



Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Ultrasonografi Kursu

31 Ekim - 2 Kasım 2019
Hilton Maslak Hotel, İstanbul

BİLDİRİ KİTABI

iMom®

OMEGA



Sağlıklı Gelişiminde İhtiyacı Olan Her Şey



www.imomomega.com





**BİLİMSEL SEKRETERYA
TÜRKİYE MATERNAL FETAL TIP VE PERİNATOLOJİ DERNEĞİ**

Prof. Dr. Recep HAS
Kurs Başkanı
Prof. Dr. Tamer MÜNGAN
Kurs Başkanı
tmftpdernegi@gmail.com



**ORGANİZASYON SEKRETERYASI
FTS TURİZM KONGRE ORGANİZASYON HİZMETLERİ**

Güzeltepe Mah. Alper Cad. 14/9 Çankaya/ANKARA
T: 0312 439 68 04 * F: 0312 439 68 02
tmftp@ftskongre.org



Değerli Meslektaşlarımız,

31 Ekim - 2 Kasım 2019 tarihleri arasında İstanbul Hilton Maslak Hotel’de düzenlenecek olan Türkiye Maternal Fetal Tıp Derneği Ultrasonografi Kursunda sizleri en kalbi duygularımızla karşılamak istiyoruz.

Bu üç günlük toplantıda, obstetrik ultrasonla ilgili en güncel standartlar ele alınacak ve ultrason bulgularının multidisipliner bir bakım modeli ile bütünleştirilmesi vurgulanacaktır. İlk ve ikinci üç ay ultrason taramaları ve obstetrik ultrasondaki bulguların hücre dışı DNA testleri ile kombinasyonu gibi en yeni bilgiler tartışılacaktır. Kursta genel konu sunumların yanında, olgu sunumları, gebe üzerinde pratik uygulamalar ve tartışma panelleri yapılacaktır. Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Ultrason Alt Grubu, bu toplantı ile doğum uzmanlarının ve perinatologların deneyimlerini paylaşmaları, fikir alışverişinde bulunmaları ve birçok ülkeden tanınmış ultrason uzmanlarıyla işbirliği yapmaları için uluslararası platform sağlayacaktır.

Hepsinden önemlisi, sizlerin aktif katılımı kursun daha verimli ve başarılı olmasını sağlayacaktır.

Oldukça eğitici olacağına inandığımız bu geleneksel kursumuza katılmayı düşüneceğinizi umuyor sizleri bir kez daha İstanbul’a bekliyoruz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Tamer Mungan
Kurs Başkanı

Prof. Dr. Recep Has
Kurs Başkanı

KURS BAŞKANLARI

M. Tamer MUNGAN

Recep HAS

BİLİMSEL KURULLAR

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Yönetim Kurulu

Yalçın KİMYA, Başkan

Recep HAS, II. Başkan

Ahmet GÜL, Sekreter

M. Tamer MUNGAN, Sayman

M. Sinan BEKSAÇ, Üye

Şevki ÇELEN, Üye

Acar KOÇ, Üye

İnanç MENDİLCİOĞLU, Üye

Zeki ŞAHİNOĞLU, Üye

Obstetrik ve Fetal Görüntüleme

Subgrup Yönetimi

Fuat AKERCAN

Halil ASLAN

Mustafa BAŞBUĞ

Ahmet GÜL

Özgür ÖZYÜNCÜ

Cenk SAYIN

Atıl YÜKSEL

Obstetrik ve Fetal Görüntüleme

Subgrup Üyeleri

Deniz Kanber ACAR

Metin ALTAY

Banu ARSLANCA

Aliye BALKAN ÖZMEN

İskender BAŞER

Cem BATUKAN

Esra ESİM BÜYÜKBAYRAK

Cihan ÇETİN

Aytül ESMER ÇORBACIOĞLU

Oya DEMİRCİ

Metin İNGEÇ

Serdar KÜTÜK

İsmail ÖZDEMİR

Özlem PATA

Mehmet Zeki TANER

Miğraci TOSUN

Mehmet ULUDOĞAN

Neşe YÜCEL

Aytaç YÜKSEL



İÇİNDEKİLER

INDEX

DAVET MEKTUBU	5
KURULLAR	6
BİLİMSEL PROGRAM	19-30
SÖZEL BİLDİRİLER	35-119
SS-01 Polikistik Over Morfolojisi Ektopik Gebelikle İlişkili midir?	35
SS-02 Prenatal Tanıda Noonan Sendromu: 13 Olgunun Prenatal Bulguları ve Postmortem/ Postnatal Sonuçları	36
SS-03 Alobar Holoprozensefali, Siklopi, Probosis İçeren Trizomi 13'lü İki Olgunun Prenatal 3d Tanısı	37
SS-04 11 Aya Kadar Yaşamış Nadir Meckel Gruber Sendromlu Olgu	38
SS-05 Prenatal Tanı Konulan Tekrarlayan Harlequin İktiyozis: Olgu Sunumu	39
SS-06 Robertsonian Translokasyonlu Down Sendromu Vakası: Literatür Araştırması	40
SS-07 Triple Bubble İşareti: Proksimal Jejunal Atrezide Bir Belirteç	41
SS-08 Sekonder Sitomegalovirus (CMV) Enfeksiyonuna Bağlı Gelişen İntrakranial Ultrasonografik Bulgular: Vaka Sunumu	42
SS-09 Prenatal Aberran Sağ Subklavian Arter Saptanan (ARSA) Olgularda 22q11.2 Microdelesyonu Saptamak için İleri Genetik Testler Gerekli midir?	43
SS-10 İkiz "Reversed Arterial" Perfüzyon Sekansında (TRAP) İlk Trimester Sonografi Bulguları	44
SS-11 Kordosentezin Fetal Kalp Hızı ile Fetal Umbilikal ve Fetal Orta Serebral Arter Doppleri Üzerine Olan Etkisi	45
SS-12 Fetal Kalp Taraması için Dört Oda Görünümünün Yetmeyeceğine Dair Vurgu: Prenatal Dönemde Saptanan Trunkus Arteriosus Tip 1 Olgu Sunumu	46
SS-13 Obstetrik Ultrasonografi ile Tanı Konulan Konjenital Sfiliz Vakası	47
SS-14 Femoro-fasial Sendromun Prenatal Tanısı; Olgu Sunumu	48
SS-15 İkinci Basamak Bir Merkezde Yapılan Fetal Redüksiyon ve Seletif Terminasyon Sonuçları	49-50
SS-16 İkinci Üçayda Saptanan Doğumsal Kalp Anomalisinin Merkezi Sinir Sistem Ölçümleri Üzerine Etkileri	51
SS-17 Mesane Ektrofisi: Olgu Sunumu	52
SS-18 Nöral Tüp Defekti Tipinin Folik Asit ve B12 Vitamini Seviyesi ile İlişkisi	53
SS-19 Fetal Kardiyak Değerlendirmede Shone Kompleksi Saptanan Olgu Sunumu	54
SS-20 Erken Hafta Fetal Multiple Hemanjioma ve Trizomi 21 Birlikteliği	55
SS-21 Preeklampsinin Mevsimsel Dağılımı	56
SS-22 Gelişme Geriliği Olan Fetuslarda Superior Vena Cava ve Inferior Vena Cava Çaplarının ve Birbirine Oranlarının Değerlendirilmesi	57
SS-23 Umbilikal Kord Kisti: Olgu Sunumu	58
SS-24 Ağır Preeklampsi ile Komplike Gebeliklerin Perinatal Sonuçları	59
SS-25 Termde Makrozomi Şüphesi Taşıyan Bebeklerde Doğum Haftasına Göre Büyük Bebeklerin Tespiti: Dış Validasyonu Yapılmış Bir Prediksiyon Modeli	60
SS-26 Eksojen Progesteron Tedavisinin Düşük Tehdidi Olan Kadınlarda Nukal Translüsensi (NT) Üzerine Etkileri	61
SS-27 Nadir Bir Vaka Sunumu: Prenatal Dönemde Tanı Konulan Sağ Aortik ve Duktal Arkla Birlikte Olan Sol Hemitrunkus	62
SS-28 Fallot Tetralojisinin Eşlik Ettiği Bronkojenik Kist: Olgu Sunumu	63

SS-29 Birinci Trimester Ultrasonografide Anogenital Mesafe ve Genital Tüberkül Uzunluğu Ölçümlerinin Fetal Cinsiyet Tahminindeki Başarısı ve Maternal Androjen Düzeylerinin Bu Ölçümler ile İlişkisi	64
SS-31 Farklı Serebroplasental Oran Eşik Değerlerinin İntrauterin Büyüme Kısıtlılığı Saptanan Term Fetüslerde Olumsuz Neonatal Sonuçları Öngörmedeki Rolü	65-66
SS-32 Plasenta Previa Tanısı Konulan Hastalarda Plasenta İnvazyon Anomalisinin Değerlendirilmesinde Ultrasonografik İncelemenin Yeri	67-68
SS-33 Olgu Sunumu: Trizomi 13	69
SS-34 Nadir Görülen Bir Kraniyosinostoz Olgusu: Crouzon Sendromu	70
SS-35 Kesintili Aortik Ark ve DiGeorge Sendromu- Olgu Sunumu	71
SS-36 Nöral Tüp Defekti Saptanan Fetüslerin Maternal Folat ve B12 Düzeyinin Karşılaştırılması: Vaka-Kontrol Çalışması	72
SS-37 Fetal Hayatta Atipik Yerleşimli İntrakranial Kitle ile Prezante Olgu	73
SS-38 İzole Parsiyal Atriyoventriküler Septal Defekt ve DiGeorge Sendromu Tanısı Alan Olgu Sunumu	74
SS-39 75 Gr Oral Glukoz Tolerans Testinin Sağlıklı Gebelerde Maternal ve Fetal Doppler Bulgularına Etkisi	75
SS-40 İmmün Aracılı Fetal Kalp Bloğu Olgu Sunumu	76
SS-41 Üçüncü Trimesterde Koryoamniotik Separasyon Olgusu	77
SS-42 Oldukça Nadir Görülen Ectopia Cordis Olgusu	78
SS-43 Over Kisti Olan Fetüslerde Doğum Öncesi Yönetim ve Postnatal Sonuçlar	79
SS-44 Tekil ve Çoğul Gebeliklerde Gebeliğe Bağlı İntrahepatik Kolestaz İnsidanslarının ve Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi	80
SS-45 Kliniğimizde İzole Plevral Efüzyon Tanısı Almış Olguların Prenatal Bulguları ve Postnatal Sonuçları	81
SS-46 Prenatal Olarak Tanısı Konmuş Cantrell Pentalojisine Sahip 5 Olgunun Değerlendirmesi	82
SS-47 Böbrek Nakilli Gebelerde Greft Fonksiyon Göstergeleri ve Gebelik Sonuçları	83-84
SS-48 Konjestif Kalp Yetmezliği ile Komplike Galen Ven Anevrizması, Olgu Sunumu	85
SS-49 TTTS Tespit Edilen İkiz Gebelikte Alıcı Fetüste Megasistis ve Polihidroamniyoz Birlikte İzlenen Olgu Sunumu	86
SS-50 İkizden İkize Transfüzyon Sendromunda Solomon Tekniği ile Fetoskopik Lazer Fotokoagülasyon: Tek Merkez Deneyimi	87
SS-51 Kliniğimizde Tanı Almış Olan İki Megalensefali-Kapiller Malformasyon-Polimikrogri Sendromu (MKAP) Olgusu	88
SS-52 Fatal Seyirli Komplet Ürorektal Septum Malformasyonu İzlenen Fetusun Vezikoamniyotik Shunt Sonrası Postnatal Sonuçları	89
SS-53 Fetal Megasistis: Olgu Sunumu	90
SS-54 Artmış Ossifikasyon ile Karakterize Letal Bir İskelet Displazisi: Blomstrand Kondrodizplazi	91
SS-55 Korpus Kallozum Agenezisine Eşlik Eden Multiple Anomalili Vaka: Olgu Sunumu	92
SS-56 Fetal Parvovirus B19 Enfeksiyonlarında Yönetim ve Prognoz	93-94
SS-57 Servikal Serklaj Profilaksisinin Etkinliği: Tersiyer Bir Merkez Deneyimi	95
SS-58 Fibular Agenezi, Tibial Kampomeli ve Oligosindaktili (FATCO) Sendromunun Prenatal Ultrasonografik Tanısı: Olgu Sunumu	96
SS-59 Prenatal Mikroarray Yöntemi ile 2q37.3 Bölgesinde Kayıp ve 11p15.5p15.4 Bölgesinde Kazanım Saptanan Bir Olgu	97

SS-60 Konjenital Boyun Bölgesinde Saptanan Fibrosarkom: Nadir Bir Olgu Sunumu	98
SS-61 Bradikardi ile Prezente Olan Sol Atriyal İzomerizm Olgusu	99
SS-62 Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal Transplantı Mevcut Hastaların Perinatal ve Postnatal Sonuçları	100
SS-63 İkiz Eşinde Ekstrahepatik Duktus Venozus Agenezisi: Olgu Sunumu	101
SS-64 Tuberoz Skleroz ile İlişkili Fetal Rabdomyom Olgusu	102
SS-65 Galen Veni Anevrizması: Üç Olgu Sunumu	103
SS-66 Hiperekojen Barsak	104
SS-67 Prenatal Tanısı Olan Hipoplastik Sol Kalp ve Sağ Kalp Vakalarının Yenidoğan Sonuçları	105
SS-68 Otuz Bir Haftalık Gebede Akut Gelişen Hidrotoraks Olgusu	106
SS-69 Gebeliğin Birinci Trimesterinde Yakalanmış Nadir Bir Olgu: Cantrell Pentalojisi	107
SS-70 Prenatal Dönemde Ebstein Anomali Tanısı Konulmuş Olan Gebeliklerin Obstetrik Sonuçları: Hacettepe Üniversitesi Tecrübesi	108
SS-71 Bilateral Çift Renal Arter ve Duplike Vena Cava Inferior Saptanan Trizomi 18 Sendromu: Olgu sunumu	109
SS-72 Prenatal Dönemde Büyük Arter Transpozisyonu Tanısı Alan Gebeliklerin Obstetrik Sonuçları: Hacettepe Üniversitesi Tecrübesi	110
SS-73 Amniyotik Band Sendromu Olgu Sunumu	111
SS-74 Karpal Tünel Sendromunda Trombosit/Lenfosit ve Lenfosit/Monosit Oranlarının Değerlendirilmesi	112
SS-75 Parsiyel Korpus Kallozum Agenezisi, Ventriküler Septal Defekt, Retinoblastom ve Sensorinöral İşitme Kaybı Olan 13q Delesyon Sendromlu Bir Olgu	113
SS-76 11 – 14. Gebelik Haftaları Arasında Fetal Bipariyetal Çap, Baş Çevresi, Karın Çevresi, Femur ve Humerus Uzunlukları Nomogramları	114
SS-77 Antenatal Ultrasonografik Değerlendirmede Kistik Higroma ve Akraninin Eşlik Ettiği Body Stalk Anomalisi; Olgu Sunumu	115
SS-78 Safra Kesesi Duplikasyonu	116
SS-79 Prenatal Tanı Konulan Bir CHOPS Sendromu: Olgu sunumu	117
SS-80 İkizden İkize Transfüzyon Sendromunda Selektif ve Solomon Tekniğiyle Lazer Ablasyon Tedavi Sonuçları	118
SS-81 Komplike Monokoryonik Diamniyotik İkiz Gebeliklerde Selektif Fetosit Yöntemi Olarak Radyofrekans Ablasyon Tedavisi Sonuçları	119
POSTER BİLDİRİLER	123-161
PS-01 Fetal Diastematomyelinin Prenatal Tanısı: Olgu Sunumu	123
PS-02 Sakrokoksigeal Teratom; Olgu Sunumu	124
PS-03 Fetal Atnalı Böbrek Olgusunun Prenatal Tanısı	125
PS-04 Dorsal Kistli Semilobar Holoprozensefali Vakası	126
PS-05 Sağ Aortik Arklı Fetus: Tanı ve Yönetim	127
PS-06 Fetal Porensefali	128
PS-07 Triventriküler Hidrosefali: Olgu Sunumu	129
PS-08 Neu-Laxova Sendromunun Prenatal Tanısı; Olgu Sunumu	130
PS-09 Fetal Akuaduktal Stenoz Nedeni İle İzole Ventrikülomegali	131
PS-10 Preeklampitik Hastada Görülen Pripartum Kardiyomyopati Olgusu	132
PS-11 Normal Bir Fetusun Eşlik Ettiği İkiz Gebelikte Komplet Hidatiform Mol; Olgu Sunumu	133

PS-12 Prenatal Dönemde Tanı Alan Servikal Spina Bifidanın Eşlik Ettiği Ekzensefali Olgusu	134
PS-13 Lateral Ventrikülde Bozulmaya Neden Olmayan İntrakraniyel Kitle: Koroid Pleksus Papillomu	135
PS-14 Fetal Sol Atriyal İzomerizm: Olgu Sunumu	136
PS-15 Geç Tanı Almış Sezaryen Skar Gebeliği: Nadir Görülen Bir Ektopik Gebelik, Olgu Sunumu.....	137
PS-16 Yüz Geliş, Nadir Bir Malprezentasyon Çeşidi	138
PS-17 Canlı Fetüs Birlikteliğinde Parsiyel Mol Hidatiform: Olgu Sunumu	139
PS-18 Pulmoner Kapak Yokluğu Sendromu	140
PS-19 Üreteropelvik Bileşke Darlığı	141
PS-20 Bilateral Renal Agenezi, Anhidramniyoz	142
PS-21 Fetal Sakrokoksigeal Teratom: Olgu Sunumu	143
PS-22 Erken İkinci Trimesterde Tanı Alan Korpus Kallosum Agenezisi; Olgu Sunumu	144
PS-23 Süksentriat Lob Tanısı Konulan Bir Gebeliğin Takibi; Olgu Sunumu	145
PS-24 Preterm Eylem Tanısı ile Yatan Bir Gebede Plasenta Dekolmanı Olgusu	146
PS-25 Prenatal Tanı Alan Nadir Görülen Bir Rombensefalosinapsis Olgusu	147
PS-26 Prenatal Tanı Konulan Araknoid Kist Olgu Sunumu	148
PS-27 Fetal Pelvik Böbrek	149
PS-28 Çapraz Birleşik Ektopik Böbrek	150
PS-29 Araknoid Kist	151
PS-30 Sirkumvallat Plasenta; Olgu Sunumu	152
PS-31 Eksensefali ve Sol Üst Ekstremitede Amelinin Eşlik Ettiği Cantrell Pentalojisi; Olgu Sunumu	153
PS-32 Term Gebede İnsidental TRAP Sekansı Olgu Sunumu	154
PS-33 Alt Üriner Sistem Obstrüksiyonuna Skonder Gelişen Obstruktif Kistik Renal Displazi	155
PS-34 Dandy-Walker Malformasyonuna Eşlik Eden Sağ Aortik Anomalisi.....	156
PS-36 Fetal Safra Kesesinde Septasyon; Olgu Sunumu	157
PS-37 Umbilikal Ven Varisi: Olgu Sunumu	158
PS-38 Fetal İntrakranial Kanamaya Sekonder Porenscefali Olgusu	159
PS-39 Amniyotik İnklüzyon Kistinin Prenatal Tanısı: Olgu Sunumu	160
PS-40 37. Gebelik Haftasında Polihidramnios ve Sağ Hidrotoraks ile Prezente Olan İzole Ductus Venozus Agenezisi; 2 Olgu Sunumu	161



BİLİMSEL PROGRAM

31 Ekim 2019 • Perşembe

1. OTURUM

KAHVALTILI OTURUM

07:30-08:10 Hocalar ile Vaka Tartışmaları
Salon 1: Atıl YÜKSEL
Salon 2: Sinan BEKSAÇ

08:15-08:30 AÇILIŞ

2. OTURUM

ERKEN GEBELİK

Oturum Başkanları **Gülay KURTAY, Sinan BEKSAÇ**

08:30-08:50 Birinci Trimester, 11-13+6 hf Fetal Anomaliler
Sabahattin ALTUNYURT

08:50-09:00 **SS-29** Birinci Trimester Ultrasonografide Anogenital Mesafe ve Genital Tüberkül Uzunluğu Ölçümlerinin Fetal Cinsiyet Tahminindeki Başarısı ve Maternal Androjen Düzeylerinin Bu Ölçümler ile İlişkisi
Ezgi BAŞARAN

09:00-09:20 04-10 hf: Sonoembriyoloji

Bernard BENOIT

09:20-09:40 Erken Gebelikte Tanı Hatalarından Kaçınma. Erken Gebelik Komplikasyonlarının Yönetimi ve Sonuçları

Tom BOURNE

09:40-10:00 Nasıl İyi 3D-4D Görüntülerini Elde Ederiz?

Bernard BENOIT

10:00-10:10 Tartışma

10:10-10:30 **Kahve Arası**

3. OTURUM

BİRİNCİ TRİMESTER / cfDNA TESTLERİ

Oturum Başkanları **İskender BAŞER, Fatma Tuncay ÖZGÜNEN**

10:30-10:50 Canlı USG-1: 3D-4D Ultrason

Bernard BENOIT, Yalçın KİMYA



10:50-11:00 **SS-32** Plasenta Previa Tanısı Konulan Hastalarda Plasenta İnvazyon Anomalisinin Değerlendirilmesinde Ultrasonografik İncelemenin Yeri

Fatma ÖZDEMİR

11:00-11:20 Skar Gebeliği ve Plasenta Akreata Tanısı

İbrahim KALELİOĞLU

11:20-11:40 Karın Duvarı Defektlerinin Birinci Trimester Tanısı için Bir Algoritma

Anca PANAITESCU

11:40-11:50 Tartışma

11:50-12:40

PANEL: cf-DNA TESTLERİ; FİRMALARIN SUNUMU

Moderatör

Acar KOÇ

11:50-11:55 Natera, Panorama

Ali ERDEM

11:55-12:00 Synevo, Veracity

İ. Zümrüt DUMAN

12:00-12:05 Eurofins, Ninalia

Filiz KARTAL

12:05-12:10 NIPD Genetics, Veragene

Alara ERENEL

12:10-12:15 Genoks, Nifty

İsmihan Merve TEKİN

12:15-12:20 Yourgene-Health, The Ionatest

Ali ÖGE

12:20-12:25 NIPT Genetik, Harmony

Halil İbrahim İLHAN

12:25-12:40 Tartışma

12:40-13:30 **Öğle Yemeği**

31 Ekim 2019 • Perşembe

4. OTURUM MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ

Oturum Başkanları **Merih BAYRAM, Alkan YILDIRIM**

13:30-13:50 Canlı USG-2: İkinci Trimester MSS

Atıl YÜKSEL

mindray
healthcare within reach

13:50-14:10 I ve II. Trimester NTD Tanısı

Halil ASLAN

14:10-14:20 **SS-02** Prenatal Tanıda Noonan Sendromu: 13 Olgunun Prenatal Bulguları ve Postmortem/postnatal Sonuçları

Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ

14:20-14:40 Ventrikülomegali: Ayırıcı Tanı ve Yönetimi

Özgür DEREN

14:40-15:00 Gebelikte Yapısal Mikronütrisyonun Organogenez Üzerine Etkileri;
Uydu Sempozyumu

ITF İLAÇ

Acar KOÇ

15:00-15:20 Posterior Fossa Anomalilerinin Değerlendirilmesinde İpuçları ve Tuzaklar

Recep HAS

15:20-15:30 Tartışma

15:30-16:00 **Kahve Arası**

16:00-18:30 PANEL / PRATİK UYGULAMALAR

PENTA  ULTRASONİK
MEDİKAL
TEKNOLOJİLER A.Ş.

PENTA SALONU 3D-4D Ultrason

Moderatörler **Yalçın KİMYA, Gülseren YÜCESOY**

Genel Bakış **Yalçın KİMYA**

Panelistler **Alin BAŞGÜL YİĞİTER, Hülya DEDE, Umut DİLEK, Mert TURĞAL**

Sözel Sunumlar **SS-03** Alobar Holoprozensefali, Siklopi, Probosis İçeren Trizomi 13'lü İki Olgunun Prenatal 3d Tanısı

Şeyda YAVUZKIR

SS-14 Femoro-fasial Sendromun Prenatal Tanısı; Olgu Sunumu

Fedi ERCAN

SS-34 Nadir Görülen Bir Kraniosinostoz Olgusu: Crouzon Sendromu

Gürcan TÜRKYILMAZ

SS-57 Servikal Serklaj Profilaksisinin Etkinliği: Tersiyer Bir Merkez Deneyimi

Mehmet Can NACAR

31 Ekim 2019 • Perşembe

16:00-18:30

PANEL / PRATİK UYGULAMALAR



PROMEDIS SALONU MSS

Moderatörler
Genel Bakış
Panelistler

Atıl YÜKSEL, Fuat AKERCAN
Selim BÜYÜKKURT
Tuncay ÖZGÜN, Özgür ÖZYÜNCÜ, Ali EKİZ, Semir KÖSE, Derya EROĞLU

Sözel Sunumlar

SS-08 Sekonder Sitomegalovirus (CMV) Enfeksiyonuna Bağlı Gelişen İntrakranial Ultrasonografik Bulgular: Vaka Sunumu
Reyhan AYAZ
SS-16 İkinci Üçayda Saptanan Doğumsal Kalp Anomalisinin Merkezi Sinir Sistem Ölçümleri Üzerine Etkileri
Fatma İŞLEK UZAY
SS-18 Nöral Tüp Defekti Tipinin Folik Asit ve B12 Vitamini Seviyesi ile İlişkisi
Reyhan AYAZ
SS-36 Nöral Tüp Defekti Saptanan Fetüslerin Maternal Folat ve B12 Düzeyinin Karşılaştırılması: Vaka-Kontrol Çalışması
Gökçe Naz KÜÇÜKBAŞ
SS-37 Fetal Hayatta Atipik Yerleşimli İntrakranial Kitle ile Prezante Olgu
Aliye BALKAN ÖZDEMİR
SS-48 Konjestif Kalp Yetmezliği ile Komplike Galen Ven Anevrizması, Olgu Sunumu
Fatma ÖZDEMİR
SS-51 Kliniğimizde Tanı Almış Olan İki Megalensefali-Kapiller Malformasyon-Polimikrogr Sendromu (MKAP) Olgusu
Didar KURT
SS-55 Korpus Kallozum Agenezisine Eşlik Eden Multiple Anomalili Vaka: Olgu Sunumu
Mehmet OBUT
SS-65 Galen Veni Anevrizması: Üç Olgu Sunumu
Yasemin DOĞAN
SS-79 Prenatal Tanı Konulan Bir CHOPS Sendromu: Olgu Sunumu
Derya EROĞLU

16:00-18:30

PANEL / PRATİK UYGULAMALAR



MINDRAY SALONU 1. Trimester Ultrasonu

Moderatör
Genel Bakış
Panelistler

Özgür DEREN
Filiz YANIK
Aykan YÜCEL, Ebru ÇELİK, Esra ESİM BÜYÜKBAYRAK, Çağrı GÜLÜMSER

Sözel Sunumlar

SS-01 Polikistik Over Morfolojisi Ektopik Gebelikle İlişkili midir?
Mihriban ALKAN
SS-26 Eksojen Progesteron Tedavisinin Düşük Tehdidi Olan Kadınlarda Nukal Translüsensi (NT) Üzerine Etkileri
Sinem DEMİRCAN KARADAĞ
SS-33 Olgu Sunumu: Trizomi 13
Nezaket KADIOĞLU
SS-77 Antenatal Ultrasonografik Değerlendirmede Kistik Higroma ve Akraninin Eşlik Ettiği Body Stalk Anomalisi; Olgu Sunumu
Pınar KARAÇİN
SS-69 Gebeliğin Birinci Trimesterinde Yakalanmış Nadir Bir Olgu: Cantrell Pentalojisi
Şeyda YAVUZKIR
SS-76 11 – 14. Gebelik Haftaları Arasında Fetal Bipariyetal Çap, Baş Çevresi, Karın Çevresi, Femur ve Humerus Uzunlukları Nomogramları
Selen GÜRSOY ERZİNCAN

31 Ekim 2019 • Perşembe

16:00-18:30

PANEL / PRATİK UYGULAMALAR

PHILIPS

PHILIPS SALONU Kromozom Anomalileri

Moderatörler

Namık DEMİR, Aydan BİRİ

Genel Bakış

Seher BAŞARAN

Panelistler

Özlem PATA, Serdar CEYLANER, Aybike PEKİN, Oktay KAYMAK

Sözel Sunumlar

SS-06 Robertsonian Translokasyonlu Down Sendromu Vakası: Literatür Araştırması

Miraç ÖZALP

SS-35 Kesintili Aortik Ark ve DiGeorge Sendromu-Olgusu Sunumu

Halis ÖZDEMİR

SS-38 İzole Parsiyal Atriyoventriküler Septal Defekt ve DiGeorge Sendromu Tanısı Alan Olgusu Sunumu

Halis ÖZDEMİR

SS-59 Prenatal Mikroarray Yöntemi ile 2q37.3 Bölgesinde Kayıp ve 11p15.5p15.4 Bölgesinde Kazanım Saptanan Bir Olgusu

Harun Egemen TOLUNAY

SS-71 Bilateral Çift Renal Arter ve Duplike Vena Cava İnferior Saptanan Trizomi 18 Sendromu: Olgusu Sunumu

Selen GÜRSOY ERZİNCAN

SS-75 Parsiyel Korpus Kallozum Agenezisi, Ventriküler Septal Defekt, Retinoblastom ve Sensorinöral İşitme Kaybı Olan 13q Delesyon Sendromlu Bir Olgusu

Cihan İNAN

1 Kasım 2019 • Cuma

5. OTURUM

KAHVALTILI OTURUM

07:30-08:10

Hocalar ile vaka tartışmaları

Salon 1: Acar KOÇ

Salon 2: Namık DEMİR

6. OTURUM

BAŞ / YÜZ / TORAKS

Oturum Başkanları

Özlem MORALOĞLU, Yavuz CEYLAN

08:30-08:50

Mikrosefali / Makrosefali Tanısı ve Yönetimi

Ali ERGÜN

08:50-09:00

SS-45 Kliniğimizde İzole Plevral Efüzyon Tanısı Almış Olguların Prenatal Bulguları ve Postnatal Sonuçları

Didar KURT

09:00-09:20

Yarık Dudak ve Damak: Tanı ve Yönetim

Cem BATUKAN

09:20-09:40

Mikrognati Tanısı ve Birlikte Görülen Başlıca Sendromlar

Mustafa BAŞBUĞ

09:40-10:00

Diyafragma Herni Tanısında Sorunlar, İpuçları ve Tuzaklar

Cenk SAYIN

10:00-10:20

Hidrotoraks: Ayırıcı Tanı ve Yönetimi, Prognostik Bulgular

Tamer MUNGAN

10:20-10:30

Tartışma

10:30-10:50

Kahve Arası

7. OTURUM

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

Oturum Başkanları

Füsun VAROL, Zeki TANER

10:50-11:10

Canlı USG-3: GIS, Batın Safra Kesesi, Böbrekler, Mesane, Portal Ven, DV, UV vb

Recep HAS



11:10-11:20

SS-22 Gelişme Geriliği Olan Fetusede Superior Vena Cava ve Inferior Vena Cava Çaplarının ve Birbirine Oranlarının Değerlendirilmesi

Işıl UZUN ÇİLİNGİR

11:20-11:40

Maternal Otoantikör ve Fetal Anomaliler

Anca PANAİTESCU

11:40-12:00

Fetal Karaciğerin Klinik Önemi var mı?

Torvid KISERUD

12:00-12:20

Fetal Asit-Hipereköen Bağırsak-Mekonyum Peritoniti

Fuat AKERCAN

12:20-12:30

Akılcı İlaç Kullanımı

Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ

12:30-12:40

Tartışma

12:40-13:30

Öğle Yemeği

1 Kasım 2019 • Cuma

8. OTURUM İKİZ GEBELİKLER / GEBELİKTE OVARIAN KİTLELER

Oturum Başkanları **Feride SÖYLEMEZ, Cansun DEMİR**

13:30-13:50	Ovaryan Patolojilerin Sınıflandırma ve Yönetiminde IOTA Kuralları ve ADNEX Kullanımı Tom BOURNE	
13:50-14:10	Canlı USG-4: İkiz Gebelik Ultrasonografisi Liesbeth LEWI	
14:10-14:20	SS-09 Prenatal Aberran Sağ Subklavian Arter Saptanan (ARSA) Olgularda 22q11.2 Microdelesyonu Saptamak için İleri Genetik Testler Gerekli midir? Reyhan AYAZ	
14:20-14:40	İkizlerde Diskordan Anomalilerin Yönetimi Liesbeth LEWI	
14:40-15:00	Nipt Testlerini Trizomi Tespiti için qPCR Düzeyine Çekmek Uydu Sempozyumu Michael LUTZ	
15:00-15:20	TTTS'nin Güncel Yönetimi (TAPS/TOPS) Liesbeth LEWI	
15:20-15:30	Tartışma	
15:30-16:00	Kahve Arası	

16:00-18:30 PANEL / PRATİK UYGULAMALAR



PENTA SALONU Çoğul Gebelikler

Moderatör **Recep HAS**
Genel Bakış **İbrahim KALELIOĞLU**
Panelistler **Serkan GÜÇLÜ, Mehmet OSMANAĞAOĞLU, Serdar KÜTÜK, Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ**

Sözel Sunumlar **SS-10** İkiz "Reversed Arterial" Perfüzyon Sekansında (TRAP) İlk Trimester Sonografi Bulguları
Ümran KILINÇDEMİR TURGUT
SS-15 İkinci Basamak Bir Merkezde Yapılan Fetal Redüksiyon ve Seletif Terminasyon Sonuçları
Fedi ERCAN
SS-44 Tekil ve Çoğul Gebeliklerde Gebeliğe Bağlı İntrahepatik Kolestaz İnsidanslarının ve Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi
Songül ALEMDAROĞLU
SS-49 TTTS Tespit Edilen İkiz Gebelikte Alıcı Fetüste Megasistis ve Polihidroamniyoz Birlikte İzlenen Olgu Sunumu
Ezgi TURGUT
SS-50 İkizden İkize Transfüzyon Sendromunda Solomon Tekniği ile Fetoskopik Lazer Fotokoagülasyon: Tek Merkez Deneyimi
Sema SÜZEN ÇAYPINAR
SS-80 İkizden İkize Transfüzyon Sendromunda Selektif ve Solomon Tekniğiyle Lazer Ablasyon Tedavi Sonuçları
Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ
SS-81 Komplike Monokoryonik Diamniyotik İkiz Gebeliklerde Selektif Fetosit Yöntemi Olarak Radyofrekans Ablasyon Tedavisi Sonuçları
Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ

1 Kasım 2019 • Cuma

16:00-18:30

PANEL / PRATİK UYGULAMALAR



PROMEDIS SALONU Kalp

Moderatörler

Fehmi YAZICIOĞLU, Sermet SAĞOL

Genel Bakış

Şevki ÇELEN

Panelistler

Dilek ŞAHİN, Aytül ÇORBACIOĞLU, Levent KESKİN, Deniz ACAR, Jan WEICHERT

Sözel Sunumlar

SS-12 Fetal Kalp Taraması için Dört Oda Görünümünün Yetmeyeceğine Dair Vurgu: Prenatal Dönemde Saptanan Trunkus Arteriosuz Tip 1 Olgu Sunumu

Mehmet ÖZSÜRMEİ

SS-19 Fetal Kardiyak Değerlendirmede Shone Kompleksi Saptanan Olgu Sunumu

Ezgi TURGUT

SS-27 Nadir Bir Vaka Sunumu: Prenatal Dönemde Tanı Konulan Sağ Aortik ve Duktal Arkla Birlikte Olan Sol Hemitrunkus

Reyhan AYAZ

SS-40 İmmün Aracılı Fetal Kalp Bloğu Olgu Sunumu

Halis ÖZDEMİR

SS-61 Bradikardi ile Prezente Olan Sol Atrial İzomerizm Olgusu

Yasemin DOĞAN

SS-64 Tuberoz Skleroz ile İlişkili Fetal Rabdomyom Olgusu

Yasemin DOĞAN

SS-70 Prenatal Dönemde Ebstein Anomali Tanısı Konulmuş Olan Gebeliklerin Obstetrik Sonuçları: Hacettepe Üniversitesi Tecrübesi

Atakan TANAÇAN

SS-72 Prenatal Dönemde Büyük Arter Transpozisyonu Tanısı Alan Gebeliklerin Obstetrik Sonuçları: Hacettepe Üniversitesi Tecrübesi

Canan ÜNAL

16:00-18:30

PANEL / PRATİK UYGULAMALAR



MINDRAY SALONU Toraks Anomalileri

Moderatörler

Tamer MÜNGAN, Neşe YÜCEL

Genel Bakış

Sabahattin ALTUNYURT

Panelistler

Gökhan YILDIRIM, Aytaç YÜKSEL, Ahmet TAYYAR, Cem SANHAL

Sözel Sunumlar

SS-28 Fallot Tetralojisinin Eşlik Ettiği Bronkojenik Kist: Olgu Sunumu

Ayşe KELEŞ

SS-42 Oldukça Nadir Görülen Ectopia Cordis Olgusu

Narin YAR ELMATAŞ

SS-46 Prenatal Olarak Tanısı Konmuş Cantrell Pentalojisine Sahip 5 Olgunun Değerlendirmesi

Bilge KAPUDERE

SS-68 Otuz Bir Haftalık Gebede Akut Gelişen Hidrotoraks Olgusu

Songül ALEMDAROĞLU

1 Kasım 2019 • Cuma

16:00-18:30

PANEL / PRATİK UYGULAMALAR

PHILIPS

PHILIPS SALONU GIS Anomalileri

Moderatörler **Nuri DANIŞMAN, Zeki ŞAHİNOĞLU**

Genel Bakış **Oya DEMİRCİ**

Panelistler **Mehmet ŞİMŞEK, Ayhan SUCAK, Cenk SAYIN, Metin ALTAY**

Sözel Sunumlar **SS-07** Triple Bubble İşareti: Proksimal Jejunal Atrezide Bir Belirteç
Miraç ÖZALP
SS-20 Erken Hafta Fetal Multiple Hemanjioma ve Trizomi 21 Birlikteliği
Tuncay YÜCE
SS-63 İkiz Eşinde Ekstrahepatik Duktus Venozus Agenezisi:
Olgu Sunumu
Rezzan Berna BAKİ
SS-66 Hiperekojen Barsak
Nazan VANLI TONYALI
SS-78 Safra Kesesi Duplikasyonu
Tuncay YÜCE

2 Kasım 2019 • Cumartesi

9. OTURUM

KAHVALTILI OTURUM

07:30-08:10

Hocalar ile vaka tartışmaları
Salon 1: Nuri DANIŞMAN
Salon 2: Fehmi YAZICIOĞLU

10. OTURUM

FETAL KALP

Oturum Başkanları **Erdal MALATYALIOĞLU, Nedim ÇİÇEK**

08:30-08:50

AVSD, VSD ve Tipleri
Zeki ŞAHİNOĞLU

08:50-09:00

SS-67 Prenatal Tanısı Olan Hipoplastik Sol Kalp ve Sağ Kalp Vakalarının Yenidoğan Sonuçları
Erdem FADİLOĞLU

09:00-09:20

Konotrunkal Anomalilerin Tanısı
Yalçın KİMYA

09:20-09:40

Aortik ve Duktal Ark Anomalileri
Ahmet GÜL

09:40-10:00

Şüpheli Bulgularda Otomatik Yazılımların Yeri / 5D Heart kullanarak CHD Tanısı
Jan WEICHERT

10:00-10:10

Tartışma

10:10-10:40

Kahve Arası

11. OTURUM

SERVİKS / IUGR / DOPPLER

Oturum Başkanları **İsmail DÖLEN, Mehmet TAYYAR**

10:40-11:00

Canlı USG-5: Fetal Kalp Pratik USG
Ahmet GÜL



11:00-11:10

SS-31 Farklı Serebroplasental Oran Eşik Değerlerinin İntrauterin Büyüme Kısıtlılığı Saptanan Term Fetüslerde Olumsuz Neonatal Sonuçları Öngörmedeki Rolü
Rauf MELEKOĞLU

11:10-11:30

Kısa Serviks Tanısı ve Yönetimi
Tuncay NAS

11:30-11:50

Fetal Büyüme; DSÖ Fetal Büyüme Çalışmalarından Çıkarılan Dersler
Torvid KISERUD

11:50-12:10

Preeklampsi Öngörüsünde Doppler USG ve Profilaksi
Miğraci TOSUN

12:10-12:30

Duktus Venozus: Doppler Tekniği, Hemodinamik ve Yorum
Torvid KISERUD

12:30-12:40

Tartışma

12:40-13:30

Öğle Yemeği

2 Kasım 2019 • Cumartesi

12. OTURUM ÜRİNER SİSTEM / İSKELET / DOĞUMHANEDE USG

Oturum Başkanları **Orhan GELİŞEN, Ali ÇETİN**

13:30-13:50	Canlı USG-6: Doppler USG Pratik İnanç MENDİLCİOĞLU	
13:50-14:00	SS-25 Termde Makrozomi Şüphesi Taşıyan Bebeklerde Doğum Haftasına Göre Büyük Bebeklerin Tespiti: Dış Validasyonu Yapılmış Bir Prediksiyon Modeli Erkan KALAFAT	
14:00-14:20	Üriner Traktus Dilatasyonları, Tanı ve Yönetimi Abdurrahman ÖNEN	
14:20-14:40	Kuşkulu Genitalia: USG Bulguları ve Yönetimi Tuncay ÖZGÜN	
14:40-15:00	İskelet Displazilerinde Nasıl Tanı Koymalıyım ve Yönetmeliyim? Rıza MADAZLI	
15:00-15:20	Doğumhanede USG Metin İNGEÇ	
15:20-15:30	Tartışma	
15:30-16:00	Kahve Arası	

16:00-18:30 PANEL / PRATİK UYGULAMALAR



PENTA SALONU Plasenta Previa - Akreata / Amniotik Sıvı

Moderatörler	Ali ACAR, Şevki ÇELEN
Genel Bakış	Yaprak ÜSTÜN (Plasenta Previa-Akreata; Maternal Mortalite)
Genel Bakış	İsmail ÖZDEMİR (Plasenta Previa-Akreata; Tanı ve Yönetimi)
Panelistler	Selçuk ÖZDEN, Metin İNGEÇ, Kazım GEZGİNÇ, Turhan ÇAĞLAR, Bülent TANDOĞAN, Ayşe KIRBAŞ

Sözel Sunumlar	SS-05 Prenatal Tanı Konulan Tekrarlayan Harlequin İktiyozis: Olgu Sunumu Gürcan TÜRKYILMAZ SS-13 Obstetrik Ultrasonografi ile Tanı Konulan Konjenital Sfiliz Vakası And YAVUZ SS-23 Umbilikal Kord Kisti: Olgu Sunumu Ece ÖCAL SS-41 Üçüncü Trimesterde Koryoamniotik Separasyon Olgusu Aliye BALKAN ÖZMEN
----------------	---

2 Kasım 2019 • Cumartesi

16:00-18:30

PANEL / PRATİK UYGULAMALAR



PROMEDIS SALONU İskelet Sistem Anomalileri

Moderatörler

Acar KOÇ, Cüneyt EVRÜKE

Genel Bakış

Mustafa BAŞBUĞ

Panelistler

Deniz KARÇAALTINCABA, Semih TUĞRUL, Başak YILDIRIM, Turhan ARAN

Sözel Sunumlar

SS-54 Artmış Ossifikasyon ile Karakterize Letal Bir İskelet Displazisi: Blomstrand Kondrodisplazi
Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ

SS-58 Fibular Agenezi, Tibial Kampomeli ve Oligosindaktili (FATCO) Sendromunun Prenatal Ultrasonografik Tanısı: Olgu Sunumu

Özge YÜCEL ÇELİK

SS-60 Konjenital Boyun Bölgesinde Saptanan Fibrosarkom: Nadir Bir Olgu Sunumu

Çiğdem KUNT İŞGÜDER

SS-73 Amniyotik Band Sendromu Olgu Sunumu

Dilara DUYGULU

SS-74 Karpal Tünel Sendromunda Trombosit/Lenfosit ve Lenfosit/Monosit Oranlarının Değerlendirilmesi
Ahmet EROL

16:00-18:30

PANEL / PRATİK UYGULAMALAR



MINDRAY SALONU Doppler, PE, FBK

Moderatörler

İnanç MENDİLCİOĞLU, Babür KALELİ

Genel Bakış

Özgür ÖZYÜNCÜ

Panelistler

Mert KAZANDI, Ragıp Atakan AL, Başak BAKSU, Doruk Cevdi KATLAN

Sözel Sunumlar

SS-11 Kordosentezin Fetal Kalp Hızı ile Fetal Umbilikal ve Fetal Orta Serebral Arter Doppleri Üzerine Olan Etkisi
Züat ACAR

SS-21 Preeklampsinin Mevsimsel Dağılımı

Cuma TAŞIN

SS-24 Ağır Preeklampsi ile Komplike Gebeliklerin Perinatal Sonuçları

Zeynep GEDİK ÖZKÖSE

SS-39 75 Gr Oral Glukoz Tolerans Testinin Sağlıklı Gebelerde Maternal ve Fetal Doppler Bulgularına Etkisi

Gürcan TÜRKYILMAZ

SS-56 Fetal Parvovirus B19 Enfeksiyonlarında Yönetim ve Prognoz

Lütfiye UYGUR

2 Kasım 2019 • Cumartesi

16:00-18:30

PANEL / PRATİK UYGULAMALAR

PHILIPS

PHILIPS SALONU Üriner Sistem Anomalileri

Moderatörler **Rıza MADAZLI, Mehmet ULUDOĞAN**

Genel Bakış **Ahmet GÜL**

Panelistler **Abdurrahman ÖNEN, Miğraci TOSUN, Bilge ÇETİNKAYA DEMİR, Tuncay YÜCE**

Sözel Sunumlar **SS-04** 11 Aya Kadar Yaşamış Nadir Meckel Gruber Sendromlu Olgu

Şeyda YAVUZKIR

SS-17 Mesane Ektrofisi: Olgu Sunumu

Ece ÖCAL

SS-43 Over Kisti Olan Fetüslerde Doğum Öncesi Yönetim ve Postnatal Sonuçlar

Havva SÜTÇÜ

SS-47 Böbrek Nakilli Gebelerde Greft Fonksiyon Göstergeleri ve Gebelik Sonuçları

Didem KAYMAK

SS-52 Fatal Seyirli Komplet Ürorektal Septum Malformasyonu İzlenen Fetusun Vezikoamniyotik Shunt Sonrası Postnatal Sonuçları

Ezgi TURGUT

SS-53 Fetal Megasistis: Olgu Sunumu

Ece ÖCAL

SS-62 Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal Transplantı Mevcut Hastaların Perinatal ve Postnatal Sonuçları

Ezgi TURGUT



SÖZEL BİLDİRİLER

SS-01 Polikistik Over Morfolojisi Ektopik Gebelikle İlişkili midir?Şule Özel¹, Mihriban Alkan¹, Ayşegül Öksüzoğlu¹, Aytekin Tokmak¹, Melike Kaya¹, Ayla Aktulay², Yaprak Engin Üstün¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi²Medicana International Ankara Hastanesi

Amaç: Ektopik gebeliklerdeki polikistik over morfolojisinin (PCOM) prevelansını ve overlerin sonografik görüntüsünün ektopik gebeliklerin erken tanısındaki değerini açığa çıkarmaktır.

Yöntem: Bu prospektif kesitsel çalışma üçüncü basamak bir kadın sağlığı hastanesinde 6 aylık bir dönemde gerçekleşti. Çalışma grubu olarak ektopik gebelik tanısı alan 35 kadın ve bu kadınlarla gestasyonel haftasına göre eşleşen sağlıklı intrauterin gebelik tanısı alan 35 kadının (kontrol grubu) overlerinin sonografik morfolojisi değerlendirildi. Tüm kadınların sonografik değerlendirilmesi aynı radyolog tarafından yapıldı. Ultrason ile overin alanı ve hacmi, kesitsel folikül sayısı ve folikül dağılım paterni değerlendirildi. Çalışmada yer alan hastalara hirsutismus ve kanama düzensizliklerini sorgulayan bir anket uygulandı.

Bulgular: Grupların anne yaşı, vücut kitle indeksi ve gestasyonel haftaları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ortalama gebelik ve doğum sayısı, ektopik gebelik grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Aynı zamanda sigara içenlerin ve sistemik hastalığı olanların sayısında her iki grupta benzerdi. Polikistik over morfolojisi çalışma grubunda anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu [51.4% karşı 20%, OR: 2.57 (95% CI, 1.23-5.37), $p:0.006$].

Sonuç: PCOM ektopik gebelik tanısı almış kadınlarda daha fazla görülmektedir. Bu çalışma ektopik gebelik şüphesi olan kadınlarda transvajinal ultrason ile PCOM değerlendirilmesinin ektopik gebeliği desteklediğini ve bu nedenle ektopik gebelik tanısı için klinik bir belirteç olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: ektopik gebelik, polikistik over sendromu, östrojen, progesteron, risk faktörleri

Ektopik gebelikteki risk faktörlerinin Lojistik regresyon modeli

Değişken	Wald	p	Odds ratio	95% CI
Yaş (yıl)	1.201	0.273	0.914	0.778-1.074
BMI (kg/m ²)	0.282	0.595	0.952	0.793-1.143
Gestasyonel hafta	0.955	0.328	1.220	0.819-1.817
Multiparite	6.533	0.011	8.635	1.653-45.104
Sigara	0.693	0.405	1.940	0.407-9.245
Co-morbidite	0.006	0.936	0.893	0.058-13.819
PCOS hikayesi	1.545	0.214	0.162	0.009-2.853
PCOM on TVUS	4.205	0.040	19.081	1.139-319.560

Klinik ve demografik özelliklerin karşılaştırılması

Değişken	Çalışma grubu (n:35)	Kontrol grubu (n:35)	P değeri
Anne yaşı (yıl) mean± SD	29.6±5.2	28.4±5.3	0.082
Beden Kitle İndeksi (kg/m ²) mean± SD	26.5±3.5	25.9±3.6	0.684
Gravide mean± SD	3.1±1.7	1.9±1.0	0.001
Parite mean± SD	1.3±1.0	0.6±0.7	<0.001
Düşük sayısı mean± SD	0.6±1.1	0.3± 0.5	0.136
Gestasyonel yaş(hafta) mean± SD	5.7±1.9	6.0±2.1	0.628
Hirsutism score>8 n(%)	4(11.4)	4(11.4)	1.000
Oligo-amenorrhea n(%)	7(20)	7(20)	1.000
Sigara n(%)	10(28.6)	5(14.3)	0.145
Sistemik hastalık n(%)	2(5.7)	1(2.9)	0.550
PCOM n(%)	18(51.4)	7(20)	0.006

SS-02 Prenatal Tanıda Noonan Sendromu: 13 Olgunun Prenatal Bulguları ve Postmortem/Postnatal Sonuçları

Tuğba Saraç Sivrikoz¹, Ibrahim Halil Kalelioğlu¹, Recep Has¹, Ahmet Gül³, Seher Başaran², Atıl Yüksel¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Prenatal Tanı Merkezi

Amaç: Prenatal tanıda Noonan sendromu (NS) riski bulunan olgulara tanı koyabilmek amacıyla, riski arttıran ultrason kriterlerinin tanımlanması

Materyal-Metod: İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Prenatal Tanı ve Tedavi Ünitesi'nde 2011 yılından itibaren prenatal dönemde Noonan sendromu tanısı almış olan tüm vakalar retrospektif olarak incelenmiş, prenatal bulguları, postmortem/postnatal sonuçları dökümanite edilmiştir.

Bulgular: Tanıda ortalama gebelik haftası 17 hf 6/7 gün (± 3 hf)'dır. Olgulardaki prenatal bulgular arasında en sık kistik higroma/artmış ense saydamlığı (%38; 5/13), konjenital kalp hastalığı (KKH) (%38; 5/13), plevral efüzyon (%30; 4/13), nukhal katlantı (%30; 4/13) yer almaktadır. Diğer prenatal bulgular asit (2/13), polihidramniyoz (3/13), lenfanjiyom (2/13), pelviyektazi (4/13), sınırdaki ventrikülomegali (1/13) duktus venozus agenezisi (2/13)'dir. Prenatal kalp bulguları arasında perimembranöz VSD (n=2), hipoplastik sol kalp (n=1), sağ kalp dominansı (n=1), hipertrofik kardiyomyopati (HTKMP; n=2), pulmoner stenoz (n=2) dikkat çekmektedir. Olguların %69'unda (9/13) PTPN11 analizinde, iki olguda Noonan panelinde, 2 olguda ise WES analizinde mutasyon saptanmıştır. Mutasyonlar en sık ekzon 3 ve 8'de saptanmış olup, mutasyon saptanan diğer genler RIT 1, RAF1 ve BRAF'dır. Olguların %69'u (9/13) gebeliğin terminasyonu, dört olgu ise canlı doğum ile sonuçlanmıştır. Canlı doğumlardan sadece ikisi hayatta olup, diğer iki olgu HTKMP nedeniyle yenidoğan döneminde kaybedilmiştir. Hayatta olan olguların birinde pulmoner stenoz mevcuttur. Sonuç: NS spektrumu postnatal dönemde oldukça varyasyonel bulgulara sahiptir ve bu durum prenatal dönemde spesifik olarak tanının koyulmasını zorlaştırmaktadır. Bu sebeple prenatal dönemde tanıda karakteristik olduğu düşünülen NT artışı, non immun hidrops, KKH gibi bulgular varlığında ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi, riskin bariz arttığı olgularda PTPN11 dışında kalan diğer mutasyonların incelenmesi amacıyla gerekli ileri basamak testlerin istenmesi amaçlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: noonan sendromu, PTPN11 analizi, ense saydamlığı, hidrops, HTKMP

SS-03 Alobar Holoprozensefali, Siklopi, Probosis İçeren Trizomi 13'lü İki Olgunun Prenatal 3d Tanısı

Seyda Yavuzkır

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Elazığ

Amaç: Alobar holoprozensefali, prozensefalonun inkomplet bölünme ve morfogenezinden kaynaklanan ağır yüz defektleri ile karakterize nadir görülen bir beyin malformasyonudur. Holoprosensefali 16000 canlı doğumda bir görülmekte, yaklaşık 100000'de 1'inde siklopi eşlik etmektedir. Siklopi 18 ve 28. Gestasyonel haftalarda oluşan nadir görülen, kompleks letal malformasyonlardan biridir. Prenatal dönemde ultrason ile tanı konulabilmektedir. Bu olgunun amacı; holoprosensefaliye siklopi ve probosisin eşlik ettiği 2 olgunun 3 boyutlu (3d) ultrason yardımı ile prenatal tanısının tartışılmasıdır.

Olgu 1: 38 yaşında gravida 1 parite 0 olgu; 23. gestasyonel haftada kliniğimize başvurdu. Ultrasonografisinde 23 hafta 2 gün tek intrauterin canlı fetüs izlendi. Olgunun nörosonografik incelemesinde, falks, interhemisferik fissür, cavum septum pellucidum, corpus callosum ve 3. ventrikülü içeren orta hat yapılarının hiçbirisi yoktu, talamuslar orta hatta birleşik izlendi (Resim 1). Siklopi probosis mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde diyafragma hernisi, rocker bottom feet ve safra kesesi normalden uzun ve kıvrımlı izlendi. Yapılan 3d ultrason incelemesinde siklopi ve probosis yüz görünümü netleştirildi (Resim 2). Aileye ultrasonografik tanı sonrası prognozla ilgili olarak prenatal danışmanlık verildi. Amniyosentez işlemi uygulandı. Terminasyon isteyen olguya indüksiyon yapıldı (Resim 3). Karyotip sonucu Trizomi 13 olarak raporlandı.

Olgu 2: 34 yaşında gravida 3, parite 2 olan 19 hafta 6 gün gebe olgu kliniğimize refere edildi. ultrasonografisinde alobar holoprozensefali, siklopi, probosis, kalpte tek ventrikül, ensefalosel, tek umbilikal arter mevcuttu. Yapılan 3d ultrason incelemesinde siklopi ve probosis yüz görünümü netleştirildi (Resim 4). Terminasyon isteyen olguya amniyosentez işlemi sonrası indüksiyon uygulandı (Resim 5). Bu olgunun da karyotip sonucu Trizomi 13 idi.

Sonuç: Alobar holoprosensefalide erken ve doğru prenatal tanı, prognozun ağır olması sebebiye büyük önem arz etmektedir. Zamanında terminasyon uygulanması ailenin yaşayabileceği psikososyal travmayı en aza indirmek için gereklidir. Yeni gelişen teknolojiler ile 3d ultrason uygulamaları tanıyı kolaylaştırmakta ve aileye prognozun ciddiyeti konusunda fikir vermektedir.

Anahtar kelimeler: alobar holoprozensefali, probosis, siklopi, 3D ultrasonografi, trizomi 13

Alobar holoprozensefali 2D ultrason görüntüsü



Olgu 1'in siklopi, probosis 3D görüntüsü



Olgu 2'nin 3D ultrasonografi yüz görüntüsü



Olgu 2'nin postmortem görüntüsü



Olgu1 Postmortem yüz görüntüsü



SS-04 11 Aya Kadar Yaşamış Nadir Meckel Gruber Sendromlu Olgu

Melike Aslan, Şeyda Yavuzkır

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Elazığ

Amaç: Meckel-Gruber Sendromu (MGS), 1822’de Johann Friedrich Meckel tarafından tanımlanmış otozomal resesif geçişli, letal bir hastalıktır. Klasik triadı kistik renal displazi (%100), ensefalosel (%90) ve postaksial polidaktili (%83)’dir. Kesin tanı için bu bulgulardan en az ikisi bulunmalıdır. Olguların yaklaşık %57’sinde bu 3 bulgu da görülmektedir. Bu yazıda MGS tanısı almış olgunun prenatal tanı alması, gebeliğin terminasyon alternatifi seçeneği sunulmasına rağmen devamı ve literatürdeki 11 ay yaşayan nadir olgulardan biri olması nedeniyle ve sonraki gebelik için bilgi vermesi açısından sunumu amaçlanmıştır

Olgu: 40 yaşında, G5P4Y4 olan olguda akraba evliliği bulunmamaktaydı. Fetal anomali ön tanısıyla refere edildi. Son adet tarihine göre 18 haftalık gebede, posterior ensefalosel (Resim 1), her iki elde polidaktili (Resim 2), bilateral hafif renal pelviyektazi (Resim 3) mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Önceki gebeliklerine ait öyküsünde önemli bir özellik yoktu. Mevcut bulgular nedeniyle MGS tanısı konup terminasyon önerildi ancak anne ve partneri kabul etmedi. Karyotip analizi için CVS yapıldı. Sonucunda sayısal ve yapısal anomaliye rastlanmadı ve kromozom sayısı 46 XY olarak raporlandı. 34. Haftadaki takibinde oligohidroamnioz ve NST’de ağrı saptanması üzerine eski sezeryanlı olgunun, sezaryan ile doğumu gerçekleştirildi. 2370 gr erkek bebek 7/9 apgarla doğumu takiben yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Postnatal görünüm perinatal ultrasonu destekleyecek şekildeydi. (Resim 4-5). Postnatal 20. Gününde meningomyelosel+şant operasyonu uygulandı. Postnatal 11. Aya kadar 2 kere solunum sıkıntısı sebebiyle yoğunbakımda takip edilen olgu 11.ayda exitus olduğu aile tarafından bildirildi.

Sonuç: MGS’lu hastaların sağ kalım süreleri oldukça kısadır. Sıklıkla yaşamın ilk aylarında kaybedilirler. Olgumuzun 11 ay gibi uzun bir sağ kalım süresi göstermesi, nadir görülen bir durumdur. Literatürde iki yaşına kadar yaşayan bir olgu, yedi ve dört aylığa kadar yaşayan olgular bildirilmiştir. Bu olgu, literatürdeki MGS’lu hastalar içinde uzun süre yaşayan nadir bir örnek olması nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: ensefalosel, polidaktili, Meckel Gruber sendromu, ultrasonografi, fetal anomali

Ensefalosel ultrason görüntüsü



Hafif renal pelviyektazi ultason görüntüsü



Polidaktili



Polidaktili ultrason görüntüsü



Postoperatif ensefalosel skarı



SS-05 Prenatal Tanı Konulan Tekrarlayan Harlequin İktiyozis: Olgu Sunumu

Emircan Ertürk¹, Osman Ökmen¹, Gürcan Türkyılmaz²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Van

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Bilim Dalı, Van

Amaç: Bildirimizde son iki gebeliğinde tekrarlayan Harlequin İktiyozis tanılı olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu ve Bulgular: 33 yaşında gravida 7, parite 6 olan hasta gebeliğinin 31. haftasında su gelişi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın önceki doğumlarından iki tanesinin miadında inutero kayıp olduğu öğrenildi. Önceki gebeliğinin de erken membran rüptürü nedeniyle doğumunun olduğu ve palyaço bebek tanılı olduğu öğrenildi. Hastanın 31. gebelik haftasında yapılan ultrasonografik değerlendirilmesinde amniyon mayinin fazla partiküllü olduğu ve eklabium görünümü izlendi. Hasta prenatal invaziv tanısal testleri kabul etmedi. 32. gebelik haftasında hastanın ağrılarının olması üzerine normal vajinal doğumu gerçekleştirildi. Doğumu gerçekleştirilen kız bebeğin vücudunda yoğun keratinize plaklar ve bunların arasında derin fissürler, balık ağzı deformitesi, göz, dış kulak ve ekstremitte anomalileri saptandı.

Sonuç: Genetik geçişli ölümcül hastalıklarla prenatal tanı çok önemlidir. Harlequin iktiyozis gibi ölümcül deri hastalıklarında prenatal tanı zor olmakla birlikte fetal cilt biyopsileri ya da genetik analizler kullanılarak tanı koyulabilir.

Anahtar kelimeler: harlequin fetüs, İktiyozis, prenatal tanı, ultrasonografi, yenidoğan

Harlequin fetüsün karakteristik yüz görünümü, dış kulak yolu defekti, el ve ayak parmaklarında hipoplazi



SS-07 Triple Bubble İşareti: Proksimal Jejunal Atrezide Bir Belirteç

Miraç Özalp, Ömer Demir, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, Trabzon

Amaç: Jejunal atrezi prevalansı 1:3000 canlı doğumdur ve ileal atrezilerden biraz daha yaygındır (%51). Jejunoileal atrezi etiyolojisine ilişkin en yaygın hipotez, gelişmekte olan midgutun rotasyonu esnasında oluşan besleyici arterin atrezisi veya torsiyonu sonucu gelişen yetersiz kan akışıdır. Amacımız jejunal atrezili fetusun prenatal tanısı ve postnatal yönetimi hakkında deneyimlerimizi paylaşmaktır.

Olgu: 32 yaş, G3P2 olan 28 haftalık gebe, dış merkezden kliniğimize refere edilmiştir. Hastanın yapılan ultrasonunda; barsak anslarının dilate olduğu (en derin transvers çap: 12 mm, longitudinal uzunluk:24 mm), barsak duvarlarının hiperekojen olduğu, obstruksiyonun proksimalinde peristaltizmin arttığı izlendi, mide, duodenum ve jejenumu içeren kabarcıklar, triple-bubble işareti görüldü. Fetal safra kesesi izlendi. AFI tek cepte 13 cm, polihidroamniyoz mevcuttu. Hasta takiplerini perinatoloji konseyinde sürdürdü ve 38. haftada doğum eyleminin başlaması ile spontan vajinal doğum gerçekleştirildi. Çocuk cerrahisi doktorları tarafından atrezik kısım çıkarılarak anastomoz yapıldı, post-op 8. gün çocuk cerrahisi poliklinik kontrolü önerileri ile taburcu edildi.

Tartışma: Fetusta ileo-jejunal atrezi saptandığında kromozomal anomali riski düşük olduğundan karyotipleme önerilmemektedir. Bununla birlikte jejunal atrezilerde gastrointestinal sistem dışı anomali ihtimali ve kromozomal anomali ihtimali, ileal atrezilerden daha yüksektir. Çok nadir elma kabuğu veya multiple atreziler hariç ileo-jejunal atrezisi olan fetusların sonuçları iyidir. Çoğu klinisyen duodenal atrezide "double-bubble" işaretinin tanısallık faydasını bilse de, izole proksimal jejunal atrezide (PJA) "triple-bubble" işaretinin tanısallık değeri hakkında da bilgi sahibi olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: hiperekojen barsak, jejunal atrezi, polihidroamniyoz, prenatal tanı, triple-bubble işareti

Abdominal aksiyal kesit



Polihidroamniyoz



Triple-bubble işareti



SS-08 Sekonder Sitomegalovirus (CMV) Enfeksiyonuna Bağlı Gelişen İntrakranial Ultrasonografik Bulgular: Vaka Sunumu

Reyhan Ayaz

TC Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Maternal primer CMV enfeksiyon sekonder maternal enfeksiyona göre fetuslarda ve yenidoğanda daha ağır seyretmektedir. Bu vaka sunumunun amacı maternal sekonder CMV enfeksiyonu sonucu gelişen fetusun intrauterin ve postnatal bulgularının değerlendirilmesidir.

Metod: 2017 yılında hasta perinatoloji ünitesine intrauterin gelişme geriliği(İUGR) nedeniyle yönlendirilmiştir.

Bulgular: 20 yaşında gravida 2 abortus 1, 32 haftalık gebe kliniğimize başvurmuştur. Ultrasonografik muayenede şiddetli İUGR, oligohidroamniyos, ekojenik barsak, intraventriküler adezyon, temporal ve oksipital loblarda kistik lezyonlar, subependimal kistler, katarakt ve plasentomegali izlenmiştir. Bir önceki gebeliğine ait Anti CMV İg G pozitif, İg M negatif olarak eski kayıtlarından tespit edilmiştir. Bu gebeliğinde ise Anti CMV İg M pozitif saptanmış, İg G avidite testi yüksek olarak belirlenmiştir. Serolojik tablo sekonder CMV enfeksiyonu işaret etmekte olup hastaya amniyon sıvısında CMV PCR çalışılması ve fetal kranial MRI yapılması önerilmiş fakat hasta reddetmiştir. 37. gebelik haftasında spontan vajinal doğumla 1930 gr tek canlı erkek bebek doğurtulmuştur. Yenidoğan bebekte katarakt ve trombositopeni saptanmış, idrarda CMV PCR pozitif beirlenmesi üzerine gansiklovir tedavisine başlanmıştır. Postpartum 3. gününde nekrotizan enterkolit gelişmesi üzerine acil laparotimide ileal perforasyon görülmüş ve ileotomi yapılmıştır. Postpartum 10. gününde sepsise bağlı ölüm gelişmiştir.

Sonuç: Bu vaka son trimester ultrason incelemesinin önemini ve intrauterin gelişme geriliğinin CMV enfeksiyonu ile ilişkisini, sekonder maternal CMV enfeksiyonunun fetus ve postnatal dönemde ciddi sekellere yolaçabildiğini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: sekonder CMV enfeksiyonu, temporal horn kisti, subependimal kist, intraventriküler adezyon, plasentomegali

Katarakt 35. gebelik haftasında



Bilateral temporal horn kisti 32.gebelik haftasında



İntraventriküler adezyon 32. gebelik haftasında



32. Gebelik haftasında subependimal kistler



32. Gebelik haftasında oksipital hornunda kistik lezyon



SS-09 Prenatal Aberran Sağ Subklavian Arter Saptanan (ARSA) Olgularda 22q11.2 Microdelesyonu Saptamak için İleri Genetik Testler Gerekli midir?

Reyhan Ayaz

TC Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: DiGeorge sendromu insidansı 10000 de 3 olup ARSA ile birlikteliği hakkında veriler sınırlıdır. Bu nedenle daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. Düşük riskli popülasyonda ARSA prevalansını ve ARSA ile diğer risk faktörlerine bakılmaksızın 22q11.2 mikrodelesyon ilişkisini belirlemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Metod: 2016 Ağustos ile 2019 Şubat ayları arasında kliniğimize başvuran hastalar üzerinde yapılmış retrospektif bir araştırma olup 5211 gebe hastaya fetal ekokardiyografi ve ultrasonografik fetal anatomik değerlendirme yapılmıştır. 3 damar trakea seviyesinde doppler usg ile internal mammarian arter arasında timus bezi değerlendirilmiştir. ARSA saptanan olgulara prenatal invazif testler hakkında danışmanlık verilmiştir.

Bulgular: 5211 gebede 57 ARSA olan hasta saptandı, 38 tanesi izole olup geri kalanında soft marker ve fetal anomaliye rastlandı. ARSA olan tüm hastalarda timus ultrasonografik olarak izlendi. 19 hastaya amniyosentez işlemi uygulandı. Gerikalan hastaların 15'i postnatal dönemde 22q11.2 delesyonu açısından flöresan insitu hibridizasyon (FISH) testinin yapılmasını kabul etti. Gebelik ve postnatal dönemde FISH yapılan hastaların hiçbirinde 22q11.2 delesyonuna rastlanmadı.

Sonuç: Düşük gelirli bölgede yaşayan bizim hasta popülasyonumuzda ARSA insidansı %1.1 olarak saptadık. Yapısal anomaliler için ARSA saptandıktan sonra detaylı anatomik tarama ve fetal ekokardiyografik inceleme yapılması gereklidir. Bizim kohortumuzda Arsa saptanan hiçbir hastada konotrunkal anomali ve 22q11.2 mikrodelesyonu saptanmamıştır. İzole ARSA saptanan olgularda 22q11.2 delesyonu için ileri araştırma yapılması gerekmeyebilir.

Anahtar kelimeler: DiGeorge sendromu, 22q11.2 mikrodelesyon, aberran sağ subklavian arter, prenatal tanı, fetal ekokardiyografi

SS-10 İkiz "Reversed Arterial" Perfüzyon Sekansında (TRAP) İlk Trimester Sonografi Bulguları

Ümran Kılınçdemir Turgut, Mihriban Kılçar, Mekin Sezik

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

Giriş: Akardiyak ikiz olarak da bilinen "twin reversed arterial" perfüzyon TRAP sekansı, monokoryonik çoğul gebeliklerin bir komplikasyonudur. Arter-arter şantı ve buna eşlik eden ven-ven şantı olduğu düşünülmektedir. Akardiyak ikiz eşi, ters akım oluşarak normal ikiz eşinden oksijenlenmemiş kanı iliak arterler aracılığı ile alır ve dolaşımını sağladıktan sonra umbilikal veni kullanarak normal ikiz eşi ile olan ven-ven şantı aracılığı ile dolaşımını tamamlar. Bu dolaşım şekli nedeni ile akardiyak ikizde sıklıkla sadece vücudun alt kısmı beslendiği için üst vücut kısmı gelişmez. Gelişen vücut kısımlarına göre çeşitli alt grupları bulunmaktadır. Baş büyümesinin olmaması akardius asefalus, kısmen gelişmiş baş ile birlikte ekstremiteler izlenmesi akardius miyelasefalus, tanımlanabilen herhangi bir yapı yoksa akardius amorfus olarak adlandırılır.

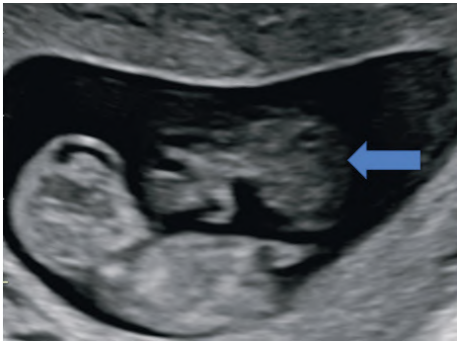
Olgu: sunumumuzda ilk trimesterde üst ekstremiteler ve kraniyum gelişimi mevcut olan akardius miyelasefalus ile uyumlu fetüsün sonografi görüntüleri sunulmaktadır.

Olgu: Özgeçmişinde özellik olmayan 28 yaşında, gravida 2 para 1 spontan monokoryonik ikiz gebe, 10 hafta 1 gün gebelik haftasında dış merkezden fetal anomali -şüpheli omfalosel- ön tanısı ile merkezimize sevk edildi. Transabdominal ultrasonografide, 10 hafta 1 gün ile uyumlu normal görünümlü fetüs ve bu fetüs ile bağlantısı saptanmayan kardiyak aktivite izlenmeyen fakat Doppler incelemesinde vasküler akım içeren kitle saptandı. (Şekil 1). Kitle çevresinde belirgin ödem mevcuttu (Şekil 2). Ayrıca, fetal kraniyum ile uyumlu görünüm ve anormal yapıda vertebralar bu ödemli dokunun içerisinde ayırt edildi (Şekil 3). Kitle yan yüzeylerinde üst ekstremiteler ile uyumlu primitif çıkıntılar saptandı (Şekil 4). Kitlenin plasenta ile bağlantı bölgesinde Doppler ile diyastol sonu akım kaybı paterni mevcuttu (Şekil 5). Bu bulgular eşliğinde akardius miyelasefalus ile uyumlu TRAP sekansı tanısı konuldu. İntrauterin tedavi seçenekleri ve TRAP sekansının prognozu hakkındaki ayrıntılı danışmanlık sonrasında gebe, terminasyon yönünde karar verdi.

Sonuç: Monokoryonik ikiz gebeliğin nadir komplikasyonu olan, akardiyak ikiz olarak da bilinen, TRAP sekansı, gebeliğin erken döneminde sonografi ile saptanabilmektedir. İkiz gebeliklerde gebeliğin 9-10 haftasında dikkatli ultrasonografik muayenenin önemi vurgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: akardius miyelasefalus, akardiyak ikiz, çoğul gebelik, monokoryonik ikiz gebelik, TRAP sekansı

TRAP sekansı. Anormal fetüsün (ok) normal fetüs ile bağlantısı izlenmeyen kitle görüntüsü



TRAP sekansı. Anormal fetüs (ok) çevresinde belirgin ödem



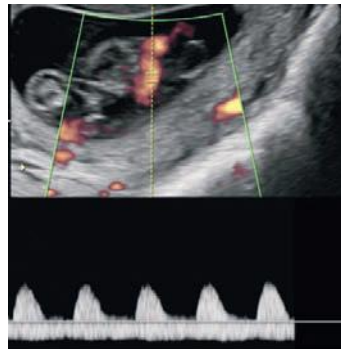
TRAP sekansı. Anormal fetüste baş ve anormal vertebra görüntüsü



TRAP sekansı. Anormal fetüs: Üst ekstremiteler (ok), kardiyak gelişim saptanmayan ödemli fetal gövde ve kraniyum görüntüsü; sol altta normal ikiz eşi



TRAP sekansı. Anormal fetüsün Doppler incelemesinde kardiyak aktivite bulunmayan kitlede umbilikal damarlarda diyastolik akım kaybı



SS-11 Kordosentezin Fetal Kalp Hızı ile Fetal Umblikal ve Fetal Orta Serebral Arter Doppleri Üzerine Olan Etkisi

Züat Acar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

Amaç: Kordosentez işlemi sonrası 1. ve 60 dakika içinde işlemin fetal kalp hızı ile fetal umbilikal arter ve orta serebral arter doppleri üzerine olan etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: 24-32. haftalar arası tanısal kordosentez yapılan 42 gebe çalışmaya alındı. Fetal kalp hızı ile umbilikal arter (UmbA) ve fetal orta serebral arter (MCA)'deki pulsatilite indeksi (PI) pulsewave Doppler ultrasonografi ile işlemden önce, işlemden hemen sonra (1. dakika içinde), ve 60. dakikada incelendi. Fetal kalp hızı 110 atım/dakika altında ise fetal bradikardi, 160 atım/dakika üstünde ise fetal taşikardi olarak değerlendirildi. UmbA ve MCA PI değerleri 5 percentile(p) altında ise düşük PI, 95 p üstünde ise yüksek PI olarak kabul edildi.

Bulgular: Kordosentez yapılan olguların ortalama gebelik haftası 27.35 ± 4.54 olarak bulundu ve en sık anormal ultrasonografi bulgular nedeni ile işlem gerçekleştirildi. Diğer endikasyonları tablo 1 de gösterildi. Kordosentez işlemi uygulanan n:42 gebenin 1. dakikada bakılan fetal kalp hızı ölçümünde, n:4 (%9.5) vakada fetal bradikardi, n:2(%4.7) vakada fetal taşikardi saptanırken, 60 dakikada fetal kalp hızları düzelmişti. UmbA PI değerlerinde ise n:7 (%16.6) olguda azalmış PI, n:5 (%11.9)olguda ise yüksek PI saptandı, 60. dakikada ise ölçülen PI değerleri normal percentil aralığında idi. Ölçülen MCA PI degerlerinde ise başlangıç değerlerine göre 1ve 60. dakikadaki PI degerleri arasında anlamlı bir değişiklik saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda fetal kalp hızındaki değişiklikler ile fetal umbilikal arterde meydana gelen doppler değerlerindeki değişikliklerin geçici olduğunu ve bunun patolojik yanıtlardan ziyade fizyolojik olabileceğini göstermeye çalıştık. MCA dopplerinde de anlamlı bir değişiklik olmaması işleme bağlı fetusta hipoksik bir etkilenmenin olmadığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Doppler, fetal kalp hızı, kordosentez, ultrasonografi, umbilikal arter

Kordosentez endikasyonları

	n	%
Anormal ultrasonografi bulguları	25	59.5
İleri anne yaşı	5	11.9
Anomali doğum öyküsü	3	7.1
Tarama testlerinde yüksek risk	4	9.5
Paternal dengeli translokasyon	1	2.3
Yetersiz amniyon sıvısı kültürü	2	4.7
Cell free DNA testinde yüksek risk	2	4.7

SS-12 Fetal Kalp Taraması için Dört Oda Görünümünün Yetmeyeceğine Dair Vurgu: Prenatal Dönemde Saptanan Trunkus Arteriosuz Tip 1 Olgu Sunumu

Mehmet Özsürmeli¹, Ünal Türkay¹, Okan Tuğral², Abdulkadir Babaoğlu³

¹Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Kocaeli

²Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, Kocaeli

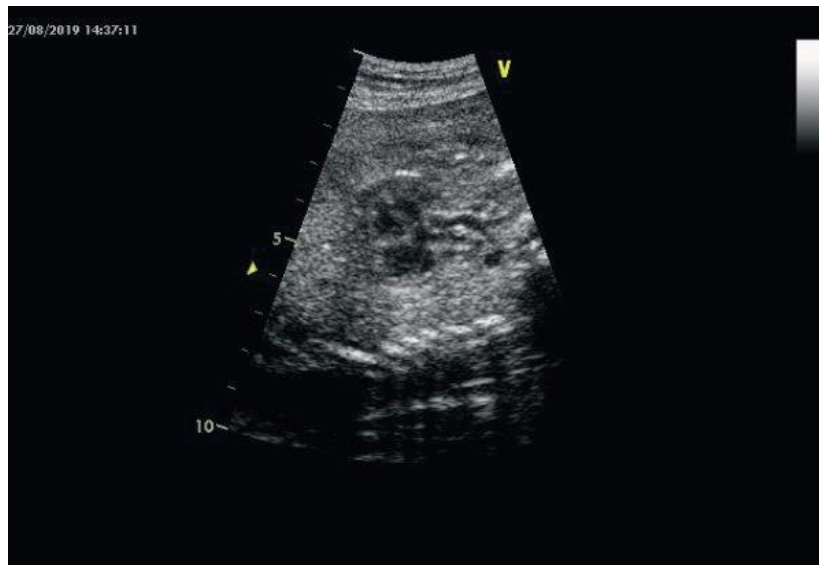
Giriş: Trunkus arteriosuz; kalpten çıkan ve sistemik, pulmoner ve koroner dolaşıma dallar veren tek arteriyel kök ile ilişkili bir konjenital kalp hastalığıdır. Normalde bölünerek pulmoner arterler ve aortayı oluşturması gereken ana gövdenin embriyogenez sürecinde bölünmemesiyle oluşur. Hastalığın spektrumu geniştir ve ağırlıklı olarak pulmoner arterlerin anatomik kökenine göre 4 tipte sınıflandırılmaktadır. Tip 1’de sağ ve sol pulmoner arterler ana pulmoner gövdeden çıkarlar. Tip 4’te pulmoner arterler aortik arkustan veya inen aortadan çıkmaktadır. Tip 1 ve 4 prenatal dönemde en sık saptanan tipleridir. Ventriküler septal defekt (VSD) büyük değilse dört oda görünümü normaldir. Damar çıkış kesitinde hizasız VSD üzerinde büyük bir damar izlenir, sağ ventrikülden çıkan pulmoner arter izlenemez. Kapağı sıklıkla displaziktir. Ayrıcı tanıda Fallot Tetralojisi vardır.

Olgu: 28 haftalık gebeliği olan, 30 yaşında, tıbbi öyküsünde özelliği olmayan hasta tarafımızca Fallot Tetralojisi ön tanısıyla gönderildi. Yapılan değerlendirmede fetal aks ve dört boşluk görüntüsü normal saptandı. Situs anomalisi izlenmedi. Damar çıkış kesitlerinde tek büyük bir damarın her iki ventrikülden (septumun üzerine binerek) çıktığı izlendi. Bu damarın kapağı displazikti ve yetmezlik mevcuttu. Her iki pulmoner arterin ve aortun bu ana gövdeden dallandığı gösterildi. Ayrıca aortik ark kesintiye uğramıştı, duktal arkus ile sistemik dolaşım sağlanıyordu. Trunkus arteriosuz tip 1 ve kesintili aortik arkus olarak değerlendirildi. Karyotip analizi önerildi. Şu an gebelik 32.haftada devam etmektedir.

Sonuç: Fetal konjenital kalp anomalisi taramasında bazı anomalileri atlamamak için mutlaka damar çıkış kesitleri de değerlendirilmelidir. Ata biner tarzda tek büyük damar izlendiğinde, sağ ventrikülden de damar çıkımı görülemiyorsa ayrıca tanıya iki hastalık girer: Fallot tetralojisi ve trunkus arteriosuz. Her iki anomalinin ayırt edici ultrasonografik özelliklerini bilmek, prognozları çok farklı olan bu iki durum için doğru danışmanlığı sağlayacaktır. Mutlaka aortik arkus değerlendirilmeli, karyotip analizi (22q11mikrodelesyonu dahil) önerilmelidir. Doğum çocuk kardiyolojisi ve kalp damar cerrahisi olan üçüncül merkezde planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: fetal kalp, prenatal tanı, trunkus arteriosuz, ultrason, ventriküler septal defek

Uzun eksen görüntüsü



SS-13 Obstetrik Ultrasonografi ile Tanı Konulan Konjenital Sfiliz Vakası

And Yavuz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Antalya

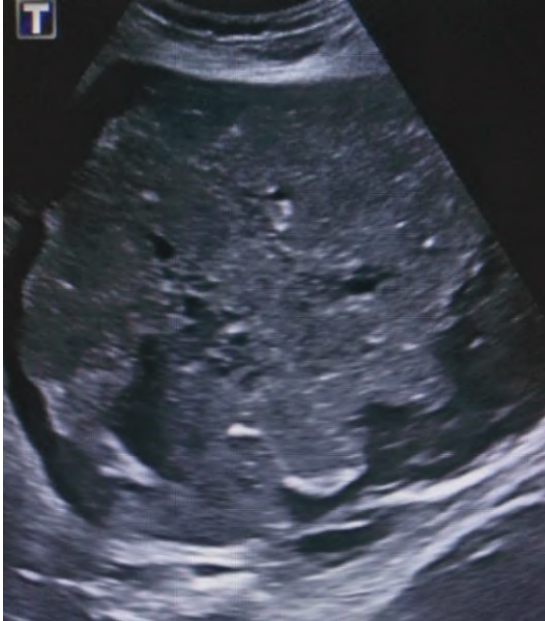
Konjenital sifiliz nadir olarak görülmekle birlikte son yıllarda sıklığı belirgin şekilde artmaktadır. 2016 yılında yapılan bir meta analizde sıklığı 100 bin canlı doğumda 473 olarak bildirilmiştir. Merkezi Hastalık Önleme Merkezi (CDC) tüm gebelere ilk vizitte sifiliz için tarama önermektedir. Risk altında olan kadınlara ise 28-32. haftalarda ve doğum esnasında taramanın tekrarını önermektedir. Tarama nontrponemal testler olan Venereal Disase Research Laboratory (VDRL) ve Rapid Plasma Reagin (RPR) ile yapılmaktadır. Nontroponemal testlerin yanlış pozitiflik oranı yüksek olması nedeniyle pozitif çıkan olgular troponemal testlerle doğrulanmaktadır. Tedavi kristalize penisilinle yapılmaktadır. Gebelikte sifiliz enfeksiyonu spontan abortus, erken doğum, intrauterin fetal ölüm, düşük doğum ağırlığı ve konjenital enfeksiyona yola açabilir. Erken doğumsal sifilizin klinik bulguları yenidoğanlarda oldukça değişkenlik göstermektedir. En erken bulgu pürülan, kanlı olabilen burun akıntısı ile seyreden persistan rinittir. Diğer bulgular hepatosplenomegali, lenfadenopati, makülopapüler, vezikülo-büllöz döküntüler, mukokütanöz lezyonlar, kondüloma lata, pnömoni, nefrotik sendrom, santral sinir sistemi anomalileri, psödoparalizi, ödem, sarılık, anemi, trombositopeni ve lökopenidir.

Olgu: Düzensiz takipli 21 yaşında primigravid gebe 30. gebelik haftasında gelişme geriliği ön tanısı ile polikliniğimize refere edildi. Gebenin obstetrik ultrasonografisinde; biyometrik ölçümlerde 12 günlük simetrik gerilik, fetal hepatomegali ile birlikte plasenta ve fetal karaciğerde çok sayıda kalsifikasyon olduğu saptandı (Şekil 1, 2). Maternal seroloji testinde toksoplazma, rubella ve CMV Ig M-G negatif olarak çıkarken VDRL testi 1/160 titrede pozitif saptandı. Treponema pallidum hemaglutinasyon testi (TPHA) ile sifiliz teşhisi doğrulandı. Tedavi için anneye bir hafta arayla iki doz 2.4 milyon ünite kristalize penisilin intramüsküler olarak uygulandı. Maternal VDRL titresi 33. haftada 1/8'e düşerken fetal ultrasonografik bulgulara değişme görülmedi. Gebenin izlemi devam etmektedir.

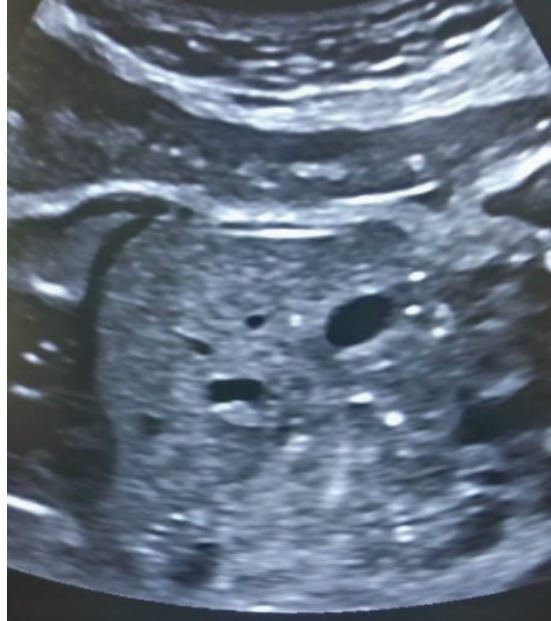
Sonuç: Ultrason sırasında plasental ve fetal karaciğer kalsifikasyonu saptanan olgularda sifiliz ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: hepatomegali, intrauterin gelişme geriliği, kalsifikasyon, plasentomegali, sifiliz

Plasenta içinde izlenen yaygın kalsifikasyonlar



Fetal karaciğerde çok sayıda kalsifikasyon



SS-14 Femoro-fasial Sendromun Prenatal Tanısı; Olgu SunumuMüslüm Sarıkaya¹, Fedi Ercan², Erzat Toprak³, Ali Acar³¹Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Konya²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Şanlıurfa³Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Konya

Giriş: Femoro-fasial sendrom (FFS), spesifik fasiyal özellikler ve değişken derecelerde femoral hipoplazi ile karakterize, aynı zamanda "femoral hipoplazi-olağandışı fasiyal sendrom" olarak da bilinen nadir bir konjenital anomalidir. FFS'ye diğer anomaliler de zaman zaman eşlik edebilir. Vakaların çoğu sporadiktir, ancak bazı gözlemler ailesel genetik kaynaklı olgular da tanımlamıştır. Bununla birlikte, hiçbir kromozomal veya genetik temel tespit edilememiştir.

Olguların %27.2'sinde tanıdan doğum öncesi şüphe edilirken, maternal diyabet %42.4'ünde bulunur. Fetal karyotip olguların %97.1'inde normaldir. FFS için femoral etkilenme olguların % 78.3'ünde hipoplazi, %12'sinde agenezi ve %9.8'inde ise her ikisi şeklindedir. Hastaların %84.8'inde etkilenme bilateraldir. Mikrognati vakaların %65.2'sinde, yarı dudak ve/veya damakta %63'ünde ve diğer anomaliler ise %53.3'ünde mevcuttur.

Burada, tip 1 diabetes mellituslu bir gebede doğum öncesi dönemde tanı konmuş bir FFS olgusu sunulmaktadır.

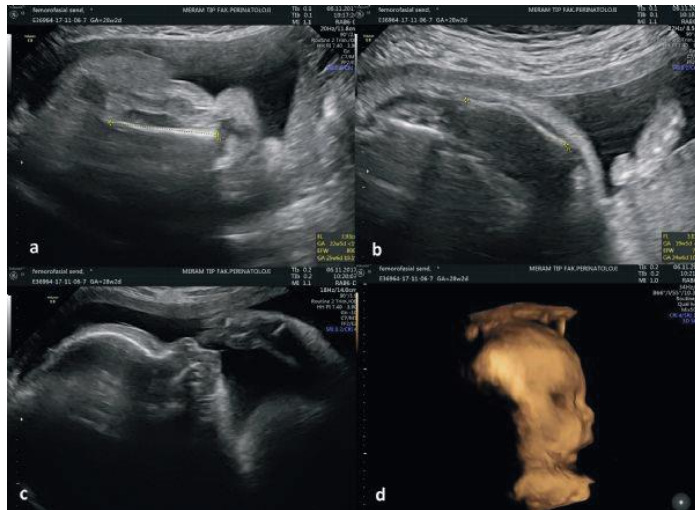
Olgu: Otuz üç yaşında G2P0 pregestasyonel-diyabetik bir gebe tarafımıza anomali şüphesi ile refere edilmiştir. Tıbbi öyküsünde 16 yıldır tip 1 diyabet hastası olduğu ve birinci trimester ultrason (US) değerlendirmesinin herhangi bir anormallik göstermediği öğrenildi (NT 1.6 mm). Üçüncü trimester US değerlendirmesinde (28hf-2g), her iki femurda asimetrik kısalma ve eğrilik görüldü (resim 1 a,b; Femur uzunlukları 31.3 mm ve 39.3 mm; her ikisi de <1. persentil). Diğer uzun kemikler normal yapıdaydı. Fetal yüz profilinde mikrognati görüldü (resim 1 c,d).

Doğumda, yeni doğan 44 cm (3.persentil) ve 3.100 g (40.persentil) idi. Her iki femur da hipoplazikti. Fetal yüzde mikrognati gözlemlendi. Morfolojik özelliklerin ve femurların asimetrik bir kısalmasının bu kombinasyonu FFS tanısına neden olmuştur.

Sonuç: Spesifik biyolojik veya genetik belirteçlerin yokluğunda, FFS'nin teşhis edilmesi güçtür. Tanımlayıcı femoral lezyonlar diğer hastalıklarda gözlenebilir. Bu nedenle, FFS tanısı genellikle yalnızca doğumdan sonra kesin olarak konur. Bu durum, çok faktörlü kalıtım gösteren FFS'nin etiyolojik araştırmasına duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Her ne kadar FFS'nin altında yatan genetik mekanizma henüz tanımlanamamışsa da, dizi-CGH ve ekzom sekanslama yöntemlerinin sistematik uygulamasının bu sendromu anlamamızı hızlı bir şekilde iyileştirmesi muhtemeldir.

Anahtar kelimeler: diyabetik embriyopati, femoro-fasial sendrom, femoral hipoplazi-olağandışı yüz sendromu, mikrognati, pregestasyonel diyabet

28 hafta 2 gün fetüsün ultrason görüntüleri. Ultrason çok kısa femoru (a, b) ve mikrognatiyi (c, d) göstermektedir.



Kısa ve eğik uylukları olan karakteristik dismorfik femoral özellikler (a). Mikrognati (b).



SS-15 İkinci Basamak Bir Merkezde Yapılan Fetal Redüksiyon ve Seletif Terminasyon Sonuçları

Fedi Ercan¹, Emre Ekmekçi¹, Çağdaş Demiroğlu²

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Şanlıurfa

²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Şanlıurfa

Giriş: Çoğul gebelikler, çeşitli maternal, fetal ve neonatal komplikasyonlar için tekil gebeliklere göre daha yüksek risk altındadır. Çoğul gebeliklerde fetus sayısını azaltmak ve böylece maternal sonucu ve hayatta kalan fetüsün sonuçlarını iyileştirmek için multifetal gebelik redüksiyonu (MFR) ve selektif terminasyon (ST) prosedürleri geliştirilmiştir. MFR’de seçilen fetus yada fetüsler çoğunlukla rastgele ancak teknik şartlar gözönünde bulundurularak seçilir. Ancak ST vakalarında durum biraz farklıdır. Bu vakalar aynı zamanda fetal sayının azaltılmasını da içerir, ancak ST prosedürü, ultrason ile tanımlanmış olan bilinen bir genetik, yapısal veya diğer anormallikler (örn., intrauterine gelişim kısıtlılığı) ya da invaziv prosedürlerle (amniyosentez, koryon villus biyopsisi) saptanan anormallikler nedeniyle çoklu gebelikte bir veya daha fazla spesifik fetusa yöneliktir.

Bu çalışma, ikinci basamak bir hastanede tedavi edilen çoğul gebeliği olan hastalarda MFR ve ST prosedürlerinin maternal ve fetal sonuçlarını değerlendirmek için yapıldı.

Material ve Metod: Çalışmamız ikinci basamak hastanede yürütülen ve prospektif gözlemsel bir çalışmadır. Ocak 2018 ile Şubat 2019 tarihleri arasındaki 1.5 yıllık periyotta kendiliğinden yada infertilite tedavisi ile (ovulasyon indüksiyonu, intra-uterin inseminasyon ya da İVF) çoğul gebe kalan hastalar içerisinde MFR veya ST prosedürleri uygulanan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya MFR prosedürü uygulanan 9 çoğul gebelik ve ST prosedürü uygulanan 6 çoğul gebelik dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların birinde 24 hafta öncesi gebelik kaybı yaşandı. Bu hastaya MFR prosedürü uygulanmıştı. MFR vakalarının %87.5’i ve ST vakalarının %33’ü sezaryen ile doğurdu. MFR uygulanan gebeliklerde ortalama doğum ağırlığı 2631 gr iken, ortalama doğum haftası 37’ti. ST uygulanan gebeliklerde ortalama doğum ağırlığı 2940 gr ve ortalama doğum haftası 33.6’ıydı. Yenidoğan yoğun ihtiyacı ST gebeliklerde %33, MFR gebeliklerde %50 olarak bulundu.

Sonuç: Çoğul gebeliklerde MFR ve ST’den sonar uygun gebelik sonuçları elde edilebilir. Ancak işlem özellikle fetal redüksiyon prosedüründe tamamen güvenli değildir.

Anahtar kelimeler: çoğul gebelik, fetal anomali, fetal redüksiyon, fetosit, selektif terminasyon

Birinci trimesterde multi fetal redüksiyon prosedürü sırasında ultrason görüntüsü (a, ok iğneyi gösteriyor). İkinci trimester ikiz eşi ensefalosel olan gebelikte (b1, yıldızlı fetus) selektif terminasyon sırasında ultrason görüntüsü (b2, ok iğneyi gösteriyor).



Va ka	Yaş	G	P	Koryo nisite	Prose dür	ST Endi kas yonu	Prose dür haf tası	Prose dür komp likas yonu	Gebe lik komp likas yonu	Do ğum haf tası	Do ğum şek li	Do ğum kilo su (gram)	YDYB ihti yacı	O pe ra tör
1	35	3	2	DK-DA	ST	Kistik higro- ma	14	-	-	38	Vajinal	2950	Yok	1
2	27	2	1	DK-TRİA	MFR	-	13	-	-	39	Vajinal	3015	Yok	1
3	23	1	0	DK-TRİA	MFR	-	13	-	-	39	Sezaryen	3320	Yok	2
4	35	11	9	DK-DA	ST	Holo- prosensefali	16	-	Erken doğ um	28	Sezaryen	1450	Var	2
5	24	2	1	TETRAK- TETRAA	MFR	-	11	-	-	36	Sezaryen	2450/ 2400	Var	2
6	32	4	3	DK-TRİA	MFR	-	13	-	-	39	Sezaryen	3050	Var	2
7	27	6	4	TRİK- TRİA	ST	Hipoplastik sol kalp	19	-	-	36	Sezaryen	2600/ 2490	Var	2
8	36	7	5	DK-DA	ST	Ensefalosel	16	-	-	39	Vajinal	3800	Yok	2
9	21	1	0	DK-DA	ST	PPROM	16	-	-	40	Vajinal	3000	Yok	2
10	28	3	2	TRİK- TRİA	MFR	-	12	-	-	36	Sezaryen	2570	Yok	2
11	24	1	0	TETRAK- TETRAA	MFR	-	13	Geçici va- jinal kana- ma	Erken doğ um/ İUGR	35	Sezaryen	1400/ 2010	Var	2
12	22	2	1	TRİK- TETRAA	MFR	-	13	Fetal kayıp	Akut tok sop lazmo zis	21	Termi- nasyon	-	-	2
13	25	3	1	TETRAK- TETRAA	MFR	-	12	-	-	35	Sezaryen	2400/ 2100	Var	1
14	35	14	11	DK-DA	ST	Kistik higro- ma	17	-	-	39	Vajinal	3900	Yok	1
15	24	2	0	TETRAK- TETRAA	MFR	-	12	-	-	37	Sezaryen	2800/ 2550	Yok	2

Fetal redüksiyon ve selektif terminasyon vakalarının bilgileri

DK-DA: Dikoryonik-Diamniyotik

DK-TRİA: Dikoryonik-Triamniyotik

TETRAK-TETRAA: Tetrakoryonik-Tetraamniyotik

TRİK-TRİA: Trikoryonik-Triamniyotik

TRİK-TETRAA: Trikoryonik-Tetraamniyotik

ST: Selektif Terminasyon MFR: Multifetal Redüksiyon

PPROM: Preterm Prematür Membran Ruptürü

YDYB: Yenidoğan Yoğun Bakım

IUGR: İntrauterin gelişme geriliği

SS-16 İkinci Üçayda Saptanan Doğumsal Kalp Anomalisinin Merkezi Sinir Sistem Ölçümleri Üzerine Etkileri

Fatma İşlek Uzunay¹, Selim Büyükkurt¹, Nazan Özbarlas², Mete Sucu¹, Selahattin Mısırlıoğlu¹, Erol Arslan¹, Çiğdem Akçabay¹, Masum Kayapınar¹, Ferda Özlü³, Süleyman Cansun Demir¹, İsmail Cüneyt Evrûke¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, Adana

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yenidoğan Bilim Dalı, Adana

Amaç: Doğumsal kalp anomalileri tüm gebeliklerin % 1'ini etkiler. Son 20 yılda kalp cerrahisindeki gelişmeler sayesinde yaşam umudu olmayan pek çok hastalık için tedavi imkanı belirmiştir. Hayatta kalan çocuklarda dikkat çeken sorunlardan biri de nöro-gelişimsel geriliktir. Nöro-gelişimsel geriliğin nedeni olarak cerrahi sırasında oluşabilen hasarlar kadar, cerrahi öncesinde erken yenidoğan ve hatta antenatal dönemde saptanan değişikliklerin olduğu öne sürülmüştür.

Yöntem: Üçüncü basamakta doğumsal kalp anomalisi tanısı almış hastaların dijital kayıtları geriye dönük olarak incelenip, standart biyometrik ölçümler ve merkezi sinir sisteminde Sylvius oyuğu derinliği, taban genişliği ve alanı ölçülmüştür. Değerlendirme kullanılan sınıflamalar Tablo 1'de gösterilmektedir.

Bulgular: Son beş yılın verisi içinde tekil, ek malformasyon ve kromozom anomalisi olmayan, büyüme gelişme bozukluğu yapabilecek diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların olmadığı, fetustaki kalp anomalisinin disritmi ve myokard hasarı olmadığı 66 hasta saptanmıştır.

A ve B sınıflama sistemlerine göre fetusların muayene anındaki gebelik haftası, biparietal çap, kafa çevresi, karın çevresi, femur uzunluğu, tahmini fetal ağırlık, serebellum çapı, Sylvius oyuğu derinliği, taban genişliği ve alanı arasında fark saptanmamıştır ($p>0,5$). C sınıflama sisteminde ise tahmini fetal ağırlık ve Sylvius oyuğunun alanı sınıf 4'te anlamlı olarak daha küçük bulunmuştur ($p<0,5$).

Sonuç: Bugüne kadar yapılmış çalışmalarda antenatal dönemde baş ölçümlerinin küçük olması, ak madde gelişim kusuru, germinal matrikste immatürite, anormal serebral Doppler değerlerinin nöro-gelişimsel kusurla ilişkisi öne sürülmüştür. Tek ventriküllü ve arkus aortada darlığı olan fetusların daha düşük tahmini ağırlıkta ve Sylvius oyuğunun yüzeyinin daha dar olması dikkat çekici bulgulardır.

Anahtar kelimeler: doğumsal kalp anomalisi, merkezi sinir sistemi, prenatal tanı, sylvius oyuğu, prenatal tanı

Doğumsal kalp anomalilerinin karşılaştırmalı sınıflaması

	A	B	C
Sınıf 1	Beyne düşük O2 sunulması	Arkus aortada ters akım	İki ventrikül var ve aortada tıkanıklık yok
Sınıf 2	Kalp içinde O2'den zengin ve fakir kanın karışması	Arkus aortada ileri ama kısıtlı akım	İki ventrikül var ve arkus aortada tıkanıklık var
Sınıf 3	Beyne normal miktarda O2 sunulması	Arkus aortada normal akım	Tek ventrikül var ve aortada tıkanıklık yok
Sınıf 4			Tek ventrikül var ve arkus aortada tıkanıklık var

SS-17 Mesane Ektrofisi: Olgu SunumuSüleyman Cemil Oğlak¹, Ece Öcal²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı, Diyarbakır²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Departmanı, Diyarbakır

Giriş: Mesane ektrofisi, nadir görülen kompleks konjenital malformasyondur. Erkek ve dişi fetüslerde eşit oranda görülür. Sıklığı 30 bin canlı doğumda bir vaka olarak bildirilmektedir. Hem çevresel hem de genetik faktörlerin patogeneze rol oynadığı düşünülmekle beraber altta yatan neden tam olarak bilinmemektedir. OEIS kompleksi gibi diğer anomalilerle birlikte görülebildiği vakalar olmasına rağmen, çoğunlukla diğer major anomalilerle birlikte olmadan izole bir malformasyon olarak ortaya çıkar. Bildirilmiş tek önemli maternal risk faktörü ilerlemiş anne yaşıdır. Tanıdaki çeşitli güçlükler nedeni ile prenatal tanı oranı yaklaşık %15'tir. Ultrasonografik muayenede alt abdominal duvar defekti ile birlikte mesane doluluğu görünümünün olmaması ile 20. haftadan önce tanı konulabilir ancak erken gebelik döneminde fetal idrar üretiminin sınırlı olması nedeni ile dolu mesane görünümü her zaman görülmediğinden, bu bulgu muayene esnasında gözardı edilebilmektedir. Diğer ultrason bulguları alt abdominal protrüzyon, erkek fetüslerde küçük fallus ile birlikte anteriora doğru yer değiştirmiş skrotum, düşük yerleşimli umbilikal kordon ve iliak açıda genişlemedir. Fetal böbrekler ve idrar üretimi normal olduğundan amniyotik sıvı seviyeleri genellikle normaldir.

Olgu: 27 yaşında, dış merkezde omfalosel ön tanısı konulan hasta Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH Perinatoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan ultrasonografide 21w canlı fetüste, umbilikal insersiyonun hemen inferiorunda, amniyon sıvısına protrude olan, 21x21mm solid kitle izlendi. Epispadias ve küçük fallus dışında eşlik eden başka organ anomali mevcut değildi. İlk trimester tarama testlerinin olmaması üzerine invaziv test önerildi. Ancak hasta kabul etmedi. Çocuk cerrahi konsültasyonunda doğum sonrası operasyon önerildi. Amniyotik sıvı indeksi kontrollerde normal sınırlarda seyretti. Hasta, 36. haftada doğum kontraksiyonlarının başlaması üzerine sezaryenle doğurtuldu ve yenidoğan, çocuk cerrahi yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

Tartışma: Mesane ektrofisine genellikle gebeliğin 2. trimesterinde tanı konulmaktadır. İleriki yaşlarda dişi ve erkekte üriner kontinans sorunlarına, seksüel ve reproduktive problemlere yol açabilen bu anomalinin erken tanısı, aileye erken dönemde yasal sınırlar içerisinde terminasyon seçeneği sunabilmek açısından önemlidir ve bunun için objektif ve erken dönem tanı kriterlerine ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: epispadias, küçük fallus, mesane ektrofisi, terminasyon, ultrason

Mesane ektrofisi-1



Mesane ektrofisi-2



Mesane ektrofisi-3



Mesane ektrofisi-4



Mesane ektrofisi-5



SS-18 Nöral Tüp Defekti Tipinin Folik Asit ve B12 Vitamini Seviyesi ile İlişkisi

Reyhan Ayaz

TC Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı Türkiye'nin doğusunda yaşayan düşük gelirli popülasyonda düşük folik asit, düşük vitamin B12 düzeyi ve her iki vitaminin düşüklüğü ile nöral tüp defekti tipi arasında ilişkinin saptanmasıdır.

Yöntem: 2018-2019 yılları arasında Türkiye'nin doğusunda perinatoloji ünitesine başvuran hastaları içeren retrospektif bir çalışmadır. Nöral Tüp Defekti (NTD) fetus taşıyan gebe hastalar çalışmamızda yer almaktadır. NTD olan hastalar 3 gruba ayrılarak incelenmiş olup ilk grupta anensefali ve egzensefali, 2. grupta kraniyoraşisiz ve holoraşisiz, 3. grupta ise spina bifida yer almaktadır. Ultrasonda NTD saptandığı gün maternal venöz kan örnekleme yapıldı ve serum folat ve vitamin B12 seviyeleri ECLIA immünoanalitik test (Roche, cobas e601/602 analyzers) kullanılarak kemilüminesans yöntemi ile laboratuvarımızda ölçülmüştür.

Bulgular: 11552 hasta içerisinde 151 nöral tüp defekti olan fetus saptanmıştır. NTD oranı 10000 gebelikte 130 olarak bulunmuştur. %12,5 hastada sadece folik asit, %33,7 hastada vitamin B12 düzeyi, %29,8 hastada her iki vitamin düzeyinde düşüklük saptanmıştır. NTD olan her üç grupta sadece folik asit, sadece vitamin B12 veya her ikisinin düşüklüğü arasında herhangi bir fark saptanmamıştır.

Sonuç: Düşük folik asit, vitamin B12 veya her iki vitaminin birlikte düşüklüğü nöral tüp defektleri için rihs faktörü iken bu vitaminlerin düşüklüğü ile nöral tüp defekti tipi arasında ilişki saptanmamıştır.

Anahtar kelimeler: nöral tüp defekti, folik asit, vitamin B12, anensefali, spina bifida

	Anensefali Egzensefali (n:73)	Kraniyoraşisiz Holoraşisiz (n:22)	Spina Bifida (n:56)	p değeri
Maternal yaş (yıl)	25 (17-45)	26 (17-41)	28 (17-40)	>0,05
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	26 (18-32)	28 (18-32)	24 (18-32)	>0,05
Tanı anında gebelik haftası	19 (12-41)	18 (12-36)	26 (18-32)	>0,05
Vitamin B12 seviyesi (pg/ml)	181 (78-408)	154 (50-398)	167 (50-361)	>0,05
Folik asit seviyesi (ng/ml)	7,5 (1,7-20)	8,8 (3,3-16)	9,7 (2,4-20)	>0,05

Demografik özellikler, ortalama folik asit ve vitamine B12 düzeyleri ile nöral tüp defekti tipleri arasında ilişki

	Anensefali Egzensefali (n:73)	Kraniyoraşisiz Holoraşisiz (n:22)	Spina Bifida (n:56)	p değeri
Folat & B12 Normal	17 (% 23,29)	1 (% 4,55)	17 (% 30,36)	>0,05
Folat ≤ 7ng/ml	11 (% 15,07)	6 (% 27,27)	4 (% 7,14)	
B12 ≤ 200pg/ml	21 (% 28,77)	11 (% 50)	19 (% 33,93)	
Folat & B12 düşük	24 (% 32,88)	4 (% 18,18)	16 (% 28,57)	

Gruplar arasında folik asit, vitamin B12 düzeylerinin karşılaştırılması

SS-19 Fetal Kardiyak Değerlendirmede Shone Kompleksi Saptanan Olgu Sunumu

Ezgi Turgut, Halis Özdemir, Deniz Karçaaltıncaba, Merih Bayram

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

Giriş: Shone kompleksi nadir görülen bir konjenital kalp hastalığı olup ilk defa Shone ve ark. tarafından tanımlanmıştır. Sendromu oluşturan bulgular; supravalyüler mitral membran, paraşüt mitral kapak, subaortik darlık ve aort koarktasyonu. Sıklıkla tüm bulguları kapsamayan inkomplet form görülmektedir. Bulguların ağırlığına bağlı olarak doğum sonrası sonuçları değişkenlik gösterir. Mitral kapak darlığının düzeyi, pulmoner hipertansiyonun derecesi prognozu belirlemede önemlidir. Bu vakalar nadir olup multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirmektedir.

Olgu: Kliniğimizde takip edilen 33 yaşında G7P2A4Y2 hastanın ikili ve üçlü testlerinde düşük risk saptandı. Fetal anatomik taramasında outlet VSD izlendi, amniyosentez önerildi fakat hasta kabul etmedi. OGTT testinde diyabet saptandı ve diyetle kan glikoz düzeyleri normal seyretti. İlerleyen haftalarda Shone kompleksi ile uyumlu olarak mitral kapakta darlık, sol ventrikül hipoplazisi, assendan aort hipoplazisi, aort koarktasyonu izlendi. Aortun doppler değerlendirilmesinde türbülant akım izlendi. 37. Gebelik haftasında NSVD ile 2540 gr erkek bebek, APGAR 8/8 olarak doğurtuldu. Doğum sonrası her iki ekstremitede sağ-sol tansiyon farklılığı mevcuttu. İntravenöz prostoglandin verilen bebeğin oksijen saturasyonları düşük olması üzerine entübe edildi. Yapılan ekokardiyografi ve toraks CT anjio ile aort koarktasyonu doğrulandı ve 7. günde kalp damar cerrahisi tarafından opere edildi. Operasyonda aortik dar alan çıkarılarak uç uca anastomoz yapıldı ancak pulmoner hipertansiyonu verilen tedavilere rağmen düzeltilemedi ve 4 gün sonra ex oldu.

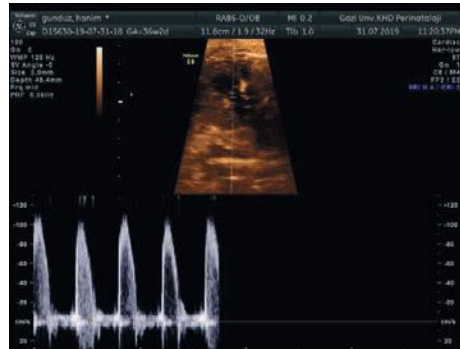
Sonuç: Fetal kardiyak patolojiler gebeliğin ilerleyen haftalarında bulgu verebilir. Shone kompleksi gibi nadir görülen ve doğum sonrası multidisipliner yaklaşım gerektiren vakaların prenatal dönemde tanınması büyük önem taşır.

Anahtar kelimeler: Shone kompleksi, supravalyüler mitral membran, paraşüt mitral kapak, subaortik darlık, aort koarktasyonu pulmoner hipertansiyon

Aort stenozu



Aort stenozu; doppler ile yüksek akım



Kalbin dört kadran kesitinde mitral valvuler stenoz, sol ventrikül boyutlarının sağ ventriküle oranla hipoplazisi



SS-20 Erken Hafta Fetal Multiple Hemanjioma ve Trizomi 21 Birlikteliği

Tuncay Yüce, Murat Aykut Özek

Perinatoloji Uzmanı, Gaziantep

Giriş: Dev fetal hemanjioma insidansı 0,64/10000 olarak bildirilmektedir. Bu olgular genelde 3.trimesterde ve soliter lezyon olarak saptanmıştır. Olgumuz erken gebelik haftasında ortaya çıkması, multiple olması ve eşlik eden kromozomal anomalinin birlikte olduğu ilk olgudur.

Olgu: Gravida 3 parite 2 olan 34 yaşındaki anne gebeliğinin 20.haftasında yapılan detaylı ultrason değerlendirmesinde fetal batını dolduran heterojen kistik multiple kitleler izlendi (Resim 1). Karın çevresi 28 hafta, baş ve femur 20 hafta ile uyumlu idi. Kardiyomegali, kardiyotorasik oranda artma ve duktus venosus Dopplerinde bozukluk vardı. Mevcut durum kalp yetmezliği ile uyumlu idi. Mevcut durumun tümöral yapılar ile uyumlu olması ve fetal prognozun kötü olması nedeniyle gebeliğin tahliyesi kararı alındı. Fetal örnekleme yapıldı. Fetal otopside batının tamamını karaciğerin doldurduğu izlendi (Resim 2,3). İleri patolojik araştırmada karaciğer içerisinde multiple hemanjiomaların olduğu görüldü(Resim 4). Genetik sonucu ise trizomi 21 olarak raporlandı.

Tartışma: Daha önce bildirilen olgulara bakıldığında dev hemanjiomların tespiti genellikle gebeliğin son trimesterinde olmuştur. Bu olguların çoğunda lezyon soliter ve doğum sonrasında tedavi ile gerileme göstermiştir. Ancak bu patoloji fetusda konjestif kalp yetmezliği, koagülopati ve tümör rüptürüne bağlı kanamalar yapabilir. Daha önce ki olgularda bu tür bir komplikasyon ve kromozomal bir anomali bildirilmemiş olması olgumuzun diğer olgulardan en önemli farkıdır. Bu olgularda hepatoblastome veya metastatik tümörlerde akla gelmelidir. Yapılacak değerlendirme bu yönden detaylı olarak yapılmalıdır.

Resim 1: Ultrasonografik görüntü



Resim 2: Fetal görünüm



Resim 3: Fetal karaciğer



Resim 4: Fetal karaciğerin makroskopik kesiti



SS-21 Preeklampsinin Mevsimsel Dağılımı

Cuma Taşın

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

Amaç: Preeklampsinin patogenezi hala yeterince anlaşılmamıştır. Son araştırmalar, insidansın gebe kalma ve doğum mevsimine göre değiştiğini göstermiştir. Mersin ilinde doğum mevsimi ile preeklampsisi prevalansı arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için kesitsel bir çalışma yapılmıştır.

Yöntem: 2010-2018 yılları arasında hastanemizde doğum yapan 451 hipertansif gebenin hastane taburcu kayıtlarının retrospektif analizi yapıldı. İlkbahar (Mart, Nisan, Mayıs), yaz (Haziran, Temmuz, Ağustos) ve sonbahar (Eylül, Ekim, Kasım), kış (Aralık, Ocak, Şubat), olarak ele alındı. Son adet tarihlerine göre ve doğum yapma tarihlerine göre aylık harita çıkarıldı.

Bulgular: Bu 451 hipertansif hastalıklar ile doğum yapan kadının içerisinde en sık olarak (% 42,1) hafif preeklampsisi izlenmiştir. Doğum yapılan mevsime göre en sık kış ayında (%27,5) hipertansif gebelik izlenmiştir. Son adet tarihlerine göre ilkbahar ayında gebe kalan kadınlarda hipertansif hastalık daha yüksek olarak (%29,2) olarak izlendi. Doğum zamanına göre ocak ve temmuz ayında prevalans oranı diğer aylara göre (% 10,2, %10) yüksekti ve mayıs ayında prevalansı herhangi bir aya göre (% 4,2) daha düşüktü.

Sonuç: Hipertansif gebelik prevalansı yaz ve kış aylarında doğum için daha yüksekti ve bu sonuçlara göre Mersin kadınları arasında ilkbahar için daha düşüktü; farklı mevsimlerde sıcaklık ve nem değişikliklerinin preeklampsiyi etkileyebileceği görülmektedir. Bu verileri doğrulamak için daha geniş kapsamlı kohort çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: dağılım, gebelik, hipertansiyon, preeklampsisi, sıklık

SS-22 Gelişme Geriliği Olan Fetuslarda Superior Vena Cava ve İnferior Vena Cava Çaplarının ve Birbirine Oranlarının Değerlendirilmesi

Isil Uzun Çilingir, Cenk Sayin, Havva Sütçü, Cem Yener, Cihan İnan, Selen Erzincan, Füsün Varol
Trakya Üniversitesi Tıp fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne

Amaç: Gelişme geriliği olan fetuslarda superior vena cava ve inferior vena cava çaplarının ve birbirine oranlarının değerlendirilmesi

Metod: Tahmini fetal ağırlığı 10. persantilin altı ve abdominal çevresi 3.persantil altı olarak saptanan 23 gelişme geriliği olgusu ile 23 kontrol hastasında superior ve inferior vena cava çapları ölçüldü ve birbirine oranları hesaplandı.

Bulgular: Gelişme geriliği olan fetuslarda VCS çapları 2,6-7,7 (5,4) mm iken kontrol grubunda 3,2-5,6 (4,1) mm idi. VCI çapları ise gelişme geriliği olan fetuslarda 1,6-4,5 (3,2) mm iken kontrol grubunda 2,7-5 (3,7) mm idi. VCS/VCI oranı gelişme geriliği olan fetuslarda 1,1-2,3 (1,8) iken kontrol grubunda 0,8-1,7 (1,2) idi.(p:0,001)

Sonuç: Gelişme geriliği olan fetuslarda VCS/VCI oranı artmıştır. Bu oran artışının gebelik prognozu ve sonuçları üzerindeki etkilerini incelemek için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır

Anahtar kelimeler: superior vena cava, İnferior vena cava, gelişme geriliği, doppler, ultrason

VCS ve VCI sonografik görünüm



VCS çap	2,6-7,7 (5,4) 5,27±1,28	3,2-5,6 (4,1) 4,23±0,72
VCI çap	1,6-4,5 (3,2) 3,18±0,91	2,7-5 (3,7) 3,69±0,69
Oran	1,1-2,3 (1,8) 1,71±0,33	0,8-1,7 (1,2) 1,16±0,20

SS-23 Umbilikal Kord Kisti: Olgu SunumuEce Öcal¹, Süleyman Cemil Oğlak²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Departmanı, Diyarbakır²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı, Diyarbakır

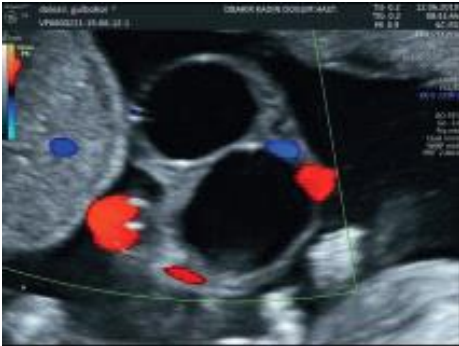
Giriş: Umbilikal kord kistlerinin etyolojisi bilinmemektedir. Birinci trimesterde prevalansı %0.4-3.4'tür. İkinci ve üçüncü trimesterde daha nadir görülmektedir. Birinci trimester umbilikal kistlerinin çoğunluğu spontan regrese olma eğilimindedir ve gebelik sonuçları üzerinde olumsuz etkisi yoktur. Ancak persiste eden veya ikinci ve üçüncü trimesterde saptanan umbilikal kistler ile aneuploidi ve fetal konjenital anomaliler arasında anlamlı bir ilişki vardır. Umbilikal kord kistlerinin gerçek kist ve psödokist olmak üzere 2 tipi vardır ancak prenatal olarak bu ayırımın yapılması nadiren mümkün olmaktadır.

Olgu: 18 yaşında, dış merkezde omfalosel ön tanısı konulan hasta Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH perinatoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan ultrasonografik muayenede, umbilikal kord girişinin hemen anteriorunda 20x19 mm ve hemen lateralinde 26x21 mm boyutlarında, Doppler incelemede umbilikal kord akımları izlenen 2 adet kistik yapı görüldü. Umbilikal kordda 2 arter, 1 ven görünümü mevcuttu. Eşlik eden başka bir anomali tespit edilmedi. Prenatal tarama testleri olmayan hastaya amniyosentez önerildi. Tarafımızca yapılan amniyosentezin sonucu 46, XX, t(4;10)(q21;p13) olarak geldi. Maternal ve paternal kromozom analizi ve fetal DNA mikroarray analizi planlandı. Olgunun gebelik süreci halen devam etmektedir.

Tartışma: İkinci ve üçüncü trimester umbilikal kord kistlerinin fetal aneuploidi ve konjenital anomalilerle ilişkisi, bu kistlerin prenatal tanısının önemini arttırmaktadır. Ayrıca gerçek umbilikal kistler, hızlı büyümesi durumunda, kord damarlarına bası ile fetal distrese neden olabilmektedir. Bu nedenle umbilikal kordun ultrasonografik incelemesinin rutin gebelik takibinin önemli bir unsuru olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: amniyosentez, aneuploidi, mikroarray, prenatal tanı, umbilikal kord

Umbilikal kord kisti



Umbilikal kord kisti-2



Umbilikal kord kisti-3



Umbilikal kord kisti-4



Umbilikal kord kisti-5



SS-24 Ağır Preeklampsi ile Komplike Gebeliklerin Perinatal Sonuçları

Zeynep Gedik Özköse¹, Burak Özköse²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Yeni Yüzyıl Üniversitesi Gaziosmanpaşa Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Gebeliğin hipertansif hastalıkları hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde anne ve perinatal morbidite ve mortalitenin en önemli çözülmemiş sorunları arasında yer alır. Bu çalışmada ağır preeklampsi ile komplike gebeliğe sahip olan kadınlarda perinatal sonuçları ve olumsuz perinatal sonuçlarla ilişkili faktörleri incelemek amaçlanmaktadır.

Materyal-Metod: Mayıs 2013-Eylül 2018 tarihleri arasında ağır preeklampsi tanısı ile doğum yapan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Ağır preeklampsi kriterlerini taşıyan 24 hafta ve üzeri hastalar çalışmaya dahil edildi. Dışlama kriterleri; kronik hipertansiyon, gestasyonel hipertansiyon, eklampsi, multifetal gebelik, hepatit hastalığı olanlar, renovasküler hipertansif hastalığı olanlar, bağ dokusu hastalığı olanlar olarak belirlendi. Maternal ve perinatal sonuçlar analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 214 hastanın yaş ortalaması 31.4 yıl idi. 90(%42) hasta primigravid, 124(%57.9) hasta multigraviddi. 200(%93.4) hasta canlı doğum, 14(%6.5) hasta ölü doğum gerçekleştirdi. Apgar skoru 5. dakikada 7'nin altında olan ve resüsitasyon önlemi alınan yenidoğan %15.4 idi. 200 canlı yenidoğandan 157(%78.5)'si hastaneye yatırıldı, 98'i(%78.5) yenidoğan yoğun bakım ünitesine(YDYBÜ) ve 59'u(%29.5) genel pediatrik bakım ünitesine. Erken neonatal ölüm 12(%5.6), geç neonatal ölüm 7(%3.2) vakada görüldü. Toplam 26(%12.1) perinatal ölüm vardı. Çalışmamızdaki perinatal mortalite oranı 121/1000 doğum idi. 214 yenidoğandan 17'si(%7.9) term, 197'si(%92) preterm izlendi. Tüm preterm doğumların 48'i(%24.3) geç preterm, 149'u(%75.6) erken preterm dönemdeydi. Toplam perinatal ölümlerin 15'inde(%57.6) ilişkili maternal komplikasyon yoktu. Ağır preeklampside ablasyo plasentaya bağlı perinatal ölüm oranı %23 olarak saptandı. Ayrıca hellp, akut böbrek yetmezliği gibi diğer maternal komplikasyonlarda perinatal mortaliteyle ilişkiliydi.

Sonuç: Bu çalışmada yenidoğanların gebelik yaşının erken yenidoğan ölümünün yanı sıra perinatal ölümünde ana belirleyicisi olduğu gözlenmiştir.

Anahtar kelimeler: gebelikte hipertansif bozukluklar, perinatal mortalite, perinatal sonuç, preeklampsi, preterm bebek

SS-25 Termde Makrozomi Şüphesi Taşıyan Bebeklerde Doğum Haftasına Göre Büyük Bebeklerin Tespiti: Dış Validasyonu Yapılmış Bir Prediksiyon Modeli

Erkan Kalafat¹, Onur Karaaslan², Asma Khalil³

¹Ortadoğu Teknik Üniversitesi, İstatistik Bölümü, Ankara, Türkiye

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van, Türkiye

³St. George's University of London, Fetal Medicine Unit, London, UK

Giriş: Doğum haftasına göre büyük bebekler (LGA) perinatal komplikasyonlar için risk altındadırlar fakat ultrasonografik ölçümlere göre makrozomi şüphesi doğumda LGA'yı göstermesi açısından kötü bir belirteçtir. Makrozomi şüphesi taşıyan bebekler artmış sezaryen riski taşısalar da bu durumun bebek sağlığı açısından faydaları net değildir. Bu araştırmanın amacı makrozomi şüphesi taşıyan bebeklerde doğumda LGA'yı tespit eden maternal ve fetal faktörlerin tespitidir.

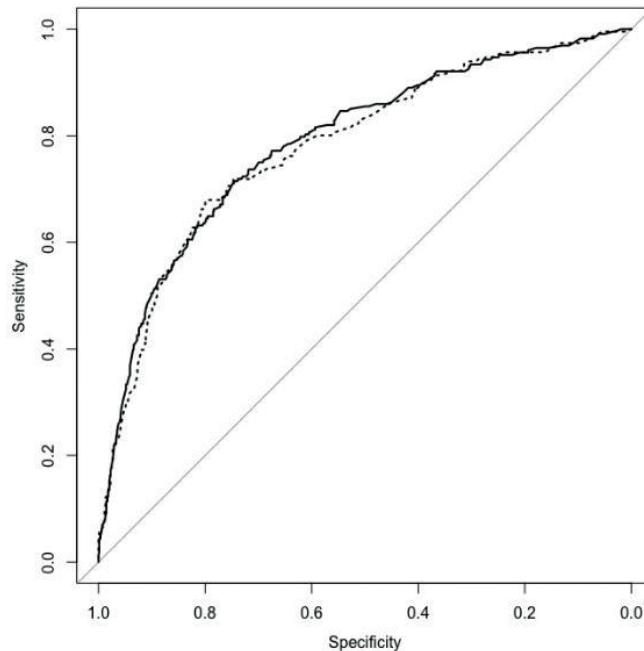
Metod: Bu 1996 ve 2016 yılında St. George Londra Üniversitesinde değerlendirilen hastaların retrospektif bir kohort çalışmasıdır. Doğuma yakın bir ay içinde ultrason taramasında makrozomi şüphesi (tahmini fetal ağırlık(TFA) ≥ 4000 gram) bebekler analize dahil edilmiştir. Doğumda LGA (doğum ağırlığı ≥ 95 . persentil) olan bebeklerin tespitinde etkisi olan maternal ve fetal faktörler regresyon analizi ile araştırılmıştır.

Bulgular: TFA ≥ 4000 gram olan 2406 fetüs analize dahil edilmiştir. 497 bebek doğumda LGA iken 1909 fetüs doğum haftasına göre normal kiloda(AGA) doğmuştur. LGA ve AGA bebeklerin median doğum ağırlıkları sırasıyla 4563 gram (IQR: 4455-4735 gram) ve 3960 gram (IQR: 3770-4150 gram) olarak izlenmiştir. Model geliştirme kohortunda(n: 1198) abdominal çevre(AC) persentili, kafa çevresi(HC) persentili, erkek bebek cinsiyeti ve anne boyu doğumda LGA ile ilişkili görülmüştür (AUC: 0.79, 95%CI:0.75-0.82). Validasyon kohortunda model benzer şekilde performans göstermiş (AUC: 0.78 95% CI:0.75-0.82) ve suboptimal fit lehine bulgu gözlenmemiştir (p=0.437). Validasyon kohortunda modelin 40:100 eşik değeri için pozitif ve negatif prediktif değerleri 42.9% ve 91.1% olarak izlenmiştir.

Sonuçlar: Dış validasyonu yapılmış prediktif modelimiz makrozomi şüphesi taşıyan bebekler içinde doğumda LGA tespiti ve özellikle dışlanması açısından faydalı gözükmemektedir. 40:100 risk eşik değeri kullanıldığında modelimiz LGA olmayacak bebeklerin %90'nını tespiti ile anneler güven verme, sezaryen doğumun engellenmesi ve doğumda LGA olacak bebeklerin yaklaşık yarısını tespit ederek risk stratifikasyonu açısından fayda sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: ultrasonografi, risk tahmini, makrozomi, perinatal komplikasyon, LGA

Model geliştirme ve validasyon kohortlarında model performansı



Model geliştirme (düz çizgi) ve validasyon kohortlarında (noktralı çizgi) model performansı benzer izlenmiştir (AUC: 0.79 ve 0.78).

SS-26 Eksojen Progesteron Tedavisinin Düşük Tehdidi Olan Kadınlarda Nukal Translüsensi (NT) Üzerine Etkileri

Sinem Demircan Karadağ¹, Cihan Karadağ²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Okan Üniversitesi Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu çalışma, progesteronun, düşük tehdidi tanısı alan hastalarda nukal translüsensi (NT) üzerine olası değişiklikleri ve etkilerini araştırmayı amaçlamıştır.

Yöntem: Çalışma grubu, düşük tehdidi saptanan ve en az iki hafta boyunca 400 mg / gün mikronize oral progesteron alan 125 hastadan, kontrol grubu ise progesteron almayan 160 sağlıklı gebe kadından oluşuyordu. Hastaların baş-popo mesafesi (CRL) ve NT(nukal translüsensi) kalınlık düzeyleri ölçüldü. Grupların her biri NT'nin kalınlığı ile spesifik CRL ölçümleri için progesteron kullanımı arasındaki ilişkiyi belirlemek için 4 alt gruba ayrıldı. Birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü grupta CRL sırasıyla 45-55 mm, 55-65 mm, 65-75 mm, 75-84 mm idi.

Bulgular: Her iki grupta da yaş ve VKİ(vücut kitle indeksi) ile benzerdi. Her iki grupta da NT kalınlığında benzer anlamlı bir artış vardı ve CRL arttıkça medyan (MoM) seviyelerinde artış izlendi. [(p <0.001) vs (p <0.001) ve (p = 0.003) vs (p <0.001)]. Tüm CRL gruplarında çalışma ve kontrol grubu arasında NT kalınlığı ve MoM düzeyleri arasında anlamlı fark yoktu.

Sonuç: NT kalınlığı ile progesteron kullanımı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

Anahtar kelimeler: progesteron, nukal translüsensi, birinci trimester tarama testi, düşük tehdidi

Flowchart of the study and the control groups

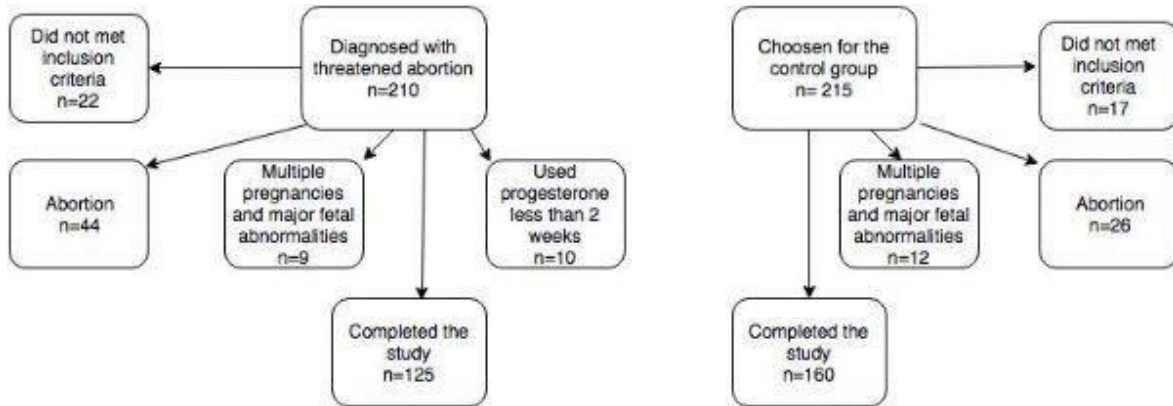


Table1. NT Thickness and MoM measurements of Groups

	CRL 45-55mm n=38(PG) n=47(CG)	CRL 55-65mmn =29(PG) n=41(CG)	CRL 65-75mmn =30(PG) n=40(CG)	CRL 75-84mmn =28(PG) n=32(CG)	p
NT Thickness (SG)	1.22±0.12	1.31±0.23	1.46±0.24	1.57±0.27	0.001
NT Thickness (CG)	1.19±0.10	1.29±0.19	1.44±0.25	1.58±0.24	0.001
P*	0.127	0.702	0.797	0.654	
NT MOM (SG)	1.13±0.18	1.10±0.13	1.06±0.12	1.02±0.15	0.003
NT MOM(CG)	1.11±0.12	1.08±0.09	1.07±0.11	1.04±0.08	0.001
P &	0.242	0.464	0.812	0.764	

NT nuchaltranslucency, Mom Multiple of themedian, CRL crown rump length, PG Progesterone used group, CG controlgroup,P * Difference between the NT thickness of study and control groups according to CRL measurement, P& Difference between the NT MOM levels of study and control groups according to CRL measurement

SS-27 Nadir Bir Vaka Sunumu: Prenatal Dönemde Tanı Konulan Sağ Aortik ve Duktal Arkla Birlikte Olan Sol Hemitrunkus

Reyhan Ayaz¹, Öykü İsal Tosun², Oya Demirci³

¹TC Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²TC Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Pulmoner arterin anormal dallanması tek taraflı pulmoner arter yokluğu, sol pulmoner arter slingi, unilateral pulmoner arterin duktus arteriosus, aorta ya da farklı bir damardan köken alması gibi anomalileri içermekte olup çok nadir görülen doğumsal kalp damar malformasyonlarından. Biz literatürde daha önce saptanmayan sol hemitrunkusla birlikte sağ duktal ve aortik ark bulunan olguyu sunmayı amaçladık.

Metod: 32 yaşında gravida 2 parite 1 olan hasta 26. gebelik haftasında ikinci trimester anatomik tarama için perinatoloji kliniğine yönlendirilmiştir. Yapılan fetal ultrasonografik incelemede kalp haricinde ek bir anomali saptanmamıştır (Samsung Ultrasound H60).

Bulgular: 3 damar kesitinde 4. bir damar, sağ aortik ark ve sağ duktal ark izlenmiştir. Sağ pulmoner arter ana pulmoner arterden köken aldığı görülürken sol pulmoner arter orjini belirlenememiştir. Transver planda anatomiye değerlendirmek için sol akciğer hilumundan itibaren aşağıdan yukarıya doğru trakeanın önünde sol pulmoner arter takip edilmiş ve bu takibin sonucunda sol pulmoner arterin çıkan aortanın posteriorundan brakiosefalik artere yakın yerinden köken aldığı görülmüştür. Timus 3 damar trakea kesitinde sternumun arkasında normal sınırlar içerisinde görülmüştür.

Sonuç: 3 damar kesitinde dördüncü bir damar saptanırsa ayırıcı tanıları içerisinde pulmoner venöz dönüş anomali, persistan sol superior vena cava, özefagal ya da bronşial ağaç anomalileri ya da kistik toraks içi kitle düşünülmelidir. Biz bu vaka sunumunda ayırıcı tanıları içerisinde sol hemitrunkusun da göz önünde bulundurulması gerektiğini ve her iki pulmoner arter dallanmasının gösterilmesinin önemini vurguladık. Ayrıca sağ duktal ve sağ aortik ark ile birlikte olan sol hemitrunkus literatürde prenatal dönemde saptanan ilk vakadır.

Anahtar kelimeler: üç damar trakea görüntüsü, sol hemitrunkus, pulmoner arter dallanması, sağ aortik ark, sağ duktal ark

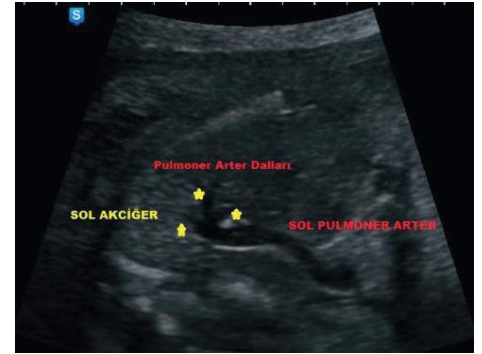
3 damar trakea görüntüsünde 4. damar, sağ aortik ark ve sağ duktal ark



Sağ pulmoner arter çıkışı



Sol pulmoner arter ve dalları



Sol pulmoner arter Doppler görüntüsü



Sol pulmoner arterin aortadan çıkışı



SS-28 Fallot Tetralojisinin Eşlik Ettiği Bronkojenik Kist: Olgu Sunumu

Ayşe Keleş, Özge Yücel Çelik, Gülşah Dağdeviren, Dilek Şahin, Aykan Yücel

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

Giriş: Bronkojenik kist(BK), gebeliğin 26-40. günleri arasında ön bağırsakta oluşan anomal tomurcuklanmanın akciğer dokusuna farklılaşamamasından kaynaklanır. Erken dönemde oluşursa mediastinal, geç dönemde oluşursa parankimal kist olarak prezente olur. Genellikle gebeliğin gidişatını etkilemez ve rastlantısal olarak tanı alır. Ancak büyük boyutlardaki kistler mediastinal basıya sekonder hidrops fetalis ile prezente olabilirler. Antenatal tanı konulamayan vakalar doğum sonrası solunum sıkıntısı, yeme güçlüğüne neden olabildiği gibi uzun süre asemptomatik kalabilir veya maligniteye dönüşüm gösterebilirler. Fallot tetralojisi(TOF), en sık görülen siyanotik kalp hastalığıdır. Konjenital kalp hastalıklarının(KKH) %7-10'unu oluşturur. TOF vakalarının %30'nda kromozomal anomali, %10-15'inde ise 22q11 delesyonu bulunur. Organ anomalileri eşlik edebilir.

Olgu: 19 yaşında, G1 olan hasta fetalakciğerde kistik oluşum nedeniyle kliniğimize refere edildi.Yapılan ultrasonografik değerlendirmesinde; sağ paravertebral alanda mediasten komşuluğunda 9x8 mm BK ve fetal ekoda geniş subaortik vsd, hafif pulmoner hipoplazi(TOF ile uyumlu) saptandı(şekil 1-4). Amniyosentez(AS) yapıldı. As sonucunda kromozom analizi ve 22q11 delesyonu saptanmadı. 28. haftada yapılan fetal MR'da sağ hemitoraks posteromedial yerleşimli, vertebral kosta komşuluğunda yaklaşık 19x12x8 mm boyutunda cidarı belirgin kistik yapı(BK?) tespit edildi.Gebelik takipleri esnasında kistik yapının boyutları stabil seyretti ve gebelik komplikasyonu oluşmadı. 39. gebelik haftasında 3700 gr / 49cm ölçülerinde 8/ 9 apgarlı canlı bir erkek bebek doğurtuldu. Doğum sonrası nefes darlığı, yeme güçlüğü, siyanoz gibi belirtiler görülmedi. Postpartum 2. gün hasta taburcu edildi. Bebeğin postnatal takiplerinde BK'nın varlığı doğrulandı ve takip önerildi. 3 aylık iken geniş subaortik vsd için açık kalp ameliyatı oldu.

Sonuç: BK, nadir görülen ancak klinik olarak anlamlı olabilen toraks yerleşimli kistlerdir. Prenatal tanı önemlidir çünkü büyüklüğüne bağlı akciğer hipoplazisi, hidrops ve fetal ölüme neden olabilir. Kromozomal veya kromozomal olmayan sendrom riski düşüktür. Bronşiyal ağaç ve özefagusun gelişimsel anomalileri eşlik edebilir. Vakamızda bronkojenik kiste TOF eşlik etmekteydi. Kistin ölçüleri gebelik süresince stabil kalmış ve fetal dekompresyona neden olmamıştır.

Anahtar kelimeler: prenatal tanı, ultrasonografi, bronkojenik kist, fallot teralojisi, fetal MR

Kalbin aksına ters yerleşimli bronkojenik kist



Vertebra önünde yer alan kistik oluşum



Kistik yapıda akım yok



VSD, ata binen aorta



SS-29 Birinci Trimester Ultrasonografide Anogenital Mesafe ve Genital Tüberkül Uzunluğu Ölçümlerinin Fetal Cinsiyet Tahminindeki Başarısı ve Maternal Androjen Düzeylerinin Bu Ölçümler ile İlişkisi

Ezgi Başaran¹, Pınar Tokdemir Çalış², Deniz Karçaaltıncaba³

¹Muradiye Devlet Hastanesi, Van

²Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Çalışmamızın amacı; anogenital mesafe (AGM) ve genital tüberkül uzunluğunun (GTU) fetal cinsiyetler arası farkını göstermek, fetal cinsiyet tahminindeki başarısını değerlendirmek ve bu ölçümlerin maternal androjen düzeyleri ile ilişkisini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya; 11 hafta ile 13 hafta 6 gün arası gebeliği olan, sigara içmeyen, 18-49 yaş arası, 217 gebe dahil edildi. Birinci trimester tarama sırasında transabdominal ultrasonografi ile midsagittal planda AGM ve GTU ölçüldü ve maternal serum androjen (serbest testosteron, total testosteron, dihidroepiandrosteron, androstenedion) düzeyleri bakıldı.

Bulgular: Tüm çalışma grubu değerlendirildiğinde AGM ve GTU cinsiyetler arası farklı bulundu (erkeklerde daha uzun) ancak GTU cinsiyeti belirlemede etkisizdi ($p>0,05$). AGM cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı farklı idi ($p<0,001$). AGM için cut-off değeri ROC analizi ile 5.02 mm olarak bulundu (AUC:0,85; %95 GA:0,79-0,91). 11 hafta ile 11 hafta 6 gün arası grupta AGM cinsiyetler arası anlamlı fark görülmedi ancak AGM 5,02 mm ve üzeri ölçülen tüm fetüsler erkekti (PPV %100). 12 hafta ve üstü gebelikte AGM'nin cinsiyet tahminindeki başarısı artmıştı. Yöntem tüm çalışma grubunda %66 sensitivite, %79 spesifite ve %73 doğruluğa sahipken 12 hafta ve üstü ayrı olarak değerlendirildiğinde sensitivite %77, spesifite %76 ve doğruluk %76 olarak bulundu. Birinci trimesterde maternal serum androjen düzeyleri fetal cinsiyetler arası farklı değildi. Fakat; dişi ve erkek fetüsler kendi içinde değerlendirildiğinde, 12 hafta-12 hafta 6 gün arası fetüslerde maternal androstenedion düzeyleri ile AGM arasında orta düzeyde bir ilişki saptandı. Bu ilişki dişi fetüslerde pozitif yönde, erkek fetüslerde negatif yönde idi.

Sonuç: AGM; 12 hafta altında güvenilir olmamakla birlikte, birinci trimesterde fetal cinsiyet tahmininde kullanılabilecek bir yöntemdir. GTU birinci trimesterde fetal cinsiyet tahmininde yardımcı değildir. Patolojik boyutlarda androjen maruziyeti olmadığı sürece, maternal androjen düzeyleri bahsedilen ölçümleri anlamlı düzeyde etkilememektedir. Metodun güvenilirliğini arttırmak için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: anogenital mesafe, birinci trimester, fetal cinsiyet, fetal androjen maruziyeti, genital tüberkül, ultrasonografi

AGM ve GTU Ölçümleri / Dişi fetüs



AGM ve GTU Ölçümleri / Erkek fetüs



SS-31 Farklı Serebroplasental Oran Eşik Değerlerinin İntrauterin Büyüme Kısıtlılığı Saptanan Term Fetüslerde Olumsuz Neonatal Sonuçları Öngörmedeki Rolü

Rauf Melekoğlu, Ercan Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Malatya

Amaç: Bu çalışmanın primer amacı intrauterin büyüme kısıtlılığı saptanan term fetüslerde olumsuz neonatal sonuçları öngörmeye Fetal Medicine Foundation tarafından ortaya konan farklı serebroplasental oran referans değerlerinin performansını araştırmaktır. Sekonder amaç ise fetal iyilik hali için kullanılan diğer Doppler parametrelerinin olumsuz neonatal sonuçları öngörmedeki etkinliğini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 01.01.2016-01.09.2019 tarihleri arasında gebeliğin 37-40. haftasında fetusta intrauterin gelişme kısıtlılığı saptanan ve doğumu gerçekleştiren tüm gebeler dahil edildi.

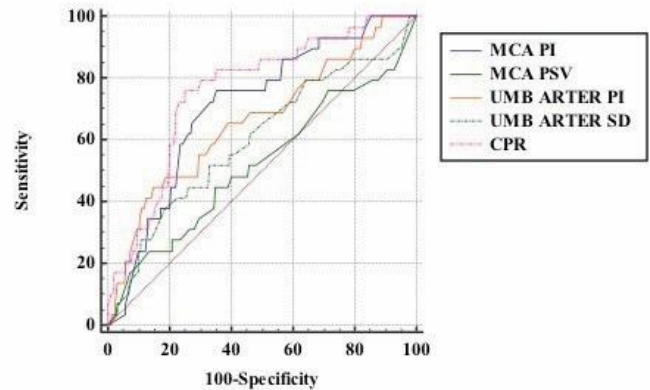
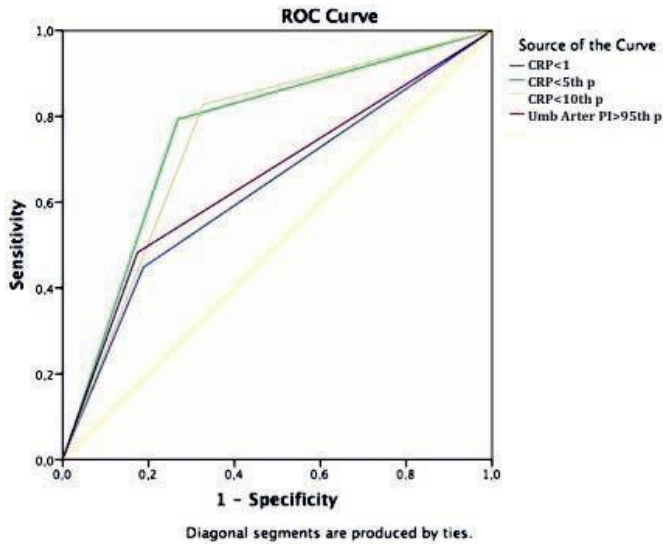
Bulgular: Bu çalışma periyodunda gebeliğin 37-40+6 haftaları arasında fetusta intrauterin gelişme geriliği saptanan ve kliniğimizde doğum yapan çalışma kriterlerine uygun 349 hasta saptandı. Çalışmaya dahil edilen hastaların doğumda median gestasyonel haftası 38 olup (en küçük 37+0-en büyük 40+6), median serebroplasental oran (CPR) 1.51 [interquartile aralık (IQR) 1.12-1.95], median doğum ağırlığı 2350 gr (IQR 2125-2575) saptandı. CPR<1, CPR<5th persentil, CPR<10th persentil ve umbilikal arter pulsatilite indeksi (PI)>95th persentil saptanmasının olumsuz neonatal sonuçların gelişiminin öngörüsü açısından performansının saptanması için Receiver Operating Characteristic (ROC) analizi yapıldı. CPR<5th persentil olumsuz neonatal sonuçları predikte etmede en iyi performansı gösterirken [Area under curve (AUC) 0.762, 95% Confidence Interval (CI) 0.672-0.853, p<0.0001], CPR<1 saptanmasının olumsuz neonatal sonuçları predikte etmede en düşük etkinlikte olduğu saptandı (AUC 0.630, 95%CI 0.515-0.745, p=0,021) (Tablo-1) (Şekil-1). Diğer Doppler parametrelerinden umbilikal arter sistol/diyastol oranının ve midserebral arter-tepe akım hızı (MCA-PSV) değerinin olumsuz neonatal sonuçları değerlendirmede prediktif değeri olmadığı saptandı (sırasıyla AUC 0.598, 95%CI 0.480-0.598, p=0.104, AUC 0.521, 95%CI 0.396-0.521, p=0.744) (Tablo-2) (Şekil-2).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları termde intrauterin gelişme geriliği saptanan fetüslerde tek başına umbilikal arter PI ve CPR<1 oranı yerine CPR<5th persentil değerinin kullanımının neonatal olumsuz sonuçları daha iyi predikte edebildiğini göstermiştir. Geç dönem intrauterin gelişme geriliği saptanan fetüslerde öne sürülen CPR persentil değerlerinin kullanımının bu hastaların klinik yönetiminin belirlenmesinde kritik değere sahip olduğu gözükmemektedir.

Anahtar kelimeler: Doppler ultrasonografi, fetal büyüme geriliği, gebelik, olumsuz neonatal sonuçlar, serebroplasental oran

CPR<1, CPR<5th persentil, CPR<10th persentil ve umbilikal arter Doppler PI >95th persentil sınır değerlerinin olumsuz neonatal sonuçlar için prediktif değerini gösteren ROC eğrileri

Umbilikal arter Doppler S/D oranı, Umbilikal arter Doppler PI, CPR, MCA PI, MCA-PSV değerlerinin olumsuz neonatal sonuçlar için prediktif değerini gösteren ROC eğrileri.



	AUC	Sensitivite (95%CI)	Spesifite (95%CI)	PPV (95%CI)	NPV (95%CI)	p
CPR<1	0.630	81.0 (77.0-86.0)	44.8 (26.4-64.3)	94.0 (90.0-97.0)	20.0 (10.6-30.5)	0.021
CPR<5th	0.762	72.9 (67.4-78.0)	79.3 (60.3-92.0)	97.2 (94.1-99.0)	22.8 (15.0-32.2)	<0.001
CPR<10th	0.750	67.0 (61.3-72.4)	82.8 (64.2-94.2)	97.5 (94.2-99.2)	20.2 (13.4-28.5)	<0.001
Umbilikal arter Doppler PI>95th	0.654	82.6 (77.7-86.8)	48.3 (29.4-67.5)	94.0 (90.4-96.6)	21.9 (12.5-34.0)	<0.001

Olumsuz neonatal sonuçları öngörmeye CPR<1, CPR<5th persentil, CPR<10th persentil ve umbilikal arter Doppler PI >95th persentil sınır değerlerinin performansının analizi. CPR: Serebroplasental oran; PI: Pulsatilite indeksi; AUC:Area under curve; CI: Confidence interval;PPV:Pozitif prediktif değer; NPV: Negatif prediktif değer.

	AUC	Cut-off	Sensitivite (95%CI)	Spesifite (95%CI)	p
Umbilikal arter Doppler S/D	0.598	>3.02	38.0 (20.0-61.0)	81.0 (77.0-86.0)	0.104
Umbilikal arter Doppler PI	0.661	>1.2	45.0 (28.0-64.0)	85.0 (61.0-92.0)	0.005
CPR	0.759	<1.22	76.0 (52.0-88.0)	75.0 (36.0-80.0)	<0.001
MCA PI	0.708	<1.29	76.0 (57.0-90.0)	65.0 (38.0-78.0)	<0.001
MCA PSV	0.521	>39.3	24.0 (10.0-38.0)	87.0 (62.0-95.0)	0.744

Olumsuz neonatal sonuçların prediksyonunda Doppler parametrelerinin ROC analizi. CPR: Serebroplasental oran; MCA: Mid serebral arter; PI: Pulsatilite indeksi; PSV:Peak sistolik velosite; S/D: Sistol/diyastol; AUC:Area under curve; CI: Confidence interval

SS-32 Plasenta Previa Tanısı Konulan Hastalarda Plasenta İnvazyon Anomalisinin Değerlendirilmesinde Ultrasonografik İncelemenin Yeri

Fatma Özdemir, Gökhan Açmaz

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Plasenta akreata spektrum (PAS) bozuklukları; plasental villusların myometriuma anormal adezyonudur (1,2). Plasenta previa ve geçirilmiş sezeryan iki major risk faktörüdür (3). Risk faktörleri taşıyanlarda PAS tespiti, preoperatif önlemler, cerrahi tekniğin belirlenmesi gibi nedenlerle önemlidir. PAS tespitinde ultrasonografi ağırlıklı kullanılan yöntemdir. PAS için ultrasonografik bulgular; hipoekoik retroplasental alanın bozulması (4), plasental uterin duvar ara yüzünün bozulması (5), myometrial incelme (<1 mm) (6,7), mesane hipoekoik alanın bozulması/kaybı(6), mesaneye doğru konveksite yaratan ekzofitik kitle (plasental çıkıntı)(7), yüksek arteriel akımlı plasental lakünler (6), plasentada bazal hipervaskülarite (6,8), köprü damarlar'dır (plasenta ve myometrium arasında) (6,9).

Bu çalışmada; PAS için yüksek riskli hastalarda ultrasonografi ile PAS bozukluklarının öngörüsünü değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem-Gereç: ERÜTF Kadın Doğum Kliniğinde Ağustos 2018 – Ağustos 2019 arasında plasenta previa tanısı ile invazyon anomalisi açısından değerlendirilen 37 hasta dahil edildi. Hastalar ultrason ile PAS bozuklukları açısından yukarıdaki bulguların olup olmamasına göre yüksek ve düşük riskli olarak iki gruba ayrıldı. Postpartum PAS tanısı cerrahi veya patolojik sonuçlarla konuldu. PAS çıkma oranı, postpartum histerektomi ve kan transfüzyon ihtiyacı karşılaştırıldı.

Bulgular: 37 hasta değerlendirmeye alındı. Hastalardan 10'u yüksek riskli, 27'si düşük riskli olarak değerlendirildi. Düşük risklilerde % 25,9 akreata tipinde invazyon izlendi. Yüksek riskli hastalarda ise %40 akreata, %40 inkreata, %20 perkreata tipinde invazyon izlendi. İntraoperatif kan transfüzyonu yüksek riskli grupta ortalama 2,3 Ünite iken düşük riskli grupta 0.1 Ünite olarak yüksek riskli grupta anlamlı derecede yüksekti. Yüksek riskli grupta %60 oranında histerektomi,%30 arter ligasyonu yapılırken düşük riskli grupta histerektomi %0, arter ligasyonu yapılma oranı ise %25,9 olarak bulundu.

Sonuç: Ultrasonda yüksek riskli bulunanlarda PAS bozukluklarının görülme oranı düşük riskli gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Postpartum histerektomi oranı yüksek riskli grupta anlamlı derecede yüksektir. Sonuçta ultrasonografide yüksek risk öngörülenlerde PAS görülme oranı anlamlı derecede yüksektir ve bu öngörü cerrahi hazırlık ve hasta bilgilendirilmesi açısından çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: plasenta previa, plasenta akreata spektrum, plasenta inkreata, plasenta perkreata, invazyon

Gruplar arasında ek cerrahi girişim varlığının karşılaştırılması

	Düşük risk	Yüksek Risk	p Değeri
Arter ligasyonu (%)	25,9	30	0,276
Postpartum histerektomi (%)	0	60	<0,001

Kan kaybı ve kan transfüzyon oranlarının karşılaştırılması

	Düşük Risk	Yüksek Risk	p Değeri
Preoperatif hemoglobin ortalama (g/dl)	11,3	12,1	0,512
Postoperatif hemoglobin ortalama (g/dl)	9,7	9,9	0,986
Hemoglobin değerleri farkı	1,6	2,17	0,241
Kan transfüzyonu (Ünite)	0,1	2,3	<0,001

Genel bilgilerin karşılaştırılması

	Düşük risk	Yüksek Risk
Us Bakılan Hafta	33	30
Doğum Haftas	37.2	35
Total Previa (%)	29,6	100
Parsiyel Previa	7,4	0
Marjinal Previa	62,9	0

Gruplar arasında geçirilmiş sezaryen oranlarının karşılaştırılması

	Düşük Risk	Yüksek Risk
Geçirilmiş Sezaryen Yok (%)	55,5	10
1-2 Sezaryen (%)	40,7	80
>=3 Sezaryen (%)	3,7	10

Gruplar arasında invazyon durumunun karşılaştırılması

	Düşük risk	Yüksek risk	p değeri
İnvazyon yok (%)	74,01	0	<0,001
Akreat (%)	25,9	40	<0,001
İnkreat (%)	0	40	<0,001
Perkreat (%)	0	20	<0,001

SS-33 Olgu Sunumu: Trizomi 13Nezaket Kadioğlu¹, Başak Güler², Ali Ergün³¹Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara²İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul³Liv Hospital, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ankara**Amaç:** Trizomi 13 olgusuna tanı koyarken kullanılabilecek yöntemleri gözden geçirmeyi amaçladık.**Yöntem:** Kliniğimizde dış merkezden cell free DNA testi yapılarak trizomi 13 riski % 33 olarak saptanmış olan olgu ultrason ile değerlendirildi. Ultrasonografide erken simetrik intrauterin gelişme geriliği (İUGG), mikrognati, ellerde postaksiyel polidaktili izlendi. Kesin tanı için amniosentez yapıldı**Bulgular:** Ultrasonografisinde erken simetrik İUGG, mikrognati, ellerde postaksiyel polidaktili izlenen fetüsün amniosentez sonucunda 13 ve 14 no'lu kromozomlar arasında Robertson tipi translokasyona bağlı trizomi 13 (46, XX, + 13, rob (13;14)(q10;q10) tespit edildi.**Ailenin tıbbi terminasyon istemesi üzerine misopristol kullanarak tahliye işlemi gerçekleştirildi. Ailenin otopsiyi kabul etmemesi nedeniyle postmortem inceleme yapılamadı.****Sonuç:** Maternal kanda cell-free-DNA taraması kullanımının birçok çalışmada Down sendromu için yüksek sensivite ve spesifiteye sahip olduğu; ancak trisomi 13 ve trisomi 18 için benzer derecede yüksek sensiviteye sahip olmadığı gösterilmiştir. Cell-free DNA taraması pozitif prediktif değeri Down sendromu için % 93, trizomi 18 için % 64 ve trizomi 13 için ise % 39 olarak değerlendirilmiştir.**Sonuç olarak olgumuzda olduğu gibi 35 yaş ve üzeri ultrasonografide anöploidi düşündüren bulgusu olan, yüksek riskli ve tanı testleri istemeyen hasta grubunda cell free -DNA kullanılabılır ancak kesin tanıyı ve yönetimini geciktirebilir.****Anahtar Kelimeler:** amniosentez, cell-free DNA, Patau sendromu, trizomi 13, ultrasonografi**Erken intrauterin gelişme geriliği**

LIV HOSPITAL DR. A. ERGUN									
Name: FİLİZ ZEYNEP ODABASI					Date of Exam: 26.06.2019		Page: 1 / 8		
Pat. ID: D23013-19-06-26-2					Exam Type:		Sex: Female		
Indication:					Perf. Phys.:		Ref. Phys.:		
					Sonogr.:				
LMP: 12.03.2019	GAILMPI:	15w1d	EDD(LMPI):	17.12.2019	G		Ab		
DOC:	GA(AUA):	14w3d	EDD(AUA):	22.12.2019	P		Ec		
EFW (Hadlock)	Value	Range	Age	Range	GP	Williams			
AC/BPD/FL/HC	100g	± 15g	14w2d			N/A			
2D Measurements AUA									
BPD (Hadlock)	Value	m1	m2	m3	Meth.	GP	Age		
OFD (HC)	3.26 cm	3.26			avg.	15.3%	14w4d		
HC (Hadlock)	9.42 cm	9.42			avg.	3.3%	14w2d		
HC* (Hadlock)	9.22 cm	9.22			avg.	<2.3%	14w1d		
AC (Hadlock)	9.06 cm	9.06			avg.	57.9%	15w2d		
FL (Hadlock)	1.30 cm	1.30			avg.	5.6%	13w6d		
HL (Jeanty)	1.51 cm	1.51			avg.	16.9%	14w1d		
Calculations									
FL/BPD	100 - 86%	HC (Cannabell)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%	FL/AC (Hadlock)							
FL/HC	100 - 86%	FL/HC (Hadlock)							
FL/AC	100 - 86%								

SS-34 Nadir Görülen Bir Kraniosinostoz Olgusu: Crouzon SendromuGürçan Türkyılmaz¹, Gökçe Naz Küçükbaş², Emircan Ertürk¹, Şebnem Türkyılmaz¹, Emine Göktaş³¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Van²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van³Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, Van

Olgu: Gravida 4 para 3 eski 2 sezaryan öyküsü olan 32 yaşında 23 gebelik haftasında fetal kraniumda anomali ön tanısı ile refere edilen hastanın yapılan detaylı fetal anatomik değerlendirmesinde kraniumunda yonca yaprağı görünümü izlendi ancak tübüler kemiklerde kısalık saptanmadı ve ek bir yapısal anomali görülmedi. 29. haftada yapılan değerlendirmede kraniumda sagittal, koronal ve lambdoid suturelerin kapalı olduğu ve yonca yaprağı görünümünün belirginleştiği tespit edildi ayrıca orbitalarda belirgin ekzoftalmus ve mandibulada prognatizm tespit edildi. Bu bulgularla ön tanıda Crouzon sendromu düşünüldü ve aileye kordosentez yapılarak prenatal tanı önerildi ancak aile invaziv girişimi kabul etmedi. Hasta 34 ve 37. Haftalarda tekrar değerlendirildi ve 39. Gebelik haftasında sezaryenle 3430 gr 9/10 APGARLI bir erkek bebek doğurtuldu. Neonatal değerlendirmede prenatal bulgulara ek olarak koanal atrezi ve alt 2 molar dişin mevcut olduğu tespit edildi. Kranial BT’de sagittal, koronal ve lambdoid suturelerin kapalı olduğu doğrulandı. Yapılan genetik analiz sonucu FGFR-2 geninde mutasyon saptandı. Hasta halen çocuk nörolojisi, nöroşirurji ve plastik cerrahi tarafından takip edilmekte ve henüz kraniuma yönelik düzeltici cerrahi planlanmadı.

Sonuç: Crouzon sendromu FGFR-2 gen mutasyonu sonucu oluşan, 1/30.000-50.000 sıklıkta görülen en sık kraniosinostoz sendromudur ve otozomal dominant kalıtım paternine sahiptir. Kraniosinostoz ek olarak ciddi ekzoftalmus en belirgin bulgusudur ve maksilla hipoplazisi ve mandibular prognatizm sık görülür. Zeka düzeyi normaldir. Bu sendromun prenatal tanısı ailelere danışmanlık verilmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Anahtar kelimeler: crouzon, kraniosinostoz, prenatal, ultrasonografi, yonca yaprağı

29 haftada kraniumda yonca yaprağı görünümü



29 gebelik haftasında ciddi ekzoftalmusun 4-d ultrasonografik görünümü



SS-35 Kesintili Aortik Ark ve DiGeorge Sendromu- Olgu Sunumu

Halis Özdemir, Ezgi Turgut, Deniz Karçaaltıncaba, Merih Bayram

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

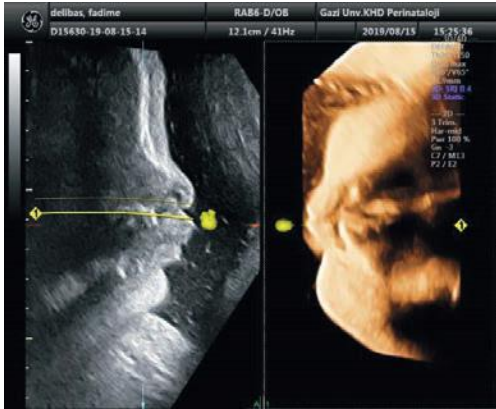
DiGeorge Sendromu (22q11.2 delesyonu), 22. kromozomda küçük bir parçanın kaybı nedeniyle oluşur. Prevalansı 1/4000'dir. Vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilecek çok sayıda semptom ve bulgu ile gidebilir. Aynı aile üyelerinde bile semptomlar çeşitlilik gösterebilir. Ancak en sık bulguları kardiyak ve yüz anomalileridir. En sık izlenen kardiyak anomaliler ise konotrunkal anomalilerdir. Kesintili aortik ark ise DiGeorge Sendromu için daha spesifik bir tanıdır. Burada tip B kesintili aortik ark ve DiGeorge Sendromu tanısı alan olgu sunulmuştur.

Vaka: 31 yaşında 2 tane sağlıklı çocuğu olan hastanın 3. gebeliğinde antenatal tarama testleri normal bulunmuştur. Hastanın yapılan detaylı sonografisinde ciddi arkus aorta hipoplazisi veya kesintili arkus aorta ve ventriküler septal defekt (VSD) izlenmiştir. Aileye amniyosentez önerilmiş ancak aile invaziv genetik test yaptırmak istememiştir. Hastanın takiplerinde polihidroamniyoz tespit edilmiştir (AFI:300 mm). 38 hafta 4 gün iken transvers situs nedeniyle sezaryen uygulanan hastadan 3370 gr kız bebek 8/9 APGAR ile doğurtuldu. Doğum sonrası yapılan genetik testte DiGeorge Sendromu tanısı konuldu. Çekilen toraks CT anjioda ise tip B kesintili aortik ark, arkus aorta hipoplazisi ve VSD izlendi. Postpartum 13. günde ise hastamıza asendan aorta ile inen aorta uç-ucua anastomoz, duktus arteriosus ligasyonu ve PA banding yapıldı. Yenidoğan şu an postpartum 1. ayında ve yoğunbakım takipleri devam etmektedir.

Tartışma: Konjenital kalp defekti, DiGeorge Sendromu olguların %74'ünde bulunmaktadır. Mortalitenin ise önemli bir sorunudur. Ölümünün %90'ından fazlası kardiyak nedeni olmaktadır. Mikrodelesyonlar prenatal periyotta oldukça sık izlenmesine rağmen daha az tanı alan bir grubu oluşturmaktadır. Gelişen array tabanlı teknolojiler ile birlikte çok daha fazla hastaya prenatal tanı mümkün olmaktadır.

Anahtar kelimeler: DiGeorge sendromu, 22q11.2 delesyonu, kesintili aortik ark, prenatal, KKH

Palate



Kesintili aortik ark



CT -anjio



AV hipoplazisi



SS-36 Nöral Tüp Defekti Saptanan Fetüslerin Maternal Folat ve B12 Düzeyinin Karşılaştırılması: Vaka-Kontrol Çalışması

Gürcan Türkyılmaz¹, Gökçe Naz Küçükbaş², Emircan Ertürk¹, Şebnem Türkyılmaz¹

¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Van

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van

Amaç: Nöral tüp defektleri (NTD) ülkemizde tahminen 2-3/1000 sıklıkta görülen en yaygın yapısal anomalilerden birisidir ve prekonsepsiyonel folik asit kullanımı ile %70 oranında azaltılabilmektedir. Bu çalışmamızda Mart-Ağustos 2019 tarihleri arasında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi ve Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanelerine başvuran ve prenatal NTD tanısı koyulan olgularla sağlıklı fetüsü bulunan gebelerin folat ve B12 düzeylerini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Prenatal NTD saptanan 38 olgu ve 40 kontrol olgusunun demografik özellikleri, B12 ve folat düzeyleri prospektif olarak incelendi. İstatistiksel analizde SPSS-16.0 ve Mann-Whitney U testi veya ki-kare testi kullanıldı ve p değeri <0.05 istatistiksel anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Vaka grubunun ortalama maternal yaşı 24.4 ± 4.8 , kontrol grubunun ise 25.6 ± 4.7 saptandı (p:0.86) Vücut kitle indeksi (VKİ) vaka grubunda 25.5 ± 4.4 kg/m², kontrol grubunda ise 24.6 ± 3.9 kg/m² bulundu (p: 0.73). Vaka grubundaki NTD'lerin 10 (%26.3) anensefali, 4 (%10.5) ensefalosel ve 24 (%63.1) meningomiyeloseldi. Vaka grubunda olguların %78.9'u okur yazar değil veya sadece ilköğretim mezunu iken bu oran kontrol grubunda %75 olarak saptandı. Vaka grubunda hiçbir hastada prekonsepsiyonel folik asit kullanımı yokken kontrol grubunda 4 (%10) hastada prekonsepsiyonel folik asit kullanımı mevcuttu ve bu istatistiksel anlamlı bulundu (p:0.04). İlk trimesterde vaka grubunda 9 (%23.6) hasta kontrol grubunda ise 32 (%80) hasta folik asit kullanmıştı ve bu fark istatistiksel anlamlı bulundu (p: 0.01). Vaka grubunda B12 düzeyi 248.7 ± 65.4 ng/ml, kontrol grubunda 239.3 ± 27.5 ng/ml saptandı ve bu fark anlamlı değildi (p: 0.81). Folat düzeyi vaka grubunda 9.6 ± 4.8 ng/ml, kontrol grubunda 12.3 ± 3.6 ng/ml saptandı ve bu fark anlamlı bulunmadı (p: 0.78). Her iki grubun demografik özellikleri tablo 1'de özetlendi.

Sonuç: Çalışmamızda her iki grup arasında B12 ve folat düzeyleri arasında fark bulunmadı ancak sağlıklı fetüse sahip olgularda prekonsepsiyonel ve ilk trimesterde folik asit kullanımının anlamlı oranda daha fazla olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: B12, folat, nöral tüp defekti, prenatal, vitamin

Vaka ve kontrol gruplarının demografik özellikleri ve B12, folat düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken	Vaka n:38	Kontrol n:40	P değeri
Yaş	24.4 ± 4.8	25.6 ± 4.7	0.86
Gravida	3.2 ± 1.5	2.5 ± 1	0.69
VKİ	25.5 ± 4.4	24.6 ± 3.9	0.73
Tamamı gebelik haftası	18.4 ± 4.2	21.2 ± 3.3	0.61
Eğitim durumu	Okur-yazar değil: 11 (%28.9) İlkokul: 19 (%50) Ortaokul: 4 (%10.5) Lise: 3 (%7.8) Üniversite: 1 (%2.6)	Okur-yazar değil: 10 (%25) İlkokul: 20 (%50) Ortaokul: 4 (%10) Lise: 3 (%7.5) Üniversite: 3 (%7.5)	
Prekonsepsiyonel folik asit kullanımı	0 (%0)	4 (%10)	0.04
İlk trimesterde folik asit kullanımı	9 (%23.6)	32 (%80)	0.01
Folat düzeyi	9.6 ± 4.8	12.3 ± 3.6	0.78
B12 düzeyi	248.7 ± 65.4	239.3 ± 27.5	0.81

Tablo 1: Vaka ve kontrol gruplarının demografik özellikleri ve B12, folat düzeylerinin karşılaştırılması

SS-37 Fetal Hayatta Atipik Yerleşimli İntrakranial Kitle ile Prezante Olgu

Aliye Balkan Özmen, Filiz Yarşılıkal Güleroğlu, Aybike Pekin, Mehmet Murat Işıksalan, Ali Acar

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

36 yaşında gravida 3 parite 2 olan hasta 28. gebelik haftasında fetal intrakranial patoloji ön tanısıyla tarafımıza refere edildi. Hasta, 24 haftalık antenatal muayenesinde ultrasonografide herhangi bir patoloji izlenmediğini ifade etti. Ultrasonografide fetusun biyometrik ölçümleri 28 gebelik haftası ile uyumlu bulundu. Hasta ilk ve ikinci trimester taramalarını yaptırmamıştı. Nörosonografik incelemede infratentorial yerleşimli 2,4x1,7 cm boyutunda hiperekoik, sınırları düzensiz ve sol serebellar hemisfere bası yapan, dördüncü ventrikül distorde eden solid görünümlü kitle lezyon izlendi. Bilateral hafif ventrikülomegali mevcuttu (lateral ventrikül 11,26 mm). Doppler incelemesinde kitlede vaskülarizasyon izlendi. Ayırıcı tanıda tümör ve intrakranial kanama düşünüldü. Fetal kranial manyetik rezonans görüntüleme(MRG) istendi. MRG serebellum sol hemisferden kaynaklanan, sol serebellar hemisfere, medulla oblongata ve ponsa bası yapan, ön planda teratom ve medulloblastom düşünülen kitle olarak raporlandı. Takiplerde lezyonda büyüme gözlemlendi, 35. gebelik haftasında 4x3,2 cm boyutlarında, ekojen ve periferinde vaskülerite artışı izlendi, ancak hiperdinamik akım bulguları oluşmadı, ventrikülomegalide artış saptandı (lateral ventrikül 15,1 mm). 36. gebelik haftasında gebenin ağrılarının başlaması ve daha önce sezaryen ile doğum yapmış olması sebebiyle sezaryen ile 3400 gr birinci dakika apgarı 4 olan erkek bebek doğurtuldu. Bebek yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı. Postnatal altıncı günde operasyona alındı, kitlenin hipervasküler olması sebebiyle parsiyel rezeksiyon yapıldı. Operasyon sırasında kanama nedeniyle DIC tablosu gelişti. Transfüzyon yapılan bebek yoğun bakımda takip edilmektedir.

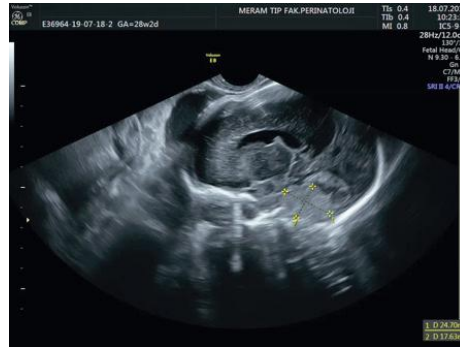
Fetal hayatta intrakranial tümörler genellikle supratentorial yerleşimlidir, çoğunlukla kaynağı belirlenemez, serebral yapıda distorsiyona yol açar. Makrosefali ve hidrosefali ile prezante olabilir. Kısa sürede hızlı büyüme gösterir. % 50'sini teratomlar oluşturur. Ayrıca astrositom, kraniofaringioma, primitif nöroektodermal tümör, meningioma ve ependimoma fetal hayatta görülebilen tümörlerdir. Ayırıcı tanıda intrakranial kanama düşünülmelidir, kanama başta hiperekoik görülür, zamanla ekojenitesi değişir. Fetal intrakranial kitle düşünülen olgularda MRG tanıya yardımcı olmaktadır, takip ve doğumunun perinatoloji, kadın doğum, yenidoğan ve beyin cerrahisi uzmanlarından oluşan ekibin bulunduğu tersiyer merkezde yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: ultrasonografi, tümör, infratentorial, ventrikülomegali, teratom, nörosonografi

Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4



Resim 5



SS-38 İzole Parsiyal Atriyoventriküler Septal Defekt ve DiGeorge Sendromu Tanısı Alan Olgu Sunumu

Halis Özdemir, Ezgi Turgut, Merih Bayram, Deniz Karçaaltıncaba

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

DiGeorge Sendromu (22q11.2 delesyonu), 22. kromozomda küçük bir parçanın kaybı nedeniyle oluşur. Prevalansı 1/4000'dir. Vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilecek çok sayıda semptom ve bulgu ile gidebilir. Aynı aile üyelerinde bile semptomlar çeşitlilik gösterebilir. En sık eşlik eden anomaliler kalp ve yüz anomalileridir. En sık kardiyak anomali ise konotrunkal anomalilerdir. Kliniğimize başvuran ve detaylı sonografisinde izole parsiyel atriyoventriküler septal defekt (pAVSD) saptanan ve genetik inceleme sonucunda DiGeorge Sendromu saptanan olgunun sunumu yapılmıştır.

Vaka: 34 yaşında ilk gebeliği olan hasta dış merkezden kardiyak hiperekojen fokus izlenmesi üzerine kliniğimiz yönlendirilmiştir. Son adet tarihine göre 21 hafta 1 günlük gebeliği olan hastanın yapılan detaylı sonografisinde fetal kalpte her iki AV kapak lineer izlendi. Her iki kapak ayrı izleniyordu. Atrial septumun aşağı kesiminde ostium primum ile uyumlu olabilecek septal defekt izlendi. Triküspit kapakta Vmax: 90 cm/sn olan regürjitasyon izlendi. Mevcut bulgular ile parsiyel AVSD tanısı konuldu ve amniyosentez yapıldı. FISH ve sitogenetik sonuç normal konstitüsyonel karyotip olarak raporlandı. Ancak array-CGH sonucu DiGeorge Sendromu ile uyumlu olarak 22q11.2 de 2.5 megabazlık delesyon saptandı. Bu delesyon FISH yöntemi ile de konfirme edildi. Aileye prognoz hakkında bilgi verildi. Aile gebeliğini devam ettirme kararı aldı. Şu ana kadar olan takiplerde hafif polihidroamniyoz (250 mm) dışında ek problem gelişmedi. Gebelik devam etmektedir.

Tartışma: AVSD insidansı 10.000 canlı doğumda 4-5'dir. Hastaların %49'unu Down sendromu oluşturmaktadır ancak çok sayıda sendrom AVSD ile ilişkilendirilmiştir. DiGeorge Sendromu ile birlikteliği oldukça nadirdir. Kromozomal mikroarray (CMA) günlük kullanıma girmesi ile daha çok sayıda genetik etiyoloji tanımlanabilmektedir. Literatüre göre normal karyotipli konjenital kardiyak anomalilerin incelenmesine CMA eklenmesi %3-20 arasında değişken katkı sunmaktadır. AVSD için bu oran daha düşüktür. Ancak olgumuzda nadir de olsa izole pAVSD tanısı nedeniyle yapılan CMA'da 22q11.2 delesyonu saptanmıştır. Bu da prenatal tanıda CMA'nın önemini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: parsiyel AVSD, ostium primum, Mikroarray, DiGeorge Sendromu, Prenatal

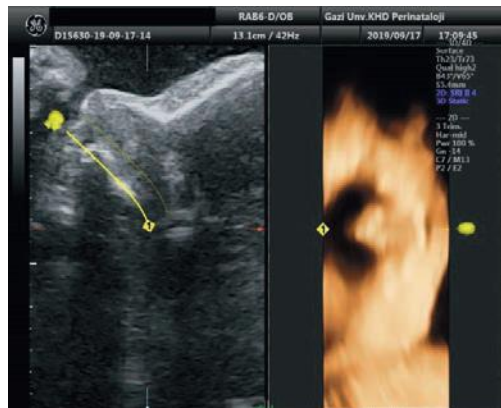
Liner AV kapaklar



Ostium primum



Palate



Timus



SS-39 75 Gr Oral Glukoz Tolerans Testinin Sağlıklı Gebelerde Maternal ve Fetal Doppler Bulgularına Etkisi

Gürcan Türkyılmaz¹, Gökçe Naz Küçükbaş², Emircan Ertürk¹, Şebnem Türkyılmaz¹

¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Van

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van

Amaç: Oral glukoz tolerans testi (OGTT) gestasyonel diyabet (GDM) taramasında tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada Van Bölge Eğitim ve Araştırma hastanesine başvuran ve 75 gr OGTT yapılan ve GDM saptanmayan gebelerde testin maternal ve fetal Doppler parametrelerine etkisini inceledik.

Materyal-Metod: Kliniğimizde takip edilen, 24-28 gebelik haftaları arasında 75 gr OGTT uygulanan ve GDM saptanmayan 46 sağlıklı gebede OGTT'den 1 saat önce ve testin tamamlanmasından 1 saat sonra umbilikal arter PI, RI, ve S/D, MCA PSV, PI, RI ve her iki uterin arterin ortalama PI, RI, S/D değerleri kaydedildi. Veriler SPSS-16 programı ve ki-kare testi kullanılarak analiz edildi ve p değeri <0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Olguların ortalama yaşı 24.6 ± 5.4 yıl, ortalama gebelik sayısı 2.3 ± 0.8 , ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 25.5 ± 5.1 kg/m² ve ortalama gebelik haftası 26.5 ± 1.5 bulundu. Testten 1 saat önce ortalama umbilikal arter PI: 1.14 ± 0.26 , RI: 0.71 ± 0.14 ve S/D oranı 2.53 ± 0.66 saptandı. Testin tamamlanmasından 1 saat sonra ise ortalama umbilikal arter PI: 1.04 ± 0.43 , RI: 0.58 ± 0.21 ve S/D oranı 2.24 ± 0.73 saptandı ve bu fark istatistiksel anlamlı değildi (p:0.64, 0.56, 0.71). Testten 1 saat önce ortalama MCA PSV 30.4 ± 11.3 cm/sn, ortalama PI: 1.89 ± 0.36 ve RI: 0.81 ± 0.19 saptandı. Testin tamamlanmasından 1 saat sonra ise ortalama MCA PSV 38.4 ± 13.2 cm/sn, ortalama PI: 2.11 ± 0.24 ve RI: 0.88 ± 0.21 saptandı ve bu fark istatistiksel anlamlı değildi (p:0.83, 0.66, 0.82). Test öncesi her iki uterin arter ortalama PI: 1.13 ± 0.21 , RI: 0.69 ± 0.11 ve S/D oranı 2.31 ± 0.45 bulundu. Test sonrası ise her iki uterin arter ortalama PI: 1.24 ± 0.11 , RI: 0.74 ± 0.16 ve S/D oranı 2.03 ± 0.34 saptandı ve bu fark anlamlı bulunmadı (p:0.72, 0.79, 0.56).

Sonuç: 75 gr OGTT normal saptanan sağlıklı kadınlarda OGTT maternal ve fetal kan akımı üzerine anlamlı etkisi bulunmamaktadır.

Anahtar kelimeler: diyabet, Doppler, glukoz, oral glukoz tolerans testi, ultrasonografi

Değişken	n:46
Yaş	24.6 ± 5.4
Gebelik sayısı	2.3 ± 0.8
Gebelik haftası	26.5 ± 1.5
VKİ	25.5 ± 5.1

Tablo-1: 46 sağlıklı gebenin demografik ve klinik özellikleri

46 sağlıklı gebenin demografik ve klinik özellikleri

İncelenen damar	Değişken	Test öncesi	Test sonrası	p
Umbilikal arter	PI	1.14 ± 0.26	1.04 ± 0.43	0.64
	RI	0.71 ± 0.14	0.58 ± 0.21	0.56
	S/D	2.24 ± 0.73	2.24 ± 0.73	0.71
MCA	PSV	30.4 ± 11.3	38.4 ± 13.2	0.83
	PI	1.89 ± 0.36	2.11 ± 0.24	0.66
	RI	0.81 ± 0.19	0.88 ± 0.21	0.82
Ortalama uterin arter	PI	1.13 ± 0.21	1.24 ± 0.11	0.72
	RI	0.69 ± 0.11	0.74 ± 0.16	0.79
	S/D	2.03 ± 0.34	2.03 ± 0.34	0.56

Tablo 2: OGTT öncesi ve sonrasında maternal ve fetal Doppler parametrelerinin karşılaştırılması

OGTT öncesi ve sonrasında maternal ve fetal Doppler parametrelerinin karşılaştırılması

SS-40 İmmün Aracılı Fetal Kalp Bloğu Olgu Sunumu

Halis Özdemir, Ezgi Turgut, Deniz Karçaaltıncaba, Merih Bayram

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

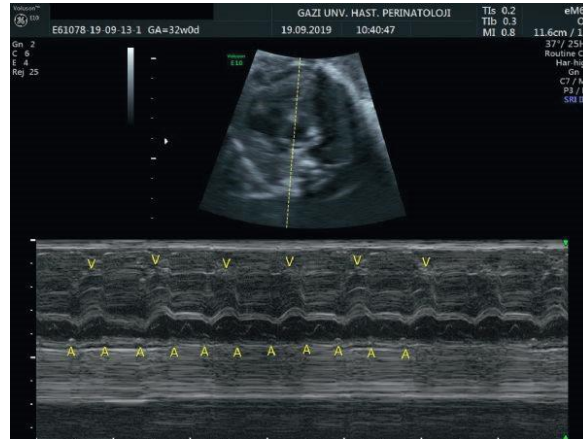
Konjenital kalp bloğu (KKB) çok çeşitli sorunlar ile beraber seyredabilen atrium ve ventrikül arası elektriksel iletinin aksadığı durumdur. Birinci derece blokta sadece ileti süresi uzamakta, 2. derece blokta bazı atımlar geçerken bazıları bloklanmaktadır. Komplet blokta ise atrium ve ventrikül birbirinden bağımsız çalışmaktadır. Yapısal anomaliler ile beraber olabilir veya maternal otoantikorlara, özellikle SSA/Ro ve SSB/La, bağlı gelişebilir. Patofizyoloji net aydınlatılmamış olmakla beraber gebelik boyunca annedeki otoantikorlar plasentadan geçer ve kardiyomiyositlere bağlanır, atriyoventriküler ileti sistemini inflamasyonla bozar, sonradan kalsifikasyon ve fibrozis gelişerek komplet AV blok oluşur. Burada fetal blok saptanan ve sonrasında Sjögren Sendromu tanısı alan hastanın olgu sunumu yapılmıştır.

Vaka: 22 yaşında ilk gebeliği olan hasta, dış merkezden fetal kalp bloğu ve Anti-Ro pozitifliği saptanarak kliniğimize yönlendirildi. 28. gebelik haftasında yapılan sonografik ölçümler haftası ile uyumlu idi. İkinci derece Mobitz tip 2 kalp bloğu mevcuttu. Ventriküler hız yaklaşık olarak 60-70 bpm, atrial hız ise 130-140 bpm arasında değişiyordu. Kardiyotorasik indeks artmıştı. Steroid dozu(deksametazon, Dekort®) 1x4 mg/gün, hidroklorokin sülfat (Plaquenil®) 2x200 mg olarak düzenlendi. Takiplerinde mevcut kliniğine triküspit kapakta regürjitasyon ve kardiyomegali eklenmesi, komplet blok gelişmesi sebebiyle hastaya IVIG tedavisi başlandı. 400 mg/gün dozunda 3 gün süre ile IVIG tedavisi verildi. Bulguları stabil olan hastanın en son USG'si 32. haftada yapıldı ve gebelik blok dışında sorunsuz devam etmektedir.

Tartışma: Ro/SSA pozitif olan kadınların %2'sinde gebeliğinde fetusta KKB riski mevcuttur. KKB önemli bir mortalite (%20 -30 primer fetal/neonatal) ve morbidite (%67 adolesan öncesi kalıcı pace gerektirme) riski taşır. Önleme çalışmaları yetersiz kalmıştır. Tedavide ise plasenta bariyerini geçen steroidler (betametazon ve deksametazon) kullanılır. Yapılan çalışmalarda steroidin progresyonu azalttığı tespit edilmiştir. IVIG kullanılmasına dair literatür verisi sayıca azdır. Ancak maternal otoantikor yükünü azaltmak progresyonu azaltabilir. Mortalite için en önemli risk faktörleri düşük doğum ağırlığı, prematürite, hidrops fetalis, endokardial fibroelastozis ve azalmış ventriküler fonksiyondur. Neonatal periyotta tanı ve tedavi uygulanan hastalarda sağ kalım %94'tür.

Anahtar kelimeler: konjenital kalp bloğu, Sjögren Sendromu, fetal kalp, immün aracılı, prenatal

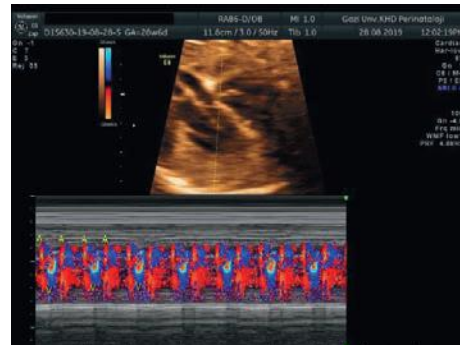
M-mode



Inflow-outflow



Renkli M Mode



SS-42 Oldukça Nadir Görülen Ectopia Cordis Olgusu

Evindar Elçi¹, Ahmet Yalınkaya¹, Nizamettin Bozbay¹, Erdal Şeker², Aydın Öcal³, Narin Yar Elmastaş²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

²Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Diyarbakır

³Mardin Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Mardin

Amaç: Bu çalışmanın amacı oldukça nadir görülen ve ilk trimesterde tanısı konulabilen ectopia cordis olgusunu sunmaktır.

Giriş: Ectopia cordis (EC), kalbin normal mediastinal yerleşimin dışında anormal pozisyonu ile karakterize konjenital bir hastalıktır. Embriyogenez sırasında kalp göçündeki bir kusurdan dolayı, kalp kısmen veya tamamen göğüs kafesinden dışarı çıkar. Ectopia cordis bulunan bebeklere antenatal 10-12. gebelik haftalarında tanı konulabilmektedir.

Olgu: 34 yaşında gravide 3 parite 2 olan gebe kadın ilk trimester sonunda kliniğimize başvurdu. Son adet tarihine göre 13 haftalık gebeliği olan hastanın tıbbi ve obstetrik özgeçmişinde bir özellik, akraba evliliği ve ilaç kullanma öyküsü bulunmadı. Yapılan ultrasonograik muayenesinde 13 hafta ile uyumlu bulundu. Fetal baş, yüz, boyun, omurga, toraks, karın ön duvarı, mide, böbrek, mesane, üst ve alt ekstremiteler normal görünümde izlendi. Fetal nkal translusensi (NT) 2.3 mm ölçüldü. Fetal kalp göğüs kafesinin dışında, normal ritimde attığı tespit edildi ve "ectopia cordis" tanısı konuldu. Fetusun durumu ve prenatal tanı hakkında aileye bilgi verildi. Ailenin onamı alınarak chorionic villus sampling (CVS) yapıldı ve aileye tesrminasyon seçeneği sunuldu. CVS sonucu normal karyotip olarak rapor edildi. Hasta gebeliğinin 14. Haftasında ve başka bir merkezde termine edildi.

Sonuç: Ectopia cordis ağır kardiak anomali olup tanısı gebeliğin ilk trimesterinde konulabilir. Prognozu kötü olduğundan dolayı gebeliğin erken terminasyonu anne için psikolojik ve biyolojik travma risklerini azalttığını düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: CVS, ectopia cordis, konjenital anomali, prenatal tanı, terminasyon

SS-43 Over Kisti Olan Fetüslerde Doğum Öncesi Yönetim ve Postnatal Sonuçlar

Havva Sütcü¹, Cenk Sayın¹, Işıl Uzun Çilingir¹, Selen Gürsoy Erzincan¹, Cihan İnan¹, Cem Yener¹, Sinan Ateş², Füsün Varol¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bölümü, Edirne

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Edirne

Amaç: Fetal over kistleri, dişi fetüslerde en sık görülen abdominal kistlerdir. Genellikle tek taraflıdırlar ve üçüncü trimesterde teşhis edilirler. Bu çalışma ile fetal over kistlerinin doğum öncesi yönetimini ve postnatal sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

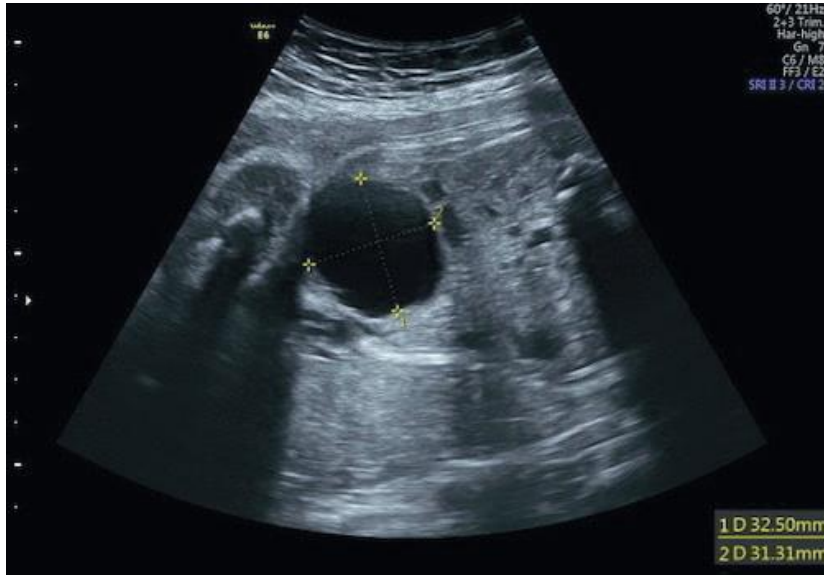
Yöntem: Bu retrospektif çalışma, Şubat 2015 ve Haziran 2019 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Ünitesi'nde yapıldı. Tüm tıbbi kayıtlar Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Cerrahisi Bölümlerinden veya telefon görüşmelerinden toplandı. Renal kist, dilate barsak, enterik duplikasyon kisti gibi diğer olası nedenlerin dışlanması sonrası dişi fetüste abdominal kistik kitlenin gösterilmesi ile prenatal tanı kondu (Şekil 1).

Bulgular: Fetal over kisti tanısı alan toplam 10 hasta tespit edildi. Altı vakadaki kistler basit (%60), dört vakadakiler ise kompleks yapıdaydı (%40). Ayrıntılı ultrason muayenesinde ek bir anormallik gözlenmedi. Tüm hastalar iki hafta aralıklarla takip edildi. Doğum öncesi dönemde kistlerde spontan gerileme saptanmadı. 6 hastada (%60) doğum sonrası izlemde spontan gerileme görüldü. 4 (%40) hastaya cerrahi uygulandı ve bunlardan 2'sine over torsiyonuna bağlı unilateral ooforektomi yapıldı. Spontan gerileme gösteren kistlerden beş tanesi basit, bir tanesi ise kompleks yapıdaydı. Cerrahi uygulanan kistlerden ise üç tanesi kompleks, bir tanesi basit yapıdaydı. Over torsiyonuna neden olan iki kist de kompleks yapıdaydı ve bunlardan bir tanesi 35 mm diğeri ise 57 mm boyutlarındaydı.

Sonuç: Fetal over kisti tanısı konulduktan sonra, kist büyüklüğü ve görünümündeki değişiklikleri tespit etmek için seri ultrason muayenesi yapılmalıdır. Kistin büyüklüğü ve görünümü perinatal sonucun ana belirleyicileridir ve over torsiyonu, kist içi kanama ve ooforektomi ihtiyacı açısından riski artışı ile ilişkilidir.

Anahtar kelimeler: fetal over kisti, prenatal tanı, ultrason muayenesi, over torsiyonu, ooforektomi

Anekoik fetal over kistinin ultrasonografik görünümü



SS-44 Tekil ve Çoğul Gebeliklerde Gebeliğe Bağlı İntrahepatik Kolestaz İnsidanslarının ve Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Songul Alemdaroglu, Şafak Yılmaz Baran, Gülşen Durdağ, Selçuk Yetkinel, Didem Alkaş, Seda Yüksel Şimşek

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Araştırma Merkezi Seyhan Hastanesi, Adana

Amaç: Kliniğimizde gebeliğe bağlı intrahepatik kolestaz (GİH) tanısı konulmuş olan hastalarının demografik özellikleri ve gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi

Yöntem: Ocak 2012 - Ağustos 2019 tarihleri arasında merkezimizde doğum yapmış olan 10929 hastanın kayıtları retrospektif olarak taranarak, GİH tanısı konulmuş 128 olgunun maternal verileri ve perinatal sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: GİH insidansı %1.17 olarak bulundu. Hastalardan 110'u tekil (%85.9), 18'i çoğul (%14.1) gebe idi. Tekil ve çoğul gebelikler arasında yaş, tanı sırasındaki safra asiti değeri, karaciğer enzimlerinden; AST, ALT, LDH değerleri, total ve direkt bilirubin, doğumda umbilikal kordda ph ölçümü ve 5. Dakika apgar skorlarında çoğul ve tekil gebelikler arasında fark saptanmaz iken ($p > 0.05$), tanı sırasındaki gebelik haftası (tekil vs çoğul gebelik: 33,1 vs 30,1 hf; $p < 0.05$), doğumda gebelik haftası ((tekil vs çoğul gebelik: 37.2 hf vs 34,4 hf; $p < 0.05$), doğum kiloları (tekil vs çoğul gebelik: 2937gr vs 2347 gr; $p < 0.05$) arasında anlamlı farklılık tespit edildi.

Sonuç: GİH çoğul gebeliklerde daha erken haftalarda teşhis edilmektedir. Tekil ve çoğul gebelikler arasında safra asit seviyeleri dahil olmak üzere laboratuvar testleri arasında farklılık yoktur.

Anahtar kelimeler: çoğul, gebelik, kolestaz, safra asiti, tekil

GİH tespit edilmiş tekil ve çoğul gebeliklerin demografik verileri, laboratuvar testleri ve perinatal sonuçlarının karşılaştırması

	Tekil Gebelikler	Çoğul Gebelikler	
Yaş	30,3±5.4	31,6±5.6	$p > 0.05$
VKİ(vücut kitle indeksi)	27.2 kg/m ²	25.9 kg/m ²	$p > 0.05$
Safra asiti değeri	31,8µmol/L	35,5µmol/L	$p > 0.05$
Tanıda gebelik haftası	33,1 hf	30,1 hf	$P < 0.05$
AST	78,4 U/l	79,7U/l	$p > 0.05$
ALT	117,7 U/l	98,7U/l	$p > 0.05$
LDH	290,3 U/l	320,8 U/l	$p > 0.05$
Total bilirubin	1.41 mg/dl	0,5 mg/dl	$p > 0.05$
Direkt bilirubin	0.94 mg/dl	0,2 mg/dl	$p > 0.05$
Doğumda Gebelik Haftası	37.2 hafta	34,4 hafta	$P < 0.05$
Doğum kilosu	2937gr	2347 gr	$P < 0.05$
ph	7.32	7.32	$p > 0.05$
5.Dakika Apgar Skoru	9.5	9.1	$p > 0.05$

SS-45 Kliniğimizde İzole Plevral Efüzyon Tanısı Almış Olguların Prenatal Bulguları ve Postnatal Sonuçları

Didar Kurt, Tuğba Saraç Sivrikoz, Lütfiye Uygur, Çiğdem Kunt İşgüder, Halil İbrahim Kalelioğlu, Recep Has, Atıl Yüksel

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

Amaç: Kliniğimizde izole plevral efüzyon tanısı almış olguların prenatal bulgularını ve postnatal sonuçlarını tartışmak.

Yöntem: 2015-2019 yılları arasında plevral efüzyonu olan vakalar retrospektif olarak tarandı. İlk başvuruda hidrops tanısı almış olan vakaları dışladığımızda, kliniğimizde toplam 42 vaka plevral efüzyon tanısı aldı. Bunların dokuz tanesinde karyotip anomalisi, dördünde kardiyak anomali, ikisinde pulmoner anomali, dördünde eşlik eden diğer sistem anomalileri olduğu için bu vakalar çalışma dışında bırakıldı. Toplam dört hastaya ulaşamadığı, bir hasta karyotip yaptırmadan bebek postnatal ex olduğu için ve iki gebelik devam ettiği için toplam 16 vakanın prenatal ve postnatal verileri incelendi.

Bulgular: Ortalama anne yaşı 29.7 ± 6.6 yıl, ortalama başvuru haftası 23.1 ± 5.4 hafta idi. İlk başvuruda plevral efüzyon 5 (%31.2) hastada sağda, 7 (%43.8) hastada solda ve 4 (%25) hastada bilateral idi. Olguların 4 tanesi kız (%25), 12 tanesi (%75) erkek cinsiyeteydi. Toplam 3 (% 18.8) vakada hidrops gelişti. Hidrops gelişen vakaların hepsi efüzyonun sağda başladığı vakalardı (sağ plevral efüzyonların %60'ı) ve bu vakaların hepsi in utero mort fetalis (IUMF) ile sonuçlandı. Toplam 9 vakaya torakosentez yapıldı ve bunların 5 tanesinde şilotoraks saptandı. Üç vakaya torakoamniyotik şant uygulandı, şant uygulanan fetüslerden bir tanesinde şantın yerinden çıkması nedeniyle hidrops fetalis gelişti ve fetüs in utero exitus oldu. Bir vaka postnatal exitus (plasenta dekolmanına bağlı erken doğum nedeniyle) ile sonuçlandı. Efüzyon 11 vakada prenatal dönemde kayboldu ve 1 vakada postnatal dönemde spontan olarak geriledi. Postnatal dönemde sadece bir vakada şilotoraksa yönelik medikal tedavi ve iğne aspirasyonu ihtiyacı oldu.

Sonuç: İzole plevral efüzyon unilateral veya bilateral olarak başlayabilir. Tedavi olarak hidrops gelişmemesi ve şilotoraks tanısının koyulabilmesi için torakosentez ve uzun süreli tedavide torakoamniyotik şant seçenekleri mevcuttur. Hidrops gelişen vakalarda prognoz kötüdür.

Anahtar kelimeler: hidrops, plevral efüzyon, şilotoraks, torakoamniyotik şant, torakosentez

İzole plevral efüzyon vakaları

	Taraf	Cinsiyet	Torako sentez	Şant	Şilo-toraks	Hidrops	Prepar-tum re-zolüsyon	Postpar-tum re-zolüsyon	Postpar-tum tedavi	Sonuç
Olgu 1	Sağ	Erkek	+	-	-	+	-			IUMF
Olgu 2	Sağ	Erkek	+	-	-	+	-			IUMF
Olgu 3	Sağ	Kız	+	+	-	+	-			IUMF
Olgu 4	Sağ	Erkek	+	-	+	-	-	-	+	Hayatta
Olgu 5	Sağ	Erkek	-	-	-	-	+			Hayatta
Olgu 6	Sol	Erkek	-	-	-	-	+			Hayatta
Olgu 7	Sol	Kız	-	-	-	-	+			Hayatta
Olgu 8	Sol	Erkek	+	-	-	-	+			Hayatta
Olgu 9	Sol	Kız	+	+	+	-	+			Postna-tal ex
Olgu 10	Sol	Erkek	-	-	-	-	+			Hayatta
Olgu 11	Sol	Kız	-	-	-	-	+			Hayatta
Olgu 12	Sol	Erkek	+	-	+	-	+			Hayatta
Olgu 13	Bilateral	Erkek	+	+	+	-	-	+	-	Hayatta
Olgu 14	Bilateral	Erkek	-	-	-	-	+			Hayatta
Olgu 15	Bilateral	Erkek	+	-	+	-	+			Hayatta
Olgu 16	Bilateral	Erkek	-	-	-	-	+			Hayatta

SS-46 Prenatal Olarak Tanısı Konmuş Cantrell Pentalojisine Sahip 5 Olgunun DeğerlendirmesiBilge Kapudere¹, Koray Gök¹, Selçuk Özden¹, İlknur Demir Karakılıç², Ali İlker Çerçi¹¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Sakarya²Eskişehir Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Eskişehir

Cantrell pentalojisi 1 milyon canlı doğumda 5,5 oranında insidansa sahip oldukça nadir görülen doğumsal anomalidir. 5 klasik bileşeni mevcuttur; bunlar ön diyafragmatik herni, supraumbilikal orta hat karın duvar defekti, kardiyak anomaliler, diyafragmatik perikardiyumda defekt, sternum alt kısmında defekt. Prognozu lezyonların ciddiyetine bağlıdır; ancak prenatal tanındığında genellikle fataldır. Bu yazıda prenatal dönemde nuchal translucency(NT) artışı izlenmiş, Cantrell pentalojisi tanısı konmuş 5 olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: abdominal duvar defekti, cantrell pentalojisi, ektopia kordis, kistik higroma, sternum alt kısmında defekt

Ektopia Kordis / 3. olguda ektopia kordis**Kistik Higroma / 2. olguda kistik higroma****NT'de artış / 1. olguda NT artışı****Omfalose / 1. olguda omfalose**

SS-47 Böbrek Nakilli Gebelerde Greft Fonksiyon Göstergeleri ve Gebelik SonuçlarıRıza Madazlı¹, Didem Kaymak¹, Verda Alpay¹, Hakan Erenel¹, Mevlüt Tamer Dincer², Nurhan Seyahi²¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çalışmanın amacı böbrek nakli olan gebelerde greft fonksiyonlarını ve gebelik sonuçlarını değerlendirmek ve olumsuz gebelik sonuçlarıyla böbrek fonksiyonları arasındaki ilişkiyi yanıtlamaya çalışmaktır.

Yöntem-Gereçler: Böbrek nakli geçirmiş, tekil gebeliği olan 32 tane hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik dataları, renal fonksiyonları ve gebelik sonuçları değerlendirildi. Olumsuz gebelik sonuçları olarak <34 hafta doğum, preeklampsi, fetal distres, ölü doğum ve neonatal ölüm kabul edildi. Gebelik sonuçları glomerular filtrasyon hızına (eGFR) göre değerlendirildi.

Bulgular: Doğumdaki ortalama gebelik haftası 33.1 ± 5.4 hafta ve doğumdaki ortalama bebek kilosu 2051 ± 1083 gram olarak bulundu. Fetal gelişme geriliği, preeklampsi, gestasyonel diyabet, maternal anemi, üriner enfeksiyon ve sezaryen insidansı sırasıyla 18.8%, 34.4%, 6.3%, 31.3%, 3.1% ve 85.7% olarak bulundu. Perinatal ölüm ve canlı doğum oranları sırasıyla 15.6% ve 87.5% dir. Hastaların 1. ve 3. trimester eGFR değerleri arasında anlamlı olarak düşüş saptandı (85.8 ± 30.8 vs 75.5 ± 31.9 , 0.003). eGFR<60 mL/min/1.73 m2 olanlarda olumsuz gebelik sonuçları 77.8% olarak bulundu. 1.Trimester eGFR ile olumsuz gebelik sonuçları ve perinatal mortalite arasında anlamlı negatif korelasyon gözlemlendi ($r = -0.415$, $p = 0.018$).

Sonuç: Gebeliğin erken dönemindeki böbrek fonksiyon bozukluğu, gebelik sonuçları için ana belirleyici faktördür. Olumsuz gebelik sonuçları ilk trimester eGFR< 60 mL/min/1.73 m2 olanlarda yüksektir.

Anahtar kelimeler: böbrek nakli, gebelik, gebelik sonuçları, glomerular filtrasyon hızı, preeklampsi

Tablo 1. Böbrek nakilli gebelerin klinik özellikleri

	n	%
Sayı	32	
Yaş	29.8 ± 4.2	
İlk gebelik	23	71,9
Nakil ve gebelik arasındaki süre	7.2 ± 3.6	
1.trimester eGFR (mL/min/1.73 m2)	7.9 ± 33.4	
-<45	6	18.8
-45-59	3	9.4
-60-89	12	37.5
->=90	11	34.3
Böbrek nakil sebebi		
-Glomerulonefrit	6	18.8
-Vezikoüreteral reflü	3	9,4
-Sistemik lupus eritematozus	3	9,4
-Hipertansiyon	3	9,4
-Ürolitiazis	2	6,2
-Üreteropelvik bileşke darlığı	2	6,2
-Piyelonefrit	1	3,1
-Bilinmeyen	12	37,5
Komorbidite		
-Hipertansiyon	9	28,1
-Sistemik lupus eritematozus	3	9,4
İmmüsupresif ilaç		
-Takrolimus+azathiopirin+prednizolon	29	90,6
Takrolimus+azathiopirin	3	9,4

GFR:Glomerular filtrasyon hızı

Tablo 2. Ortalama eGFR değerlerinin 1, 2 ve 3.Trimester arasında karşılaştırılması

	sayı	eGFR	p
1. ve 2. trimester	32	77.9 ±33.4 vs 75.2 ±35.5	0.333
1.ve 3. trimester	26	85.8 ±30.8 vs75,5 ±31.9	0.003
2.ve 3. trimester	26	84.6 ±31.7 vs 75,5 ±31.9	0.001

Tablo 3.Böbrek Nakilli gebelerde eGFR subgruplarına göre gebelik sonuçları

	<60 mL/min/1.73 m2	%	60-89 mL/min/1.73 m2	%	>=90 mL/ min/1.73 m2	%
sayı	9		12		11	
Doğum ağırlığı	1171 ± 984*		2157 ± 948		2741 ± 781	
Doğum haftası	27.8 ± 5.5*		34.6 ± 4.1		35.9 ± 3.2	
Fetal gelişim kısıtlılığı	3	33,3	3	12,5	-	-
Preeklampsi	3	33,3	5	41,6	2	18,2
Ölü doğum	4	44.4*	-	-	-	-
Neonatal ölüm	1	11.1*	-	-	-	-
Olumsuz gebelik sonuçları	7	77.8*	5	41,6	2	18,2

*p<0.05

Olumsuz gebelik sonuçları: 34. gebelik haftadan küçük doğum, preeklampsi, fetal distres, ölü doğum ya da neonatal ölümden en az birisinin olması

SS-48 Konjestif Kalp Yetmezliği ile Komplike Galen Ven Anevrizması, Olgu Sunumu

Fatma Özdemir, İptisam İpek Müderris

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kayseri

Amaç: Galen veni anevrizma malformasyonu; 6-11. embriyonik haftalarda, galen veninin prekürsörü olan Markowski prosensefalik veninin arteriovenöz fistülizasyonu sonucu oluşan, nadir görülen bir anevrizmatik malformasyondur. Fetüslerin çoğunda yüksek outputlu konjestif kalp yetmezliği sonucu mortalite izlenmektedir. Ancak sağkalım oranları, endovasküler girişimsel tedavi modaliteleri sonucu anlamlı derecede artış göstermiştir. Antenatal tanı; doppler ultrasonografide beyin içerisinde yüksek türbülant kan akım paterni gösteren kistik yapı izlenmesi ile konulabilir. Bu sunumda konjestif kalp yetmezliği ile komplike olmuş galen ven anevrizma malformasyonu olgusu sunulması amaçlanmıştır.

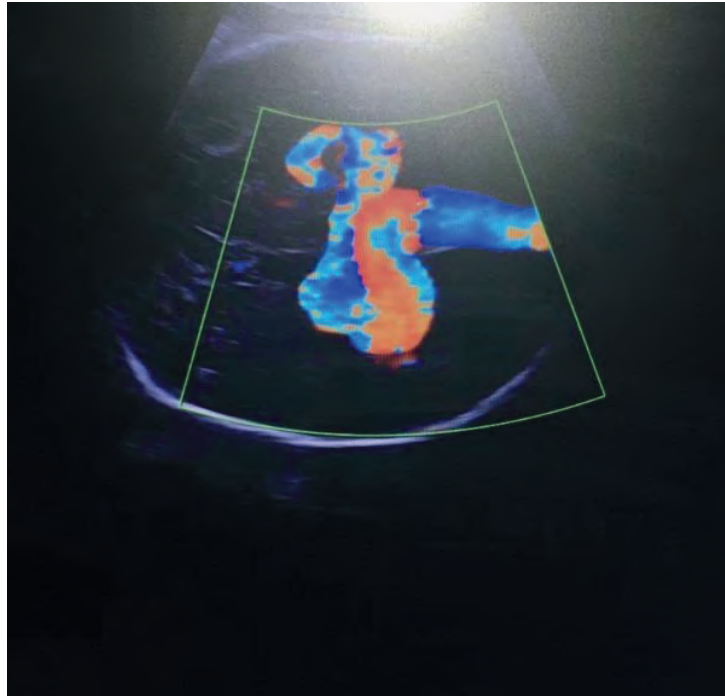
Yöntem-Gereç: Hasta 33 yaşında gravida 3, parite 2, 33 haftalık gebelik, beyin sol hemisfer ve posterior fossaya uzanan kistik yapı tanılarıyla prenatal tanı ünitemize refere edildi. Hastaya Voluson E6 model ultrasonografi cihazı ile genel obstetrik ultrasonografi, fetal santral sinir sistemine yönelik doppler ultrasonografi ve fetal ekokardiyografi yapıldı.

Bulgular: Ultrasonografide; orta hat üzerinden sol hemisfere ve posterior fossaya uzanım gösteren, renkli doppler incelemede yüksek türbülant akım izlenen 3,3x4,5 mm çaplarında anevrizmatik yapı izlendi. Fetal EKO incelemesinde kalp boşluklarında global genişleme, mitral yetmezlik, triküspit yetmezlik ve kalp yetmezliği bulguları izlendi.

Sonuçlar: Kalp yetmezliğini tedavi amaçlı anneye digoksin başlandı. Yakın takip altında hidrops bulgusu gelişmeyen, NST takipleri reaktif olan hasta 36 hafta 4 günlük olana kadar digoksin tedavisi altında takip edildi. Maternal kontraksiyonların başlaması ve tokolitik tedaviye yanıt alınamaması üzerine 36 hafta 4 günlük iken sezeryana alındı. Doğum ağırlığı 2300 gram olan bebeğin 1. Dakika APGAR skoru:8, 5. Dakika APGAR skoru:10 olarak değerlendirildi. Pediatri yoğun bakımda takip edilen bebeğin kalp yetmezliği bulguları ağırlaştı. Doğumun 4. Gününde endovasküler girişime alınan bebek işlem esnasında iki kez arrest olduğu için işlem gerçekleştirilemedi ve fetus 4. Gününde ex oldu.

Anahtar kelimeler: galen ven, anevrizma, konjestif kalp yetmezliği, doppler, digoksin

Galen ven anevrizması, transvers kesit beyin renkli doppler ultrasonografi görüntüsü



SS-49 TTTS Tespit Edilen İkiz Gebelikte Alıcı Fetüste Megasistis ve Polihidroamniyoz Birlikte İzlenen Olgu Sunumu

Ezgi Turgut, Halis Özdemir, Deniz Karçaaltıncaba, Mehmet Zeki Taner

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

Giriş: İkizden-ikize transfüzyon sendromu monokoryonik ikiz gebeliklere özgü bir komplikasyondur ve bu gebeliklerin %10-15'inde görülmektedir. Nedeni tam anlaşılamamış olmakla birlikte vasküler anastomozlar nedeniyle fetusların birinden diğerine kan akımı dengesiz dağılmaktadır. Verici fetusta hipovolemi, oligohidroamniyoz gelişirken; alıcıda ise artan kan volümü, poliüri ve polihidroamniyozu yol açmaktadır. Renin, aldesteron, anjiotensin ve bilinmeyen diğer vazoaaktif mekanizmaların vasküler anastomozlar üzerinden polihidroamniyozu neden olduğu düşünülmektedir. Bunun dışında alıcı ikizde hipervolemiye sekonder ANP (atriyal natriüretik peptid) ve BNP (beyin natriüretik peptid) gibi vazodilatasyon ile ilişkili hormon salınımı mevcuttur ve bunun fetusta yarattığı etkiler net olarak bilinmemektedir. Ayrıca gebeliğin ilk yarısında fetal idrar dışında fetal ciltten, plasental yüzeyden, transmembranöz ve intramembranöz akımlarda amniyon dengesinde önemli bir rol oynamaktadır. Vakamız TTTS gelişiminde birçok bilinmeyeninin olduğunu göstermektedir.

Olgu: 23 yaşında G2P0A1 hasta 14 hafta 5 günlük spontan ikiz gebe kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fetal ultrasonografik incelemesinde monokoryonik diamiyotik ikiz gebelik izlendi. 1. Fetus 13 hf ile uyumlu, amniyon sıvısı belirgin azalmış ve mesanesi boş olarak izlendi. 2. Fetus ise 14 hf 4 gün ile uyumlu, amniyon sıvısı belirgin artmış, mesane boyutlarının anterior-posterior ölçümü 20 mm, anahtar deliği bulgusunun mevcut olduğu megasistis izlendi. Quintero evre 2 TTTS sendromu ve alıcı fetusta posterior üretral valve ön tanılarıyla takibe alındı. 16.haftasında radyofrekans ablasyon ile alıcı fetus termine edildi. Komplikasyon gelişmedi. 20. Gebelik haftasında yapılan değerlendirmede 1. Fetus fetal kalp atımı pozitif, amniyon sıvısı yeterli (en derin vertikal cep 30mm), umbilikal arter ve middle serebral arter doppler ölçümleri normal olarak izlendi. 2. Fetus fetal kalp atımı negatif idi. Aktif şikayeti olmayan hastanın takibi kliniğimizde devam etmektedir.

Sonuç: TTTS gelişen vakamızda alıcı fetusun üretrasında obstrüksiyon ve megasistis mevcuttur ve polihidroamniyoz poliüri mekanizması ile açıklanamamaktadır. Bu durum çeşitli hormon salınımları ve diğer amniyon oluşum yolları üzerindeki değişikliklerle ilişkili olabilir. Ancak bu konu üzerinde yeterli çalışma bulunmamaktadır. TTTS patofizyolojisinde aydınlatılması gereken pek çok alan mevcuttur.

Anahtar kelimeler: ikizden-ikize transfüzyon sendromu, monokoryonik ikiz, vasküler anastomoz, megasistis, posterior üretral valve

Alıcı fetusta megasistis ve posterior üretral valv ile uyumlu anahtar deliği görünümü

Megasistis



SS-50 İkizden İkize Transfüzyon Sendromunda Solomon Tekniği ile Fetoskopik Lazer Fotokoagülasyon: Tek Merkez Deneyimi

Sema Süzen Çaypınar¹, Ahmet Tayyar², Mehmet Aytaç Yüksel¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: İkizden ikize transfüzyon sendromu (TTTS), tüm monokoryonik ikiz gebeliklerin% 10-15'inde görülür ve tedavi edilmediği takdirde perinatal mortalite oranları çok yüksektir. Biz bu çalışmada, şiddetli TTTS tedavisi için plasental anastomozların selektif fotokoagülasyonunda 'Solomon tekniği'ni kullanarak deneyimlerimizi ve tedavinin perinatal sonuçlarını göstermeyi amaçladık.

Metod: Ocak 2017 ile Şubat 2019 tarihleri arasında, 26.gebelik haftasından önce Quintero evre 2-3 TTTS nedeni ile Solomon tekniği ile FLP (fetoskopik lazer fotokoagülasyon) yapılan 34 hasta retrospektif olarak incelendi.Perioperatif, perinatal ve neonatal sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Tüm gebe kadınların ortalama yaşı ve ameliyat sırasındaki gebelik yaşı sırasıyla 27 (dağılım 17-38) yaş ve 21 (dağılım 17-26) hafta idi. Toplam 34 hastanın, 18 i Quintero evre 2 ve 16 sı evre 3 olarak sınıflandırıldı. Doğum sırasındaki ortalama gebelik yaşı 31.1 (dağılım: 20.5-37.3) hafta idi. 23 hasta (% 61.7) 32. haftanın üzerinde doğum yaptı. Preterm erken membran rüptürü, ameliyat sonrası 7 ve 28 gün içerisinde sırasıyla iki olguda (% 5.8) ve altı olguda (% 17.6) meydana geldi.Spontan preterm doğum altı (% 17,6) gebelikte meydana geldi. Plasental abrupsiyon, TTTS rekürensi ve ikiz anemi-polisitemi sekansı (TAPS) hiçbir hastada görülmedi. Yenidoğan döneminin sonunda, genel sağkalım oranı %64.7(44/68) idi. Her iki ikizin yaşadığı gebelik yüzdesi % 50(17/34)idi.Vakaların % 29.4'ünde(10/34) Sadece bir ikiz hayatta kalmıştı.Böylece vakaların % 79.4'ünde (27/34) en az bir bebek hayatta kalmıştır.Donör fetusun in utero mort oranı % 23,5 (8/34) iken alıcı fetusun in utero mort oranı % 5,8 (2/34) idi. Tüm hayatta kalan bebeklerin doğum sonrası 6 aya kadar izleminde serebral palsy veya ciddi gelişme geriliği gibi nörogelişimsel bozukluk gözlenmedi.

Sonuç: TTTS'in yenidoğan sağkalımı fetoskopik lazer fotokoagülasyon tedavisi ile artmaktadır.Solomon Tekniği kullanarak deneyimimiz, literatürde bildirilenlere benzer sonuçlar göstermiştir.

Anahtar kelimeler: fetal cerrahi, fetoskopik lazer koagülasyon, ikizden ikize transfüzyon sendromu, monokoryonik ikizler, solomon tekniği

SS-51 Kliniğimizde Tanı Almış Olan İki Megalensefali-Kapiller Malformasyon-Polimikrogri Sendromu (MKAP) Olgusu

Didar Kurt, Tuğba Saraç Sivrikoz, Lütfiye Uygur, Çiğdem Kunt İşgüder, Halil İbrahim Kalelioğlu, Recep Has, Atıl Yüksel
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kliniğimizde megalensefali-kapiller malformasyon-polimikrogri sendromu (MKAP) tanısı almış olan iki olguyu tartışmak

Yöntem: Olguların prenatal ultrasonografi verilerini ve postnatal- postterminasyon bulgularını incelemek

Bulgular: Olgu1: 27.gebelik haftasından itibaren kliniğimizde takip edilen hastada prenatal dönemde ağır polihidramniyos, makrosefali, makrozomi, kavum septum pellusidum genişliği ve burun kökü basıklığı bulguları mevcuttu. 35.gebelik haftasında erken membran rüptürü nedeniyle 4240 gr erkek bebek doğurtuldu. Postnatal yapılan muayenesinde dismorfik yüz (dolikosefali, belirgin alın, aşağı çekik palpebral fissürler, derin yerleşimli gözler, derin ve basık burun kökü, uzun ve düz filtrum, dar damak yapısı), yüzde orta hatta daha belirgin olan hemanjiyomlar, kutis marmoratus ve bilateral ayaklarda ikinci ve üçüncü parmaklar arası parsiyel sindaktili saptandı. Postnatal çekilen magnetik rezonans görüntüleme (MRG) frontotemporal polimikrogri, sagittal ve transvers sinüsde tromboz ve subdural hematoma alanları görüldü. Takiplerde mental-motor fonksiyonlarda gerilik izlendi.

Olgu 2: 17.gebelik haftasında bilateral plevral efüzyon tanısıyla tarafımıza başvurdu. Fetal karyotip, PTPN11 dizi analizi ve kromozomal array sonuçları normal saptandı. Antenatal takiplerinde 27.gebelik haftasında hafif polihidramniyos, sağda unilateral borderline vantrikülomegali (11.1 mm) izlendi ve bilateral plevral efüzyonun gerilediği görüldü. 30.gebelik haftasında mevcut bulgulara makrozomi, makrosefali eklendi. Ayırıcı tanıda aşırı büyüme sendromlarından şüphelenildi ve ailenin isteği ile gebelik sonlandırıldı. Terminasyon sonrası yapılan fizik muayenesinde frontal bölgeden başlayıp orta hatta burun ucuna kadar uzanan ve ayrıca filtrum üzerinde olan hemanjiyom, belirgin alın, basık burun kökü, antevort burun delikleri, uzun filtrum, küçük ağız, hafif yüksek damak ve el ve ayak parmaklarında sindaktili izlendi ve fizik muayenede dizlerin hiperekstansiyona geldiği görüldü.

Sonuç: MKAP oldukça nadir görülen bir sendromdur. Prenatal ultrasonografik bulgular makrosefali, makrozomi, polihidramniyos ve sindaktildir (prenatal dönemde tanınması zor). Bu nedenle hastaların çoğu klinik bulgulara göre doğum sonrası tanı almaktadır.

Anahtar kelimeler: aşırı büyüme, kapiller malformasyon, polimikrogri, prenatal makrosefali, prenatal makrozomi

El ve ayak parmaklarında sindaktili



Yüzde kapiller malformasyon (olgu 1)



Yüzde kapiller malformasyon (olgu 2)



SS-52 Fatal Seyirli Komplet Ürorektal Septum Malformasyonu İzlenen Fetusun Vezikoamniyotik Shunt Sonrası Postnatal Sonuçları

Ezgi Turgut, Deniz Karçaaltıncaba

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

Giriş: Ürorektal septum malformasyon sekansı (URSMS), ürorektal septumun kaudal kloakaya migrasyonunun gerçekleşmemesi sonucunda oluşan nadir bir anomalidir. Üretral obstrüksiyon, imperfore anüs, ambigü genitalya, renal agenezi/disgenezi ve müllerien anomali bulguları ile karakterizedir. Parsiyel formda perineal ve anal kanalın kloaka ile dışarıya açıldığı tek bir orifis var iken komplet formda herhangi bir orifis yoktur. Komplet formda anhidroamniyoza sekonder akciğer maturasyonu olmaz ve fatal seyirlidir. Vezikoamniyotik shunt amniyon döngüsünü sağlayarak fetusa akciğer maturasyonu şansı verir. Bugüne kadar bildirilen yaklaşık 70 USMS vakasından, 5 yenidoğan sağ kalmış, vezikoamniyotik shunt takılan vaka 1 yaşına ulaşmıştır.

Olgu: 38 yaşındaki G1P0 ivf gebeliği mevcut hastanın infertilite nedeniyle geçirilmiş 7 histereskopi ve 7 diagnostik laparoskopi öyküsü mevcuttur. 15. haftada megasistis saptanması üzerine danışıldı. Mesane boyutları 37x31x26 mm olarak ölçüldü ve bilateral pyelektazi, renal yapılar da ekojenite artışı, oligohidroamniyoz izlendi. Mesane boşaltıldı ve incelen fetal idrarda Na:88 mEq/L, Ca:6.5 mg/dl, Cl:75.3 mmol/L olup böbrek fonksiyonları açısından prognozun iyi olabileceğini göstermekteydi. 2 gün sonra mesanenin eski boyutlarına dönmesi üzerine 200 cc ringer laktat ile amniyofüzyonun ardından amniyosentez yapıldı ve vezikoamniyotik shunt yerleştirildi. Karyotip 46,XY idi ancak USG ile hipoplazik fallus izlendi. Gebelik süresince shunt yerinde, amniyon sıvısı yeterliydi. 20. Gebelik haftasında adherent plasenta ile uyumlu görünümde plasenta previa saptandı. Fallus hipoplazik idi, anüse ait klasik hedef tahtası görünümü ve skrotum izlenmedi. Sağ renal pelviste dilatasyon izlendi. 28 hf 4 gün iken abondan vajinal kanama gelişen hasta sezaryen ile doğurtuldu. Doğum sonrası yenidoğan yoğun bakıma alınan bebekte üretral orifisin olmadığı hipoplazik fallus, skrotal ve anal agenezi izlendi. Komplet ürorektal septum malformasyonu tansıyla opere edilerek vezikostomi ve kolostomi açıldı. Yapılan tetkiklerinde sağda grade 3 hidronefroz izlenmesi karşın kreatinin normal aralıktaydı. 105. gününde yoğun bakımda takibi devam etmektedir.

Sonuç: Komplet URSM vakalarında terminasyon tercih edilebilir. Viabilite için vezikoamniyotik shunt gereklidir. Erken gebelik haftasında yerleştirilen shunt ile akciğer gelişimi desteklenir ve renal fonksiyon kaybı minimize edilir.

Anahtar kelimeler: ürorektal septum malformasyon sekansı, üretral obstrüksiyon, imperfore anüs, ambigü genitalya, renal agenezi/disgenezi

Komplet URSM tanısıyla opere edilerek vezikostomi ve kolostomi açıldı



Üretral orifisin olmadığı hipoplazik fallus, imperfore anüs



Vezikoamniyotik shunt



SS-53 Fetal Megacistis: Olgu Sunumu

Ece Öcal¹, Süleyman Cemil Oğlak²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Departmanı, Diyarbakır

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı, Diyarbakır

Giriş: Fetal megacistisin prevalansı 1/330-1610 olup erkek fetüslerde 8 kat daha sık görülür. 1. trimesterde mesane longitudinal çapının 45 dakikalık bir gözlem boyunca ≥ 7 mm olması olarak tanımlanır. İleri gebelik haftalarında ise mesane çapının gebelik haftası (mm)+12'den büyük olması durumudur. 1. trimesterde mesane çapı 7-15 mm olan fetüslerin %25'inde kromozal anomali saptanmaktadır. Bu anomalilerden en sık görülenleri trizomi 13 ve trizomi 18'dir. Kromozomal anomali olmayanların %90'ı ise spontan düzelmektedir. Mesane çapı 15 mm'nin üzerinde olan olgularda ise kromozom anomali oranı yaklaşık %10'dur. Ancak bu olgular hemen daima progresif obstruktif üropati ile birlikte.

Vaka: 32 yaşında, dış merkezde fetal megacistis ön tanısı konulan hasta Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH perinatoloji polikliniğine başvurdu. Ultrasonografik muayenede, mesane sagittal çapı 39 mm ve bilateral 8 mm pelviyektazisi olan 18 week fetus görüldü. Mesanede anahtar deliği görünümü mevcuttu, obstruktif üropati lehine değerlendirildi. Fetal mesane ponksiyonu ve amniyosentez yapıldı. Fetal idrar örneğinde Beta-2-mikroglobulin yüksek (7.05 mg/L, üst sınır 4.0 mg/L), sodyum, klorür, kalsiyum ve osmolarite normal olarak tespit edildi. Amniyosentezde kromozomal anomali tespit edilmedi. 21. haftada fetal mesaneye şant uygulandı. Doğum kontraksiyonlarının başlaması nedeni ile 36. haftada doğurtuldu. Yenidoğana doğduktan hemen sonra sonda uygulandı ve şant çıkarıldı.

Tartışma: Fetal megacistisin tedavisi altta yatan nedene, tanıdaki gebelik haftasına ve böbrek fonksiyonlarının etkilenip etkilenmediğine göre değişmektedir. Bu nedenle karyotip analizinin yanında fetal mesane ponksiyonu ile fetal idrarın değerlendirilmesi, prognoz açısından önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: karyotip, mesane çapı, mesane ponksiyonu, obstruktif üropati, şant

Fetal megacistis-1



Fetal megacistis-2



Fetal megacistis-3



Fetal megacistis-4



SS-54 Artmış Ossifikasyon ile Karakterize Letal Bir İskelet Displazisi: Blomstrand Kondrodisplazi

Tuğba Saraç Sivrikoz¹, Tuğba Kalaycı², İbrahim Halil Kalelioğlu¹, Recep Has¹, Hülya Kayserili³, Atıl Yüksel¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

³Koç Üniversitesi Koç Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Blomstrand kondrodisplazi, otozomal resesif kalıtımı olan oldukça nadir görülen letal bir iskelet displazisidir. Prenatal ultrasonografide ciddi tetramikromeli, dar toraks, retromikrognati ve propitozis saptanması durumunda BS ayırıcı tanıda yer almaktadır. Vaka serimizdeki amaç, BS'nin prenatal ultrason bulgularının tanımlanmasıdır.

Yöntem: Kliniğimizde değerlendirilmiş olan dört prenatal olgu retrospektif olarak incelenerek, bulgular ultrasonografik ve radyolojik olarak tanımlanmıştır. Olguların tamamında moleküler testler ile hastalık tanısı doğrulanmıştır.

Bulgular: Tanıda ortalama gebelik haftası 20 5/7'dir. Sadece bir olguda akraba evliliği bulunmamakta olup, diğer üç olguda da en az 1. dereceden kuzen evliliği mevcuttur. Başvurudaki ultrasonografik bulgular ağır tetramikromeli, dar toraks, ciddi retromikrognati, propitozis saptanmıştır. Olgulardan birinde makroglossi ek bulgu olarak izlenmiştir. Olguların tamamı DNA için materyal alımını takiben gebeliğin terminasyonu ile sonuçlanmıştır. Postmortem yapılan değerlendirmede tetramikromeli, uzun kemiklerde metafizyel genişleme, kalın-kısa kotlar, kalın klavikula, ciddi retromikrognati ve propitozis saptanmıştır. Tüm olgularda PTHR1 geninde Sanger sekanslamada homozigot/heterozigot mutasyon gösterilmiş olup, bulgular klinik ve laboratuvar olarak Blomstrand kondrodisplazi ile uyumludur.

Sonuç: BS'nin postmortem bulguları radyolojik olarak artmış kemik ossifikasyonu, ciddi mikromeli, ve tipik fasyal dismorfizm (mikrognati, protrude dil, maksiller hipoplazi, propitozis) ile karakterizedir. Prenatal dönemde tetramikromeli, dar toraks gibi diğer letal iskelet displazileri ile ortak bulgularına ek olarak propitozis ve ciddi retromikrognati BS için tipiktir. Tanı için hastalar ileri moleküler testlere yönlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: blomstrand kondrodisplazisi, artmış ossifikasyon, PTHR1 geni, prenatal diagnosis, lethal skeletal dysplasia

BK olan bir fetüste ultrason bulgusu olarak retromikrognati



Postmortem görüntü



Radyografi bulguları



SS-55 Korpus Kallozum Agenezisine Eşlik Eden Multiple Anomalili Vaka: Olgu SunumuMehmet Obut¹, Uğur Değer²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Diyarbakır²Dicle Memorial Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ünitesi, Diyarbakır

Giriş: Korpus kallozum agenezisi (agenesis of corpus callosum; ACC) serebral hemisferlerin orta hatta birbirlerine bağlanmasını sağlayan komissürün tam veya parsiyel yokluğudur. Prevalansı 10 bin doğumda 2-5 arasındadır. Ultrasonografik muayenede (USG) kavum septum pellucidumun izlenmemesi, perikallozal arter akımının olmaması veya anormal olması, aksiyal kesitte lateral ventriküllerin gözyaşı damlası şeklinde olması, üçüncü trimesterde radial tarzda gyrus ve sulkusların görülmesi ve lateral ventriküllerin frontal hornlarında Viking Helmet işaretinin olması ile tanı konur. ACC nadir olup etyopatogenezi yeterince aydınlatılamamıştır. ACC'ye %70-80 oranında başka anomaliler de eşlik eder. Bu anomaliler çoğunlukla ACC ile ilişkili olmayan anomalilerdir. Eğer ACC izole ise, bu olguların %75'inde normal nörolojik ve fonksiyonel gelişim izlenmektedir.

Olgu: 25 yaşında, dış merkezde kranial ve kardiyak anomali ön tanısı konulan hasta Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH perinatoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan USG'de, lateral ventrikülde gözyaşı damlası görünümü ve komplet korpus kallozum agenezisi izlendi. Serebellum, alt kesitlerinde dördüncü ventrikül ile bağlantılı haldeydi ve tegmento-vermian açı 32.4 derece olarak ölçüldü. Bu bulgularla vermian agenezi düşünüldü. Barsaklar hiperekojen görünümdeydi. Yapılan kardiyak incelemede Fallot tetralojisi bulguları olan aorta dekstopozisyonu, ventriküler septal defekt, pulmoner darlık ve sağ ventrikül duvar kalınlaşması görüldü. Her iki ayakta pes ekinovarus deformitesi izlendi. Ailenin onayı ile etyopatogeneze yönelik karyotip analizi ile mikroarray inceleme yapıldı. Sonrasında fetosit ve gebelik terminasyonu uygulandı. Karyotip analizinde kromozom bozukluk saptanmadı.

Sonuç: ACC diğer anomalilerle, aneuploidilerle ve genetik sendromlarla beraber olabilir ancak olguların %30-45'inde tanımlanabilir bir neden bulunmaktadır. Prognoz, eşlik eden anomalilere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. ACC'ye en sık eşlik eden anomaliler kas-iskelet, ürogenital, santral sinir sistemi, kardiyovasküler ve sindirim sistemi anomalileridir. Literatürde bu vakalar için belirtilen kromozom anomali sıklığı %7 ile 40 arasında değişmektedir.

Anahtar kelimeler: fallot tetralojisi, fetal anomali, konjenital anomali, korpus kallozum agenezisi, santral sinir sistemi anomalileri

4. ventrikül ile serebellum arasındaki bağlantı**Fallot tetralojisi****Perikallozal arter yokluğu****Sagittal kesitte korpus kallozumun yokluğu****Vermian agenezi**

SS-56 Fetal Parvovirus B19 Enfeksiyonlarında Yönetim ve Prognoz

Lütfiye Uygur, Tuğba Saraç Sivriköz, Didar Kurt, Çiğdem Kunt İşgüder, Halil İbrahim Kalelioğlu, Recep Has, Atıl Yüksel
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Parvovirus B19 (B19V), solunum sekresyonları, el-ağız teması, kontamine kan ürünleri, anneden fetusa vertikal yolla geçişi bilinen bir DNA virusudur. Gebelikte endemik dönemde yıllık enfeksiyon insidansı %1-2; epidemilerde %10'lara çıktığı bildirilmiştir. Virus eritroid progenitör hücrelere tropizm gösterir. Fetal enfeksiyon, karaciğer ve kemik iliğinde geçici bir eritropoez arrestine sebep olarak fetuste anemiye ve myokardial inflamasyona bağlı kalp yetmezliği-hidrops fetalis olarak prezente olur. Kliniğimizde fetal B19V enfeksiyonu tanısı koyulan gebeliklerin takip ve tedavisi, gebelik sonuçlarının incelenmesi amaçlandı.

Metod: 2015-2019 arasında kliniğimizde hidrops fetalis veya fetal anemi tespit edilip fetal kanda B19V PCR saptanan 9 gebeliğin takip ve tedavi kayıtları, postnatal sonuçları retrospektif incelendi.

Bulgular: Tanıda ortalama gebelik haftası 21.4 (18-25) idi. Tanı zamanında ortalama MCA-PSV: 2.13 cm/sn (1.79-3.00) idi. Tüm fetüslerde anemiye bağlı hidrops tanısı koyduran en az dört tane patolojik ultrason bulgusu vardı. B19V enfeksiyonu tanısı amniyosentez örneği veya fetal kanda PCR yöntemiyle koyulmuştu. Bir hastada B19V enfeksiyonu tanısı almasına rağmen ağır anemi saptanmadı, takip ultrasonlarda bulgular spontan geriledi, termde sağlıklı canlı doğum gerçekleşti. Bir hastada tanısız amaçlı kordosentezi takiben fetal kayıp gerçekleşti, fetal hemoglobin: 3 gr/dL idi. Kalan 7 hastaya intrauterin kan transfüzyonu yapıldı. Ortalama hemoglobin seviyesi transfüzyon öncesi 2,68 g/dL (1,3-4,4), transfüzyon sonrası 13,75 g/dL (10,2- 16,5) idi. 2 hastada transfüzyon tekrarı gerekti; bunlardan birinde ikinci transfüzyondan 2 gün sonra fetus kaybedildi, diğeri ikinci transfüzyondan 3 hafta sonra hidrops bulgularının gerilememesi, annede ağır preeklampsi- Mirror sendromu gelişmesi üzerine sonlandırıldı. Kalan 5 hastada transfüzyon sonrası ortalama 23,8 günde hidrops bulguları ve fetal anemi düzeldi. Bunlardan ikisi sağlıklı doğumla sonuçlandı, neonatal dönemde sekel izlenmedi. 3 tanesinin ise gebelikleri patolojik ultrason bulgusu olmaksızın devam etmektedir.

Sonuç: Parvovirus B19 enfeksiyonu kendini sınırlayan bir enfeksiyon olabilmekle birlikte patolojik ultrason bulgularından yola çıkarak tanı koyulan hastalar tedavi gerektirebilir. Intrauterin kan transfüzyonlarıyla başarılı sonuçlar alınırken, ağır hidropik olan ve tekrarlayan transfüzyon gereksinimi olan vakalarda prognoz daha kötüdür.

Anahtar kelimeler: parvovirus B19, hidrops fetalis, fetal anemi, intrauterin kan transfüzyonu, kalp yetmezliği

HASTA	TANIDA GH	ULTRASON BULGULARI	MCA-PSV (MoM)	KARYOTİP	TEDAVİ	GEBELİK SONUÇU
1.	21	ASİT, PERİKARDİYAL EFÜZYON, VENTRİKÜL DUVAR KALINLAŞMASI, HPM, MCA PSV >1.5 MoM	1.79	N	IUT	Preterm doğum [34. GH], sağlıklı
2.	23	ASİT, PERİKARDİYAL EFÜZYON, NIHF, MCA PSV >1.5 MoM	1.82	N	IUT	TERMDE SAĞLIKLI DOĞUM
3.	20	ASİT, PLEVRAL EFÜZYON, PERİKARDİYAL EFÜZYON, CİLT ÖDEMİ, NIHF, KMG, TRİKÜSPİT REGÜRİTASYONU, HPM, PLASENTAL KALINLAŞMA, MCA PSV >1.5 MoM	2.19	N	IUT	GEBELİK DEVAM ETMEKTE [34. GH]
4.	20	ASİT, PLEVRAL EFÜZYON, PERİKARDİYAL EFÜZYON, CİLT ÖDEMİ, NIHF, KMG, TRİKÜSPİT REGÜRİTASYONU, PLASENTAL KALINLAŞMA, MCA PSV >1.5 MoM	2.00	N	IUT	GEBELİK DEVAM ETMEKTE [27. GH]
5.	25	ASİT, PLEVRAL EFÜZYON, PERİKARDİYAL EFÜZYON, CİLT ÖDEMİ, NIHF, KMG, TRİKÜSPİT REGÜRİTASYONU, PLASENTAL KALINLAŞMA, MCA PSV >1.5 MoM	3.00	N	IUT	GEBELİK DEVAM ETMEKTE [27. GH]
6.	18	ASİT, PERİKARDİYAL EFÜZYON, CİLT ÖDEMİ, NIHF, HPM, PLASENTAL KALINLAŞMA, MCA PSV >1.5 MoM	1.25	N	KONSERVATİF	Bulgular spontan geriledi.
7.	21	ASİT, PLEVRAL EFÜZYON, PERİKARDİYAL EFÜZYON, CİLT ÖDEMİ, NIHF, KMG, TRİKÜSPİT REGÜRİTASYONU, PLASENTAL KALINLAŞMA, MCA PSV >1.5 MoM	1.94	N	YOK	KS sonrası IUMF
8.	21	ASİT, PLEVRAL EFÜZYON, PERİKARDİYAL EFÜZYON, CİLT ÖDEMİ, NIHF, KMG, TRİKÜSPİT REGÜRİTASYONU, VENTRİKÜL DUVAR KALINLAŞMASI, PLASENTAL KALINLAŞMA, MCA PSV >1.5 MoM	2.26	N	IUT	2. IUT sonrası IUMF
9.	24	ASİT PLEVRAL EFÜZYON, PERİKARDİYAL EFÜZYON, CİLT ÖDEMİ, NIHF, KMG, TRİKÜSPİT REGÜRİTASYONU, VENTRİKÜL DUVAR KALINLAŞMASI, HPM, PLASENTAL KALINLAŞMA, MCA PSV >1.5 MoM	1.76	N	IUT	MIRROR SENDROMU- TOP

HPM: Hepatomegali, MCA-PSV: Orta serebral arter peak sistolik akım hızı, NIHF: Nonimmün hidrops fetalis, KMG: Kardiomegali, IUMF: Fetal ölüm, IUT: Intrauterin transfüzyon, TOP: Gebelik terminasyonu, KS: Kordosentez

Fetal Parvovirus B19 enfeksiyonu vakalarının ultrason özellikleri ve gebelik sonuçları

HASTA	İlk İUT'de GH	Toplam İUT sayısı	Pre- Hb (g/dl)	Post Hb (g/dl)	Transfüzyonlar arası süre (gün)	2. İUT Pre Hb	2. İUT Post Hb	Toplam Kan hacmi (mL)	Fetal yanıt süresi	SONUÇ
1.	21	1	4,4	14,8	-	-	-	30	30	PRETERM DOĞUM, SAĞLIKLI
2.	24	1	3,7	14,3	-	-	-	50	26	TERMDE DOĞUM, SAĞLIKLI
3.	20	1	2,1	10,2	-	-	-	35	20	DEVAM
4.	21	1	2,2	16,2	-	-	-	40	17	DEVAM
5.	26	1	2,5	12	-	-	-	65	26	DEVAM
6.	22	2	2,6	14	13	4,2	16,5	100	-	IUMF
7.	24	2	1,3	6,8	4	5,2	12,3	120	-	MIRROR-TOP

IUT; İntrauterin transfüzyon, GH; gebelik haftası, Pre- Hb; Transfüzyon öncesi hemoglobin, Post Hb; Transfüzyon sonrası hemoglobin, IUMF; İntrauterin fetal ölüm, TOP; Gebelik terminasyonu

İntrauterin transfüzyonu uygulananlarda veriler ve fetal sonuçlar

SS-57 Servikal Serklaj Profilaksisinin Etkinliği: Tersiyer Bir Merkez Deneyimi

Mehmet Can Nacar

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

Amaç: Gebelik ve doğum sayısının fazla olduğu Güneydoğu Anadolu bölgesinde yer alan tersiyer bir merkezde servikal serklaj operasyonunun etkinliğini gözlemlemek.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2011-Ağustos 2019 arasında hastanemizde gerçekleştirilen serklaj operasyonları gebelik süreci, komplikasyon ve gebelik akıbeti değerlendirilmek üzere retrospektif tarandı.

Bulgular: 2.trimester abortus öyküsü bulunan 144 hasta tespit edildi. Bulunulan bölgede Suriye uyruklu hastaların da bulunması nedeniyle çalışmanın homojenitesinin bozulmaması için 26 yabancı uyruklu hasta çalışma dışı bırakıldı. Uygulanan operasyon tipi Mc Donald serklaj şeklindeydi. Operasyon sırasında ortalama gebelik haftası 14.1 ± 1.3 olarak belirlendi. Doğuma kadar geçen süre ve gebelik haftası bitimi sırasıyla 20.1 ± 5.2 ve 34.1 ± 5.4 tespit edildi. Serklaj sonrası ilk 4 haftada 6 hastada (%5) erken membran rüptürü gözlemlendi. Hastaların 85(%76) tanesi terme gelmeden doğumu gerçekleştirdi. Ortalama doğum ağırlığı 2815 ± 655 gramdı. Bebeklerin 18(%16) tanesinde yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı oluştu.

Sonuç: Anamnezide 2.trimester abortus bulunan hastalara uygulanan profilaktik McDonald serklaj uygulaması etkin bulunmuştur. Hastaların abortus sayısı ve serklaj gereksinim ilişkisinin daha da netleşmesi amacıyla randomize geniş kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: serklaj, abortus, gebelik, serklaj komplikasyonu, ikinci trimester

SS-58 Fibular Agenezi, Tibial Kampomeli ve Oligosindaktili (FATCO) Sendromunun Prenatal Ultrasonografik Tanısı: Olgu Sunumu

Özge Yücel Çelik¹, Mine Gültekin Çalık¹, Ayşe Keleş¹, Tülay Tos², Aykan Yücel¹, Dilek Şahin¹

¹T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

²T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genetik Kliniği, Ankara

Giriş: Ekstremité anomaliler 1000 yenidoğanda 1 oranında görülmektedir. Fibular agenezi, tibial kampomeli ve oligosindaktili (FATCO) nadir görülen ve fibular agenezi, tibial kampomeli ve alt ekstremitéde oligosindaktili ile karakterize bir hastalıktır. Çoğunlukla sporadik olarak görülür ve prenatal tanı nadirdir.

Olgu: 35 yaşında, G2P1, hasta kliniğimize 23. gebelik haftasında iskelet displazisi şüphesi ile kliniğimize yönlendirildi. Anne ve baba arasında akraba evliliği mevcuttu. Ultraonografide bilateral tibia uzunlukları <%1, sol fibula <%1, radiuslar %3, ulna %6 ve sağ fibula yokluğu tespit edildi (Resim 1). Humerus ve femur uzunlukları normaldi. Bilateral club foot ve her iki elde dörder parmak olduğu saptandı (Resim 2). Vertebral, kardiyak ve kranyal sistemler normal olarak değerlendirildi. Fuhrmann sendromu ve FATCO ön tanılarıyla amniosentez yapıldı. Array ve kromozom analizlerinin normal olarak tespit edilmesi Fuhrmann sendromunu dışladı. Geçirilmiş sezaryen endikasyonu ile, 2750 gr, 48 cm erkek bebek 9/10 APGAR ile 37. gebelik haftasında sezaryen ile doğurtuldu. Fizik muayenede her iki elde dörder parmak sol ayakta üç sağ ayakta beş parmak olduğu görüldü. Sağ tibia gövdesinde anterior eğrilik ve bilateral club foot gözlemlendi. X-Ray görüntüleri prenatal olarak belirlenen FATCO tanısı ile uyumluydu (Resim 3).

Tartışma: Ultrasonografik değerlendirmede her iki elde oligodaktilinin eşlik ettiği fibular agenezi ve bilateral club foot düşünüldü. Tanı genetik çalışmalar ve postnatal radyolojik değerlendirme ile doğrulandı. Önceki çalışmalarda bizim olgumuza benzer şekilde club foot ve üst ekstremitéde oligodaktilinin eşlik ettiği FATCO tanımlanmıştı. Fuhrmann sendromu FATCO'dan WNT7A geni mutasyonlarının varlığı ile ayırt edilebilir. Bizim olgumuzda WNT7A mutasyonu tespit edilmemiştir. Bu tip hastalıklarda prenatal tanı ailenin hastalığın özellikleri ve seyri konusunda doğru bilgilendirilmesi ve genetik ve ortopedik danışmanlık verilmesi açısından kritik önem taşır.

Anahtar kelimeler: agenezi, fibula, kampomeli, oligosindaktili, tibia

Resim 1. Fibular agenezi



Resim 2. Elde dört parmak



Resim 3. Hastanın postpartum fizik muayenesi ve X-Ray görüntüleri



SS-59 Prenatal Mikroarray Yöntemi ile 2q37.3 Bölgesinde Kayıp ve 11p15.5p15.4 Bölgesinde Kazanım Saptanan Bir Olgu

Harun Egemen Tolunay, Özge Yücel Çelik, Mine Gültekin Çalık, Aykan Yücel, Dilek Şahin

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Antenatal 2. basamak ultrasonografi taramasında double bubble görünümü olan ve amniosentezde konvansiyonel karyotip analizinde yapısal ve sayısal bir değişiklik saptanmayan bir fetüste mikroarray ile saptanan translokasyonu bildirmeyi amaçladık.

Olgu: 26 yaş, G1P0, akraba evliliği olmayan, üçlü tarama testinde artmış Smith Lemli Opitz Sendromu(SLOS) riski saptanan hastanın yapılan ayrıntılı ultrasonografisinde hiperekojen kardiyak odak, lateral ventriküllerin ön hornlarında asimetri ve dilatasyon, mikrognati ve double bubble görünümü izlendi (Resim 1, 2 ve 3). Bu bulgular üzerine yapılan amniosentez sonucu; karşılaştırmalı genetik hibridizasyon (CGH) mikroarrayde 2q37.3 bölgesinde 3.5MB'lık kayıp, 11p15.5p15.4 bölgesinde 3MB'lık kazanım, FISH analizi sonucu 2q telomerik delesyon ve 11p telomerik duplikasyon ile uyumlu sinyal patterni saptanmış ve SLOS açısından DHCR7 geni tüm ekzon dizi analizi sonucuna göre normal olarak bildirilmiştir. Aile, genetik ve klinik danışmanlık sonrası gebeliğin devamını istedi. Antenatal takipte saptanan intrauterin gelişme geriliği nedeni ile doğum 37. haftada gerçekleştirildi. Postpartum 37. günde duodenal atrezi ön tanısı ile operasyona alınan infantta annüler pankreas saptandı ve Kimura yöntemi ile duodenoduodenostomi yapıldı.

Sonuç: Duodenal atrezili olguların çoğuna prenatal ultrasonografi ile tanı konulabilir. Mide ve duodenumda dilatasyona bağlı görülen "double-bubble" görünümü tanının temelini oluşturur. Duodenal atrezi veya stenozun doğumdaki prevalansı 1/5.000 civarındadır. Olguların %40'ı trizomi 21 ile birliktedir. Duodenal atrezi prenatal dönemde saptandığında kromozom analizi önerilir. 2q37.3 bölgesini içeren kayıplarda dismorfik yüz bulguları, farklı derecelerde mental retardasyon, ve gelişme gerilikleri saptanmıştır. 11p15.5p15.4 bölgesini içeren kazanımlarda gelişme gerilikleri, ve dismorfik bulguların eşlik ettiği varyantlar bildirilmiştir. Bu fetusta saptanan array değişiklikleri FISH ile teyit edilmiştir. Mevcut sonucun fetusta fenotipik anomalilere yol açması beklenmektedir. Aileye şimdiki ve sonraki gebelikleri açısından genetik danışmanlık verilmesi mevcut dengesiz kromozom yapısının kökenini tespit etmek için anne ve babadan subtelomerik FISH analizi önerilmesi gerekecektir

Anahtar kelimeler: atrezi, duodenal, mikroarray, mikrogmati, ventrikülomegali

Resim 1. Hiperekojen kardiyak odak



Resim 2. Double bubble



Resim 3. Mikrogmati



SS-60 Konjenital Boyun Bölgesinde Saptanan Fibrosarkom: Nadir Bir Olgu Sunumu

Ciğdem Kunt İşgüder¹, Tuğba Sivriköz¹, Lütüye Uygur¹, Didar Kurt¹, Erhan Aygün², İbrahim Kalelioğlu¹, Zeynep İnce², Recep Has¹, Atıl Yüksel¹

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

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

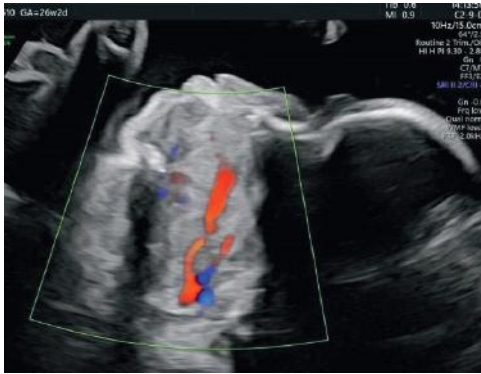
Amaç: Konjenital fibrosarkom, yüksek malignensi gösteren, küçük yuvarlak hücreli nadir görülen bir tümördür. Daha çok ekstremiteler distal derin yumuşak dokuda görülmekle birlikte daha nadir olarak da gövde, baş-boyun, retroperiton ve mezenter yerleşimli olabilir. Bu vaka, hem intrauterin kitle saptanması, iskelet dışı tutulum olması hem de başarılı bir şekilde ex utero intrapartum tedavi (EXIT) prosedürü uygulanması sebebiyle önemlidir.

Olgu: 24 yaşında, G2P1, 26 haftalık gebe fetal boyunda kitle nedeniyle kliniğimize refere edilmiştir. Ultrasonografik muayenede; fetal dil kökünden başlayan, hipofarenksi kaplayıp boyuna kadar yayılan, ağız boşluğunda dil tabanını damağa doğru yükselten, 5*4cm boyutlarında solid paternli hipervasküler kitle tespit edilmiştir. Dil ağız içerisinde hareketsiz görünümde olup ağız devamlı açık olarak izlenmiştir. Amniyotik sıvı miktarı tek cepte 10 cm olarak değerlendirilmiş ek fetal anomali saptanmamıştır. 27. haftada fetal kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sol masseter, parotid ve submandibüler boşluklara infiltrasyon gösteren 4,5x4,5cm boyutlarında hemanjiom veya rabdomyosarkom olma ihtimali yüksek solid kitle olarak raporlanmıştır. Olası kromozom anomalileri, mikrodilesyon/duplikasyon sendromları açısından fetal karyotip/kromozomal array için kordosentez önerilmiştir. Ayrıca perinatal mortalite ve morbidite nedeniyle aileye terminasyon seçeneği sunulmuştur. 36. haftada ağrı ile başvuran gebenin servikal açıklığı olması sebebiyle sezaryene alınmıştır. EXIT prosedürü uygulanarak 2980 gram, 49 cm, 7/8 Apgar skorlu erkek bebek doğurtulmuştur. Ultrasonografik değerlendirmede diffüz infiltratif yayılım gösteren, lipofibromatozis veya myofibromatozise benzeyen solid lezyon saptanmıştır. Biyopsi sonrası patoloji raporunun fibrosarkom ile uyumlu gelmesi üzerine kemoterapi başlanmıştır.

Sonuç: Boyun-orofaringeal kitlesi olan bir fetusta perinatal tedavinin planlanması için MRG önerilmektedir. MRG ile kitlenin volümü, anatomik yayılımı, vasküler ve nöral orijini, havayolunun devamlılığı, EXIT gerekliliği ile ilgili bilgi sağlanır. Büyük boyun tümörü hava yoluna baskı yapabileceği gibi trakeotomiye güçleştirerek havayolu yardımına da engel olabilir. EXIT uygulanmayan fetusların %20'si serebral hipoksi ve nörogelişimsel gerilik ile ve %10-57'si ise mortal seyrederek. Bu nedenle prenatal tanı koyulan olgularda, ilgili branşların koordinasyonu ile tersiyer merkezde doğum planlanması neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır.

Anahtar kelimeler: fibrosarkom, boyun, MRG, EXIT, ultrason

5*4cm boyutlarında solid paternli hipervasküler kitle



Polihidroamniyos



Fetal kranial MRG'de 4,5x4,5cm boyutlarında sol masseter, parotid ve submandibüler boşluklara infiltrasyon gösteren kitle



Postpartum 1. saat



SS-61 Bradikardi ile Prezente Olan Sol Atriyal İzomerizm Olgusu

Yasemin Doğan

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

Giriş: Atriyal izomerizm nadir görülen bir hastalıktır, prevalansı 1/10.000-40.000'dir. Sol atriyal izomerizmde sol taraflı yapılar çifttir ve sağ taraflı yapılar az gelişmiş veya hiç gelişmemiştir. Her iki atriyum sol atriyumun morfolojik bulgularını göstermektedir; sinoatriyal nod yoktur, olguların %40-70'inde komplet AV blok görülebilir. İnferior vena kavanın intrahepatik kısmı kesintiye uğramaktadır, abdominal venöz kan azigos sistemi ile süperior vena kavaya dökülür. Ultrasonografide dört kadrant kesitinde ve üst abdomenin aksiyel kesitinde aorta komşuluğunda azigos ve hemiazigos venler gözükür.

Olgu: G8P7 38 yaşında gebe fetal bradikardi nedeniyle merkezimize refere edildi. Yapılan ultrasonografide 28 haftalık gebelik, tek umbilikal arter, komplet AVSD, çift çıkışlı sağ ventrikül ve tam AV blok tespit edildi, fetal kalp atımı 70/dk idi. Batın kesitlerinde aort sol yan komşuluğunda kraniale doğru yavaş akım gösteren vasküler yapı izlendi, azigos ven olduğu düşünüldü. Bu bulgular sol atriyal izomerizmi desteklemekteydi. Prognoz hakkında bilgi verildi ve karyotip analizi önerildi ancak aile kabul etmedi ve her koşulda gebeliğin devamını istedi. 33 haftalık gebe iken bebek hareketlerini hissedememe şikayeti ile başvurduğunda fetal kalp atımı tespit edilemedi. 1550 gr erkek bebek vajinal yolla doğurtuldu. Aile otopsiyi kabul etmedi.

Sonuç: Sol atriyal izomerizmde komplet AV blok görülebilir. Komplet AV blok olması hidrops ve fetal ölüm ile ilişkilidir. Bradikardi tespit edilen kompleks kalp anomalili olgularda sol atriyal izomerizm ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: bradikardi, komplet AV blok, sol atriyal izomerizm, azigos ven, kesintili inferior vena kava

Abdominal aksiyel kesitte azigos ven



Komplet avsd



4 kadrant kesitinde azigos ven



Longitudinal kesitte azigos ven



SS-62 Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal Transplantı Mevcut Hastaların Perinatal ve Postnatal Sonuçları

Ezgi Turgut, Halis Özdemir, Merih Bayram, Deniz Karçaaltıncaba

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

Amaç: Kliniğimizde renal transplantasyonu ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) mevcut gebelerin renal fonksiyon bulgularının, gebelik ve doğum komplikasyonları ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Yöntem: Haziran 2018 ile Eylül 2019 tarihleri arasında renal transplantasyonu olan 5 ve kronik böbrek yetmezliği mevcut 9 olgu dahil edilmiştir.

Bulgular: Gebelerin ortalama yaşları 31.7, çoğunlukla spontan gebeliklerdir(%85.7).KBYnin en sık nedeni diabetik nefropatidir(%21.4).KBYli 9 hastanın 4 üne hemodiyaliz uygulanmaktadır(%44).Hipertansiyon KBYli hastalara sıklıkla eşlik etmektedir(%86) ancak renal transplantı olanlarda bu oran %40 olarak tespit edilmiştir.KBYli hastalarda ikili antihipertansif kullanım oranı (alfametildopa ve nifedipin) %66 olarak bulunmuştur.Transplant hastalarının hepsi immunosupresif olarak azatioprin,tacrolimus ve prednisolon kullanmaktadır ve hiçbirinde gebelik esnasında rejeksiyon atağı olmamıştır.KBYli hastaların %38 inde ciddi anemi gelişmiş ve eritrosit süspansiyon replasmanı yapılmıştır.KBY hastalarda %38, oranında süperempoze preeklampsi gelişmiş bu hastaların birinde pulmoner ödem eşlik etmiş 1 hastada HELLP sendromu gelişmiştir.Renal transplantlı bir hastada dekolman gelişmiştir.Renal transplant hastalarının %60 ında gebeliğin başında hafif düzeyde kreatinin yüksekliği mevcuttur. KBY li hastaların % %87 'si, renal transplantlı hastaların %80'ni sezaryen ile doğurtulmuş en sık endikasyonu geçirilmiş sezaryendir(%40).Renal transplantı olan 5 gebeden 2 sinde(%40),KBYsi olan 8 gebeden 5 inde(%62.5) preterm doğum gerçekleşmiştir. Serum kreatinin değerleri 1,4 mg/dl üzerinde olan KBY li 6 gebeden biri termine edilmiş diğer 5 gebede ise preterm doğum gerçekleştirmiştir (%100).Bu hastaların biri ikiz gebeliğe bağlı 21.gebelik haftasında spontan vajinal doğum yapmış, her iki bebekte ex olmuştur. Diğer 4 bebekte (ort:28hf4gün) yoğun bakım ihtiyacı olmuş, yoğun bakımda kalma süresi ortalama 62 (1-118) gün olup,3 hastada prematüriteye sekonder intrakranial kanama, retinopati ve nekrotizan enterekolit gelişmiştir. Hafif düzeyde KBY olan 3 hasta 37.gebelik haftasında doğum yapmıştır.Renal transplatı olup preterm doğum yapan hastaların biri 25. haftada dekolman sebebiyle C/S ile doğurtulmuş,diğeri ise 35 gebelik haftasında preterm eyleme girmiş 2500 gr doğum yapmıştır.

Sonuç: Serum kreatinin değerleri 1,4 mg/dl üzerinde olan KBYli hastalarda maternal,fetal ve yenidoğan mortalite ve morbiditesi belirgin olarak artmaktadır.Takipte multidisipliner yaklaşılması esastır.

Anahtar kelimeler: kronik böbrek yetmezliği, Renal transplantasyon, preterm doğum, preeklampsi, muldisipliner yaklaşım

SS-63 İkiz Eşinde Ekstrahepatik Duktus Venozus Agenesizi: Olgu Sunumu

Esra Esim Büyükbayrak, Rezzan Berna Baki, Aysel İbrahimli

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Duktus venozus agenezisi sıklığı 1/2500 olarak bildirilmiştir (1). Duktus venozus yokluğu kardiyak, ekstrakardiyak anomaliler, kromozomal anomalilerle birlikte bulunabilir. Duktal agenezinin iki tipi vardır; İntrahepatik tipte umbilikal ven en sık olarak portal sinüse açılır. Ekstrahepatik tipte umbilikal ven direkt olarak ilyak ven, inferior vena kava, renal ven veya sağ atriya açılabilir (2). Prognozunda umbilikal venin açıldığı yer ve ilave defektler önemlidir.

Amaç: Dikoryonik diamniyotik ikiz gebelikte bebeklerden birinde saptanan izole ductus venosus agenezisi olgusunu sunmak.

Yöntem ve Bulgular: 40 yaşında, G2P1, IVF gebeliği, SAT göre 21+3 hf, dikoryonik diamniyotik ikiz gebede II.düzye USG'de 1. bebekte umbilikal ven dilate olup trasesi takip edildiğinde umbilikal venin ekstrahepatik olarak direkt sağ atriya girdiği izlenmiştir (Resim 1). Bu bebekte kardiomegali dışında ek fetal anomali ve hidrops bulguları izlenmemiştir. 1. bebeğe' izole ekstrahepatik duktus venozus agenezisi' tanısı konmuştur. 2. bebek tümüyle normal izlenmiştir.

Hastaya genetik inceleme önerilmiştir ancak hasta istemediği için yapılamamıştır.

Takiplerde 33. haftaya kadar 1. bebekte polihidramnios dışında ciddi sorun olmamıştır. Ancak 34. haftada fetal kalp yetmezliği bulguları ve maternal preeklampsi gelişmesi üzerine hasta sezaryenle doğurtulmuştur.

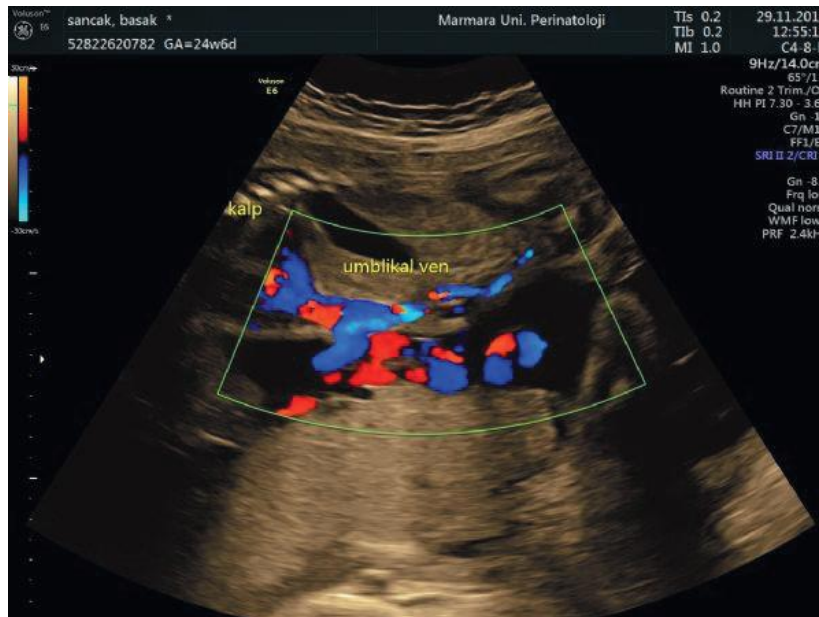
1. bebeğin doğum sonrası yapılan toraks bt incelemesinde sağ atriya indetasyon gösteren 2,5*1,5 cm lezyon izlenmiştir. EKO'da kalp normal izlenmiştir. Batın USG'de karaciğer ile eş ekojenitede 4*1 cm lezyon izlenmiştir. Bu bulgular prenatal ekstrahepatik duktal agenezi tanısını desteklemektedir.

Sonuç: Duktus venozus yokluğunun öngörüsünde, inferior vena kavanın normalden geniş olması, umbilikal ven ile inferior vena kava arasında Doppler akım gözlenmemesi önemlidir. Özellikle kardiomegalisi ve polihidramniyozu olan gebeler duktus venozus yokluğu yönünden araştırılmalıdır. Tanı alan hastalar kalp yetersizliği gelişmesi açısından yakından takip edilmelidir. Olası ekstrakardiyak anomaliler araştırılmalı ve genetik araştırma yapılmalıdır. Postnatal prognoz genellikle iyidir, bizim vakamızda da postnatal sorun yaşanmamıştır.

- 1.Staboulidou I, Pereira S, Cruz Jde J, Syngelaki A, Nicolaides KH. Fetal Diagn Ther 2011;30:35-40.
- 2.Sadler, TW, Langman, J. Langman's Medical Embryology. Lippincott 2012.

Anahtar kelimeler: duktus venozus, agenezi, ekstrahepatik, ikiz gebelik, prognoz

Umbilikal ven trasesi / umbilikal venin direkt kalbe döküldüğünü gösteren görüntü



SS-64 Tuberoz Skleroz ile İlişkili Fetal Rabdomyom Olgusu

Yasemin Doğan¹, Oğuz Arslan¹, Özkan Hayıt¹, Kadir Babaoğlu²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Rabdomyom en sık görülen fetal kalp tümörüdür. Ayırıcı tanıda teratom, hemanjiyom, fibrom ve miksom bulunmaktadır. Sınırları net, yuvarlak veya oval hiperekojen tek veya multipl kitleler olarak görülürler. Ventrikül duvarı, septum, atriyum veya damar çıkış yolları üzerinde bulunabilirler. Akım yolunda veya atriyovenriküler kapaklarda obstrüksiyona neden olabilir ve aritmiye yol açabilirler. Sıklıkla ikinci trimester ve sonrasında tanı koyulabilir. Rabdomyomlu olguların %39-82'si tuberoz skleroz ile ilişkilidir. Tuberoz skleroz otozomal dominant kalıtım göstermektedir ancak sporadik mutasyon sıktır. Fetal MR ile periventriküler ve subependimal tüberler gösterilebilir. İnvazif prenatal testlerle TSC-1 (hamartin geni) ve TSC-2 (tuberin geni) genleri tespit edilerek moleküler genetik tanı koyulabilir. Rabdomyomlar genellikle doğum sonrası küçülebilirler, prognoz büyüklüğe bağlıdır. Tuberoz sklerozda ise epilepsi ve nörogelişimsel problemler görülebilmektedir.

Olgu: G1P0 26 yaşında gebe fetal aritmi nedeni ile 33. gebelik haftasında merkezimize refere edildi. Yapılan ultrasonografik değerlendirmede en büyüğü 25x15 mm çapında interventriküler septum üzerinde olmak üzere apekte ve ventrikül duvarında multipl hiperekojen kitleler izlendi, fetal prematür atriyal kontraksiyonlar tespit edildi, rabdomyom düşünüldü. Kraniyal değerlendirmede, interhemisferik fissür devie ve kortikal bölgede tüberler izlendi. Bu bulgularla tuberoz skleroz düşünüldü. 34 hafta iken ağrılarının başlaması ve makat prezentasyonu olması üzerine sezaryene alınarak 2190 gr 5/8 Apgarlı erkek bebek doğurtuldu. Postnatal dönemde triküspit kapaktan başlayıp septum boyunca apekse uzanan darlık oluşturmeyen rabdomyom ve apekte çok sayıda kitle tespit edildi. Everolimus tedavisi başlandı. Neonatal kraniyal MR da yaygın kortikal tüberler izlendi.

Sonuç: Fetal dönemde tespit edilen rabdomyomlar tuberoz skleroz ile ilişkili olabilir, bu olgularda fetal kraniyal değerlendirme önemlidir.

Anahtar kelimeler: rabdomyom, tuberoz skleroz, fetal kalp tümörü, interventriküler septum, tüber, everolimus

Rabdomyom



Renkli akım Doppler rabdomyom



Kortikal tüber



İnterhemisferik fissür



SS-65 Galen Veni Anevrizması: Üç Olgu Sunumu

Seçil Karaca Kurtulmuş¹, Yasemin Doğan²

¹Izmir Katip Çelebi Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

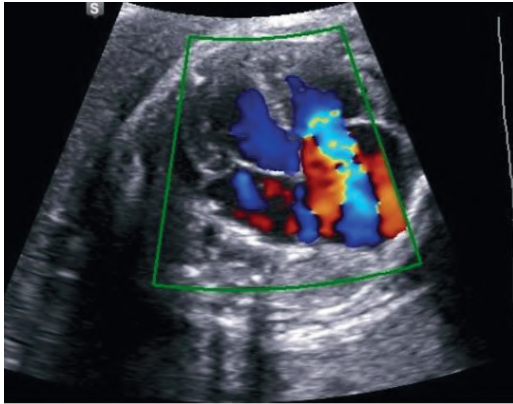
Amaç: Prenatal dönemde Galen veni anevrizması (GVA) tanısı koyulan üç olguyu değerlendirmek

Olgu: İlk olgu 22. gebelik haftasında hafif triküspit yetmezliği ile başvurdu ve kranial Doppler inceleme ile GVA tanısı koyuldu. Ağır kardiyak yetmezlik ve fetal venöz Dopplerde bozulma olması üzerine 31. gebelik haftasında doğum planlandı ve yenidoğan postnatal 2. günde ağır kalp yetmezliğine bağlı olarak kaybedildi. İkinci olgu 20. gebelik haftasında fetal beynin renkli Doppler incelemesi sırasında insidental olarak saptandı. Antenatal takiplerde 25. gebelik haftasında kalp yetmezliği gelişti ve 29. gebelik haftasında ağır kalp yetmezliği ve fetal venöz Dopplerde bozulma olması üzerine bebek doğurtuldu. Postnatal 4. gün yenidoğan ağır kalp yetmezliği nedeniyle kaybedildi. Üçüncü olgu 32. gebelik haftasında fetal kardiyomegali nedeni ile yönlendirildi, ultrasonografik incelemede ağır triküspit yetmezliğine ve borderline ventrikülomegaliye neden olan büyük GVA tespit edildi. 34. gebelik haftasında doğum gerçekleştirildi. Postnatal 4. gün endovasküler embolizasyon yapıldı ve 37. günde hidrosefali nedeni ile şant takıldı. Bu operasyonlara rağmen postnatal 4. ayda bebek kaybedildi.

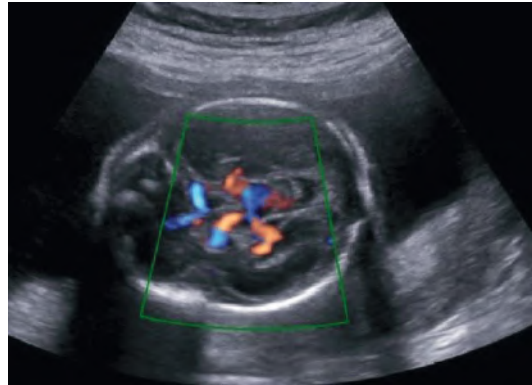
Sonuç: GVA primitif koroidal damarlar ve Markowskinin median prosensefalik veni arasındaki arteriovenöz şantlar nedeniyle oluşan ve nadir görülen bir konjenital anomali. Kalp yetmezliği varsa veya antenatal dönemde serebral lezyonlar varsa prognoz olumsuzdur. GVA'nın prenatal tanısı danışma ve tersiyer merkezde takip açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: galen veni anevrizması, prenatal tanı, postnatal prognoz, kalp yetmezliği, arteriovenöz şant

Olgu 1 triküspit yetmezliği



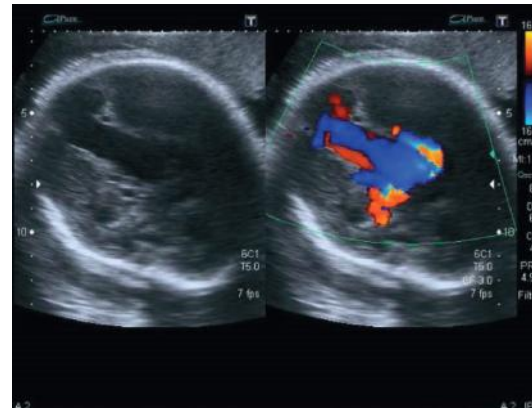
Olgu 1 GVA



Olgu 2 GVA



Olgu 3 GVA



SS-66 Hiperekoben BarsakKemal Sarsmaz, Gökçen Örgül, Nazan Vanlı Tonyalı, Aykan Yücel, Dilek Şahin

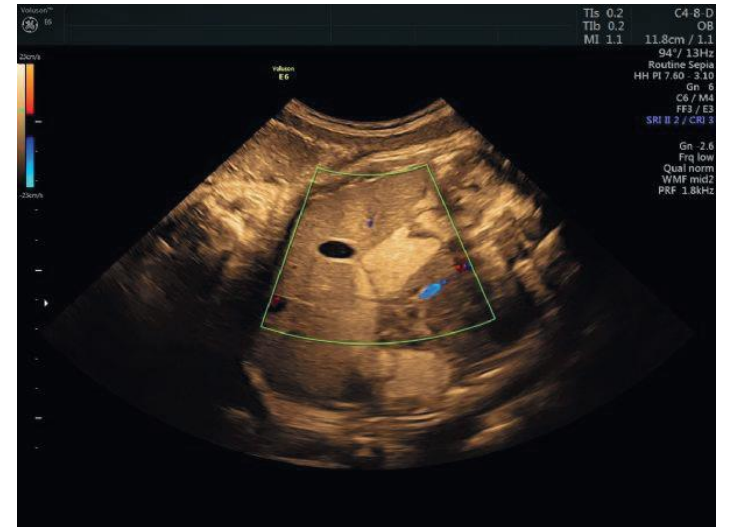
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Giriş: İntestinal ekojenite artışı sıklıkla idiyopatik, trizomi 21, enfeksiyonlar(sitomegalovirüs, parvovirüs, toxoplazma), kistik fibrozis ve mekonyum peritonitine bağlı olarak görülmektedir. Nadir olarak fetal dönemde yutulan kan, fetal gelişme geriliği ve intestinal iskemi sonucu da görülebilir. Ekojenik barsak tanımlaması için; gain mümkün olduğunca düşürülmeli ve intestinal ekojenitenin komşu kemik dokudan önce kaybolup kaybolmadığına bakılmalıdır.

Olgu: Düzensiz takipli 33 yaş G1P0 gebe hastanemize ilk olarak 20. haftada üçlü testte Down sendromu riski 1/8 olması nedeni ile başvurdu. Ultrasonografide circumvallat plasenta izlenen hastaya amniosentez önerildi, hasta kabul etmedi. 39. hafta ultrasonografisinde kitle imajı veren yoğun içerikli intestinal ekojenite artışı olduğu görüldü. Ek patoloji izlenmeyen hasta fokal alanda ileri derece artmış intestinal ekojenite ön tanısı ile yatırıldı (Resim 1, 2). Hastadan vajinal yolla 2900 gr sağlıklı erkek bebek doğurtuldu. Postpartum kontrollerinde sorun yaşanmayan bebek, postpartum 1. günde anne yanında taburcu edildi. Doğum sonrası 12. gününde olan ve kontrollerine devam edilen bebekte sorun yaşanmadı.

Tartışma: Ekojen barsak tanılarının %82,5'i normalin varyantı olarak tanımlanmakla birlikte fokal olanların patolojik olma ihtimali daha yüksektir. Ekojen barsak izole olmadığı durumlarda olumsuz sonuç olasılığı %50 kadardır. Eşlik eden minör belirteçler, trizomi 21 için uyarıcı olmalıdır. Mikrosefali saptanması başta sitomegalovirüs olmak üzere intrauterin enfeksiyonları düşündürmelidir. Mekonyum ileusu ve sekonder olarak gelişen mekonyum peritoniti durumunda fetal batında dağınık plaklar şeklinde kalsifikasyonlar, mide ve karaciğer serozasında kalsifikasyonlar görülür. Bu gibi durumlarda kistik fibrozis araştırılmalıdır. Genellikle ilerleyen haftalarda düzelen bir durum olan hemorajik materyalin yutulmasına bağlı gelişen ekojen barsak olgularında mide içeriğinde ekojen sıvı seviyelenmesi görülebilir. Antenatal takiplerde intrauterin gelişme geriliği ve intestinal patolojiler açısından dikkatli olunmalıdır. Fetal gelişme geriliğine eşlik eden ekojen barsak birlikteliği intrauterin fetal kayıp riskini arttırmaktadır. Bu hasta geç başvuru nedeni ile antenatal araştırması olmayan bir hastadır. Özetle ekojen barsak tespit edildiğinde tanının doğruluğu, izole olup olmadığı ve eşlik eden özellikler açısından dikkatlice irdelenmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: hiperekoben barsak, mekonyum ileusu, kistik fibrozis, intrauterin gelişme geriliği, trizomi 21

İntestinal ekojenite artışı**Renkli Dopplerde kanlanma alınmamakta**

SS-67 Prenatal Tanısı Olan Hipoplastik Sol Kalp ve Sağ Kalp Vakalarının Yenidoğan Sonuçları

Erdem Fadiloğlu

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

Amaç: 2016-2019 yılları arasında kliniğimizde prenatal dönemde tanısı koyulmuş olan hipoplastik sol kalp ve hipoplastik sağ kalp vakalarının yeni doğan sonuçlarının ultrason bulguları eşliğinde değerlendirilmesi

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Hastanesi elektronik veritabanı ve Perinatoloji Bilim Dalı kayıtları incelenerek hastalar belirlenmiş olup, hastaların ultrasonografi görüntüleri retrospektif olarak incelenmiştir. Gebelik sonuçları terminasyon ve doğum şeklinde sınıflandırılmış olup, doğum ile sonuçlanan gebeliklerde yenidoğanların APGAR skorları, doğum ağırlıkları, doğum haftaları, yoğun bakım ihtiyacı, operasyon ihtiyacı, uzun dönem mortalitesi incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda prenatal dönemde tanı alan 10 hipoplastik sağ ve 18 hipoplastik sol kalp hastası incelenmiştir. Hipoplastik sol tanısı alan 3 hasta takipten çıkmış, 1 hipoplastik sağ ve 3 hipoplastik sol kalp vakası prenatal dönemde termine edilmiştir. Hipoplastik sol kalp tanısı olan 2 hastada yenidoğan döneminde kesin tanı değişmiş olup diğer tüm hastalarda prenatal tanı doğrulanmıştır. Hipoplastik sol ve sağ kalp olan yenidoğanlarda mortalite oranları ise %50 ve %66 olarak belirlenmiştir. Operasyon oranı ise hipoplastik sol ve sağ kalp olan vakalar için sırasıyla %44 ve 33% olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Hipoplastik sol ve sağ kalp hastalıkları yenidoğan döneminde yüksek mortaliteye sahip konjenital kalp hastalıklarıdır ve hipoplastik sağ kalp vakalarında da mortalite hipoplastik sol kalp vakaları kadar yüksek görülebilmektedir.

Anahtar kelimeler: hipoplastik sağ kalp, hipoplastik sol kalp, konjenital kardiyak malformasyon, prenatal tanı, ultrasonografi

Maternal ve fetal karakteristik bilgiler

	Hipoplastik Sol Kalp Sendromu	Hipoplastik Sağ Kalp Sendromu
Yaş	27 (23 - 31)	29 (27 - 33)
Gravida	2 (1 - 3)	2 (1 - 5)
Parite	1 (0 - 2)	1 (0 - 2)
Doğum Ağırlığı	2750 (2590 - 3260)	2900 (2650 - 3100)
Doğum Haftası	38 (37 - 38)	38 (37 - 38)

Median (25-75p) değerleri verilmiş olup, doğum ağırlığı ve doğum haftası verileri sadece doğum yapan hastalar için verilmiştir

Vakaların Klinik Sonuçları

	Hipoplastik Sol Kalp Sendromu (n=18)	Hipoplastik Sağ Kalp Sendromu (n=10)
Gebelik Terminasyonu	1	3
Neonatal Ölüm	6	6
Operasyon	4	4
Postnatal Tanı Konfirmasyonu	88.8%	100%

SS-68 Otuz Bir Haftalık Gebede Akut Gelişen Hidrotoraks Olgusu

Şafak Yılmaz Baran, Songül Alemdaroğlu, Hakan Kalaycı, Gülşen Doğan Durdağ, Erhan Şimşek

Başkent Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalı, Adana

Giriş: Konjenital fetal hidrotoraks 10.000-15.000 gebelikte bir görülen nadir bir anomalidir. İntrauterin spontan düzelebildiği gibi, fetal ölümle sonuçlanabilen olgular da gözlenmektedir.

Olgu: Otuz yaşında, 6. gebeliği ve 3 yaşayan sağlıklı çocuğu olan, son adet tarihi ve ultrason bulgularına göre 31 hafta ile uyumlu, bilateral hidrotoraks saptanan olguyu sunmak istiyoruz. Dış merkezde takiplerine giden gebenin özgeçmişinde ek bir özelliği olmadığı, 1 ay önce gribal bir enfeksiyon geçirdiği öğrenildi. Bir hafta önce pleural efüzyon saptanması üzerine tarafımıza refere edilmiş olan hastada sağda daha yaygın olmak üzere bilateral hemitoraks ve polihidramnios dışında ek bir anomali saptanmadı. Fetal torasentez yapılan olguda eksuda vasfında mayii kültürde üreme saptanmadı. Akciğer maturasyonu için betamazon profilaksisi yapıldı. Torasentez sonrası 2. günde pleural efüzyonun tekrar arttığı izlendi, ek olarak triküspit yetmezlik bulguları gelişmesi üzerine 2075 gr, 3/7 APGAR' lı erkek bebek sezaryen ile doğurtuldu. Yenidoğanın klinik değerlendirmesinde dinlemekle solunum seslerinin azaldığı, batının distandü olduğu saptanmıştır. Yenidoğana Yoğun Bakım Ünitesi'nde mekanik ventilasyon uygulanmıştır. Torakal ultrasonda her iki hemitoraksta pleural sıvı birikimi, özellikle sağ akciğerin kollabe olduğu ve mediasteninin sola deviye olduğu gözlenmiştir. Bilateral toraks tüpü takılan olgunun 2. gününde ekstübe edildiği, kliniğinin ve vitallerinin stabil olduğu izlenmiştir. Bu süreçte pleural efüzyonu gerilediği izlenmiştir.

Sonuç: Bu olguda gözlenen akut hidrotoraks hali; immun hidropsun dışlanması, ek başka bir anomalinin olmaması, gribal enfeksiyona ikincil gelişmesi ve fetal torasentezde eksuda vasfında mayii saptanması kesin olarak tanısı konulmasına da fetal enfeksiyonu öncelikle düşündürmektedir. Hidrotoraks olgularının idiyopatik olarak geliştiği ve sıklıkla nedeninin bulunamadığı da bilinmektedir. Öncelikle bu tür olgular tersiyer merkezlere yönlendirilmeli, gebelik haftasına, pleural efüzyonun şiddetine, progresyonuna ve hidropsun eşlik etmesine göre torasentez veya torakoamniyotik şant gibi invaziv işlemlerin seçimi ve doğumun zamanlamasına karar verilmelidir.

Anahtar kelimeler: fetal hidrotoraks, perinatal sonuçlar, pleural efüzyon, torakoamniyotik şant, torasentez

Fetal hidrotoraks olgusu



Fetal hidrotoraksli olguda gelişen triküspit yetmezliği



SS-69 Gebeliğin Birinci Trimesterinde Yakalanmış Nadir Bir Olgu: Cantrell Pentalojisi

Alpaslan Akyol, Şeyda Yavuzkır

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: ilk trimesterde tanı alan nadir bir anomali kompleksi olan Cantrell Sendromunun tanı ve klinik özelliklerini literatür eşliğinde gözden geçirmektir. Cantrell-Haller-Rayitsch Sendromu olarak da adlandırılmaktadır. Umbilikus üstü alanda batın ön yüzü defekti, çeşitli kardiyak anomaliler, sternum alt ucu defekti, diyafragmanın anterior tarafında defekt ve diafragmatik perikardın yokluğu pentalojiyi oluşturan komponentlerdir. Oldukça nadir görülen bu sendroma 1/65.000-1/200.000 doğumda bir rastlanır ve kız/erkek oranı yaklaşık olarak eşittir. Erken gebelik döneminde paryetal mezodermdeki farklılaşma problemlerinin diyafram ve abdominal defektlere, splanknik mezodermdeki farklılaşma problemlerinin ise kalp ve perikardda defektlere neden olduğu düşünülmektedir.

Olgu: 32 yaşında, gravida 2, partus 1 olan hastada gebeliğinin 13. haftasında yapılan obstetrik ultrasonografide; kalp aktivitesi olan, oligohydramnios saptanan fetusta batın ve toraks ön duvarı defekti sonucu ektrofia kordis ve omfalosel izlenmiştir. Ayrıca kolumna vertebraliste ileri derecede şekil bozukluğu ve bilateral club foot anomalisi görülmüştür. İntrakranyal yapılarda belirgin bir anomali dikkati çekmezken, oligohidramniosu bağlı kranyumda lemon sign benzeri bir görünüm mevcuttu. Aileye multiple ve majör anomalilerin olması nedeniyle terminasyon önerildi. Terminasyon sonrası fetusun makroskopik bulguları tanılarımızı doğrulamıştır. Ayrıca bebeğin genetik incelemesinde herhangi bir kromozomal anomaliye rastlanmamıştır.

Sonuç: Cantrell Pentalojisi'nin prognozu kötüdür, yaşam oranları cerrahi müdahale sonrası bile %40'ın altındadır. Eşlik eden anomaliler hastalığın prognozunu belirlemekte ve kromozom anomalileri de eşlik edebilmektedir. Çok nadir görülen bu sendromun erken tanı alarak gebeliğin birinci trimesterinden daha öteye geçmeden sonlandırılması hastamız açısından hem psikolojik hem de obstetrik zorlukların oluşmasını engellemiştir.

Anahtar kelimeler: cantrell sendromu, multipl fetal anomali, ekstrofi kordis, batın duvarı defekti, göğüs duvarı defekti

Fetusun makroskopik görünümü



Ultrasonografik görüntü



SS-70 Prenatal Dönemde Ebstein Anomali Tanısı Konulmuş Olan Gebeliklerin Obstetrik Sonuçları: Hacettepe Üniversitesi Tecrübesi

Atakan Tanaçan

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

Amaç: Merkezimizde prenatal dönemde Ebstein anomalisi tanısı konulmuş olan gebeliklerin obstetrik sonuçlarının incelenmesi.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 2009-2019 yılları arasında fetal Ebstein anomalisi tanısı ile izlenen gebeliklerin sonuçları retrospektif olarak tarandı. Maternal demografik özellikler, prenatal tanı haftası ve gebelik sonuçları araştırıldı.

Bulgular: Mevcut dönemde fetal Ebstein anomalisi tanısı ile izlenen 12 tekiz gebelik mevcuttu. Ortalama maternal yaş 29.25 ± 3.1 idi. Gravida ve parite için ortanca değerleri sırasıyla 2 (1-3) ve 1 (0-2) olarak bulundu. Ortalama tanı haftası 24.90 ± 1.32 idi. İki vakada tıbbi terminasyon uygulandı, iki vakada intrauterin eksitus gelişti, beş vakada postpartum eksitus izlendi ve üç vakada neonatal sağ kalım mevcuttu.

Sonuç: Prenatal dönemde saptanan Ebstein anomalisi çoğunlukla kötü prognoz ile seyretmektedir. Özellikle konjenital dönemde kalp yetmezliğine yol açacak kadar ağır olan vakalarda tıbbi terminasyon ailelere bir seçenek olarak sunulabilir.

Anahtar kelimeler: Ebstein anomalisi, fetal ekokardiyografi, konjenital kalp hastalıkları, obstetrik sonuçlar, prenatal tanı

Prenatal dönemde Ebstein anomalisi tanısı konulan vakaların gebelik sonuçları

Vaka	Maternal yaş	Gravida	Parite	Prenatal tanı haftası	Gebelik sonucu	Açıklama
1	30	2	1	25	Postpartum ex (7.gün)	37 hf, C/S, 3000 g 6/7/8, neonatal kalp yetmezliği
2	28	1	0	24	Tıbbi terminasyon (24. hf)	Kardiyomegali, perikardiyal efüzyon
3	27	1	0	24	Postpartum ex (10.gün)	37 hf, 2700 g, 6/7/7, neonatal kalp yetmezliği
4	32	2	1	26	Postpartum ex (5. gün)	37 hf, 3100 g, neonatal kalp yetmezliği
5	33	3	2	25	İntrauterin ex (30. hf)	Hidrops fetalis
6	30	1	0	26	Postpartum ex (7. gün)	31 hf, C/S, 1500 g, IUGR, 3-entübe, RDS
7	28	2	1	25	İntrauterin ex (32. hf)	Hidrops fetalis
8	27	1	0	24	Postpartum ex (14.gün)	32 hf, NSVD, 1800 g, 3-entübe, neonatal sepsis
9	24	1	0	28	Sağ-sağlıklı	38 hf, 3150 g, 9/10/10, ek müdahale yok
10	27	2	1	25	Sağ-sağlıklı	38 hf, 3000 g, 8/9/9, postpartum operasyon
11	30	2	1	24	Tıbbi terminasyon (24. hf)	Hidrops fetalis, perikardiyal efüzyon
12	35	3	2	23	Sağ-sağlıklı	38 hf, 3200 g, 9/10/10, postpartum operasyon

SS-71 Bilateral Çift Renal Arter ve Duplike Vena Cava Inferior Saptanan Trizomi 18 Sendromu: Olgu sunumu

İbrahim Halil Kalelioğlu¹, Selen Gürsoy Erzincan³, Recep Has¹, Umut Altunoğlu², Tuğba Saraç Sivrikoz¹, Gürcan Türkyılmaz¹, Aylin Yılmaz¹, Didar Kurt¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Trabzon

Giriş: Trizomi 18, doğum öncesi dönemde en sık görülen anöploidilerden biridir ve genel olarak canlı doğumda prevalansı 1/2500 ile 1/8600 arasında olduğu bilinmektedir. Prenatal dönemde trizomi 18 ile ilişkili sayısız sonografik bulgular tanımlanmıştır. Literatürde daha önce bildirilmemiş bilateral çift renal arter ve duplike vena cava inferior saptanan bir trizomi 18 olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 37 yaşında gravida 2, parite 1 olan hasta rutin detaylı fetal anatomik değerlendirme için kliniğimize başvurdu. Medikal ve obstetrik özgeçmişinde özellik bulunmayan hasta gebeliğinde tarama testi yaptırmamıştı. 22 hafta 6 günlük gebe olan hastanın yapılan detaylı fetal ultrasonografisinde tek umbilikal arter, duktus venozus agenezisi mevcuttu. Umbilikal ven direk olarak sağ atriya drene olmaktadır (Resim 1). Fetal kalp değerlendirilmesinde kardiyotorasik indeks artmış, persistan sol vena cava superior ve ventriküler septal defekt saptandı. Fetal abdomen değerlendirilmesinde ise bilateral çift renal arter mevcuttu (Resim 2, Video 1). Ayrıca pelviste solda ve sağda olmak üzere duplike vena cava inferior saptandı (Video 2). Sol taraftaki vena cava inferiorun sol böbrek üst polüne yakın bir seviyede aortanın önünden geçerek sağ vena cava inferior ile birleştiği izlendi. Mevcut bulgularla amniyosentez işlemi yapılan hastanın karyotip analizi sonucu trizomi 18 olarak raporlandı. Ailenin onamı doğrultusunda gebelik termine edildi. Ancak ailenin otopsiyi kabul etmemesi nedeniyle postmortem inceleme yapılamadı.

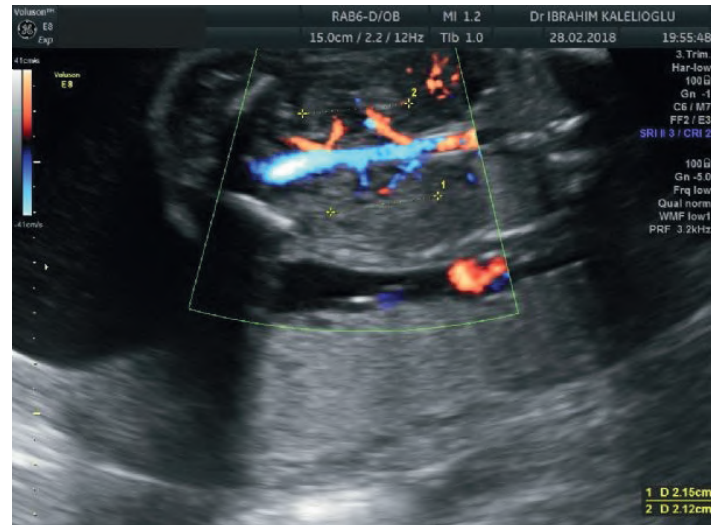
Sonuç: Bildiğimiz kadarıyla vakamız literatürde sistemik vasküler anomalilerin ilk vakası trizomi 18 vakasıdır.

Anahtar kelimeler: prenatal tanı, renal arter, trizomi 18, ultrason, vena cava inferior

Duktus venozus agenezisi. Resimde umbilikal venin direk olarak sağ atriya drene olduğu görülmektedir.



Koronal kesitte her iki böbreğe ait çift renal arter görülmektedir.



SS-72 Prenatal Dönemde Büyük Arter Transpozisyonu Tanısı Alan Gebeliklerin Obstetrik Sonuçları: Hacettepe Üniversitesi Tecrübesi

Canan Ünal

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

Amaç: Prenatal dönemde tanısı Büyük Arter Transpozisyonu (BAT) olan gebeliklerin obstetrik sonuçlarının değerlendirilmesi.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 2015-2019 yılları arasında fetal BAT tanısı ile izlenen gebeliklerin sonuçları retrospektif olarak tarandı. Maternal demografik özellikler, prenatal tanı haftası ve gebelik sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: 18 fetusa prenatal BAT tanısı konuldu. Ortalama tanı haftası yaklaşık olarak 19. gebelik haftası olarak değerlendirildi. Yenidoğanlardan 2' sinde yapılan tetkikler sonucu tanı Çift Çıkımlı Sağ ventrikül olarak değerlendirildi. İki gebelik terminasyon ile sonuçlanırken, doğumların 2 si normal vaginal doğum ve 14 ü sezaryen doğum ile gerçekleşti. Bir fetus intrauterin exitus olarak izlendi. Yenidoğanların 10'u (% 62.5) opere oldu. Operasyon sonrası 3 yenidoğan ex oldu.

Sonuç: Prenatal dönemde Büyük Arter Transpozisyonu tanısı alan fetuslarda mortalite oranları literatüre kıyasla daha yüksek olarak seyredebilmektedir. Bu nedenle bu hastalarının antenatal takibinde dikkatli olunmalı ve doğum tersiyer merkezlerde planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: büyük arter transpozisyonu, fetal ekokardiyografi, konjenital kalp hastalıkları, obstetrik sonuçlar, prenatal tanı

Demografik Özellikler

Yaş	31 (23-41)
Gravida	2 (1-7)
Parite	1 (0-4)
Prenatal Tanı Haftası	19 (18-21)
Doğum Haftası	38 (36-40)

Fetal Sonuçlar

Terminasyon	2
Doğum	16
İntrauterin ex	1
Neonatal ex	3
Neonatal Operasyon	10

SS-73 Amniyotik Band Sendromu Olgusu

Dilara Duygulu, Ezgi Turgut, Halis Özdemir, Merih Bayram, Deniz Karçaaltıncaba

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

Amniyotik band sendromu, amniyotik zarın fetusun kol, bacak, parmak gibi uzuvlarına dolanmasına ve sıkıca yapışarak ayrılmasına yol açan nadir görülen bir durumdur. Bu durum amniyotik zarın yapışma bölgesine ve sıklığına göre çeşitli problemlere yol açmaktadır. Amniyotik band insidansı 1,200-15,000 canlı doğumda 1 dir. Genetik ve herediter olarak görülmemektedir. Amniyotik band sendromu sonucunda el ve ayak parmaklarında amputasyon, sindaktili görülebilmektedir.

Vaka Sunumu: 26 yaşında G1P0Y0 gebe olan hasta kliniğimize ilk olarak 12. gebelik haftasında başvurmuştur. Hastanın 1. ve 2. trimester tarama testleri normal olarak izlendi. Hastaya yapılan ayrıntılı ultrasonda oligohidroamniyoz saptandı. Oligohidroamniyoz saptanması üzerine diagnostik amaçlı 130 cc amniyoinfüzyon yapıldı ve amniyon sıvısından genetik örnekleme yapıldı. Genetik sonucu normal konstitusyonel karyotip olarak raporlandı. Amniyoinfüzyon sonrasında yapılan ultrasonda pençe el ve sindaktili izlendi. Hastanın takibinde amniyon sıvısı yeterli idi. Hastaya mevcut durum ile ilgili bilgi verildi. Hasta gebeliğin devamına karar verdi. Hastanın takibinde amniyon sıvısı yeterli izlenmesi ve şikayeti olmaması nedeni ile takip önerildi. Hasta 34 hafta 4 gün iken hasta spontan vajinal yol ile doğum yaptı. 1885 gram 7/8 APGAR ile kız bebek doğurtuldu. Bebeğin fizik muayesinde sağ üst kolu iki kısma ayıran amniyotik band ve sağ ayak başparmağı ampute görünümde izlendi.

Tartışma: Amniyotik band sendromu nadir görülen bir hastalıktır. Etiyolojisi net bilinmemektedir. Amniyon zarının yırtılması ve sonradan fetal uzuvlara yapışan amniyotik bantların oluşumu çeşitli malformasyonlara yol açar. Bu durumun prenatal tanısı hem ebeveynlere hem de doktorlara, tedavi ve terapötik planlama konusunda yararlı bilgiler sağlamaktadır. Amniyotik bant sendromlu bir fetus, doğumdan sonra tedavi gerektirebilir. Oluşan derin konstrüktif deformasyonların, sindaktili, yarı dudak ve pes ekinovarus tedavisinde rekonstrüktif cerrahi gerekebilir.

Anahtar kelimeler: amniyoinfüzyon, amniyotik band sendromu, oligohidroamniyoz, pençe el, sindaktili

Sağ ayak başparmak amputasyonu



Sağ ön kol amniyotik band



SS-74 Karpal Tünel Sendromunda Trombosit/Lenfosit ve Lenfosit/Monosit Oranlarının Değerlendirilmesi

Ahmet Erol¹, Gülsemin Ertürk Çelik²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

²Türkiye Cumhuriyeti Gençlik ve Spor Bakanlığı, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı

Amaç: Bu çalışmanın amacı, karpal tünel sendromu (KTS) tanısı konulan gebelerde Trombosit/Lenfosit ve Lenfosit/Monosit oranları arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bu kesitsel çalışmada KTS tanısı alan 40 gebe ve gebeliğinde herhangi bir komplikasyon yaşamayan 40 sağlıklı gebe çalışmaya dahil edildi. Teşhis, semptomların şiddeti ve KTS'nin fonksiyonel durumu Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi, ultrasonografik median sinir kesit alanı ölçümleri ve klinik muayene bulguları (Tinel, Phalen, Karpal kompresyon test pozitifliği) ile değerlendirildi. Kan parametreleri, Trombosit/Lenfosit (PLR), Lenfosit/Monosit oranları (LMR) ve C-reaktif protein (CRP) değerleri çalışma ve kontrol gruplarında karşılaştırıldı.

Bulgular: KTS'li hasta grubunda CRP ve trombosit değerleri sağlıklı gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulundu (sırasıyla, $p = 0.04$ ve $p < 0.001$). Her iki grupta PLR ve LMR değerleri arasında ise anlamlı fark görülmedi (sırasıyla, $p = 0.22$ ve $p = 0.35$).

Sonuç: İnflamatuvar belirteçler olan PLR ve LMR, hamile kadınlarda KTS tanısında kullanılabilecek yeterlilikte parametreler olarak gözükmemektedir.

Anahtar kelimeler: karpal tünel, trombosit, lenfosit, monosit, oran, gebelik

SS-75 Parsiyel Korpus Kallozum Agenezisi, Ventriküler Septal Defekt, Retinoblastom ve Sensorinöral İşitme Kaybı Olan 13q Delesyon Sendromlu Bir Olgu

Cihan Inan¹, Malik Ejder Yıldırım², Gaffari Tunc³

¹Sivas Numune Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Sivas

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Sivas

³Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenidoğan Yoğun Bakım, Sivas

Amaç: 13q delesyon sendromu, 13. kromozomun uzun kolunun kısmi veya tam kaybıyla karakterize nadir görülen genetik bir hastalıktır. Biz de retromikrognati, ventrikülomegali, korpus kallozum agenezisi, ventriküler septal defekt (VSD), retinoblastom ve işitme kaybı olan, kromozom 13q (13q12.3q31.1) bölgesinde 48Mb interstisyel delesyon saptanan vakayı sunduk. Bildiğimiz kadarıyla vakamız, literatürdeki kromozom 13q bölgesinin en büyük interstisyel delesyona sahip vakalardan birisidir.

Vaka: 27 yaşında gravida 2 parite 1 olan gebe, 17+4 gestasyonel haftada fetusta ventrikülomegali nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Obstetrik ultrasonografi (USG) ile hafif ventrikülomegali (10.2mm) saptanması nedeniyle amniyosentez uygulandı. 21+4 haftada USG'de hafif ventrikülomegali (Figür 1a), burun kökü basıklığı, musküler VSD, retromikrognati ve kavum septum pellicidumun yokluğu izlendi. Array-CGH analizi, 13q kromozomunda (13q12.3q31.1) 63Mb'lık bir kayıp olduğunu ortaya koydu. Aile gebeliğin sonlandırılmasını kabul etmedi. Parental karyotipler normal izlendi. 31+5 gestasyonel haftada yapılan USG'de korpus kallozum agenezisi saptandı. 37. haftada 2360g, 48cm kız bebek normal vaginal yolla doğurtuldu. Neonatal fiziksel muayenede basık burun kökü, retromikrognati, göz kapaklarında ödem ve düşük kulak izlendi (Figür 1b,c). Kranial magnetik rezonans görüntüleme ve ekokardiyografi ile parsiyel korpus kallozum agenezisi ve musküler VSD tespit edildi. Periferik kanda yapılan kromozomal analizde kromozom 13q12.3q31.1 bölgesinin tek alelinde 48Mb'lık kayıp belirlendi. Doğumdan üç ay sonra, görme ve sensorinöral işitme kaybı olan olguda retinoblastom saptandı.

Sonuç: Kromozom 13'ün uzun kolu çeşitli önemli genleri içerir. Bizim olgumuzda, kromozom 13q (13q12.3q31.1)'nın tek alelinde büyük bir kayıp mevcuttu. İlgili bölgedeki bazı genler dominant karaktere sahip olduğundan, bu gen kayıpları olgumuzda olduğu gibi fenotipi doğrudan etkilemiştir.

Anahtar kelimeler: delesyon, korpus kallozum agenezisi, kromozom 13q, retinoblastom, sensorinöral işitme kaybı

Figür 1a. Hafif ventrikülomegalinin ultrasonografik görüntüsü. 1b,c. Neonatal fasiyal özellikler (basık burun kökü, retromikrognati, göz kapaklarında ödem ve düşük kulak)



SS-76 11 – 14. Gebelik Haftaları Arasında Fetal Bipariyetal Çap, Baş Çevresi, Karın Çevresi, Femur ve Humerus Uzunlukları Nomogramları

Selen Gürsoy Erzincan¹, İbrahim Halil Kalelioğlu², Melih Katipoğlu²

¹SBÜ Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Trabzon

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: 11-14 gebelik haftaları (GH) arasında düşük riskli gebelerde bipariyetal çap (BPÇ), baş çevresi (BÇ), karın çevresi (KÇ), femur (FU) ve humerus uzunluklarının (HU), GH ile ilişkilerinin araştırılarak nomogramlarının ortaya çıkarılması.

Yöntem: 11-14 GH arasında birinci trimester tarama testi yapılan 334 hastanın biyometrik ölçümleri; BPÇ, BÇ, KÇ, FU ve HU retrospektif olarak değerlendirildi. İstatistiksel analizde SPSS versiyon 17 programı kullanıldı. GH, son adet tarihinin ilk gününe, son adet tarihini bilmeyen veya son adet tarihi ile baş-popo mesafesi (CRL) arasında uyumsuzluk saptanan hastalarda GH, erken haftalardaki ultrason incelemesine göre belirlendi. GH göre biyometrik ölçümlere ait 5., 50. ve 95. persentil değerleri ile nomogramlar regresyon analiz yöntemi ile oluşturuldu. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza 334 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 31.7 ± 4.7 , ortalama GH 12.5 ± 0.8 , BPÇ ölçümü 21.6 ± 4.5 , BÇ ölçümü 80.7 ± 11.4 , KÇ ölçümü 65.3 ± 12 , FU ölçümü 9.1 ± 2.8 ve HU ölçümü 9.5 ± 2.9 olarak saptandı. GH ile biyometrik ölçümlerin yüksek korelasyon gösterdiği izlendi. Lineer regresyon analizi ile incelendiğinde oluşturulan denklemler: (BPÇ= $GH\times3.1-17.2$; $R^2=0.31$, $p<0.001$), BÇ= ($GH\times11.6-65.2$; $R^2=0.68$, $p<0.001$), KÇ= ($GH\times10.4-65.3$; $R^2=0.49$, $p<0.001$) (FU= $GH\times2.6-23.3$; $R^2=0.54$, $p<0.001$), (HU= $GH\times2.6-22.6$; $R^2=0.49$, $p<0.001$) olarak belirlendi.

Sonuç: Düşük riskli hasta grubunda 11- 14 GH arasında fetal biyometrik ölçümlere ait nomogramlar oluşturulmuştur. Oluşturulan bu nomogramlar anormal biyometrik ölçümlerin değerlendirilmesinde, adet tarihinin doğrulanmasında ve gebelik takibinde kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: biyometrik ölçümler, fetus, gebelik haftası, nomogram, ultrasonografi

SS-77 Antenatal Ultrasonografik Değerlendirmede Kistik Higroma ve Akraninin Eşlik Ettiği Body Stalk Anomalisi; Olgu Sunumu

Pınar Karaçin, Özge Yücel Çelik, Mine Gültekin Çalık, Aykan Yücel, Dilek Şahin

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Body stalk anomalisi (BSA) en nadir görülen, en ciddi ve ölümcül karın ön duvarı defektidir. Bu anomalide karın ön duvarı gelişmez; böylelikle peritoneal boşluk ekstraembryonik söloma açılır ve fetüs plasentaya yapışıktır. Bu vakalarda genellikle umbilikal kord yoktur veya çok kısadır (<10 cm). BSA her 100,000 canlı doğumda 0.4-3.2 oranında görülmektedir.

Olgu: 18 yaşında, G1, hasta 13. haftada karın ön duvarı defekti şüphesi ile kliniğimize yönlendirildi. Ultrasonografide karaciğer, barsaklar ve mesaneyi içeren karın ön duvarı defekti, kifoskolyoz, kistik higroma, akrani ve kısa umbilikal kord izlendi (Resim 1-2). Kistik higroma, akrani ve kifoskolyozun eşlik ettiği BSA düşünüldü. Aile hastalığın seyri hakkında bilgilendirildi. Koryon villus örneklemesi (CVS) yapılarak gebelik termine edildi. Fetüsün fizik muayenesinde akrani, kistik higroma, karaciğer ve barsakları içeren karın ön duvarı defekti ve kısa umbilikal kord görüldü (Resim 3). CVS normal karyotip olarak raporlandı. Patolojik incelemede, antenatal bulgularımızı doğrulayacak şekilde, umbilikal kord ve membranların mevcut olmadığı saptandı.

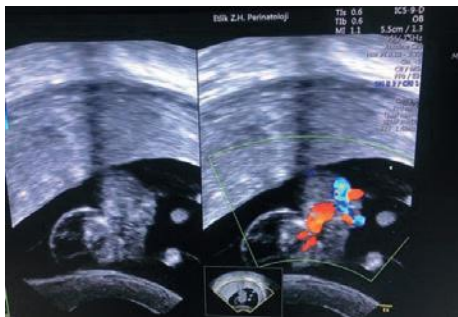
Tartışma: BSA gelişimine, doğrudan mekanik basınçla oluşan erken amniyon rüptürü ve amniyotik bantlar, germinal diskte bir anormallik veya erken embriyonun vasküler bozulması neden olabilir. Şiddetli kifoskolyoz, aksiyal iskelet ve ekstremiteler anomalileri BSA'ye eşlik edebilir. Bu anomali aynı zamanda nöral tüp defektleri, genitoüriner malformasyonlar, intestinal atrezi ve kraniofasial defektleri ile birlikte görülebilir. Vakamızda aynı zamanda akrani saptanmıştır. BSA çoğunlukla kromozomal anomalilerle ilişkisizdir, vakamızda da CVS sonucu normal karyotip olarak raporlanmıştır. BSA ölümcül bir anomalidir ve erken tanısı önemlidir. Tekil gebeliklerde terminasyon mutlaka önerilmelidir.

Anahtar kelimeler: Akrani, body, higroma, kifoskolyoz, kistik, stalk

Resim 1. Body stalk anomalisinin ultrasonografik görüntüsü



Resim 2. Body stalk anomalisinin ultrasonografik görüntüsü



Resim 3. Fetüsün terminasyon sonrası görüntüsü



SS-78 Safra Kesesi Duplikasyonu

Ercan Cömert¹, Tuncay Yüce²

¹Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Adıyaman

²Özel Klinik, Perinatoloji Bölümü, Gaziantep

Safra kesesi duplikasyonu çok nadir görülen bir durumdur ve görülme oranı yaklaşık 1/4000'dir. Bu anatomik varyasyonun safra kesesi cerrahisi öncesinde saptanması, olası komplikasyonların ve tekrarlayan cerrahi girişimlerin önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Ultrasonografi, genellikle safra kesesi varyasyonlarını saptayan birinci basamak radyolojik incelemedir.

Anahtar Kelimeler: safra kesesi duplikasyonu, konjenital anomali, ayrıntılı ultrasonografi, fetal 18-22 hafta tarama, fetal safra kesesi anomalileri

Fetal ultrasonografi ile safra kesesi duplikasyon görüntüsü



SS-79 Prenatal Tanı Konulan Bir CHOPS Sendromu: Olgu sunumu

Derya Eroğlu

Acıbadem Mehmet Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Acıbadem Fulya Hastanesi, İstanbul

CHOPS sendromu, bilişsel bozukluk, kaba yüz özellikleri, kalp defekti, obezite, pulmoner tutulum, kısa boy ve iskelet displazisi ile karakterize bir sendromdur. Bu yazıda prenatal tanı konulan bir CHOPS sendromu olgusu anlatılmaktadır. 30 yaşında, G1PO olan hasta üst ve alt ekstremitte uzun kemiklerde kısalık saptanması üzerine başvurdu.

21. gebelik haftasında yapılan fetal ultrasonografik incelemede tüm ekstremitte uzun kemik ölçümleri %1 persantilin altında idi ve malalignment VSD saptandı. Kemiklerde kırık ve eğrilik saptanmadı. Eller, ayaklar ve kostaların görünümü normaldi. Kafatası kemiklerinin şekli ve mineralizasyonu ve yüz profili normaldi; burun kökü basık değildi. Karyotip, mikroarray ve FGFR3 gen mutasyon analizinde bir patojenik varyant saptanmadı. Takip ultrasonografik incelemelerde HC ve AC de alt persantilde ölçüldü. Fetal büyüme geriliği ve iskelet sistemi displazileri arasında ayırıcı yapılamadı. Aile, ultrasonografi bulgularına göre gebeliği sonlandırmak istedi.

Genetik danışma verildi ve tek gen bozukluğu olasılığının yüksekliğine dayanarak tüm ekzom dizileme yöntemi önerildi. AFF4 geninde otozomal dominant CHOPS sendromunun genetik tanısı ile uyumlu bir heterozigot patojenik varyant saptandı. Aile bilgilendirildi ve gebelik termine edildi.

Tüm ekzom dizileme yönteminin prenatal tanıda popülaritesi artmaktadır. Ultrasonografide bir fetal anomali saptanırsa fetal karyotip ve mikroarray ile yapılan konvansiyonel genetik incelemede tanı konulamazsa tüm ekzom dizileme ek bilgi sağlar.

SS-80 İkizden İkize Transfüzyon Sendromunda Selektif ve Solomon Tekniğiyle Lazer Ablasyon Tedavi Sonuçları

Tuğba Saraç Sivrikoz, Recep Has, İbrahim Kalelioğlu, Alkan Yıldırım, Atıl Yüksel

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

Amaç: Merkezimize başvurmuş olan ikizden ikize transfüzyon sendromu (İİTS) ile komplike olan monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerin selektif yöntem ve Solomon tekniğiyle fetoskopik lazer tedavisi sonrası sonuçların değerlendirilmesi

Metod: Mart 2013 Ekim 2019 tarihleri arasındaki kliniğimize başvurmuş İİTS ile komplike olan 164 monokoryonik diamniyotik ikiz ve üçüz gebelik retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tüm plasental vasküler anastomozlar sekansiyel selektif teknik ve uygun olan olgular Solomon tekniğiyle koagüle edilmiştir.

Bulgular: Halen devam eden 9 gebelik olduğundan değerlendirme 155 gebe üzerinden yapılmıştır. Girişim uygulanan gebeliklerde ortalama gebelik haftası 20 (17-26 hafta) olup, Quintero evresine göre dağılım Q1 %19 (n:31), Q2 %41 (n:68), Q3 %37 (n:61), Q4 %3 (n:4) şeklindedir. Olguların üçü dikoryonik triamniyotik üçüz gebeliktir (%1.9). Yedi olguda plasental lokalizasyon ve vizualizasyon kusuru nedeniyle anastomozlar tam olarak görüntülenememiş olup, teknik başarı oranı %95.7'dir. Doğumda ortalama gebelik haftası 31 ± 3 (23.-40.)'dır. Lazer prosedürü ile doğum arasında geçen süre 11 hafta (1.1-19.0) bulunmuştur. Toplam canlı doğum oranı %79 (248/313), sürvi oranı %70 (219/313), her iki fetüsün ve en az bir fetüsün canlı doğum oranı ise sırasıyla %57 (89/155), %84 (130/155) dir. Canlı doğan olgular arasında neonatal ölüm oranı %11.6 (29/248) olup en önemli sebebi prematüritedir. Verici fetüs için ortalama doğum ağırlığı 1355 ± 525 gr, alıcı fetüs için ise 1709 ± 599 gr saptanmıştır. İki olguda (%1.3) İİTS tekrar etmiş, altı olguda (%3.8) ise TAPS gelişmiştir. Ayrıca sekiz olguda her iki fetüs de işlem sonrası kaybedilmiştir (%5.1). Dört olguda ikiz eşinin kaybını takiben devam eden gebelikte diğer eşte hydrops / periventriküler lökomalazi gelişmesi nedeniyle, iki olgu ise koryoamniyonit nedeniyle termine edilmiştir (%3.8).

Sonuç: Selektif ve Solomon tekniği ile fetoskopik lazer koagülasyon tedavisi İİTS ile komplike olmuş monokoryonik gebeliklerde hem her iki hem de en az bir fetüs için yüksek sürvi oranları ile iyi bir alternatif yönetim şeklidir. İİTS tekrarı ve TAPS gelişimi açısından düşük riskli olup, bu tekniğin avantajları arasında yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: fetoskopik lazer cerrahisi, ikizden ikize transfüzyon sendromu, donor, recipient, preterm doğum

SS-81 Komplike Monokoryonik Diamniyotik İkiz Gebeliklerde Selektif Fetosit Yöntemi Olarak Radyofrekans Ablasyon Tedavisi Sonuçları

Tuğba Saraç Sivrikoz, Recep Has, İbrahim Kalelioğlu, Alkan Yıldırım, Atıl Yüksel

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

Amaç: Merkezimize başvurmuş komplike monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerde selektif fetosit yöntemi olarak radyofrekans ablasyon sonrası sonuçlarının değerlendirilmesi

Metod: Kasım 2015 Ekim 2019 tarihleri arasındaki kliniğimize başvurarak girişim endikasyonu bulunan 78 olgu değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Girişim uygulanan gebeliklerde median gestasyonel hafta 21 ± 3 (15-27 hafta) olup, en sık endikasyonu izole selektif IUBK %44 (n=35), diğer girişim nedenleri ikiz eşinde fetal anomali %15 (n=12), TRAP (Twin reversed arterial perfusion sequence) sekansı %22 (n=17), İİTS (İkizden ikize transfüzyon sendromu) ile beraber patolojik fetal Doppler (donor/Quintero Stage 4 in recipient) birlikteliği %19 (n=15) oluşturmaktadır. Olguların %42 (33/78)'inde girişim transplasental olarak uygulanmıştır. Halen devam eden 3 gebelik bulunmaktadır. Ortalama doğum haftası 34 ± 4 (24-40), ortalama doğum ağırlığı 2280 ± 909 gr'dır. Doğum ile işlem haftası arasında geçen ortalama süre 12 haftadır (min 1 - max 22). Canlı doğum oranı %91 (68/75), perinatal sürvi %76 (57/75)'dir. Canlı doğumlarda <32 hafta altında doğum oranı %20 (15/75), <32 hafta altında erken membrane rüptürü oranı %15 (11/75) ise dir. Canlı doğanlarda serebral palsi oranı %3.5 (2/57) olup, her iki gebelikte 28 hafta ve altında doğum ile sonuçlanmıştır. Olguların 7'sinde (%9.3) gebelik abortus veya intrauterine kayıp ile sonuçlanmıştır.

Tartışma: Komplike olmuş monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerde uygulanan radyofrekans ablasyon tedavisi diğer selektif fetosit yöntemleri ile karşılaştırıldığında etkin, güvenilir, perinatal sürviye olumlu katkıları olan bir girişimdir.

Anahtar kelimeler: radyofrekans ablasyon, selektif fetosit, monokoryonik gebelik, preterm doğum, intrauterin kayıp



POSTER BİLDİRİLER

PS-01 Fetal Diastematomyelinin Prenatal Tanısı: Olgu Sunumu

Cem Yener, Füsün Varol, Havva Sütcü, Sinan Ateş, Cenk Sayın

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

Giriş: Split kord malformasyonu (SCM) olarak da bilinen diastematomiyeli, spinal kordun boylamasına bölünmesinin olduğu konjenital bir spinal anomali. Burada kliniğimizde prenatal tanısı konulan bir diastematomyelia vakasını sunuyoruz.

Olgu: 27 yaşında, gravida 2 para 1, 20. Gebelik haftasındaki hasta ünitemize sevk edildi. Spinal kanalın genişlemesi, spinal kanalda ekojenik kemik çıkıntısı, etkilenen spinal segmentin üstünde sağlam doku tespit edildi (Resim 1). Anomalinin üst - orta torasik bölge seviyesinden başladığı düşünüldü. Yaptığımız ultrasonda kranial veya diğer sistemik anomali saptanmadı. Teşhisimizi doğrulamak için fetal MR istendi. MR ultrasonografik tanımızla korelasyon gösterdi (Resim 2 ve 3).

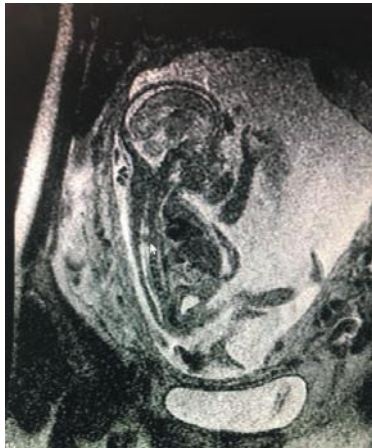
Sonuç: USG’de tanısı konulan şüpheli spinal anormallikleri olan hastalarda fetal MR kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: diastematomyelia, görüntüleme, MR, prenatal tanı, ultrason

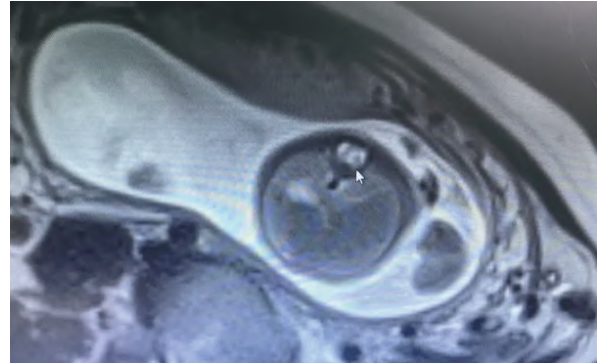
Resim 1. Diastematomyelinin ultrason görüntüsü



Resim 2. Fetal MR sagittal kesit



Resim 3. Fetal MR aksiyal kesit



PS-02 Sakrokoksigeal Teratom; Olgu Sunumu

Cem Yener, Füsün Varol, Havva Sütcü, Sinan Ateş, Cenk Sayın

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

Giriş: Sakrokoksigeal teratom, üç germinal tabakanın hepsinden (endoderm, mezoderm ve ektoderm) gelişir. Sakrokoksigeal teratomlar fetüs ve yenidoğanlarda en sık görülen neoplazmalardır ve tahmini 20.000'de 1 ile 40.000'de 1 sıklığında gözlenir. Kız erkek oranı 3: 1'dir. Doğum öncesi tanı almış fetüslerde perinatal mortalite oranı, özellikle kalp yetmezliği nedeniyle yüksektir. Burada fetal sakrokoksigeal teratom tanısı alan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Hasta 32 yaşında (gravida 3, parite 1), 17. Gebelik haftasında kliniğimize başvurdu. Ultrasonografik incelememizde fetüsün sakrokoksigeal bölgesinde 20 * 18 mm anekoik kistik lezyon tespit edildi (Şekil 1). Fetusta başka anatomik anomali yoktu. İzlemimizde teratom 10 * 8 cm boyutuna genişledi. Doppler ultrasonografi anemi göstermedi. Hidrops, plasentamegali, hidronefroz veya polihidramnios tespit edilmedi. Ekokardiyografi her zaman normaldi. Sezaryen ile 38. haftada doğum yaptırıldı. Bebek çocuk cerrahları tarafından ameliyat edildi. Patoloji matur teratom ile uyumlu geldi.

Sonuç: Fetüste neoplazm şüphesi olan her gebe kadın, kadın doğum uzmanı, yenidoğan doktorları ve pediatrik cerrahlar gibi birçok uzmanın spesifik teşhis yöntemlerine ve tıbbi bakımına erişmek için üçüncü basamak perinatal bakım merkezine yönlendirilmelidir. Sakrokoksigeal teratom her zaman yakından takip edilmelidir, çünkü ciddi kalp yetmezliği ve fetüste anemiye neden olabilir.

Anahtar kelimeler: anemi, hidrops fetalis, kardiyak yetmezlik, polihidramniyoz, sakrokoksigeal teratom

Resim 1. 17 haftalık sakrokoksigeal teratomlu fetusun ultrason görüntüsü



Resim 2. Sakrokoksigeal teratomlu yenidoğan



PS-03 Fetal Atnalı Böbrek Olgusunun Prenatal Tanısı

Miraç Özalp, Turhan Aran, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, Trabzon

Amaç: Atnalı böbrek, böbrek füzyon anomalilerinin en sık olanıdır ve insidansı 1:400'dür. Böbrekler, orta hattın her iki yanında, eşit miktarda renal doku içerecek şekilde birleşmiştir. Böbreklerin alt polleri, fibröz doku veya parankimden oluşan bir istmus tarafından bağlanmıştır ve üreterler renal sinüslere girmeden önce orta hatta çaprazlama yapmazlar. Fetal atnalı böbrek olgusunun prenatal dönem tanı ve yönetimini paylaşmayı amaçladık.

Olgu: G2P1, SAT' göre 23 haftalık gebe, dış merkezden kliniğimize refere edildi. Hastanın yapılan ultrason muayenesinde sol renal pelvis AP çapı:6.8 mm sağ renal pelvis AP çapı: 7 mm olarak ölçülmüş olup, bilateral hafif piyelektazi olarak değerlendirildi. Fetal abdomenin transvers ve oblik kesitlerinde, fetal böbreklerin inen aortanın önünde olduğu ve alt pollerinin istmuslarının füzyon halinde olduğu görüldü. Fetal cinsiyet erkek olarak değerlendirildi. Fetal mesane normal olarak değerlendirildi. Yapılan ayrıntılı ultrason muayenesinde başka herhangi bir anomali bulgusu saptanmadı. Hastanın anamnezinde ilk çocuğunda nefrolitiazis öyküsü olduğu belirlendi. İnvaziv test önerildi, hasta ve eşi kabul etmedi.

Sonuç: Anomali, üretral tomurcuk ve matanefrik blastem etkileşiminden sonra, migrasyon ve rotasyon işleminden önce oluşur. Atnalı böbrekler genellikle normal pozisyonlarından daha aşağıda yerleşir, çünkü normal pozisyonlarına yükselişi inferior mezenterik arter tarafından engellenir. Erkek fetuslarda daha siktir. Heterojen bir etyoloji mevcuttur. Atnalı böbrekli bireylerin ailelerinde %10 oranında renal anomali saptanmaktadır. Kromozomal anomali riski yüksektir ve Turner sendromlu fetusların %30'unda, Trizomi 18'li fetusların %20'sinde atnalı böbrek mevcuttur. Eşlik eden anomalileri dışlamak açısından, bir uzman tarafından tam ultrason değerlendirmesi yapılmalıdır. Karyotipleme endikasyonu mevcuttur. Seri ultrason takibi, nadir olmayan, geç gelişimli hidronefrozu tespit etmek için önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: atnalı böbrek, füzyon anomalisi, karyotip analizi, nefrolitiazis, piyelektazi

Fetal atnalı böbrek



Fetal atnalı böbrek



Fetal atnalı böbrek



PS-04 Dorsal Kistli Semilobar Holoprozensefali Vakası

Miraç Özalp, Turhan Aran, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, Trabzon

Amaç: Holoprozensefali terimi, prozensefalunun yarıklanmasında bir hata sonucunda serebral hemisferlerin ve telensefalunun diensefalondan yetersiz ayrılmasına yol açan ön beynin karmaşık bir grup anomalilerini tanımlamak için kullanılır. Amacımız semilobar holoprozensefalili fetuslarda nadir görülen dorsal kistli olgunun paylaşılmıştır.

Olgu: 31 yaş, G2P1 (C/S) 33 haftalık takipsiz gebe kliniğimize başvurdu. Yapılan ultrasonda iki serebral hemisferin posteriorda parsiyel olarak ayrıldığı izlendi, talamuslarda parsiyel füzyon, lateral ventriküllerin posterior hornlarında kısmi ayrılma ve falks serebride parsiyel gelişim mevcuttu. 47*43 mm boyutlarında geniş bir dorsal kist mevcuttu. İnteroküler mesafe bu gebelik haftası için 3.persentilin altındaydı (hipotelorizm). AFI tek cepte 10 cm olarak ölçüldü, polihidroamniyoz mevcuttu. Hasta 1. ve 2. trimester tarama testlerini yaptırmamıştı. İnvaziv tanı testi önerildi, hasta kabul etmedi. 37. Haftada sancılarının başlaması üzerine sezaryen ile doğum gerçekleştirildi. Bebek postnatal 26. gün ex oldu.

Tartışma: Holoprozensefali vakalarında dorsal kist, alobar tipten daha nadir olmak üzere semilobar formda da bulunabilir. Dorsal kistlerin ball, cup ve pancake olmak üzere üç tipi mevcuttur. Kromozomal anomaliler tüm vakaların %14-47'sinde mevcuttur, en sık olan Trizomi 13'tür. Bu sebeple ailelere karyotip endikasyonu ve genetik danışmanlık hakkında bilgi verilmelidir. Fetal yüzün sonografik değerlendirilmesi mutlaka gereklidir. Normal karyotipi olan hastalar arasında yüz fenotipinin ciddiyeti ile yaşam süresi arasında ters orantı vardır. Kromozomal anomali birlikteliğinde yaşam süresi genel olarak daha kısadır.

Holoprozensefalinin en ciddi formlarında, yenidoğanlar için herhangi bir tedavi mümkün değildir.

Anahtar kelimeler: dorsal kist, hipotelorizm, holoprozensefali, polihidroamniyoz, talamus

Dorsal kist



Hipotelorizm



Polihidroamniyoz



Semilobar holoprozensefali



PS-05 Sağ Aortik Arklı Fetus: Tanı ve Yönetim

Miraç Özalp¹, Hidayet Şal², Turhan Aran¹, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon

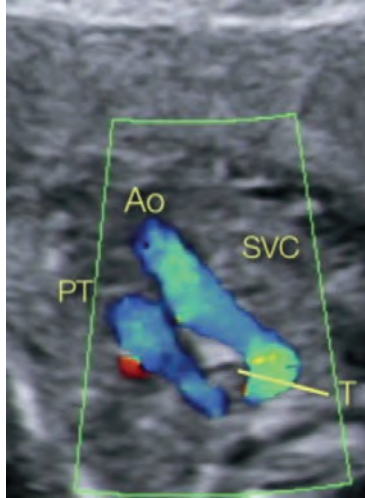
Amaç: Arkus aorta anomalileri arkus aortanın konumu, dallanma paterni ya da her ikisini birden içeren konjenital anomalilerden ibarettir. Sağ aortik ark (SAA) üç ana ark anomalisi subgrupuna ayrılır, bunlar; sağ duktusla beraber sağ aortik ark, sol taraflı duktusla beraber sağ aortik ark ve çift aortik arktır. Bu yazıda, fetal dönemde tespit edilen bir sağ aortik ark olgusunun prenatal bulgularını, birlikte olduğu durumları ve prognozunu değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu: 24 yaş, G1P0 olan gebe ayrıntılı ultrason muayenesi için gebeliğinin 21. Haftasında kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan ultrason değerlendirmesinde 3 damar- trakea kesitinde aortik arkın trakeanın sağında olduğu izlendi, sol ventrikülde ekojen kardiyak odak saptandı. Fetal ekokardiyografide başka bir bulgu izlenmedi. Diğer sistemler doğal olarak değerlendirildi. Hastanın tıbbi anamnezinde özellik saptanmadı. 1. trimester tarama testinin düşük riskli olduğu görüldü. Hasta ve eşine durum hakkında bilgi verildi, amniyosentez önerildi. Ancak aile kabul etmedi.

Tartışma: Aortik ark anomalileri, konjenital kardiyak hastalıklar arasında prenatal olarak tanısı nadir konan anomalilerdir. Prenatal dönemde tespit edilen SAA, özellikle trakeal veya özefageal kompresyon, 22q11 mikrolelesyonları, kardiyak ve/veya ekstra kardiyak malformasyonlarla izlenebilmektedir. Fetüsün intrauterin ve postnatal sağkalımı bu anomalilerin etkilerine bağlıdır. Özellikle SAA olmak üzere aortik ark varyasyonlarının, fetal ekokardiyografi ile başarılı bir şekilde tanısı konabilmektedir. Tüm SAA olgularında Doppler ultrason kullanarak hem kardiyak hem ekstrakardiyak çok detaylı değerlendirme yapılmalıdır. Ayrıca 22q11 mikrolelesyonlarının tespiti için sitogenetik analiz dikkatlice değerlendirilmelidir. İzole SAA'nın iyi bir prognozunun olduğu ve çoğu hastada kromozomal anomali riskinin nispeten düşük olduğu, asemptomatik vasküler bir varyant olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: amniyosentez, DiGeorge sendromu, ekojen kardiyak odak, fetal ekokardiyografi, sağ aortik ark

3 damar-trakea kesiti



Ekojen kardiyak odak



Sağ aortik ark



PS-06 Fetal PorensfaliMiraç Özalp¹, Gülsün Özbay², Turhan Aran¹, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu¹¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, Trabzon²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Porensfali terimi, kaviter karakterde olan her tür lezyonu içermektedir, bu sıvı dolu boşluklar yaygın olarak ventrikül veya daha nadir olarak subaraknoid alanla ya da her ikisi ile bağlantılıdır. Porensfali öncesinde gelişen beyin dokusunun harabiyetini ve sonrasında oluşan kavite formasyonunu içermektedir. Amacımız prenatal dönemde porensfali tanı ve yönetimi hakkında klinik deneyimimizi paylaşmaktır.

Olgu: 30 yaş, G2P1, 21 haftalık gebe, ventrikülomegali sebebiyle dış merkezden refere edildi. Hastanın yapılan ayrıntılı ultrasonunda bilateral hafif ventrikülomegali (12 mm-10 mm) ve bilateral lateral ventriküllerle ilişkili, hiperekoik duvarlı, kistik kaviteler izlendi. Kitle etkisi izlenmedi. Ultrasonda ek bulgu saptanmadı. Fetal MRI çekildi. MRI; bilateral, belirgin germinal matriks kanaması ve iskemi sahası, her iki ventrikülden kortekse kadar uzanan porensfali sahası ve parankimde belirgin derecede incelmeye raporlandı. Amniyosentez yapıldı, sonuç normal karyotip. Pediatrik nöroloji doktorlarınca aile bilgilendirildi, aile gebeliğin devamına karar verdi.

Tartışma: Porensfali, beyin dokusunun harabiyeti sonucu oluştuğundan kitle etkisi göstermez. Hasarın oluştuğu haftaya göre kistin duvarları ve kistin içeriği değişmektedir. Eğer kanamaya bağlı geliştirse hiperekojenik odaktan anekoik BOS ile dolu kiste değişimi görmek mümkündür. Multikistik yapı kortekste gözlemlendiğinde multikistik ensefalomalazi terimi kullanılmalıdır. En sık ilişkili anomali ventrikülomegalidir. Şizensefaliden ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Şizensefali yuvarlak, irregüler olmaktan çok genellikle kama şeklindedir. Ayrıca kortikal yarıklar gri madde ile örtülüdür. Kromozomal anomali riski düşüktür. Prognoz lezyonun genişliğine bağlı olarak değişmektedir. Psikomotor gerilik, hemiparezi ve epilepsi gelişebilir.

Anahtar kelimeler: amniyosentez, multikistik ensefalomalazi, porensfali, şizensefali, ventrikülomegali

Porensfali



Porensfali 2



Porensfali 3



Ventrikülomegali



PS-07 Triventriküler Hidrosefali: Olgu Sunumu

Miraç Özalp¹, Nurgül Selin Kaya², Turhan Aran¹, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Hidrosefali, BOS'un aşırı üretimi, BOS akımında tıkanıklık veya pakionian granülasyonlarından yetersiz rezorbsiyona bağlı olarak gelişebilir. Hafif ventrikülomegali (VM) fetüslerin %1'inde görülürken, yenidoğanlarda ciddi VM insidansı yaklaşık 1:1000 olarak bildirilmiştir. Amacımız, kliniğimizde tanı alan triventriküler hidrosefali olgusunun yönetimini paylaşmaktır.

Olgu: 26 yaş, G1P0, 21 haftalık gebe, dış merkezden ventrikülomegali sebebiyle refere edildi. Hastanın yapılan ayrıntılı ultrasonunda lateral ventrikül atrium ölçümleri sağ: 17 mm, sol: 16 mm olarak bulundu. 3. ventrikül dilate izlendi, serebellar vermis hipoplazik izlendi. Tek umbilikal arter izlendi. Başka ek bulgu izlenmedi. A/S ve fetal MRG önerildi. A/S normal karyotip olarak sonuçlandı. TORCH negatif. Fetal MRG: Hidrosefali, serebellar vermis hipoplazisi ve beyin sapı hipoplazisi olarak raporlandı. Aileye terminasyon seçeneği sunuldu. Ailenin kararı ile terminasyon yapıldı.

Tartışma: Aquaductus stenozunun tipik ultrasonografik şekli, üçüncü ventrikül ve lateral ventriküllerde genişleme ile giden triventriküler hidrosefalidir. VM etyolojisinde; kromozomal anomaliler, hipoksi, enfeksiyon, tümör ve vasküler lezyonlara bağlı serebral yıkımla giden durumlar ve Dandy Walker malformasyonu, Chiari 2 malformasyonu, Corpus callosum agenezisi gibi santral sinir sistemi anomalileri görülebilir. İzole ventrikülomegali anöploidi birlikteliği %1.5-12 arasında iken, diğer malformasyonlarla birliktelik halinde risk daha yüksektir (%9-36). Aquaductus stenozu, doğum sonrasında hidrosefalinin basıncını azaltmak amacıyla yerleştirilen bir ventriküloperitoneal veya ventriküloatriyal şant ile tedavi edilebilir ancak ne yazık ki şant obstrüksiyonu sıkır ve yeni bir operasyon gerekebilir. VM diğer beyin anomalileri ile birlikte ise yüksek oranda spontan abortus, in utero fetal ölüm, ölü doğum ve neonatal ölüm riski mevcuttur.

Anahtar kelimeler: amniyosentez, tek umbilikal arter, ventrikülomegali, ventriküloperitoneal şant, vermis hipoplazisi

Triventriküler hidrosefali



Triventriküler hidrosefali 2



Ventrikülomegali



PS-08 Neu-Laxova Sendromunun Prenatal Tanısı; Olgu Sunumu

Fedi Ercan

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Şanlıurfa

Giriş: Neu-Laxova sendromu (NLS), multiple pterygium sendromu, serebro-okülofasioskeletal (COFS) sendrom ve klasik FADS (Pena-Shokeir sendromu) ile birlikte nöroartrogripozis grubuna dahil bir sendromdur. Yaygın ve şiddetli artrogripozis yanı sıra, şu malformasyonlar da eşlik eder: Şiddetli MSS anomalileri (serebellar hipoplazisi, Dandy-Walker Kompleksi gibi), mikrognati, mikrosefali, dismorfik görünen ekstremiteler, IUGR ve polihidramnios. Etiyoloji bilinmemektedir.

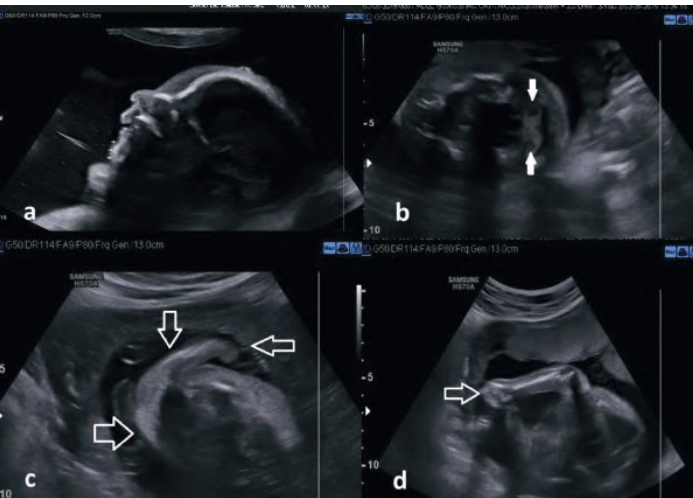
Burada prenatal ve postmortem bulguları tanımlanan NLS'li bir gebelik sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi yedi yaşında G3 P2 Y1 DÖ1 gebe, kadın fetal anomali ön tanısı ile refere edildi. Obstetrik öyküsünde eşiyle birinci derece akrabalık ve doğumdan hemen sonra ölen bir çocuk bilgisi vardı. Son adet tarihi belirsizdi. Ultrason muayenesinde; fetusun 22 hafta ile uyumlu bir BPD ve HC'ye ve de 24 hafta ile bir uyumlu bir AC ve FL sahip olduğu görüldü (tahmini gebelik yaşı ultrason ölçümüne göre 23 hafta idi). Mikrognati mevcuttu (şekil 1 a). Serebellum hipoplazikti (TCD 17 mm, <5 persentil [şekil 1b]). Elleri "clenched hand" görünümünde, dirsekler, kalçalar ve dizler yarı fleksiyonda ve fikseydi (Şekil 1 c ve d). Kardiyak muayene normaldi. Fetus, 20 dakikalık inceleme sırasında hareket etmedi. Amniyotik sıvı, tek vertikal cep ölçümü 90 mm idi. Amniyosentez normal karyotip ile sonuçlandı. Bu bulgularla, NLS tanısında şüphelenildi. Kötü prognoz aile ile tartışıldı ve aile gebeliği sonlandırmayı seçti. Postmortem incelemede mikrognati (Şekil 2 a) ve ekstremitelerde multiple bilateral kontraktürler vardı. Kollar dirseklerde bükülmüş, eller clenched hand şeklindeydi. Bacaklar ve diz yarı fleksiyonda ve fikseydi (Şekil 2 b, c ve d).

Sonuç: NLS, çok sayıda anomali ile karakterize nadir ve değişmeksizin ölümcül bir hastalıktır. Ayırıcı tanı, diğer nöroartrogripozisleri içerir. Bununla birlikte, bu nöroartrogripozislerin hiçbirisi aynı anda bu kadar çok ve ciddi anomalilerle birlikte değildir. NLS %25 nüks riski olan otozomal resesif kalıtım paternine sahiptir. Etkilenen akraba çiftler için danışmanlık yapmak zorunludur.

Anahtar kelimeler: artrogripozis, eklem kontraktürü, Neu-Laxova sendromu, nöroartrogripozis, serebellar hipoplazi

Neu-Laxova sendromlu fetüsün ultrason bulguları; Mikrognati (a) Serebellar hipoplazisi (b), yaygın eklem kontraktürleri (c) ve clenched hand (d).



Neu-Laxova sendromlu fetüsün postmortem bulguları; Mikrognati (a), bacaklar ve dizler yarı fleksiyonda ve fikse (b), pençe el (c) ve genel görünüm (d).



PS-09 Fetal Akuaduktal Stenoz Nedeni İle İzole Ventrikülomegali

Meltem Şahin, Deniz Süzme, Havva Sütçü, Cem Yener, Gülizar Füsün Varol, Niyazi Cenk Sayın

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

Fetal ventrikülomegali, lateral serebral ventriküllerde nonspesifik bir dilatasyondur ve prenatal ultrasonografide en sık rastlanan santral sinir sistemi anomalisidir. İnsidansı 1000 canlı doğumda 1 olarak bildirilmiştir. Ventrikülomegali, gebelik haftasından bağımsız olarak bir veya iki lateral ventrikülün ≥ 10 mm olması ile tanımlanmaktadır. Yapısal ve kromozomal anomalilerle ve konjenital infeksiyonlarla beraber görülebildiği gibi izole de olabilmektedir. Tanı zamanındaki gebelik haftası, ventrikülomegalinin ciddiyeti, etyolojisi ve eşlik eden anomali varlığı prognozu etkileyen faktörlerdir.

Olgu1: 28 yaşında gravida 2, parite 1, 35+6 haftalık gebe kliniğimize 3. trimesterde ağır hidrosefali ön tanısıyla gönderilmiştir. USG'de fetal lateral ventrikül atrium genişliği 36mm ölçülerek ağır hidrosefali saptandı. Serebellum, posterior fossa, 4. Ventrikül ve korpus kallosum normal izlendi. Maternal kanda TORCH grubu antikor titreri negatif idi. Sezeryan ile 3430 gr apgar:9-10 olan kız bebek doğurtuldu. Yenidoğanın O2 ihtiyacı olmadı. YDYBÜ de takibe alındı. Acil cerrahi girişim düşünülmedi. Baş çevresi takibi yapıldı. Yenidoğan kan sonuçlarında TORCH antikor düzeyleri negatif geldi.

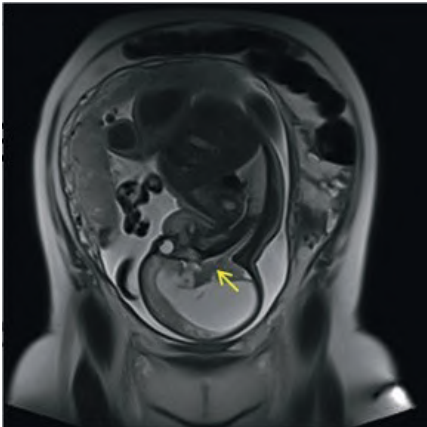
Doğum sonrası 5. günde nöroşirurji tarafından endoskopik yolla 3. ventrikülostomi yapılarak postoperatif 7. günde taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde hidrosefali vardı, nörolojik muayenesi doğaldı. Yenidoğan fontanel takibi yapılmak üzere kontrole çağrıldı.

Olgu2: 42 yaşında, gravida 6, parite 2, abortus 3, 38+3 haftalık gebelik ve ağır hidrosefali ön tanısıyla gelen hastada USG'de ağır hidrosefali vardı. Korpus kallosum ince olmasına karşın serebellum ve posterior fossa doğaldı. Maternal kanda TORCH grubu antikor titreri negatifti. Dış merkezdeki amniyosentez sonucu normal karyotip olarak gelmişti. Hasta sezeryan ile 3300 gr Apgar:6-8 olan kız bebek doğurtuldu. Yenidoğanın O2 ihtiyacı olmadı ve acil cerrahi girişim düşünülmedi. YDYBÜ'de takibe alındı. Nörolojik muayenesi normal olarak bildirilen yenidoğanın baş çevresi takibi yapıldı. Yenidoğan kan sonuçlarına göre TORCH antikor düzeyleri negatif bulundu. 12 günlükken taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde nörolojik muayene doğal değerlendirildi.

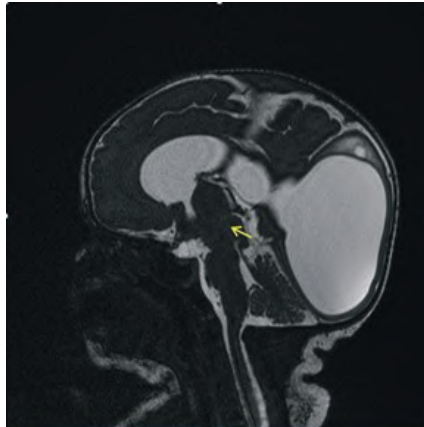
Sonuç: Prenatal tanı metodlarının gelişmesi ile konjenital malformasyonların tanısı artmaktadır. Ventrikülomegali en sık saptanan prenatal malformasyonlardan biridir. Kesin tanı için ventrikülomegali saptanan olgularda ayrıntılı ek anomali taraması yapılması, fetal karyotip tayini, TORCH paneli ve Fetal MR eşlik eden intrakranyal anomalilerin tanısında katkı sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: fetal MR, hidrosefali, izole ventrikülomegali, nörosonografi, ventrikülomegali

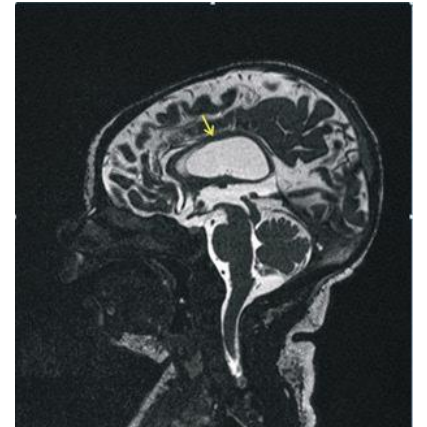
Fetal MR / Ultrasonografi (USG)'de fetal lateral ventrikül atrium genişliği 36mm ölçülerek ağır hidrosefali saptandı. Serebellum, posterior fossa, 4. Ventrikül ve korpus kallosum normal izlendi. Diğer sistem muayenelerinde ek fetal anomaliye rastlanmadı. Fetal MR'da akuaduktal stenoz ile uyumlu bulgular görüldü



Kranyal MR / MR'da her iki lateral ventrikül belirgin kolposefali görünümünde, oksipital ve temporal hornlar belirgin, özellikle parietal temporal ve oksipital loblarda ak maddede belirgin incelleme, orta hatta korpus kallosum muhtemel hidrosefaliye sekonder ince, olmasına karşın mezensefalon düzeyinde akuaduktus seçilememiştir



Kranyal MR 2 / USG'de ağır hidrosefali vardı. Korpus kallosum ince olmasına karşın serebellum ve posterior fossa doğaldı ve diğer sistemlerde ek anomali görülmedi. Fetal MR'da hidrosefali, akuaduktal stenoz, korpus kallosum disgenezi raporlanmıştı. MR sonucu lateral ventriküller dilate görünümünde, bilateral serebral kortikal gri madde, subkortikal beyaz madde, sentrum semiovale, korona radiata, kapsüla interna ve eksterna, bazal ganglia ve talamuslar doğal sinyal intensitelerinde izlendi.



PS-10 Preeklampitik Hastada Görülen Peripartum Kardiyomyopati Olgusu

Mustafa Ayhan Ekici¹, Ömür Albayrak¹, Merve Ecem Albayrak¹, Zafer Kök²

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bolu

²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Bolu

Giriş: Daha önce belirlenmiş bir kalp hastalığı bulunmayan, sağlıklı kadınlarda gebeliğin son 1 ayı yada doğum sonrası ilk 5 ay içerisinde gelişen sol ventrikül sistolik disfonksiyonundan kaynaklanan konjestif kalp yetmezliği peripartum kardiyomyopati olarak tanımlanır. Etiyoloji tam olarak anlaşılamamış olup genellikle enfeksiyonlar ve enflamatuar sitokinler, hormonal bozukluklar ve anormal immun cevap saptanmıştır.

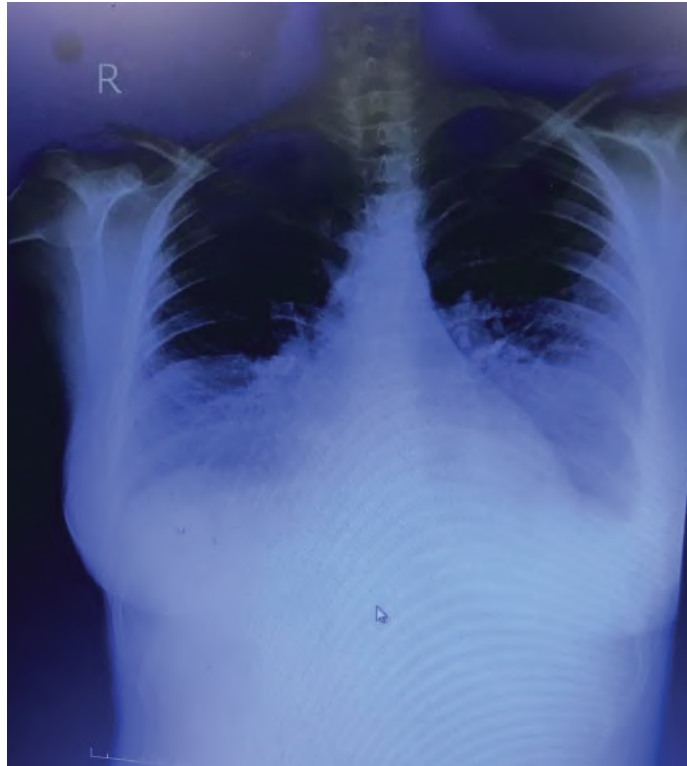
Olgu: On dokuz yaşında ilk gebeliği olan hasta, gebeliğinin 36. haftasında tansiyon 155/101 mmHg, (+++) pretibial ödem ve (++) proteinüri ile preeklamsi tanısı konularak hastaneye yatırıldı. Ultrasonda 35 hafta ile uyumlu 2600 gr ağırlığında, amnion mai yeterli, umbilikal arter doppleri S/D: 2,80 olarak değerlendirildi. Klinikte takip edilen hastanın 1 hafta sonra 24 saatlik idrar protein miktarı: 7070 mg/gün olması, tansiyon 165/110 mmHg olması üzerine şiddetli preeklamsi tanısı ile oksitosin indüksiyonu başlanarak normal vajinal doğum yaptırıldı. 2990 gr ağırlığında sağlıklı erkek bebek doğurtuldu. Postpartum 5. gününde halsizlik, dispne ve ortopne şikayetleri olması üzerine kardiyoloji bölümüne konsülte edildi. Tetkiklerinde Hb:10.4, troponin I:619, CKMB:49, D-dimer 3,61 olarak saptandı. Yapılan EKO: sol kalp boşlukları dilate, sol Atrium Çapı:4.4 cm, sol ventrikül Çapı: 5.2, sol ventrikülde akinetik ve ileri Hipokinetik ejeksiyon fraksiyonu (EF): %20 saptandı. Postpartum Dilate Kardiyomyopati tanısı ile Kardiyoloji servisine yatırıldı. Hastaya tedavi olarak tuz kısıtlaması, diüretik, vazodilatör, digoksin ve antikoagülan tedavi başlandı ve yoğun bakımda 5 gün takip edildi. Şikayetleri gerileyen hasta yatışının onuncu gününde taburcu edildi. Hastanın ayaktan takibinde 3.ay yapılan EKO 'da EF:%55 olarak yorumlandı, şikayetlerinde gerileme vardı. 6. ayda kontrolünde EKO: Normal sol ventrikül sistolik fonksiyonu olarak yorumlandı.

Sonuç: Postpartum Kardiyomyopati etyolojisi tam olarak bilinmeyen, kalp yetmezliği septomları ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Erken tanı ve tedavi ile hastalığın prognozu iyileşmektedir. Özellikle gebeliğinde preeklamsi öyküsü olan hastalarda postpartum dönemde peripartum kardiyomyopati açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: peripartum kardiyomyopati, preeklamsi, kalp yetmezliği, postpartum kalp yetmezliği, şiddetli preeklamsi

Postero-anterior akciğer grafisi

Artmış Kardiyotorasik oran, Bilateral akciğer bazallerde retiküler dansite artışı



PS-11 Normal Bir Fetusun Eşlik Ettiği İkiz Gebelikte Komplet Hidatiform Mol; Olgu SunumuFedi Ercan¹, Ece Öcal²¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Şanlıurfa²Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Diyarbakır

Giriş: Canlı bir fetüse eşlik eden komplet hidatiform ikiz gebelik, 20,000 ila 100,000 gebelikte 1 sıklıkta bildirilen nadir bir durumdur. Prenatal tanı ve gebelik sonuçları hakkındaki bilgiler olgu sunumları ve küçük olgu serileri ile sınırlıdır. Ayrıca, hastaların prenatal bakımı ve takibi de belirsizdir. Şiddetli vajinal kanama, preeklampsi, malign trofoblastik değişim, hipertiroidi ve perinatal mortalite gibi ciddi maternal komplikasyon riski taşır. Burada ikiz gebelikte ilişkili komplet hidatiform molün olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi bir yaşında nullipar gebe ilk trimesterde parsiyel molar gebelik şüphesi ile tarafımıza refere edildi. Gebelik yaşı, başvuru sırasındaki son adet tarihine göre 12 haftaydı. Transabdominal ultrason muayenesinde gebelik yaşı ile uyumlu canlı bir fetus ve arka uterus duvarında normal görünümlü bir plasenta vardı. Sağ lateral uterin duvarda ise kistik görünümde ek bir plasental doku görüldü (Şekil 1 ve 2). Bilateral teka lutein kistleri mevcuttu.

İnsan koryonik gonadotropin (hCG) seviyesi 156.000 mIU/ml idi. Öncelikle gebe gebeliğini devam ettirmek istedi. Ancak daha sonra gebelik hastanın isteği üzerine 17'inci gebelik haftasında sonlandırıldı. Gross patolojik inceleme ve otopsi, normal plasentalı, komplet hidatidiform mol ile birlikte normal bir erkek fetusu doğruladı. Maternal serum hCG düzeyi, gebeliğin sonlandırılmasından sonraki 2 hafta içinde 2930 mIU/ml'ye düştü. Hasta takibine hala devam edilmektedir.

Sonuç: Komple hidatidiform mol ve normal görünümlü bir fetusun eşlik ettiği çoğul gebelikler, maternal ve fetal iyilik halini bozabilir. Ultrason ile prenatal tanı, yüksek maternal serum hCG düzeyi ve sitogenetik analiz tedavi planlamasında çok yararlıdır. Seçilmiş olgularda fetal viabilite haftasına kadar gebeliğin devamı sağlanabilir. Ancak, maternal ve fetal durumun çok dikkatle gözlenmesi gereklidir. Ayrıca, doğum sonrası takip, malign trofoblastik değişimin tanınması için kritik öneme sahiptir.

Anahtar kelimeler: çoğul gebelik, gestasyonel trofoblastik hastalık, gestasyonel trofoblastik neoplazi, ikiz gebelik, komplet hydatidiform mol

Şekil 1 / (a) Posterior uterin duvarda normal plasenta ve lateral uterin duvarda hidatiform mol ile uyumlu multiple veziküler doku gösteren 12. gebelik haftasındaki ikiz gebeliğin transabdominal ultrasonu (NP, normal plasenta; M, komplet hidatidiform mol), (b) Normal fetusun NT ölçümü



Şekil 1 / Gebeliğin 17. haftasında yapılan transabdominal ultrasonda, posterior uterin duvarda normal plasenta ve lateral uterin duvarda komplet hidatiform mol ile uyumlu multiple veziküler doku görüntüsü (NP, normal plasenta; M, komplet hidatiform mol; F, fetus).



PS-12 Prenatal Dönemde Tanı Alan Servikal Spina Bifidanın Eşlik Ettiği Ekzensefali Olgusu

Merve Ecem Albayrak, Ömür Albayrak, Mustafa Ayhan Ekici, Mehmet Ata Topçuoğlu

Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bolu

Giriş: Ekzensefali anormal yapıda kafatasından uzanan büyük miktarda dezorganize beyin dokusu ile karakterize konjenital bir anomalidir. Etyopatogenezi tam olarak bilinmemekte, akraninin kalvarium kemiklerini oluşturan mezenkimal hücrelerin ektodermal tabaka altına yetersiz migrasyonu sonucu ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu anomaliye nöral tüp defektleri, omfalosel, karaciğer ve kalp anomalileri, yarık damak-dudak, ayak deformiteleri, mikroftalmi gibi diğer anomaliler eşlik edebilir. Bu yazıda İkinci Trimester ultrasonla saptadığımız ekzensefali ve servikal spina bifida olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz beş yaşında, G5, P4, Y4 mükerrer sezeryan öyküsü olan takipsiz hasta son adet tarihine göre 21. Gebelik haftasında tarafımıza başvurdu. Hastanın akraba evliliği, ailede kromozomal hastalık, daha önce anomalili doğum, herhangi bir sistemik hastalık, ilaç, alkol kullanımı öyküsü yoktu. Hastanın yapılan Ultrasonografisinde, Kalvaryal kemikler izlenmemiş olup posteriora en geniş yerinde 31 mm'ye erişen, dismorfik nöral kalıntı doku izlenen 22 hafta ile uyumlu tek canlı fetüs izlendi. Bununla birlikte basık burun, hipertelorizm, frog eye görünümü, servikal vertebraların tamamını içine alan açık spina bifida ve polihidroamnios izlendi. Hastaya ekzensefali ve servikal spina bifida tanıları ile yaşamla bağdaşmayacağı hakkında bilgilendirme yapıldı ve terminasyon önerildi. Bilgilendirilmiş onamı alınarak vajinal misoprostol uygulandı ve hasta abort etti. Abort materyali incelendiğinde kafa kemiklerinin olmadığı, serebral parankimin ince bir zarla kaplı olduğu, servikal açık spina bifida saptandı. Terminasyon sonrası takiplerinde herhangi bir şikayeti olmayan hasta yatışının 2. gününde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Ekzensefali gibi konjenital kranial anomalilerin ultrasonografi ile erken dönemde tanı konulabilir. Beraberinde eşlik eden konjenital anomalilerinde bulunabileceği unutulmamalıdır. Erken ultrasonografik tanı; zaman kaybı olmadan erken terminasyonu, dolayısıyla hem hekim hem de aile açısından psikolojik ve maddi istenmeyen etkilerin önüne geçilmesini mümkün kılmaktadır.

Anahtar kelimeler: ekzensefali, spina bifida, prenatal tanı, terminasyon, fetal anomali, akrani

Abort Materyalinde izlenen Servikal spina bifida görünümü / Tüm servikal vertebraları içeren açık spina bifida



Servikal spina bifida ultrason görüntüsü / Tüm servikal vertebraları içine alan açık spina bifida sonografik görünümü



Terminasyon sonrası fetüsün önden görünümü / Frog eye görünümü, hipertelorizm görünümü, Kalvaryal kemikler izlenmiyor.



Ultrasonda 21. haftada Ekzensefali görünümü / Kalvaryal kemiklerini izlenmediği, posteriora dismorfik nöral kalıntı doku izlenen sonografik görünüm



PS-13 Lateral Ventrikülde Bozulmaya Neden Olmayan İntrakraniyel Kitle: Koroid Pleksus Papillomu

Gökçe Naz Küçükbaş¹, Gürcan Türkyılmaz², İsmet Turgut¹, Ali Mahir Gündüz³, Hanım Güler Şahin¹

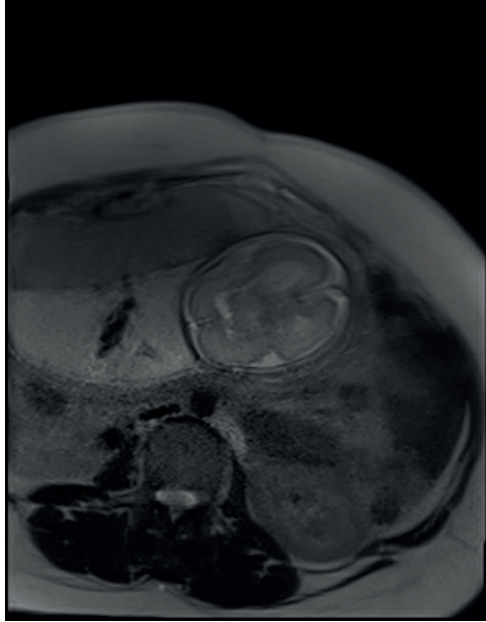
¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Van

²Van Bölge Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Van

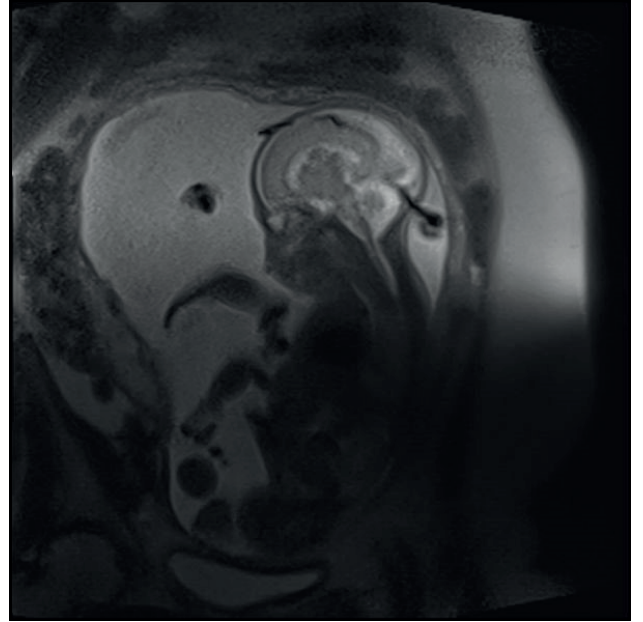
³Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Bölümü, Van

Kliniğimize başvuran 26 yaşında G4P3Y3, 27 haftalık gebenin tek fetüsünde rutin ultrasonografik incelemede her iki lateral ventrikülü dolduran homojen görünümlü hiperekoik intrakraniyel kitle saptandı. Kitlenin hacmi 26x19x22 mm³ olup 10 mmlik bir kistik yapı içermekteydi. Posterior fossa, lateral ventrikül hacmi ve corpus callosum olağan yapıda olup, orta hat defekti bulunmamaktaydı. Ayırıcı tanıda, koroid pleksus papillomu, teratom ve fetal intrakraniyel hemoraji yer aldı.

Axial Section on Fetal Cranial MR
/ Intracranial mass on axial section



Sagittal Section on Fetal Cranial MR /
Intracranial mass on sagittal section



PS-14 Fetal Sol Atriyal İzomerizm: Olgu Sunumu

Ezgi Turgut, Halis Özdemir, Deniz Karçaaltıncaba, Merih Bayram

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

Giriş: Heterotaksi sendromları içerisinde yer alan sol atriyal izomerizm, her iki atriyumun sol atriyum morfolojik bulguları gösterdiği kompleks bir sendromdur. Toplumda görülme insidansı ortalama 1/10.000 dir. İki taraflı sol atriyal morfoloji nedeniyle, hemen hemen tüm olgularda inferior kaval ven ile sağ atriyum bağlantısı eksiktir. AVSD başta olmak üzere yapısal kardiyak patolojiler, aritmi, hidrops, polispleni eşlik edebilir. Aritmi veya hidrops olmayan sol izomerizmlı hastalarda sağkalım % 60'ın üzerindedir.

Olgu: 31 yaşında G5P4A0NSVD4 hasta 36 hf 2 gün gebe iken kliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen bir hastalığı yok. İkili ve üçlü test yaptırmayı kabul etmemiş. Dış merkezde yapılan ayrıntılı anatomik tarama normal olarak değerlendirilmiş. Takibinde kardiyak patolojiden şüphelenilmesi üzerine tarafımıza sevk edildi. Yapılan değerlendirmede dektrokardi, interrupted vena cava inferior, geniş azygos ven ve sağ aortik ark anomalisi izlendi. Mide sol yerleşimli idi ve ek patoloji izlenmedi. Mevcut bulgularla sol atrial izomerizm tanısı konularak takibe alındı. 38. Gebelik haftasında spontan vajinal yolla, 3365 gr erkek bebek, 9/10 APGAR ile doğurtuldu. Doğum sonrası ekokardiyografi bulguları prenatal tanıyı desteklemekteydi. Herhangi bir kardiyak operasyon geçirmeyen ve intravenöz prostaglandin ihtiyacı olmayan bebeğin yenidoğan yoğun bakımdaki takibi devam etmektedir.

Sonuç: Heterotaksi sendromları prenatal dönemde sıklıkla saptanamamaktadır. Fetal kardiyak ultrasonografik değerlendirmede kardiyak pozisyon ve aksın belirlenmesi, abdomen kesitindeki aorta ve vena cava inferior ilişkisinin gözlenmesi prenatal tanı şansını arttıracaktır.

Anahtar kelimeler: sol atriyal izomerizm, dektrokardi, interrupted vena cava inferior, geniş azygos ven, sağ aortik ark anomalisi

Dört kadran kesitinde dektrokardi görünümü



Transvers kesitte azygos venin aort komşuluğundaki görünümü



Üç damar trakea kesitinde sağ aortik ark görünümü



PS-15 Geç Tanı Almış Sezaryen Skar Gebeliği: Nadir Görülen Bir Ektopik Gebelik, Olgu Sunumu

Mehmet Musa Aslan, Şeyda Demirsoy, Tuğçe Yiğit, Nermin Akdemir, Arif Serhan Cevrioğlu

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Sezaryen skar gebeliği (SSG), eski sezaryen skarındaki myometriuma gebeliğin yerleşmesi ile oluşan, ektopik gebeliğin en nadir formudur. Dünyadaki ilk vaka bildirimini 1978 yılında Larsen ve Solomon tarafından yapılmıştır. Literatürde 1800:1 ve 2216:1 oranları verilmektedir. Bununla beraber SSG'nin insidansı son yıllarda giderek artmaktadır. Bunun nedeni ise tüm dünyada artan sezaryen oranları ve gebeliğin erken dönemlerinde transvajinal ultrasonografinin (TVUSG) daha sık kullanımıdır. Bu yazıda abortus imminens nedeniyle takip edilen ve spontan abortus sonrası abondan vaginal kanama olması üzerine tanısı konulan sezaryen skar gebeliğinin başarılı tedavisini literatür eşiliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu: 39 yaşında Gravida 9, Parite 6 ,Abortus 3, Yaşayan 6 olan ve 3 tane normal vaginal doğum sonrası 3 tane geçirilmiş sezaryeni olan hasta vaginal kanama şikayeti ile hastaneye başvurmuş.Yapılan muayenesinde 14 hafta tekil canlı gebelik ve abortus imminens ön tanısı ile yatırılıp takip edilmiş. Ardından serviste 2 gün takip edilen hasta spontan abort ettikten sonra plasental eklerin gelmemesi ve abondan vaginal kanamasının olması üzerine uterin kaviteye tamponad amacıyla 50 cc şişirilmiş foley sonda yerleştirilerek kliniğimize refere edildi.Hastanın yapılan muayenesinde foley sondanın yerinden çıktığı ve vaginal kanamasının devam ettiği görüldü.Yapılan USG' de uterin alt segmentte plasantanın çıkmadığı ve uterus kontürlerinin bozulmuş ve düzensiz görünümde olduğu görüldü.(Şekil 1) . Hastaya SSG ve uterin rüptür düşünülerek acil laparotomi kararı verildi. Batına girildiğinde uterin alt segmentin rüptüre olduğu sezaryen skar gebeliği görüldü. (Şekil 2) . Hastanın yaşının 40 olması, yaşayan 6 çocuğunun olması ve genel durumunun kötü olması üzerine Histerektomi yapıldı.Perop hastaya 5 Ü eritrosit süspansiyonu ve 5 Ü Taze donmuş plazma verildi.Postop takiplerinde sorun olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Bu olgu çalışmasında tanısı geç konulan ve abondan vaginal kanaması olan hastanın histerektomi ile başarılı tedavisi anlatıldı. SSG ektopik gebeliğin en nadir formudur ve erken tanısı konulup tedavi edilmediği zaman morbidite ve mortalitesi yüksektir. SSG'nin servikal, servikoistmik gebelikler ve inkomplet abortustan ayırıcı tanısının yapılması erken tanı ve tedavi şeklini belirlemede önemlidir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) SSG 'nin tanısında altın standarttır. Fakat primer olarak TVUSG kullanılmaktadır. Geçirilmiş sezaryen sayısı arttıkça sezaryen skar gebeliği ve plasenta: akreta,inkreata,perkreata spektrumu görülme olasılığı artmaktadır . Gebeliğin erken dönemlerinde tanısı konulabilmektedir. Sezaryen skar gebeliği ile plasenta akreta ortak histolojiye sahiptir. Gebeliğin erken dönemlerinde SSG tanısı konulur ise ilerleyen haftalarda plasenta akreta spektrumu gelişmesi önlenabilir. Sezaryen skar gebeliği olgularına, hastada abondan vajinal kanama, rüptür bulguları oluşmadan tanı konulabilirse ekspektan ve konservatif tedavi seçenekleri mevcuttur. Bu yöntemler lokal yada sistemik metotreksat enjeksiyonu, uterin arter embolizasyonu, dilatasyon ve küretaj olarak sıralanabilir . Erken tanı konulması hem maternal mortalite ve morbitiyi önlemek hemde hastanın fertilitasını korumaya olanak vermek açısından önemlidir. Sezaryen skar gebeliğinden kuşku duyulursa transvajinal ultrasonografi mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: sezaryen skar gebelik, doppler ultrasonografi, ektopik gebelik, erken ve geç tanı, transvajinal ultrasonografi

Şekil 1



Şekil 2



PS-16 Yüz Geliş, Nadir Bir Malprezentasyon Çeşidi

Coşkun Ümit

Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ankara

Prezentasyon maternal pelvise ilk giren fetal kısım olarak tanımlanır. Verteks geliş en sık rastlanan ve en güvenli olan prezentasyon çeşididir. Malprezentasyon baş dışındaki bütün prezentasyon çeşitlerini tanımlamak için kullanılır. Yüz geliş, alın geliş, makat geliş ve omuz geliş bunlara örnek olarak verilebilir. Malprezentasyonlar başta sezaryen olmak üzere operatif doğum riskini arttırmaktadır. Yüz geliş nadir bir prezentasyon çeşidi olmakla birlikte sıklığı kaynaklar arasında farklılık göstermektedir. Ortalama insidansı 1/500 ila 1/2000 doğumdur.

Fetal çene fetal başın konumunu tanımlamak için referans noktası olarak kullanılır. Genellikle prematürite, fetal boyun tümörleri, fetal boyunda kordon olması, fetal makrozomi ve anensefali gibi durumlarla ilişkilidir. Bu vaka sunumunda hastanemiz acil servisine yüz gelişe sahip fetusla başvurup normal doğum yapan bir hastamızı takdim edeceğiz.

26 yaşında, 39 hafta gebeliğe sahip multipar hasta tam açıklıkla hastanemiz acil servisine başvurdu. 3 yıl önce komplikasyonsuz normal vajinal doğumu mevcuttu. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın düzenli uterin kontraksiyonları vardı ve membranları rüptüre olmuştu. 20. haftada yapılan ayrıntılı ultrasonu normaldi. Yapılan vajinal muayenede servikal açıklığın tam olduğu ve berrak amnion akışı görüldü. Vajinal tuşede fetal yüz yapıları tuşelendi.

Hastaya yapılan ultrasonda tek, canlı, 37 hafta ile uyumlu tahmini fetal ağırlığın 2500 gram olduğu fetus izlendi. Başın hiperekstansiyonu ultrason ile doğrulandı. Plasenta ön duvar yerleşimliydi. Hasta doğum masasına alındı ve tek, canlı, 2550 gram sağlıklı infant doğurtuldu. Anne ve bebek doğumdan 24 saat sonra sağlıklı taburcu edildi.

Sonuç: Malprezentasyon hem fetal hem maternal morbidite ve mortaliteye neden olan bir obstetrik acil olmaya devam etmektedir. Sağlık çalışanlarının bu durum hakkında eğitilmesi ve durumun yönetimi için hazırlıklı olması olası morbidite ve mortalite artışlarının önüne geçecektir.

Anahtar kelimeler: malprezentasyon, mentum, normal doğum, yenidoğan, yüz geliş

Yüz geliş, mentum anterior
Tam açıklıkla yüz geliş



PS-17 Canlı Fetüs Birlikteliğinde Parsiyel Mol Hidatiform: Olgu Sunumu

Ayşe Keleş, Gülşah Dağdeviren, Özge Yücel Çelik, Aykan Yücel, Dilek Şahin

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

Amaç: Parsiyel mol hidatiform(PMH) ve canlı fetus birlikteliği nadirdir ve gebeliklerin %0,005-0,01'inde görülür. Fetusta sıklıkla kromozomal triploidi vardır, gelişme geriliği ve konjenital anomaliler eşlik eder ve fetus ilk üç ay içinde ölme eğilimindedir. Vakamızda birinci trimesterda ultrasonografik olarak saptanmış parsiyel mol ve canlı fetus birlikteliği ve yönetimi sunulmaktadır.

Olgu: 19yaşında G2P1 olan hastanın yapılan 11-14 hafta ultrasonografisinde CRL:88(14+5)mm fka(+) NT:4mm, plasentanın normalden büyük ve multipl anekoik alanlar içerdiği ve bilateral overlerin yaklaşık 15x17cm boyutlarında multikistik(bilateral teka lutein kistleri) olduğu tespit edildi(şekil 1-3). HCG değeri 992105 u/l olan hasta PMH olarak değerlendirildi, gebelik prognozu hakkında bilgilendirildi, karyotip analizi ve terminasyon önerildi. Hasta gebeliğinin takip edilmesini istedi. 10 gün sonra yapılan kontrol muayenesinde fka(-) olduğu tespit edildi. Sezeryan doğum öyküsü olan hastaya servikal olgunlaştırma için mekanik yöntemlerden foley kateter uygulandı, emme küretajla gebelik tahliyesi yapıldı(şekil 4,5). Patoloji sonucu PMH ile uyumlu gelmiştir. İşlem sonrası takiplerde HCG değeri tedricen düşerek işlem sonrası 5. haftada 23 u/l olarak saptanmıştır.

Sonuç: PMH ve canlı fetusun bulunduğu gebeliklerin yönetimindeki problemler fetal anormallik, malign trofoblastik değişim ve ciddi maternal komplikasyonlardır. Optimal yönetim protokolü tartışmalıdır. PMH'da triploidiye bağlı fetal anomaliler görülür. Triploid fetüsler ilk trimesterda ölme eğilimindedir ve ikinci trimesterda hayatta kalan fetüslere nadiren rastlanır. Vakamızda fetal ölüm 15. haftada oluşmuştur. Canlı fetusun izlendiği molar gebeliklerde persistan trofoblastik hastalık gelişme riski çalışmalarda %12,5-%30,6 olarak tespit edilmiştir. Vakamız izlemin 5. haftasında olup nüks bulgusu yoktur. Emme küretajı fetal bölümler engel olmadığı sürece PMH olgularında gebelik sonlandırmasında ilk tercih edilen yöntemdir. Molar gebeliklerin sonlandırılmasında trofoblastik dokunun venöz sistem üzerinden embolize olma riski nedeniyle güçlü oksitosik ajanların rutin kullanımı ile ilgili teorik kaygılar vardır. Vakamızda serviks olgunlaştırıcı olarak mekanik yöntem uygulanmıştır. Nadir görülen bu hamilelik tipinde fetal anomalinin dışlandığı durumlarda gebeliğin hemen sonlandırılması veya takip edilmesi arasındaki risk değerlendirmesi iyi yapılmalı ve aile ile tartışılmalıdır.

Anahtar kelimeler: birinci trimester, parsiyel mol hidatiform, placenta, teka lutein kisti, terminasyon

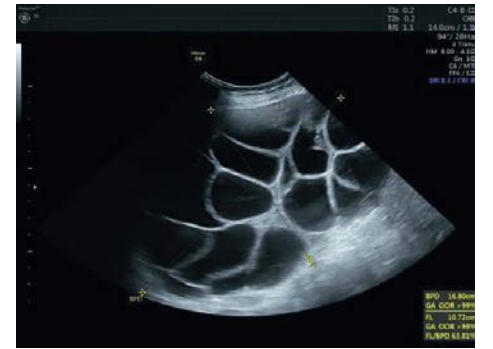
Fetus



Plasenta



Teka lutein kisti



Plasenta



Fetus



PS-18 Pulmoner Kapak Yokluğu Sendromu

Ferdi Vaizoğlu, Cem Yaşar Sanhal, İbrahim İnanç Mendilcioğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Antalya

31 yaşında G2P1 hasta 23. haftada kardiyak anomali şüphesi ile merkezimize refere edildi. İlk gebeliği komplikasyonsuz geçmiş ve sağlıklı 3 yaşında bir erkek çocuğu var. Ultrason bulgularında VSD ile ata binen aorta, ileri derecede dilate pulmoner arter, sağ ve sol dalları ve duktus arteriozis ile duktal ark yokluğu tespit edildi. Vaka pediatrik kardiyoloji ile konsülte edilerek hastaya terminasyon seçeneği sunuldu ve amniyosentez ile karyotip ve 22q 11 mikrolelesyonu analizi alındıktan sonra gebelik termine edildi. Pulmoner kapak agenezi TOF vakalarının %6-9 unu, tüm konjenital kalp hastalıklarının ise %1'ini oluşturan nadir ve kötü prognozlu bir anomalidir. Pulmoner kapağın oluşmaması veya displastik ya da rudimenter oluşması ile karakterizedir. Başta 22q11 mikrolelesyonu,%25 ihtimalle kromozom bozuklukları ile birlikte ve tüm hastalara bu genetik bozukluklarının analizi önerilmelidir.

Anahtar kelimeler: pulmoner, kapak, yokluğu, VSD, dilatasyon, malalignment, duktus, arteriozis

Duktus / Duktal ark ve duktus arteriozis yokluğu



Pulmoner arter / Dilate ve kapak yok



VSD / Malalignment VSD



PS-19 Üreteropelvik Bileşke Darlığı

Tülin Önder, Semih Afacan, Ezgi Turgut, Halis Özdemir, Mehmet Zeki Taner

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

Giriş: Üreteropelvik bileşke darlığı (UPJ darlığı), renal pelvis ve proksimal üreter arasındaki obstrüksiyona bağlı üriner akımın engellendiği durumdur. Mesane disfonksiyonu veya reflü olmadan megaüreter, hidronefroza neden olur. Ayırıcı tanıda renal duplikasyon, vezikoüreteral reflü, posterior üretral valve yer alır. Diagnostik kriterleri hidronefroz, üreterlerin geniş izlenmemesi, normal boyutta mesane yer almaktadır.

Olgu: 37 yaşında G2P1Y1 gebe dış merkezden fetal hidronefroz açısından danışıldı. Dış merkezde yapılan ikli ve üçlü testlerinde düşük risk saptanmış. Anatomik taramada bilateral pyelektazi izlenmesi ve aile isteği üzerine hastaya amniyosentez yapılmıştır. Sonucu normal konstitüsyonel karyotip olarak raporlanmıştır. Hidronefrozun ilerlemesi üzerine tarafımıza danışılan hastanın 32 gebelik haftasında ölçümleri uyumlu, amniyon sıvısı yeterli olarak izlendi. Sol renal pelvis ve kaliksler genişlemiş ancak üreter, mesane ve sağ renal yapılar normal olarak izlendi. Üreteropelvik bileşke darlığı ön tanısı ile takibe alındı. 39. gebelik haftasında sezaryen ile 4095 gr erkek bebek APGAR 9/10 olarak doğurtuldu. Postnatal ultrasonografi ve sintigrafi değerlendirmelerinin sonucunda solda grade II-III dilatasyon ile birlikte pelvikalikseal aktivite retansiyonu ve uzamış ekskresyon gösteren üreteropelvik bileşke darlığı saptanmış olup prenatal tanımızı doğrulamaktadır.

Sonuç: Üreteropelvik bileşke darlığı insidansı 500 canlı doğumda 1 dir. Antenatal hidronefrozun en sık görülen anatomik nedenidir. Atnalı böbrek gibi diğer genitoüriner anomaliler ile ilişkili olabilir. İzole olgularda anöploidi taraması gerekmez. Erkeklerde 2 kat daha sık görülür. Lezyonlar solda sağ tarafta olduğundan daha sık görülür. Bazı durumlarda, kısmi tıkanıklık, böbrek fonksiyonunun kademeli olarak bozulmasına da yol açabilir. Bununla birlikte, birçoğunda, böbrek fonksiyonunun stabil kalır.

Anahtar kelimeler: üreteropelvik, bileşke, darlığı, hidronefroz, upj darlık

Case



PS-20 Bilateral Renal Agenezi, Anhidramniyoz

Semih Afacan, Tülin Önder, Halis Özdemir, Ezgi Turgut, Deniz Karçaaltıncaba, Mehmet Zeki Taner

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

Giriş: Renal agenezi tek veya bilateral böbrek gelişiminin olmadığı bir anomalidir. Renal agenezi ve birçok renal anomali üreter tomurcuğundaki gelişim bozukluklarından kaynaklanır. Bilateral renal agenezide ciddi oligohidramniyoz, 16. gebelik haftasından sonra anhidramniyoz görülür. Renal fossa boş izlenir, bilateral renal arterler ve mesane izlenmez.

Olgu: 33 yaşında G4P3A0Y3 21 hafta 6 günlük gebe iken yapılan ultrasonda anhidramniyoz, bilateral renal agenezi, dopplerde bilateral renal arterlerin izlenmemesi ve mesanenin görülmemesi üzerine hastaya 400cc serum fizyolojik ile tanısal amniyoinfüzyon yapıldı. Renal fossalar boş izlendi, genetik örnekleme alındı. Sonucu normal konstitüsyonel karyotip olarak raporlandı. Hastaya gebelik terminasyonu önerildi. Hastaya FIGO protokolüne göre prostoglandin-E1 analogu uygulandı. 22 hafta 0 günlük gebe iken 485 gr, erkek doğum gerçekleşti. Bebekte fenotipik ek anomali izlenmedi.

Sonuç: Bilateral renal agenezi 4000 canlı doğumda 1 görülür. ABD'de yapılan intrauterin eksitus otopsilerinde 250'de 1 görülmektedir. Erkeklerde 2.5 kat daha sık görülür. Bilateral renal agenezi anhidri ve pulmoner hipoplaziye neden olur. Ekstrauterin yaşam ile bağdaşmaz. Olguların 3'te 1'i intrauterin eksitus ile sonuçlanır. Bu sebeple aile ile görüşülerek terminasyon yapılabilir. Renal agenezide yapısal ve kromozal anomaliler görülme riski artmıştır. Bilateral renal agenezi Potter sekansı (düşük kulak, retrognati, düzleşmiş yüz), 22q11.2 delesyon sendromu, Fraser sendromu, Kedi-gözü sendromu, VACTERL asosiasyonu, Kaudal Displazi sendromu, anoploidiler gibi anomaliler ile birliktelik gösterebilir. Gene de çoğu olgu sporadiktir ve tekrarlama riski %3 ile %6 oranında görülmektedir. Risk faktörleri içinde kontrolsüz diyabet, morbid obezite, prekonsepsiyel sigara ve gebeliğin 2. ayı içinde yoğun alkol alımı gösterilebilir. Olgumuzda bu risk faktörleri bulunmamaktadır.

Anahtar kelimeler: renal agenezi, potter sekansı, anhidri, pulmoner hipoplazi, oligohidramnios

Bilateral renal agenesis



Renal arterler izlenmedi



PS-21 Fetal Sakrokoksigeal Teratom: Olgu Sunumu

Ahmet Erol, Doğa Öcal, Filiz Halıcı Öztürk, Kadriye Yakut, Yüksel Oğuz, Merve Öztürk, Orhan Altınboğa, Şevki Çelen, Turhan Çağlar

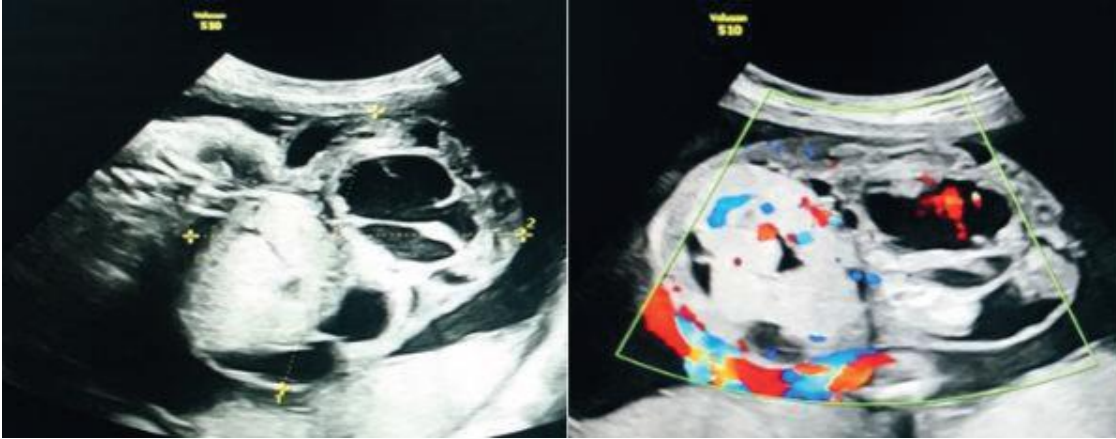
T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

19 yaşında, primigravid, antenatal takipsiz, sat'a göre 26 haftalık gebe fetal sakral bölgede kompleks heterojen kitle şüphesiyle kliniğimize refere edildi. Özgeçmişinde özelliği (diyabet, ateşli hastalık öyküsü vs.), akrabalığı yoktu. Ultrasonografisinde sakral bölgeden protrüde 10 x 15 cm, içersinde kistik ve solid komponentler barındıran, doppler ultrasonografide hipervasküler görünümde miks ekojen kitle izlendi (Resim 1). MCA-PSV 42 cm/sn (<1.5 MoM) olup asit, hidrops bulgusuna rastlanılmadı. Fetal ekokardiyografisinde ek özelliği (kardiyomegali vs.) yoktu. Mevcut bulgularla Tip 1-2 fetal sakrokoksigeal teratom (SCT) düşünüldü. Tümör hacmi fetal ağırlık oranı (TFR): 0.17, kötü prognoz ile uyumluydu. Aileye danışmanlık verildi. İnvaziv tetkik, mikroarray önerildi. Terminasyon seçeneği sunuldu. Aile invaziv tetkiki kabul etmedi ve gebeliğin devamını istedi. Fetal MRI planlandı. Haftalık kontrollerinde klinik stabil seyretti. 28. gebelik haftasında aktif vajinal kanama, eylemde transvers prezentasyon nedeniyle acil sezaryene alındı. 1. ve 5.dk Apgar skoru 3-5 olan 2140 gr kız bebek doğdu. Postpartum sakral protrüde 15x20 cm SCT ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 2). Yenidoğan solunum sıkıntısı nedeniyle entübe edildi, pediyatrik cerrahi elektif koşullarda cerrahi planladı.

SCT koksisin önünde Hensen nodunun pluripotent hücrelerinden kaynaklanan, fetüste en sık görülen neoplazidir. Amerikan Pediyatrik Cerrahi SCT sınıflamasına göre eksternal tümör minimal presakral tutulumdan (Tip 1), tamamen intraabdominal tutulumla (Tip 4) toplam 4 tipi bulunmaktadır. 1:40.000 canlı doğumda görülür, erkek-kız oranı 1:3'tür. Hidrops, kardiyomegali, polihidroamniyoz ve subkutan ödem gibi kalp yetmezliği bulguları solid ve geniş tümörlerle ilişkilidir. Solid, yüksek vasküler tümör olması (intratümöral hemoraji ve malignite ile ilişkili), tümör boyutunun >10 cm ya da hızlı büyüyor olması, TFR'nin <24 .haftada >0.12 veya <32 . haftada ≥ 0.11 olması kötü prognozla ilişkilidir. Hidrops ve/veya geniş ve solid tümörlerin kötü prognozu düşünülerek gebeliğin terminasyonu bir seçenektir. Radyofrekans veya laser fotokoagülasyon ile fetal cerrahi girişim bildirilen olgular mevcuttur. Doğum tersiyer merkezde, multidisipliner yaklaşımla planlanmalıdır. Tümör solid ya da boyutu >5 cm ise olumlu perinatal sonuçlar (yumuşak doku distosisi vs.) nedeniyle sezaryen doğum önerilir.

Anahtar kelimeler: fetal, malignite, sakrokoksigeal, teratom, TFR

Sakral bölgeden protrüde yaklaşık 10 x 15 cm, içersinde kistik ve solid komponentler barındıran, doppler ultrasonografide hipervasküler görünümde miks ekojen kitle, SCT



SCT postpartum görüntüsü



PS-22 Erken İkinci Trimesterde Tanı Alan Korpus Kallosum Agenezisi; Olgu Sunumu

Mine Gültekin Çalık, Özge Yücel Çelik, Ayşe Keleş, Harun Egemen Tolunay, Aykan Yücel, Dilek Şahin

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Korpus kallosum serebral hemisferleri birbirine bağlayan ana komissürdür ve kognitif, motor ve duyuşal süreçlerin entegrasyonunu sağlar. Korpus kallosumun gelişim anomalileri tam ve parsiyel agenezi ve disgenezidir ve sıklıkla diğer serebral veya ekstraserebral anomalilerle ilişkilidir. Enfeksiyöz, vasküler, toksik ve genetik faktörlerin etyolojide rolü vardır. Korpus kallosum agenezisi (KKA), 4000-5000 canlı doğumda 1 oranında görülür. 18. gebelik haftasında tanı alan bir KKA vakası sunulmaktadır.

Olgu: 31 yaşında, G2P1, hasta 18. haftada kliniğimize intrakraniyel patoloji şüphesi ile yönlendirildi. Ultrasonografik değerlendirmede sağ ve sol lateral ventriküller sırasıyla 10.5 ve 10.3 mm, 3. ventrikülde yükselme ve kolposefali saptandı (Resim 1). Kavum septum pellucidum ve korpus kallosum görülmedi (Resim 2). Diğer sistemlerin değerlendirilmesinde nazal kemik hipoplazisi dışında ek bulgu yoktu. Toksoplazmozis, sitomegalovirüs, rubella ve parvovirüs için yapılan serolojiler negatif tespit edildi. Aile fetal manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve amniosentezi dini inançlar nedeni ile reddetti. Hasta 37. haftada intrauterin gelişim geriliği saptanana kadar perinatoloji kliniğinde takip edildi. Hasta hospitalize edildi. Fetal distress endikasyonu ile sezaryen kararı verildi ve 2900 gr, 48 cm kız bebek 8/9 APGAR ile doğurtuldu. Yenidoğan pediatrik nörolojiye yönlendirildi ve halen nörogelişimsel bozukluklar açısından yakın takip edilmektedir.

Tartışma: KKA prevalansı nörogelişimsel bozuklukları olan hastalarda %2-3 kadar sık görülebilmektedir. Korpus kallosum 18-20 hafta civarında ultrasonografik olarak görüntülenmektedir ancak MRI diğer intrakraniyal anomalilerin saptanabilmesi açısından faydalıdır. KKA olgularının %18'inde kromozomal bozukluklar görülebilmektedir. Altta yatan etiyolojinin ve ilgili anomalilerin saptanması KKA'nın uzun dönem sonuçları açısından önemlidir. Önceki çalışmaların sonuçlarındaki heterojenite nedeniyle izole KKA vakalarında bile prognozu tahmin etmek zordur.

Anahtar kelimeler: agenezi, ikinci, kallosum, korpus, ultrasonografi, trimester

Resim 1. Transventriküler kesit



Resim 2. Transserebellar kesit



PS-23 Süksentriat Lob Tanısı Konulan Bir Gebeliğin Takibi; Olgu Sunumu

Azize Cemre Öztürk, Erol Nadi Varlı, Özge Yücel Çelik, Mine Gültekin Çalık, Aykan Yücel, Dilek Şahin

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: "Süksentriat" kelimesi yedek anlamına gelen Latince succenturio kelimesinden gelmektedir. Süksentriat plasenta, küçük ayrı bir lobun mevcut olduğu normal plasentanın bir varyantıdır ve 1000 gebelikte 2 oranında görülmektedir. Birden fazla süksentriat lob olabilir. Süksentriat plasentanın prevalansı anne yaşı arttıkça ve in vitro fertilizasyon gebeliklerinde artmaktadır.

Olgu: 39 yaşında, G3P2, hasta 36. haftada gestasyonel hipertansiyon ve preterm eylem tanıları ile hospitalize edildi. Ultrasonografik değerlendirmede biyometrik ölçümler 35 hafta ile uyumluydu, amniotik sıvı indeksi normaldi, plasentanın arka duvarda ve süksentriat lobun mevcut olduğu görüldü (Resim 1). Umbilikal kord insersiyonu doppler ultrasonografi ile değerlendirilerek vasa previa ve velamentöz insersiyon ekarte edildi. Hasta plasental anomaliler hakkında bilgilendirildi ve antihipertansif tedavi başlandı. Fetal distres nedeni ile hasta sezaryene alınarak 2589 gr, 48 cm erkek fetus 9/10 APGAR ile doğurtuldu. Plasentanın makroskopik ve patolojik incelemesi antenatal tanımızı doğruladı (Resim 2). Postpartum takiplerde plasental rest veya postpartum kanama tespit edilmedi.

Tartışma: Süksentriat lob bazen dekolmanda görülen izoekoik hematoma ile karışabilir ancak vakamızda antenatal veya postpartum dönemde hemoraji bulgusu saptanmamıştır. Plasental loblar arasındaki boyut farkı bilobüle plasentayı ekarte etmemizi sağladı. Vasküler bağlantıların ve plasenta lokalizasyonunun belirlenmesi vasa previadan ayırım konusunda önemlidir. Olgumuzda plasental vasküler ağ detaylı olarak değerlendirilerek vasa previa ekarte edildi. Süksentriat plasenta düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, artmış sezaryen oranları ve düşük APGAR skorları ile ilişkilendirilmiştir. Üçüncü trimesterde saptansa bile, süksentriat plasenta tanısının konulması cerrahların ve diğer sağlık personelinin plasental rest ve postpartum kanama açısından daha dikkatli olmalarını sağlar.

Anahtar kelimeler: plasenta, süksentriat, trimester, ultrasonografi, üçüncü

Resim 1. Plasenta ve umbilikal kord insersiyosunun ultrasonografik görüntüsü



Resim 2. Süksentriat lobun görüldüğü plasenta makroskopik görüntüsü



PS-24 Preterm Eylem Tanısı ile Yatan Bir Gebede Plasenta Dekolmanı Olgusu

Harun Egemen Tolunay, Mine Gültekin Çalık, Özge Yücel Çelik, Azize Cemre Öztürk, Aykan Yücel, Dilek Şahin

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

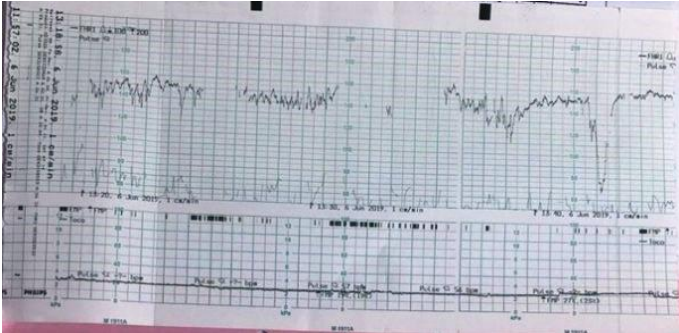
Amaç: Plasenta dekolmanı maternal ve fetal morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. 26. gebelik haftasında preterm eylem tanısı ile kliniğimize yatırılan yatan bir gebede plasenta dekolmanı olgusunun sunumunu amaçladık.

Olgu: 23 yaşında, G1P0, 25+6 haftalık gebe karın ağrısı, ve kardiyotokografide düzenli kontraksiyonlarının olması üzerine preterm eylem tanısı ile hospitalize edildi. Vajinal muayenede kanama tespit edilmedi, ultrasonografik değerlendirmede dekolman bulgusu saptanmadı. Preterm eylem için hidrasyon, tokolitik tedavi ve antenatal steroid tedavileri başlandı. Hastanın takiplerinde tokokardiyogramda deselerasyonların olması (Şekil 1), vajinal kanamasının başlaması üzerine yapılan ultrasonografide plasentadan kaynaklanan 6x5 cm boyutlarında hematoma izlendi (Şekil 2). Hemogram takiplerinde Hb değerlerinin 6 mg / dl görülmesi üzerine plasenta dekolmanı ön tanısıyla hasta acil sezaryene alınarak 1050 gr bebek, APGAR 6/8 ile doğurtuldu. İntraoperatif olarak yapılan makroskopik değerlendirmede plasenta dekolman görünümünde izlendi (Şekil 3). Operasyonda komplikasyon gelişmedi, postoperatif takipler ek sıkıntı olmadan tamamlandı.

Sonuç: Dekolman plasentanın klinik bulguları vajinal kanama, uterin gerginlik ve ağırlı tetanik kontraksiyonlardır. En önemli risk faktörü önceki gebelikte dekolman plasenta hikayesi olup; ileri anne yaşı, intrauterin enfeksiyonlar, oligohidramnion, polihidramnion, intrauterin gelişim geriliği, uzamış membran rüptürü, preeklampsi, hipertansiyon, çoğul gebelikler, uterin anomaliler, travma, sigara ve kokain kullanımı diğer risk faktörleri olarak saptanmıştır. Dekolman plasenta için ultrasonografik tanı kriterleri; intraamniyotik, subkoryonik ya da marjinal hematoma görülmesi, plasentanın kalınlığının (>5 cm) ve heterojenitesinin artması, preplasental ve retroplasental koleksiyonlar, fetüs hareket ettiğinde koryonik yüzeyde 'jello-like' hareketler izlenmesi olarak sayılmaktadır. Dekolman plasenta olgularının %50'sinden fazlası ultrasonografide tanınmaz ve klinik dekolman şüphesi olan vakalarda ultrasonografi bulguları normal olarak değerlendirilse de dekolman plasenta tanısı dışlanamaz. Biz bu olgumuz ile birlikte preterm eylem tanısı ile izlenen gebelerde plasenta dekolmanı gelişebileceğinin de akılda bulunması gerektiğine vurgu yapmak ve ultrason bulgusunu paylaşmak istedik.

Anahtar kelimeler: dekolman, deselerasyon, plasenta, preterm, ultrasonografi

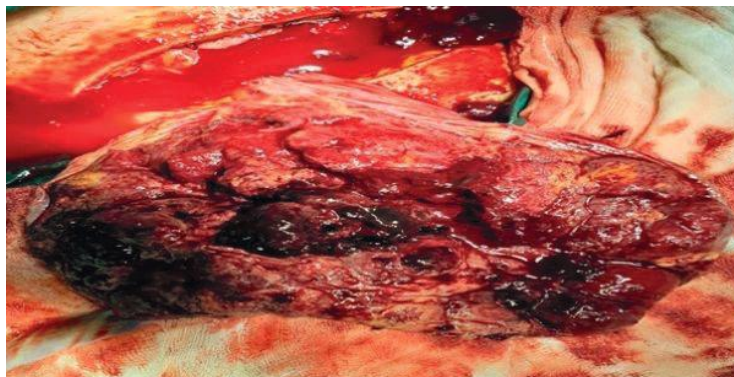
Şekil 1 Tokokardiyogramda deselerasyon



Şekil 2 Ultrasonografide dekolman görüntüsü



Şekil 3 İntraoperatif dekolman görüntü



PS-25 Prenatal Tanı Alan Nadir Görülen Bir Rombensefalosinapsis Olgusu

Harun Egemen Tolunay, Onur Kaya, Özge Yücel Çelik, Mine Gültekin Çalık, Aykan Yücel, Dilek Şahin

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: 20. gebelik haftasında kliniğimize bilateral ventrikülomegali ve haftasına göre küçük transserebellar çap ön tanısıyla refere edilen ve rombensefalosinapsis tanısı konulan olgunun sunumu amaçlandı.

Olgu: 31 yaşında, G2P1, akraba evliliği olmayan, antenatal tarama testleri düşük riskli grupta değerlendirilen gebenin dış merkezde yapılan ultrasonografisinde bilateral ventrikülomegali ve haftasına göre küçük transserebellar çap saptanmış. Bu bulgularla kliniğimize refere edilen hastanın ultrasonografisinde bilateral mild ventrikülomegali (sağ lateral ventrikül atriyum:12mm, sol: 12mm), serebellar hipoplazi (TCD:17 mm, % 1.7 persentil), korpus kallosum ince (2.2 mm) saptandı (Resim 1 ve 2). Kalkarin ve parietookspital fissürler net izlenmedi. Hipoplazik vermis ve rombensefalosinapsis görünümü izlendi. Fetal kraniyal ultrasonografi bulgularıyla pediatrik nöroloji ve genetik konsültasyonları ve fetal MR planlandı. Ataksi, psikomotor/mental retardasyon ve nöbetlerle seyredebilecek olumsuz prognoz hakkında aileye bilgi verildi. Olası kromozom anomalileri, mikrodilesyon / duplikasyon sendromları açısından fetal karyotipleme yapıldı. Gebeliğin terminasyon seçeneği aileye sunuldu. Ailenin onayı ve pediatrik nörolojinin de görüşü alınarak terminasyon kararı verildi. 580 gr, 22 cm ölçülerinde erkek fetus vajinal yolla doğurtuldu. Fetusun postmortem fizik muayenesinde dismorfik yüz görünümü, düşük kulak, geniş alın, belirgin ve geniş burun kökü görünümü izlendi (Resim 3). Amniyosentez sonucunda yapısal veya sayısal bir kromozom anomalisi saptanmadı.

Sonuç: Rombensefalosinapsis serebellar vermisin agenezisi/hipogenezisi ve serebellar hemisferlerin füzyonu ile karakterize bir malformasyondur. Ataksi, hipertoni/hipotoni, nöbetler, mental retardasyon, hiperaktivite ve bipolar bozukluk ilerleyen dönemlerde görülebilecek nörolojik bulgular arasındadır. Rombensefalosinapsis varlığında extranöral sistemik değerlendirme de gerekmektedir. Rombensefalosinapsisin çeşitli sendromlarla ilişkisi bildirilmiş olmakla birlikte ilişkili genler henüz tanımlanmamıştır.

Anahtar kelimeler: agenezi, rombensefalosinapsis, serebellum, ventrikülomegali, vermis

Resim 1. Haftasına göre küçük cerebellum



Resim 2. Dilate atriyumlar



Resim 3. Fetusün postmortem görüntüsü



PS-26 Prenatal Tanı Konulan Araknoid Kist Olgusu

Hasan Berkan Sayal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Antalya

Araknoid kistler nadir görülen, iyi huylu santral sinir sistemi lezyonlarıdır. Neonatal intrakranial kitlelerin %1'inden sorumludur. İntrauterin teşhisi zordur. Ventriküler sistem ile bağlantısı olmayan içlerinde serebrospinal sıvı içeren ankeojen kistik kitle olarak izlenirler. Kist duvarı kalındır ve araknoid hücreler ile kollajen tarafından oluşturulur. Genellikle supratentorial yerleşim gösterir. En sık orta kranial fossada silvian fissür komşuluğunda (%43) görülürler. Ayırıcı tanıda, başta megasisterna magna ve Dandy Walker malformasyonu olmak üzere korpus kallosum agenezisi, porencefali, ependimal kist, Galen ven anevrizması ve şizensefali akla gelmelidir. Genellikle izole olmakla birlikte kromozomal anomalilere eşlik edebilirler. Çoğu zaman intrauterin dönemde stabil olarak kalma eğiliminde olmakla birlikte kist etkisi nedeniyle hidrosefaliye neden olabilirler. Hidrosefali gelişmezse gebelik yönetimi değişmez. Doğum sonrası çoğu zaman asemptomatik seyretmekle birlikte; epilepsi, hidrosefali ve orta dereceli nörolojik anomalilere neden olabilirler. Asemptomatik vakalarda izlem yeterli olurken, semptomatik vakalara açık veya endoskopik fenestrasyon ya da obliterasyon yapılabilir.

Olgusu: Dış merkezden kranial kistik kitle ön tanısı ile 26 yaşındaki, 33 haftalık primigravid gebe merkezimize referans edildi. Yapılan ultrasonografide orta hatta supratentorial 24x23 mm boyutunda araknoid kist ile uyumlu yapı izlendi. Taramada eşlik eden başka bir konjenital anomaliye rastlanılmadı. Gebeliği süresince herhangi bir problemi olmayan ve normal yolla doğum yapan olguda, yenidoğana yapılan kranial ultrasonografik inceleme ile tanımız doğrulandı.

Sonuç: Araknoid kist varlığında mutlaka eşlik edebilecek ek anomaliler incelenmelidir. Gebelik takibinde, gelişebilecek hidrosefali açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: araknoid kist, fetal beyin, kranial kist, nörosonografi, ultrasonografi

Fetal nörosonografi ile saptanılan araknoid kist



PS-27 Fetal Pelvik Böbrek

Kemal Sarsmaz, Gökçen Örgül, Nazan Vanlı Tonyalı, Aykan Yücel, Dilek Şahin

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

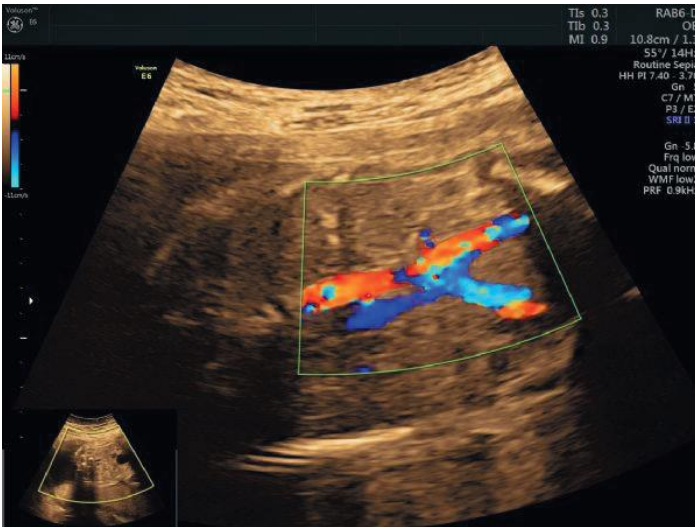
Giriş: Tek taraflı böbreğin izlenemediği olgularda %37 oranında böbrek ipsilateral pelvik yerleşimlidir. Pelvik böbrek olgularının ortalama tespit haftası 25 olup genellikle insidental olarak tespit edilirler. Pelvik böbrek nonfonksiyonel olmadığı sürece kontralateral böbrekte hipertrofi gözlenmez. Ancak pelvik yerleşimli böbrekte eşlik eden reflü, üreteropelvik darlık ya da multikistik displazi gibi anomaliler bulunabilir. Pelvik böbreğin damarlanması farklılık gösterebilir ve bunun saptanması için Doppler kullanılmalıdır. Ayırıcı tanıları renal agenezi, at nalı böbrek ve pelvik kitle bulunmaktadır.

Olgu: Dış merkez takipli 28 yaş G2A1P0 27 hafta gebe PPROM ön tanısı ile perinatoloji kliniğimize yatırıldı. Hastanın yapılan ultrasonunda fetal biyometrisinin haftası ile uyumlu, amnion maisinin yeterli olduğu ancak sol böbreğin normal lokalizasyonda olmadığı, sol sürrenal bezin normal yerleşimli olduğu, sol böbreğin mesane komşuluğunda pelvik yerleşimli olduğu görüldü. Renkli Dopplerde sol renal arterin common iliak arterden çıktığı izlendi (Resim 1, 2). Hasta halen 28 hafta olup gelişebilecek vesikoüreteral reflü, üreteropelvik darlık ve multikistik displastik böbrek açısından takiplerine devam edilmektedir.

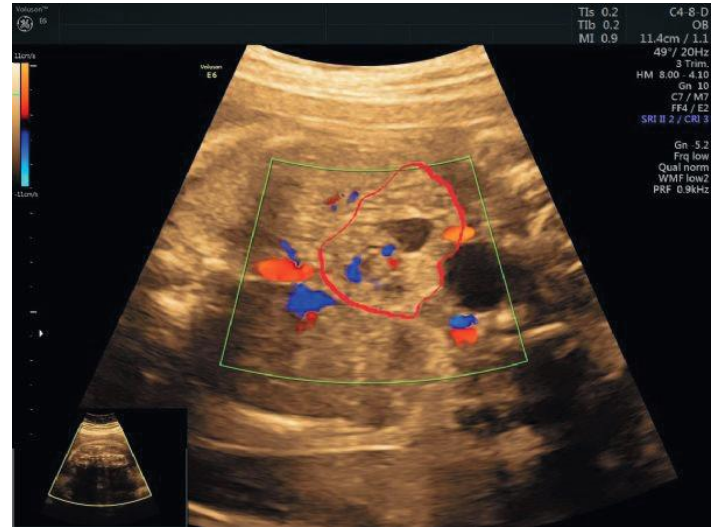
Tartışma: Tek taraflı renal fossada böbreğin bulunmadığı durumlarda intestinal yapılar kolaylıkla böbrek görünümü ile karıştırılabilmektedir. Benzer şekilde pelvik böbreğin ekojenitesi de barsaklarınkine benzemektedir. Gebelik haftası ilerledikçe tanıyı koymak daha kolay olmaktadır. Hipoekoik renal piramidlerin görülmesi tanıyı kolaylaştırır. Pelvik böbrekten şüphelenilen ancak kitle yada barsak ayrımı yapılamayan olgularda MR yardımcıdır. Unilateral renal agenezi düşünülen ancak mevcut böbrekte hipertrofi gözlenmeyen olguların ilerleyen gebelik haftalarında da pelvik böbrek açısından değerlendirilmesi tanıda önemlidir. Dişi fetuslarda eşlik eden genital sistem anomalileri açısından doğum sonrası değerlendirme yapılmalıdır. Postnatal dönemde sıklıkla asemptomatik olmasına karşın hayatın ilerleyen dönemlerinde üriner enfeksiyona yatkınlık oluşturan vezikoüreteral reflü ve renovasküler hipertansiyon gibi durumlara yol açabilir.

Anahtar kelimeler: pelvik böbrek, pelvik kitle, unilateral renal agenezi, at nalı böbrek, renovasküler hipertansiyon

Resim 1. İliak arterden çıkan renal arter izlenmekte



Resim 2. İntestinal yapılardan farklı ekojenite ve parankim yapısında pelvik böbrek ve renal pelvis mesane komşuluğunda izlenmekte



PS-28 Çapraz Birleşik Ektopik BöbrekKemal Sarsmaz¹, Gökçen Örgül¹, Elif Ergün², Aykan Yücel¹, Dilek Şahin¹¹Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara²Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Giriş: Çapraz birleşik ektopik böbrek(crossed fused ektopik böbrek) her iki böbreğin de aynı tarafta bulunmasıdır. %90 oranında birleşme gösterirler. Sıklıkla sağda görülür. Ektopik yerleşimli böbrekte sıklıkla rotasyon anomalileri bulunur. Her iki renal arter aynı tarafta görülür. Ektopik üreter orta hattın karşısına geçer ve mesaneye normal lokalizasyonundan bağlanır. Ayırıcı tanılarında unilateral renal agenezi, pelvik böbrek ve at nalı böbrek bulunmaktadır.

Olgu: 31 hafta, G2P1Y1 gebe polihidramnios tanısı ile kliniğimize yönlendirildi. Antenatal tarama testleri ve OGTT'si normal olan hastada polihidramnios, tek umbilikal arter olduğu, sol böbreğin izlenmediği, sol sürrenal bezin normal lokalizasyonda olduğu, sağ böbrekte ise bifid pelvis olduğu izlendi (Resim 1, 2). Renkli Dopplerde sağda iki renal arter izlenmesi üzerine hastaya çapraz birleşik ektopik böbrek olarak değerlendirildi (Resim 3). Prenatal invaziv tanı ve MR önerildi. İnvaziv tanı seçeneğini kabul etmeyen hastanın MR sonucunda sol böbrek izlenmemiş, sağda bifid pelvis görünümü olan böbrek izlenmiş ve çapraz birleşik ektopik böbrek hehine yorumlanmış. Antenatal takiplerinde sorun yaşanmayan hasta miadında 3920gr kız bebek doğurdu. Postnatal muayenesinde eşlik eden anomalisi saptanmayan bebeğin takibine devam edilmektedir.

Tartışma: Tek taraflı böbreğin izlenmediği olgularda mevcut böbrek boyut, şekil ve kan damarları açısından değerlendirilmelidir. Zira tek taraflı böbreğin izlenmemesi her zaman renal agenezi olmayabilir. Bu olgular pelvik böbrek veya olgumuzda olduğu gibi çapraz birleşik ektopik böbrek olabilir. Çift toplayıcı sistemden farklı olarak ektopik üreter karşı tarafa geçerek mesaneye normal lokalizasyonundan bağlanır. Ayrıca çift toplayıcı sistem olgularında üreterosel ve buna bağlı gelişen obstrüksiyon sonucunda hidronefroz, normal üreterde ise vezikoüreteral reflü görülmektedir. Asimetrik at nalı böbrek ayırıcı tanılar arasında olup bu olgularda birleşme genellikle her iki böbreğin alt polünden gerçekleşir, böbrekler, renal pelvisler ve renal arterler omurganın her iki tarafında da izlenir. Kinik yönetimde eşlik eden anomalilerin izlenmesi durumunda anöploidi ve sendromlar açısından değerlendirilmelidir. Postnatal süreçte enfeksiyon, nefrolithiazis ve hidronefroz açısından dikkatli olunmalıdır ancak genellikle yaşam boyu asemptomatik seyretmektedir.

Anahtar kelimeler: çapraz birleşik ektopik böbrek, pelvik böbrek, at nalı böbrek, unilateral renal agenezi, bifid pelvis

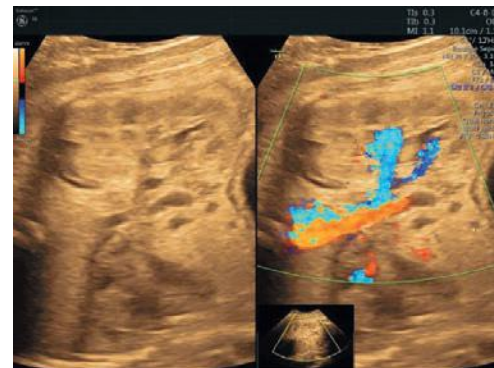
Resim 1. İki farklı morfolojik yapıda, iki renal pelvis içeren sağ böbrek



Resim 2. Sol renal fossa da böbrek izlenmiyor, sol sürrenal bez normal lokalizasyonunda



Resim 3. Fetal abdomenin koronal kesitinde sağ taraflı iki renal arter izlenmekte, sol tarafta böbrek ve renal arter izlenmemekte



PS-29 Araknoid KistKemal Sarsmaz¹, Gökçen Örgül¹, Elif Ergün², Aykan Yücel¹, Dilek Şahin¹¹Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara²Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Giriş: Serebrosipinal sıvının ekstrakranial bölgede kistik oluşum göstermesine AC (araknoid kist) denir. Çoğunlukla 20. Gebelik haftasından sonra tespit edilir. 2/3 supratentoriyal, 1/3 infratentoriyal yerleşim gösterir. Araknoid kistlerin %20'sinde kist büyüme gösterebilir bu nedenle antenatal takibine devam edilmelidir. İzole olduğu durumlarda prognoz iyidir. Sendromik olarak bulunduğu durumlar olabilir ancak izole olduğunda anöploidilerle ilişkili olması beklenmez. Ayırıcı tanıda doppler incelemesi mutlaka yapılmalıdır. Doppler incelemede akım gözlenmez. MR tanıda ve olası diğer patolojilerin dışlanması oldukça yararlıdır.

Olgu: Sisterna magna genişliği nedeni ile yönlendirilen 34 hafta G3P2Y2 hastanın yapılan ultrason incelemesinde sisterna magna 14,5mm olarak ölçüldü ve ek patoloji izlenmedi (Resim 1, 2). Hastaya prenatal invaziv tanı ve fetal MR önerildi. İnvaziv tanı testi yaptırmak istemeyen hastanın MR sonucunda sisterna magna 14mm, tentoryum posterior yarıda hafif bombeleşme eşlik etmekte olup araknoid kist lehine değerlendirilmiş (Resim 2). Ek yapısal anomalisi bulunmayan hasta halen 35. Haftada olup izlemine devam edilmektedir.

Tartışma: Fetal araknoid kistler genellikle tek ve izoledirler. Tanının MR. Olguların %50 sinde MR'da ek bulgular saptanmaktadır bu nedenle tanının MR ile desteklenmesi önerilmektedir. MR da görülen başlıca bulgular; komşu beyin parankiminin itilmesi ve kiste komşu kalvaryal kemiğin incelmesidir. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken başlıca durumlar; Porencefalik kist, Dandy-Walker malformasyonu, şizensefali, interhemisferik kisttir. Porencefalik kist kitle etkisi oluşturmaması ile araknoid kistlerden ayrılır. Şizensefalide kama şeklinde bir görüntü vardır ve beyin parankiminde yarıklanma oluşturur. Dandy-Walker'da ise torkular elevasyon ve 4. ventrikülün sisterna magna ile devamlılık gösterdiği vermian agenezi/disgenezi görülmektedir. İnterhemisferik kistler ise multipl lokülasyonlu olabileceği gibi kist ventriküller ile de ilişkili olabilmektedir. Prognoz kistin boyutu ve lokalizasyonundan ziyade beyin parankiminin bütünlüğü ile ilişkilidir. Posterior fossa yerleşimli AC'lerde genellikle serebellum basısına bağlı sorun yaşanmazken, suprasellar yerleşimli AC'ler hipotalamik hamartomlarla ilişkili olup erken puberte ve görme problemleri ile ilişkili olabilmektedir. Fetal hayatta müdahale endikasyonu bulunmamakla birlikte postnatal dönemde kist-peritoneal shunt veya kist eksizyonu/marsupializasyonu klasik tedavi yöntemleridir.

Anahtar kelimeler: araknoid kist, porencefalik kist, Dandy-Walker sendromu, interhemisferik kist, megasisterna magna

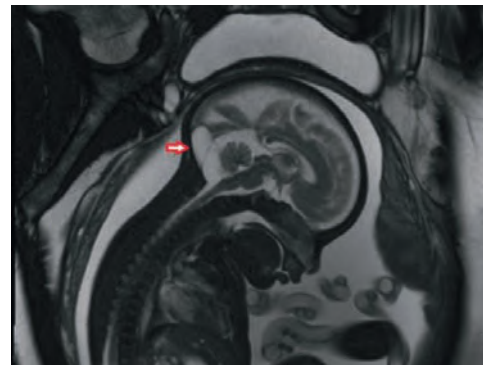
Resim 1. Transserebellar kesitte sisterna magna da genişleme görülmekte



Resim 2. Fetal başın sagittal kesitinde ultrasonda araknoid kist izlenememekte



Resim 3. T 2 ağırlıklı MR görüntüsünde fetal başın sagittal kesitinde sisterna magna arkasında araknoid kist izlenmekte



PS-30 Sirkumvallat Plasenta; Olgu Sunumu

Özge Yücel Çelik, Mine Gültekin Çalık, Gülşah Dağdeviren, Aykan Yücel, Dilek Şahin

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Sirkumvallat plasenta koryonda marjinal bir katlantının olduğu ve villöz dokunun koryonik plağın ötesine uzandığı bir ekstrakoryal plasenta şeklidir. Koryonik tabaka bazal tabakadan daha küçüktür, bu da plasenta sınırında hematoma retansiyonuna sebep olur. Sirkumvallat plasenta persiste vajinal kanama, prematür membran rüptürü, preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği ve plasenta dekolmanına sebep olabilir ve kötü gebelik sonuçları ile ilişkilidir. Gebelik esnasında tanısı zordur, çoğunlukla doğum sonrası plasantanın değerlendirilmesi ile fark edilir (% 0.5-18).

Vaka: 23 yaşında, G3P2, olan bir hasta 24. gebelik haftasında polihidramnios nedeni ile kliniğimize konsülte edilmiştir. Detaylı ultrasonografik değerlendirmede plasenta sınırlarının yükselmiş olduğu ve korda doğru katlandığı sirkumvallat plasenta görüntüsü ve polihidramnios saptandı (maksimal vertikal cep: 125mm) (Resim 1-2-3). Fetal anomali taramasında anormal bulgu izlenmedi. Oral glukoz tolerans testi normal olarak değerlendirildi. Hasta önerilen karyotip analizi ve amniyodrenajı reddetti. Perinatoloji bölümünde takiplerine devam edilen hasta 32. gestasyonel haftada preterm eylem tanısı ile hospitalize edildi. Tokoliz ve betametazon tedavileri verildi. 32. gestasyonel haftada 2065 gr, 40 cm, erkek bebek APGAR 7/9 (1. ve 5. Dakika) ile normal vajinal yolla doğurtuldu. Plasenta makroskopik olarak incelendiğinde, fetal yüzde sirkumvallat plasenta ile uyumlu periferik beyaz halka izlendi (Resim 4). Postpartum takiplerde kanama veya plasental rest izlenmedi. Hasta postpartum 24. saatte taburcu edildi. Plasantanın patolojik incelemesi sirkumvallat plasenta tanısını doğruladı.

Tartışma: Sirkumvallat plasantanın ultrasonografik tanısı zor ve nadirdir. Ayırıcı tanıda uterin septum, sineşi ve amniotik bant göz önünde bulundurulmalıdır. Sirkumvallat plasenta erken haftalardan itibaren kötü gebelik sonuçları ile ilişkili bulunmuştur. Olası komplikasyonların erken fark edilmesi ve yönetimi açısından bu vakaların perinatoloji bölümünde takibi önerilmelidir.

Anahtar kelimeler: plasenta, polihidramnios, preterm, sirkumvallat, ultrasonografi

Resim 1. Sirkumvallat plasantanın ultrasonografik görüntüsü



Resim 2. Sirkumvallat plasantanın ultrasonografik görüntüsü



Resim 3. Sirkumvallat plasantanın ultrasonografik görüntüsü



Resim 4. Sirkumvallat plasantanın makroskopik görüntüsü



PS-31 Eksensefali ve Sol Üst Ekstremitede Amelinin Eşlik Ettiği Cantrell Pentalojisi; Olgu Sunumu

Mine Gültekin Çalık, Özge Yücel Çelik, Ayşe Keleş, Hazal Erdoğan, Aykan Yücel, Dilek Şahin

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Cantrell pentalojisi (CP), ilk kez 1958’de Cantrell tarafından tanımlanan son derece nadir görülen bir anomalidir. Alt sternum, anterior diyafram ve karın ön duvarında defektler, ektopia kordis ve çeşitli kardiyak malformasyonlar CP’nin başlıca özellikleridir. CP genellikle sporadik olarak ortaya çıkar ancak literatürde kromozomal anomali saptanan birkaç olgu mevcuttur.

Olgu: 22 yaşında, G1, özgeçmişinde özellik, teratojen kullanımı veya akraba evliliği öyküsü olmayan hasta 12. gebelik haftasında kombine test yaptırmak üzere başvurdu. Ultrasonografide nukal saydamlığın 3.6mm olduğu görüldü ve kistik higroma tanısı konuldu (Resim 1). Eksensefali, torakolomber skolyoz ve kalp, karaciğer ve barsakları içeren ön torakoabdominal defektin tespit edilmesi bizi CP tanısına yönlendirdi (Resim 2-3). Her iki alt ekstremitede fleksiyon deformitesi mevcuttu. Ailenin onamı ile koryon villus örnekleme (CVS) yapılarak gebelik 12 hafta 4 günlükken termine edildi. Terminasyon sonrasında yapılan fetüsün fizik muayenesi antenatal ultrasonografik bulgularımız ile uyumluydu (Resim 4). Ek olarak sol üst ekstremitede ameli olduğu gözlemlendi (Resim 5). Karyotip analizi henüz sonuçlanmamıştır.

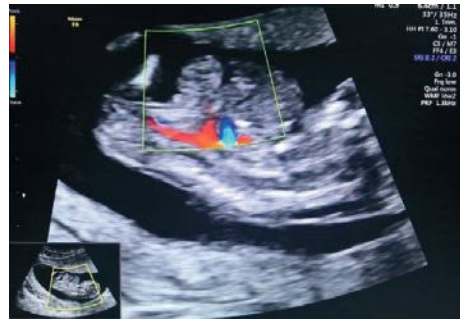
Tartışma: CP genellikle ölümcül bir malformasyon olup etiyolojisi henüz bilinmemektedir. Lateral mezodermal katlantıların orta hatta göçündeki başarısızlığın sternum ve karın ön duvarında görülen defektlerin nedeni olduğu düşünülmektedir. Bu ciddi anomalinin intrauterin erken tanısı bize terminasyon için bir seçenek sağlamaktadır. Nadir de olsa bazı vakalarda cerrahi yönetim mümkündür ancak hastaların çoğu erken çocukluk döneminde kaybedilmektedir.

Anahtar kelimeler: abdomen, ameli, cantrell, eksensefali, pentaloji

Resim 1. Artmış nukal saydamlık



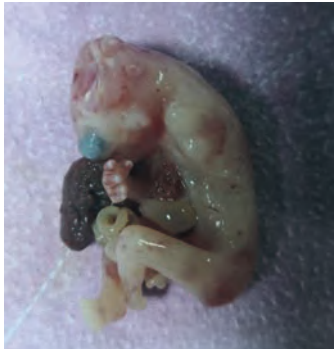
Resim 2. Torakoabdominal defektin ultrasonografide sagittal görüntüsü



Resim 3. Torakoabdominal defekt ve ektopia kordisin ultrasonografik görüntüsü



Resim 4. Fetüsün terminasyon sonrası görüntüsü



Resim 5. Fetüsün terminasyon sonrası görüntüsü



PS-32 Term Gebede İnsidental TRAP Sekansı Olgu Sunumu

Bekir Gülaç¹, Çağlar Çetin², Mustafa Ayhan Ekici³

¹Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bolu

²Bolu Gerede Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bolu

³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: Twin reversed arterial perfusion (TRAP) monokoryonik ikiz gebeliklerde görülen, kötü prognoza sahip bir sendromdur(1). İnsidansı tüm doğumlar içinde 1/35.000, monokoryonik ikiz gebeliklerde ise 1/100 dür. TRAP sekansı; multiple anomalilere sahip 'nonviable' kalbi gelişmemiş bir fetüs ile bu fetüsü plasentadaki vasküler anastomozlar yoluyla besleyen pompa fetüsün varlığı ile karakterizedir(2). Burada antenatal takipleri dış merkezde yapılmış, TRAP tanısı almamış, termde sancı ve kanama ile başvuran gebenin olgusunu sunduk.

Olgu: Antenatal takipleri tarafımızdan yapılmayan 29 yaşında (G5P2A2) 37w1d gebe sancı ve lekelenme tarzında kanama ile acil kadın doğum polikliniğimize başvurdu. Yapılan USG'de makat geliş, fetal biyometrisi haftasıyla uyumlu tahmini fetal ağırlığı 3000 gr olan ve fetal kardiyak aktivitesi olan tek canlı fetüs izlendi. Plasenta posterior duvarda ve previa parsialis hali mevcuttu. Hastanın makat geliş ve NST de kontraksiyonları olması üzerine 37. gebelik haftasında sezeryanla doğumu gerçekleştirildi. 2950 gr canlı sağlıklı erkek bebek ile 9 cm uzunlukta, gövde ve alt ekstremiteler tek parça halinde olan multiple fetal anomalisi olan akardiyak ikiz eşi doğurtuldu.

Tartışma: TRAP sekansı patogenezinin erken embriyonik dönemde plasentadaki anastomozlara bağlı organogenez kusurunun sorumlu olduğu tutulmaktadır (3,4,5).Pompa ikizden gelen kullanılmış hipoksik kan akardiyak ikizin arterlerinde ters yönde akar bu da fetusun normal dokularının kısmen rezorpsiyona uğramasına neden olur. Kaudal kısımlar bu kanı daha öncelikli kullandığı için kranial rezorpsiyon daha fazla oluşur (3,5).

Sherer ve ark. akardiyus vakasında doppler ile her iki ikizin dolaşımındaki retrograd akımı göstermişlerdir(6).

Moore ve ark. Akardiyak parabiyoetik ikiz özelliğinde 49 gebeliğin perinatal sonuçlarını yayınlayarak pompa ikizlerin % 55 mortalitesi olduğunu göstermişlerdir(7).

Dış merkez takipli ve antenatal tanısı konulmamış bizim olgumuzda mortalitesi yüksek olmasına rağmen termde sağlıklı erkek bebek doğurtuldu.

Sonuç olarak TRAP sekansı monokoryonik ikiz gebeliklerde görülen ve prognozu kötü olan bir komplikasyondur. Bununla birlikte gerek tedavi belirlemede gerekse mortalitesi yüksek bir gebeliği zamanında sonlandırmak açısından erken tanının önemi büyüktür.

Anahtar kelimeler: akardiyak ikiz, monokoryonik, plasenta, retrograd akım, TRAP

Akardiyak ikiz



Doğum sonrası akardiyak ikizin görünüşü



PS-33 Alt Üriner Sistem Obstrüksiyonuna Skonder Gelişen Obstruktif Kistik Renal Displazi

Nazan Vanlı Tonyalı, Kemal Sarsmaz, Aykan Yücel, Dilek Şahin

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Alt üriner sistem obstrüksiyonu 1/5000- 25.000 sıklıkta görülmekte ve şiddetine bağlı olarak fetal morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Karakteristik kliniği oligohidroamnios, anhidroamnios ile birlikte megasistit ve hidroüreteronefroz şeklindedir. En sık iki neden posterior üretral valv ve üretra atrezisidir. Posterior üretral valvler hemen daima erkek fetuslarda görülürken, üretra atrezisi, daha çok dişi fetuslarda görülür.

Olgu: 23 yaşında G4P2A1Y2 olan, önceki gebeliklerinde ve öyküsünde özellik olmayan hasta, perinatoloji kliniğine anhidroamnios ve megasistis nedeniyle yönlendirildi. Son adet tarihine göre 19 haftalık gebeliği mevcut olan hastanın, ultrasonografi ölçümleri 20 hafta ile uyumlu, mesane 6*7 cm (Resim 1), anahtar deliği görünümü mevcut (Resim 2), bilateral fetal böbrek boyutları artmış ve hiperekojen olarak izlendi (Resim 3). Hastaya amniyosentez ve vezikosentez yapıldı. Amniyosentez sonucu normal karyotip olarak izlenen hastanın, vezikosentez sonucu kötü prognozlu (Ca 7.2 mg/dl, Na116 mmol/L, K 3.59 mmol/L, Beta-2 mikroglobulin 8.07 mg/L) ile uyumlu olması takipte renal obstruktif kistik displazinin ilerlemesi (Resim 4) ve anhidroamnios varlığı nedeniyle, intrauterin tedavi için uygun görülmeyen hastaya terminasyon önerildi. Terminasyon sonrası postnatal muayenesinde batın distandü, düşük kulaklar ve bilateral pes ekinavrus izlendi (Resim 5).

Tartışma: Alt üriner sistem obstrüksiyonunda, gebeliğin erken döneminden itibaren ileri derecede obstrüksiyonu bulunan vakalarda, üriner sistemdeki artmış basınç, renal parankimde harabiyete neden olur. Bu şekilde displaziye uğrayan böbrekler, ultrasonografide kistik alan içeren hiperekojen yapılar halinde görünürler ve bu durum obstruktif kistik renal displazi olarak adlandırılır. Bu vakalarda böbrek fonksiyonları bozuk olduğundan, prognoz çok kötüdür. Bu hastalara detaylı ultrasonografik inceleme yapılmalı, renal fonksiyonlar değerlendirilmeli, karyotip analizi yapılmalı ve hastaya prognoz açısından detaylı bilgi verilmelidir.

Anahtar kelimeler: alt üriner sistem obstrüksiyonu, posterior üretral valv, obstruktif kistik renal displazi, 18-23. hafta ultrasonografisi, üriner sistem anomalisi

Resim 1. Alt üriner sistem obstrüksiyonuna bağlı megasistis



Resim 2. Anahtar deliği görünümü



Resim 3. TAlt üriner sistem obstrüksiyonuna bağlı obstruktif renal displazi



Resim 4. İlerlemiş obstruktif renal displazi



Resim 5. Terminasyon sonrası megasistise bağlı batın distandü görünümde



PS-36 Fetal Safra Kesesinde Septasyon; Olgu Sunumu

Gülşah Dağdeviren, Ayşe Keleş, Özge Çelik, Aykan Yücel, Dilek Şahin

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

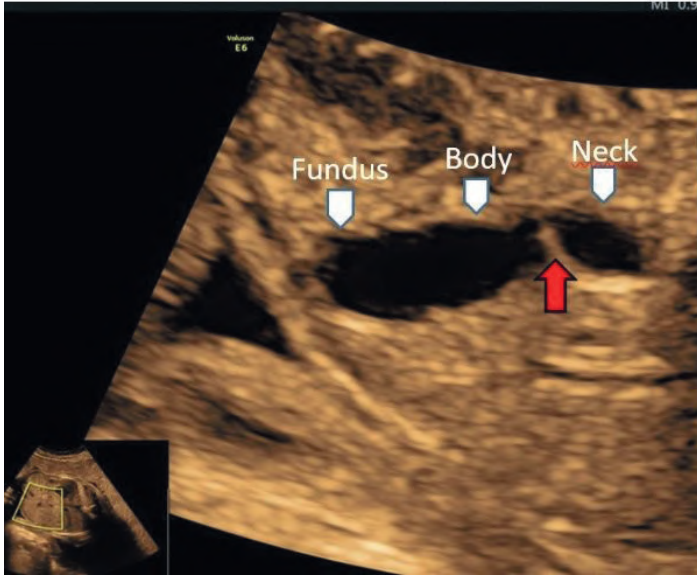
Giriş: Fetal safra kesesi yaklaşık yedinci gebelik haftasında oluşur, safra oluşumu ise yaklaşık 14. haftada başlar. Septalı safra kesesi nadir rastlanılan konjenital bir malformasyondur ve safra kesesini iki bölmeye ayıran bir septumun varlığı ile karakterizedir. Safra kesesinin septası parsiyel veya komplet olabilir. Safra kesesinde staz ve kolelitiazis oluşumuna yol açabilir. Safra kesesinde septa sıklıkla tektir, ancak multiseptat safra kesesi de tarif edilmiştir. Antenatal dönemde septasyonun lokalizasyonuna göre ayırıcı tanısı yapılan septalı safra kesesi olgusunu sunduk.

Olgu: 33 yaşında, G3P2, 26 haftalık gebe hafif ventrikulomegali tanısı ile perinatolojiye yönlendirildi. Yapılan sonografik incelemede bilateral lateral ventriküller 9mm, fetal anatomi normal olarak izlendi. Fetal abdominal transvers kesitte safra kesesi boynu ile gövdeyi ayıran hiperekoik, doğrusal yapı(septum) izlendi.(Resim 1) Hastanın takibinde 34. gestasyonel haftada polihidramniyos saptandı. Safra kesesinde ki septasyon izlendi.(Resim 2) Gebeliğin 40. Haftasında, 3560gr, erkek bebek doğurtuldu. Bebek yaşamının 4. ayında ve asemptomatik.

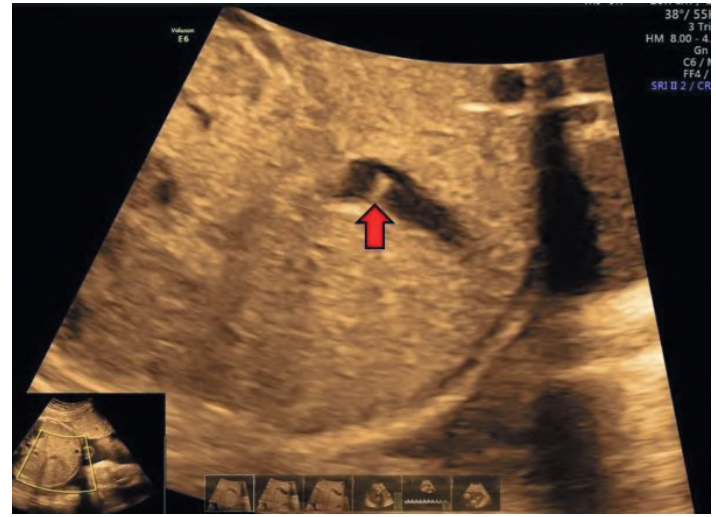
Sonuç: Prenatal sonografi ile safra kesesinin nadir görülen konjenital anomalilerinin tanı ve ayırıcı tanısı yapılabilir. Safra kesesini bölen septum longitudinal uzanıyorsa bilobule safra kesesi olarak adlandırılır. Fundusun safra kesesi gövdesine doğru geriye katlanması ise Phrygian cap safra kesesi olarak adlandırılır. Septalı safra kesesinde septa herhangi bir lokalizasyonda olabilir. Safra kesesindeki septumun lokalizasyonuna göre ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: fetal safra kesesi, kolelitiazis, multiseptasyon, phrygian cap, septasyon

26 gestasyonel haftada fetal abdomenin transvers kesiti (yukarı ok, safra kesesinde septayı işaret etmektedir)



Aynı fetusun 34. gestasyonel haftada abdomenin transvers kesiti



PS-37 Umbilikal Ven Varisi: Olgu Sunumu

Ahmet Erol, Betül Yakıştıran, Ali Taner Anuk, Filiz Halıcı Öztürk, Doğa Öcal, Orhan Altınboğa, Turhan Çağlar

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Olgu: 32 yaşında, gravida 3 parite 2, sat'a göre 23 haftalık gebe fetal umbilikal kord giriş bölgesinde kistik dilatasyon şüphesiyle kliniğimize refere edildi. Özgeçmişinde herhangi bir sistemik hastalığı (diyabet vs.), akrabalığı yoktu. Antenatal tarama testlerinden ikili testi düşük riskliyd, üçlü test yapılmamıştı. Ultrasonografisinde (USG) biyometrik ölçümleri 21-22 hafta ile uyumlu, umbilikal kord insersiyosundan abdomene devamlılık gösteren 7x10 mm boyutlarında doppler USG'de umbilikal venöz akım izlenen umbilikal ven (UV) varisi ile uyumlu intraabdominal kistik kitle izlendi (Resim 1,2,3). Fetal ekokardiyografisinde (eko) özelliği yoktu. Ek anomali, asit, hidrops bulgusuna rastlanmadı. Hastaya sitogenetik analiz hakkında bilgi verildi. İnvaziv tetkiki kabul etmeyen hastanın takipleri kliniğimizce devam etmektedir. Fetal umbilikal varisler fokal dilatasyonlardır ve genellikle intraabdominal bir venin parçasıdır. İnsidansı yaklaşık 0,5-2,8:1000'dir. Etiyolojide embriyolojik anomaliden ziyade, UV'nin ekstrahepatik intraabdominal kısmının destek yapısının zayıflığı ve venöz basınç artışına bağlı gelişimsel bir anomalidir. USG'de karaciğerin alt sınırı ve abdomen duvarı arasında anekoik kistin, doppler USG'de umbilikal venöz akım izlenmesi, >9mm fokal UV dilatasyonu, varis boyutunun %50'sinin UV'nin intrahepatik kısmını oluşturması ve ölçümlerin gestasyonel yaşa göre normal değerden 2 standart deviasyon fazla olması ile tanı konur. 26. gebelik haftasından önce UV varisi tanısı alan olgularda fetal ölüm ve obstetrik komplikasyonlar görülebilir. %35 ek anomalilerin (kardiyovasküler ve renal en sık), ayrıca trizomi 21 ve 18 olmak üzere %10 olguda anöploidilerin eşlik ettiği bildirilmiştir. %33 olguda oligohidroamniyoz, fetal büyüme kısıtlılığı gibi komplikasyonlarla ilişkili gösterilmiştir. Yönetimde ek anomali ekartasyonu için ayrıntılı USG ve fetal eko yapılmalıdır. Ek anomali varlığında karyotip analizi önerilmelidir. 26 haftadan sonra tanı almış ve izole olgularda prognoz genellikle iyidir, erken doğum endikasyonu yoktur. %8 olguda açıklanamayan ölüm gözlenebilir. Fetal kardiyak fonksiyonu değerlendirmek için seri USG yapılmalı, fetal büyüme, varis boyutu takip edilmeli, umbilikal ven trombozunu dışlamak için doppler USG yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Doppler, eko, ultrasonografi, umbilikal varis, ven

Resim 1. Umbilikal kord insersiyosundan abdomene devamlılık gösteren 7x10 mm boyutlarında umbilikal ven (UV) varisi ile uyumlu intraabdominal kistik kitle



Resim 2. Doppler USG'de umbilikal ven varisi görüntüsü



Resim 3. Doppler USG'de umbilikal venöz akım



PS-38 Fetal İntrakranial Kanamaya Sekonder Porencefali Olgusu

Gülşah Dağdeviren, Özge Çelik, Ayşe Keleş, Aykan Yücel, Dilek Şahin

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

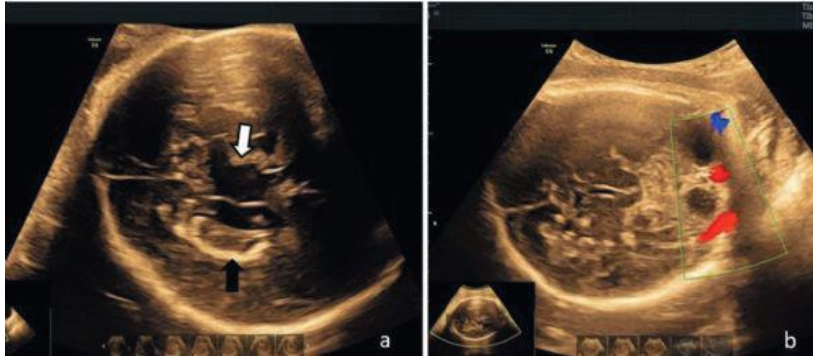
Giriş: Porencefali, santral sinir sisteminin nadir bir konjenital hastalığıdır. Beyin parankiminde, fokal yıkıma bağlı oluşan, beyin omurilik sıvısı (BOS) ile dolu kist veya kavitedir. Genellikle intrakraniyal kanama ile ilişkilidir. Bunun yanında enfeksiyonlar ve anoksi gibi agresif faktörlere maruziyet, beyin dokusunun tahrip olmasına ve multikistik ensefalomalazi veya porencefali olarak ortaya çıkabilecek kavitasyonlara neden olabilir.

Olgu: 34 yaşında gebe, gravida 2, parite 1, gestasyonel yaş 31 hafta 4 gün, preterm eylem tanısı ile perinatoloji servisinde yatmakta iken yapılan sonografik incelemede bilateral lateral ventriküller 11mm, kavum septum pellucidum (CSP) izlenemedi, frontal lobda hemoraji ile uyumlu hiperekojen alan, interhemisferik alanda ve posterior fossada kistik yapılar izlendi. (Resim 1) Hastaya kromozom analizi için kordosentez önerildi, hasta kabul etmedi. TORCH testleri negatifti. Gestasyonel 32. haftada yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sağ frontal lobda, frontal horna uzanan, interhemisferik fissürü genişleten porencefalik kist ve solda parankimal komponentide bulunan germinal matriks hemorajisi izlendi. (Resim 2) Korpus kallozum anterior ve gövde kesimi izlenmedi, splenium izlendi, serebellar ensefalomalazik alanlar saptandı. (Resim 3) Hasta 40. gestasyonel haftada vajinal yolla 3235gr, kız bebek doğurdu. Apgar skoru doğumdan sonra birinci ve beşinci dakika sırasıyla 9 ve 10 'du.

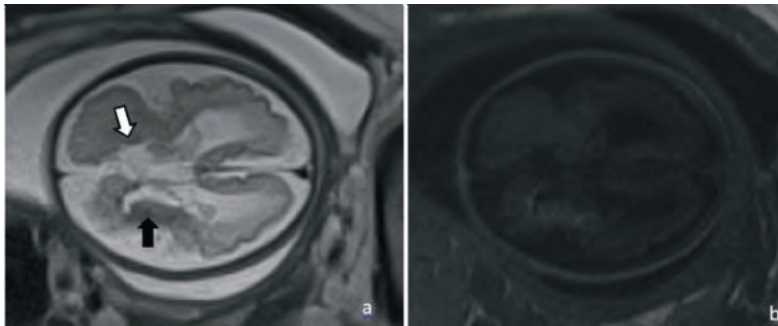
Sonuç: Porencefali tanısı MRG 'de ventriküllerle bağlantılı, beyin omurilik sıvısı ile dolu, yer kaplayan bir lezyonun gösterilmesine dayanır. Ayırıcı tanıda şizensefali, araknoid kistler, kistik neoplazmalar ve hidrosefali bulunur. Porencefalinin prognozu, kistin yeri ve kapsamına bağlıdır.

Anahtar kelimeler: ensefalomalazi, fetal intrakraniyal kanama, korpus kallozum agenezi, porencefalik kist, ventrikulomegali

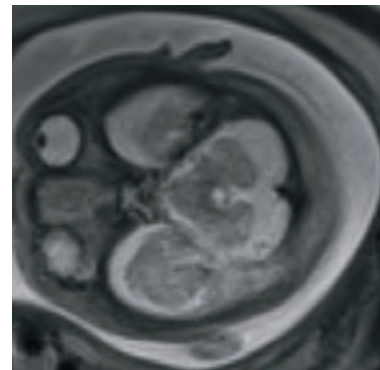
Resim 1. a) CSP lokalizasyonunda kistik görünüm (beyaz ok) ve frontal horn komşuluğunda hemorajiye ait hiperekojen düzensiz lezyon (siyah ok) b) posterior fossada kistler



Resim 2. Fetal MRG'de sağ frontal lobda, frontal horna uzanan, interhemisferik fissürü genişleten porencefalik kist (beyaz ok) ve solda parankimal komponentide bulunan germinal matriks hemorajisi (siyah ok) a) T2 ağırlıklı sekansta lezyon hipointens b) T1 ağırlıklı sekansta lezyon hiperintens izleniyor



Resim 3. Serebellar ensefalomalazi



PS-39 Amniyotik İnküzyon Kistinin Prenatal Tanısı: Olgu Sunumu

Ahmet Erol¹, Mihriban Alkan², Filiz Halıcı Öztürk¹, Doğa Öcal¹, Şevki Çelen¹, Turhan Çağlar¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

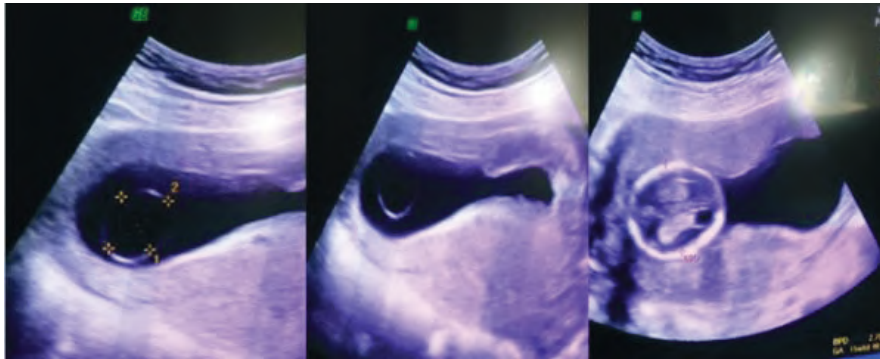
²T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

35 yaşında, gravida 2 parite 0, sat'a göre 15 haftalık gebe umbilikal kord kisti şüphesiyle kliniğimize refere edildi. Özgeçmişinde herhangi bir ek sistemik hastalığı yoktu. Akrabalığı yoktu. Gebeliğinde vajinal kanama öyküsü yoktu. Antenatal tarama testlerinden ikili testi düşük riskliydi. Yapılan ultrasonografisinde (USG) fetal biyometrik ölçümleri 15 hafta ile uyumlu olup, kese içerisinde 18x21 mm çapında fetustan bağımsız hasta hareketi ile yer değiştiren, umbilikal kordla net ilişkisi tespit edilemeyen, mobil düzgün sınırlı, ince cidarlı avasküler kistik oluşum izlendi. Umbilikal kordda 3 damar (2 arter, 1 ven) görünümü mevcuttu. Mevcut bulgularla ilk etapta amniyotik inküzyon kisti düşünüldü (Resim 1). Plasenta intakt görünümdeydi. Fetusta ek anomali izlenmedi. Hasta bilgilendirildi. Takiplerine farklı bir ilde devam eden hastada gebeliğin 23. haftasında ilgili kistik yapının USG'de görülmediği, gebeliğinde ek patoloji gözlenmediği tarafımıza bildirildi.

Umbilikal kord kistlerinin etyolojisi bilinmemektedir. Gerçek ve psödokist olma küzere iki tipi bulunmaktadır ancak bunun ayırımı prenatal olarak mümkün değildir. Umbilikal kord kistinin birinci trimesterde prevalansı %0.4-%3.4 olarak bildirilmekle birlikte 2. ve 3. trimesterde nadir sonografik bulgu olduğundan prevelansı bilinmemektedir. Psödokistler daha fazla görülmektedir ve epitelyum ile çevrili değildir. Wharton jelinin likefaksiyonu ve lokalize ödemden meydana gelir. Gerçek kistlerse allantois ve omfalomezenterik kanal alıntılarında oluşmuşlardır. Amniyotik inküzyon kistleri umbilikal kord formasyonu sırasında sıkışmış olan amniyotik epitel temsil eder. Nadiren, dar bir kanal kistten umbilikal kordonunun amniyotik yüzeyine kadar uzanabilir. Ultrasonografide anekoik kistik kitle görülebilir ve amorf debris içerebilir ve daha ekojenik olabilir. İlk trimesterde saptanan ve sonra kaybolan kistlerin kromozomal anomalilerle ilişkili olmadığı ancak daha çok abdominal duvar ve üriner traktusa ait konjenital malformasyonlarla ilişkili olabileceği ve rutin karyotip analizinin gerekli olmadığı bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: amniyotik, inküzyon, kist, kord, umblikus

Resim 1. 18x21 mm çapında fetustan bağımsız hasta hareketi ile yer değiştiren, umbilikal kordla net ilişkisi tespit edilemeyen, mobil düzgün sınırlı, ince cidarlı avasküler kistik oluşum, amniyotik inküzyon kisti



PS-40 37. Gebelik Haftasında Polihidramnios ve Sağ Hidrotoraks ile Prezente Olan İzole Duktus Venozus Agenezisi; 2 Olgu Sunumu

Ebru Alıcı Davutoğlu

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

Amaç: Antenatal dönemde sonografik taramada duktus venozusun ve seyrinin görüntülenmesinin önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Olgu 1: 28 yaşında, G1, P0 son adet tarihine göre 37 hafta 2 gün gebeliği olan hasta fetal sağ hidrotoraks saptanarak perinatoloji polikliniğine refere edilmiş. Tarama testleri normal olan hastanın 22 haftada yapılan sonografik anatomik değerlendirmesinde özellik saptanmamış. Yapılan ultrasonografik muayenesinde 37 hafta ile uyumlu gebelik, sağ hidrotoraks, polihidramnios izlendi. Fetal MCA ve umbilical arter Doppler incelemesi normal olarak tesbit edildi. Duktus venozusun normal seyri takip edilemedi. Umbilikal venin intrahepatik olarak ilerledikten inferior vena kavaya açıldığı görüldü. Hepatik venlerin sağ atriyumuna girişi ise normal olarak değerlendirildi. Ek kardiyak anomali izlenmeyen hasta 37 hafta 3 gün iken, vajinal yolla, 2870 gr, kız bebek doğurdu. Yenidoğanın doğum sonrası yapılan fizik muayenesinde trizomi 21 stigmatlarının olması üzerine yapılan periferik kandaki karyotip analizinde 47,XX+21 saptandı.

Olgu 2: 22 yaşında G1,P0 son adet tarihine göre 37 hafta 3 gün gebeliği olan hasta polihidramnios saptanması üzerine perinatoloji polikliniğine refere edilmiş. Tarama testleri olmayan hastanın 22 haftada yapılan sonografik anatomik değerlendirmesinde özellik saptanmamış. Yapılan ultrasonografik muayenesinde 37 hafta ile uyumlu gebelik, polihidramnios, kardiyomegali izlendi. TY saptanmadı, Fetal MCA ve umbilikal arter Doppler incelemesi normal olarak tesbit edildi. Duktus venozusun normal seyri takip edilemedi. Umbilikal venin intrahepatik olarak ilerledikten sonra direk sağ atriyumuna açıldığı görüldü. Hepatik venlerin sağ atriyumuna girişi ise normal olarak değerlendirildi. Ek kardiyak anomali izlenmeyen hastada fetal distress gelişmesi üzerine acil sezaryen ile 3300 gr, erkek bebek doğurtuldu. Yenidoğanın muayenesinde ve takiplerinde özellik saptanmadı.

Sonuç: Duktus venozus agenezisinde artmış kardiyak output ve şantın derecesine göre kalp yetmezliği ve fetal hidropsa neden olabilir. Detaylı anatomik değerlendirme sırasında Duktus venozus incelemesi yapılmalı, anormal seyir saptanan olgularda karyotip analizi planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: duktus venozus, hidrotoraks, kardiyomegali, polihidramnios, trizomi 21

Olgu 1

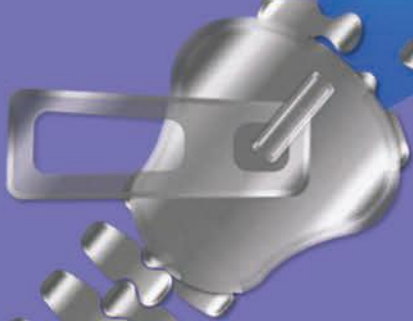


Olgu 2



Folidoce

400 mcg Folik asit + 2 mcg Vit B₁₂



NTD
Konusu
Kapansın...

iMom®

OMEGA



Sağlıklı Gelişiminde İhtiyacı Olan Her Şey



www.imomomega.com



MOMO-2019-07