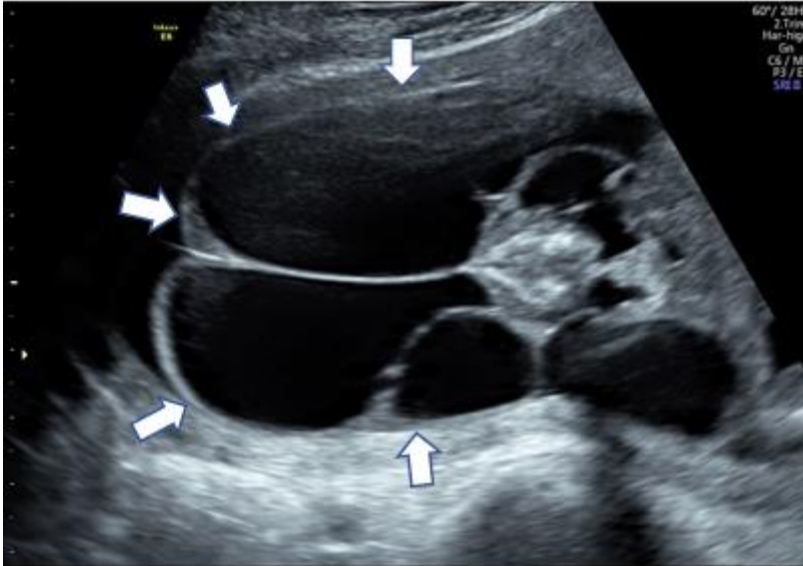
Giriş: Turner Sendromu (45,X0), ilk trimester abortuslarının %1-2'sini oluşturmaktadır. Prenatal tanı alan vakalar, genellikle ultrasonografik incelemede kistik higroma ile prezente olur. Burada kistik higroma sebebi ile yapılan amniyosentez sonucunda Turner Sendromu saptanan vakamızı sunduk.

Olgu: 25 yaşında G2P0A1 hasta 13 gebelik haftasında ilk trimester tarama testi için başvurduğunda kistik higroma tanısı aldı. Koryon villus biyopsisini reddeden hastaya 16+5. gestasyonel haftada yapılan ultrasonografik incelemede, fetusta septalı dev kistik higroma, bilateral plevral efüzyon, inlet VSD, aorta hipoplazisi izlendi (Şekil 1). Amniyosentez materyelinden yapılan karyotip analizi sonucunda X kromozomunun tek kopya halinde olduğu ve Turner Sendromu ile uyumlu olduğu saptandı. Ailenin isteği üzerine gebelik termine edildi. Abort materyelinin otopsisinde tüm vücutta yaygın lenfödem ve dev kistik higroma belirlendi (Şekil 2).

Sonuç: Turner Sendromunda kistik higroma sıklıkla bildirilmiştir ve bizim vakamızda da dev kistik higroma saptanmıştır. Ciddi düzeyde aorta hipoplazisinin birlikte görülmesi prognozu kötüleştiren bir faktör olarak kabul edilmektedir. Beraberinde prognozu kötü etkileyebilecek USG özelliklerinin bulunması, gebelik terminasyonu için endikasyon oluşturabilir.

Anahtar Kelimeler: Aort Hipoplazisi, Nükal Kistik Higroma, Prenatal Tanı, Turner Sendromu, 45, X0

Şekil 1



Septalı Dev Kistik Higroma

Şekil 2



Abort sonrası generalize vücut ödemi ve dev kistik higroma izlenen fetus

[PS-15]

Posterior Üretral Valvin Prenatal Tanısı

Esra Altan Erbilin, Füsün Varol, Cem Yener, Vildan Sema Doğan, Cenk Sayın

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne

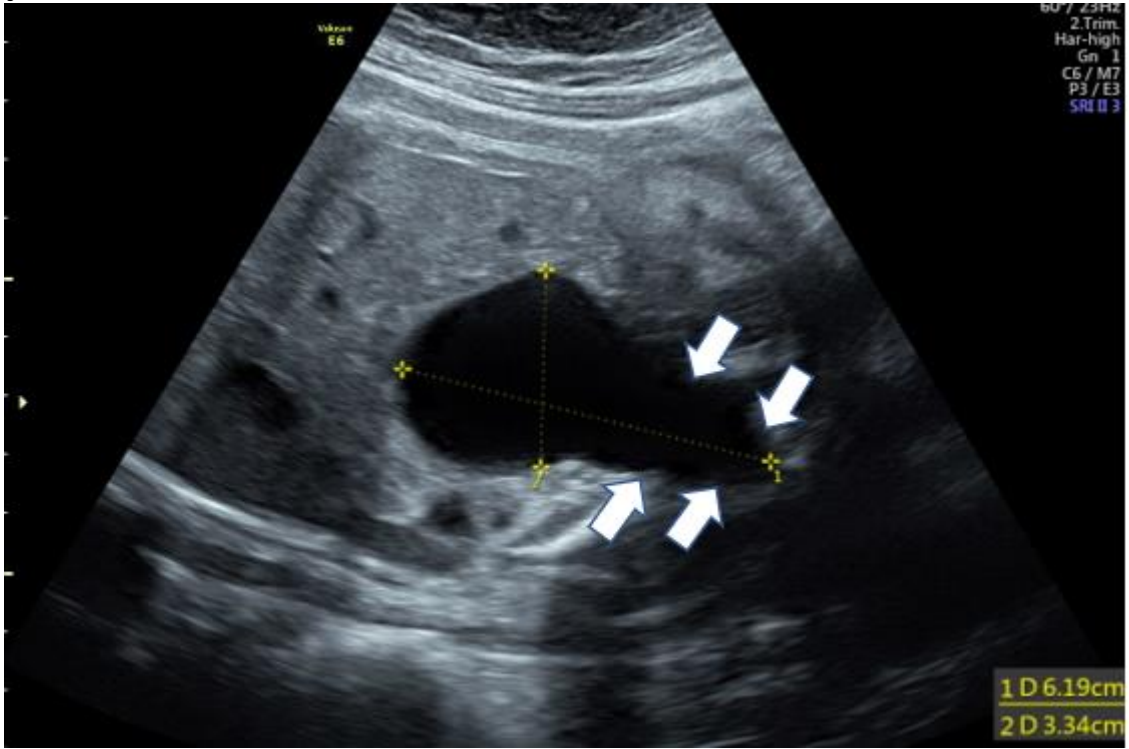
Giriş: Alt üriner sistem obstrüksiyonuna sebep olabilecek çok çeşitli anomaliler vardır. Bu anomalilerin içinde en sık olanı posterior üretral valvidir (PUV). Klasik olarak PUV tanısı erkek bir fetusta dilate fetal mesane ve genişlemiş proksimal üretra (anahtar deliği işareti) ile karakterizedir. Burada prenatal olarak tanısı konan bir PUV vakasını sunduk.

Olgu: 31 yaşında G3P0A2 hasta 31. gestasyonel haftada dış merkezden fetal batında kistik kitle ön tanısı ile tarafımıza refere edildi. Yapılan ultrasonografide erkek bir fetusta dilate mesane, bilateral hidroüreteronefroz ve genişlemiş proksimal üretra (anahtar deliği işareti), normal sınırlarda amniyotik sıvı saptandı (Şekil 1 ve 2). Posterior üretral valv tanısı konuldu. 37. gestasyonel haftada bilateral hidronefrozda artış ve amniyotik sıvı miktarında azalma (oligohidroamnios) gelişmesi üzerine mümkün olan en kısa zamanda C/S ile doğum planlandı. C/S ile 1. ve 5. APGAR skorları 9 ve 10 olan 2570 gr ağırlığında erkek bir bebek doğurtuldu. Yenidoğan idrar çıkışı açısından takibe alındı. Sadece sonda ile idrar çıkışı olan spontan miksiyonu olmayan yenidoğanın üriner sistem ultrasonografisinde bilateral böbrek parankiminde kortikomeduller diferensiyasyonunda hafif kayıp, sol böbrekte grade 3, sağ böbrekte grade 2 pelviektazi, mesane duvarında diffüz yer yer trabeküler görünümde kalınlık artışları izlenmiş olup mevcut bulgularla posterior üretral valv tanısı desteklenmiştir. Voiding sistoüregrofile dilate ve uzamış posterior üretra ile kalınlaşmış-trabeküle mesane duvarı izlendi. Dış merkezde opere olan yenidoğanın postoperatif komplikasyon gelişmediği ve takiplerine devam ettiği öğrenildi.

Sonuç: PUV, obstrüksiyonun ciddiyetine ve zamanına bağlı olarak pulmoner gelişim üzerindeki olumsuz etkilere sahip oligohidroamniosa neden olabilir. Genişlemiş böbreklerle hidroüreter ve hidronefroz gibi üreterler ve böbrekler üzerine geri basınç etkisi oluşturabilir. Postpartum operasyon gerekliliği nedeniyle hastalığın prenatal tanısı klinik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Anahtar Deliği İşareti, Bilateral Hidroüreteronefroz, Key Hole Sign, Konjenital Üretral Obstrüksiyon, Mesane Çıkış Yolu Obstrüksiyonu

Şekil 1



Uzamış ve genişlemiş proksimal üretra (anahtar deliği işareti)

Şekil 2



Geri basınç etkisi ile oluşmuş hidroüreter

[PS-17]

Olgu Sunumu: Diastometamyeli

Tuğçe Tunc, Gülenay Gencosmanoğlu Türkmen, Tuncay Küçüközkan

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Giriş

Diastometamyeli, split kord malformasyonu ile de adlandırılan gelişimsel embriyolojik bir orta hat anomalisidir. Omuriliğin nadir bir konjenital anomalisidir. Split kord malformasyonu iki sınıfa ayrılır. tip 1 (diastometamyeli) görülme yüzdesi oldukça değişkendir. İki sınıf içinde yüzdesi 30 ile 80 arasında değişmektedir. Diastematomyelia, sagittal düzlemde omuriliğin fibröz, kıkırdak veya kemik dokularının neden olduğu segmentasyon anomalileri ile karakterizedir. Diastematomyeliye genellikle sırtın kutanöz anormallikleri, omurga deformiteleri ve omurilik meningeseli eşlik eder.

Olgu

25 yaşında, g2p1 olan hasta, gebeliğinin 20. Haftasında kliniğimize ayrıntılı ultrason için başvurdu. Yapılan ultrasonda fka+ ölçümleri 21 hafta ile uyumlu, conus medullaris S1 seviyesinde sonlanmış ve bu seviyede spur? diastometamyeli? olarak değerlendirildi.(şekil 1) Hastaya fetal Mr önerildi. Mr sonucu diastometamyeli ile uyumlu idi. Hastanın polikliniğimizde rutin takibi yapıldı. Hasta 40 hafta 6 gün iken, fetal distress endikasyonu ile sezaryen ile doğum yaptı. Bebeğe postnatal 20. gününde mr çekilmiş olup sonuç diastometamyeli ile uyumlu görüldü. (şekil 2) Şu anda 7 aylık olan olgumuza 1 yaşında operasyon planlanmaktadır.

Sonuç

Prenatal ultrason muayenesi ile hemen hemen tüm split kord malformasyonu vakalarını tespit edebilir ve herhangi bir organ sisteminde ortaya çıkabilecek ilişkili anomaliler tanımlanabilir. Hastalar bu tanıyı intrauterin aldığı anda; doğum sonrası takibi yapıp, gerekli tedavi erken yaşta planlanmaktadır. Ancak intrauterin tanı almayan hastalar, diastometamyeli semptom verene kadar tanı alamayacak ve hastanın tedavisi gecikecektir.

Anahtar Kelimeler: diastometamyeli, split kord, spur, omurilik, vertebra

Şekil 2



Postnatal 20. gün Mr'da sagittal ekseninde spur görünümü

Şekil 1



21 haftalık fetüste diastometamyeli görünümü

[PS-21]

Olgu Sunumu: Sirenomeli

Tuğçe Tunc, Gülenay Gencosmanoğlu Türkmen, Tuncay Küçüközkan

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Giriş

Sirenomeli; denizkızı sendromu veya mermaid sendromu olarak adlandırılan oldukça nadir görülen bir anomalidir. Sirenomeli; bebekte yapışık bacaklar nedeni ile denizkızı görünümü olan ayrıca renal agenezi, dış genital organın olmaması, merkezi sinir sistem, gastrointestinal sistem bozuklukları ile birlikte görülebilen bir anomalidir. Prevalansı 100.000 doğumda 1.2-4.2'dir. Sirenomeli olgularının doğumdan sonra yaşam şansını böbrek gelişimindeki bozukluk belirler. Olgular genellikle ölü doğarlar ya da doğum sonrası kaybedilirler. Sirenomeli vakalarına daha az sıklıkla özefagus atrezisi, konjenital kalp anomalisi, polidaktili, anensefali, holoprozensefali gibi anomaliler eşlik edebilir. Bu sendromun sebebi net olarak belli değildir ancak anne yaşı(20'nin altı veya 40'ın üstü), tek yumurta ikizi olma, gebelikte zararlı etkenlere maruziyet, diyabetik anne bebeği olma ve erkek bebek cinsiyeti risk faktörleri olarak bildirilmiştir.

Olgu

29 yaşında, g1p0 olan hasta, gebeliğinin 15. haftasında kliniğimize oligohidramnios nedeniyle başvurdu. Yapılan ultrasonografik değerlendirmede fka+ tek canlı gebelik izlendi. Fetal biyometri 15 hafta ile uyumluydu. Amniyon mayi azalmış olarak izlendi. Böbrekler izlenmedi. Kafada bununla uyumlu dolikosefali izlendi. Alt ekstremiteler tek tek izlenmemiş olup kalçadan itibaren her iki bacak yapışık izlendi. Ayrı hareketleri izlenmedi. Tek umbilikal arter izlenmesi ve böbreklerin izlenmemesi ile birlikte sirenomeli tanısı konuldu.(şekil 1) Stocker and Heifetz sınıflamasına göre tip 3 sirenomeli düşünüldü. Hastaya koryon villüs örnekleme yapıldı. Konvansiyonel karyotipleme normal olarak geldi. Hastaya terminasyon önerildi. Hasta kabul etti ve hastaya terminasyon yapıldı. Terminasyon sonrası fotoğraf ekte. (şekil 2)

Sonuç

Prenatal ultrason muayenesi ile hemen hemen tüm sirenomeli vakalarını tespit edebilir ve herhangi bir organ sisteminde ortaya çıkabilecek ilişkili anomaliler tanımlanabilir. Sirenomeli vakalarına büyük oranda diğer malformasyonlar eşlik ettiği için hastalar ultrason ile değerlendirilmeli ve hastalara kromozom analizi yapılmalıdır. Tanı koyulan hastalara terminasyon seçeneği sunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: alt ekstremitte, denizkızı, mermaid, oligohidramnios, sirenomeli

Şekil 1



15 haftalık fetüste kalçadan sonra tek bir yapı olarak görülen alt ekstremiteler

Şekil 2



15 haftalık fetüsün terminasyon sonrası görünümü

[PS-22]

Meckel-Gruber Sendromu: Olgu Sunumu

Aytakin Mahammadaliyeva, Işıl Ada Akgül, Ayşegül Özel

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

Giriş

Meckel -Gruber sendromu, nadir görülen, heterojen bir silyapati olup, gen lokusu 17q21-q24 kromozomuna eşleşmiş ölümcül otozomal resesif bir hastalıktır. Oksipital ensefalosel, bilateral kistik renal displazi ve polidaktili triadı ile karakterizedir. Yarık damak dudak, anoftalmi, mikroftalmi, safra kanallarının displazisi, hepatik kistler, kalp ve genital anomaliler gibi geniş fenotipik varyasyonlara sahiptir. Burada antenatal dönemde polidaktili, bilateral polikistik böbrek ve ensefalosel ile tanı koyduğumuz Meckel-Gruber sendromlu bir yenidoğan olgusunu; sonraki gebelikler için genetik danışmanlığın önemine ve erken prenatal tanısına vurgu yapmak üzere sunmaktayız.

Olgu

29 yaşında gravida 3 para 2 kadın hasta 23. gebelik haftasında rutin antenatal tarama için merkezimize başvurdu. Geçmiş tıbbi öyküsünden anne-babanın amca çocukları olduğu ve 11-14 hafta tarama testini yaptırmadığı öğrenildi. US muayenesinde 23 haftalık fka pozitif gebelik izlendi. Sonogramda oksipital bir ensefalosel, hiperekoik genişlemiş böbrekler görüldü. Her iki alt ekstremitede altıncı rakamın var olduğu aksiyel polidaktili ve ambigu genitalia vardı. Fetüste Meckel Gruber Sendromu düşünülüp amniosentez yapıldı ve array sonucu ile gelen aileye hastalığın kötü prognozu hakkında bilgi verildi, ancak aile gebeliği sonlandırmak istemedi ve 38. haftada 2810 gram bebek sezaryen ile doğdu. Doğduğunda bebek hipotonikti ve yenidoğan refleksleri zayıftı, solunumu yüzeledi, mikrognatisi, kısa boynu ve başın oksipital kısmında ensefalosel mevcuttu. Batın distansiyonu oldukça belirgindi. Genel durumu kötü olan bebek entübe edildi ve doğumdan 1 saat sonra bebek kaybedildi.

Sonuç

Meckel gruber sendromu nadir görülen genetik bir hastalıktır ve hastalığın prenatal tespiti kötü prognoz taşır. Bu sendrom US ile prenatal dönemde teşhis edilebilir ve gelecekteki gebeliklerde nüks riskinin değerlendirilmesi ve ailelere gebelik öncesinde genetik danışmanlık verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ambiguous genitalia, Ensefalosel, Meckel-Gruber Sendromu, Polikistik böbrek, Polidaktili

Resim 1.



mikrosefali, kısa boyun

Resim 2



Ambigus genitale

Resim 3



Polidaktili

Resim 4



US'de Ensefalosel

Resim 5



US'de Bilateral polikistik böbrek

[PS-23]

Prenatal Pulmoner Kapak Yokluğu Sendromu Tanılı Vaka

Esra Altan Erbilin, Cenk Sayın, Cihan İnan, Sinan Ateş, Füsün Varol

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne

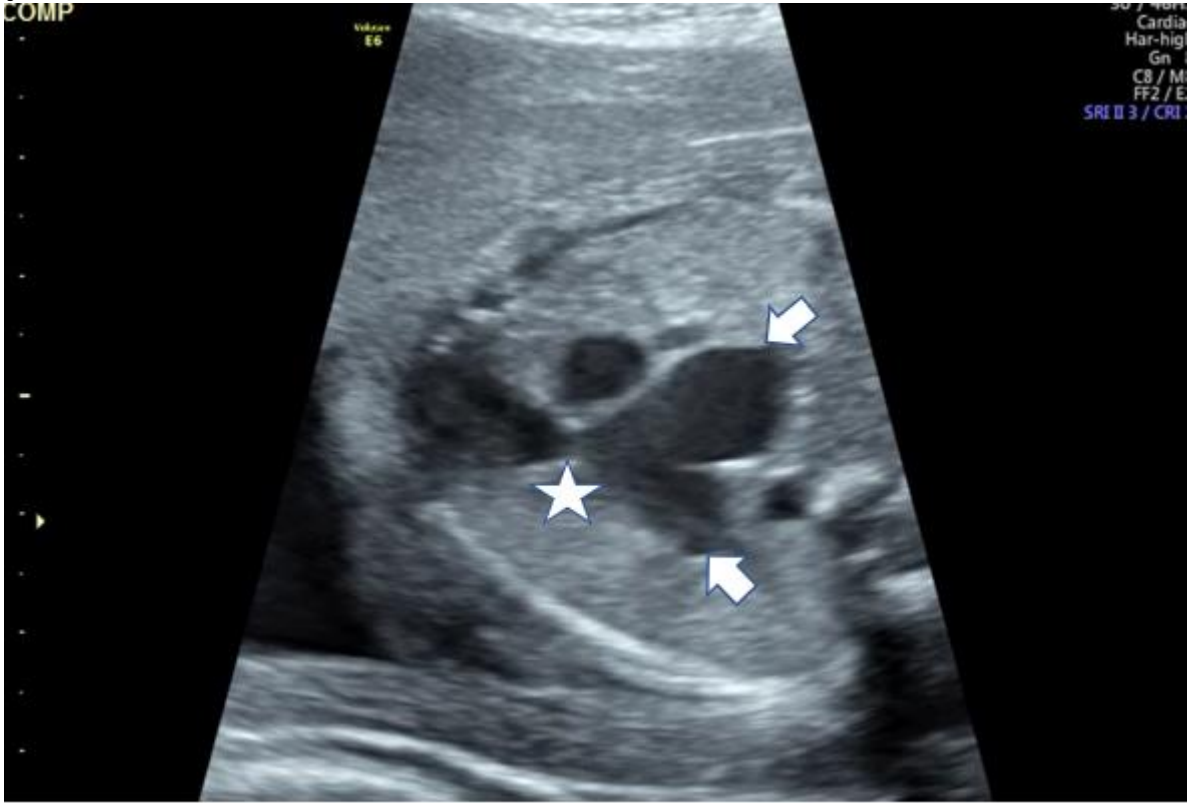
Giriş: Pulmoner kapak yokluğu sendromu nadir görülen bir kardiyak çıkış yolu anomalisidir. Ana pulmoner arterin genişlemesi ile birlikte değişik derecelerde anüler stenoz her zaman mevcuttur. Fallot tipi pulmoner kapak yokluğu sendromu konjenital kalp hastalığı olan yenidoğanlarda %0,2-0,4 arasında görülürken Fallot dışı tip pulmoner kapak yokluğu sendromu oldukça nadirdir.

Olgu: 32 yaşında G2P1Y1 hasta 21. gestasyonel haftada ikinci trimester rutin obstetrik ultrasonografisi için tarafımıza refere edildi. Yapılan fetal ekokardiyografide ana pulmoner arter çıkışında stenoz ancak hemen ardından sağ ve sol pulmoner arterlerin dilate olduğu ve pulmoner kapakta belirgin regürjitasyon olduğu izlendi (pulmoner kapak yokluğu sendromu). Pulmoner arterde stenotik akım paterni izlendi. Aileye prognoz ve olası ilişkili kromozomal anomaliler hakkında bilgi verildi. Klasik karyotip, Di George ve array CGH bakılması için amniyosentez işlemi uygulandı. Eşlik eden kromozomal bozukluk ve genetik hastalık saptanmadı. Dış merkezde gebelik terminasyonu uygulandı.

Sonuç: Pulmoner kapak yokluğu sendromu kötü prognozlu nadir bir konjenital kalp anomalisidir. Pulmoner stenoz, pulmoner yetersizlik, dilate pulmoner arter dalları saptanarak bu nadir anomali antenatal olarak yüksek oranda teşhis edilebilir. İlişkili olabilecek kromozomal anomaliler her zaman araştırılmalıdır. Fallot dışı pulmoner kapak yokluğu sendromu sıklıkla kromozom anomalileri ile ilişkili olmasa da bu hastalarda prognoz kötüdür.

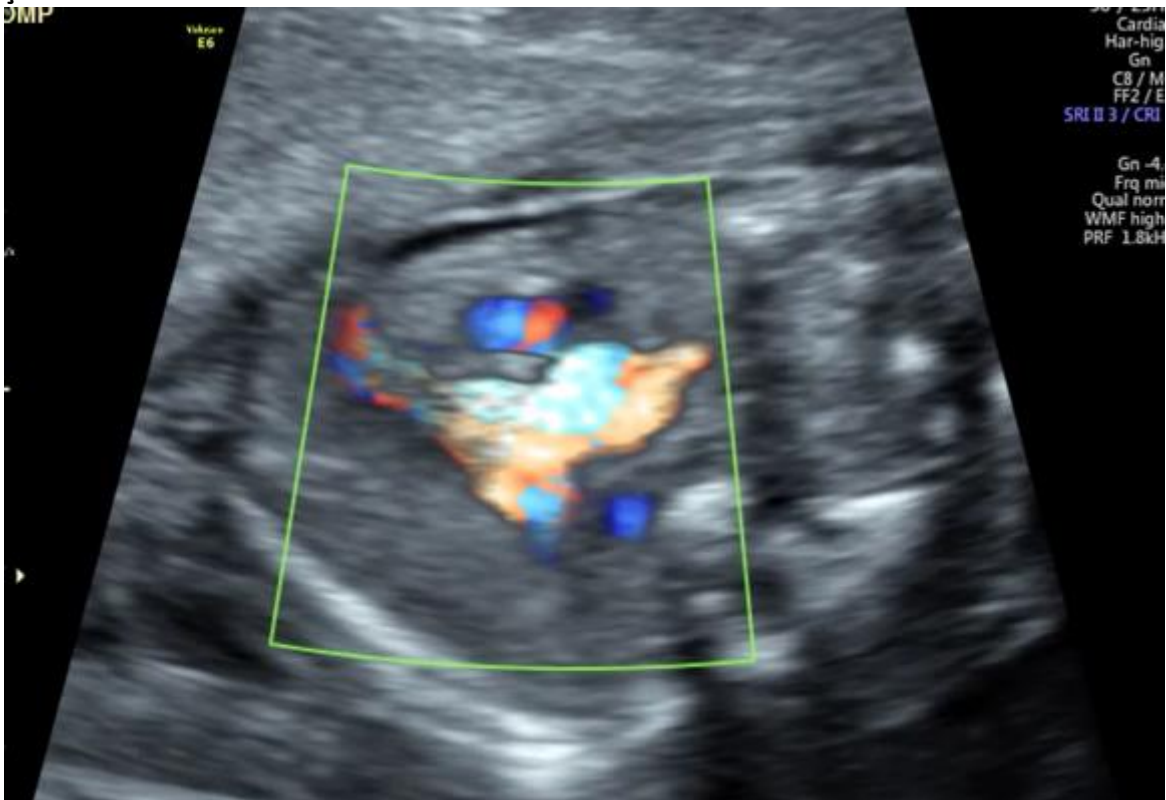
Anahtar Kelimeler: Antenatal Ultrasonografi, Amniyosentez, Fetal Ekokardiyografi, Pulmoner Kapak Yokluğu Sendromu, Prenatal Tanı

Şekil 1



Pulmoner arter çıkışında stenoz (yıldız), hemen ardından sağ ve sol pulmoner arter dallarında dilatasyon (oklar)

Şekil 2



Sağ ve sol pulmoner arter dallarındaki dilatasyon