



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği



Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Ultrasonografi Kongresi

28-31 Ekim 2021
Hilton Bakırköy İstanbul

BİLDİRİ KİTABI





BİLİMSEL SEKRETERYA
TMFTP Derneği

Çetin Emeç Bulvarı Hürriyet Caddesi Harbiye Mahallesi No:1/13 Öveçler / Çankaya / ANKARA
T: +90 312 439 68 04
tmftpderneği@gmail.com



ORGANİZASYON SEKRETERYASI
FTS TURİZM KONGRE ORGANİZASYON
Güzeltepe Mah. Alper Sok. 14/9 Çankaya/ANKARA
T: 0312 439 68 04 * M: 0 507 705 73 78
tmftp@ftskongre.org

DAVET MEKTUBU	1
BİLİMSEL PROGRAM	2-7
SÖZLÜ BİLDİRİLER.....	9-76
SS-01 Sigaraya Devam Etmenin Gebelikte COVID-19 Enfeksiyonunun Riski ve Şiddeti Üzerindeki Etkisi	9-10
SS-02 Multicenter prospective study of SNP-based cfDNA screening for aneuploidy with genetic confirmation in 18,497 pregnancies	11
SS-03 Multicenter prospective study of SNP-based cfDNA for 22q11.2 deletion in 18,290 pregnancies with genetic confirmation.....	12
SS-04 Bir Üniversite Hastanesinde Sezaryen Ameliyatlarından Önce Yapılan Aydınlatmaların İncelenmesi: Neyi Eksik Yapıyoruz?.....	13
SS-05 Prenatal Ultrasonografide Saptanmış Olan Fetal Yapısal Anomalilerde Prenatal Tüm Eksom Sekanslamasının Önemi.....	14
SS-06 Kliniğimizde 45 Yaş ve Üzeri Gebeliklerin Değerlendirilmesi: 3. Basamak Hastane Deneyimi	15
SS-07 Tek Umbilikal Arter Olgularının Değerlendirilmesi	16
SS-08 Unilateral Pulmoner Agenezinin Ultrason ile Tanısı.....	17-20
SS-09 Doğum İndüksiyonu Başarısında Fetal Adrenal Gland Volümünün Önemi.....	21
SS-10 Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Başarısı İçin Uterus Alt Segment Kalınlığı ve Servikal Kanal Uzunluğu Ölçümlerinin Öngörü Değerlerinin İncelenmesi	22-24
SS-11 Fetal Posterior Fossanın Değerlendirilmesinde Vermis-Crest Açısının Ölçümü.....	25-28
SS-12 Nöral Migrasyon Anomalisi Olan Fetusta Homozigot HPDL Gen Mutasyonu ve Nörodejeneratif Hastalık Tanısı.....	29-32
SS-13 Tersiyer Merkez Santral Sinir Sistemi Anomalilerinin Değerlendirmesi	33-34
SS-14 Ultrasonografik Görüntülemelerde Fetal Serebral Ventrikülomegali Saptanan Olgularda Eşlik Eden Yapısal ve Kromozomal Anomalilerin Değerlendirilmesi	35-37
SS-15 Konjenital Toksoplazmozis: Prenatal ultrasonografik bulgular ve sonuçlar	38-40
SS-16 Gebeliğin İntrahepatik Kolestazi ile Komplike Olan Gebelerde Fetal Pulmoner Arter Akselerasyon/Ejeksiyon Oranının Değerlendirilmesi	41
SS-17 Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Sonuçları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	42-44
SS-18 Kondrodizplazi Punktata Olgular Serisi; Prenatal ve Postnatal/Postmortem Bulguların Karşılaştırılması	45
SS-19 Fetoskopik Lazer Cerrahisinde Komplet ve İnkompakt Solomon Tekniğinin Perinatal Sonuçlara Etkisi	46
SS-20 Komplike Monokoryonik İkiz Gebeliklerde Selektif Fetosit Yöntemi Olarak Radyofrekans Ablasyon Uygulaması ve Perinatal Sonuçlara Etkisi.....	47
SS-21 Evre 3 İkizden İkize Transfüzyon Sendromu Vakasında Fetoskopik Lazer Fotokoagülasyon Tedavisi Olgularının Sunumu.....	48-51
SS-22 Fetal Akinezi Deformasyon Sekansının (FADS) Prenatal Ultrason Bulguları ve Perinatal Sonuçları	52-54

SS-23 Antenatal Ultrasonografide Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi Tanısı Koyulan Olguların Fetal Ekokardiyografi Bulguları ve Perinatal Sonuçları	55-58
SS-24 Fetal Sol Brakiyosefalik Venin 20-23 Haftalar Arasındaki Ölçüm Değerleri	59-60
SS-25 Hipoplastik Sol Kalp Sendromunda Levoatrial Kardinal Ven	61-64
SS-26 Duktus Venozus Agenezisinin Prenatal Tanısı: Olgu Serisi	65-67
SS-28 Prenatal Tanı Alan İzole Fetal İntraabdominal Kistlerin Yönetimi: Tersiyer Merkez Sonuçları	68-69
SS-29 Kliniğimizde Konjenital Kistik Adenomatoid Malformasyon Tanısı Almış Olguların Prenatal Bulguları ve Postnatal Sonuçları	70
SS-30 Plasental İnvazyon Değerlendirmesinde Ultrasonografinin Yeri	71
SS-31 Plasental Koryoanjiom Ön Tanısı Alan Gebeliklerin Sonuçları	72-74
SS-32 Arteriovenöz Malformasyonda Başarısız Uterin Arter Embolizasyonu	75-76
POSTER BİLDİRİLER	78
PS-02 COVID-19 Pnömonisini Taklit Eden ve Anne Ölümüyle Sonuçlanan Peripartum Kardiyomiyopati	78-80
PS-04 Monokoryonik İkiz Gebeliklerde Selektif Fetal Gelişim Geriliği	81-82
PS-05 Management of a 6-week cervical ectopic pregnancy with a single dose of systemic methotrexate: A Case Report	83-84
PS-06 A Prospective Study: The effect of fetal hypoxia on myeloperoxidase levels in cord blood	85-86
PS-07 Postpartum Dönemde Ortaya Çıkan Somatoform Bozukluk: Olgu Sunumu	87
PS-08 11. Haftada Atrioventriküler Septal Defekt Saptanan ve Duktus Venozus - Sistemik Şantı Bulunan Trizomi 21 Olgusu	88-90
PS-09 Süperempoze Preeklampsi ile Prezente Olan Mirror Sendromu Olgusu	91-92
PS-11 Gebelikte Nadir Görülen İdiopatik Diplopi Olgusu	93
PS-12 Prenatal tanı konulan Aberran Sağ Subklavian Arter (ARSA): Dört olgu sunumu	94-95
PS-13 Meningomyelosele Eşlik Eden Ayak Deformitesi ve Safra Kesesi Duplikasyonu	96-98
PS-14 The Effect of Continued Maternal Smoking During Pregnancy on Mid-Trimester Sonographic Fetal Cranial Measurements	99
PS-15 İntrapartum Fetal Ağırlık Tahminini Etkileyen Faktörler	100-102
PS-16 Patent omphalomesenteric duct: A case report	103
PS-17 Prenatal Oksipital Ensefaloselin Eşlik Ettiği Semilobar Holoprozensefali: Olgu Sunumu	104-106
PS-18 Gillesen-Kaesbach-Nishimura Sendromu: İki olgunun prenatal ve postnatal bulguları	107-109
PS-19 Yüksek Hava Yolu Obstrüksiyon Sekansı (Congenital High Airway Obstruction Syndrome - CHAOS) ile Bilateral Renal Agenezi Nadir Birlikteliği- Olgu Sunumu	110-111
PS-20 Fetal Asit ile Seyreden Dev Omfalosel	112-113
PS-21 Plasental Dev Koryoanjiom	114-116
PS-22 Rhesus Alloimmünizasyonu Nedeni ile Fetal Anemi Gelişen Gebeliğin Yönetimi: Olgu Sunumu	117-118

PS-23 Koryonik Bump: Erken Gebelik Ultrasonunda Potansiyel Bir Tuzak	119-121
PS-24 Acil ve Elektif Transvajinal Servikal Serklajların Obstetrik ve Perinatal Sonuçlarının Değerlendirilmesi	122-124
PS-25 Dil Kaynaklı Triglossal Kanal Kistin Prenatal Tanısı.....	125-126
PS-26 Normal Karyotipli Alobar Holoprozensefali Vakası.....	127-129
PS-27 B-Lynch Sütür ile Birlikte Bilateral Uterin Arter Ligasyonu Sonrası Fertilité, Olgu Sunumu	130
PS-28 Plasental Mezenkimal Displazi ve Şiddetli İntrauterin Büyüme Kısıtlılığı Olan Genetik Olarak Normal Fetüs: Nadir Bir Olgu Sunumu.....	131-132
PS-29 Şizensefali Olgusunun Prenatal Tanısı ve MR Görüntüleri.....	133-136
PS-30 Prenatal Pulmoner Kapak Yokluğu Sendromu Tanılı Vaka.....	137-139
PS-31 Prenatal Mekonyum Peritoniti Tanısı: Olgu Sunumu.....	140-141
PS-32 Sağ Aortik Ark ile İlişkili Down Sendromu ve DiGeorge Sendromu İki Vakanın Prenatal Tanısı	142-144
PS-33 İkinci Trimester Gebede Spontan Rüptür ve Plasenta İnkreata Olgusu: Nadir Bir Olgu Sunumu.....	145
PS-34 Extrakorporal Membran Oksijenizasyonu'na Bağlı (ECMO) 25 Hafta İntrauterin Fetusün Tıbbi Tahliyesi, Olgu Sunumu.....	146
PS-35 Postpartum Dönemde İzlenen PRES Sendromu Olgusu	147
PS-36 Erken Haftada Görülen Tekrarlayan Hellp Olgusu	148
PS-37 Dikoryonik-Diamniyotik Biri Yapışık İkiz Olan Üçüz Gebelik: Olgu Sunumu.....	149
PS-38 COVID-19 Pandemisinin Gebelerdeki Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi	150
PS-39 Prenatal Koolen-de Vries Sendromu Tanısı Alan Bir Olgunun Sunumu	151-152
PS-40 Vezikoamniyotik Şant Uygulanarak Ağır Bulguların Gelişmesi Önlenebilir Bir Prune Belly Sendromu (PBS) Olgusu	153
PS-41 Prenatal Tanı Alan İnensefali Olgusu	154-155
PS-42 Gebelikte Bir Akut Batın Nedeni Olarak Heterotopik Gebelik; Olgu Sunumu	156-157
PS-43 Prenatal Cantrell Pentalojisi Tanısı Alan Bir Olgunun Sunumu	158-159
PS-44 Nadir Bir Hidrosefali Nedeni Olarak Ailesel Geçişli Wdr 1 Mutasyonu, Vaka Sunumu.....	160
PS-45 Fetal Kardiyak Anomali Tersiyer Merkez 1 Yıllık Deneyimi.....	161-162
PS-46 Antenatal Ultrasonografide Plasental Koryoanjiyoma Tanısı Koyulan Olgunun Prenatal Yönetimi	163-164
PS-47 Tip-1 Triküspit Atrezili Ventriküler Septal Defektin Prenatal Tanısı.....	165-167
PS-48 Perinatal Stroke: Nadir Bir Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi.....	168
PS-49 Antenatal Fetal Ultrasonografi İle Saptanan Dakriyosistol: Olgu Sunumu.....	169-170
PS-50 Antenatal Dönemde Saptanan İnensefali Olgu Sunumu	171-173
PS-51 Ankara İlinin İki Farklı Yakasında Yer Alan (Mamak ve İncek) Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Vitamin/ Mineral/ Bitkisel İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi Seviyesi ve Memnuniyet Düzeyine İlişkin Anket.....	174

PS-52 Mesane Ekstrofisinin Prenatal Tanısı	175-177
PS-53 Gebeliğin Terminasyonu İstemi Olan Fetal Korpus Kallozum Agenezili Bir Olgu: Yasal Perspektiften Bakış	178
PS-54 Ektrodaktili Olgu Sunumu	179-181
PS-56 Kısmi (parsiyel) Korpus Kallozum Agenezisi Olgusunun Prenatal Tanısı, Ultrasonografi ve Doppler Görüntüleri.....	182-184
PS-57 Gebeliğin 3. Trimesterında Görülen Akut Biliyer Pankreatitte Klinik Yönetim Vaka Çalışması .	185-186
PS-58 Prenatal Tanı Alan 2p15 Mikrodelesyon Sendromu	187-188
PS-59 Prenatal Tanısı Konulan Bir Noonan Sendromu Olgusu.....	189
PS-60 Servikal Yetmezlik Olgularında Modifiye Shirodkar Serklajın Perinatal Sonuçlara Etkisi.....	190
PS-61 İkiz Eşinde Ensefalosel İzlenen Dikoryonik Diamniotik İkiz Gebelik Olgusu.....	191
PS-62 Prenatal Tanısı Konulan Nadir Bir Omfalopagus Vakası.....	192-193
PS-63 Alobar Holoprozensefali İle Prezente Olan Trizomi 13 Olgu Sunumu	194
PS-64 Omfalosel ile Prezente Olan Beckwith Wiedemann Sendromu Olgusu	195
PS-65 Persiste Sağ Umbilikal Veni Olan 5 Olgunun Sunumu	196
PS-66 Gastroşiz Tanılı 3 Olgunun Sunumu.....	197
PS-67 Nadir Bir Olgu, Komplet Ektopia Kordisli Cantrell Pentalojisi	198-199
PS-68 Prenatal Dönemde Fetal Anomali Tanısı Konularak Selektif Fetosid Yapılan 7 Dikoryonik Diamniotik (DKDA) İkiz Gebeliğin Sonuçları.....	200
PS-69 Tersiyer Bir Perinatoloji Merkezinde Çoğul Gebelikler ve Sonuçları	201
PS-70 İzole Torkular Herofili Trombozu Olgu Sunumu.....	202-204
PS-71 İntrauterin Dönemde Progresyon Gösteren Lenfanjioma Vaka Sunumu	205-207
PS-72 Juvenil Behçet Hastalığı: Olgu Sunumu.....	208
PS-73 Antenatal Tanı Alan Unilateral Renal Agenezi Olgusu	209-210
PS-74 Nadir Bir Olgu; Retroperitoneal Kistik Lenfatik Malformasyon	211-212
PS-75 Karın Ön Duvarının Nadir Bir Malformasyonu; Ekstrofia Vezika Olgusu.....	213-214

Değerli Meslektaşlarımız,

28-31 Ekim 2021 tarihleri arasında İstanbul Hilton Bakırköy Hotel’de düzenlenecek olan **Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Ultrasonografi Kongresi**'nde 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, 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.

Prof. Dr. Namık DEMİR
Dernek Başkanı

Prof. Dr. Recep HAS
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Ahmet GÜL
Kongre Başkanı



BİLİMSEL PROGRAM

AÇILIŞ

	Dr. Namık DEMİR , TMFTP Derneği Başkanı
08:00 - 08:30	Dr. Recep HAS , Ultrasonografi Kongresi Eş Başkanı Dr. Ahmet GÜL , Ultrasonografi Kongresi Eş Başkanı

1. OTURUM

Oturum Başkanları	Dr. Feride SÖYLEMEZ
08:30 - 08:50	Erken Gebelik Ultrasonografisi (<10 hafta), Dr. Miğraci TOSUN
08:50 - 09:00	SS-01 Sigaraya Devam Etmenin Gebelikte COVID-19 Enfeksiyonunun Riski ve Şiddeti Üzerindeki Etkisi, Dr. Mehmet Serdar KÜTÜK
09:00 - 09:20	PAS: Skar Gebeliği + Plasenta Akreta Tanısı, Dr. Tuncay ÖZGÜN
09:20 - 09:40	NATERA: Why early screening for the 22q11.2 deletion syndrome is important, Dr. Jon HYETT
09:40 - 10:00	Tartışma
10:00 - 10:30	Canlı USG-1: Birinci Trimester USG , Dr. Sabahattin ALTUNYURT
10:30 - 11:00	Ara

PANEL - 1 **hdDNA Testleri**

Oturum Başkanları	Dr. Acar KOÇ, Dr. Rıza MADAZLI
11:00 - 11:05	SS-02 Multicenter prospective study of SNP-based cfDNA screening for aneuploidy with genetic confirmation in 18,497 pregnancies, Bo JACOBSSON
11:05 - 11:10	SS-03 Multicenter prospective study of SNP-based cfDNA for 22q11.2 deletion in 18,290 pregnancies with genetic confirmation, Bo JACOBSSON
Panel Konuları	Testler Arasında Farklar/Özellikler, Duyarlılık, Özgüllük, PPV, NPV, Trizomiler, Diğer Kromozomlar, Delesyonlar-Duplikasyonlar, Teyit İçin Tanı Testleri
Panel Üyeleri	Dr. Seher BAŞARAN, Dr. Esra Esim BÜYÜKBAYRAK, Dr. Selim BÜYÜKKURT, Dr. Serdar CEYLANER, Dr. Tuncay NAS, Dr. Cenk SAYIN
11:10 - 12:40	Firma Sunumları (5'er Dk.) ve hdDNA Konularının Panel Üyeleri ile Tartışılması
12:40 - 13:30	Öğle Yemeği

2. OTURUM

Oturum Başkanları	Dr. Mehmet ŞİMŞEK, Dr. Neşe YÜCEL
13:30 - 14:00	Canlı USG-2: Biyometrik Ölçümler, AS, Plasenta, Serviksin Değerlendirilmesi , Dr. Özgür ÖZYÜNCÜ
14:00 - 14:20	Kısa Serviks: Tanı ve Yönetimi, Dr. Recep HAS
14:20 - 14:30	SS-04 Bir Üniversite Hastanesinde Sezaryen Ameliyatlarından Önce Yapılan Aydınlatmaların İncelenmesi: Neyi Eksik Yapıyoruz?, Dr. Cem TERECE
14:30 - 14:50	Siliopatiler ve Fetal Anomaliler, Dr. Ahmet GÜL
14:50 - 15:10	Genetikçi Gözüyle İskelet Displazilerine Yaklaşım, Dr. Tuğba KALAYCI
15:10 - 15:40	Birinci Trimester Ultrasonografisi, 11-13+6 Hafta Fetal Anomaliler, Dr. Waldo SEPULVEDA
15:40 - 16:00	Tartışma
16:00 - 16:30	Ara

SALON A

PANEL - 2 16:30 - 18:30	1. Trimester Ultrasonu, Kromozom Anomalileri ve Genetik: Olgu Sunumları ile Tartışma
Panel Başkanları	Dr. Namık DEMİR, Dr. Özgür DEREN
Panel Konuları	NT, NK, DV, TR, IT, Kistik Higroma, MSS Anomaliler, Kardiyak Anomaliler, Hidrops Fetalis, Omfalosel, Megasistis
Canlı USG-3 (15 Dk.)	Dr. Özgür DEREN
Genel Bakış (15 Dk.)	Dr. Ebru ÇELİK
Sözel Bildiriler	SS-05 Prenatal Ultrasonografide Saptanmış Olan Fetal Yapısal Anomalilerde Prenatal Tüm Eksom Sekanslamının Önemi, Dr. Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ SS-06 Kliniğimizde 45 Yaş ve Üzeri Gebeliklerin Değerlendirilmesi: 3. Basamak Hastane Deneyimi, Dr. Reyhan GÜNDÜZ SS-07 Tek Umbilikal Arter Olgularının Değerlendirilmesi, Dr. Erzat TOPRAK
Panel Üyeleri	Olgu Sunumları Dr. Erol ARSLAN, Dr. Handan ÇELİK, Dr. Selen GÜRSOY ERZİNCAN, Dr. Tuğba KALAYCI, Dr. Semir KÖSE, Dr. Başak YILDIRIM
Tartışmacılar	Dr. Yasemin ALANAY, Dr. Sabahattin ALTUNYURT, Dr. Aydan BİRİ, Dr. Kazım Emre KARAŞAHİN, Dr. Hülya KAYSERİLİ, Dr. Özlem PATA, Dr. Dilek ŞAHİN

SALON B

PANEL - 3 16:30 - 18:30	Doppler USG, IUGR, Preeklampsi: Olgu Sunumları ile Tartışma
Panel Başkanları	Dr. Fuat AKERCAN, Dr. İnanç MENDİLCİOĞLU
Panel Konuları	Doppler Ayarları, UA, UtA, MCA, DV, IUGR ve Preeklampsi Öngürüsü ve Takibinde Doppler, Serebro-Plasental Oranının Kullanımı, IUGR Fetusun Doğum Zamanlamasında Doppler USG'nin Yeri
Canlı USG-4 (15 Dk.)	Dr. Cenk SAYIN
Genel Bakış Doppler (10 Dk.)	Dr. Cenk SAYIN
Genel Bakış IUGG (10 Dk.)	Dr. Oya DEMİRCİ
Sözel Bildiriler	SS-08 Unilateral Pulmoner Agenezinin Ultrason ile Tanısı, Dr. Güray TUNA SS-09 Doğum İndüksiyonu Başarısında Fetal Adrenal Gland Volümünün Önemi, Dr. Belma Gözde ÖZDEMİR SS-10 Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Başarısı İçin Uterus Alt Segment Kalınlığı ve Servikal Kanal Uzunluğu Ölçümlerinin Öngörü Değerlerinin İncelenmesi, Dr. İrana GORCHIYEVA
Panel Üyeleri	Olgu Sunumları Dr. Reyhan AYAZ, Dr. Ali Özgür ERSOY, Dr. Zeynep GEDİK ÖZKÖSE, Dr. Sibel ÖZLER, Dr. Berkan SAYAL, Dr. Gürcan TÜRKYILMAZ
Tartışmacılar	Dr. Sinan BEKSAÇ, Dr. Ali ÇETİN, Dr. Derya EROĞLU, Dr. Cüneyt EVRÜKE, Dr. Metin İNGEÇ, Dr. Deniz KARÇAALTINCABA, Dr. Rıza MADAZLI, Dr. Füsun VAROL

3. OTURUM

Oturum Başkanları **Dr. Cüneyt EVRÜKE, Dr. Filiz YANIK**

08:30 - 08:50	Posterior Fossa Anomalileri: Fetal Ultrasonda İpuçları ve Tuzaklar, Dr. Dario PALADINI
08:50 - 09:10	Septal Defektlerin Tanısı (VSD, ASD, AVSD): Nasıl Kolaylaştırabilir ve Yapabiliriz?, Dr. Dario PALADINI
09:10 - 09:20	Tartışma
09:20 - 09:40	Birinci Üçay Ultrasonografisi ve hdDNA: Klinik Pratikte Nasıl Uygulayabiliriz?, Dr. Karl Oliver KAGAN
09:40 - 10:00	CMV: Nasıl Tanı Koymalıyız ve Yönetmeliyiz?, Dr. Karl Oliver KAGAN
10:00 - 10:10	Tartışma
10:10 - 10:30	Ara

PANEL - 4

10:30 - 12:30

MSS

Panel Başkanları **Dr. Zeki ŞAHİNOĞLU, Dr. Atıl YÜKSEL**

Panel Konuları **MSS Yapıları ve Ölçümleri, Sulkus ve Giruslar, CCA-Korpus Kollozum Agenezisi, Posterior Fossa Anomalileri, İntrakranial Kanamalar, Kortikal Gelişim Anomalileri, Mikrosefali, Makrosefali, Ventral İndüksiyon Anomalileri, NTD, Konus Medullaris, MSS Enfeksiyonları**

Canlı USG-5: MSS

10:30 - 11:00

Dr. Zeki ŞAHİNOĞLU

Genel Bakış (15 Dk.)

Dr. Selim BÜYÜKKURT

Sözel Bildiriler
SS-11 Fetal Posterior Fossanın Değerlendirilmesinde Vermis-Crest Açısının Ölçümü, **Dr. Erkan ÇAĞLIYAN**
SS-12 Nöral Migrasyon Anomalisi Olan Fetusta Homozigot HPDL Gen Mutasyonu ve Nörodegeneratif Hastalık Tanısı, **Dr. Halis ÖZDEMİR**
SS-13 Tersiyer Merkez Santral Sinir Sistemi Anomalilerinin Değerlendirmesi, **Dr. Güray TUNA**

Olgu Sunumları

Panel Üyeleri

Dr. Ebru ALICI DAVUTOĞLU, Dr. Yasemin DOĞAN, Dr. Cihan İNAN, Dr. Özgür KARA, Dr. Doruk Cevdi KATLAN, Dr. Cem Yaşar SANHAL, Dr. Erzat TOPRAK

Tartışmacılar

Dr. Cem BATUKAN, Dr. Namık DEMİR, Dr. İbrahim KALELİOĞLU, Dr. Burak TATLI, Dr. Ahmet Semih TUĞRUL, Dr. Gökhan YILDIRIM

12:30 - 13:30

Öğle Yemeği

4. OTURUM

Oturum Başkanları **Dr. İskender BAŞER, Dr. Mehmet ULUDOĞAN**

13:30 - 14:00

Canlı USG-6: İkiz Gebelik, Dr. İbrahim KALELİOĞLU

14:00 - 14:10

SS-14 Ultrasonografik Görüntülemelerde Fetal Serebral Ventrikülomegali Saptanan Olgularda Eşlik Eden Yapısal ve Kromozomal Anomalilerin Değerlendirilmesi, **Dr. Erkan ÇAĞLIYAN**

14:10 - 14:40

Nörosonografi: Genel Bakış, **Dr. Guillermo AZUMENDI**

14:40 - 15:00

EUROFINS 2021'de NIPT'deki Gelişmeler; Eurofins Biomnis'in Ninalia Testi Deneyimi, Dr. Marc NOUCHY

15:00 - 15:10

SS-15 Konjenital Toksoplazmozis: Prenatal ultrasonografik bulgular ve sonuçlar, **Dr. Şule BİROL İNCE**

15:10 - 15:30

Nadir Konjenital Kalp Anomalileri: İlginç Vaka Örnekleri, **Dr. Azer FEREC**

15:30 - 15:40

Tartışma

15:40 - 16:00

Ara

SALON A

PANEL-5 16:00 - 18:00	3D USG/MR
Panel Başkanları	Dr. Yalçın KİMYA
Panel Konuları	3D USG Ayarları, MSS ve Yüz Görüntülemelerde 3D, MSS ve Kalp Çalışmasında 3D, 3D USG ve MR'ın Karşılaştırılması, Uterin Anomalilerde 3D USG
Canlı USG-7 (15 Dk.)	Dr. Yalçın KİMYA
Genel Bakış 3D USG-Obstetrik (10 Dk.)	Dr. Umut Kutlu DİLEK
Genel Bakış MR (10 Dk.)	Dr. Nahit ÖZCAN
Genel Bakış 3D USG Uterus (10 Dk.)	Dr. Ayşe SEYHAN
Sözel Bildiriler	SS-16 Gebeliğin İntrahepatik Kolestazi ile Komplike Olan Gebelerde Fetal Pulmoner Arter Akselerasyon/Ejeksiyon Oranının Değerlendirilmesi, Dr. Mehmet Mete KIRLANGIÇ SS-17 Sezaryen Sonrası Vaginal Doğum Sonuçları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Dr. Hanife Rana DURAL SS-18 Kondrodizplazi Punktata Olgu Serisi; Prenatal ve Postnatal/Postmortem Bulguların Karşılaştırılması, Dr. Özge Hacer DEMİRBİLEK
Panel Üyeleri	Olgu Sunumları Dr. Ali EKİZ, Dr. Halil Korkut DAĞLAR, Dr. Ali EKİZ, Dr. Nihal ŞAHİN UYSAL, Dr. Mert TURĞAL, Dr. Başak KAYA
Tartışmacılar	Dr. Hülya DEDE, Dr. Umut Kutlu DİLEK, Dr. Aslı GÖKER, Dr. Ayhan SUCAK, Dr. Zeki ŞAHİNOĞLU, Dr. Fehmi YAZICIOĞLU

SALON B

PANEL-6 16:00 - 18:00	ÇOĞUL GEBELİKLER
Panel Başkanları	Dr. Halil ASLAN, Dr. Mehmet Zeki TANER
Panel Konuları	Koryonisite ve Amniyonisite Tanısı ve Klinik Önemi, Monokoryonik İkiz Gebeliklerde Selektif IUGR, Monokoryonik İkiz Eşi IUMF, TTTS, TRAP, İkiz Eşi Fetal Anomaliler, İkiz Gebeliklerde Doğum Zamanlaması
Canlı USG-8 (15 Dk.)	Dr. Ali ERGÜN
Genel Bakış (15 Dk.)	Dr. İbrahim KALELİOĞLU
Sözel Bildiriler	SS-19 Fetoskopik Lazer Cerrahisinde Komplet ve İnkompakt Solomon Tekniğinin Perinatal Sonuçlara Etkisi, Dr. Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ SS-20 Komplike Monokoryonik İkiz Gebeliklerde Selektif Fetosit Yöntemi Olarak Radyofrekans Ablasyon Uygulaması ve Perinatal Sonuçlara Etkisi, Dr. Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ SS-21 Evre 3 İkizden İkize Transfüzyon Sendromu Vakasında Fetoskopik Lazer Fotokoagülasyon Tedavisi Olgu Sunumu, Dr. Hülya KANDEMİR
Panel Üyeleri	Olgu Sunumları Dr. Cantekin İSKENDER, Dr. Aybike PEKİN, Dr. Tuğba SARAÇ SİVRİKOZ, Dr. Ahmet TAYYAR, Dr. Uğur TURHAN, Dr. Aytaç YÜKSEL
Tartışmacılar	Dr. Ali ACAR, Dr. İskender BAŞER, Dr. Şevki ÇELEN, Dr. Serkan GÜÇLÜ, Dr. Recep HAS, Dr. Erdal MALATYALIOĞLU, Dr. İnanç MENDİLCİOĞLU

5. OTURUM

Oturum Başkanları **Dr. Mehmet TAYYAR, Dr. Gülseren YÜCESOY**

08:30 - 08:50 Pediatrik Cerrah Gözü İle Üriner Traktus Dilatasyonları, **Dr. Abdurrahman ÖNEN**

08:50 - 09:00 **SS-22** Fetal Akinezi Deformasyon Sekansının (FADS) Prenatal Ultrason Bulguları ve Perinatal Sonuçları, **Dr. Elif Gizem DİZDAROĞULLARI**

09:00 - 09:20 Kuşkulu/Ambigus Genitalia: USG Bulguları ve Yönetimi, **Dr. Atıl YÜKSEL**

09:20 - 09:40 **ITF İLAÇ** - İlk 1000 Günde Beslenmenin Önemi, **Dr. Acar KOÇ**

09:40 - 10:00 Mikrognati Tanısı, **Dr. Mustafa BAŞBUĞ**

10:00 - 10:30 Ara

PANEL-7
10:30 - 12:30 **FETAL KALP**

Panel Başkanları **Dr. Nuri DANIŞMAN, Dr. Fehmi YAZICIOĞLU**

Panel Konuları **Situs, ASD, VSD, AVSD, Anormal Dört Oda Görüntüleri, Konotrunkal Anomaliler, 3VT Kesitinde İpuçlar, Heterotaksi Sendromları, Kardiak ve Kromozomal Anomaliler, Perikardial Efüzyon, Kardiomegali, AV ve Aort-Pulmoner Kapak Anomalileri, Kritik Aort ve Pulmoner Kapak Stenozu, Rabdomyom, Koroner Sinus, Pulmoner ve Sistemik Ven Dönüş Anomalileri**

Canlı USG-9 (15 Dk.) **Dr. Fuat AKERCAN**

Genel Bakış (15 Dk.) **Dr. Gökhan YILDIRIM**

Sözel Bildiriler **SS-23** Antenatal Ultrasonografide Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi Tanısı Koyulan Olguların Fetal Ekokardiyografi Bulguları ve Perinatal Sonuçları, **Dr. Münip AKALIN**

SS-24 Fetal Sol Brakiyosefali Venin 20-23 Haftalar Arasındaki Ölçüm Değerleri, **Dr. Cem YENER**

SS-25 Hipoplastik Sol Kalp Sendromunda Levoatrial Kardinal Ven, **Dr. Aydın OÇAL**

Olgu Sunumları

Panel Üyeleri **Dr. Aytül ÇORBACIOĞLU ESMER, Dr. Ali EKİZ, Dr. Hakan ERENEL, Dr. Deniz Kanber AÇAR, Dr. Esra ÜNLÜ ÖZKAVUKÇU**

Tartışmacılar **Dr. Mustafa BAŞBUĞ, Dr. Rukiye EKER ÖMEROĞLU, Dr. Azer FEREC, Dr. Ahmet GÜL, Dr. Yalçın KİMYA, Dr. Sermet SAĞOL, Dr. Mehmet ULUDOĞAN**

12:30 - 13:30 Öğle Yemeği

6. OTURUM

Oturum Başkanları **Dr. Merih BAYRAM, Dr. Alkan YILDIRIM**

13:30 - 14:00 **Canlı USG-10: Doppler**, **Dr. İnanç MENDİLCİOĞLU**

14:00 - 14:10 **SS-26** Duktus Venozus Agenezisinin Prenatal Tanısı: Olgu Serisi, **Dr. Neval ÇAYÖNÜ KAHRAMAN**

14:10 - 14:40 Fetal Disritmilerin Tanısı ve Yönetimi, **Dr. Şifa TURAN**

14:40 - 15:00 IUGR Tanı ve Yönetimi, **Dr. Özhan TURAN**

15:00 - 15:10 Tartışma

15:10 - 15:30 Doğumhanede Ultrasonu Nasıl Kullanabiliriz?, **Dr. Cem BATUKAN**

15:30 - 16:00 Ara

SALON A

PANEL-8 16:00 - 18:00	TORAKS-GIS-GÜS
Panel Başkanları	Dr. Tamer MUNGAN, Dr. Sermet SAĞOL
Panel Konuları	Plevral Efüzyon, CCAM, Pulmoner Sekestrasyon, Diyafram Hernisi, GIS Obstrüksiyonları İçin İpuçları, Duodenum ve Özofagus Atrezisi, Omfalosel, Gatroşizis, Megasistis, Uriner Trakt Dilatasyonları, Kuşku Genitalya, Ekstrofia Vesika, Kloaka Anomalileri
Canlı USG-11 (15 Dk.)	Dr. Tamer MUNGAN
Genel Bakış Toraks (10 Dk.)	Dr. Aytaç YÜKSEL
Genel Bakış Gastrointestinal Sistem (10 Dk.)	Dr. Deniz KARÇAALTINCABA
Genel Bakış Genitoüriner Sistem (10 Dk.)	Dr. Mert KAZANDI
Sözel Bildiriler	SS-28 Prenatal Tanı Alan İzole Fetal İntraabdominal Kistlerin Yönetimi: Tersiyer Merkez Sonuçları, Dr. Rukiye KIZILIRMAK SS-29 Kliniğimizde Konjenital Kistik Adenomatoid Malformasyon Tanısı Almış Olguların Prenatal Bulguları ve Postnatal Sonuçları, Dr. Çiğdem KUNT İŞGÜDER
Panelistler	Dr. İlker Ali ÇERÇİ, Dr. Bilge ÇETİNKAYA DEMİR, Dr. Fedi ERCAN, Dr. Semir KÖSE, Dr. Ayşegül ÖZEL, Dr. Atakan TANAÇAN, Dr. Işıl TURAN BAKIRCI
Tartışmacılar	Dr. Halil ASLAN, Dr. Başak BAKSU, Dr. Selim BÜYÜKKURT, Dr. İbrahim KALELİOĞLU, Dr. Acar KOÇ, Dr. Abdurrahman ÖNEN, Dr. Mehmet ŞİMŞEK, Dr. Oktay KAYMAK

SALON B

PANEL-9 16:00 - 18:00	PLASENTA PREVİA-AKRETA SPEKTURUMU
Panel Başkanları	Dr. Ali ACAR, Dr. Şevki ÇELEN
Panel Konuları	Plasenta Previa Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması, Akreta Tanısı, Skar Gebelik Tanısı, Previa ve Akreta Yönetimi, Uterus Koruyucu Cerrahi, Kanamanın Yönetimi
Canlı USG-12 (15 Dk.)	Dr. Selçuk ÖZDEN
Genel Bakış Skar Gebeliği Tanısı (10 Dk.)	Dr. Metin İNGEÇ
Genel Bakış Akreta Tanısı (10 Dk.)	Dr. İsmail ÖZDEMİR
Sözel Bildiriler	SS-30 Plasental İnvazyon Değerlendirmesinde Ultrasonografinin Yeri, Dr. Özge KAHRAMANOĞLU SS-31 Plasental Koryoanjiom Ön Tanısı Alan Gebeliklerin Sonuçları, Dr. Lütfiye UYGUR SS-32 Arteriovenöz Malformasyonda Başarısız Uterin Arter Embolizasyonu, Dr. Emine AYDIN Olgu Sunumları
Panelistler	Dr. Turhan ÇAĞLAR, Dr. Emre EKMEKÇİ, Dr. Levent KESKİN, Dr. Deniz ÖZTEKİN, Hakan TİMUR, Dr. Tuncay YÜCE
Tartışmacılar	Dr. Metin ALTAY, Dr. Kazım GEZGİNÇ, Dr. Babür KALELİ, Dr. Mehmet OSMANAĞAOĞLU, Dr. Tuncay ÖZGÜN, Dr. Aykan YÜCEL
18:00 - 18:30	Kapanış, Dr. Namık DEMİR, Dr. Recep HAS, Dr. Ahmet GÜL



SÖZLÜ BİLDİRİLER

[SS-01]

Effect of Continued Smoking on The Risk and Severity of COVID-19 Infection During Pregnancy

Mehmet Serdar Kütük, Taha Takmaz, Rabia Zehra Bakar, Çağlar Çetin

Department of Obstetrics and Gynecology, Bezmialem University Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

Background: The aim of this study is to assess the effect of continued smoking during pregnancy on the incidence and severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) infection in a prospective cohort study.

Material Method: The study was a part of larger longitudinal study supported by Turkish Maternal Fetal Medicine and Perinatology Society, investigating the effect of smoking on fetal circulation. Participant women were grouped as smoker and non-smoker according to their statement, and their smoking condition were confirmed with breath carbon monoxide (BCO) test. The diagnosis of COVID-19 was made by reverse transcriptase coupled with quantitative polymerase chain reaction assay (RT-qPCR) on the samples taken by nasal-oro-pharyngeal swabs. Patients with COVID-19 infection were further divided as smoker and non-smoker and they were compared with regard to incidence, clinical features, and disease severity.

Results: The study included 89 pregnant women 49 of which are smoker and 40 were non-smoker. The groups were similar in terms of baseline demographic characteristics. Total of 10 women were tested positive for COVID-19. COVID-19 positivity, symptomatic COVID-19 infection was not significantly different between smoker and non-smoker women [6 (15%) vs. 4(10.2%), $p=0.533$, and 4(66.7%) vs. 4 (100%), $p=0.467$, respectively]. Though, neonatal intensive care admissions were higher in smoking COVID-19(+) mothers, the difference was not statistically significant [1(16.7%) vs. 3(75%), $p=0.19$] (Table 1). In logistic regression analysis, smoking was not found to be associated with COVID-19 positivity [OR: 2.75, CI(0.647-11.7), $p=0.171$] (Table 2).

Conclusion: Smoking is not associated with increased incidence or severity of maternal COVID-19 infection. Neonatal intensive care unit (NICU) admission tends to be increased in neonates from smoking mothers with COVID-19. Neonatal effects of COVID-19 infection on smoking mothers should be further confirmed with larger studies.

Keywords: breath carbon monoxide, COVID-19, maternal outcomes, perinatal outcomes, pregnancy, smoking

Table 1

Variables	Non- Smokers (n:6)	Smokers (n:4)	p
Gestational age at COVID-19 positivity (weeks)	26.33±13.09	23.5±9.81	0.707
COVID-19 incidence	6 (15%)	4(10.2%)	0.533
Maternal mortality	0	0	-
Maternal intensive care unit admission	0	0	-
Symptomatic COVID-19 days	4(66.7%)	4 (100%)	0.467
Anti COVID-19 drug use	1	1	-
Mean number of symptomatic days	8.5±8.52	13±5.71	0.386
Rate of cesarean	3(50%)	4 (100%)	0.2
Gestational age at birth (days)	277± 9	266.5± 9.3	0.113
Birthweight (g)	3390±254.65	3542± 785	0.662
pH	7.24± 0.13	7.36± 0.9	0.144
Base Excess	-3.6± 2.26	-2.17± 2.1	0.346
APGAR at 5 min	9.5(9-10)	10(9-10)	0.453
Neonatal intensive care unit admission	1(16.7%)	3(75%)	0.19

Comparison of maternal and perinatal outcome between smoking and non-smoking COVID-19 patients

Table 2

Outcome (dependent) variables	OR	95±CI of OR	Significance (P)
Smoking	2.75	0.647- 11.7	0.171
Maternal age	1.02	0.873-1.19	0.804
Body mass index	1.15	0.95-1.39	0.153
Parity	1.14	0.52-2.49	0.741

The effect of variables on the incidence of covid 19 infection

Multicenter Prospective Study of SNP-Based cfDNA Screening for Aneuploidy with Genetic Confirmation in 18,497 Pregnancies

Pe'er Dar¹, Bo Jacobsson², Cora Macpherson³, Fergal Malone⁴, Ronald J Wapner⁵, Ashley Roman⁶, Asma Khalil⁷, Revital Faro⁸, Rajeevi Madankumar⁹, Lance Edwards¹⁰, Hakon Hakonarson¹¹, Mary Norton¹²

¹Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology and Women's Health, Bronx, NY, 10461, USA

²Sahlgrenska University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Gothenburg, 413 45, Sweden

³The Biostatistics Center, George Washington University, Rockville, MD 20852, USA

⁴Rotunda Hospital, Royal College of Surgeons in Ireland, Department of Obstetrics and Gynecology, Dublin, D01 P5W9 Ireland

⁵Columbia Presbyterian Medical Center, Department of Obstetrics and Gynecology, New York, NY, 10032, USA

⁶New York University Langone, Department of Obstetrics and Gynecology, New York, NY, 10016, USA

⁷St George's Hospital, University of London, Department of Obstetrics and Gynecology, London, SW17 0RE, United Kingdom

⁸St. Peter's University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, New Brunswick, NJ 08901, USA

⁹Long Island Jewish Medical Center, Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Department of Obstetrics and Gynecology, New Hyde Park, NY, 11040, USA

¹⁰Suffolk Obstetrics & Gynecology, Port Jefferson, NY, 11777, USA

¹¹Center for Applied Genomics, Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, PA, 19104, USA

¹²University of California, San Francisco, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, San Francisco, CA, 94143, USA

Introduction: We evaluated performance of single-nucleotide polymorphism (SNP)-based cell-free DNA (cfDNA) screening for trisomies 13, 18, and 21 in a large unselected prospective cohort with genetic confirmation. We hypothesized equivalent performance to published studies without genetic confirmation.

Materials and Methods: Women who had SNP-based cfDNA for T13, T18 and T21 were recruited at 21 centers in 6 countries. Genetic confirmation was obtained for all pregnancies. Sensitivity, specificity, PPV and test failure rates were calculated. Performance of an updated algorithm was assessed.

Results: Of 20,887 women enrolled, 18,497 (88.5%) had genetic confirmation. 133 (0.72%) cases of trisomy were identified: n=102 T21, n=22 T18 and n=14 T13. 98.43% of women received a cfDNA result. Screen positive rate was lower in low- vs. high-risk cases (0.26% vs 2.1%, p<.0001). Sensitivity and specificity were similar between risk groups. PPV for all trisomies combined was lower in low-risk women (74.3% vs 94.1%, p=.003). Performance of the updated algorithm was not different than in the prospective cohort but had lower test failure rate after both first (1.46% vs. 3.3%, p<.0001) and second draws (0.60% vs. 1.57%, p<.0001).

Conclusions: In a large unselected cohort with genetic confirmation, high sensitivity and specificity for the common trisomies was corroborated in all risk groups. PPVs were >50% for all trisomies in women that are low-risk for aneuploidy. An updated algorithm decreased the no-call rate while maintaining performance.

Keywords: cell-free DNA (cfDNA), non-invasive prenatal screening (NIPS), fetal aneuploidy, trisomy 21, trisomy 18, trisomy 13

Multicenter Prospective Study of SNP-Based cfDNA for 22q11.2 Deletion in 18,290 Pregnancies with Genetic Confirmation

Pe'er Dar¹, Bo Jacobsson², Melissa Egbert³, Fergal Malone⁴, Ronald J Wapner⁵, Ashley Roman⁶, Asma Khalil⁷, Revital Faro⁸, Rajeevi Madankumar⁹, Lance Edwards¹⁰, Charlly Kao¹¹, Mary Norton¹²

¹Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology and Women's Health, Bronx, NY, 10461, USA

²Sahlgrenska University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Gothenburg, 413 45, Sweden

³Natera Inc, San Carlos, CA 94070 USA

⁴Rotunda Hospital, Royal College of Surgeons in Ireland, Department of Obstetrics and Gynecology, Dublin, D01 P5W9 Ireland

⁵Columbia Presbyterian Medical Center, Department of Obstetrics and Gynecology, New York, NY, 10032, USA

⁶New York University Langone, Department of Obstetrics and Gynecology, New York, NY, 10016, USA

⁷St George's Hospital, University of London, Department of Obstetrics and Gynecology, London, SW17 0RE, United Kingdom

⁸St. Peter's University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, New Brunswick, NJ 08901, USA

⁹Long Island Jewish Medical Center, Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Department of Obstetrics and Gynecology, New Hyde Park, NY, 11040, USA

¹⁰Suffolk Obstetrics & Gynecology, Port Jefferson, NY, 11777, USA

¹¹Center for Applied Genomics, Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, PA, 19104, USA

¹²University of California, San Francisco, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, San Francisco, CA, 94143, USA

Introduction: Cell free DNA (cfDNA) screening for 22q11.2 deletion syndrome (22q11.2DS) is clinically available; data on test performance are limited. We report here on the performance of SNP-based cfDNA in a large unselected cohort. We hypothesized that SNP-based cfDNA can detect 22q11.2DS deletions that are >500kb.

Methods: Patients who had SNP-based cfDNA for aneuploidy and 22q11.2DS were recruited at 21 centers in 6 countries. Genetic confirmation was obtained from prenatal or newborn DNA samples. All microdeletions larger than 500kb associated with 22q11.2DS were included in the primary analysis. An updated cfDNA algorithm that was blinded to pregnancy outcome was also evaluated.

Results: Of 20,887 women enrolled, 18,290 (87.6%) had both cfDNA and DNA confirmation results for 22q11.2DS. Twelve 22q11.2DS cases were identified by prenatal (n=3) or postnatal (n=9) testing, yielding a cohort prevalence of 1:1524. Sensitivity was 75.0% (95% CI: 42.8-94.5); specificity was 99.84% (95% CI: 99.77, 99.89); and PPV was 23.7% (95% CI: 11.4, 40.2). Sensitivity, specificity and PPV were all higher using the updated algorithm (83.3%; 99.95%, and 52.6%, respectively).

Conclusion(s): In a prospective cohort of 18,290 pregnancies with genetic confirmation, SNP-based cfDNA screening for 22q11.2DS had high sensitivity and specificity and detected both classic and nested deletions, with a PPV greater than 50% using an updated algorithm.

Keywords: cell-free DNA (cfDNA), non-invasive prenatal screening (NIPS), microdeletions, 22q11.2 deletion, single nucleotide polymorphism (SNP)

[SS-04]

Bir Üniversite Hastanesinde Sezaryen Ameliyatlarından Önce Yapılan Aydınlatmaların İncelenmesi: Neyi Eksik Yapıyoruz?

Cem Terece, Hasan Hüseyin Uçkan, Oğuz Furkan Şentürk, Gökçe Turan, Ayla Eser, Mehmet Zeki Taner
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Aydınlatma (bilgilendirme); kişiye uygulanacak tedavinin yararları, riskleri ve uygulanabilecek alternatif tedaviler hakkında gerekli bilgilerin verilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, Hekimlik Mesleği Etiği Kuralları'nda, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'te aydınlatmanın nasıl yapılması gerektiği hakkında maddeler yer almaktadır.

Yargıtay bazı kararlarında uygun aydınlatma yapılmamasından dolayı sağlık uygulayıcısına kusur atfedebilmektedir.

Bu çalışmamızda sezaryen ve intrapartum tubal ligasyon uygulanan olgulardan alınan aydınlatılmış rıza formlarını inceledik. Amacımız bu girişimlerden önce yapılan aydınlatmanın hukuki uygunluklarını değerlendirmek ve yapılan aydınlatmadaki eksikliklere dikkati çekmekti.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 01/07/2021-01/09/2021 tarihleri arasında sezaryenle doğum yapan ve intrapartum tubal ligasyon uygulanan hastaların aydınlatılmış rıza formları geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Belirtilen iki ay içinde 96 adet hastaya sezaryen ve/veya tubal ligasyon uygulanmıştı. Olguların %50'sinde sezaryen endikasyonu "geçirilmiş eski sezaryen" idi. Aydınlatılmış rıza formları incelendiğinde; olguların %60'ında aydınlatmanın yapıldığı saat yazılmamıştı. Yine bu formların hiç birinde aydınlatmayı yapan doktorun imzası ve kaşesi bulunmamaktaydı. Tüp ligasyonu uygulanan olguların aydınlatma formları incelendiğinde ise sadece %14'ünde aydınlatmanın yapıldığı saat yazılıydı ve bu aydınlatmaların tüp ligasyonu yapılmasından 12 saat önce yapıldığı tespit edildi.

Sonuç: Aydınlatılmış rıza formlarında hastayı bilgilendiren sağlık personelinin adının/soyadının ve imzasının bulunması gerekmektedir. Ayrıca bu formlara aydınlatmanın yapıldığı saat mutlaka yazılmalıdır. Aydınlatma için hastaya zaman ayrılmalı, hastaya rızası için yeterli süre tanınmalıdır. Özellikle tüp ligasyonu aydınlatması operasyondan hemen önce yapılmamalıdır.

Yetersiz aydınlatılma iddialarına karşı hekimin bu yükümlülüğünü yerine getirdiğinin ispatı açısından uygun aydınlatma yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aydınlatma, hasta hakları yönetmeliği, sezaryen, tüp ligasyonu, bilgilendirilmiş rıza formu

Prenatal Ultrasonografide Saptanmış Olan Fetal Yapısal Anomalilerde Prenatal Tüm Eksom Sekanslamanın Önemi

Tuğba Saraç Sivrikoz¹, Seher Başaran², İbrahim Halil Kalelioğlu¹, Yaman Sağlam³, Recep Has¹, Atıl Yüksel¹

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

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

³PREMED Genetik Tanı Merkezi

Amaç: Prenatal dönemde saptanmış yapısal fetal anomalilerin etyolojisinde karyotip anomalilerinden, mikrodelyasyon/duplikasyon sendromlarına kadar çok değişken spektrumda genetik sebepler yer almaktadır. Bunların tanısında konvansiyonel karyotipleme ve kromozomal mikroarray yaygın şekilde kullanılmakla beraber, tüm ekzom sekanslamanın (WES) bu alandaki yeri ve önemi tam olarak belirlenebilmiş değildir. Bu çalışmada prenatal ekzomun, prenatal ultrasonografi ile tanı almış yapısal anomalilerdeki öneminin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: İstanbul Tıp Fakültesi Prenatal Tanı Ünitesi ve PREMED Genetik Tanı Merkezi'nde tanı almış fetal yapısal anomali saptanan, karyotipleme ve kromozomal array çalışılması sonrasında, WES yapılmış 42 prenatal olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Elde edilen örnekler WES için Centogene Laboratuvarları (Almanya)'na gönderilerek çalışılmıştır.

Bulgular: Prenatal dönemde 42 olgudan 19'unda WES (%45.2) ile tanı koyulmuştur. Prenatal ultrasonografide saptanan yapısal anomalilerden 5'inde beyin, 6'sında kardiyak, 5'inde ürogenital sistem, 12'sinde iskelet sistemi, 11'inde yüz anomalisi, 5'inde ise hidrops fetalis eşlik etmekteydi. İskelet sisteminde saptanan yapısal anomalilerden 11/12'sinde, yüz anomalisi eşlik eden olguların 8/11'inde ise WES ile prenatal tanı koyularak en sık fayda gören iki grubu oluşturmaktadır. İskelet sisteminde en sık saptanan bulgular arasında ciddi tubuler kemik kısalığı, polidaktili, dar toraks yer alırken, yüz anomalileri Binder fenotipi, retromikrognati, katarakt ve mikroftalmi gibi prenatalde oldukça nadir saptanan bulgulardır. Kardiyovasküler sistemde en dikkat çekici özellik prenatal sol izomerizm saptanan bir olguda heterotaksi ile gen defekti bulunmasıdır. Hidrops fetalis tanısı almış olgulardan sadece birinde NIHF ile ilişkili gende defekt bulunurken, ürogenital sistemde PKB, hipekojen iri böbrek gibi nadir görülen 3 olguda ekzom ile tanı koyulmuştur. İzole olarak lizensefali bulgusu olan bir olgu, prenatal WES ile tanı almıştır. WES ile tanı alan olguların %73.6' (14/19) sında prenatal bulgu izole olarak bir sistemi kapsamaktadır.

Sonuç: Prenatal dönemde WES, sonografide saptanmış özellikle iskelet displazilerinde ve birliktelik gösteren nadir yapısal anomalilerin eşlik ettiği fetal bulgular varlığında, prenatal dönemde nadir görülen tek gen hastalıklarının tanısının koyulmasında oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: prenatal tanı, prenatal ultrasonografi, fetal yapısal anomali, tüm ekzom sekanslama, genetik danışma

Kliniğimizde 45 Yaş ve Üzeri Gebeliklerin Değerlendirilmesi: 3. Basamak Hastane Deneyimi

Reyhan Gündüz

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Kliniğimizde 45 yaş ve üzeri gebelerin maternal ve fetal durumlarını değerlendirmeye ve literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2015 Ocak- 2020 ağustos ayı tarihleri arasında 45 yaş üstü gebe olup kliniğimizde doğum yapan hastalar dahil edildi. Hastaların yaş, gravida, parite, abortus, yaşayan çocuk sayıları, önceki doğum şekilleri, sistemik hastalıkları, mevcut gebeliklerinin doğum şekli, sezaryen ile doğum yapan hastaların endikasyonları, doğumdaki gebelik haftaları, gebelikleri sırasında komplikasyon olup olmadığı, bebek doğum ağırlıkları not edildi. Bilgiler hastane arşivindeki dosyalardan elde edildi. İstatistikler SPSS 21 programı ile değerlendirildi. Hastaların doğumdaki gebelik haftaları son adet tarihlerine göre ya da son adet tarihini bilmeyen hastalar için 1. Trimester ultrasonografilerine göre hesaplandı. Doğumdaki gebelik haftaları 20 hafta altı veya doğum ağırlığı 500 gramdan az olan doğumlar abortus olarak değerlendirildi ve çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmayı yaptığımız tarihler arasında kriterlerimize uygun 80 gebe çalışmaya dahil edildi. Gebelerin yaş ortalamaları 46.2 ± 1.8 , gravida ortalamaları 7.4 ± 2.8 , doğumdaki gebelik haftası ortalamaları 34.3 ± 4.1 , bebek doğum ağırlığı ortalamaları 2660.5 ± 949.1 olarak hesaplandı. Gebelerimizin 59'unun (%73.8) sistemik hastalığı yoktu. 28 gebemizin (%35) daha önceki doğum şekli sezaryen, 50 gebemizin (%62.5) daha önceki doğum şekli normal vajinal doğumdu. Mevcut gebeliklerinin doğum şekli olarak 68 gebemizin (%85) sezaryen, 12 gebemizin (%15) normal vajinal doğumdu. Mevcut gebeliklerindeki sezaryen endikasyonları geçirilmiş sezaryen öyküsü dışında en sık 11 gebemizde (%16.2) malprezentasyon, 11 gebemizde (%16.2) preeklampsi olduğu tespit edildi. Çalışmaya dahil edilen 51 gebenin (%63.7) mevcut gebeliğinde komplikasyon geliştiği tespit edildi. En sık gelişen komplikasyon preeklampsi (%35.3) ve ikinci sıklıkta gestasyonel diabetes mellitus (%21.6) olduğu tespit edildi.

Sonuç: 45 yaş ve üzeri gebeliklerde sezaryen ile doğum ve gebelikte komplikasyon görülme oranının fazla olduğunu tespit ettik. Bu nedenle 45 ve üzeri yaşlarda gebe kalan hastalara ayrıntılı danışmanlık hizmeti verilmelidir. Gebelik takipleri düzenli olarak uzman doktorlar tarafından yapılmalı ve üçüncü basamak hastanelere ulaşabilmeleri kolaylaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fetal, ileri yaş gebelik, komplikasyon, maternal, sezaryen ile doğum

[SS-07]

Tek Umbilikal Arter Olgularının Değerlendirilmesi

Mehmet Ak, Mustafa Bertan Demir, Erzat Toprak
Kayseri Şehir Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum,Kayseri

Amaç: Tek umbilikal arter (TUA) en yaygın umbilikal kord anomalisidir. Antenatal izlemleri sırasında saptanan tek umbilikal arter olgularının, eşlik eden diğer anomaliler ve erken neonatal sonuçlarının incelenmesi

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamızda 29.06.2018-01.05.2021 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesinde yapılan rutin veya bir anomali sebebiyle yapılan ikinci düzey ultrasonografi sırasında saptanan TUA olguları retrospektif olarak incelenmiş ve maternal ve neonatal sonuçlar kaydedilmiştir. Bulgular: Toplam 1160 ikinci düzey ultrasonografik incelemenin 54 'inde tek umbilikal arter saptanmıştır(%4,7). 2 tanesi ikiz gebeliktir. Maternal yaş median 27 (19-39) olarak saptanmıştır, Gravida 2 (1-4) olarak saptanmıştır. Tanı haftaları 16 ila -37. Gestasyonel hafta olarak saptanmıştır. Olguların 30'u kız, 24'ü erkek cinsiyettedir. 9 olguya gebelik terminasyonu yapılmıştır.

Gebeliği devam edenlerden 2 tanesine intrauterin ölüm mevcuttur.24 tanesi normal spontan doğum,21 tanesi sezaryen doğum ile gerçekleşmiştir. Ortalama doğum haftası 38,3 (31-41), doğum kilosu 2965 (985-3950) olarak saptanmıştır. Kardiak anomalilerden 2 VSD, 1 pulmoner atrezi, 1 hipoplastik sol kalp kalp, 6 olguda da hiperekojen odak saptanmıştır. 1 olguda Dandy Walker,2 olguda iskelet displazisi, 3 olguda pelvikaliksiyel ektazi,1 multistikistik displastik böbrek,1 omfolosel,1 akrania,2 ventrikulomegali saptanmıştır.

Sonuç: Prenatal ultrasonografi tek umbilikal arterle birlikte pek çok anomaliyi gösterir özellikle nöral tüp defektlerinin bir komponenti olabilir, başka ek anomalisi bulunmayan olgularda TUA tanısı gebeliğin seyrinde veya doğum yönetiminde değişiklik gerektirmez.

Anahtar Kelimeler: Tek umbilikal arter, prenatal tanı, ultrasonografi, konjenital anomaliler, umbilikal kord

Unilateral Pulmoner Agenezinin Ultrason ile Tanısı

Güray Tuna, Selçuk Atalay, Nihal Çallıoğlu, Fırat Ersan, Hakan Erenel, İbrahim Polat
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Pulmoner agenezi yaklaşık 15.000 gebelikte 1 karşılaşılan, nadir görülen bir gelişimsel durumdur(1,2). Bir veya her iki akciğerin tamamen yokluğu şeklinde karşımıza çıkabilir. Prenatal tanı nadirdir ve tanı genellikle doğumdan sonra konur. Prenatal ultrason ile tanı koyduğumuz ve postnatal akciğer grafisi ve bilgisayar tomografi ile tanımızı doğruladığımız vakayı sunuyoruz.

Olgu: 26 yaşında, gravida 1, parite 0 olan, tip 1 diyabet tanılı 21 hafta monokoryonik diamniyotik ikiz gebelik tarafımıza dekstrocardi nedeni ile refere edildi. Yapılan anatomik incelemede fetuslardan birinde dekstrocardi saptandı ve kardiyak apeksin 60 derece ile sağa deviye olduğu görüldü. Torasik kitle ya da diafragma hernisi izlenmedi. Ventriküller dengeli idi. Atrioventriküler ve ventrikuloarteryel konkordans izlendi. Aort çıkışı normal izlendi. Pulmoner arterde çatallanma yoktu sadece sol dalı izlendi. Bu bulgularla ön planda sağ pulmoner agenezidüşünüldü. Fetusta ve ikiz eşinde ilave anomali saptanmadı. Fetal MR çekilmesi önerildi hasta kabul etmedi.

Hasta gebeliğin 28. Haftasında Covid 19 enfeksiyonu nedeniyle servise yatırıldı. Saturasyonlarının düşmesi üzerine yoğun bakıma alındı. 29 hafta 6 gün iken fetal distress nedeniyle acil sezaryenle doğum gerçekleşti. Pulmoner agenezili yenidoğan 1156gr, 5/7 apgarla doğurtuldu. Postnatal klinik, radyografik ve ekokardiyografik incelemeler antenatal bulguları doğruladı. Akciğer grafisinde sağ hemitoraks boş izlendi. Postnatal yenidoğan ekokardiyogramında sağ pulmoner arter ve venin yokluğu doğrulandı. Yine BT ve BT anjiyografi ile sağ akciğer ve pulmoner arter yokluğu doğrulandı. Postnatal 47 gününde taburcu edildi. Yatışı boyunca prematüriteye bağlı komplikasyonlar için tedavi verildi. 6 ay sonra tekrar kontole çağırıldı.

Tartışma: Pulmoner agenezisin prenatal tanısı zordur çünkü mediastinal shiftin çeşitli nedenleri vardır. Bunlar arasında diafragmatik herni, konjenital kistik adenoid malformasyon, pulmoner sekestrasyon, amfizem, mediastinal teratom, nöroblastom, heterotaksi sendromu ve izole dekstrocardi sayılabilir(2,3,4,5). Tanıyı doğrulayan en önemli bulgu pulmoner arter bifurkasyonunu ve lezyona ipsilateral pulmoner venleri görememektir. Prenatal MR veya postnatal BT ile tanıyı doğrulamak gerekir.

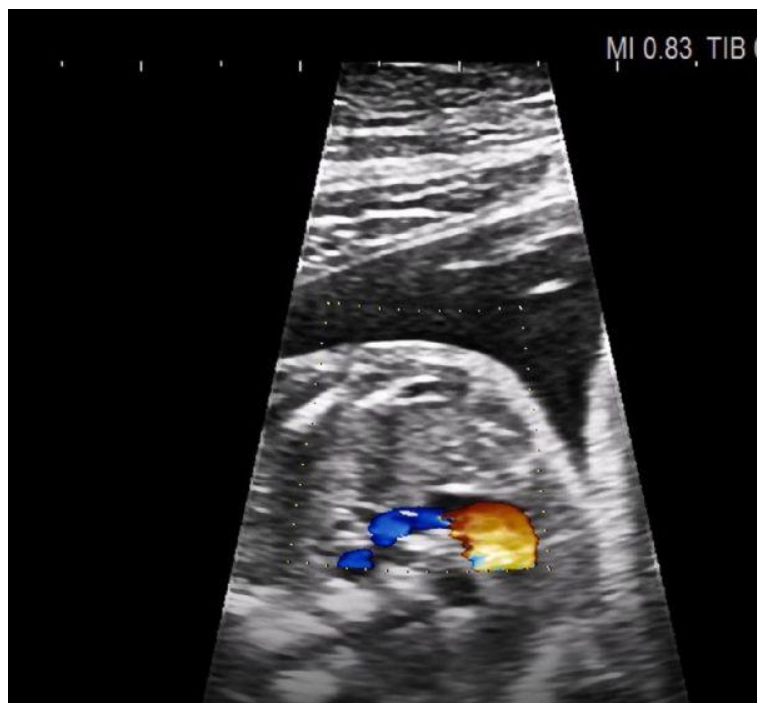
Literatürde prenatal tanı konulan olgular arasında sağ sol oranı yaklaşık 5:1'dir(1,2,6) Bunun sebebi sağ pulmoner agenezide daha fazla mediastinal kayma ve daha yüksek insidanda ek anormallilerin görülmesidir(1,2).

Anahtar Kelimeler: fetal toraks hastalıkları, preanatal tanı, pulmoner agenezi, pulmoner hipoplazi, 2. düzey ultrason

3 Damar



Bifurkasyon



Kardiyak Aks



Yenidoğan Akciğer Grafisi



Yenidoğan Bt Anjiyo



The Importance of Fetal Adrenal Gland Volume Measurement in Successful Labor Induction

Belma Gözde Özdemir¹, Halis Özdemir², Cemal Reşat Atalay³

¹Adıyaman Gölbaşı Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü

³Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

Objectives: We aimed to show the predictive value of fetal adrenal gland volume measurement in the success of labor induction with oxytocin.

Methods: This is a prospective cohort study that included a total of 103 primigravidae with maternal and fetal low risk. Immediately after deciding to induce labor with oxytocin, the patients underwent a control ultrasonographic examination and their right and left fetal adrenal gland measurements were obtained.

Results: Induction success was achieved in 89 (86.4%) of 103 pregnant women. Caesarean section was performed in 14 pregnant women (13.6%) with failed induction. In comparison of the fetal adrenal gland volume values by induction success (successful - failed), the total volumes of right and left fetal adrenal glands and the fetal zone volumes were found to be statistically significantly higher in pregnant women with successful induction than those with failed induction ($p < 0.001$). In predicting induction success, the cut-off value of fetal adrenal gland volume (cFAGV) was set as >233.4 mm³/kg for total adrenal gland and it had a sensitivity of 94.4% and a specificity of 85.7%, as well as an AUC value of 0.886 ($p < 0.001$). The cut-off value of cFAGV was set as >28.2 mm³/kg for fetal zone volume and it had a sensitivity of 91% and a specificity of 92.9%, as well as an AUC value of 0.927 ($p < 0.001$).

Conclusions: Predicting the success of induction is subject to a set of algorithms. High predictive parameters can be used for clinical evaluation. 2D ultrasonographic measurement is an easy-to-access and noninvasive method that can be integrated to the algorithms to predict the success of induction based on fetal adrenal gland volume measurement.

Keywords: fetal adrenal gland size, fetal adrenal zone, induction, oxytocin, term pregnancy, ultrasound

Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Başarısı İçin Uterus Alt Segment Kalınlığı ve Servikal Kanal Uzunluğu Ölçümlerinin Öngörü Değerlerinin İncelenmesi

İrana Gorchiyeva, Taha Takmaz, Rana Dural, Ayşe Filiz Gökmen Karasu, Mehmet Serdar Kütük
Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı,
İstanbul

Amaç: Dünyada sezaryen oranları her geçen gün artmaktadır. Önceden sezaryen doğum yapmış birçok kadın için sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) uygulanabilir bir prosedürdür. Çalışmamızda SSVD başarısında sonografik uterin alt segment ölçümlerinin prediktif değerini inceledik. Yöntem: Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2019 ve 2021 yılları arasında SSVD amacıyla takibe alınan gebelerin verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya 18-45 yaş arası, daha önce 32.hafta ve üzerinde alt segment transvers insizyonu ile sezaryen doğum yapmış, verteks prezentasyon, tahmini fetal ağırlığı 4250gr altında olan, antenatal takiplerde herhangi bir fetal anomali saptanmayan gebeler dahil edildi. Tüm hastalara 37. haftada transvajinal ultrasonografi ile alt segment total kalınlık, rezidüel myometriyal kalınlık ve servikal kanal uzunluğu ölçümleri yapıldı. Hastaların temel demografik, obstetrik, klinik ve sonografik verileri, maternal ve neonatal sonuçları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 65 hastadan 45'inde (%69.2) SSVD denemesi başarılı oldu, 20 hasta (%30.8) sezaryen doğum gerçekleştirdi. İki grup temel demografik veriler açısından benzerdi ($p>0.05$). Başarılı SSVD grubunda 10(%22.2), başarısız grupta ise 17(%85) hastaya doğum indüksiyonu uygulanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir($p<0,001$).

Hospitalizasyon sırasındaki BISHOP skorları değerlendirildiğinde başarılı SSVD grubunda anlamlı olarak yüksek görülmüştür [5(1-11) vs 2(1-11) $p<0.001$]. Servikal uzunluk, başarılı SSVD grubunda anlamlı olarak daha kısayken total alt segment kalınlığı (TASK) ve rezidüel myometriyal kalınlıkta (RMK) iki grup arasında fark izlenmemiştir [sırasıyla (37.48±9.08 vs 41. 4±6, $p=0.047$), (4.49±1.33 vs 4.72±1.97, $p>0.05$), (2.04±0.8 vs 2.07±0.92, $p>0.05$)] (Tablo 1). Çalışmamızdaki sadece 1 olguda SSVD esnasında uterus ve mesane rüptürü gelişmiştir; olgunun alt segment kalınlığı 2,3 rezidüel myometrial kalınlığı 1,1 kaydedilmiştir. Lojistik regresyon analizinde doğum indüksiyonun SSVD başarısını anlamlı derecede azaltan tek faktör olduğu ortaya konmuştur ($p=0.036$)(Tablo 2).

Sonuç: Alt segment ölçümlerinin SSVD başarısını öngörmede değeri yoktur. SSVD başarısını öngören en önemli faktör doğumun spontan başlamasıdır.

Anahtar Kelimeler: sezaryen sonrası vajinal doğum, sezaryen, total alt segment kalınlığı, ultrasonografi, uterin rüptür

Tablo 1. Sezaryen Sonrası Normal Doğum Girişimleri Başarılı Olan ve Olmayan Gebelerin Temel Demografik, Obstetrik, Klinik Ve Sonografik Verilerinin Karşılaştırılması

Değişken	Başarılı SSVDD (n=45)	Başarısız SSVDD (n=20)	p
Anne yaşı	29.93± 3.93	30.2 ± 5	0.817
VKİ	29.34±4.28	30.8±4.61	0.219
Gravida	2(2-9)	2(2-4)	0.85
Parite	1(1-2)	1(1-3)	0.573
Abortus	0(0-6)	0(0-2)	0.883
NSD öyküsü	9(20)	3(15)	0.741
NSD sayısı	0(0-1)	0(0-2)	0.7
Önceki CPD öyküsü	12(26.7)	8(40)	0.282
Doğum Aralığı	39(18-183)	30(20-267)	0.905
Doğum İndüksiyonu	10(22.2)	17(85)	<0.001
Doğumdaki gestasyonel yaş (gün)	281(259-292)	280(259- 287)	0.776
Tahmini fetal ağırlık	3500(2460-3980)	3323(2350-3986)	0.792
Doğum ağırlığı	3505±378	3437±465	0.535
Kız Cinsiyet	27(60)	9(45)	0.291
BISHOP	5(1-11)	2(1-11)	<0.001
Servikal Uzunluk	37.48±9.08	41. 4±6	0.047
TASK	4.49±1.33	4.72±1.97	0.632
RMK	2.04±0.8	2.07±0.92	0.9

Değerler ortalama±sd, medyan (min-maks) veya % ve sayı olarak rapor edildi. p<0.05, istatistiksel olarak anlamlı fark. SSVDD: Sezaryen sonrası vajinal doğum denemesi VKİ: Vücut kitle indeksi NSD: Normal spontan doğum CPD: Sefalopelvik uygunsuzluk TASK: Total alt segment kalınlığı; RMK: Rezidüel myometriyal kalınlık

Tablo 2. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Başarısı ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Değerlendirmesi

Sonuçlar (bağımlı) değişkenler	OR	%95 güven aralığı	P
Anne yaşı	1.17	0.841-1.635	0.349
Doğum Aralığı	1.0	0.96-1.03	0.955
VKİ	0.97	0.80-1.198	0.809
Servikal uzunluk	1.09	0.953-1.261	0.198
Total alt segment	0.86	0.08-4.09	0.751
Rezidüel myometriyum	0.583	0.588	0.08-4.09
Tahmini fetal ağırlık	1	0.99-1	0.902
Bishop	0.948	0.572-1.57	0.837
Doğumdaki gestasyonel yaş (gün)	0.937	0.8-1.09	0.401
Eski cs endikasyonu	1.54	0.14-16.8	0.72
Doğum İndüksiyonu	0.43	0.002-0.817	0.036
Membran rüptürü	4.9	0.47-51.13	0.18
Cinsiyet	1.8	0.29-11.0	0.524
NSD öyküsü	3.48	0.11-10.1	0.468

p<0.05, istatistiksel olarak anlamlı fark. OR- Odd ratio VKİ: Vücut kitle indeksi NSD: Normal spontan doğum

Fetal Posterior Fossanın Değerlendirilmesinde Vermis-Crest Açısının Ölçümü

Ceren Aydın, Erkan Çağlıyan, Süreyya Sarıdaş

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Çalışmada, fetal anomali taramasında konjenital anomali saptanmayan gebelerde normal posterior fossa anatomisinin değerlendirilmesinde üç boyutlu ultrasonografi ile vermis-crest açısının(VCA) ölçülmesi, bu açının gebelik haftasına göre dağılımının belirlenmesi, gözlemciler içi ve gözlemciler arası tekrarlanabilirlik karşılaştırılarak klinik pratikte uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

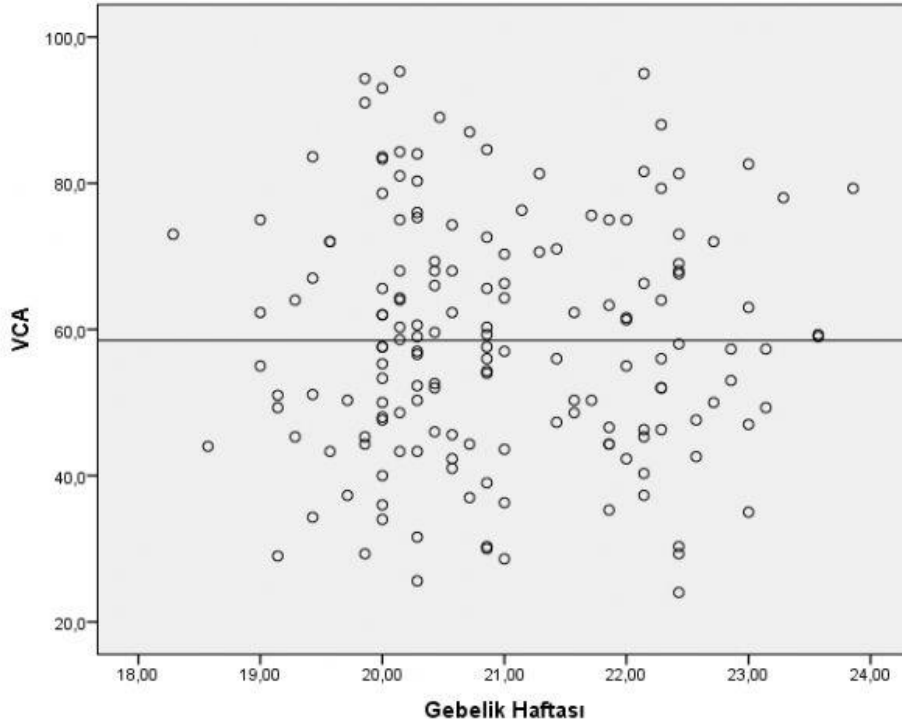
Yöntem: Çalışmaya Mart 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği' ne fetal anomali taraması amacıyla başvuran 18-22. gebelik haftasındaki hastalar dahil edilmiştir. Hastaların iki boyutlu olarak rutin fetal anomali taraması tamamlandıktan sonra, fetal beyin yapılarının transventriküler ve transserebellar planda üç boyutlu ultrason görüntüsü alınarak kaydedilmiştir. Aksiyal planda transvers serebellar çap, sisterna magna ve vermisin horizontal çapı(Resim 1); midsagittal planda ise vermisin süperoinferior ve anteroposterior çapı(Resim 2) ve VCA(Resim 3) ölçülmüştür. Ayrıca vermis volümü ve vermis alanı hesaplanmıştır. Bütün ölçümler iki farklı gözlemci tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 162 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması $28,85 \pm 5,31$ (18-42), ortalama gebelik haftası ise $20,96 \pm 1,18$ (18-23) olarak hesaplanmıştır(Tablo 1). Ortalama VCA değeri $58,49 \pm 16,47$ olarak tespit edilmiştir(Grafik 1). Her iki gözlemci tarafından ölçülen VCA, volüm ve alan değerlerinin hem gözlemciler içi hem de gözlemciler arası karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır($p < 0,001$)(Tablo 2). Vermis volüm ve vermis alan değerleri ile gebelik haftası arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanırken($p < 0,001$); vermis-crest açısının gebelik haftasından bağımsız olduğu saptanmıştır($p > 0,05$).

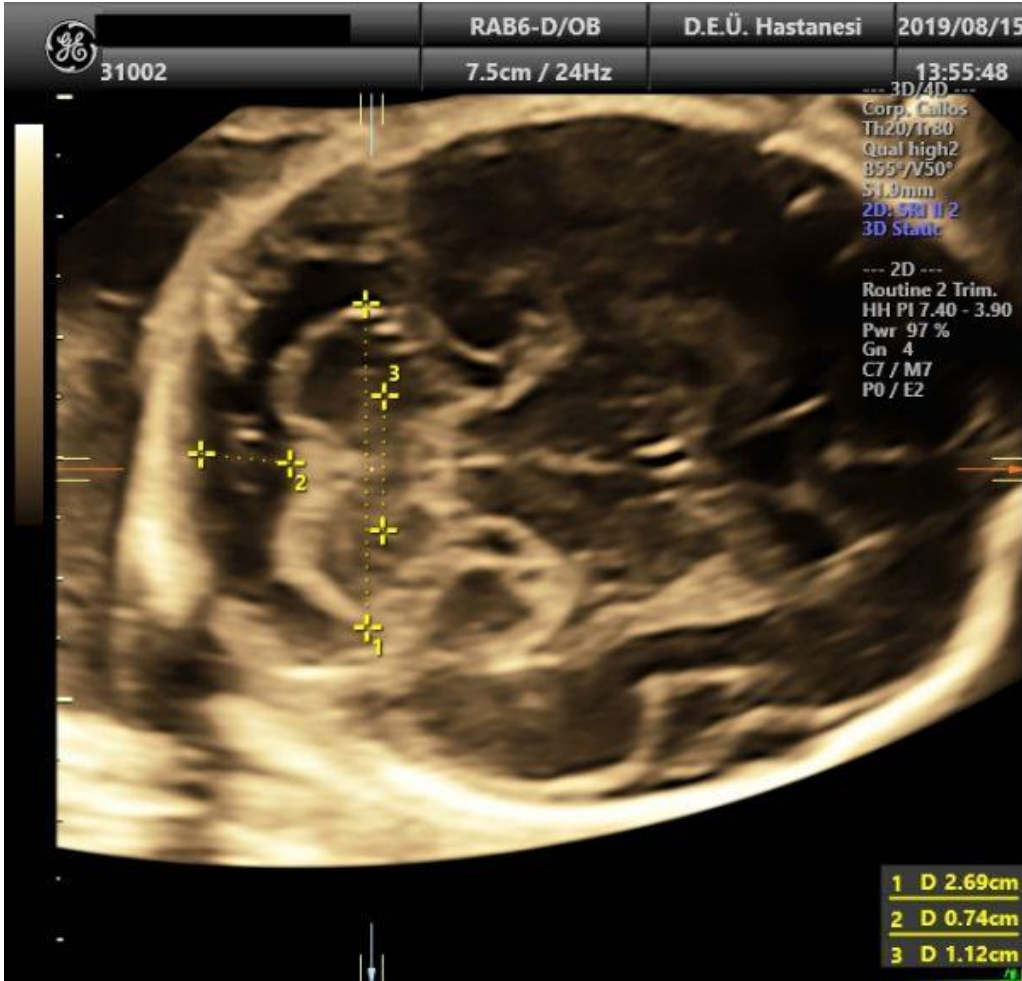
Sonuç: Posterior fossa anatomisinin detaylı bir şekilde değerlendirilebilmesi için üç boyutlu ultrasonografi oldukça önem kazanmıştır. Vermis-crest açısı ile vermis biyometrisinin birlikte değerlendirilmesinin klinik pratikte oldukça uygulanabilir olacağı ve posterior fossa anomalisi tanısının konulmasında büyük yarar sağlayacağı öngörülmektedir. Bu açı fetal MRG gibi farklı görüntüleme yöntemleri ile değerlendirildiğinde posterior fossa ile ilgili patolojilerde oldukça yol gösterici olacaktır. Yapılacak çalışmalar posterior fossanın farklı görüntüleme yöntemleri ile incelenmesine ışık tutarak, anomalilerin ayırıcı tanısına yardımcı olacak; bu hastaların yönetimi ve hastalara uygun danışmanlık sağlanması için temel oluşturacaktır.

Anahtar Kelimeler: Üç boyutlu ultrasonografi, Posterior fossa anatomisi, Prenatal tanı, Vermis biyometrisi, Vermis-crest açısı

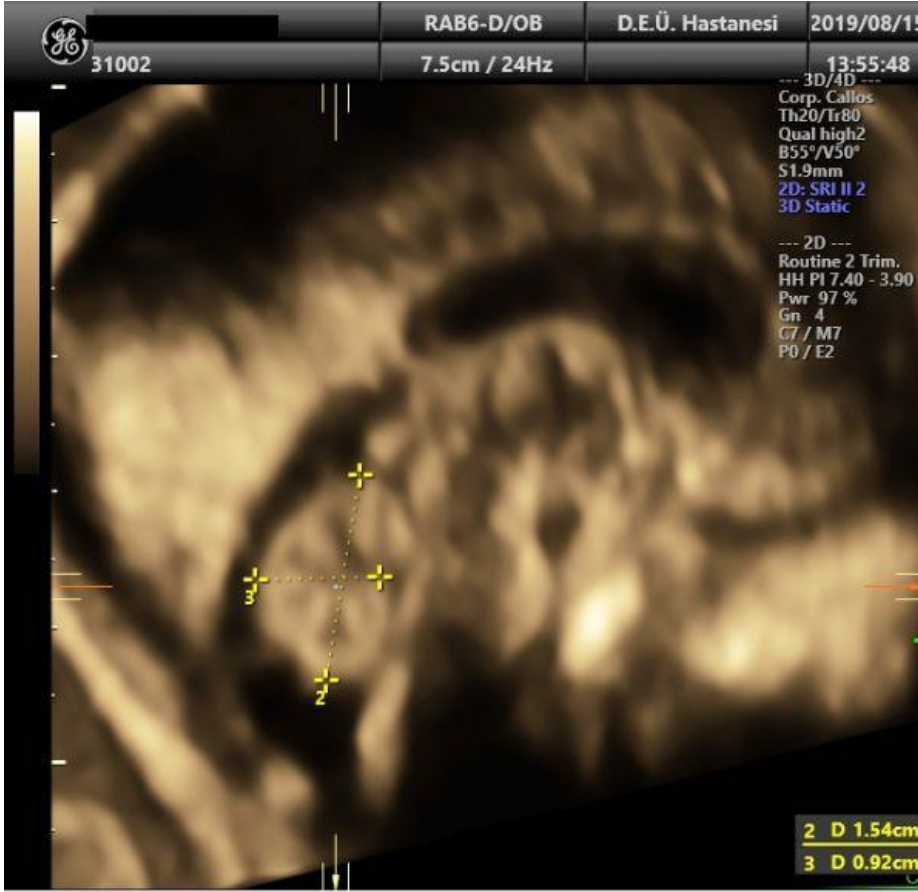
Grafik 1. Hastaların (n=162) gebelik haftasına göre VCA değerinin dağılımı



Resim 1. Aksiyal Düzlemde TCD (1), CM boyutu (2) ve Vermis Horizontal Çap (3) Ölçümü



Resim 2. Midsagittal Planda Vermis Süperoinferior Çap (2) ve Anteroposterior Çap (3) Ölçümü



Resim 3. Midsagittal Planda Vermis-Crest Açısının Ölçümü



Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri ve Perinatal Sonuçları

	n (%)	Ortalama±StandartSapma	Aralık
Yaş, yıl	162 (%100)	28,85±5,31	18-42
Gebelik haftası, hafta		20,96±1,18	18-23
Gravida		1,98 ± 1,08	1-6
Parite			
-Nullipar	73 (%45,1)		
-Multipartar	89 (%54,9)		
Sigara kullanımı			
-Var	0 (%0)		
-Yok	162 (%100)		
Doğum ağırlığı, gr		3264 ± 423,7	2460-4230
Doğum cinsiyeti			
-Erkek	85 (%52,5)		
-Kız	77 (%47,5)		
5. dk APGAR skoru		9,07 ± 0,64	7-10

Tablo 2. VCA, Vermis Volümü ve Vermis Alanının Gözlemciler Arası ve Gözlemciler İçi Tekrarlanabilirliği

	VCA	Vermis volümü	Vermis alanı
Grup	ICC (%95 CI)	ICC (%95 CI)	ICC (%95 CI)
Gözlemciler arası	0,906 (0,832-0,947)	0,951 (0,908-0,973)	0,944 (0,862-0,973)
Gözlemciler içi	0,791 (0,60-0,887)	0,865 (0,761-0,924)	0,916 (0,851-0,953)

ICC: intraclass correlation coefficient, CI: confidence interval

Nöral Migrasyon Anomalisi Olan Fetüste Homozigot HPDL Gen Mutasyonu ve Nörodejeneratif Hastalık Tanısı

Halis Özdemir¹, Nuriye Aslı Melekoğlu²

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji BD, Malatya

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan BD, Malatya

Giriş: Kortikal tabaka oluşumu için nöral migrasyon gebeliğin 12-24. haftaları arasında gerçekleşir (1). Nöral gelişim üzerinde çok sayıda gen kompleks bir ilişki içindedir. Bu olgu sunumunda da prenatal dönemde nöral migrasyon anomalisi tanısı konulan ve WES sonucunda HPDL geninde homozigot mutasyon saptanan hastanın kliniği verilerek literatüre katkı amaçlanmıştır.

Olgu: 20 yaşında ve gravida 1 olan hasta kliniğimize ilk defa 3. trimester başında ventrikülomegali nedeniyle başvurdu. Aile öyküsünde 1.derece akraba evliliği olduğu, ailede işitme kaybı ve zihinsel geriliği olan bireylerin olduğu öğrenildi. Kliniğimizde yapılan sonografisinde hidrosefali, MCM, geniş CSP, ince korpus kallosum ve bilateral koroid pleksus kisti saptandı. TORCH paneli negatif olan hasta genetik tanı için invazif test yapılmasını kabul etmedi. Obstetrik MR sonucu sonografi bulguları ile uyumlu olarak raporlandı. İlerleyen dönemde ek olarak silvian fissurun gelişiminin geri olduğu, pakigria, lateral ventrikül içinde septasyonlar ve araknoid mesafenin arttığı izlendi. 38w5d iken hasta makat prezentasyon endikasyonu ile sezaryena alınarak 2780 gr ağırlığında ve 51 cm boyunda erkek bebek doğurtuldu. Asfiksi bulguları olmayan bebeğin fizik muayenesinde kas tonusunun artmış olduğu izlendi ve hipoventilasyonu dikkati çekti. Klinik izlemde ilk günden başlayan tonik vasıflı konvulzif hareketleri olan yenidoğanın çekilen serebral MR'ında hidrosefali olduğu, serebral sulkusların izlendiği, ekstra aksial BOS mesafesinin arttığı ve serebral beyaz hacmin belirgin azaldığı raporlandı. EEG'sinde epileptik deşarjlar bulunan bebeğin antiepileptik tedavisi düzenlendi. Genetik incelemede karyotip ve mikroarray sonuçları normal olunca tüm exom dizilime yapıldı. Sonuç HPLD geninde c.557_563dupTTTGCCA (p.Ser192Alafs*6)[NM_032756.3] homozigot varyant izlendi. Segregasyon analizinde anne ve babanın da bu varyantı heterozigot taşıdığı saptandı.

Tartışma: HPDL geni kromozom 1p34 üzerinde bulunur ve metalloenzimlerin visinal oksijen şelatı (VOC) süper ailesine ait bir mitokondriyal proteindir (2). Son dönemlerde literatürde progresif spastisite ile giden nörogelişimsel bozukluk ve beyin beyaz cevher anormalliklerine (NEDSWMA) HPDL genindeki (618994) homozigot veya bileşik heterozigot mutasyonların neden olabileceğine dair yayınlar ortaya çıkmıştır (2,3). Olgumuzun bu yeni mutasyonla literatüre katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: HPDL geni, nörosonografi, nöral migrasyon anomalisi, nörodejeneratif hastalık, ultrasonografi

Şekil 1



28 hafta 4 günlük fetus dilate CSP, ventrikülomegali

Şekil 2



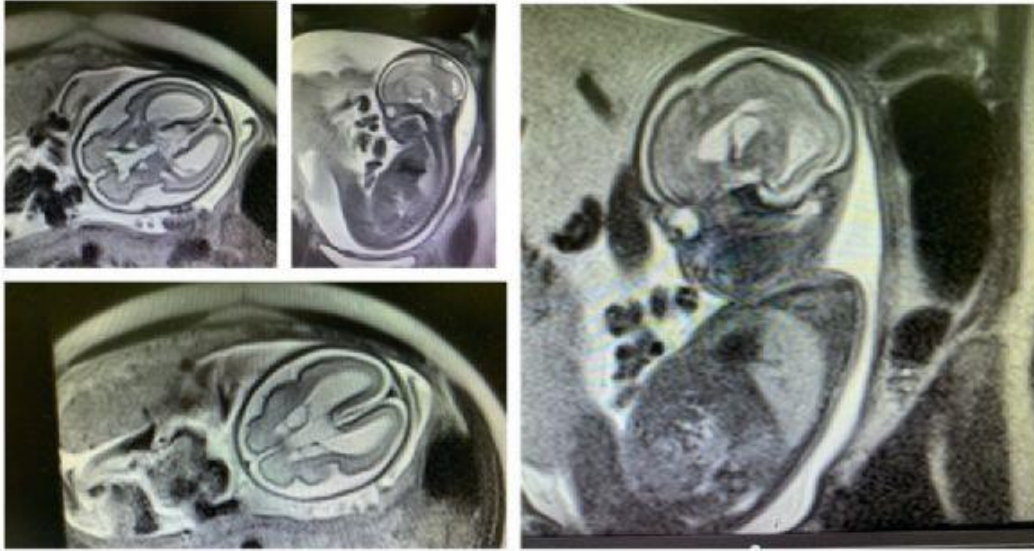
33 hafta 6 günlük fetus, ventrikülomegali ve silvian fissurun operkulazasyonunun %50 den az olduğu izlenmektedir.

Şekil 3



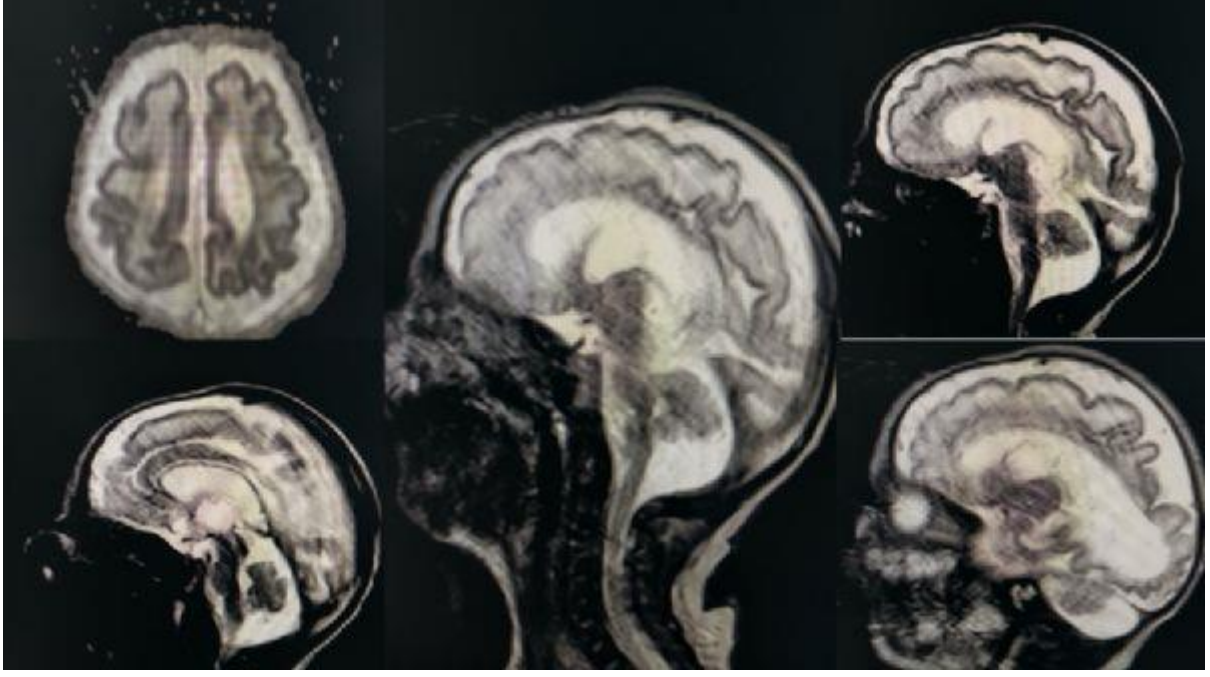
38 hafta 3 günlük fetus, ventrikül içinde kistik yapılar izlenmektedir.

Şekil 4



Fetal MR 29 haftalık fetus, ventrikülomegali, ventrikül içinde kistik yapılar izlenmektedir

Şekil 5



Postnatal MR, artmış BOS mesafesi, ince korpus kallosum, ince beyaz cevher

Tersiyer Merkez Santral Sinir Sistemi Anomalilerinin Değerlendirmesi

Güray Tuna, Selçuk Atalay, Nihal Çallıoğlu, Fırat Ersan, Işıl Turan Bakırcı, Hakan Erenel, Pakizer Banu Kılıçoğlu Dane, İbrahim Polat
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Santral sinir sistemi (SSS) anomalileri kardiyak anomalilerden sonra ikinci sık rastlanan konjenital anomalilerdir. Prenatal tanı koyulma oranları anensefalide yüksek iken migrasyon anomalilerinde düşmektedir. Bu çalışmada hastanemiz perinatoloji konseyinde değerlendirilen SSS anomalilerinin sıklığının, özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi perinatoloji konseyinde 07.07.2020-29.09.2021 tarihleri arasında, fetusta SSS anomalisi saptanan gebeler dahil edildi. Olguların retrospektif olarak dosya kayıtları incelenerek maternal özellikler, konsey anındaki durumları, konsey sonuçları kaydedildi. Sonuçlar SPSS 25.0 programına kaydedilerek istatistiksel analizleri yapıldı.

Bulgular: SSS anomalisi olan 157 gebe saptandı. Çalışma grubunun klinik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Ortalama anne yaşı 28.7 ± 5.9 , gravida 2.7 ± 1.5 , parite 1.3 ± 1.3 , abortus 0.3 ± 0.7 olarak hesaplandı. Fetal SSS anomalisinin belirlendiği ortalama gebelik haftası 24 ± 6.6 idi.

63(%39) hastada nöral tüp defekti izlendi. Nöral tüp defektlerinin dağılımı tablo 2’de özetlenmiştir. 47 (%29) hastada ventrikülomegali izlendi. 5 (%3) hastada migrasyon anomalisi izlendi (3 alobar holoprozensefali, 2 lobar holoprozensefali). 21 (%13) hastada korpus kallozum agenezisi veya disgenезisi izlendi. (%13,3). Serebellar malformasyon 5 (%3) hastada izlendi (Dandy walker 2, serebellum hipoplazisi 3). 4 (%29) hastada Blake pouch kisti izlendi. 1 (%0,5) hastada Galen ven anevrizması saptandı. 3 (%1,7) hastada intrakraniyal kanama saptandı. 2 (%1,1) hastada tethered kord saptandı. 1 tanesinde doğum sonrası kapalı NTD olduğu ve lipomu olduğu saptandı. 1 (%0,5) hastada şizensefali saptandı. 5 (%3,1) hastada araknoid kist ve koroid pleksus kisti izlendi. 33 (%18,8) hastada fetal MR çekildi. Bir hasta dışında ultrasonla konulan tanıları destekler bulgular saptandı. 43 (%24) hastada SSS dışında da anomaliler izlendi. En çok izlenen anomali pes ekinovaruştur. Anomali izlenen sistemler tablo 3de gösterilmektedir.

Yaşamla bağdaşmayan ya da kötü prognoza sahip olan 111(%63) hastaya terminasyon seçeneği sunuldu. 63 hasta gebeliği sonlandırmak istedi. Ağır polihidramniosu olan ve fetosid ile terminasyon yapılan vakalardan birinde plasenta dekolmanı gerçekleşti. Diğer fetosid uygulamalarında komplikasyon olmadı.

Sonuç: Nöral tüp defektleri ve ventrikülomegali en sık karşılaşılan SSS anomalileridir. Ultrason dışında fetal MR SSS anomalilerini değerlendiren yardımcı olmaktadır. Ayrıntılı anatomik incelemede saptanan yaşamla bağdaşmayan ve kötü prognozlu SSS anomalilerine terminasyon seçeneği sunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: fetasl ultrasonografi, santral sinir sistemi anomalisi, kromozom anomali, multiple anomali, tersiyer merkez

Tablo1	Ortalama	SS	Min-Maks
Maternal yaş (ort+SS)	28,7	5,94	17-44
Gravida	2,7	1,5	1-7
Parite	1,3	1,3	0-5
Abortus	0,3	0,7	0-3
Tanı aldığı gebelik haftası	24	6,6	12-38

Tablo 2	n
Akrani,anensefali,ekzensefali,	21
Ensefalosel	9
Frontal	1
Parietooksipital	3
Oksipital	5
Spina Bifida	33
Torakal	2
Torakolumbar	6
Lumbar	5
Lumbosakral	16
Sakral	3

Tablo3	n	%
iskelet sistemi	18	(%41)
kardiyovaskuler sistem	15	(%34)
Gastrointestinal sistem	6	(%13)
Üriner sistem	3	(%6,9)
Solunum sistemi	1	(%2,3)

Ultrasonografik Görüntülemelerde Fetal Serebral Ventrikülomegali Saptanan Olgularda Eşlik Eden Yapısal ve Kromozomal Anomalilerin Değerlendirilmesi

Erkan Çağlıyan¹, Süreyya Sarıdaş Demir¹, Samican Özmen¹, Ceren Aydın¹, Egehan Bilen¹, Handan Güler², Elif Yaşar², Derya Erçal³, Elçin Bora³, Tufan Çankaya³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Çalışmada fetal serebral ventrikülomegali olgularını hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırmak ve bu olgularda eşlik eden yapısal, genetik anomalileri, obstetrik ve neonatal sonuçları değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2009-Aralık 2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiş retrospektif bir çalışmadır. Söz konusu tarihler arasında takipleri sırasında ventrikülomegali saptanan olgular ve dış merkezden tarafımıza ventrikülomegali öntanısı ile sevk edilmiş ve muayenelerinde tanılar doğrulanmış olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Ventrikülomegaliler hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırılmış, eşlik eden yapısal ve genetik anomalilerin tespiti için manyetik rezonans görüntüleme ve genetik tanı testleri uygulanmıştır. Doğum yapan hastalarda nörogelişimsel sonuçlar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 87 hasta dahil edilmiştir. Hastaların tanı anındaki ortalama gebelik haftası 24 hafta 4 gündür (Tablo 1). Hastaların %32,2'sinde hafif, %20,6'sında orta, %47,2'sinde ağır ventrikülomegali tespit edilmiştir (Tablo 2). Ağır ventrikülomegali olgularında eşlik eden anomali sıklığı anlamlı olarak daha yüksek saptanmış olup en sık eşlik eden anomali korpus kallozum agenezisi-disgenezisi (Tablo 3). 33 hasta genetik tanı testlerini kabul etmiş olup yalnız 1 hastada (%3,7) anormal karyotip (69-XXX) saptanmıştır. Doğum sonrası 38 hastada sonuçlara ulaşılmış olup ventrikülomegali derecesi ile nörogelişimsel sonuçlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4).

Sonuç: Ventrikülomegali, 15. gebelik haftasından itibaren lateral ventrikül atrial çaplarının 10 mm'nin üzerinde olması olarak tanımlanır ve yaklaşık 1000 doğumun 2'sinde görülmektedir.

Ventrikülomegaliler hafif (10-12 mm), orta (13-15 mm) ve ağır (>15 mm) olarak sınıflandırılmaktadır. Ventrikülomegali etiolojisinde metabolik bozukluklar, intrauterin enfeksiyonlar, kromozomal anomaliler, beyin omurilik sıvısının sentezinde artış veya emiliminde azalma, migrasyon anomalileri, intraserebral kanamalar gibi birçok faktör rol oynamaktadır. İzole hafif-orta ventrikülomegalilerde obstetrik ve neonatal sonuçlar iyiye, ventrikülomegali ağırlaştıkça eşlik eden anomali sıklığı artmakta ve prognoz kötüleşmektedir. Ventrikülomegalinin dinamik bir süreç olduğu ve daha önce saptanamamış anomalilerin takipleri sırasında tespit edilebileceği; ekspektan yaklaşım, gebeliğin terminasyonu, preterm doğum, fetal cerrahi dahil olmak üzere tüm tanı, takip ve tedavi seçeneklerinin multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: fetal serebral ventrikülomegali, fetal nörosonografi, prenatal tanı, korpus kallozum agenezisi, nörogelişimsel bozukluklar

Tablo 1. Çalışmaya Dahil Olan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	N=87 Ortalama±SD, Aralık	Yüzde%
Yaş,yıl	28±5,6 (18-43)	%100
Parite	52	%60
Nullipar	22	%25
Primipar	13	%15
Multipar		
Tanı anında gebelik haftası	24+4 (17+6 - 34)	-
Doğum şekli	22	%25
Terminasyon	18	%21
Normal doğum	47	%54
Sezaryen		
Doğumda gebelik haftası	22+4 (19-24)	-
Terminasyon	37+3 (28-41)	
Doğum		
Doğum ağırlığı, gram	543,9±168 (350-910)	-
Terminasyon	2858±662 (730-4240)	
Doğum		
Doğumda cinsiyet	45	%52
Erkek	42	%48
Kız		

Tablo 2. Hasta Populasyonunda Ventrikülomegali Dağılımı

	Sayı,%	Ortalama atrial çap
Hafif ventrikülomegali (!0-12 mm)	28(%32,2)	10,8±0,5 mm
Orta ventrikülomegali (13-15 mm)	18(%20,6)	13,2±0,4 mm
Ağır ventrikülomegali (>15 mm)	41(%47,2)	19,4±4,9 mm

Tablo 3. Ventrikülomegali Tiplerine Göre Eşlik Eden Yapısal Anomalilerin Dağılımı

	Hafif ventrikülomegali n=28, (%32,2)	Orta ventrikülomegali n=18, (%20,6)	Ağır ventrikülomegali n=41, (%47,2)	p
Eşlik eden anomali	14, (%16)	9, (%10,3)	31, (%35,1)	<0,05
Eşlik eden anomaliler				
Ensefalosel	1	1	-	
Nöral tüp defekti	2	2	-	
CCA-CCD	7	2	13	
Serebellar hipoplazi	-	-	6	
Kardiyak anomali	-	1	-	
Dandy-Walker	-	1	2	
İntrakraniyal hemoraji	-	1	3	
Araknoid kist	1	-	-	
Lizensefali	-	-	6	
TORCH	1	1	-	
Mikromeli	1	-	-	
Vermian hipoplazi	1	-	-	
Beyin orta hatta kitle	-	-	1	

Tablo 4. Nörogelişimsel Bozuklukların Ventrikülomegali Tiplerine Göre Dağılımı

	Hafif Ventrikülomegali n=17, (%44,7)		Orta ventrikülomegali n=8, (%21)		Ağır ventrikülomegali n=13, (%34,3)		p
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	
Nörogelişimsel bozukluk	6 (%15,7)	11 (%28,9)	5 (%13,11)	3 (%7,8)	8 (%21)	5 (%13,1)	NS

Konjenital Toksoplazmozis: Prenatal Ultrasonografik Bulgular ve Sonuçlar

Tuğba Saraç Sivrikoz, iğdem Kunt İşgüder, Şule Birol İnce, İbrahim Halil Kalelioğlu, Recep Has, Atil Yüksel

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

Amaç: Konjenital Toksoplazmozis tanısı doğrulanmış olan olgularda, özđün prenatal ultrason bulgularının ve klinik sonuçlarının incelenmesi

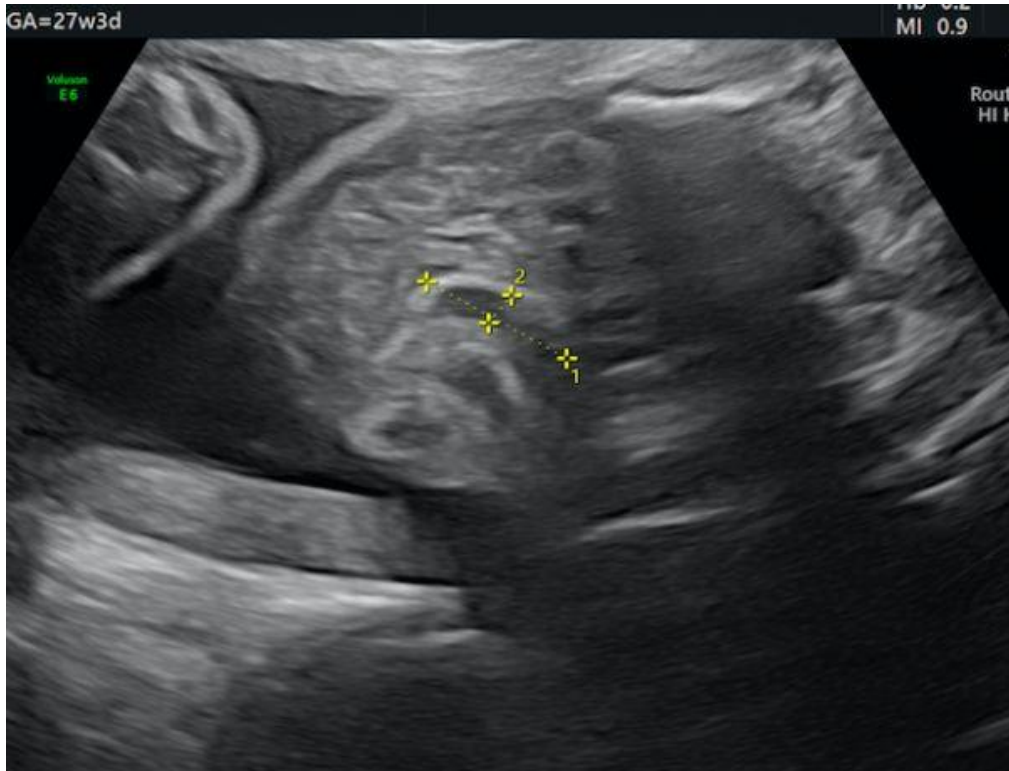
Materyal-Metod: Tek referans merkeze ait prenatal dönemde tanı alan 4 Toksoplazmozis olgusunun, prenatal ultrasonografi bulguları retrospektif olarak irdelenmiştir.

Bulgular: Dört olgudan ikisi 31. gebelik haftasında (Olgu 1 ve 4), diğerleri ise 22 (Olgu 3) ve 25. (Olgu 2) gebelik haftasında tanı almıştır. Olgu 1 ve 4'ün her ikisinde de tanı anında ventrikülomegali ve nodüler kalsifikasyon odakları (beyaz maddede, abse formasyonu) mevcut olup, olgu 4'de eş zamanlı hepatosplenomegali, kardiyomegali ve fetal anemi de mevcuttur. Olgu 2'de prenatal bulgular hiperekojen barsak ve intrauterin büyüme kısıtlılığı olup, olgu 3 monokoryonik diamniyotik ikiz gebelikte, ikiz eşi kayıp sonrasında asit gelişmiş olması nedeniyle yapılan amniyosentez sırasında tanı almıştır. Tüm olgularda amniyosentezde Toksoplazma PCR testi pozitif olarak sonuçlanmıştır. Olgu 3 hariç diğer olgularda maternal Toksoplazma serolojisinde düşük IgG aviditesi saptanmıştır. Nadir saptanan diğer bulgular geniş veya ekojen kavum septum pellucidum, kalın plasenta ve polihidramniyozdur. Olguların tamamı gebeliğin devamına karar vermiştir. Olgu 1'de postnatal beyin kalsifikasyonları ve bilateral koryoretinit doğrulanırken, olgu 2 konjenital pnömoni tedavisi almıştır. Olgu 3'te henüz postnatal sorun bildirilmemiş olup, takiptedir. Olgu 4 devam eden gebeliktir.

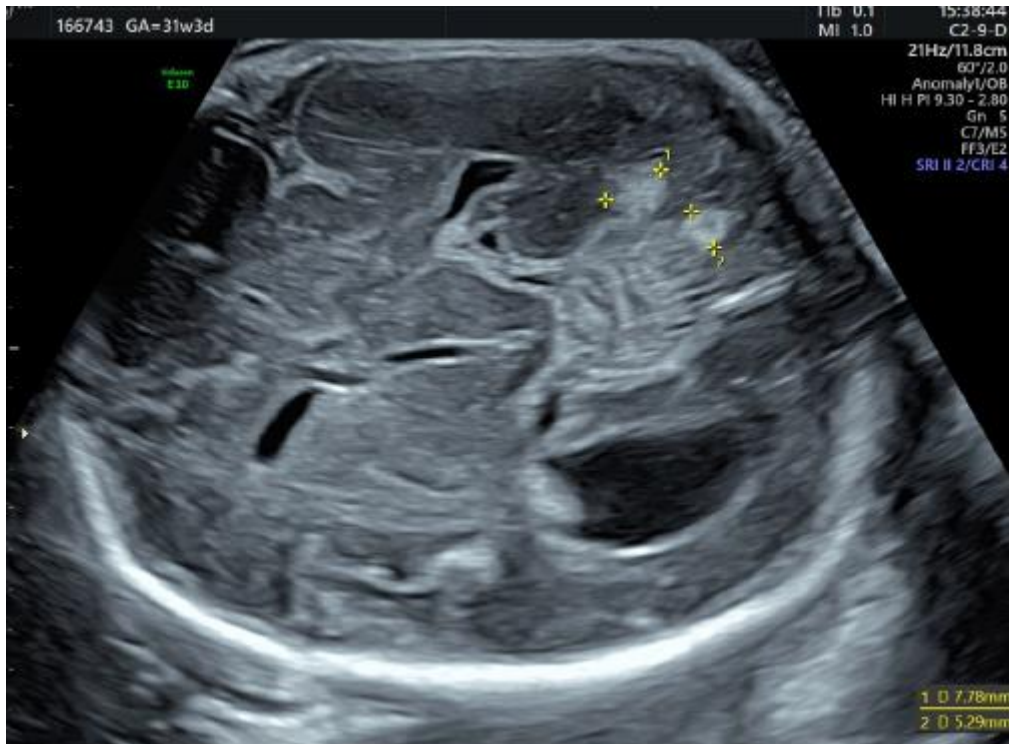
Sonuç: Konjenital Toksoplazmozis'de prenatal dönemde beyin parankiminde saptanan tipik kalsifikasyon odakları ve progresif ventrikülomegali dışında tanı koyulmasına yardımcı olabilecek spesifik serebral veya ekstraserebral bulgu olmayıp, prenatal ultrasonografik değerlendirmenin detaylı yapılması prognoz kadar, serolojik taramadaki eksikliklerin giderilmesine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: konjenital toksoplazmozis, prenatal ultrason, beyin kalsifikasyonları, amniyosentez, toksoplazma PCR

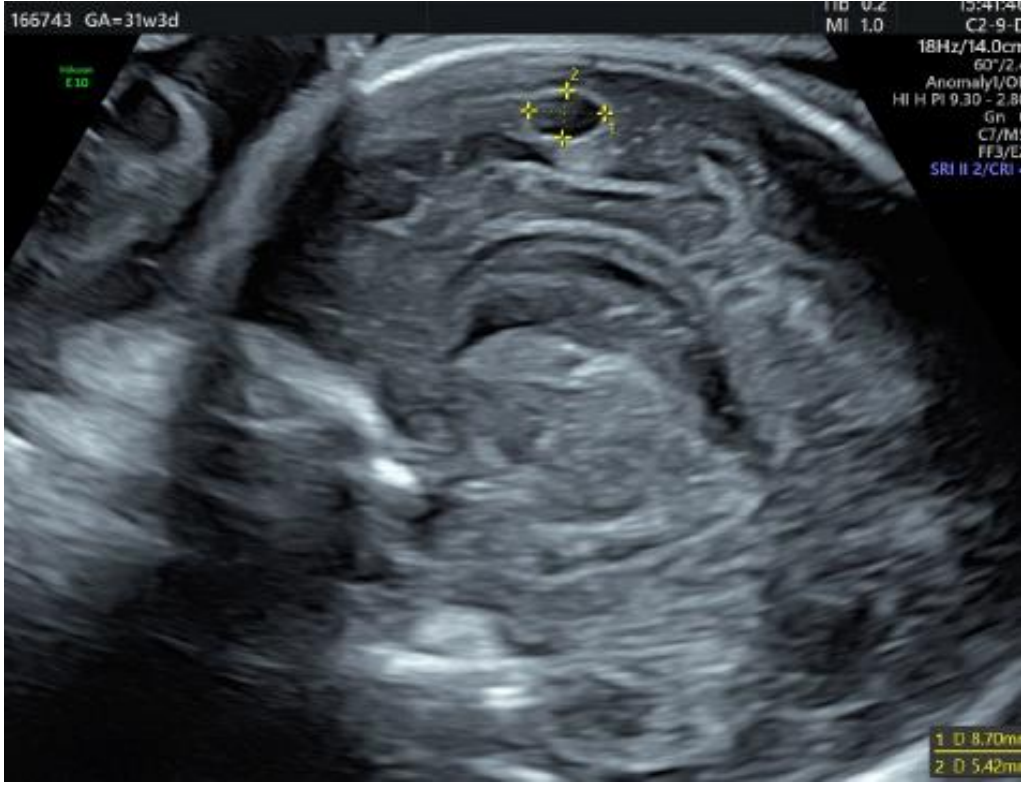
Olgu 2: 25. Gebelik Haftasında Hiperekojen ve Dilate Barsak Ansları



Olgu 4: 31. Gebelik Haftasında Fetal Beyin Parankiminde İzlenen Kalsifik Odaklar



Olgu 4: 31. Gebelik Haftasında Fetal Beyin Parankimindeki Kalsifik Odaklardaki Lökomalazik-Kistik Değişiklikler



Gebeliğin İntrahepatik Kolestazi ile Komplike Olan Gebelerde Fetal Pulmoner Arter Akselerasyon/Ejeksiyon Oranının Değerlendirilmesi

Mehmet Mete Kırılanc¹, Mefkure Eraslan Şahin², Erdem Şahin³

¹Tuzla Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

²Kayseri Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kayseri

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Literatürde fetal akciğer olgunluğunu değerlendirmek için çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Bunlar amniyosentez gibi daha çok invaziv işlemlerdir. Fetal pulmoner arter akselerasyon süresinin ejeksiyon süresine (At/Et) oranını ölçen yeni bir non-invaziv yöntem sayesinde erken doğumlarda solunumsal morbiditeleri en iyi yansıtan yararlı bir belirteç olabileceği gösterilmiştir. Gebelikte safra asidi düzeylerinin fetal akciğerler ve akciğerdeki sürfaktanlar üzerindeki olumsuz etkileri bilinmekle beraber mevcut çalışmada gebeliğin intrahepatik kolestazi (GIHK) varlığında fetal pulmoner arter At/Et oranını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Bu kesitsel olgu kontrollü çalışmaya 25 GIHK saptanan gebe ve 25 sağlıklı gebe kontrol grubu olarak dahil edildi. GIHK tanısı (1) gebeliğin üçüncü trimesterinde cilt lezyonu olmayan kaşıntı, (2) plazmada alanin transaminaz (ALT) değerinin >40u/L. (3) açlık safra asidi >10 mmol/L ve (4) klinik semptomlar ve laboratuvar bulgularının doğumdan sonra düzelmesi olarak tanımlandı. Tüm gebelere 36-37. gebelik haftalarında fetal pulmoner arter At/Et'yi belirlemek için rutin perinatal muayenelerine ek olarak doppler ultrason incelemeleri yapıldı. Pulmoner arter At/Et, daha önce tarif edildiği gibi ölçülmüştür. Deneyimli bir klinisyen (ES), ultrasonik muayeneleri yürütmek için 3.5 MHz konveks dizi dönüştürücü ile donatılmış Voluson E5 ultrason makinesini kullandı. At/Et hesaplanırken fetal hareketler ve solunum periyotları dikkate alındı. Bronşların bifurkasyosundan önce ana pulmoner arter için fetal pulmoner arter doppler hızları değerlendirildi. At/Et ardışık üç ölçüm kullanılarak hesaplanıp ortalama değer kaydedildi

Bulgular: Anne yaşı, vücut kitle indeksi, nulliparite, etnik köken, önceki sezaryen öyküsü ve sigara içme oranları arasında gruplar arası fark gözlenmedi. Ultrasonografik inceleme yapılan gebelik haftası gruplar arasında benzer olarak saptandı. Fetal pulmoner arter At/Et, GIHK grubunda 0.311±0.162 ve kontrol grubunda 0.342±0.198 olarak saptandı ve GIHK grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (P=0<0001). Ek olarak fetal pulmoner arter At/Et'nin maternal serum safra asidi seviyeleri ile negatif korelasyon gösterdiği saptandı (-0,540 P=0<0001).

Sonuç: Fetal pulmoner arter At/Et oranı, GIHK 'li hastalarda neonatal respiratuar komplikasyonları tahmin etmek için noninvaziv yararlı bir yöntem olduğunu söylemek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: At/Et, Doppler USG, Fetal pulmoner arter akselerasyon süresinin ejeksiyon zamanına oranı, Gebeliğin İntrahepatik Kolestazi, GIHK

Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Sonuçları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Hanife Rana Dural, Taha Takmaz, İrane Gorchiyeva, Ayşe Filiz Gökmen Karasu, Çağlar Çetin, Gökhan Kılıç, Rabia Zehra Bakar, Halime Çalı, Mehmet Serdar Kütük
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ HASTANESİ İSTANBUL

Amaç: Günümüzde sezaryen doğumun en yaygın nedeni daha önceden geçirilmiş sezaryen cerrahisidir. Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) planlanan hastalarda spontan eylem gerçekleşmediğinde mekanik ve farmakolojik indüksiyon ajanları kullanılabilir. Çalışmamızda SSVD başarısını etkileyen demografik, klinik ve obstetrik faktörler incelenmiştir.

Yöntem: Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde Mayıs 2019 ile Eylül 2021 arasında SSVD amacıyla takibe alınan gebelerin verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya 18-45 yaş arası, daha önce 32. hafta ve üzerinde alt segment transvers insizyonu ile sezaryen doğum yapmış, verteks prezentasyon, tahmini fetal ağırlığı 4250gr altında olan, antenatal takiplerde herhangi bir fetal anomali saptanmayan gebeler dahil edildi. Başarılı olan ve olmayan grupta temel demografik, obstetrik, klinik ve sonografik verileri, maternal ve neonatal sonuçları karşılaştırdık.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 89 hastadan 64'ü (%71.1) başarılı SSVD yaparken, 25i(%28) başarısız oldu. Çalışmaya dahil edilen hastaların temel demografik ve klinik verileri Tablo 1'de belirtilmiştir. Başarılı ve başarısız SSVD girişimlerinde temel demografik ve klinik özellikler karşılaştırıldığında başarılı SSVD grubunda 18 (%28.1), başarısız grupta ise 19 (%76) hastaya doğum indüksiyonu uygulanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Hospitalizasyon sırasındaki BISHOP skorları değerlendirildiğinde başarılı SSVD grubunda anlamlı olarak yüksek görülmüştür [5(1-12) vs 2(1-11), $p < 0,001$] (Tablo 2). Başarılı ve başarısız SSVD deneyimlerinin perinatal sonuçlarında iki grup arasında 1. dakika APGAR skoru anlamlı olarak farklı görüldü [9 (6-9) vs 8(5-9), $p = 0,006$] (Tablo 3). İki olguda operatif doğum gerçekleştirilmiştir (vakum). Çalışmamızda 1(%1.1) olguda uterus ve mesane rüptür görülmüştür.

Sonuç: SSVD başarısını etkileyen temel faktör doğum eyleminin spontan başlaması ve serviksin doğuma hazır olmasıdır. Başarısız SSVD deneyimi maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi anlamlı derecede arttırmamaktadır. Hasta bilgilendirilmesi esnasında bu olguların vurgulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: sezaryen, sezaryen sonrası vajinal doğum, indüklenmiş doğum eylemi, uterin rüptür, perinatal sonuçlar

Tablo 2 Başarılı ve Başarısız SSVD Girişimlerinde Temel Demografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Başarılı SSVDT	Başarısız SSVDT	p
Anne yaşı	30.21±4.56	30±4.74	0.841
VKİ	28.72±4.15	30.49±4.34	0.078
Gravida	2(2-9)	2(2-6)	0.573
Parite	1(1-4)	1(1-5)	0.964
Membran	20(31.3)	3(12)	0.104
NSD öyküsü	12(18.8)	6(24)	0.540
NSD sayısı	0(0-6)	0(0-2)	0.620
Önceki CPD öyküsü	19(29.7)	10(40)	0.451
Doğum Ağırlığı	3447±401	3508±455	0.538
Doğum İndüksiyonu	18(28.1)	19(76)	<0.001
İnterval	38(18-183)	30(18-267)	0.946
Doğum Haftası	277±9.9	278±9.4	0.604
Tahmini fetal ağırlık	3493(2460-3980)	3340(2350-4225)	0.267
Kız Cinsiyet	35(54.7)	10(40)	0.245
BISHOP	5(1-12)	2(1-11)	<0.001

Değerler n(%), ortalama SS± olarak ifade edilmiştir. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı fark. VKİ: vücut kitle indeksi NSD:normal spontan doğum CPD:Sefalopelvik uyumsuzluk

Tablo 3. Başarılı ve Başarısız SSVD Girişimi Olgularında Perinatal Sonuçların Karşılaştırılması

değişken	Başarılı SSVDG	Başarısız SSVDG	P
APGAR1	9(6-9)	8(5-9)	0.006
APGAR5	10(7-10)	10(8-10)	0.037
pH	7.281±0.85	7.288±0.81	0.759
baz açığı	3.08±4.8	2.21±3.6	0.455
perinatal morbidite	3(4.7)	3(12.5)	0.339
maternal morbidite	6(9.4)	2(8)	0.601
Htc farkı	2.98±2.94	1.85±2.9	0.106

değerler n/(%) ortalama ± ss/median(min-max) olarak ifade edilmiştir.

Tablo. 1 Çalışma Grubunun Temel Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişken	
Anne yaşı	30.15± 4.58
Doğum Haftası	277±9.2
VKİ	29.22±4.26
pH	7.28±0.83
Baz açığı	-2.87±4.5
Htc farkı	2.66±2.96
Gravida	2(2-9)
Parite	1(1-5)
NSD sayısı	0(0-6)
İnterval	34(18- 267)
EFW	3487(2350-4225)
APGAR1	9(5-9)
APGAR5	10(7-10)
BISHOP	3(1-12)
CPD endikasyonu	29(32.2)
İntakt membran	66(73.3)
NSD öyküsü	18(20)
Kız cinsiyet	45(50)
Fetal komplikasyon	3(3.3)
Maternal komplikasyon	8(8.9)
Doğum indüksiyonu	37(41.1)
Vajinal Doğum Oranı	64(71.1)
Uterin rüptür	1(1.1)

VKİ: vücut kitle indeksi NSD:normal spontan doğum EFW:tahmini fetal ağırlık CPD:Sefalopelvik uyumsuzluk değerler n/(%) ortalama ± ss/median(min-max) olarak ifade edilmiştir.

Kondrodizplazi Punktata Olgu Serisi; Prenatal ve Postnatal/Postmortem Bulguların Karşılaştırılması

Özge Hacer Demirbilek¹, Tuğba Kalaycı¹, Tuğba Saraç Sivrikoz², Umut Altunoğlu¹, Çağrı Güreç¹, Şahin Avcı¹, Z. Oya Uyguner¹, Hülya Kayserili¹, İbrahim Kalelioğlu², Recep Has², Atıl Yüksel²

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

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

Kondrodizplazi punktata (CDP), prenatal dönemde de tespit edilebilen, endokondral kemikleşme sırasında kırkırdak dokuda anormal kalsifikasyon sonucu ortaya çıkan radyografik görünümü tarif etmektedir. Etiyolojisi heterojen olup kromozom anomalileri, peroksizomal hastalıklar, lizozomal depo hastalıkları, kolesterol sentez bozuklukları, K vitamini metabolizması bozuklukları, maternal lupus ve maternal teratojen maruziyeti etiolojide yer almaktadır. Uluslararası İskelet Displazisi Topluluğunun (ISDS) oluşturduğu İskelet Sistemi Bozuklukları nosolojisine göre CDP grubu altında Conradi-Hunermann-Happle sendromu (X-linked dominant CDP, CDPX2), Brakitelanjik tip CDPX1, Rizomelik CDP, Tibial-Metakarpal CDP, CHILD Sendromu, Keutel Sendromu, Greenberg Displazi ve Astley-Kendall Displazi yer almaktadır.

Çalışmamızda, CDP grubunda yer alan bir antiteden etkilenmiş 9 olgunun prenatal ultrason bulguları ve ayırıcı tanıları ile postnatal veya postmortem klinik bulguları birlikte tartışılacaktır. Klinik genetik değerlendirme sonrası olguların 6'sı CDPX2, birer olgu ise Zellweger sendromu, Greenberg displazi ve Maternal SLE ilişkili brakitelefalangik CDP tanısı almıştır. Olguların ultrason izleminde en sık saptanan bulgu ekstremite kısalığı olup 3 olguda simetrik 4 olguda asimetric kısalık izlenmiştir. Diğer sık bulgular arasında Binder fenotipi (4 olgu) ve vertebra bulguları (4 olgu) yer almaktadır. Ultrasonda Binder fenotipi saptanan olguların tamamında postnatal/postmortem dönemde bu bulgu konfirme edilmişken, hemivertebra veya vertebra korpuslarında düzensizlik izlenen olguların postmortem değerlendirmesinde paravertebral punktata kalsifikasyonların saptanması dikkat çekmektedir. CDP için tanı kriteri olan punktata kalsifikasyonlar ise prenatal ultrasonda 3 olguda izlenmiştir. Diğer eşlik eden ultrason bulguları arasında tübüler kemiklerde eğrilik, NT artışı, polihidramnios, kardiyak anomaliler, hiperekojen böbrek, PEV yer almaktadır. CDPX2 klinik tanılı 5 olguda EBP geni, Greenberg displazi tanılı bir olguda ise LBR geninde varyant saptanarak tanı moleküler olarak desteklenmiştir.

Bu çalışmada prenatal ultrasonda ekstremite kısalığına eşlik eden Binder fenotipi varlığında ayırıcı tanıda CDP grubu antitelerin düşünülmesi, bu olgularda özellikle vertebra ve epifizlerin detaylı olarak değerlendirilmesi, ayrıca maternal otoimmün hastalıklar, K vitamini eksikliği ve teratojen maruziyetinin sorgulanmasının önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kondrodizplazi punktata, binder fenotipi, EBP, asimetric kısalık, prenatal tanı

Fetoskopik Lazer Cerrahisinde Komplet ve İnkompel Solomon Tekniğin Perinatal Sonuçlara Etkisi

Tuğba Saraç Sivrikoz¹, İbrahim Halil Kaleliođlu¹, Lutfiye Selçuk Uygur², iğdem Kunt İřgüder¹, Sule Birol İnce¹, Recep Has¹

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

²SB Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Amaç: İkiizden ikize transfüzyon sendromunda (İİTS) teknik veya vizualizasyon kusuru varlığı nedeniyle, her hastada Solomon tekniği uygulanamayabilir. Çalışmada komplet veya inkompel Solomon tekniği uygulanan İİTS olgular, sekansiyal selektif lazer ablasyon uygulanan olgular ile karşılaştırılarak perinatal sonuçlara etkisi incelenmiştir.

Materyal-Metod: 2013-2021 yılları arasında kliniğimizde İİTS tanısı koyulan ve fetoskopik lazer cerrahisi uygulanan monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklere ait perinatal sonuçlar, sekansiyal selektif (SS), inkompel Solomon (iS) ve komplet Solomon (kS) alt gruplarına ayrılarak incelenmiştir.

Bulgular: Toplam hasta sayısı 228 (üçü dikoryonik triamniyotik üçüz gebelik) olup, bunların %30'u SS (68/228), %19 iS (43/228) ve %52'sine (117/228) kS uygulanmıştır. <=32. gebelik haftası doğum oranı SS tekniği uygulanan grupta %35, iS grubunda %58(21/36), cS grubunda ise %63 'dür (p<0.001). Preterm erken membran rüptür (P-EMR) oranı SS, iS ve kS grubunda sırasıyla %4; %18; %35 bulunmuştur(p<0.001). En az 1 canlı doğum oranı SS, iS ve kS grubunda sırasıyla %82; %86 ve %94'dur(p:0.04). Her iki fetüsünde canlı doğum oranı SS, iS ve kS grubunda sırasıyla %60; %74 ve %82'dir (p:0.006). Toplam canlı doğum oranı sırasıyla %73, %82, %85; toplam sürvi ise sırasıyla %68.6, %72, %75 olarak bulunmuş olup, istatistiksel fark saptanmamıştır. Lazer sonrası ikiz anemi polisitemi sekansı görölme oranı en az kS grubunda izlenmiştir (%1.7).

Sonuç: Komplet Solomon uygulanan olgularda, en az 1 ve 2 canlı doğum oranı belirgin olarak daha yüksek saptanmasına rağmen, toplam canlı doğum ve perinatal sürvinin değişmediği gözlemlenmiştir. Bunun sebebinin kS grubunda belirgin daha yüksek preterm doğum ve P-EMR oranı saptanmış olması ile açıklanabilir. Komplet Solomonizasyonda girişimden kaynaklanan plasental hasar riski daha yüksektir. Bu sebeple, teknik nedenler ile kS yapılamayan olguların doğrudan olumsuz perinatal sonuçlar ile birlikte olmayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: ikiizden ikize transfüzyon sendromu, monokoryonik diamniyotik ikiz gebelik, fetoskopik lazer cerrahisi, Solomon tekniği, perinatal sonuçlar

Komplike Monokoryonik İkiz Gebeliklerde Selektif Fetosit Yöntemi Olarak Radyofrekans Ablasyon Uygulaması ve Perinatal Sonuçlara Etkisi

Tuğba Saraç Sivrikoz, İbrahim Halil Kalelioğlu, Çiğdem Kunt Isguder, Sule Birol İnce, Recep Has
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji
Bilim Dalı

Amaç: Komplike monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerde radyofrekans ablasyon (RFA) tekniğinin perinatal sonuçlarının incelenmesi

Materyal-Metod: 2015-2021 yılları arasında kliniğimizde tanı alan 101 komplike monokoryonik diamniyotik ikizde, selektif fetosit amaçlı uygulanan RFA tekniği ve perinatal sonuçları retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Selektif fetosit endikasyonları selektif intrauterin büyüme kısıtlılığı %38.6 (39/101), ikiz arteriyel ters akım sekansı %17.8 (18/101), ikizden ikize transfüzyon sendromu %20.9 (21/101) ve diskordan fetal anomali %22.7 (23/101)'dir. İşlem sırasında ortalama gebelik haftası 21 (17-27)'dir. Toplam canlı doğum oranı %89 (90/101), perinatal sağ kalım %85.1 (86/101)'dir. Doğumdaki gebelik haftası 34 (24-41), ortalama doğum ağırlığı 2281 gr \pm 345'dir. İşlem sırasındaki gebelik haftası ile doğum haftası arasındaki interval ortama 13 hafta, <28. preterm doğum oranı %14.4 (14/97), <32. gebelik haftası arasındaki doğum oranı %27.8 (27/97), preterm erken membran rüptürü oranı %13.4 (13/97)'dir. İşlem sonrası ikiz eşi fetal kayıp oranı %5.9, neonatal kayıp oranı ise %11.5 olarak bulunmuştur. Neonatal kayıpların %90.9 (10/11)'i \leq 28. gebelik haftasında doğmuştur.

Sonuç: RFA işlemi komplike monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerde selektif fetosit amacıyla uygulanan minimal invaziv girişimlerden biri olup, işlem sonrası perinatal sağ kalım oranı oldukça yüksektir. İşlem sonrası perinatal sağ kalımı etkileyen en önemli parametre ciddi prematür doğumdur.

Anahtar Kelimeler: Monokoryonik diamniyotik ikiz gebelik, selektif fetosit, radyofrekans ablasyon, preterm doğum, perinatal sağkalım

Evre 3 İkizden İkize Transfüzyon Sendromu Vakasında Fetoskopik Lazer Fotokoagülasyon Tedavisi Olgu Sunumu

İnanç Mendilcioğlu, Cem Yaşar Sanhal, Hülya Kandemir, Emine Kirtiş, Gül Alkan Bülbül
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya

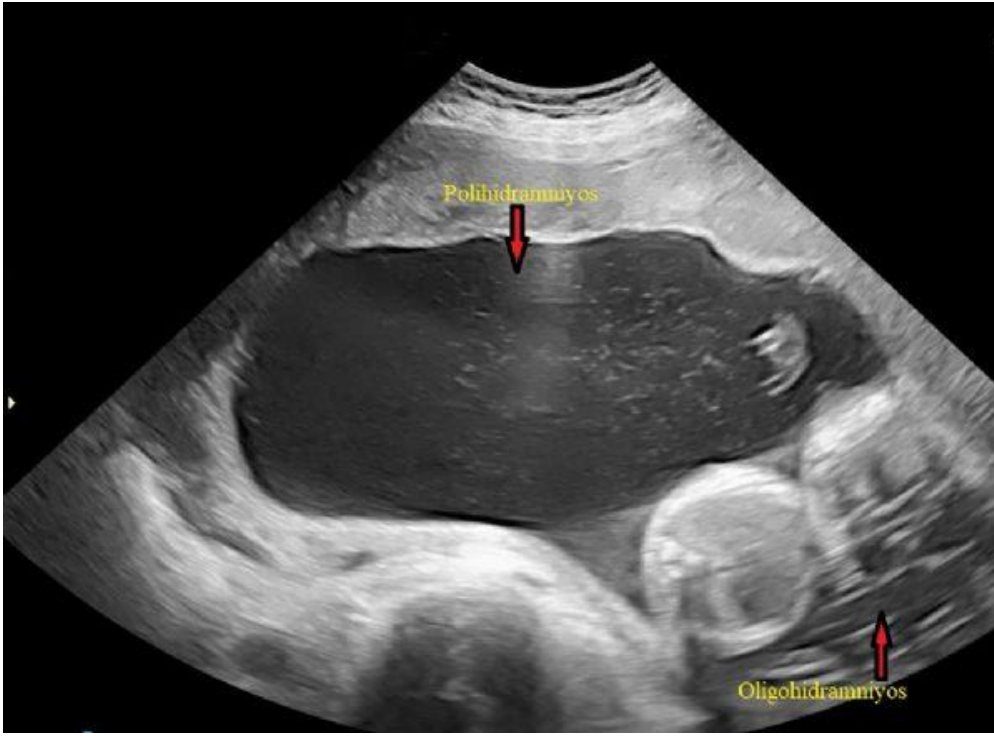
Giriş: İkizden İkize Transfüzyon Sendromu (TTTS) monokoryonik ikiz gebeliklerin %10-15'inde görülen ciddi bir komplikasyondur. Monokoryonik plasentalarda anastomozlar arasındaki kan akımının dengesizliği sonucu bir ikizin göreceli hipovolemisi ve diğerinin hipervolemisi ile karakterizedir. Tedavi seçenekleri arasında; takip yöntemi, anastomoz damarlara fetoskopik lazer fotokoagülasyon (FLF), amniyoredüksiyon ve özellikle diskordan anomali veya gelişme geriliği varlığında selektif fetal redüksiyon vardır. Evre 2-4 TTTS saptanan gebelerde, 16-26. haftalarda FLF tercih edilen tedavi şeklidir.

Vaka Sunumu: Gravida 3, Parite 2, yaş 39 olan hastaya gebeliğinin 16 hafta 6. gününde TTTS tanısı konmuş ve FLF tedavi seçeneği için Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğimizize yönlendirilmiştir.

Başvuru sırasında 18 hafta 4 gün gebe olup yapılan ultrasonografide alıcı fetüsün biyometrik ölçümleri haftası ile uyumlu, mesanesi belirgin, polihidramniyosu vardı, anormal kardiyak ve Doppler bulgusu yoktu. Verici fetüsün biyometrik ölçümleri haftasından küçük, mesanesi izlenmiyordu, oligohidramniyosu vardı ve umbilikal arter Doppler'inde diyastolik akım yoktu. Evre 3 TTTS olarak değerlendirilen hastaya FLF tedavisi planlandı. Gebeliğin 19. haftasında spinal anestezi altında sağ parakolik bölgeye 5 mm cilt kesisi yapıldı, 10 F trokar ile alıcı fetüsün amniyotik kavitesine girildi. Genetik değerlendirme için 20 cc amniyotik sıvı alındı. Plasenta anterior konumda olup 25-30 watt enerji kullanılarak vasküler ekvatordaki anastomozlara selektif FLF uygulandı ve Solomon tekniği ile işlem tamamlandı. İşlem boyunca toplam 125 saniye ve toplam 3157 joule enerji kullanıldı. Ardından 1700 cc amniyon drenajı yapıldı. Erken dönemde komplikasyon izlenmedi. Postop 1. gün verici fetüsün umbilikal arter Doppler'inde diyastolik akım izlendi. Postop 2. haftada her iki fetüsün amniyotik sıvısı normaldi, Doppler anormalliği yoktu. Postop 1. ayda verici fetüsün biyometrik ölçümleri haftasına göre küçüktü ancak normal büyüme eğrisine paralel seyrediyordu. Kromozom analizi sonucu normaldi. Postop 2. ayda 27 hafta 1 gün gebe olup anormal ultrasonografi bulgusuna rastlanmadı. FLF, evre 2 ve üzeri TTTS vakalarında her iki fetüsün hayatta ve sağlıklı kalmasını sağlayan en iyi yaklaşım olarak kabul edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: fetoskopik lazer fotokoagülasyon, ikizden ikize transfüzyon sendromu, Monokoryonik plasenta, solomon tekniği, ultrasonografi

Şekil 1



Fetoskopik lazer fotokoagülasyon öncesi değerlendirilmede alıcı fetüste polihidramniyos, verici fetüste oligohidramniyos

Şekil 2



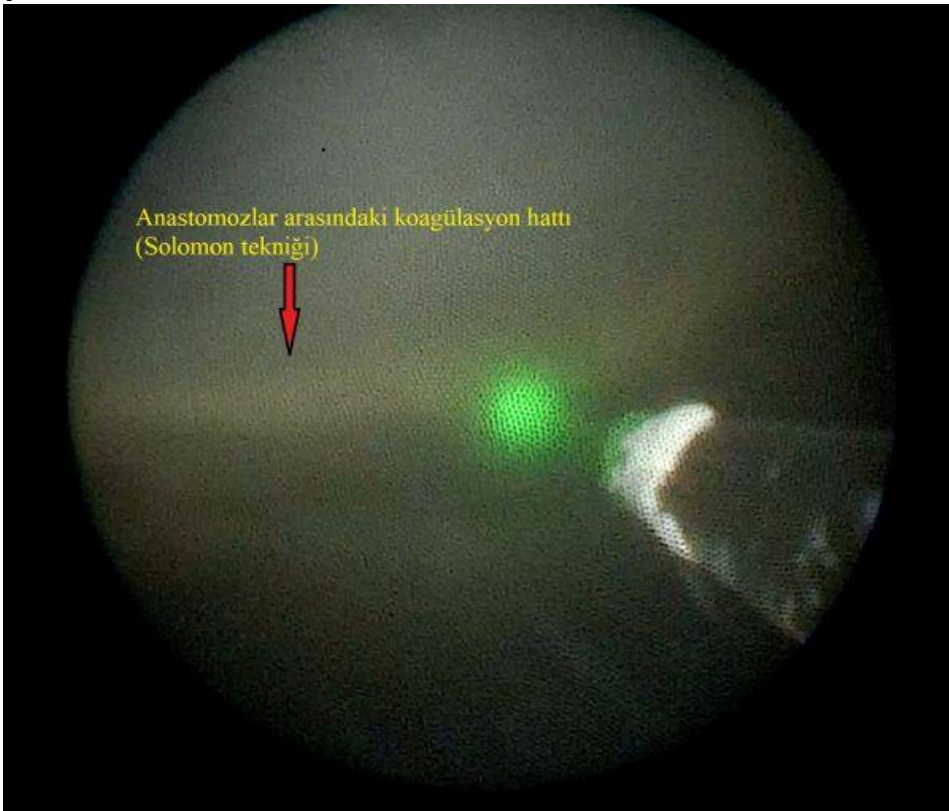
Arteriovenöz anastomozun fetoskopik görüntüsü

Şekil 3



İkizler arasındaki membranın fetoskopik görüntüsü

Şekil 4



Anastomozlar arasındaki koagülasyon hattı (Solomon tekniği) fetoskopik görüntüsü

Şekil 5



Postoperatif 2. haftada her iki fetüsün amniyotik sıvıları normal izleniyor

Fetal Akinezi Deformasyon Sekansının (FADS) Prenatal Ultrason Bulguları ve Perinatal Sonuçları

Elif Gizem Dizdaroğulları, Oya Demirci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji, İstanbul

Amaç: Fetal akinezi deformasyon sekansı (FADS) genel olarak iki grup altında incelenmektedir. Birinci grup, fetüste tam ve yaygın nöromüsküler blok sonucu oluşan Pena-Shokeir, Neu-Laxova, Multiple pterjium ve Serebro-okulo-fasyo-skeletal sendromlarını içeren gruptur. Bu grup hastalık fetal hareketlerin yokluğu, eklem kontraktürleri, mikrognati, toraks hipoplazisi, polihidramnios, mide cebinin görülmemesi ile karakterize olup ölümcül seyreder. Ayrıca ilk trimesterde nt artışı ve hidrops fetalis bulguları ile ilişkilidir.

İkinci grup hastalık ise farklı hastalıklar sonucu oluşan değişken ciddiyette eklem kontraktürlerini içeren gruptur.

Bu çalışmamızdaki amacımız, ilk gruba dahil olan FADS'lı fetüslerin prenatal ultrason bulgularını ve perinatal sonuçlarını paylaşmaktır.

Yöntem: Çalışmamız, SBÜ Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları Hastanesi Perinatoloji bölümünde, 2017-2021 yılları arasında fetal ultrasonda FADS olarak değerlendirilen hastaların kayıtları incelenerek yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 12 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 30'dur. Ortalama tanı haftası 21'dir. 5 hastada akraba evliliği mevcuttur. 4 hastanın önceki gebeliklerinde benzer bulgulara sahip fetüs öyküsü mevcuttur. 3 hasta nt artışı, 2 hasta hidrops fetalis, 7 hasta ise ultrasonda anomali şüphesi nedeniyle yönlendirilmiştir. 5 hasta genetik tetkik yaptırmak istememiş, kalan 7 hastanın karyotip sonuçları normal çıkmıştır. 4 hastaya mikroarray yapılarak normal bulunmuş, 2 hastadan ise tüm ekzom dizileme istenmiş, sonucu beklenmektedir.

Ultrason bulguları incelendiğinde tüm hastalarda fetal hareketlerin yokluğu, eklemlerde multiple kontraktürler, polihidramnios ve mikrognati saptanmıştır. Ekstremitelerde fleksiyon kontraktürleri ve ek kranyal bulgular saptanan 3 olgu Neu-Laxova sendromu, alt ve üst ekstremitelerde fleksiyon kontraktürü olan, antekübital ve popliteal alanlarda deri katlantıları izlenen 2 olguda Multiple pterjium sendromu, alt ekstremitelerde ekstansiyon, üst ekstremitelerde fleksiyon kontraktürü mevcut olan 6 hastada ise Pena Shokeir sendromu düşünülmüştür. Bir hastada erken gebelik haftası nedeniyle tiplendirme yapılamamıştır.

Perinatal sonuçlar incelendiğinde 7 hasta termine edilmiş, 5 hasta gebeliğin devamını istemiştir. 5 hastanın 4'ü anne karnında, 1'i ise doğum sonrası kaybedilmiştir.

Sonuç: Gebelik takiplerinde nt artışı, hidrops fetalis, ağır polihidramnios saptanan gebelerde FADS açısından inceleme yapılmalıdır. FADS hemen daima ölümcül olup, sonraki gebeliklerde tekrarlayabilir. Bu sebeple erken dönemde saptanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: FADS, Fetal akinezi deformasyon sekansı, Neu Laxova, Pena Shokeir, prenatal ultrason

Pena Shokeyr Sendromlu Fetüste Alt Ekstremitelerde Ekstansiyon Kontraktürü



Pena Shokeyr sendromlu fetüsün terminasyon sonrası görüntüsü



FADS Tanısı Konulan 12 Fetüsün Klinik Özellikleri ve Perinatal Sonuçları

Olgu	Yaş	Akraba Evliliği	Önceki gebeliklerde FADS	Refere edilme sebebi	Tanı haftası	Genetik inceleme	USG Bulguları	Olası Tanı	Gebelik Sonucu
1	20	var	28 GH terminasyon	nt:3,5 mm	24	karyotip ve microarray normal,WES bekliyor	Mikrosefali, IUGR, mikrognati, frontal düzleşme, lissensefali, korpus kallosum agenezisi, vermian agenezi, bilateral katarakt, makroftalmi, torakolomber kifoz, yaygın ödem, mide cebi küçük, ekstremitelerde fleksiyon deformitesi, polihidramnios	Neu Laxova	28 GH terminasyon
2	24	var	G1	hiperekojen kardiyak odak	19	karyotip normal	Mikrosefali, IUGR, mikrognati, frontal düzleşme, lissensefali, serebellar hipoplazi, korpus kallosum agenezisi, ekstremitelerde fleksiyon deformitesi, bilateral pes ekinovarus, polihidramnios, hiperekojen kardiyak odak	Neu Laxova	38 GH IUM
3	27	yok	G1	15 h hidrops fetalıs	18	karyotip normal	Mikrosefali, IUGR, mikrognati,frontal düzleşme, lissensefali, serebellar hipoplazi, bilateral katarakt ve proptozis, toraks hipoplazisi, ekstremitelerde fleksiyon deformitesi, polihidramnios, bilateral pes ekinovarus, toraks hipoplazik, yaygın ödem	Neu Laxova	39 GH IUM
4	30	yok	yok	nt:8,8 mm	17	karyotip normal	Mikrognati, toraks hipoplazisi, bilateral pes ekinovarus, ekstremitelerde fleksiyon deformitesi	Net değil	17 GH terminasyon
5	33	var	33 GH postpartum ex	fetal anomali şüphesi	23	karyotip ve microarray normal,WES bekliyor	Mikrognati, subependimal kistler, mide cebi izlenmedi, alt ve üst ekstremitelerde fleksiyon deformitesi, polihidramnios, deri katlantıları	Multiple pterjium	29 GH terminasyon
6	38	yok	yok	nt:5,3 mm	14	karyotip ve microarray normal	Toraks hipoplazisi, tüm ciltte ödem, mide cebi küçük, retrognati, ekstremitelerde fleksiyon deformitesi, bilateral pes ekinovarus, deri katlantıları	Multiple pterjium	20 GH terminasyon
7	32	yok	yok	fetal anomali şüphesi	22	karyotip ve microarray normal	Retrognati, alt ekstremitelerde ekstansiyon, üst ekstremitelerde fleksiyon, toraks hipoplazik, mide küçük, polihidramnios	Pena Shokeir	23 GH terminasyon
8	32	yok	yok	bilateral pes ekinovarus	23	yok	Mikrognati, mide cebi küçük, üst ekstremitelerde fleksiyon, alt ekstremitelerde ekstansiyon deformitesi, bilateral pes ekinovarus, polihidramnios	Pena Shokeir	24 GH terminasyon
9	24	var	25 GH terminasyon	bilateral pes ekinovarus	23	yok	Mikrognati, polihidramnios, bilateral pelviyektazi, alt ekstremitelerde ekstansiyon, üst ekstremitelerde fleksiyon deformitesi	Pena Shokeir	23 GH terminasyon
10	30	yok	G1	fetal anomali şüphesi	22	yok	Mikrognati, polihidramnios, toraks hipoplazisi, alt ekstremitelerde ekstansiyon, üst ekstremitelerde fleksiyon deformitesi, sağ aortik ark, IUGR	Pena Shokeir	37 GH postpartum ex
11	41	var	22 GH hidrops terminasyon ve 26 GH EMR postpartum ex	2'li test risk artışı (nt:2,3 mm)	19	yok	Hidrops fetalıs, mikrognati, mide cebi yok, bilateral pes ekinovarus, polihidramnios, üst ekstremitelerde ekstansiyon, alt ekstremitelerde fleksiyon deformitesi, unliateral pelviyektazi	Pena Shokeir	30 GH IUM
12	43	yok	yok	hidrops fetalıs, NIPT normal	21	yok	Tüm ciltte ödem, üst ekstremitelerde fleksiyon, alt ekstremitelerde ekstansiyon deformitesi, mikrognati, toraks hipoplazisi, mide cebi yok, polihidramnios	Pena Shokeir	24 GH IUM

Kısaltmalar: EMR:erken membran rüptürü, FADS:Fetal akinezi deformasyon sekansı, G;gravida,GH;gebelik haftası, IUGR:intrauterin gelişme geriliği, IUM:in utero mort, NIPT;non invaziv prenatal test,nt;nukal saydamlık, WES;tüm ekzom dizileme

Antenatal Ultrasonografide Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi Tanısı Koyulan Olguların Fetal Ekokardiyografi Bulguları Ve Perinatal Sonuçları

Münip Akalın, Oya Demirci

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

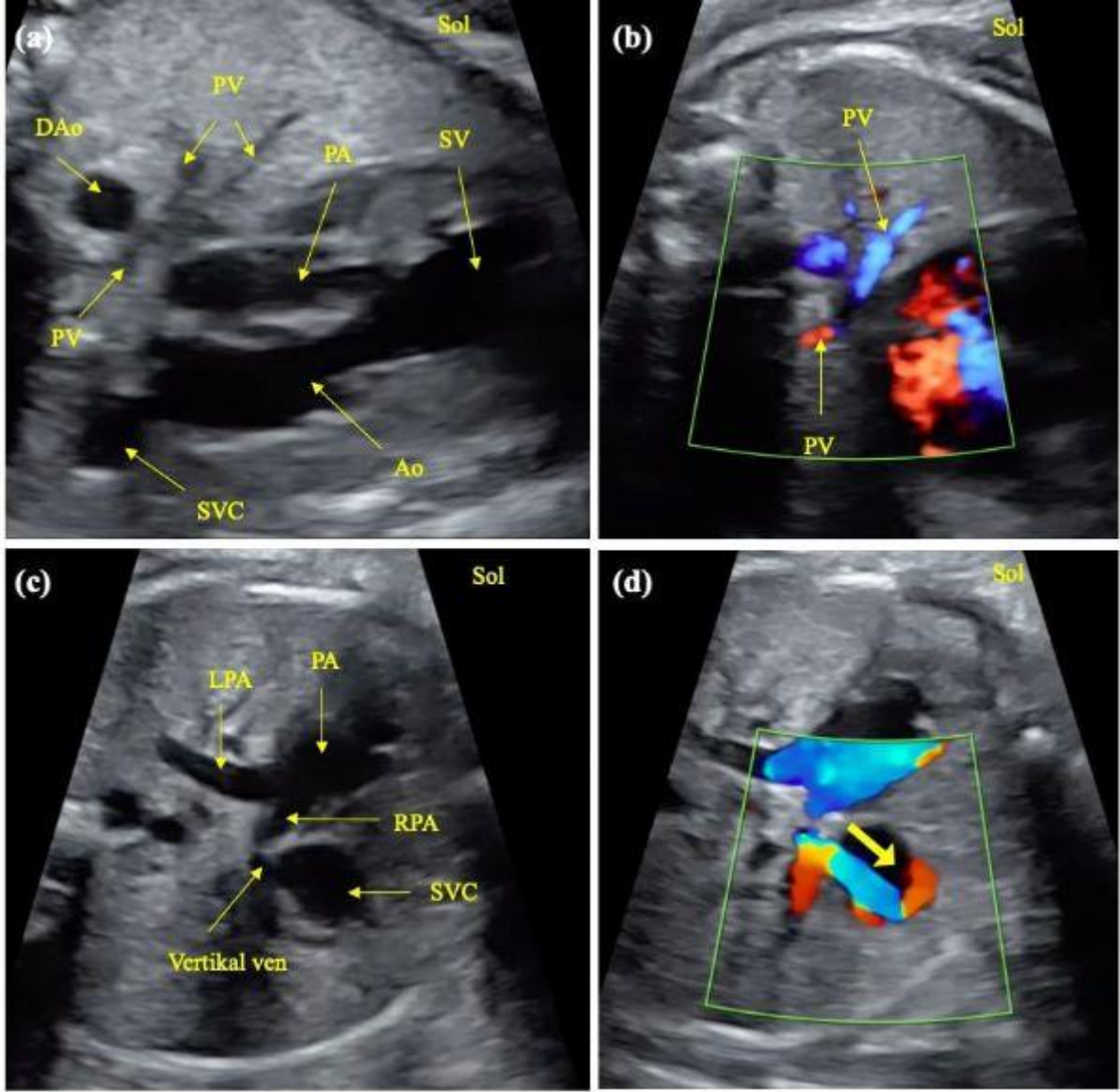
Amaç: Antenatal dönemde pulmoner venöz dönüş anomalisi (PVDA) tanısı koyulan fetuslarda eşlik eden kardiyak anomalileri tanımlamak ve bu olguların perinatal sonuçlarını değerlendirmektir. Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Haziran 2017 – Eylül 2021 tarihleri arasında fetal ekokardiyografi sonucunda PVDA tanısı koyulan olgular dahil edildi. Tüm yenidoğanlara neonatal dönemde ekokardiyografi yapılarak PVDA tanısı doğrulandı. Postnatal takiplerine ulaşılamayan olgular çalışmadan hariç tutuldu. PVDA olguları suprakardiyak, kardiyak, infrakardiyak ve mikst tip olarak gruplandırıldı (Resim-1, Resim-2 ve Resim-3). Mikst tip PVDA birden fazla tipte PVDA'nın bulunması olarak tanımlandı. Olguların fetal ekokardiyografi raporları, antenatal takip bilgileri, genetik sonuçları, yenidoğanların neonatal ve infantil dönem takipleri hastanemiz elektronik kayıt sisteminden elde edildi.

Bulgular: Çalışma süresince toplamda 16 olguya PVDA tanısı koyuldu. Postnatal takiplerine ulaşılamayan 1 olgu çalışmadan hariç tutuldu. Çalışmaya dahil edilen toplamda 15 olgunun ortalama tanı haftası 24.1 (min:14 – max:31) haftaydı. PVDA tanısı koyulan olguların fetal ekokardiyografi bulguları Tablo-1'de gösterilmiştir. Olguların 12 (80.0%) tanesine sağ atriyal izomerizm, 1 (6.7%) tanesine sol atriyal izomerizm, 1 (6.7%) tanesine Scimitar sendromu ve 1 (6.7%) tanesine hipoplastik sol kalp sendromu tanısı koyuldu. 13 (86.7%) olguda konotrunkal anomali (9 (60.0%) olgu çift çıkışlı sağ ventrikül, 2 (13.3%) olgu çift çıkışlı sol ventrikül, 1 (6.7%) olgu büyük arter transpozisyonu ve 1 (6.7%) olgu ventriküler septal defektli pulmoner atrezi) tespit edildi. Olguların 9 tanesine karyotip analizi, 5 tanesine microarray analizi yapıldı ve hiçbir olguda kromozomal anomali saptanmadı. Olguların 3 (20.0%) tanesinde gebelik termine edildi. Canlı doğumla sonuçlanan olguların neonatal ve infantil dönem sonuçları Tablo-2'de gösterilmiştir. PVDA tanısı koyulan olguların infantil dönem sonrası sağ kalım oranları 33.3%'tü.

Sonuç: Antenatal dönemde PVDA tanısı koyulan olguların çoğu başta sağ atriyal izomerizm olmak üzere majör kardiyak anomalilerle ilişkilidir. Bu nedenle yenidoğanlar yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir. Antenatal dönemde PVDA tanısı koyulan olguların perinatal ve neonatal sonuçlarını değerlendirmek için daha çok sayıda olgu içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

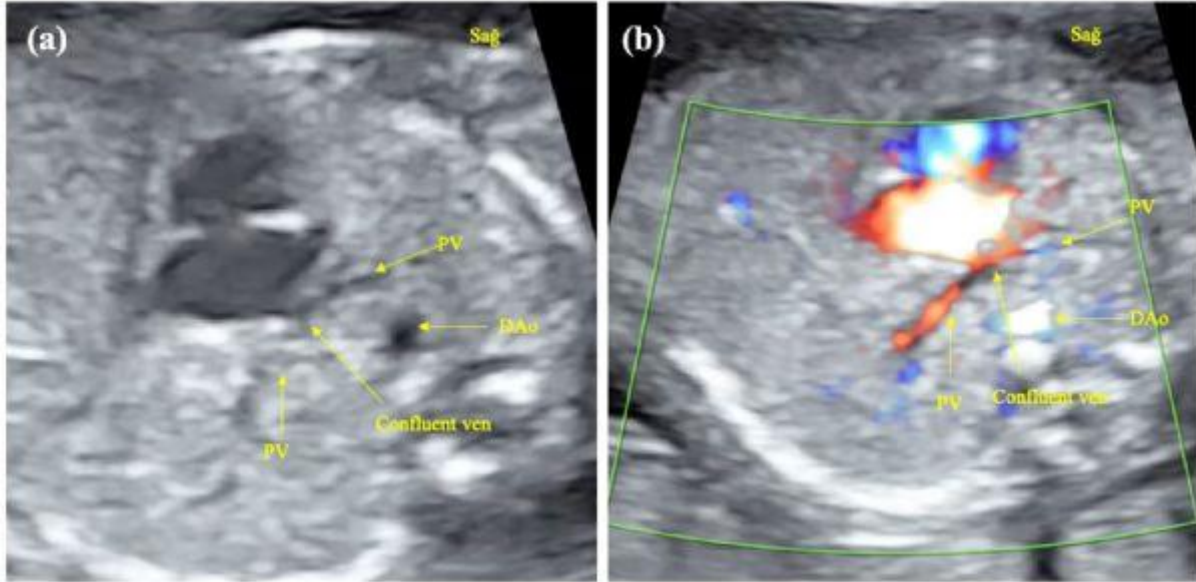
Anahtar Kelimeler: Fetal ekokardiyografi, konjenital kalp hastalıkları, perinatal sonuç, prenatal tanı, pulmoner venöz dönüş anomalisi

Resim 1. Suprakardiyak Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisinin Fetal Ekokardiyografi Bulguları



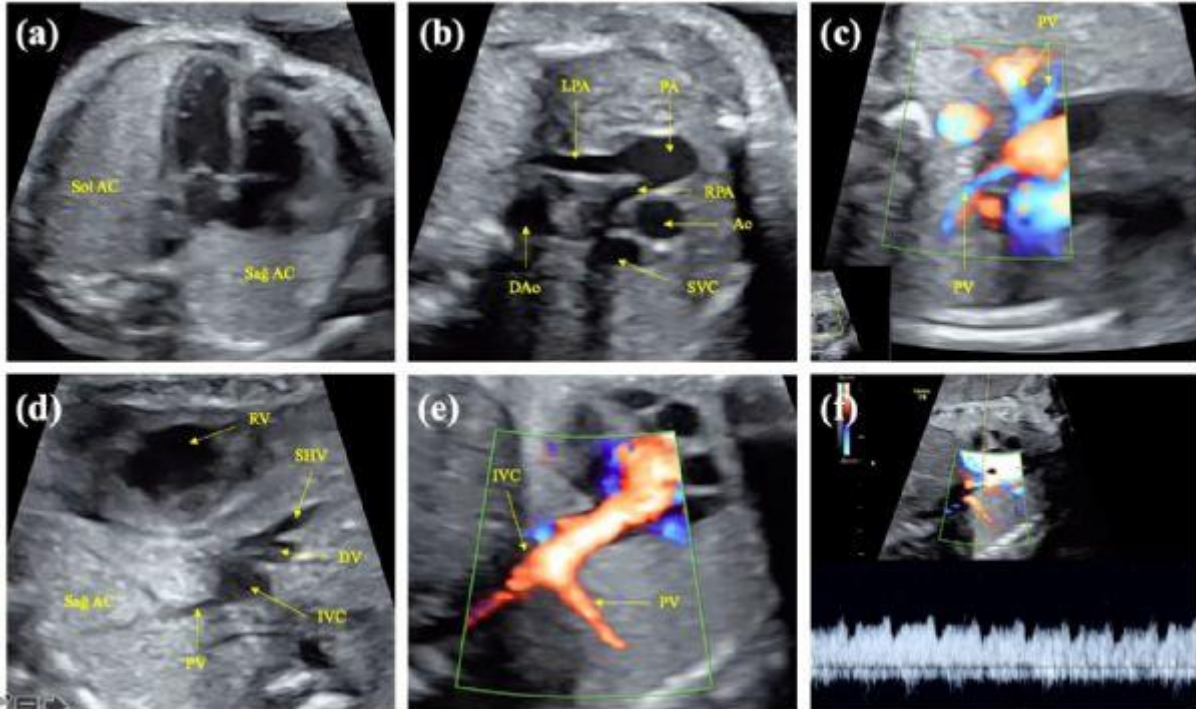
Sağ atriyal izomerizm olgusu (a,b) ve sol atriyal izomerizm olgusu (c,d). Sol atriyumun arkasında confluent pulmoner venler görülmekte ve inen aortla sol atriyum arasındaki mesafenin arttığı izlenmektedir (a). Ayrıca her iki büyük damarın sol ventrikülden çıktığı izlenmektedir (Çift çıkışlı sol ventrikül). Aynı olgunun Doppler ultrasonografi görüntüsü (b). Dilate olmuş sağ superior vena cavaya açılan vertikal venin ultrasonografik görüntüsü (c). Aynı olguda Doppler ultrasonografide vertikal venden superior vena cavaya doğru jet akım izlenmektedir (Sarı ok akım yönünü göstermektedir) (d). Kısaltmalar: Ao, aort; DAo, desendan aort; LPA, sol pulmoner arter; PA, pulmoner arter; PV, pulmoner ven; RPA, sağ pulmoner arter; SV, sol ventrikül; SVC, superior vena cava.

Resim 2. Kardiyak pulmoner venöz dönüş anomalisinin fetal ekokardiyografi bulguları



Sağ atriyal izomerizm olgusu. Sağ taraftaki atriyumun arkasında confluent pulmoner venler görülmekte ve inen aortla sağ taraftaki atriyum arasındaki mesafenin arttığı izlenmektedir. Ayrıca kalp dekstrokardi, dengesiz atriyovenriküler septal defekt ve her iki atriyumun sağ atriyal morfolojide olduğu izlenmektedir (a). Aynı olgunun Doppler ultrasonografi görüntüsü (b). Kısaltmalar: DAo, desendan aort; PV, pulmoner ven.

Resim 3. Scimitar sendromu (parsiyel infrakardiyak pulmoner venöz dönüş anomali) fetal ekokardiyografi bulguları



Aksiyel kesitte kalp mezokardi pozisyonunda ve sağ akciğer hipoplazik olarak izlenmektedir (a). Sağ pulmoner arter, sol pulmoner artere göre hipoplazik olarak görülmektedir (b). Sol atriyuma üç pulmoner venin (sol inferior ve sol superior pulmoner venler ile sağ superior pulmoner ven) açıldığı izlenmektedir (c). Sagittal – oblik kesitte sağ inferior pulmoner venin inferior vena cava açılmasının gri skala ve Doppler ultrasonografi görüntüleri (d,e). Inferior vena cavaya açılan sağ inferior pulmoner venin pulse Doppler ile akım paterni (f). Kısaltmalar: AC, akciğer; Ao, aort; DAo, desendan aort; DV, duktus venozus; IVC, inferior vena cava; LPA, sol pulmoner arter; PA, pulmoner arter; PV, pulmoner ven; RPA, sağ pulmoner arter; RV, sağ ventrikül; SHV, sol hepatik ven; SVC, superior vena cava.

Tablo 1. Antenatal Ultrasonografide Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi Tanısı Koyulan Olguların Fetal Ekokardiyografi Bulguları

Değişkenler	Suprakardiyak (n=6) n (%)	Kardiyak (n=6) n (%)	İnfrakardiyak (n=2) n (%)	Mikst tip (n=1) n (%)
Sağ atriyal izomerizm	5 (33.3)	5 (33.3)	1 (6.7)	-
Sol atriyal izomerizm	1 (6.7)	1 (6.7)	-	-
Scimitar sendromu	-	-	1 (6.7)	-
HSKS	-	-	-	1 (6.7)
Levokardi	2 (13.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	1 (6.7)
Dekstroardi	4 (26.7)	-	-	-
Mezokardi	-	-	1 (6.7)	-
Dengeli AVSD	1 (6.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	-
Dengesiz AVSD	5 (33.3)	4 (26.7)	-	-
Konotrunkal anomali	6 (40.0)	6 (40.0)	1 (6.7)	-
Sağ ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu	6 (40.0)	6 (40.0)	1 (6.7)	-
Sol ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu	-	-	-	1 (6.7)
PSSVC	6 (40.0)	2 (13.3)	1 (6.7)	-

Kısaltmalar: AVSD, Atriyovenriküler septal defekt; HSKS, Hipoplastik sol kalp sendromu; PSSVC, Persiste sol süperior vena cava; PVDA, Pulmoner venöz dönüş anomalisi.

Tablo 2. Antenatal dönemde pulmoner venöz dönüş anomalisi tanısı koyulan fetusların perinatal dönem ve infantil dönem sonuçları

Değişkenler	Canlı doğum (n=12) Ortalama (min – max)
Doğum haftası	37.9 (35 – 39)
Doğum ağırlığı (gr)	2992.5 (2320 – 3650)
1. dakika Apgar skoru	6.7 (4 – 8)
5. dakika Apgar skoru	8.3 (7 – 9)
YDYBÜ ihtiyacı (n/%)	8 (66.7)
Neonatal cerrahi (n/%)	3 (25.0)
Neonatal ölüm (n/%)	1 (8.3)
İnfantil ölüm (n/%)	7 (58.3)
Sağ kalım (n/%)	4 (33.3)

Kısaltmalar: YDYBÜ, Yenidoğan yoğun bakım ünitesi.

Fetal Sol Brakiyosefalik Venin 20-23 Haftalar Arasındaki Ölçüm Değerleri

Cem Yener

Tekirdağ Şehir Hastanesi, Perinatoloji

Amaç: Sol brakiyosefalik ven (LBCV) veya innominante ven timusun arkasında ve transvers aortik arkın önünde ilerleyerek superior vena kavaya drene olur. LBCV en iyi üç-damar-trakea (3VT) planına hafif kraniyal ve oblik bir planda görüntülenebilir. Bu çalışmada yirmi ile yirmi üçüncü haftalar arasındaki fetüslerde LBCV çapı için referans aralığı hazırlamayı amaçladık.

Yöntem: Fetal LBCV sistemik hastalığı olmayan tekiz 101 gebede 1 Nisan-30 Ağustos 2021 tarihleri arasında prospektif olarak incelendi ve referans değerleri belirlendi. Tarama testleri yüksek riskli olan gebeler ve yapısal anomalisi mevcut olan fetüsler çalışmaya dahil edilmedi. Ultrason ölçümleri Hitachi ARIETTA 65 (Aloka Medical, Ltd. Tokyo, Japan) ile transabdominal olarak uygulandı. Fetus dorsoposterior pozisyondayken ilk olarak 3VT gözlemlendi ve daha sonra prob yavaşça kraniyal ve oblik olarak sola kaydırıldı. En geniş çapı ölçmek için geç sistolde ölçümler yapılarak cineloop'tan faydalanıldı (**Resim 1**). Haftalara göre Mean±SD ve %5-%95 persantil değerleri hesaplandı.

Bulgular: Fetal LBCV çapı gebelik haftası ilerledikçe artmış gözlemlendi. 20. hafta (s=24), 21. hafta (s=24), 22. hafta (s=25), 23. hafta (s=28) için Mean±SD değerleri sırasıyla (1,61±0,12), (1,66±0,13), (1,84±0,19), (2,22±0,39) olarak bulundu. 5 ve 95.persantiller ise sırasıyla 20. hafta için 1,41-1,8; 21. Hafta için 1,43-1,88; 22. Hafta için 1,52-2,1 ve 23. Hafta için 1,73-2,86 olarak bulundu (**Tablo 1**) (**Şekil 1**).

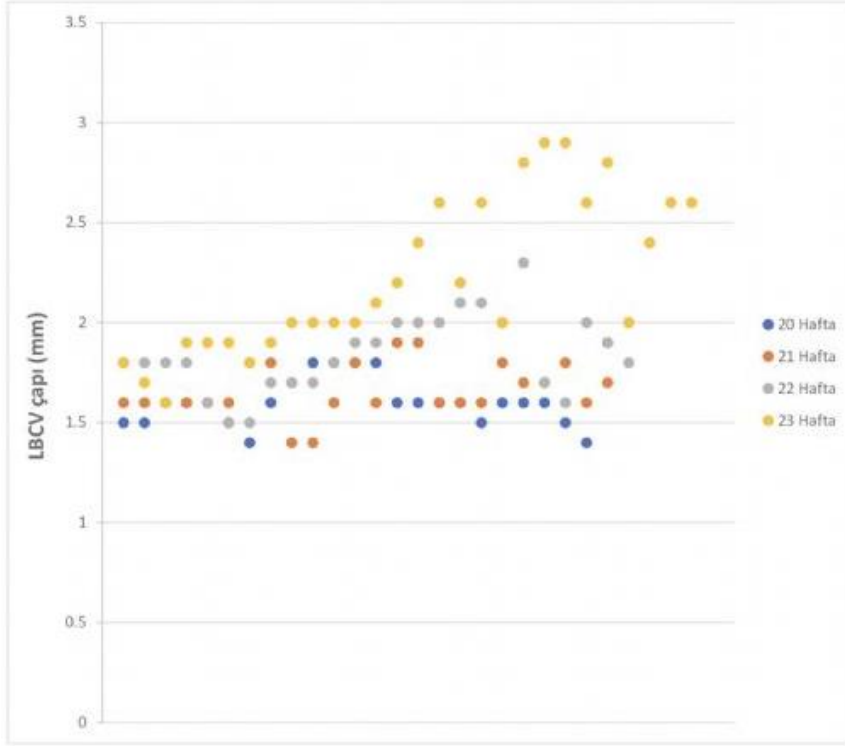
Sonuç: Sistemik ve pulmoner venöz bağlantı anomalilerinde LBCV dilate gözlenebilir ya da hiç gözlenemeyebilir. LBCV'nin gözlenmemesi ya da geniş gözlenmesi patolojiktir ve ayrıntılı şekilde diğer anomalilerin aranmasını ve fetal ekokardiyografi yapılmasını gerekli kılar. Dilate bir LBCV, Total pulmoner venöz bağlantı anomalilerinin suprakardiyak tipi ve Galen ven aneizmasıyla beraber olabilir. Diğer taraftan LBCV'nin gözlenmemesi persistan sol superior vena kava durumunda gözlenebilir. Bu yüzden LBCV rutin prenatal ultrason kontrol listesine dahil edilebilir. LBCV referans değerleri için daha fazla sayıda hasta içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Fetal kalp, prenatal, sol brakiyosefalik ven, ultrason, venöz anomaliler

Resim 1. Fetal sol brakiyosefalik venin ultrasonografik görüntüsü



Şekil 1.



Gestasyonel haftalara göre fetal sol brakiosefalik ven çapları.

Tablo 1.

	Mean(mm) \pm SD	%5 Persantil	%95 Persantil
20. Hafta (s=24)	1,61 \pm 0,12	1,41	1,8
21. Hafta (s=24)	1,66 \pm 0,13	1,43	1,88
22. Hafta (s=25)	1,84 \pm 0,19	1,52	2,1
23. Hafta (s=28)	2,22 \pm 0,39	1,73	2,86

Haftalara göre brakiosefalik venin Mean \pm SD ve %5-%95 persantil değerleri. s:sayı

Hipoplastik Sol Kalp Sendromunda Levoatriyal Kardinal Ven

Aydın Oçal, Oya Demirci

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Hipoplastik sol kalp sendromu(HLHS) tüm kongenital kalp hastalıklarının yaklaşık %1'i kadardır. Hayatın ilk haftasında görülen bebek ölümlerinin neredeyse ¼'ünü oluşturur. Levoatriyal kardinal ven, ciddi sol kalp obstrüksiyonu ve restriktif foramen ovalesi olan malforme kalplerde bulunabilen nadir bir kardiyovasküler anomalidir. Sol atriyumdan sınırlı veya başka kan çıkışı olmadığı için pulmoner ven drenajını kaval venöz sisteme bağlar. Mitral kapakta displazi, aort stenozu, foramen ovale'nin erken kapanması ve sağ atriuma drene olan bir levoatriyal kardinal veni olan bir fetüsün prenatal tanısını sunuyoruz.

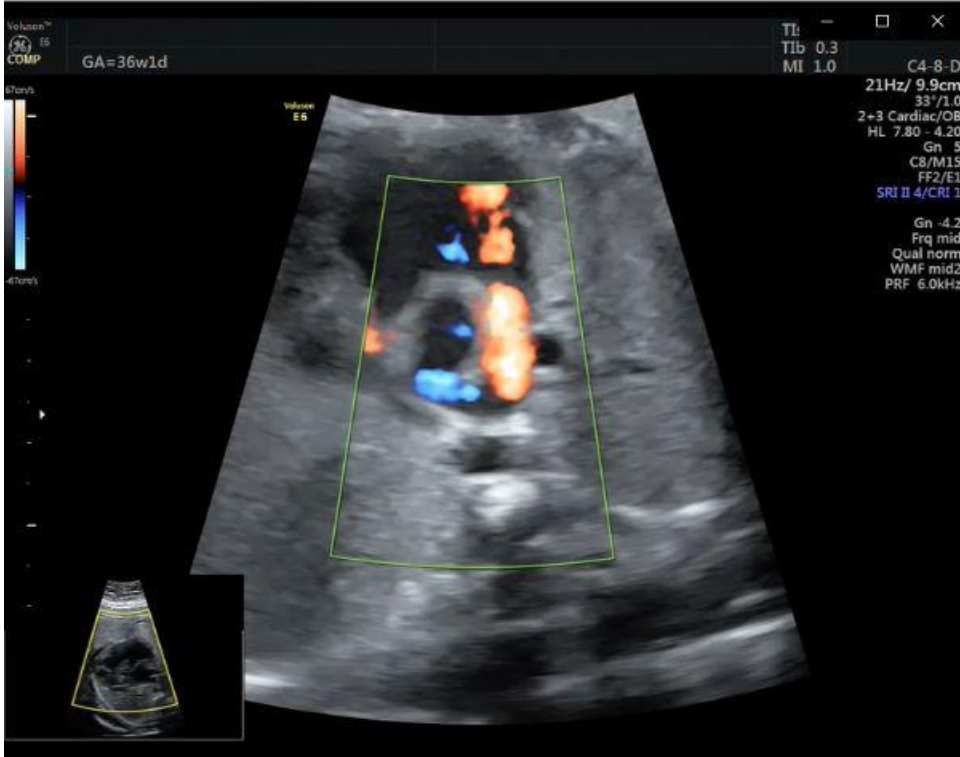
Olgu: 24 yaşında gravida 3 parite 1, son adet tarihine göre 14 hafta 2 gün olan hasta tarama testi için kliniğimize yönlendirilmiş, bakılan ultrasonografide 14 hafta 5 günlük gebelik mevcuttu. Fetal erken EKO'da kalpte 4 oda görüntüsünde sol ventrikülde fibroelastosis görünümü izlendi. Mitral kapak displastik izlendi. Aortik arkta retrograd akım mevcuttu. Amniosentez yapılan hastanın karyotip ve array sonuçları normal olarak değerlendirildi. Hasta gebeliğin devam etmesini istemesi üzerine takibi kliniğimizde yapıldı.

HLHS olan hastanın 29. haftada yapılan ultrasonografisinde erken EKO bulgularına ek olarak foramen ovale restriktif izlendi. Pulmoner venlerde çift yönlü akım izlendi. Sol atrium sağ atrium arasında aliasing veren ek bir şant görünümü izlendi. Ön planda levoatriyal kardinal ven(LACV) düşünüldü. Haftalık takiplere alınan hastanın foramen ovalesinin kapandığı ve fibroze olduğu izlendi. Gebelik haftası ilerledikçe LACV'nin çapında artış izlendi. Ekstrakardiyak anomali saptanmadı. Maternal proteinürisi olan hastanın tansiyon yüksekliği de eklenmesi üzerine 37 hafta 4 günlük iken sezaryeni gerçekleştirildi. 3130 gram 48 cm 3-7 APGAR'lı erkek bebek doğurtuldu. Siyanoze olması nedeniyle entübe edildi. Postnatal tanısı EKO ile doğrulandı. Prostaglandin tedavisi alan operasyonu planlanan hasta postnatal 2. gün ex oldu.

Sonuç: Bu hasta, karmaşık konjenital kardiyak lezyonları olan vakalarda fetal kalbin tam anatomik ve fonksiyonel değerlendirilmesinin önemini göstermektedir. Genellikle postnatal tanı konulan LACV'nin restriktif foramen ovalette prenatal görülebileceği unutulmamalıdır. Prenatal tanı erken tedavi şansını arttırmasına rağmen mortalitesi günümüzde hala yüksek seyretmektedir.

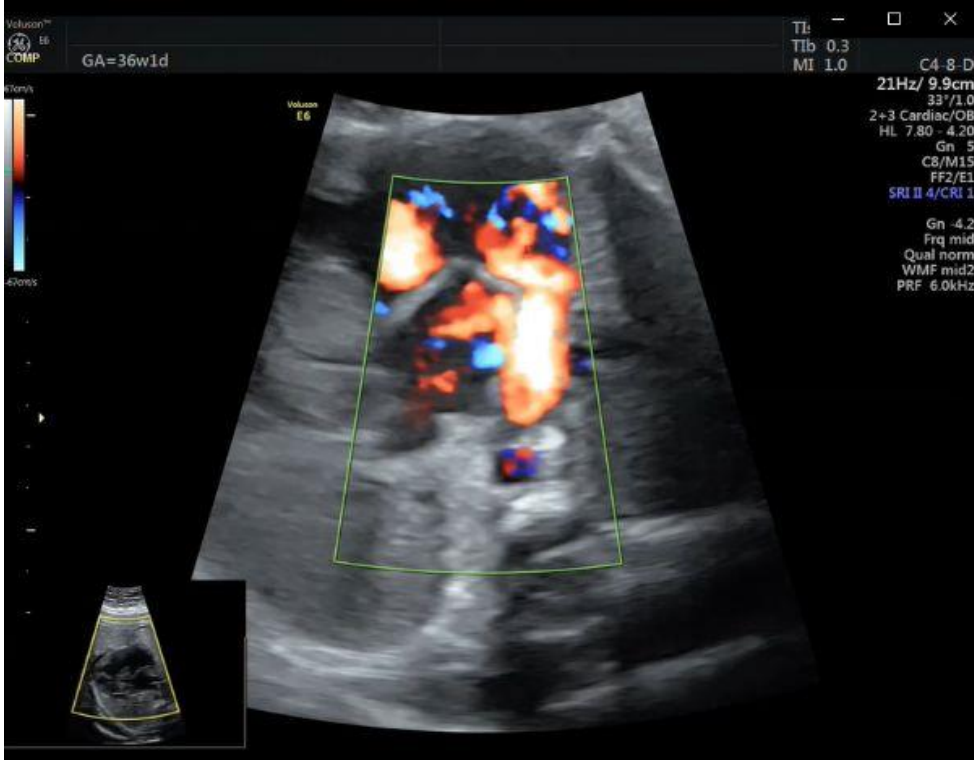
Anahtar Kelimeler: Hipoplastik sol kalp sendromu(HLHS), levoatriyal kardinal ven, restriktif foramen ovale, ventriküler fibroelastosis, aort stenozu

LACV 1



LACV nin doppler akımda sağ atriuma drene olduğu izlenmekte

LACV 2



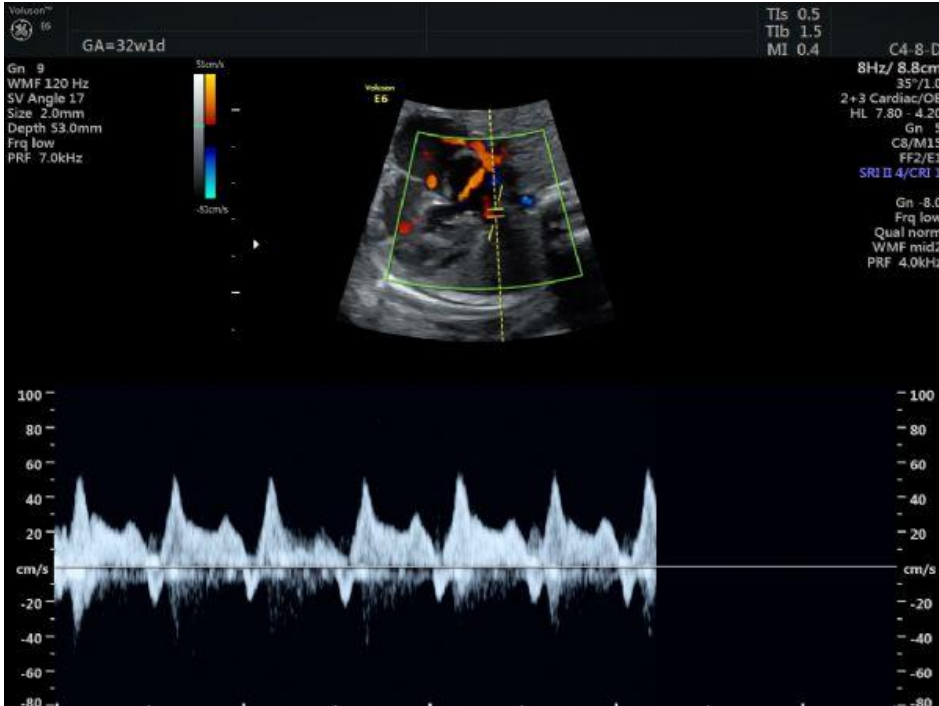
LACV sağ atriuma bicaval kesitte drene olduğu izlenmekte

LACV 3



LACV sağ atriuma bicaval kesitte drene olduğu izlenmekte

Pulmoner ven



Pulmoner vende çift yönlü akım

Restriktif foramen ovale



[SS-26]

Duktus Venozus Agenezisinin Prenatal Tanısı: Olgu Serisi

Neval Çayönü Kahraman, Özge Yücel Çelik, Cantekin İskender

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

Amaç: Kliniğimizde prenatal dönemde duktus venosus agenezisi (DVA) tanısı konulan dört vakanın takdimi.

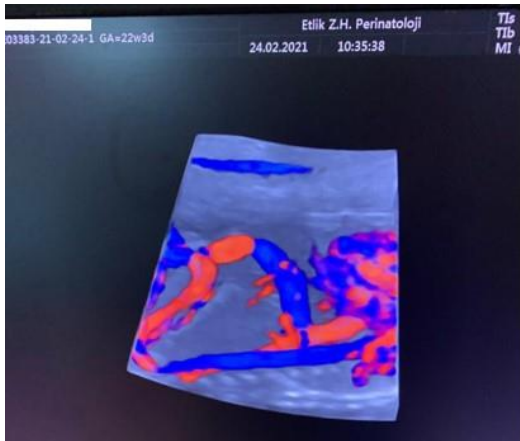
Yöntem: Kliniğimizde DVA şüpheli hastalar perinataloji alanında en az sekiz yıllık tecrübeye sahip perinatalog tarafından Voluson E6 (GE Healthcare GmbH & Co OG, Austria) ultrason ile abdominal ve transvajinal yolla detaylı şekilde tarandı, prenatal karyotip önerildi.

Bulgular ve Tartışma: DVA kötü obstetrik sonuçlarla ilişkili olup, vakalarımızın ikisi intrauterin kayıp, biri preeklamsi nedeni ile preterm doğum, diğeri ise miadında doğumla sonuçlanmıştır (Tablo 1.). Vakalarımızın ikisi ekstrahepatik DVA, diğeri ise intrahepatikdi (Şekil1.,2.,3.,4.). Fetal dolaşım üç fizyolojik temel şanta dayanır: Ductus arteriosus, foramen ovale ve ductus venosus. Bu üç şant, fetal dolaşımın intrauterine hayata adaptasyonunu sağlamaktadır (1). Doppler ultrasonun gelişimi ile fetal dolaşımında özellikle umblikal ve portal venöz sistem anomalileri prenatal olarak tanı alabilmektedir. DVA, portal –umblikal venöz sistem ve hepatik- sistemik venöz sistem arasında olan anastomozun başarısızlığından dolayı oluşmaktadır. DVA prevalansı 1:500 ile 1:2500 arasında olduğu bilinmekte (2) olup umblikal vendeki yüksek oksijenli kanın % 20 -30 'unu doğrudan fetal karaciğeri atlayarak fetal kalbe aktarmakta, oksijenli kan koroner dolaşıma ve beyine ulaşmaktadır (3). DVA 'de intrahepatik ve ekstrahepatik iki tip umblikal ven drenajı vardır. İntrahepatik drenajda umblikal ven, ductus venosus yapmadan portal sinus yoluyla portal venöz sisteme bağlanmaktadır. Prognozu iyi olarak rapor edilmektedir (4). Ekstrahepatik drenajda da umblikal ven, portal venöz sistemi bypass ederek sistemik venöz dolaşıma bağlanmaktadır (örneğin, inferior vena cava,sağ atrium, sol atrium, koroner sinus, iliak ven) (4,5,6). Ekstrahepatik drenajın, konjestif kalp yetmezliği ve hidrops ile varsayılan ilişki nedeniyle olumsuz bir prognoza sahip olduğu bildirilmektedir (4). DVA'nin kromozomal, kardiyak ve ekstrakardiyak anomalilerle ve portal venöz sistem agenezisi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (4).

Sonuç: DVA, kardiyak ve ekstrakardiyak malformasyonlarla ilişkili olabilmektedir ve kötü postnatal sonuç verebilmektedir. Prenatal dönemde tanı koymak, prenatal danışmanlık ve aile anksiyetesini azaltmak için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Duktus venozus agenezisi, ekstrahepatik, intrahepatik, umblikal ven, prenatal tanı

Şekil 1



Olgu 1,ekstrahepatik duktus venozus glass body görüntüsü

Şekil 2



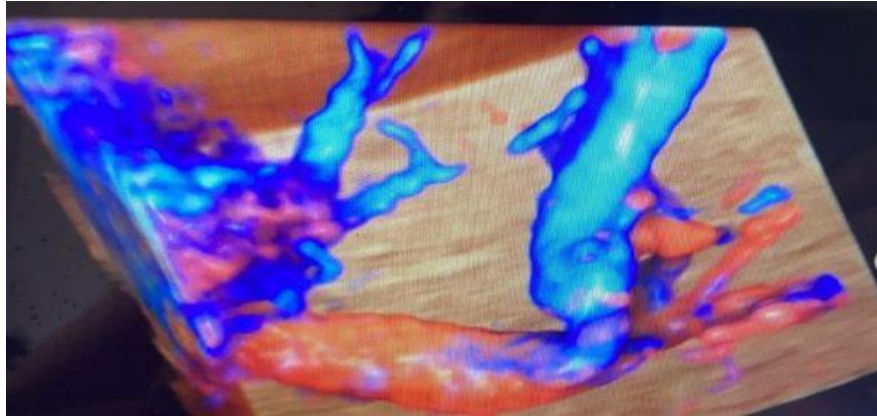
Olgu 2, intrahepatik duktus venozus agenezisi

Şekil 3

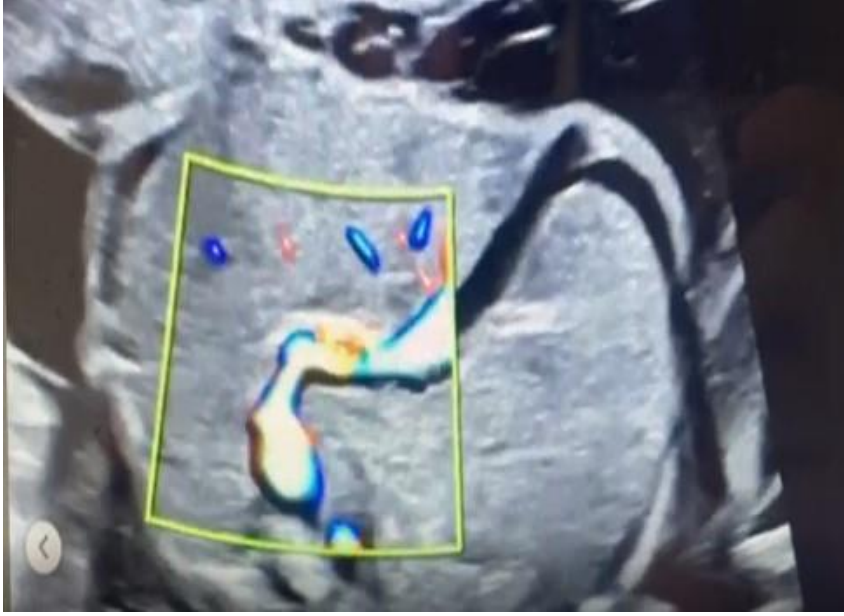


Olgu 3, intrahepatik duktus venozus

Şekil 4



Olgu 4, üç boyutlu doppler görüntüsü

Şekil 4*Olgu 4, genişlemiş v.cava inferior***Tablo 1**

Anamnez	Başvuru haftası	Başvuru nedeni	Eşlik eden anomaliler	Ductus venozus agenezisi tipi	İnvaziv test sonucu	Postnatal sonuç
OLGU 1						
38y G1P0Y0 IVF	22W 2D	Dış merkezde umbilikal dopplerde diastol sonu akım kaybı	Cavum septim lateral çap artmış, mide normalden küçük UmbA DSA, ductus venosus vena cava inferior ile bağlantılı	Ekstrahepatik tip	İnvaziv işlem önerildi hasta kabul etmedi.	27w3d iken şiddetli preeklampsi +makat geliş+plasental dekolman + fetal stress tanısı ile acil sezeryan.
OLGU 2						
35y G3P2Y2	12W	Rutin takip	CRL: 53mm 12w fka(+) NT: 7,8mm Nasal kemik var fetal boyunda juguler lenfatik kese,kistik higroma,ductus venosus izlenmedi.	İntrahepatik tip	CVS önerildi.Hasta kabul etmedi.	14w iken intrauterin kayıp
OLGU 3						
28y G1P0Y0 <i>Olgular</i>	13W	İkili testte T21 riski yüksek	CRL:68mm 13w fka(+) NT:4,9mm Nasal kemik var. Kistik Higroma Ductus venosus izlenmedi	İntrahepatik tip	CVS önerildi Sonuç: Normal karyotip	38w3d NSD ile doğum
OLGU 4						
30y G2P0A1Y0	21W	Dış merkezde v. cav inferiorde genişleme	V. cava inf normalden geniş Ductus venosus izlenmedi.	Ekstrahepatik tip	AS önerildi Sonuç: Normal karyotip	28 w iken intrauterin kayıp.

Prenatal Tanı Alan İzole Fetal İntraabdominal Kistlerin Yönetimi: Tersiyer Merkez Sonuçları

Rukiye Kızılırmak, Miraç Özalp, Mehmet Albayrak, Mehmet Osmanağaoğlu
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Trabzon

Amaç: Kliniğimize başvuran gebelerde prenatal izole fetal intraabdominal kist tanısı alan olguların yönetimi ve bu bebeklerin uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Riskli gebelik polikliniğimizde Ocak 2015-Eylül 2021 tarihleri arasında prenatal izole fetal abdominal kist tanısı alan 20 gebenin sonuçları retrospektif olarak incelendi. Perinatoloji konseyinde pediatrik cerrahi ekibi ile birlikte değerlendirilen gebelerin demografik bilgilerinin yanı sıra, kistin orijini, fetal cinsiyet, prenatal tanı haftası, takipte spontan rezorbe olup olmadığı, intrauterin müdahale ihtiyacı, doğum sonrası operasyon ihtiyacı olup olmadığı araştırıldı.

Bulgular: Olguların demografik özellikleri ve klinik parametreleri Tablo 1’de özetlenmiştir. Fetal over kistleri en sık görülen gruptur ve olguların % 55’ini oluşturmaktadır. İntraabdominal kistlerin %30’unda intrauterin dönemde spontan regresyon izlenmiştir. Bir fetal over kisti olgusuna fetal abdominal bası semptomları gelişmesi üzerine intrauterin kist aspirasyonu yapılmıştır. Enterik duplikasyon kisti ön tanısı ile takip edilen bir fetüsün tanısı postnatal doğrulandı ve pediatrik cerrahi tarafından opere edildi (Tablo 2).

Sonuç: Fetal abdominal kistlerin hepsi benign olarak saptandı. Literatür ile uyumlu olarak en sık over kisti saptanmış olup, fetal abdominal kistlerin üçte biri intrauterin dönemde spontan rezorbe oldu. Abdominal kist tanısı alan hastalarda prenatal tanı, etkin danışmanlık ve yenidoğan döneminde yönetimin planlanması için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: fetal abdominal kist, fetal enterik duplikasyon kisti, fetal over kisti, prenatal tanı, ultrason

Tablo 1

Yaş (yıl)	29.2 (18-45)
Gravida	2 (1-5)
Parite	1 (0-3)
Fetal cinsiyet (n,%)	
-Dişi	15 (%75)
-Erkek	5 (%25)
Prenatal tespit zamanı (hafta)	29 (22-37)
Doğum zamanı (hafta)	37 (35-40)

Olguların demografik özellikleri ve klinik parametreleri

Tablo 2

	Olgu sayısı	Fetal Cinsiyet Kız Erkek	İntrauterin Spontan Regresyon	İntrauterin Fetal Girişim	Postpartum operasyon
	n	n % n %	n %	n %	n %
Over kisti	11	11 100 -	4 36.4	1 9	-
Mezenterik kist	3	1 33 2 67	1 33	-	-
Sürrenal kist	3	2 67 1 33	1 33	-	-
Enterik duplikasyon kisti	1	1 100 -	-	-	1 100
Koledok kisti	1	- 1 100	-	-	-
Hepatik kist	1	- 1 100	-	-	-

Fetal cinsiyetlerine göre intraabdominal kistlerin dağılımı ve değerlendirilmesi

Kliniğimizde Konjenital Kistik Adenomatoid Malformasyon Tanısı Almış Olguların Prenatal Bulguları ve Postnatal Sonuçları

Çiğdem Kunt İşgüder¹, Tuğba Saraç Sivrikoz¹, Şule Birol İnce¹, Muhterem Melis Cantürk², İbrahim Kalelioğlu¹, Alkan Yıldırım¹, Recep Has¹

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

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

Amaç: Konjenital kistik adenomatoid malformasyon (CCAM), terminal bronşiyollerin aşırı proliferasyonu ve anormal alveol gelişimi ile karakterize multikistik hamartomatöz bir akciğer lezyonudur. Olguların %80-95'i unilateral, tek lobu tutar. İnsidansı 1/25.000-35.000 canlı doğum olup nadir bir lezyondur, erkeklerde daha sık görülür. Tüm konjenital akciğer malformasyonlarının %25'ini ve konjenital kistik akciğer malformasyonlarının %95'ini oluşturur. Bu çalışmada, kliniğimizde CCAM tanısı almış olguların prenatal bulgular, tedaviler ve postnatal sonuç ve tedavilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Method: 2015-2021 yılları arasında CCAM tanısı alan 72 gebenin takip ve tedavi kayıtları ve postnatal sonuçları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Ortalama anne yaşı 30.36 ± 5.75 (20-43) yıl, ortalama tanı haftası 24.9 ± 3.85 (19-39) hafta idi. Etkilenen vakaların 27 tanesi (%45.8) kız, 32 tanesi (%54.2) erkek cinsiyetindeydi. Vakaların %52.75'i (n:38) mikrokistik, %47.25'i (n:34) makrokistik CCAM olup 42 olguda sağ, 30 olguda ise sol akciğerde CCAM saptandı. Kist volümü oranı (CVR) 0.69 cm^2 (0.14-5.5) olarak saptandı. Vakaların %22.2 'sinde (n:16) polihidramniyos, %63.9'unda (n:46) kardiyak kayma, %22.2'sinde (n:16) ek ultrason bulgusu ve %12.5'inde (n:9) hidrops saptandı. Karyotip analizi yapılan 20 olgunun tamamında, karyotip analiz sonucu normaldi. 7 hastaya torakosentez, 5 hastaya steroid tedavisi, 1 hastaya torakoamniyotik şant olmak üzere toplam 13 intrauterin tedavi prosedürü uygulandı. Gebelik, 5 olguda terminasyon, 3 olguda intrauterin fetal ölüm ve 59 olguda canlı doğum ile sonuçlandı. 2 yenidoğan postnatal 1. ve 7. günde kaybedildi. 49 bebek asemptomatik idi, 25 (%34.7) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edildi. 24 bebeğe (asemptomatik 16, semptomatik 8 hasta) başarılı rezeksiyon yapıldı. Sadece 1 hastada patoloji sonucu pulmoner sekestrasyon olarak rapor edildi.

Sonuç: Rutin taramalar sırasında tanı konulan CCAM'lu fetuslarda kötü prognoz belirteçlerine rağmen takip ultrason değerlendirmelerinde lezyonlar spontan regresyon ve rezolüsyon da gösterebilir. Tedavisi konservatif yaklaşımdan intrauterin cerrahi, steroid tedavisi ve postnatal cerrahiye kadar geniş bir spektrumda olan CCAM'un prenatal olarak tespit edilip takip edilmesi, tedavinin planlanmasında oldukça önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: hidrops, kist volümü oranı, konjenital kistik adenomatoid malformasyon, prenatal bulgu, rezeksiyon

Plasental İnvazyon Değerlendirmesinde Ultrasonografinin Yeri

Özge Kahramanoğlu, Oya Demirci

TC SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Plasental invazyon anomalisi düşünülen olgularda ultrasonografinin invazyon derecesi ve peripartum morbidite öngörüsündeki öneminin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: 2020-2021 yılları arasında hastanemize başvuran, plasental invazyon düşünülen ve doğumu hastanemizde gerçekleştirilen 54 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların tanı ve doğum sırasındaki gebelik haftaları, ultrasonografik olarak plasenta previa varlığı, demarkasyon hattı kaybı, lakün, köprüleşen damar, bulging bulguları, plasental patoloji incelemeleri ve operasyon notları kaydedildi. Hastalar ultrasonografi incelemesi sırasında invazyon düşünülmeyen, lokal invazyon düşünülen ve plasenta akreata spektrumu olarak değerlendirilen hastalar olarak 3 gruba ayrıldı.

Bulgular: 54 olgudan 12 hastada invazyon düşünülmedi, 13 hastada lokal invazyon düşünüldü, 29 hastada multipl lakün, bulging ve köprü damar varlığı olması üzerine plasental invazyon anomalisi olarak değerlendirildi. Ortalama tanı haftası 27, doğum haftası 36 olarak saptandı. Hastaların hepsi multipar ve geçirilmiş sezaryen öyküsü olan hastalardı. Lokal invazyon düşünülen hastaların 4'ünde invazyon saptanmadı, fakat invazyon görülmeyen 2 hastada plasental yatakta yaygın kanama olması üzerine kare sutur ve bacri balon uygulandı. Lokal invazyon düşünülen 1 hastada peripartum histerektomi yapıldı. 5 hastaya segmenter rezeksiyon uygulandı. Plasenta akreata spektrumu öntanısıyla takip edilen hastaların hepsinde invazyon saptandı. 12 hastada histerektomi yapıldı, 17 hastada segmenter rezeksiyon yapıldı ve bacri balonu yerleştirildi. Segmenter rezeksiyon yapılan 1 hastada postoperatif 2. saatte aşırı kanama nedeniyle histerektomi gerçekleştirildi. 54 hastadan 39'una kan transfüzyonu yapıldı. Mortalite görülmedi. Ultrasonografinin sezaryen esnasında karşılaşılabilecek tam invazyonu bulmada sensitivitesi %96.2, spesifisitesi ise %88.8 olarak bulunmuştur. Ultrasonografide invazyon yok olarak yorumlanan hiçbir olguda sezaryen esnasında invazyon saptanmadı. Bu hastalardan 5'ine uterusu bacri balon yerleştirildi. (Tablo 1)

Sonuç: Plasenta akreata spektrumu myometriuma anormal trofoblast invazyonu sonucu oluşan, ağır kanama sonucu morbidite ve mortaliteye neden olabilen bir durumdur. Geçirilmiş sezaryen sonrası plasenta previa en önemli risk faktörüdür. Preoperatif tanı mortalite ve morbiditenin önlenmesinde çok önemlidir. Önemli bir bulgumuz ise ultrasonografinin invazyonu ekarte etmede güvenilirliğinin %100 olarak saptanmasıdır.

Anahtar Kelimeler: akreata, invazyon, previa, sezaryen, ultrasonografi

Plasenta Previa Olgularında Ultrasonografi ve Sezaryen Bulguları

	Sezaryen Bulgusu				
USG Bulgusu		Tam invazyon	Lokal İnvazyon	İnvazyon Yok	
	Tam invazyon	26	3	0	29
	Lokal İnvazyon	1	8	4	13
	İnvazyon Yok	0	0	12	12
		27	11	16	54

Plasental Koryoanjom Öntanısı Alan Gebeliklerin Sonuçları

Lütfiye Uygur, Işıl Ayhan, Oya Demirci

1Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

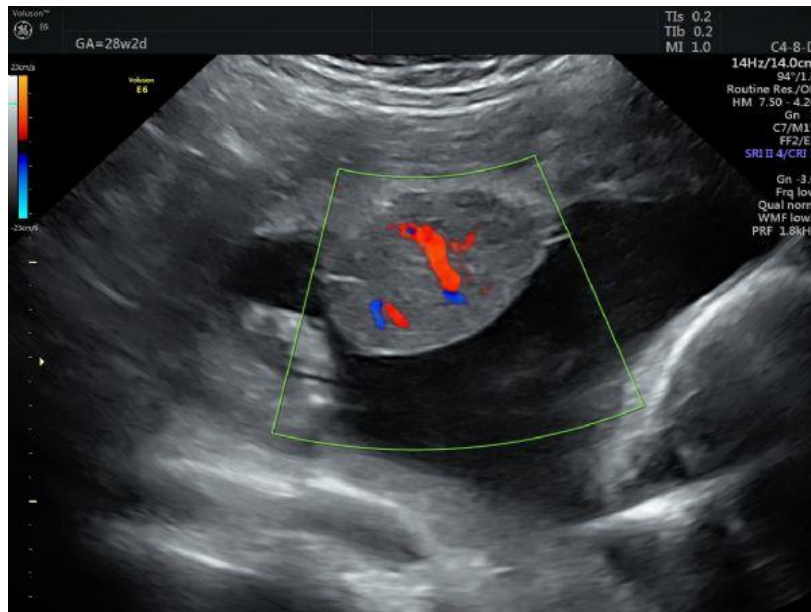
Amaç: Prenatal dönemde koryoanjom tanısı alan gebeliklerde takiplerde gelişen ultrason bulgularının incelenmesi, bu gebeliklerin perinatal ve postnatal sonuçlarının değerlendirilmesi. **Yöntem:** Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği'nde 2014-2021 yıllarında plasental koryoanjoma öntanısı ile izlenen ve doğum yaptırılan gebelerin takip bulguları, gebelik sonuçları ve postnatal sonuçları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: 12 hastaya antenatal takiplerde ultrasonda koryoanjom tanısı koyulmuş, bu hastalardan 6'sı takiplerini ve doğumunu kliniğimizde yaptırmış ve postpartum patolojik inceleme yapılabilmektedir. Çalışmaya bu 6 hasta dahil edilmiştir. Ortalama anne yaşı 29,5 (24-40) idi. Tanıda ortalama gebelik haftası 27,3 (20-32) idi. Bu 6 hastanın 4'ünde histopatolojik incelemeyle koryoanjom tanısı doğrulanmış, 2'si subkoryonik hematoma olarak değerlendirilmiştir. Hastaların ultrasonografik takip bulguları ve patoloji sonuçları tablo 1'dedir. 5 (%83) hastada kitle gebelik süresince büyüme göstermiştir. 1 hastada fetal anemi tanısı koyulmuş, postnatal yenidoğan kan sayımında anemi doğrulanmıştır. 4 (%66) hastada izlemlerde polihidramniyos, plasental kalınlık artışı, triküspit regürjitasyonu bulguları gelişmiş, 4(%66) hastada fetal gelişim kısıtlılığı, 2(%33) hastada travayda fetal distress gelişmiştir. Yalnızca 1 yenidoğan anemik saptanmıştır. Gebelik sonuçları, fetal ve neonatal sonuçlar tablo 2'dedir.

Sonuç: Koryoanjom, benign bir plasental tümördür. Ultrason bulguları subkoryonik hematoma, teratom, dejenere fibroid, koranjokarsinom gibi durumlarla benzerlik gösterir. Kesin tanısı ancak postpartum histopatolojik inceleme ile koyulabilir. Özellikle yüksek vaskülaritesi olan ve kitle çapında hızlı büyüme gösteren olgular polihidramniyos, preterm doğum, preeklampsi, fetal anemi, kalp yetmezliği, fetal gelişim kısıtlılığı gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceğinden yakın antenatal takip, uygun doğum zamanlaması ve dikkatli travay takibi gerektirir.

Anahtar Kelimeler: plasenta, koryoanjom, ultrasonografi, subkoryonik hematoma, gebelik sonuçları

Resim 1



Bir plasental koryoanjom vakasının ultrason görüntüsü. Plasentanın fetal yüzünde, umbilikal kord insersiyonuna yakın, besleyici damarı görülen iyi sınırlı kitle

Resim 2



Bir plasental koryoanjiom vakasının makroskopik görüntüsü

Tablo 1

OLGU	YAŞ	TANIDA GEBELİK HAFTASI	KİTLENİN İLK ÇAPI (mm)	KİTLENİN SON ÇAPI (mm)	VASKÜLARİTE	Takipte gelişen ek USG bulguları	Son MCA MoM	Fetal Büyüme Kısıtlılığı	Patoloji Sonucu
1	27	30	50x22	55x66	Yüksek	Polihidramniyos, Triküspit regürjitasyonu	1.48	-	Koryoanjiom
2	31	20	30x27	98x93	Yüksek	Polihidramniyos, Triküspit regürjitasyonu	1.0	+	Koryoanjiom
3	25	32	47x50	60x50	Yok	Triküspit regürjitasyonu, Plasental kalınlık artışı	1.06	-	Subkoryonik hematom
4	24	32	57x35	68x60	Düşük	-	1.0	+	Koryoanjiom
5	30	28	28x50	66x40	Düşük	Triküspit regürjitasyonu, Plasental kalınlık artışı	0.85	+	Subkoryonik hematom
6	40	22	32x30	70x50	Yüksek	Polihidramniyos, Triküspit regürjitasyonu, Plasental kalınlık artışı	1.2	-	Koryoanjiom

Plasental koryoanjiom vakalarının demografik verileri, ultrason takip bulguları ve patoloji sonuçları

Tablo 2

OLGU	GEBELİKTE MORBİDİTE/ KOMPLİKASYON	GEBELİK SONUCU	DOĞUMDA Gebelik Haftası	DOĞUM ŞEKLİ	ENDİKASYON	DOĞUM AĞIRLIĞI (gr)	Yenidoğan Hb/Htc	Yenidoğanda ek komplikasyon/ bulgu
1	Preterm eylem	CD (Canlı doğum)	32	C/S (sezaryen)	Eylemde Eski C/S	2440	12/35.5	RDS (respiratuar distress sendromu)
2	GDM(gestasyonel diyabet), FBK(fetal büyüme kısıtlılığı), Preterm doğum	CD	33	C/S	Fetal distress	1450 (1.p)	19/59.9	RDS, PDA, Hiperbilirubinemi
3	GDM	CD	38	C/S	Fetal distress	3200	-	-
4	GDM, FBK	CD	38	C/S	Eski C/S	2640 (5.p)	17.5/53.6	-
5	GDM, FBK	CD	39	Vajinal doğum	Eylemde gebe	2750 (5.p)	16.6/49.3	TTN (geçici takipne)
6	GDM, Preterm doğum	CD	36	C/S	Düşük BPP skoru, Eski C/S	2440 (10.p)	16/48.6	TTN, sacral dimple

Gebelik sonuçları, fetal ve neonatal sonuçlar.

Unsuccessful Uterine Artery Embolization in Large Uterine Arteriovenous Malformation

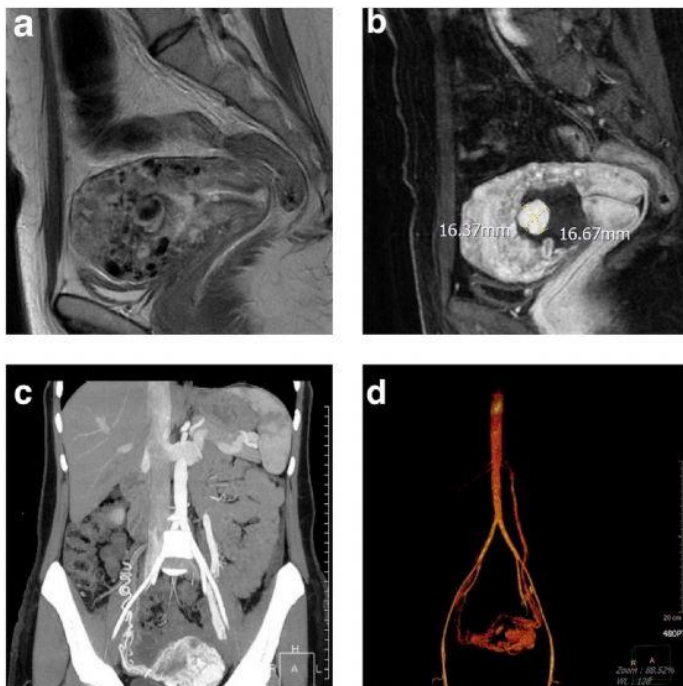
Orhan Sahin, Emine Aydın

Department of Obstetrics and Gynecology, Prof. Dr. Cemil Tascioglu City Hospital, Istanbul, Turkey

A 35-year-old patient, G3P1C1, with a history of cesarean section and curettage. She applied to a private clinic for voluntary termination of pregnancy when she was 6 weeks pregnant. Her menstrual cycles were regular, and she had no history of any other suspicious symptom until the time of admission. When severe bleeding occurred during dilatation at the beginning of the curettage procedure, the procedure was stopped and then the bleeding stopped. The patient applied to our outpatient emergency gynecology clinic. In the pelvic examination, it was observed that the uterus was large, there was no active bleeding from the vagina, the gestational sac was disrupted, and there were hypoechoic areas around the gestational sac in the endometrial cavity. In the Doppler examination, irregular vascularity and low resistance index values, high peak systolic velocity flow (PSV >60 cm/s) and pulsatility index were observed in the color doppler ultrasonography. Computed tomography (CT) angiography showed a prominent vascular structure with a diameter of 65 mm in the thickened posterior left uterine wall. In 3D image CT angiography, hypervascular tangles and dilatation of the left ovarian vessel were demonstrated (Picture 1). Dilute N-butyl cyanoacrylate (NBCA) (with 1:4 ethiodized oil) was used in uterine artery embolization (UAE). Total occlusion of the AVM was observed in the control angiography after the procedure. (Picture 2) Hysterectomy was decided for the patient who had active vaginal bleeding within a few hours after the procedure and needed blood transfusion. (Picture 2) A review showed that UAE had a success rate of 61% at the first attempt and 91% at the second attempt. Data on which cases may fail are lacking in the literature. However, UAE is now considered the gold standard treatment for AVM, with high success rates and fertility-preserving procedures and reporting successful pregnancy rates after the procedure.

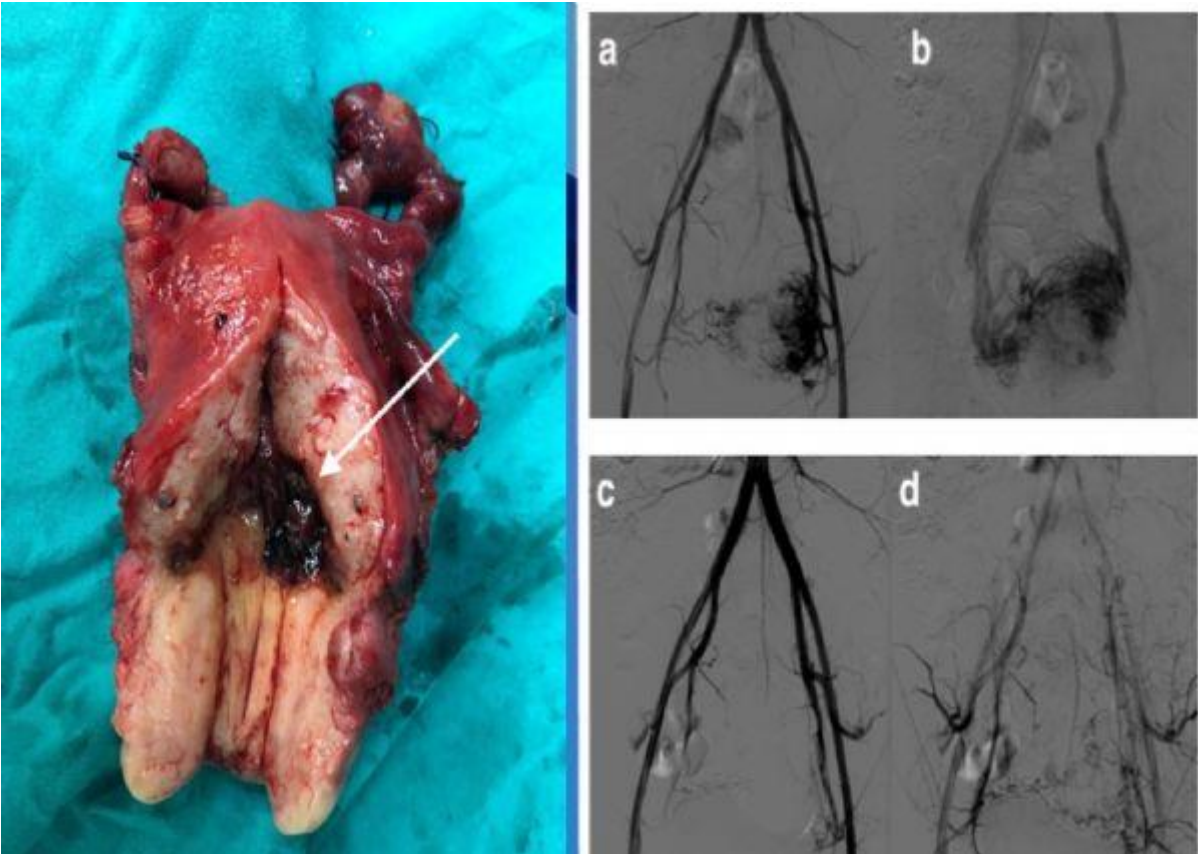
Keywords: Arteriovenous malformation, doppler ultrasonography, first trimester obstetric ultrasound, massive vaginal bleeding, uterine artery embolization

Picture 1



Preoperative diagnostic methods of the patient a) Sagittal plane MRI before contrast, b) Sagittal plane MRI after contrast, c) Coronal view of CT angiography, d) MR angiography removed

Picture 2



Left Picture: Hysterectomy material. (white arrow indicates macroscopic uterine AVM) Right Picture: Digital subtraction angiography (DSA) image of uterine arteriovenous malformation (AVM) fed from the left uterine artery, a) Arterial phase b) venous phase c) DSA image of uterine AVM after embolization arterial phase d) venous phase



POSTER BİLDİRİLER

[PS-02]

COVID-19 Pnömonisini Taklit Eden ve Anne Ölümüyle Sonuçlanan Peripartum Kardiyomyopati

Emine Aydın, Orhan Sahin

Kadın Hastalıkları ve Doğum, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Amaç: Maternal ölüm ile sonuçlanan peripartum kardiyomyopati (PPKM) olgusunun COVID-19 pnömonisi ayırıcı tanısı

Yöntem: Vaka sunumu

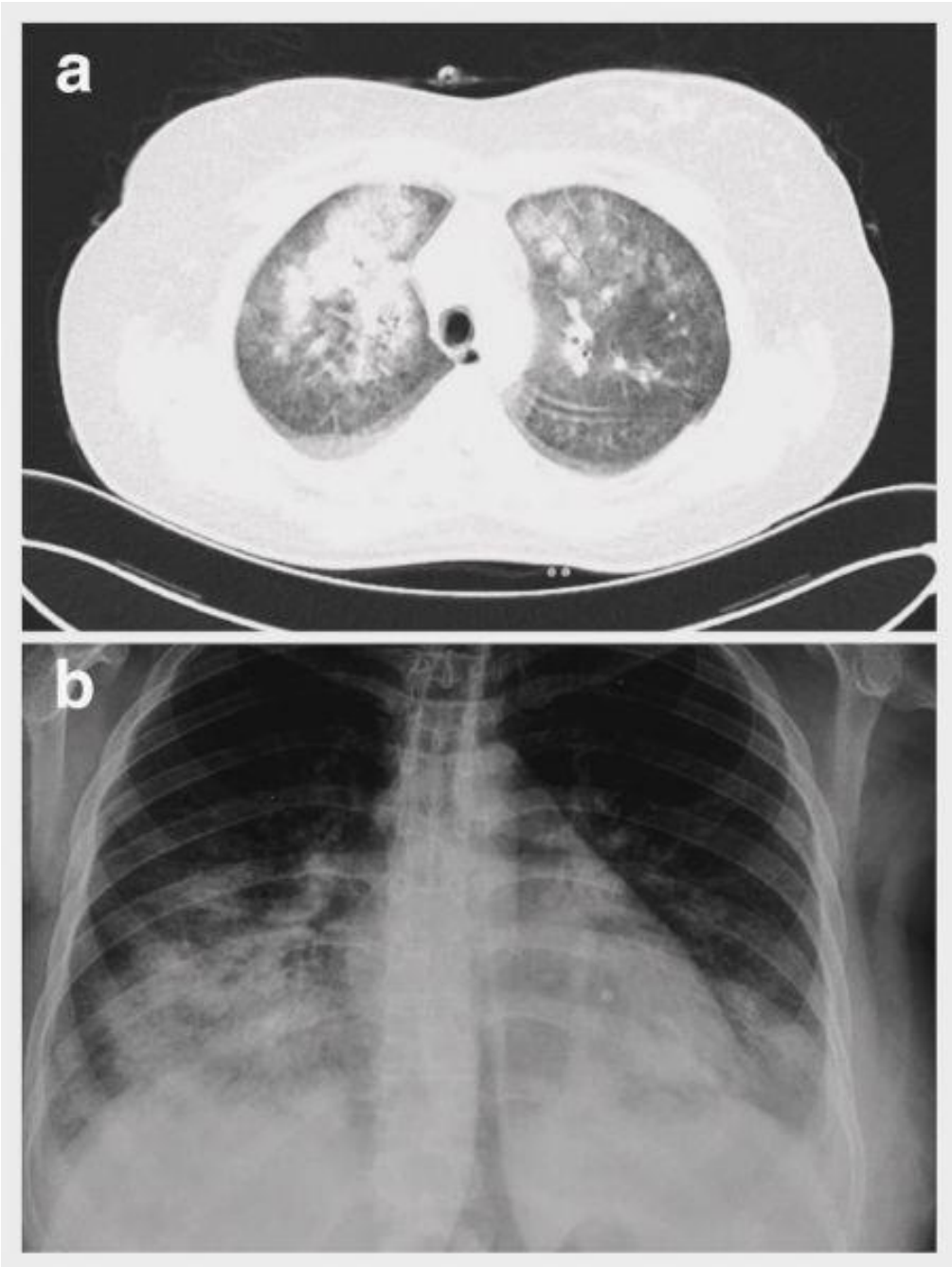
Bulgular: 29 yaşında, Gravida 2 Parite 1, 36 hafta 0 günlük gebe hasta, ani başlayan çarpıntı, nefes darlığı ve kendini iyi hissetmeme şikayetleri ile kliniğimize başvurdu.

Genel görünüm orta-iyi, dispneik ve ortopneik idi. Vücut kitle indeksi 35,3 kg/m², nabız 118/dk, kan basıncı 120/70 mmHg, solunum sayısı 24/dk idi. Periferik oksijen satürasyonu (SpO₂) oda havasında %94 ve ateş:38°C idi. NST normal idi. Akciğer grafisinde sağda daha belirgin olarak alt zonlarda hafif infiltrasyon, bilateral hiler dolgunluk ve yoğunluk artışı izlendi (Resim 1). 5 lt/dk O₂ ventilasyonuna rağmen arteriyel satürasyon %90'ın altına düşmeye başladı. PCR testi negatifti. Ekokardiografide (EKO) ejeksiyon fraksiyonu (EF) 35%, sol ventrikül hipertrofisi, sol ventrikül diyastolik disfonksiyonu (Evre 1), dejeneratif mitral ve aort kapağı, hafif aort yetersizliği, hafif triküspit yetersizliği ve orta derecede mitral yetmezliği görüldü (Resim 2). Gebeliğin sezaryen ile sonlandırılmasına karar verildi. Hastaya postoperatif, Digoksin, Furosemid Enoxaparin, Metoprolol, Spironolakton, Kaptopril, Klaritromisin, Tazosin başlandı. BT'de en kalın yerinde 1,5 cm'e ulaşan bilateral plevral efüzyon ve sağ akciğerde daha belirgin olmak üzere iki tarafta yaygın buzlu cam infiltrasyonları izlendi. (Resim 1). Hasta tanı konulmasından 35 gün sonra kalp yetmezliğinden exitus oldu.

Sonuç: PPKM'nin tam patogenezi halen tam olarak belirlenmemiştir.1 Viral ajanlar sorumlu tutulmuş olsa da az sayıda hasta üzerinde yapılan kohort çalışmaları, PPKM'li kadınların 8% ile 50% sinde değişen derecelerde viral genom ve miyokardiyal inflamasyon göstermiştir^{2,3}. COVID-19 solunumsal belirtileri ile ön planda olmasına rağmen kardiyak komplikasyonlar da bildirilmiştir.4 Gebe olmayan hastaları değerlendiren çalışmalar, COVID-19 ile ilişkili miyokarditin dilate kardiyomyopatiye ilerleyebileceğini düşündürmektedir.5 Öte yandan hastanın toraks BT'sinde pnömoni ve /veya kalp yetmezliği lehine bulgular ve eko bulguları peripartum kardiyomyopatiyi düşündürür. Yine de COVID-19'da yanlış negatif PCR oranlarının %18 ile %58 arasında değiştiği göz önünde alındığında, bu tür olgularda kesin tanı koymak oldukça zor olabilir. 6

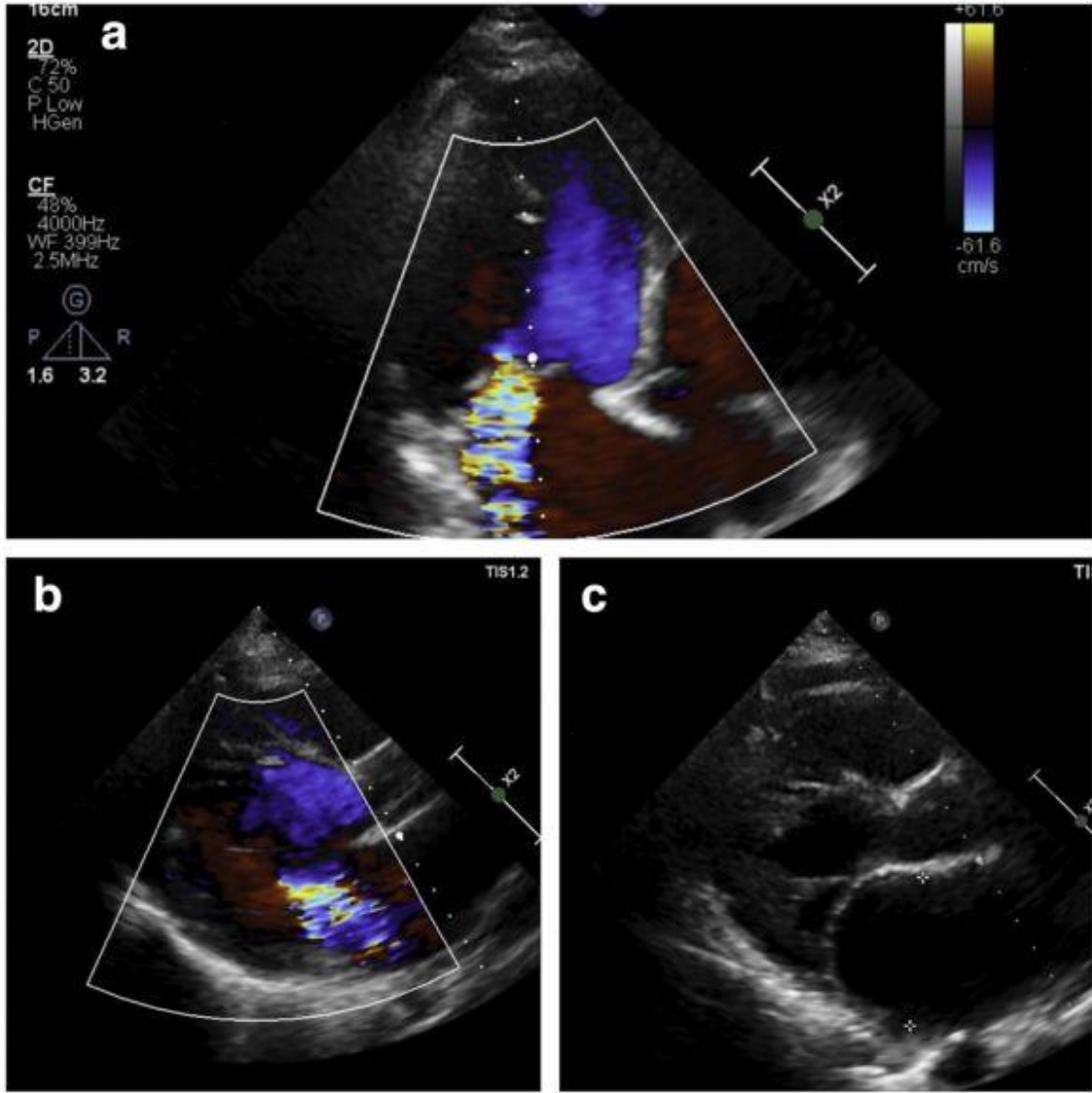
Anahtar Kelimeler: COVID-19, ekokardiografi, gebelik, maternal ölüm, peripartum kardiyomyopati

Resim 1



a) Toraks CT b)PA Ac X-ray

Resim 2



a) Apikal kesitte sol ventrikül ve sol atrium dilatasyonu, orta şiddette mitral yetmezlik. b) Apikal kesitte sol ventrikül ve sol atrium dilatasyonu, orta şiddette mitral yetmezlik. Normal sağ ventrikül fonksiyonları c) Parasternal uzun aks kesitte sol ventrikül dilatasyonu, orta şiddette mitral yetmezlik.

[PS-04]

Monokoryonik İkiz Gebeliklerde Selektif Fetal Gelişim Geriliği

Aysel Üren

Doğanşehir Şehit Esra Köse Başaran Devlet Hastanesi, Malatya

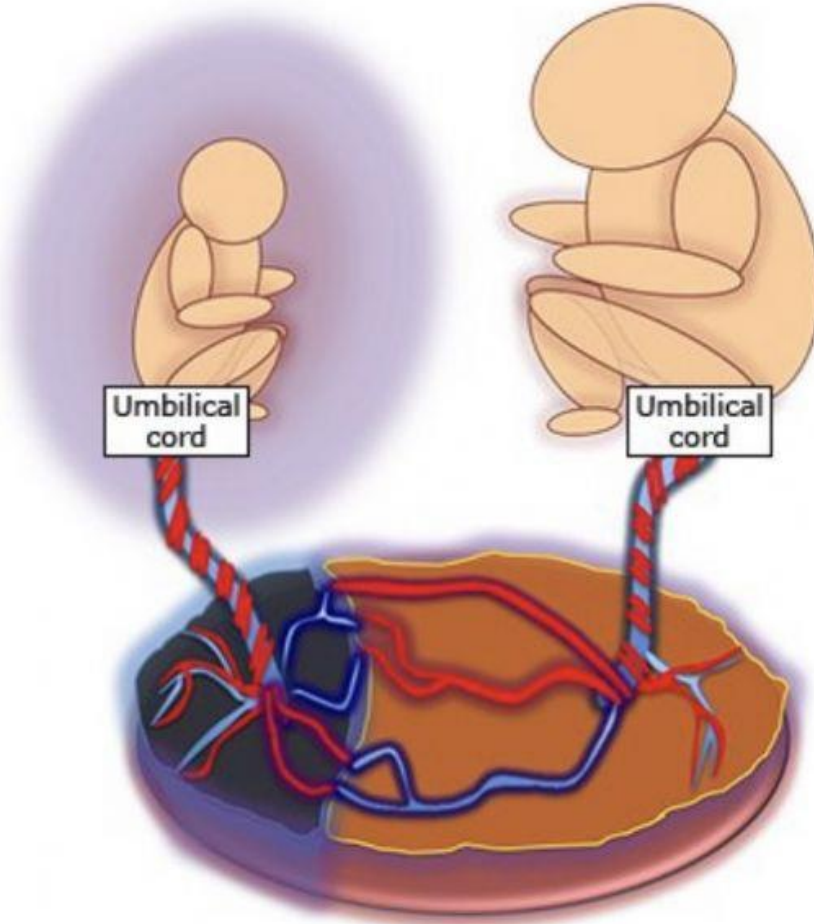
Çoğul gebelik uzun dönem kötü sonuçlara neden olabilecek birçok komplikasyonun artmış riskine sahiptir. Monokoryonik ikiz gebelikte selektif IUGR her iki fetus arasında gestasyonel yaşa göre tahmini fetal ağırlıkta (TFA) % 25 fark olmasıdır. sIUGR'de plasenta bölgesi ikizler arasında eşit olmayan bir şekilde dağılmıştır: bir ikiz plasenta payının çoğuna sahipken, büyüme kısıtlı ikiz plasentanın sadece küçük bir kısmına erişim nedeniyle beslenemez. Monokoryonik ikizlerde sIUGR insidansı % 10-15'tir.

Vaka Takdimi: 39 yaş ikinci gebelik 36 hafta 3 gün spontan gebeliği olan kliniğimiz takipli monokoryonik diamniyotik ikiz olgumuz; gebeliğin 33. haftasında her iki fetus arasında % 25 ağırlık farkı bulunmakta idi. Her iki fetus umbilikal arter akım doppleri normal olup, akım kaybı veya ters akım izlenmedi. Amniyon mayi her iki kesede yeterli idi, sıkı ultrason takibi, nst, uterin arter doppler ile gebelik takip edildi, 34. gebelik haftasında erken doğum tehdidi uterin kontraksiyonlar sebebi ile steroid dozları tamamlandı. Gebeliğin 36. haftasında 1. fetusun ultrasonografik ağırlığı 1900 gram, 2. fetusun ağırlığı 2700 gram ölçüldü. birinci bebek doppler sonografide akım kaybı tespit edildi bunun üzerine doğum kararı verildi. Vajinal doğum ve sezaryenin fayda ve riskleri tartışıldı. Hastaya alt segment transvers sezaryen yapıldı. 1. bebek 1830 gram, 2. bebek 2560 gram her iki bebeğin apgar skoru 1.dk 8 olup 5. dakika 10 idi ilk bakım ve müdahale doğum salonunda yapıldı takip için yenidoğan ünitesine alındı. Doğum sonrası 8. ve 22. günlerde iyilik hali ile bebekler taburcu edildi.

Monokoryonik ikiz gebelikler maternal ve neonatal morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir. Bundan dolayı daha dikkatli ve sıkı takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: [DAK], [doppler], [ikiz], [MKDA], [sIUGR]

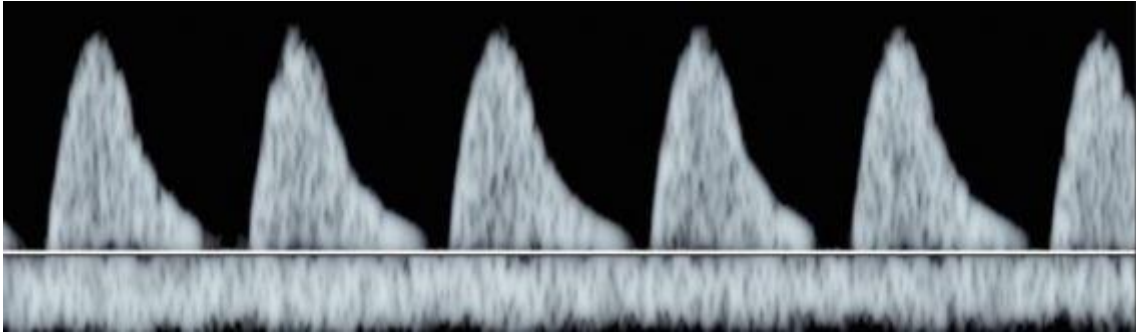
Monokoryonik İkiz Plasenta



Monokoryonik İkiz sIUGR



Monokoryonik İkiz Umblikar Arter Doppler DAK



monokoryonik ikiz gebelikte fetuslar arasında eşit olmayan plasenta paylaşımı, sIUGR fetusta umblikal arter doppler diyastolik akım kaybı

Management of a 6-Week Cervical Ectopic Pregnancy with a Single Dose of Systemic Methotrexate: A Case Report

Orhan Sahin

Department of Obstetrics and Gynecology, Prof.Dr.Cemil Tascioglu City Hospital,Istanbul,Turkey

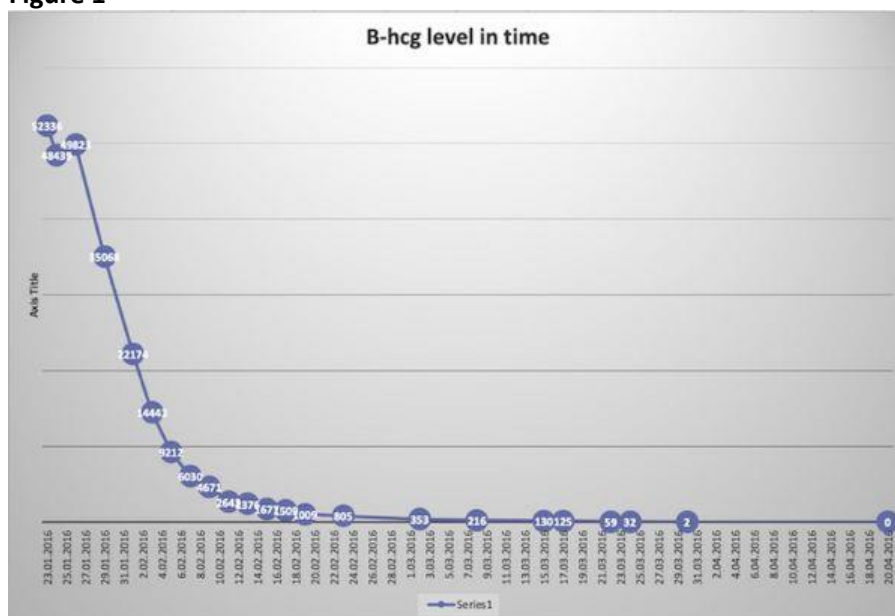
Objective: Our aim is to present the successful diagnosis, treatment and 1-year follow-up of a 6-week-old cervical ectopic pregnancy (CP) case with life-threatening positive fetal heart activity.

Case: A 37-year-old multiparous patient was admitted to our service with the diagnosis of CP. She was pregnant for 6 weeks and 3 days (compatible with ultrasound) according to her last menstrual date. In the transvaginal ultrasonography examination, embryo and fetal cardiac activity with a head-rump length (CRL) of 5.8 mm was observed in an intact gestational sac in the cervical region. (Picture 1) The hemoglobin (Hb) level was 10.4 g/dL and the quantitative measurement of human chorionic gonadotropin hormone (β -hCG) was 52.336 mIU/mL. Treatment options and possible risks were discussed with the patient. The patient decided on medical treatment. The recommended treatment was a single intramuscular injection of 70 mg (1 mg/kg) MTX. Follow-up was performed with weekly ultrasound scanning and the quantitative serum β -hCG level gradually decreased until it returned to the normal range after 3 months as seen in Figure 1. Active vaginal bleeding of the patient was not observed in the long and short term. In contrast to the decrease in B-Hcg levels, some enlargement in the form of a sac in the cervical region was observed in the ultrasound image until the end of the 12th month after treatment. After one year, the cervical region was naturally followed on ultrasound.(Picture 1)

Conclusion: MTX appears to be the first-line therapy for clinically stable patients and has been used systemically or locally in case series. A single dose of MTX injection appears to be effective for the treatment of CP without the need for concomitant procedures or surgical interventions. In addition, this conservative technique both preserves fertility and allows for the possibility of subsequent uneventful delivery.

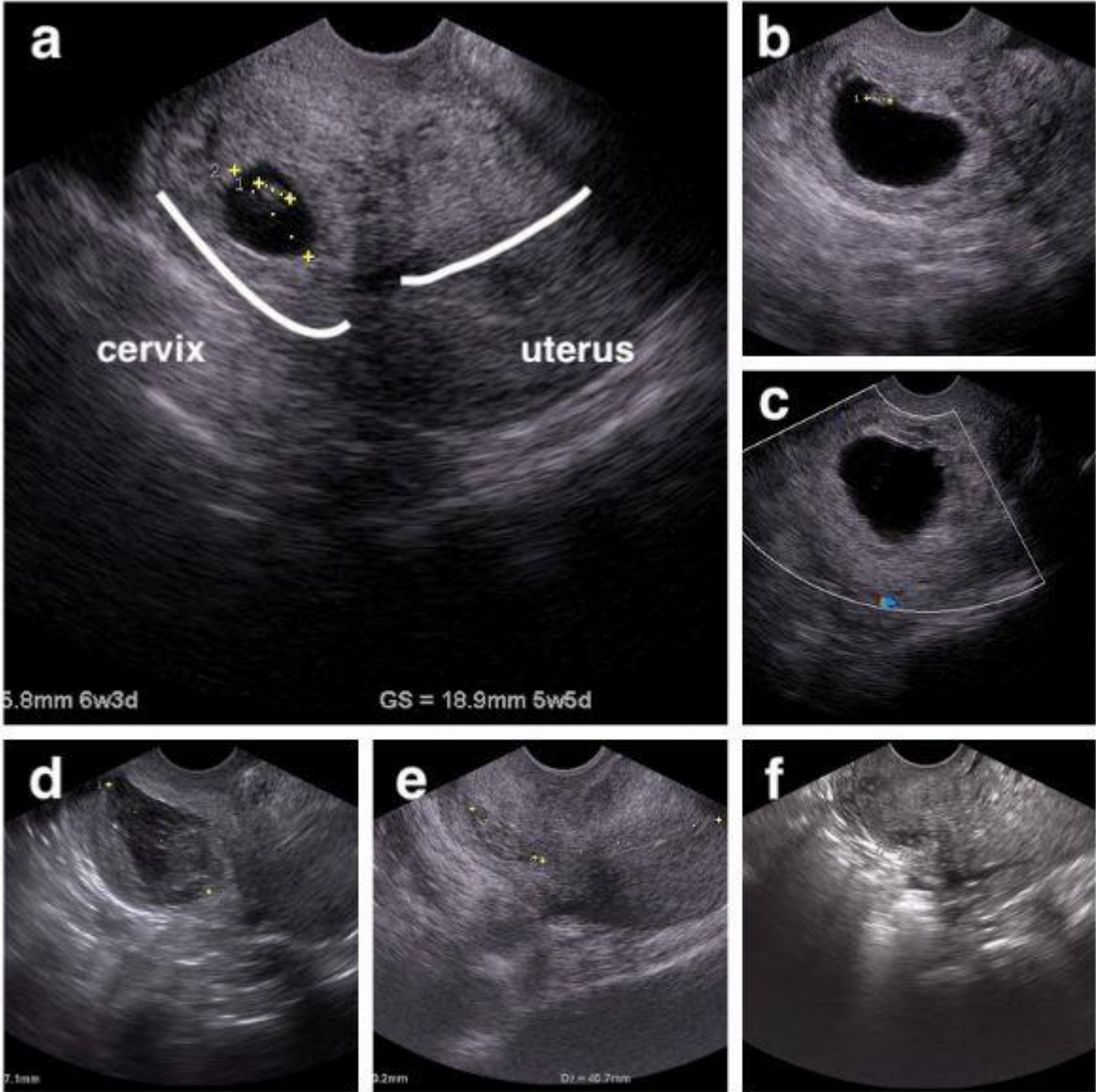
Keywords: First trimester pregnancy, Ectopic pregnancy, Cervical ectopic pregnancy, Methotrexate, Vaginal bleeding

Figure 1



B-hcg level after Mtx treatment

Picture 1



a) Mtx 1st day b) Mtx 30th day c) Mtx 60th day d) Mtx 120th day e) Mtx 8th month f) Mtx 1st year

[PS-06]

A Prospective Study: The Effect of Fetal Hypoxia on Myeloperoxidase Levels in Cord Blood

Caner Köse¹, Müjde Can Ibanoglu¹, Kadriye Erdogan¹, Burak Arslan², Safiye Elif Uzlu³, Funda Akpınar¹, Rahmi Sinan Karadeniz¹, Yaprak Engin Üstün¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Etlik Zubeyde Hanım Women's Health Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

²Department of Biochemistry, Ankara Etlik Zubeyde Hanım Women's Health Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

³Department of Neonatology, Ankara Etlik Zubeyde Hanım Women's Health Training and Research Hospital, Ankara, Turkey.

Objective: We aimed to compare myeloperoxidase (MPO) levels in cord blood samples of mothers with and without perinatal hypoxia, since fetal hypoxia results in decreased pH, base excess, and an increase in pCO₂ and lactate levels. Another objective of this study is to determine the correlation between MPO values and pH values among newborns with perinatal hypoxia.

Study Design: We enrolled 42 pregnant women to this cross-sectional analytic study if they had met following criteria: uneventful gestational follow-ups, no known chronic or pregnancy-associated diseases, a BMI of <29.9, a singleton pregnancy, those with pregnancy over 34 weeks. The subjects were 1:1 randomized to either hypoxic newborns (n=21) and those in the control group (n=21) and their myeloperoxidase levels were measured from cord blood samples.

Results: The mean age of the study population was 26,9 ±5,3 years. The mean BMI was 28,3 ± 3,5 kg/m². The mean age of gestation at birth was 39,4 ± 1,4 weeks, with a mean birth weight of 3194,6 ± 460,3 grams. In this study, we compared the MPO levels of hypoxic newborns and those in the control group, and we did not find a significant difference between the two groups (p=0.147). Pearson Correlation Analysis is at -0.566 with p value (0.008) showing significant negative correlation between MPO and pH in the study group. The pH level decreases, the MPO level increases, and as the MPO levels increases, the pH decreases.

Conclusion: We found that MPO values are negatively correlated with cord blood pH among newborns diagnosed with fetal hypoxia.

Keywords: Antioxidant system, cord blood, fetal hypoxia, myeloperoxidase, oxidative stress

The statistical analyses between MPO values and pH values in the study group.

Correlations			
		pH	MPO
pH	Pearson Correlation	1	-.566
	Sig. (2-tailed)		.008 ^a
	N	21	21
MPO	Pearson Correlation	-.566	1
	Sig. (2-tailed)	.008 ^a	
	N	21	21

p < 0.05 indicates significant difference. Data are expressed as mean ± standard deviation. a Pearson Correlation Analysis

Table 1.

	Study Group (n=21)	Controls (n=21)	P
Age (years)	28.7±5.8	25.1±4.9	.132
Gestational week (weeks)	39.4±1.2	39.5±1.7	.752
Birthweight (grams)	3220.5±452.4	3168.8±468.3	.964
5.Minute APGAR	9.38 ±0.86	10.0± 0.00	.002
Base Excess(BE)	13.1±6.3	2.0±0.0	.000
pH	7.1±0.1	7.4±0.0	.000
MPO level (U/L)	956.1±362.8	1200.5±633.8	.147

*p < 0.05 indicates significant difference. Data are expressed as mean ± standard deviation.
Independent Sample T-test*

Postpartum Dönemde Ortaya Çıkan Somatoform Bozukluk: Olgu Sunumu

Belma Gözde Özdemir¹, Nilay Aksoy², Halis Özdemir³

¹Adıyaman Gölbaşı Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

²Adıyaman Gölbaşı Devlet Hastanesi, Anestezi Bölümü

³Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü

GİRİŞ: Gebelik sonrasında depresyon yaygın görülen bir durumdur. Hem hormonal hem fizyolojik değişimler buna zemin hazırlamaktadır. Bazen altta yatan psikiyatrik hastalığın ilerlemesi söz konusu olabilmektedir. Aile içi şiddetin olduğu durumlarda sekonder kazanç amaçlı konversiyon olabilir. Bu durum doğum sonrasında embolik olayların, nörolojik biyokimyasal patolojilerin ekartasyonunu gerektirebilir.

Bu vakada spinal anestezi ile sezaryen operasyonu sonrasında konversif atak geçiren bir hastayı sunmayı amaçladık.

Vaka: Hasta 26 yaşında G3Y2P2 sezaryen doğumu olan hasta sancı şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilinen ek hastalık öyküsü bulunmamakla birlikte geçirilmiş sadece sezaryen operasyonları mevcuttur. Hastanın bazal laboratuvar, biyokimyasal ve tam kan sayımı parametrelerinde patoloji izlenmedi. Takipsiz gebeliği olan hastanın muayenesinde ultrasonografik ölçümlere göre 37 haftalık tekil, canlı gebelik tespit edilmiştir. Kontraksiyonları regüler olan ve gerilemeyen hasta sezaryen operasyonuna alındı. Bu süreçte hasta tek başına olup konuşma ve hareket bozukluğu izlenmedi. Ameliyat sırasında fascia kapatılması süresince hasta bebeğini ruhani varlıklara benzettiğini ifade ederek konuşması kekeleme şeklinde olmaya ve gözlerini deviye etmeye başladı. Bunun üzerine anestezi ekibi ile birlikte hasta tekrar değerlendirildi. Vital bulgular stabil olan hastada, oksitosin iv olarak verilmedi, medikasyon dozajları aşılmadı. Eş zamanlı gönderilen laboratuvar parametrelerinde patoloji izlenmedi. Elektrolit bozukluğu, emboli riski, oksitosin yan etkisi ekarte edilmeye çalışıldı. Etken bulunamadı. Hastanın konuşmasının kesilmemesi, sadece kekeleme olması, gözünü tek bir noktaya dikmesi nöbet ihtimalini düşündürse de bilinç kaybı olmadı. Hasta uyanık olduğu dönemde bilincinin yerinde olduğunu ifade etti. TIA ekartasyonu açısından hastada nörolojik muayenede patoloji bulunamadı. İleri merkeze sevk edilen hasta nöroloji ve psikiyatri klinikleri tarafından postpartum depresyon ve konversiyon olarak değerlendirildi. Bebeğini emzirmemek ve sorumluluğunu almamak amaçlı yapılan bir davranış sorunu olduğu tespit edildi. Hasta psikiyatri kliniğine yönlendirildi. **Sonuç:** Bu tür psikosomatik bozuluklukları olan gebeler bebekleri ile uzun süre yalnız başlarına bırakılmamalıdır. Pencere kenarlarına dikkat edilmelidir. Mevcut durumun ilerlemesi söz konusu olabilir. Psikiyatri kliniğince destek alınmalıdır. Aile fertleri acil durumlar açısından uyarı

Anahtar Kelimeler: gebelik, konversiyon, psikoz, sezaryen, somatoform

[PS-08]

11. Haftada Atrioventrikuler Septal Defekt Saptanan ve Duktus Venozus - Sistemik Şantı Bulunan Trizomi 21 Olgusu

Coşkun Ümit, Acar Koç

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

Atrioventrikuler septal defekt (AVSD) sıklığı 1000 canlı doğumda 0.24-0.31 olarak izlenir. Tüm konjenital kalp hastalıklarının %4-5'idir. Atrioventrikuler septal defektleri anatomik ve klinik spektrum olmak üzere 2 farklı şekilde incelemek mümkündür. Atrioventriküler septal defektler trizomi 21 gibi kromozomal anomaliler ile kuvvetli birliktelik gösterdiği için önemlidir. Aynı zamanda heterotaksi sendromlarına da eşlik edebilir. AVSD' nin büyüklüğü, eşlik eden anomalilerin varlığı, atrio ventrikuler kapağın tek orifisli ya da iki orifisli olması, ventriküllerin eşit olup olmaması fetal prognozu etkiler. Bizim hastamızda olduğu gibi ventriküllerin eşit boyutta olduğu (dengeli) ve tek bir orifisin olduğu (komplet) atrioventriküler septal defektler trizomi 21 ile %75 birliktelik gösterir.

Aynı zamanda ultrason cihazlarının kalitesi ve klinik tecrübe arttıkça fetal kalp taramasının nukal kalınlık ölçümü esnasında yapılması gündeme gelmiştir. Ultrason ile erken kalp taramasının, kalp hastalıklarının tanısında yüksek sensitivite ve spesifite gösterdiği çalışmalarda belirtilmiştir. Bu sayede yaşamla bağdaşmayan kromozomal ve kromozomal olmayan sendromların erken tanısı konularak hastalar açısından hem obstetrik hem psikolojik sıkıntılar yaşanmasının önüne geçilmiş olur. Biz burada kliniğimize 11. haftada başvurup fetal atrioventriküler septal defekt teşhisi konulan, ardından yapılan karyotipleme ile Down Sendromu olduğu tespit edilen ve gebeliğin terminasyonu ile sonuçlanan olguyu tartışmayı planlıyoruz. Fetüste atrioventriküler septal defekt dışında duktus venozus anomalisinin bulunması sebebiyle de kromozomal sendromlara sıklıkla eşlik edebilen duktus venozus anomalilerini de literatür eşliğinde olgumuzda tartışmayı planladık.

Anahtar Kelimeler: down, duktus venozus, kardiyak, karyotip, terminasyon

11. Hafta Transvajinal Ultrason AVSD



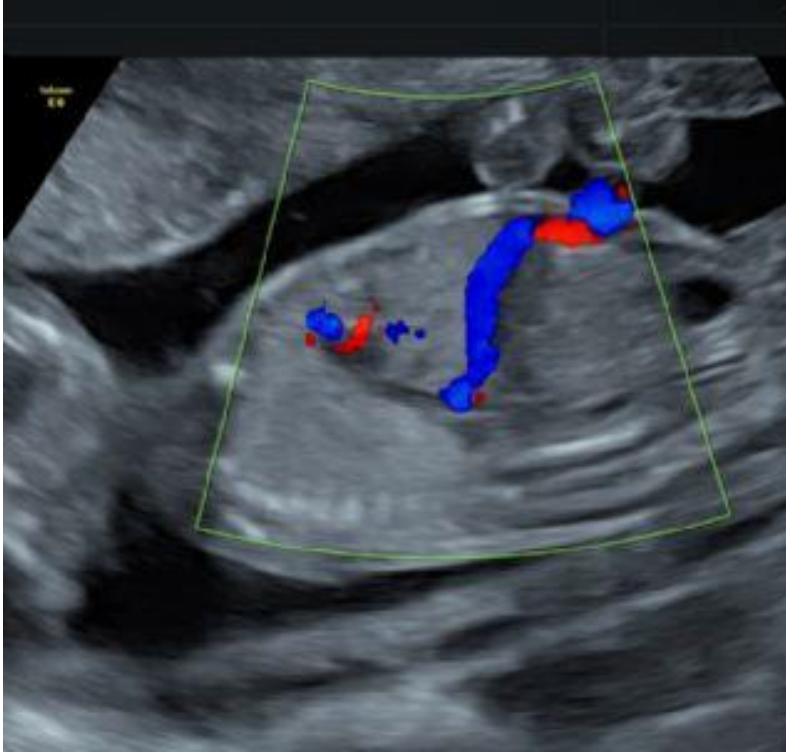
atrioventrikuler septal defekt

Atrioventriuler Septal Defekt



13 hafta dengeli, komplet atrioventrikuler septal defekt

Duktus Venozus - Sistemik Şant (DVSS)



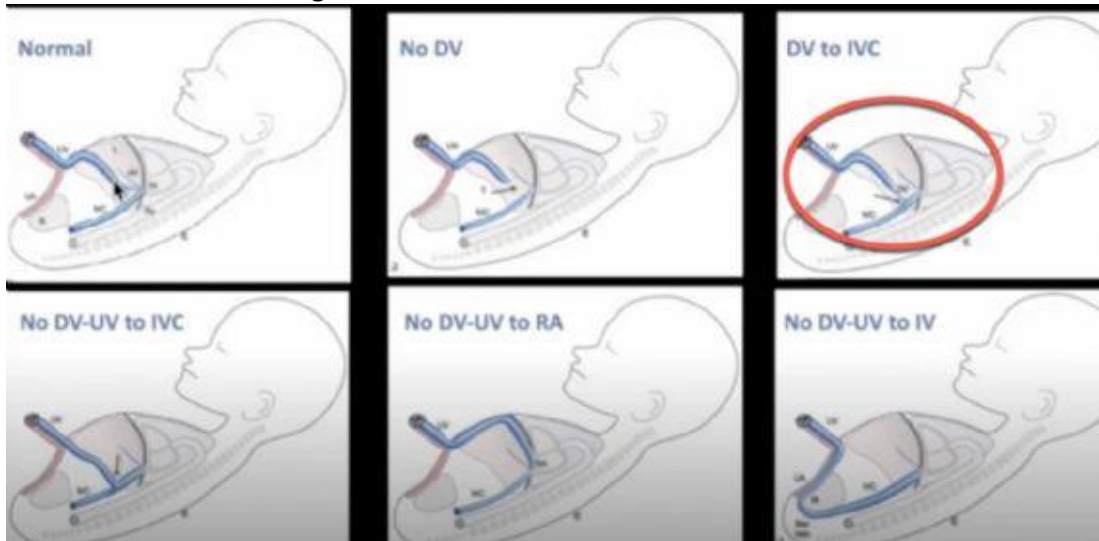
duktus venozus inferior vena cavaya umbilikal-portal-duktus venozus kompleksinin altından ve hepatic vene paralel açılıyor

Korpus Kallozum Küçüklüğü ve Nazal Kemik Hipoplazisi



21. hafta down sendromlu fetus

Umbilikal Venin Farklı Bağlantı Paternleri



Ultraschall in Med 2014;35:208

[PS-09]

Süperempoze Preeklampsi ile Prezente Olan Mirror Sendromu Olgusu

Şebnem Karagün, Cuma Taşın, Yusuf Dal

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

Amaç: Nadir görülen maternal hipertansiyon, generalize ödem, proteinüri ve fetal hidropik değişikliklerin eşlik ettiği Mirror Sendromlu olguyu sunma

Yöntem: Klinikte süperempoze preeklampsi ve intrauterin gelişim geriliği (IUGR) ön tanısı ile takip edilen hastaya yakın vital, ağırlık takibi ve günlük Doppler ultrasonografi planlandı.

Bulgular: 38 yaşında hasta

Gravida 6, parite 2, abortus 4, C- section. Son adet tarihine göre 27 haftalık gebeliği olan hastanın 18 yıl önceki ikinci gebeliğinde şiddetli preeklampsi olduğu öğrenildi.

Tansiyon arteriyel (TA) 170/100 mmHg ölçüldü.

Pretibial + 2 ödem olan hastanın geliş ağırlığı 81 kg

24 saatlik idrarda 8572 mg proteinüri vardı.

Ultrasonografide: BPD: 24w5d AC:24w4d FL: 25w3d Fetal Ağırlık: 765 mgAFI: 40 mm Umbilikal Arter Dopplerde end diastolik akım kaybı olan hastanın, yatışının yedinci gününde yapılan ultrasonografisinde plasenta kalınlığında artış, fetal batında asit, umbilikal arter Dopplerinde reverse akım ve anhidroamniyoz tespit edildi. Laboratuvar incelemesinde trombosit sayısı 80.000/ml karaciğer fonksiyon testlerinde 3 katlık artış, TA 180 /110 olması üzerine hasta sezaryen ile doğum kararı verildi. Doğum öncesi hasta ağırlığı 83 kg olarak tespit edildi.

Sonuç: APGAR skoru 1. dakika 5, 5. dakika 7 olan 800 gr bebek doğurtuldu.

Umbilikal kord kan gazında pH 7.052.Fetal hemoglobin 9.3g/dl (<5p) anemi tespit edildi.

Anne doğum sonrası yakın TA takibi ile sorunsuz taburcu edildi.

Tartışma: Ballantyne tarafından (1892) ilk tanımlandığında, rhesus immunizasyonuna bağlı maternal ve plasental ödem ile fetal hidropik değişikliklerin,preeklampsi benzeri bulgulara eşlik etmesi şeklinde tanımlanmıştır. Etiolojide fetal hidropsa yol açan fetal anemi, enfeksiyon, kardiyak defekt, ikizden ikize transfüzyon sendromu yer almaktadır.Preeklampsi, Mirror sendromlu olgularda sık rastlanmasına karşın fetal hidropsun kendisinin preeklampsi riskini arttırdığı net değildir.Ortak patofizyolojik yollarla ilgili çalışmalar yapılmıştır.Mirror sendromlu olgularda fetal aneminin düzeltilmesi çoğu zaman maternal ödemin çözülmesine katkı sağlamasına rağmen, bizim hastamızda süperempoze preeklampsi varlığı bu durumu olanak vermemiştir.

Anahtar Kelimeler: anemi, mirror sendromu, süperempoze preeklampsi, hipertansiyon, ödem

Fetal Batında Asit



preop fetal batında asit ultrasonografi

umbilikal arter Doppler de reverse akım



hastanın preop Doppler ultrasonografisi

Gebelikte Nadir Görülen İdiopatik Diplopi Olgusu

Ömür Albayrak¹, Merve Ecem Albayrak²

¹İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Bolu

²İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Bolu

Giriş: Hamilelik vücuttaki tüm sistemlerde ciddi değişimlere neden olur. Hamilelikte meydana gelen oküler değişiklikler ve patolojik olarak ikiye ayrılır. Fizyolojik ve Patolojik değişiklikler olarak sınıflandırılır. Hamilelikle birlikte ilk defa meydana gelen oküler değişiklikler, mevcut oküler patolojinin hamilelikle birlikte değişim göstermesi ve sistemik hastalıkların oküler komplikasyonları şeklinde seyredebilir. Biz bu yazımızda 32. Gebelik haftasından diplopi şikayeti ile başvuran hastamızın tanı ve takip sürecini sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz beş yaşında bayan hasta 32. Gebelik haftasında diplopi şikayeti ile başvurdu. Yakınmalarına ağrı eşlik etmiyordu. Travma öyküsü yoktu. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir ek hastalık öyküsü yoktu. Hastanın ilk haftadan beri takiplerinde herhangi bir patoloji saptanmamıştı. Annenin 26. Haftada yapılan 75 gr OGTT testi normal saptanmıştı. Yapılan kan tetkiklerinde herhangi bir problem saptanmadı. Hasta Göz Hastalıkları ve Nöroloji bölümü ile konsülte edildi. Yapılan Nörolojik muayenesinde; pupiller izokorik, fasial asimetri yok, DTR bilateral normal olup nörolojik muayenesi normal saptandı. Yapılan göz muayenesinde başını sağa yatırdığında çift görme şikayeti mevcut idi. Hastanın çekilen Beyin MR'da; Diffüzyon MR inceleme bulguları normal olup, enfarkt ya da diğer lezyonlar lehine bulgu saptanmadı ve bilateral maksiller sinüslerde taban kesimlerde mukus retansiyon kisti saptandı. Yapılan tetkik ve muayene sonuçlarına göre hastada gebeliğe bağlı dördüncü kranial sinir paralizisi tanısı kondu. Hastaya nöroloji tarafından ek bir tedavi önerilmedi. Hasta 39. Gebelik haftasında sezeryan doğum ile doğurtuldu. Hastanın doğumdan sonra diplopi şikayeti devam etti. Postoperatif takiplerinde sorun olmayan hasta operasyondan 48 saat sonra şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Hamilelerde görsel şikayetler sık rastlanılan bir durumdur. Hamilelikte ortaya çıkabilecek veya hamilelik dolayısıyla değişebilen çeşitli fizyolojik ve patolojik durumları bilmeleri, bu değişim ve hastalıkların ayırıcı tanı, tedavi ve izlem sürelerine vakıf olmaları çok önemlidir. Özellikle nadir ve ciddi komplikasyonlar görsel şikayetler içerebilir ve hamile hastalar ilk olarak kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına başvurabilirler. Bu şikayetlerle gelen hastalarda multidisipliner yaklaşım önemli olup bu hastaları ilgili branş uzmanları ile takip etmek önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: çift görme, diplopi, gebelikte diplopi, gebelikte oküler değişiklikler, gebelik

Resim 1



Hastanın Çekilen Beyin MR görüntüsü

[PS-12]

Prenatal Tanı Konulan Aberran Sağ Subklavian Arter (ARSA): Dört Olgu Sunumu

Begüm Ertan, Ezgi Bilicen, Süreyya Sarıdaş Demir, Erkan Çağlıyan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Prenatal dönemde detaylı ultrasonografi ile ARSA tanısı konulan dört olguyu değerlendirmektir.

Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran ve ayrıntılı obstetrik ultrasonografi ile değerlendirilen hastalarda ARSA saptanmış olanlarda ek anomali sıklığı ve karyotip analizine bakılmıştır.

Bulgular: İlk olgu; 25 yaşında, G2P0A1, 15 hafta gebeliği olan hasta kliniğimize yönlendirildi. Dış merkezde yapılan birinci trimester kombine tarama testinde nukal translüsensi (NT) artışı saptanmış, kombine trizomi riski 1/75 olarak belirlenmiştir. Yapılan ultrasonografik değerlendirmede, aberran sağ subklavian arter, hiperekojen barsak ve ductus venosusta akım kaybı saptanmıştır. Hastaya genetik sendrom riskleri anlatılarak amniyosentez yapıldı. Amniyosentez sonucu trizomi 21 olarak geldi. Hasta terminasyon istemedi. İkinci olgu, 23 yaşında G2P1 21 haftalık gebeliği olan hasta ayrıntılı obstetrik ultrasonografi için kliniğimize başvurdu. Yapılan değerlendirmede üç damar trakea kesitinde renkli doppler ile yapılan incelemede ARSA tespit edildi. Ek anomali saptanmadı. Dış merkez birinci trimester tarama testi düşük risk grubundaydı. Hastaya amniyosentez uygulandı. Sonuç normal karyotip olarak geldi. Üçüncü olgu, 25 yaşında, G2P1 olan gebe 22. Gebelik haftasında ayrıntılı obstetrik ultrasonografi için kliniğimize başvurdu. İncelemede tek umbilikal arter ve ARSA dışında ek majör anomali saptanmadı. Birinci trimester tarama testi riski düşük olan hastaya kordosentez yapıldı. Sonucu normal karyotip olarak geldi. Dördüncü olgu, 34 yaşında, G3P2 19 hafta gebe tarafımıza ayrıntılı obstetrik ultrasonografi için başvurdu. Değerlendirmede sağ böbrekte hafif pelviyektazi ve ARSA saptandı. Hastaya yapılan amniyosentez sonucu normal karyotip olarak geldi.

Sonuç: ARSA saptanan vakalarda diğer anomalilerin eşlik etme olasılığı nedeniyle, detaylı ultrasonografik değerlendirme ve erken haftada fetal ekokardiyografi yapılmalıdır. Ayrıca, ARSA tanısı alan fetüslerde Down sendromu açısından aileye uygun danışmanlık verilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: aberran sağ subklavian arter, hiperekojen barsak, nukal translüsensi, prenatal, ultrasonografi

ARSA Görüntüsü-1



ARSA Görüntüsü-2



Hiperekojen Barsak



[PS-13]

Meningomyelosele Eşlik Eden Ayak Deformitesi ve Safra Kesesi Duplikasyonu

Coşkun Ümit, Erdal Şeker, Acar Koç

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

Nöral tüp defektleri, konsepsiyon sonrası 21. ve 28. günler arasında nöral tüpün tam veya kısmi kapanmasının başarısız olmasıyla ortaya çıkan santral sinir sisteminin ağır doğumsal anomalileridir. Kardiyak malformasyonlardan sonra ikinci en sık izlenen major konjenital anomalilerdir. Görülme sıklıkları coğrafi bölge, etnik köken ve çevresel faktörlere göre değişkenlik gösterir. Nöral tüp defektlerinin nedeni multifaktöriyeldir. Hem genetik hem çevresel nedenlerden kaynaklanabilir. Bunlardan bazıları maternal hipertermi, maternal pregestasyonel ya da gestasyonel diyabet, obezite, çevresel ajanlar, folik asit metabolizması ile etkileşime giren ilaçlar (anti epileptikler), infeksiyöz ajanlar ve bazı kimyasallardır. Nöral tüp defektleri izole olabileceği gibi diğer malformasyonlarla da birlikte görülebilir. Prognoz lezyonun seviyesi, kapsamı ve eşlik eden anomalilere bağlıdır. Biz burada bilateral ayak deformitesi (rocker bottom ayak) ve safra kesesi duplikasyonuna eşlik eden geniş lumbosakral meningomyeloseleli olguyu tartışmayı planlıyoruz.

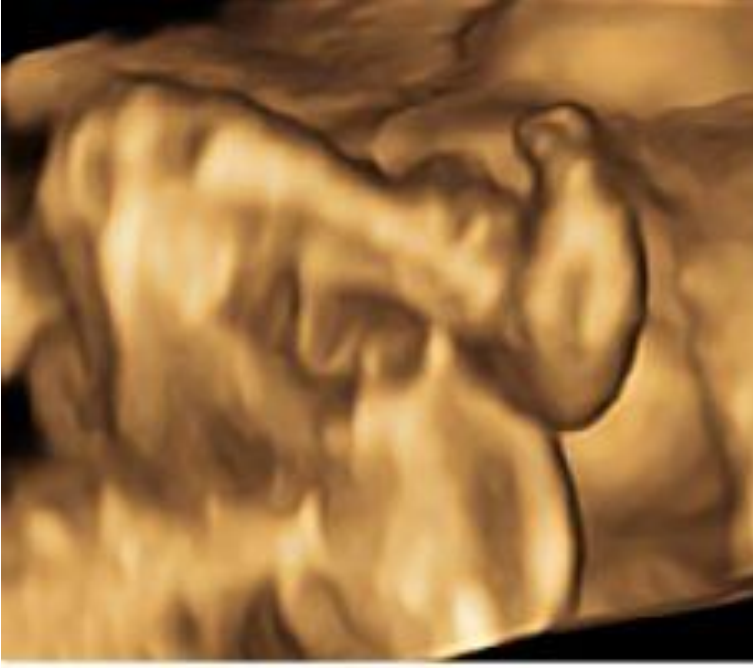
Anahtar Kelimeler: anomali, ayak deformitesi, safra kesesi, spina bifida, ultrason

Lumbosakral Nöral Tüp Defekti



vertebraların düzensiz dizilimi 3D ultrason iskelet modu

Rocker Bottom Ayak



ayak tabanının sallanan sandalye şeklinde kıvrımlı yapısı 3D ultrason

Safra Kesesi Duplikasyonu ve Polihidramnios



safra kesesi lokalizasyonunda iki adet anekoik kistik oluşum

Terminasyon Sonrası Görüntü



meningomyelose ve bilateral ayak deformitesi

Terminasyon Sonrası Lateral Grafi



vertebral düzensizlik ve rocker bottom ayak mevcudiyeti

The Effect of Continued Maternal Smoking During Pregnancy on Mid-Trimester Sonographic Fetal Cranial Measurements

Mehmet Serdar Kütük¹, Rabia Zehra Bakar¹, Taha Takmaz¹, Çağlar Çetin¹, Ekrem Ünal²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Bezmialem University Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

²Division of Pediatric Hematology and Oncology, Department of Department of Pediatrics, Erciyes University Faculty of Medicine, Kayseri, Turkey

Aim: The aim of the present study was to assess the effect of continued smoking before and during pregnancy on mid-trimester fetal head, lateral ventricle and cisterna magna development. **Methods:** A total of 124 pregnant women (44 smokers and 77 non-smokers) enrolled in the study. All participants were confirmed to be smokers or non-smokers by verifying breath carbon monoxide (BCO) readings. Biparietal diameter (BPD), head circumference (HC), lateral ventricle (LV), and cisterna magna (CM) were evaluated by ultrasound between 20–22 weeks of pregnancy. The groups were compared in terms of aforementioned measurements.

Results: The two groups were similar regarding maternal age, body mass index, and fetal gender. The gravida (2 [1–7] vs. 1 [1–5], $p = 0.005$) and parity (0 [0–4] vs. 0 [0–2], $p = 0.042$) were higher in the non-smoker group. Comparison of BPD (49.18±3.7 vs. 49.79±4.12, $p = 0.418$), HC (181.52±14.13 vs. 186.11±12.99, $p = 0.073$), LV (6.22±0.76 vs. 6.30±0.70, $p = 0.55$), and CM (5.58±1.05 vs. 5.58±1.09, $p = 0.99$) revealed no significant differences between smokers and non-smokers.

Conclusion: Smoking does not change mid-trimester LV, CM, BDP or HC development in pregnant women who continued smoking during pregnancy. Our results should be confirmed with larger studies implementing objective smoking tests.

Keywords: Fetal cranial measurements, fetal development, pregnancy, smoking, ultrasound

Table 1

Variable	Smokers (n: 44)	Non-smokers (n: 77)	p
Gestational age at US (days)	144.77±7.79	145.51±6.77	0.582
BPD (mm)	49.18±3.7	49.79±4.12	0.418
HC (mm)	181.52±14.13	186.11±12.99	0.073
Lateral ventricle (mm)	6.22±0.76	6.30±0.70	0.55
Cisterna magna (mm)	5.58±1.05	5.58±1.09	0.99

Comparison of gestational age at ultrasound examination and sonographic measurements between smoking and non-smoking women

Intrapartum Fetal Ağırlık Tahminini Etkileyen Faktörler

Masum Kayapınar¹, Zafer Bütün², Gökhan Ünver³, Enis Özkaya⁴

¹Mersin Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği, Mersin

²Eskişehir Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği, Eskişehir

³Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Samsun

⁴Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş: Doğum şekline karar verilmesi ve doğuma bağlı olası komplikasyonların önüne geçilebilmesi için intrapartum fetal ağırlık tahmini oldukça önemlidir. Fetal ağırlık tahmini sayesinde makrozomik fetusların vajinal doğumlarında karşılaştığımız perineal laserasyon, sfinkter yaralanması, atoni, omuz distosisi gibi komplikasyonların önüne geçebiliriz. Fetal gelişim kısıtlılığı olan fetusların saptanması, doğum zamanını değiştirerek ve fetal distres açısından daha dikkatli olmamızı sağlayarak fetal morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır. Bizde çalışmamızda intrapartum fetal ağırlık tahminini etkileyen faktörleri araştırdık.

Materyal Method: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinde Mayıs 2015 ile Nisan 2016 yılları arasındaki 37-42 hafta arasındaki miad, tekil, canlı ve baş prezentasyonu olan 173 gebe çalışmaya dahil edildi. Hastalara ultrason ile biyometrik ölçüm yapıldı. Amniotik sıvı miktarları (AFI) ölçüldü ve kaydedildi. Doğum defterinde belirtilen yenidoğan ağırlık ölçümleri tahmini fetal ağırlık ile karşılaştırıldı. Biyometrik ölçümler, amniotik sıvı miktarı, gebelik haftası, vücut kitle indeksi (VKİ), angajman ve klinik tecrübenin fetal ağırlık tahminine etkisi karşılaştırıldı.

Sonuç: Doğum ağırlığı ile hafta arasında pozitif yönlü %32,3 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p:0.001; p<0.05). Doğum ağırlığı ile VKİ düzeyleri arasında pozitif yönlü %21,7 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p:0.004; p<0.05). Doğum ağırlığı ile AFI düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05). Angajman varlığına göre bebeklerin doğum ağırlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p:0.391; p>0.05). Doktorlar arasındaki kıdem farkı değerlendirildiğinde, fetal ağırlıktan sapma oranı %8,7 olarak hesaplandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05).

Tartışma: Çalışmamızda tahmini fetal ağırlık tahmininden sapmada gebelik haftası ve vücut kitle indeksinin anlamlı olduğunu, kıdem farkı, angajman ve amniotik sıvı miktarının etkisiz olduğunu saptadık.

Anahtar Kelimeler: doğum sonu ağırlık, intrapartum, kıdem farkı, tahmini fetal ağırlık, ultrason

Angajmanın Fetal Ağırlık Tahminine Etkisi

Tablo 1: Angajman varlığına göre doğum ağırlığının değerlendirilmesi

		Doğum ağırlığı
Angajman	Var (n=9)	3382,22±249,99
	Yok (n=164)	3519,12±472,9
P		0,391

Student t test

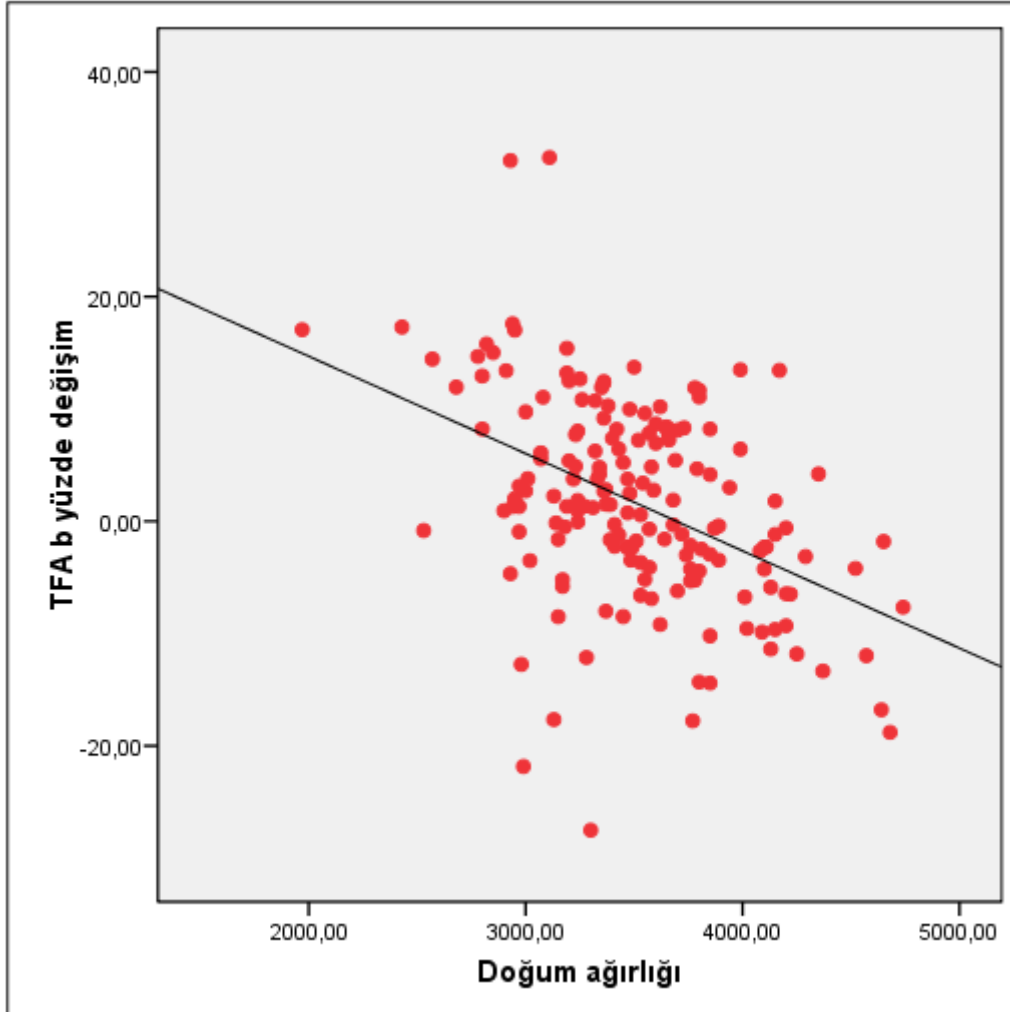
Kıdem Farkının Tahmini Fetal Ağırlığa Etkisi

Tablo 2: Kıdemli ve çömez asistanların tahmini fetal ağırlığın doğum ağırlığından sapma yüzdelerinin değerlendirilmesi

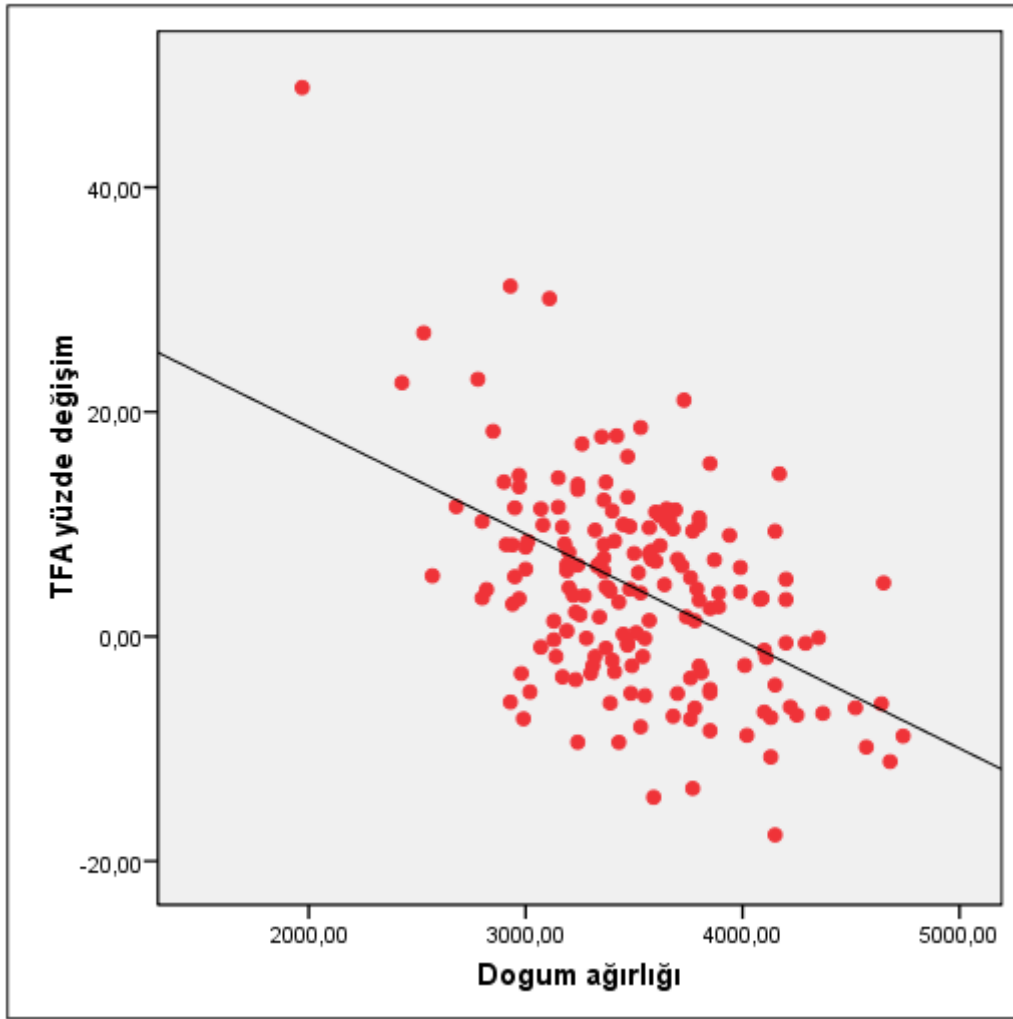
Çömez Asistan	Kıdemli Asistan		Toplam
	<%14	>%14	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<%14	148 (%85,5)	10 (%5,8)	158 (%91,3)
>%14	10 (%5,8)	5 (%2,9)	15 (%8,7)
Toplam	158 (%91,3)	15 (%8,7)	173 (%100)
P	1,000		

McNemar Test

Tahmini Fetal Ağırlık İkinci Ölçüm



Tahmini Fetal Ağırlık İlk Ölçüm



[PS-16]

Patent Omphalomesenteric duct: A case report

Erdal Şeker, Acar Koc

Ankara University, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, Turkey

Physiological herniation is present until the 10th week in fetal embryological life, and the small intestines can be found outside the abdominal cavity until this week. However, if it persists later, it is considered an abdominal wall defect. The most common fetal abdominal wall defects are gastroschisis and omphalocele. It is important to distinguish them from each other because the incidence of accompanying anomaly is higher in omphalocele. In omphalocele, the intestines are generally covered with a sac, which differs from gastroschisis. Normally, there is a connection between the yolk sac and the midgut in the early fetal period with the omphalomesenteric duct. The embryo continues to be fed from the yolk sac via the omphalomesenteric duct and this connection is disconnected by 10th week. The most common form of omphalomesenteric duct problems is Meckel's diverticulum, which is a true congenital diverticulum. In another variant, patent omphalomesenteric duct, this duct remains open and small intestinal hernia may develop from here. The 38-year-old woman was in her third pregnancy and her previous pregnancies were unremarkable and her children were healthy. In the second trimester ultrasonography (USG) of the mother, an omphalocele sac was detected in the anterior abdominal wall. Ultrasonography examination revealed an omphalocele sac and hyper echogenic bowel in the foetus. AS result was reported as 46, XX and normal karyotype. In the examination of the new-born, a prolapsed intestinal segment from the left side of the umbilical cord to the outside of the abdomen was detected. The new-born underwent surgery on the 1st day of delivery. During the operation, it was determined that the small intestines were in the open omphalomesenteric duct 7 cm proximal to the ileocecal region and there was invagination. Bowel resection and re-anastomosis were performed. The baby is currently 12 months old and healthy.

Keywords: Patent omphalomesenteric duct, omphalocele, Fetal anomaly, Prenatal diagnosis, gastroschisis

Figure-1: a- Prenatal ultrasonographic examination at 35 weeks' gestation. Transverse view of abdomen. b- Neonatal persistent omphalomesenteric duct on day 1 of life, prior to neonatal surgery.



Prenatal Oksipital Ensefaloselin Eşlik Ettiği Semilobar Holoprozensefali: Olgu Sunumu

Hasan Süt¹, Esra Özkavukcu², Acar Koç¹

¹ANKARA ÜNİVERSİTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI, ANKARA

²ANKARA ÜNİVERSİTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Holoprozensefali, 5.gestasyonel haftada ön beyin yapılarının tamamen ayrılamamasıyla karakterize beyin kompleks bir malformasyonudur. Alobar, semilobar, lobar olmak üzere 3 tipi mevcuttur. Semilobar tip holoprozensefaliye sıklıkla orta hat anomalileri ile korpus kallozum, septum pellucidum, hipofiz bezi, serebral arter malformasyonları eşlik eder, genellikle posterior fossa korunur. Burada nadir görülen oksipital ensefaloselin eşlik ettiği semilobar holoprozensefali olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 23 yaşında G2P1Y1, pregestasyonel diyabetes mellitus öyküsü olan, ilk trimester tarama testinde trizomi 21 kombine riski 1/10000 saptanan hastanın; son adet tarihine göre 20. gebelik haftasında yapılan ayrıntılı ultrasonografisinde baş çevresi haftasına göre küçük, brakisefalik ve her iki lateral ventrikül, koroid pleksuslar ve talamuslar füzyone izlendi(Resim1-2). Kavum septum pellusidi ve korpus kallozum ise görülmedi. İnterhemisferik fissür kısmen mevcuttu. Oksipital bölgede beyin omurilik sıvısı ve beyin zarlarını içeren küçük oksipital ensefalosel izlendi (Resim-3). Sol ayak ve bilateral ellerde postaksiyel polidaktili görüldü. Yüz profili ve burun belirgin basık, orta hat üst dudakta ve maksiller kemik alveoler proçeste geniş defekt görüldü, nazal kemik izlenmedi(Resim4). Kardiyak, toraks ve abdominal organlarda patoloji saptanmadı.

Hastaya holoprozensefali ile diğer anomaliler hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra genetik tanı için amniosentez önerildi ve terminasyon planlandı(Resim5). Amniosentez sonucunda karyotip analizinde patoloji saptanmadı, mikroarray ve tüm ekzom dizileme planlandı.

Tartışma: Holoprozensefali etiyolojisi; kromozomal anomalileri, tek gen mutasyonları gibi genetik; gestasyonel diyabet, düşük eğitim düzeyi ve aspirin kullanımı gibi çevresel risk faktörlerini içerir. Prenatal tanısında ilk trimesterde yapılan ultrasonografide birleşik koroid pleksusların görülmesi holoprozensefaliyi düşündürür. Semilobar holoprozensefali için en iyi tanısal ipucu ise inkomplet interhemisferik fissür ve cavum septi pellusidinin olmamasıdır. Semilobar holoprozensefaliye ayrıca frontal lobun hipoplazisi, ön lobların füzyonu, oksipital loblarda ayrışma ve inkomplet/komplet talamus füzyonu eşlik eder. Sfenoetmoidal ensefalosel birlikteliği de bildirilmiştir. Bizim vakamızda olduğu gibi holoprozensefalinin posterior fossa ve diğer kranial defektlerle birlikte olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Semi-lobar holoprozensefali, fetal nörosonografi, Oksipital ensefalosel, Yarık damak-dudak, prenatal tanı

Resim 1



Koroid pleksus

Resim 2



fused talami

Resim 3



oksipital ensefalosel

Resim 4



Yarık damak

Resim 5



Postmortem

Gillessen-Kaesbach-Nishimura Sendromu: İki Olgunun Prenatal ve Postnatal Bulguları

Didem Kaymak, Verda Alpay, Ebru Davutoğlu, Rıza Madazlı
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Perinatoloji

Giriş

Gillessen-Kaesbach-Nishimura sendromu iskelet displazisi, dismorfik yüz özellikleri ve polikistik böbrek, diafram hernisi, konjenital kalp anomalileri gibi visseral organ anomalileriyle karakterize, otozomal resesif kalıtım gösteren nadir görülen bir konjenital anomalidir. Konjenital glikolizasyon bozukluklarının fenotip spektrumunun ağır formudur.¹

Olgu Sunumu

29 yaş primigravid ve son adet tarihine göre 30 hafta gebeliği olan hasta kliniğimize fetal anomali şüphesiyle yönlendirildi. Eşler arasında 1. derece kuzen evliliği mevcuttu. Yapılan ultrasonografide bilateral büyük ekojenitesi artmış bir tarafta daha belirgin olmak üzere polikistik böbrekler, tüm uzun kemiklerde kısalık (<-2SD), anhidramnios izlendi (Resim 1). Yapılan ultrasonografi boyunca mide cebi ve mesane izlenmedi. Hasta gebeliğin terminasyonunu ve invaziv işlemleri kabul etmedi. 31. gebelik haftasında spontan vajinal doğum ile 1445 gram 1-0 APGAR kız bebek doğurtuldu. 5.dakika APGAR skoru 0 olan ve ex kabul edilen fetusun makroskopik muayenesinde distandü batın, uzun kemiklerde kısalık, ekstremitelerde kontraktür ve atipik yüz mevcuttu. Postnatal grafiyle kemiklerdeki kısalık, postnatal otopsiyle bilateral büyük polikistik böbrek tanılarını doğrulandı (Resim 2). Alınan cilt biyopsisinde kültür ve mikroyarray sonucu normal olarak yorumlandı. Yapılan tüm ekzom dizileme sonucunda ALG9 geninde c.1173+2T>A homozigot mutasyonu saptandı. Anne ve baba için yapılan ALG9 gen analizinde c.1173+2T>A heterozigot mutasyonu saptandı. Hastanın 2.gebeliğinde kardiyak anomali nedeniyle tarafımıza tekrar referans edildi. 16.gebelik haftasında yapılan ultrasonografide oligohidramnios, unbalanced atriyoventriküler septal defekt, büyük arter transpozisyonu, tek umbilikal arter, her 2 böbrek ekojenitesi artmış olarak izlendi (Resim 3). Terminasyon ve invaziv işlem istemeyen hasta 26. gebelik haftasında intrauterin ex nedeniyle indüksiyon yapılarak 780 gram ölü kız bebek doğurtuldu (Resim 4). Fetustan intrakardiyak kan alındı, ALG9 geninde c.1173+2T>A homozigot mutasyonu saptandı.

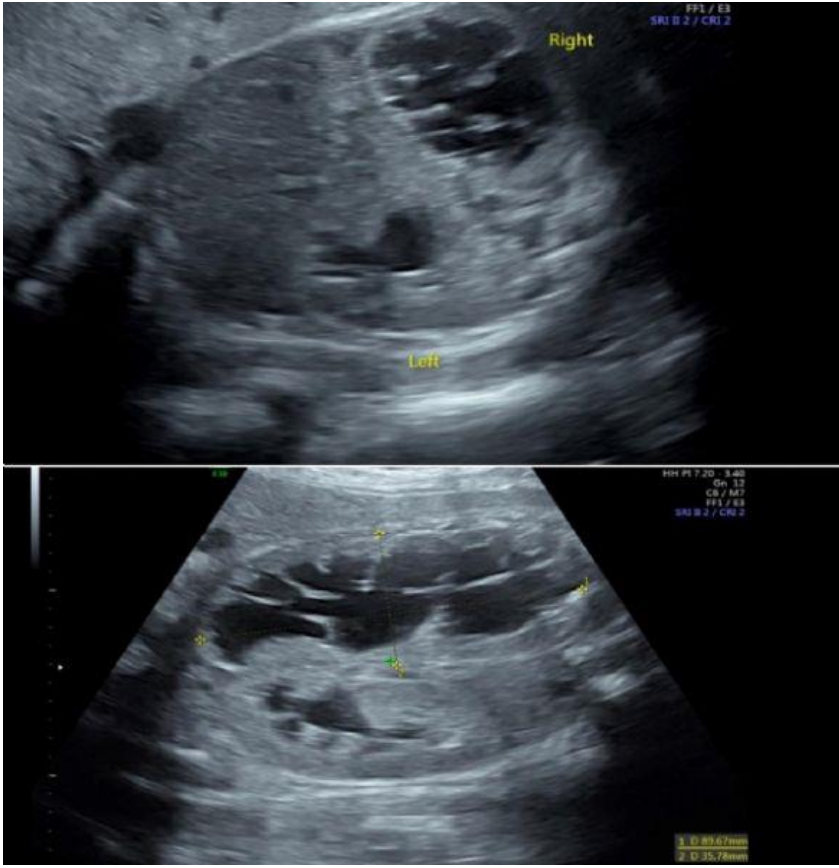
Sonuç

Multiple konjenital anomalilerde kromozomal mikroyarray testi olası kliniği açıklamıyorsa tüm ekzom dizileme veya panel testler akılda bulundurulmalıdır.

1)Tham E, Eklund EA, Hammarsjö A, et al. A novel phenotype in N-glycosylation disorders: Gillessen-Kaesbach-Nishimura skeletal dysplasia due to pathogenic variants in ALG9. Eur J Hum Genet. 2016;24(2):198-207. doi:10.1038/ejhg.2015.91

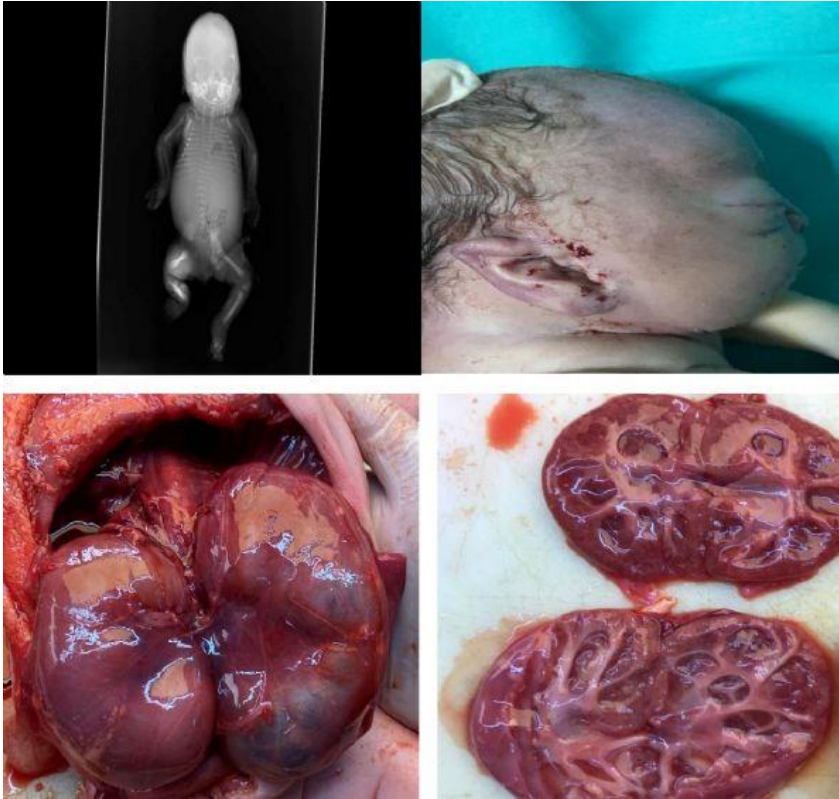
Anahtar Kelimeler: polikistik böbrek, ALG9, iskelet displazisi, otozomal resesif, kardiyak anomali

Resim 1



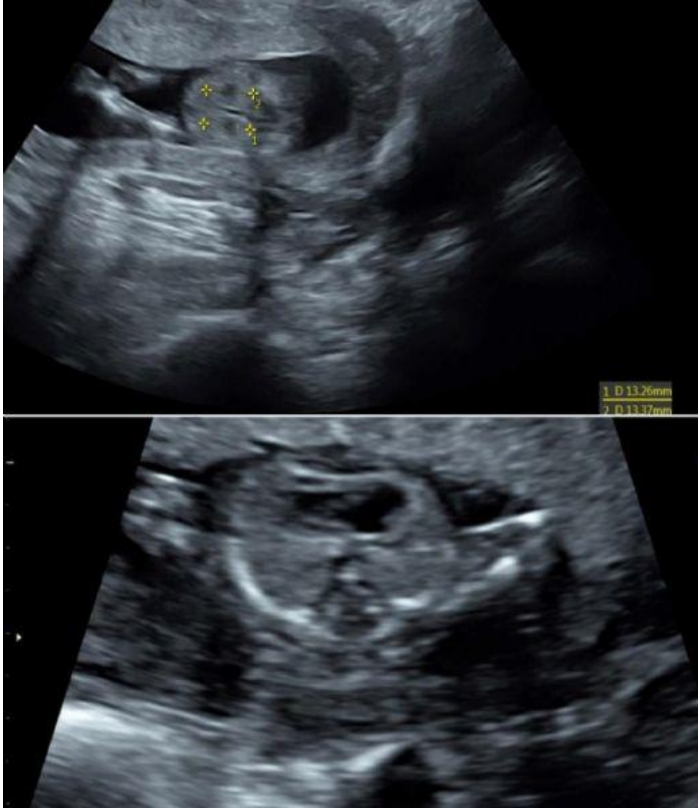
Fetus 1 ultrasonografik bulgular-bilateral ekojenitesi artmış,büyük batını dolduran polikistik böbrekler

Resim 2



Fetus 1 postnatal bulgular-grafi uzun kemiklerde kısalık ve otopside düşük kulak, basık burun kökü, retromikrognati, bilateral büyük batını dolduran polikistik böbrekler

Resim 3



Fetus 2 ultrasonografik bulgular-hiperkojen böbrek ve kalpten çıkan tek damar görüntüsü

Resim 4



Fetus 2 postnatal bulgular-grafi uzun kemiklerde kısalık ve yan profilde basık burun kökü,düşük kulak, retromikrognati

[PS-19]

Yüksek Hava Yolu Obstrüksiyon Sekansı (Congenital High Airway Obstruction Syndrome - CHAOS) ile Bilateral Renal Agenezi Nadir Birlikteliği- Olgu Sunumu

Ümran Kılıncdemir Turgut¹, Ebru Erdemoğlu¹, Mihriban Kılçar¹, Şirin Başpınar², Mekin Sezik¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

Giriş: Laringeal/trakeal atrezi, konjenital üst hava yolu malformasyonlarının nadir nedenleri arasındadır. CHAOS sekansı olarak bilinen bu konjenital anomali ultrasonografik muayenede, genişlemiş ekojenik akciğerler, düzleşmiş veya ters dönmüş diafram ve fetal asit veya hidrops ile tanınabilmektedir. Bazı vaka sunumlarında ise atrezi seviyesi altında genişlemiş trakeanın tanıda yardımcı olabileceği bildirilmiştir. Literatürde yine laringeal atreziye eşlik eden bilateral böbrek agenezi birlikteliğine dikkat çekilmiş ve tedavinin mümkün olmadığı ölümcül sonuçlarından bahsedilmiştir.

On dokuzuncu gestasyonel gebelik haftasında saptanan, trakeal atrezi/CHAOS sekansına eşlik eden bilateral renal agenezi olgusu yer almaktadır.

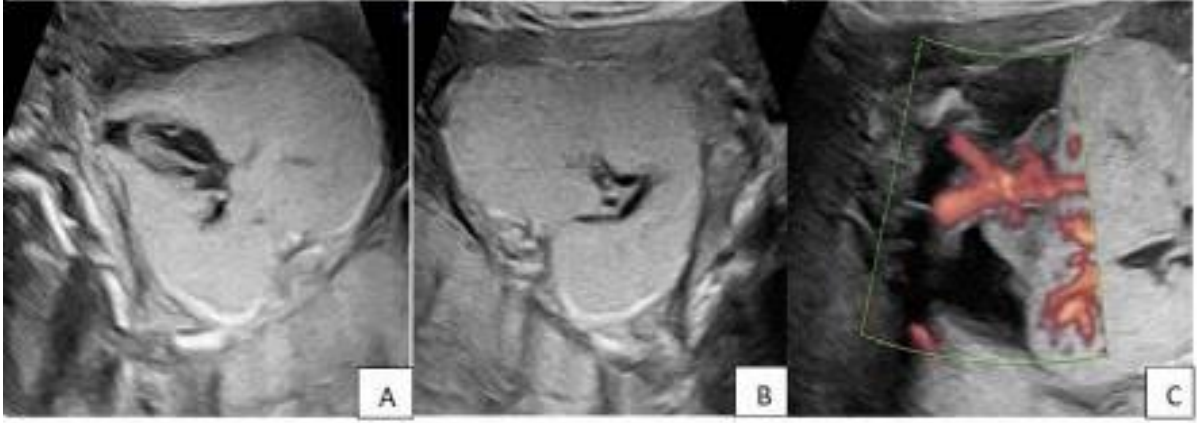
Olgu: Geçmişinde özellik olmayan 28 yaşında G2P1, dış merkezde anhidroamnios saptanması nedeniyle perinatoloji kliniğine sevk edildi. Yapılan obstetrik muayenede, anhidroamnios bulgusuna sahip, bi-pariyetal çap (BPD) ölçümüne göre 19 hafta 1 gün canlı gebelik değerlendirildi. Bilateral, ileri derecede genişlemiş, kalp ve büyük arterlere bası yapan, ekojenik akciğerler saptandı (Şekil 1A.). Fetal kalp muayenesinde, fetal kalp aksında basıya bağlı düzleşme (yaklaşık 10°) belirlendi. Dört odacık ve büyük damar çıkışları normal olarak değerlendirildi. Pulmoner arter bifurkasyon seviyesinde genişlemiş trakea dikkati çekmektedir (Şekil 1B.). Diyafram ileri derece düzleşmişti. Batın değerlendirilmesinde ise batın içi organlara basıya neden olan yaygın asit mai izlendi. Mide cebi değerlendirmede anhidroamnios bulgusuna sekonder olabileceği ön planda düşünülerek izlenmedi. Bilateral böbrek değerlendirilmesinde, power Doppler incelemede renal arterler saptanmadı (Şekil 1C.). Renal fossa boş olarak görüntülendi. Mesane umbilikal arter giriş alanında izlenmedi. Nörosonografi ve arka duvar değerlendirilmesi normaldi.

Mevcut bulgularla gebeliğin terminasyonuna karar verildi. Yapılan fetal otopsi incelemede ise trakeal bölgede segmental trakeal atrezi tespit edildi (Şekil 2A. 2B.). Ayrıca batın içi organlar değerlendirildiğinde renal fossalar boş olarak değerlendirildi (Şekil 2C.). Fetal renal dokuya rastlanılmadı. Fetal dokulardan elde edilen materyallerden çalışılan genetik incelemede microarray sonucu normal diploid kurulum saptanmıştı.

Sonuç: Laringeal atrezi/ trakeal atrezi/CHAOS sekansı ile bilateral renal agenezi nadir birlikteliği bilinmelidir. Özellikle CHAOS sekansı bulgularına anhidroamnios eklenmesi halinde fetal üriner sistem değerlendirilmesi dikkatli yapılmalıdır.

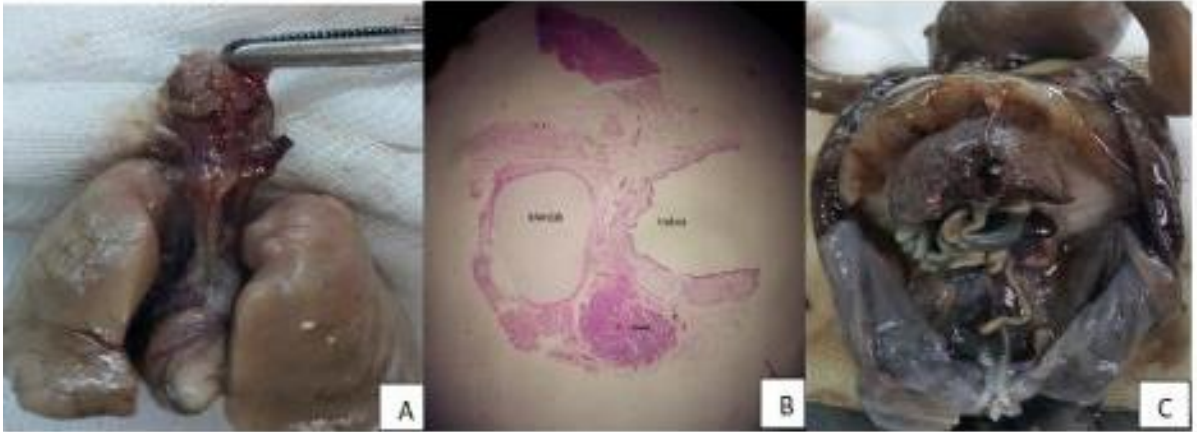
Anahtar Kelimeler: CHAOS sekansı, fetal anomali, obstetrik Doppler, perinatoloji, renal agenezi

Şekil 1.



A. Kalp aksında akciğer basısına bağlı düzleşme. B. Pulmoner arter bifurkasyon seviyesinde, atrezi distalinde genişlemiş trakea. C. Power Doppler incelemede renal arterlerin yokluğu.

Şekil 2.



A. Makroskopik patolojik incelemede üst trakeal bölgede segmentel atrezi B. Mikroskopik patolojik incelemede trakeal atrezi bölgesi. C. Batın makroskopik patolojik incelemede bilateral boş renal fossalar.

[PS-20]

Fetal Asit ile Seyreden Dev Omfalosel

Fatma Uyar, Pınar Tokdemir Çalış, Tuncay Küçüközkan

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

Giriş: Omfalosel, fetal karın ön duvarı defektleri içerisinde en sık görülen anomali olup, sıklığı 1/6000'dir. Karaciğerin çoğunu içeren, geniş, santralize defektler dev omfalosel olarak adlandırılır. Normal karyotipli ve ek anomalisi olmayan yenidoğanların sağ kalımı %97 ye varan oranda iyidir. Dev ya da rüptür olmuş omfalosel görülmesi kötü prognoz gösterir. Erken ya da geç maternal yaş, erkek bebek ve çoğul gebelik omfalosel ile yakından ilişkilidir.

Olgu Sunumu: Vaka 31 yaş G2P1, 14 hafta, kliniğimize kontrol amaçlı başvurdu. Bakılan ultrasonda crl:12 hafta, fetal kalp atımı pozitif, nazal kemik var, karın ön duvarında içerisinde karaciğer ve barsak bulunan omfalosel kesesi ile uyumlu görünüm izlendi.

Hastanın kontrollerinde kese boyutlarının giderek arttığı, kese içinde ve batında asit olduğu izlendi. Hastaya 21. Haftada amniyosentez ve parasentez yapıldı. Karyotip normal. 26. ve 30. Haftalarda asit miktarı çok fazla arttı, parasentez tekrarlandı. 32. Haftadan sonra asit rezolve oldu. Hasta 36. Haftada eyleme girdi, geçirilmiş uterin cerrahi nedeniyle sezaryen ile doğum yaptı. Bebek erkek, 2500 gram, 47cm, apgar 3/8 ile doğurtuldu. Bebekte solunum sıkıntısı gelişti, yenidoğan yoğun bakıma kabul edildi. 4 kez opere oldu, 32 günlükken neonatal sepsis nedeniyle ex oldu.

Tartışma: Omfalosel, fetal karın ön duvarı defektleri içerisinde en sık görülen anomalidir. Omfalosel kesesi genellikle içerisinde karaciğer, dalak ya da ince barsakları içerir. Omfalosel ile ilişkili defekt boyutu arttıkça pre ve postnatal dönem morbidite ve mortalite gelişme oranı artar. Omfalosel ile doğan bebekler ilk 24 saatte solunum yetmezliğine girebilir, entübasyon gerektirebilir. Çoğu 1 yaşına kadar ortalama altı kez opere olur. Kese içerisinde karaciğer varsa batında ve kese içerisinde asit görülebilir. Fetal asit kötü prognoz göstermez, umbilikal arter doppleri ve kardiyak eko normal olduğu sürece takip edilebilir. Gebelik ilerledikçe genellikle rezolve olur. Bu vaka asit birikimiyle kese boyutlarının çok fazla artması nedeniyle parasentez yapılarak takip edildi. 32. Haftada asit kayboldu.

Anahtar Kelimeler: fetal asit, dev omfalosel, omfalosel, parasentez, preterm doğum

Omfalosel 1



omfalosel kesesi

Omfalosele 2



Omfalosele kesesi ve batında asit birimi, umbilikal koroda hidrops

[PS-21]

Plasental Dev Koryoanjiom

Fatma Uyar, Pınar Tokdemir Çalış, Tuncay Küçüközkan

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

Giriş: Histopatolojik incelemede term plasentalarda koryoanjiom prevalansı yaklaşık %1 olarak bildirilmiştir. Görülen koryoanjiomlar çoğunlukla küçük ve klinik olarak anlamsızdır. Büyük tümörler, özellikle 4-5cm ve daha büyük olanlar pratikte çok nadir (1/9000-50000) görülmekle birlikte, ciddi maternal ve fetal komplikasyonlarla yakından ilişkilidirler.

Olgu Sunumu: 27 yaşında hasta G1P0, 24 hafta 6 gün olarak kliniğimize başvurdu. Hastanın dış merkezde yapılan anormal taramasında plasental bir lezyon izlenmiş olup: Gestasyonel trofoblastik hastalık? Plasental side trofoblastik tümör? şeklinde raporlanmıştı.

Yapılan ultrasonunda plasenta arka duvarda, plasental sol yan bölgede 65mm*40mm boyutlarında, içerisinde kanlanma izlenen plasental koryoanjiom ile uyumlu olabilecek görünüm izlendi. 29. 32. ve 35. Haftada yapılan usglerde, fetal ölçümler haftası ile uyumluydu, amniyotik sıvı yeterliydi, fetal eko doğal, fetal anatomi normal izlendi. Kalp yetmezliği ve hidrops izlenmedi. MCA doppler doğal, UA doppler doğal, DV doppler doğal izlendi.

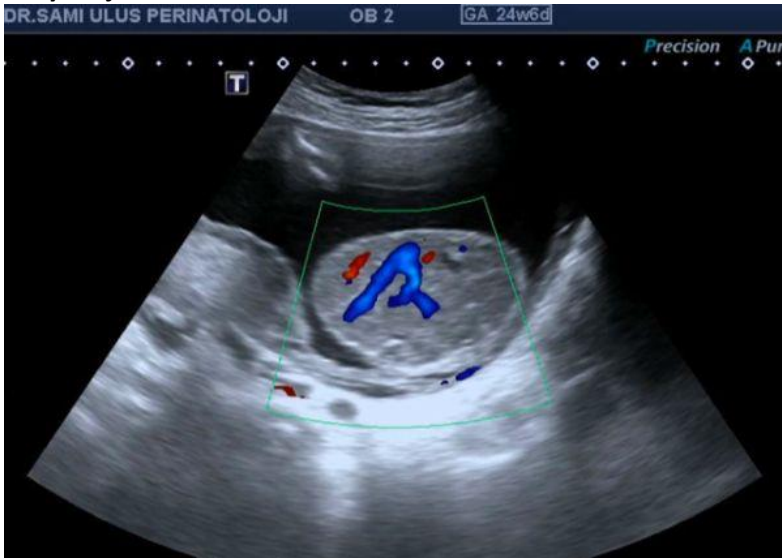
35. haftada yapılan ultrasonda koryoanjiom boyutları artmış, 83mm*50mm olarak izlendi. Hasta 35hafta 4günde preterm eylem nedeniyle doğum yaptı.

Makat geliş endikasyonu ile yapılan sezaryende de bebek, kız, 2430 gr, 48cm apgar 9-10 ile doğdu. Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı olmadı. Plasenta patoloji gönderildi. Makroskopik görünümde plasenta inferior kesimde, yaklaşık 76mm*50mm boyutlarında lezyon izlendi. Yapılan patolojik inceleme sonucunda kitle: plasental koryoanjiom şeklinde raporlandı.

Tartışma: Dev plasental koryoanjiomlar genellikle polihidramnios, preeklampsi, ablasyo plasenta, prenatal dönemde kanamalar, preterm eylem, bebekte konjestif kalp yetmezliği ve kardiyomegali, konjenital malformasyonlar, intrauterin gelişme geriliği, respiratuar distress ve in utero ölüm ile komplike olurlar. Morbidite ve mortaliteyi en aza indirmek için plasental koryoanjiomun prenatal tanısını koymak önemlidir. Bu vakada koryoanjiom 8cm kadar büyük olsa dahi yakın ve dikkatli takip edildiğinden kalp yetmezliği ve fetal anemi ile sonuçlanmayıp lazer gereksinimi olmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Dekolman, hidrops, koryoanjiom, dev koryoanjiom, plasenta

Koryoanjiom 1



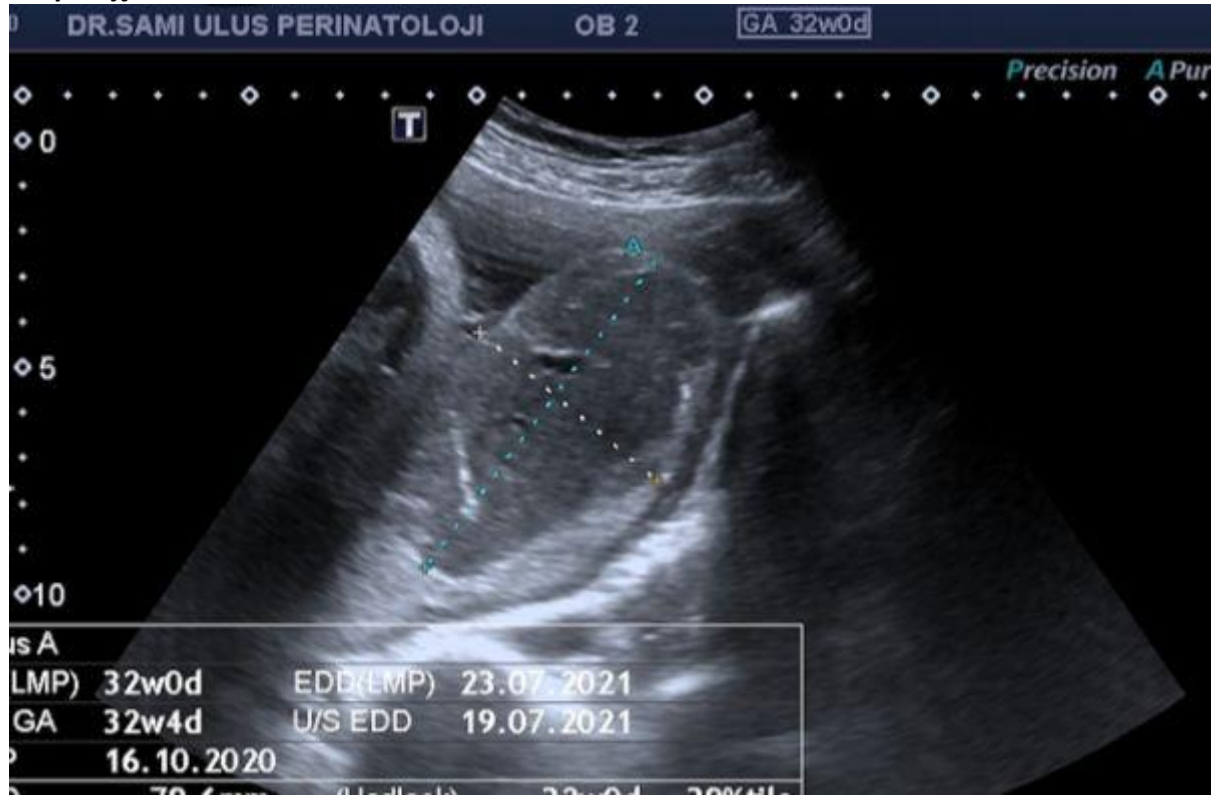
ultrason görüntüsü

Koryoanjiom 3



plasenta görüntüsü

Koryoanjşom 2



kitle 32 hafta görüntüsü

Rhesus Alloimmünizasyonu Nedeni ile Fetal Anemi Gelişen Gebeliğin Yönetimi: Olgu Sunumu

Ceren Aydın, Emre Bayram, Süreyya Sarıdaş, Erkan Çağlıyan, Sabahattin Altunyurt
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

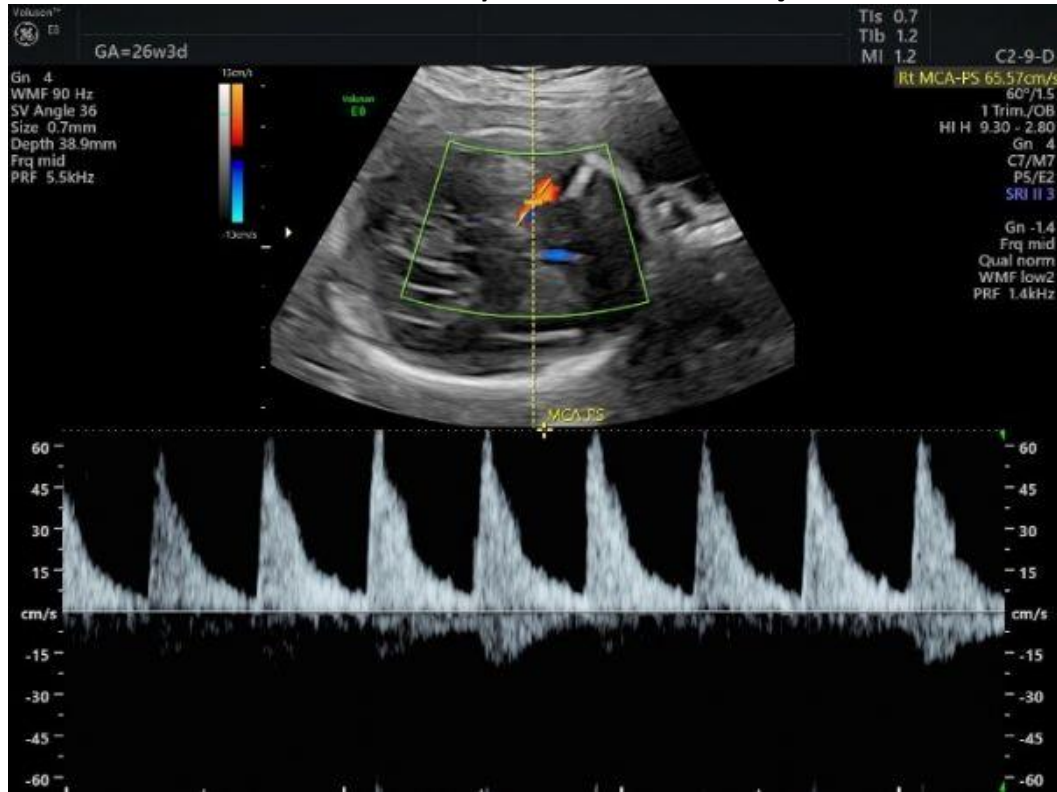
Amaç: Çalışmada önceki gebeliğinde hidrops fetalis öyküsü olan ve sonraki gebelikte fetal anemi gelişen, üç kez intrauterin kan transfüzyonu yapılan olgunun yönetimi ve tedavi yaklaşımları literatür ile birlikte sunulmuştur.

Olgu: 30 yaşında, G2P1Y0, Rh(Rhesus) uyuşmazlığı, önceki gebeliğinde hidrops fetalis öyküsü olan 21 hafta 2 gün gebe, fetal anemi nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın önceki gebeliğinin; hidrops fetalis nedeni ile 34. gebelik haftasında sezaryen ile sonlandırıldığı ve yenidoğanın postnatal 1. gününde ex olduğu öğrenildi. MCA-PSV(orta serebral arter pik sistolik hızı) değerinin 1.76 MoM olması üzerine hastaya intrauterin kan transfüzyonu(IUT) planlandı. İndirekt coombs testi sonucu 1/256 (+) idi. 40 cc 0 Rh negatif lökosit filtreli, ışınlanmış, hematokriti yükseltilmiş intrauterin transfüzyon gerçekleştirildi. İşlem öncesi kord kanında Hb(Hemoglobin) 5,8 gr/dl-Htc(Hematokrit) %17; işlem sonrası Hb 7,8 gr/dl-Htc %23,2 idi. Takiplerde MCA-PSV değerinin 1.9 MoM(Resim 1) olması üzerine ikinci transfüzyon planlandı. 120 cc eritrosit süspansiyonu ile transfüzyon gerçekleştirildi. Kontrolde MCA-PSV değerinin 1,47 MoM olarak saptanması üzerine üçüncü transfüzyon planlandı. 180 cc eritrosit süspansiyonu ile transfüzyon gerçekleştirildi. İşlem öncesi kord kanında Hb 8,9 gr/dl-Htc %25,3; işlem sonrası Hb 18,6 gr/dl-Htc %56 idi. 34. gebelik haftasında MCA-PSV değerinin 1.72 MoM (Resim 2) olarak saptanması üzerine doğumun planlanmasına karar verildi. Antenatal steroid dozlarının tamamlanmasının ardından 34 hafta 3 gün gebelik sezaryen ile sonlandırılarak 2310 gr canlı kız bebek doğurtuldu. Yenidoğan; prematürite ve hiperbilirübinemi nedeni ile 1.düzyenidoğan yoğun bakımda takip edildi. Fototerapi sonrası hiperbilirübinemi ve anemi gelişmeyen yenidoğanın postnatal 7. gününde taburculuğu yapıldığı öğrenildi.

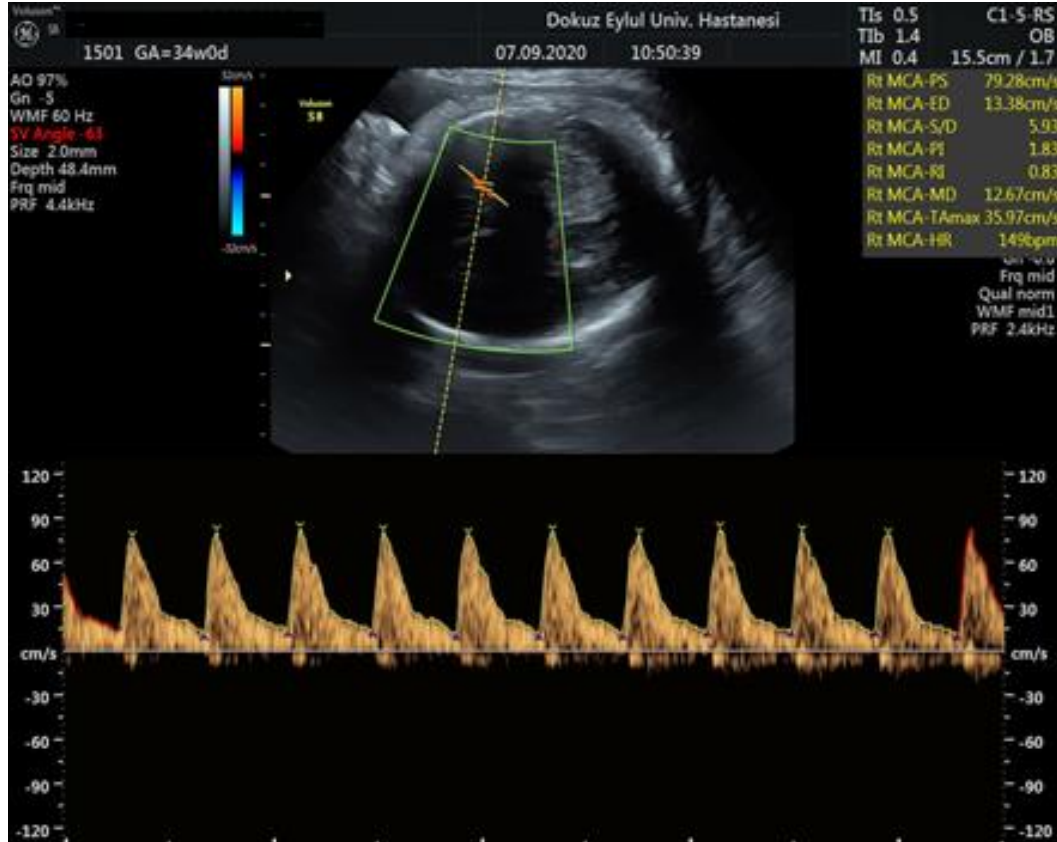
Sonuç: Rh alloimmünizasyonunun; yenidoğan sarılığı, kernikterus, serebral palsy, exchange gereksinimi, hidrops fetalis, intrauterin ölüm veya şiddetli neonatal ölüme kadar değişen etkileri mevcuttur. Fetal anemi tespitinde ve intrauterin transfüzyon zamanlamasına karar vermede non-invaziv olarak hesaplanan MCA-PSV standart yöntem haline gelmiştir. Rh alloimmünizasyonu nedenli fetal anemi tedavisinde intrauterin kan transfüzyonu etkili ve güvenli bir yöntemdir. İntrauterin kan transfüzyonundaki gelişmelerle birlikte işleme bağlı komplikasyon oranı düşerken, fetal sağkalım artacaktır.

Anahtar Kelimeler: Fetal anemi, Hidrops fetalis, İntrauterin kan transfüzyonu, MCA-PSV doppler ultrasonografisi, rH alloimmünizasyonu

Resim 1. İkinci intrauterin kan transfüzyonu öncesi MCA-PSV ölçümü



Resim 2. Doğum öncesi MCA-PSV ölçümü



Koryonik Bump: Erken Gebelik Ultrasonunda Potansiyel Bir Tuzak

Gül Alkan Bülbül, Hülya Kandemir, Emine Kırtış, Cem Yaşar Sanhal, İbrahim İnanç Mendilcioğlu
Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı

Giriş: Koryonik Bump (KB) sonografik olarak koryonun altından veya kord insersiyonundan uzak gestasyonel kese içerisine çıkıntı yapan ovoid kitle olarak tanımlanır. İnsidansı 1000 gebelikte 1.5 - 7 arasında değişmekte ve sıklıkla tesadüfen bulunur. Etiyolojinin bir hematoma veya küçük bir kanama alanı olduğu öne sürülmüştür. Bu poster sunumu, ilk trimesterde bir KB vakasını ve zaman içinde değişen görünümünü göstermektedir.

Olgu: 8. haftada: 41 yaşında gravide 3 parite 2 olan gebe kadın 8. gebelik haftasında kliniğimize parsiyel mol gebelik şüphesi nedeniyle yönlendirilmişti. Transabdominal sonografik değerlendirmemizde dakikada 165 atımlık bir embriyonik kalp hızı ile 8 hafta 5 günlük tek bir intrauterin embriyo ile birlikte KB ile uyumlu olarak merkezi hipoekoik periferi hiperekojen koryodesidual yüzeyden gestasyonel sac içerisine uzanan oval bir 14x16 mm kitle saptandı. Renkli Doppler görüntülemeye kitlede akım izlenmedi (resim1A,1B,1C). KB tanısı alan hasta gebe takibine alındı.

12. haftada: KB 12. gebelik haftasında halen belirgindi ve gelişmekte olan plasentadan kaynaklandığı görülebiliyordu (resim 3). KB, 20 haftalık taramada tanımlanamadı ve hamilelik, başka herhangi bir komplikasyon (örn. kanama) kaydedilmeden normal şekilde ilerledi.

Sonuç: 'Koryonik Bump', erken gebelik ultrasonunda az araştırılmış bir olgudur. Nadiren görülmesine rağmen, KB'ler karakteristik bir görünüme sahiptir, ancak ilk kez görüldüklerinde tanısal bir ikilem gösterebilirler. Sonografistler KB' nin tipik görünümlerinin (özellikle küçük olduklarında) farkında olmalı ve ayırıcı tanıda akılda tutmalıdırlar.

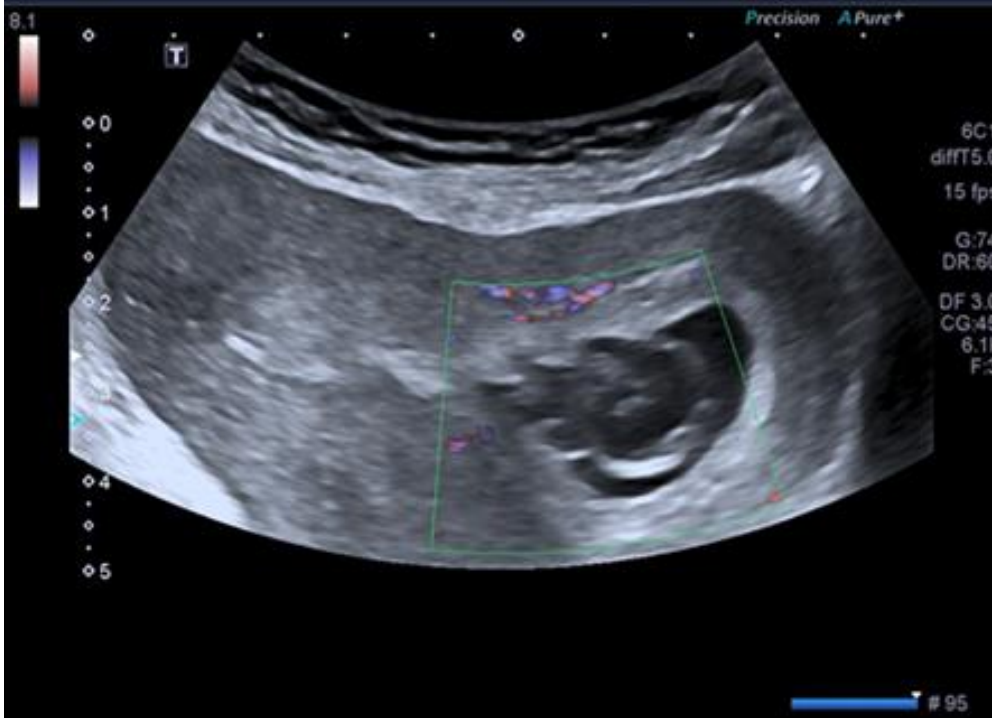
Anahtar Kelimeler: Erken Gebelik Ultrasonografisi, Hematom, Hipoekoik, Koryonik Bump, Plasenta

Resim 1A



transabdominal sonogramda koryodesidual yüzeyden gebelik kesesine uzanan merkezi hipoekoik periferi hiperekojen 14x 16 mm oval bir kitle (ok) içeren bir gebelik kesesi

Resim 1B



Renkli Doppler görüntüleme kitede akım izlenmedi.

Resim 1C



Dakikada 165 atımlık bir embriyonik kalp hızı (KH) ile 8 hafta 5 günlük tek bir intrauterin embriyoyu (ok) gösteren eş zamanlı transabdominal sonogram

Resim 2



12. haftada halen belirgin ve gelişmekte olan plesantadan kaynanan 11x11 mm boyutlarında CB

Acil ve Elektif Transvajinal Servikal Serklajların Obstetrik ve Perinatal Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Erkan Çağlıyan, Onur Yavuz, Mehmet Eyüphan Özgözen, Cansu Tuğçe Çetinbaş, Aslı Akdöner, Süreyya Sarıdaş

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Servikal yetmezlik tedavisinde uygulanan elektif ve acil transvajinal servikal serklaj prosedürlerinin obstetrik ve perinatal sonuçlarını değerlendirmek çalışmanın amacıdır. Materyal-Metod: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde on yıl boyunca yapılmış olan 85 tekil transvajinal servikal serklaj olgusu retrospektif olarak incelenmiştir.

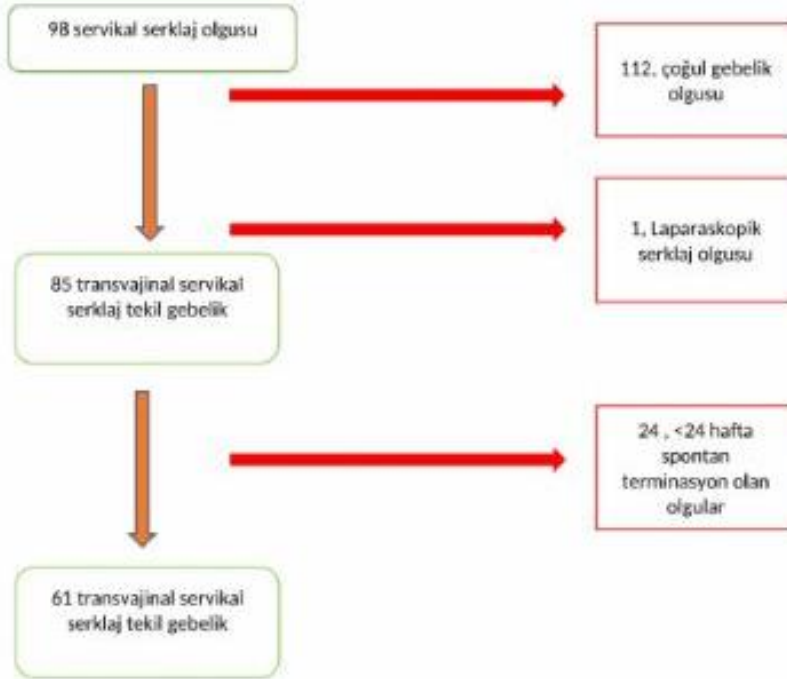
Bulgular: 85 tekil transvajinal servikal serklaj olguları değerlendirmeye alındı. Acil serklaj (n:31) ve elektif serklaj (n:54) olarak iki grubun analizi yapıldı. Demografik özellikler incelendiğinde gruplar arasında farklılık gözlenmedi. <24 hafta abort eden olgular dışlandığında kalan 61 tekil transvajinal servikal serklaj olgularının [acil serklaj; n: 22 ve elektif serklaj; n:39] obstetrik ve perinatal sonuçlar değerlendirildi. Acil serklaj grubunun servikal dilatasyon ölçümünün, preoperatif servikal uzunluk ölçümünün ve 24+0-33+6 hafta arası erken doğum gerçekleşme oranının diğer gruptan istatistiksel olarak anlamlı farklılıkta olduğu görülmüştür (sırasıyla; p=.001, p=.01, p= <.0001). Her bir grubun kendi içinde <34 hafta ve >= 34 hafta doğum yapan olgularına göre preoperatif servikal uzunluk ve servikal dilatasyon değerleri karşılaştırılmıştır. Elektif serklaj grubunun analizinde < 34 hafta doğum yapan olgularda preoperatif servikal uzunluğun >= 34 hafta doğum yapan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıkta olduğu saptanmıştır (p=.02). Acil serklaj grubunda ise <34 hafta doğum yapan olguların servikal dilatasyon ölçümünün >= 34 hafta doğum yapan olgulara kıyasla anlamlı ölçüde daha fazla olduğu görülmektedir (p=.05).

Tartışma ve Sonuç: Erken preterm doğumun acil serklaj grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıkta olduğu görülmektedir. Acil serklaj olgularında servikal dilatasyonun artmasının, <34 hafta doğum ihtimalini istatistiksel olarak anlamlı olmasa da arttırdığı ortaya koyulmuştur. Artmış dilatasyonun negatif prediktif parametre olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle acil serklajın elektif serklajlar kadar güvenli olduğu tartışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil serklaj, elektif serklaj, servikal dilatasyon, servikal uzunluk, servikal yetmezlik

Çalışmanın Akış Şeması

Şekil 1. Çalışmanın akış yeması



Tablo 1. Grupların Demografik Özellikleri

Tablo 1. Grupların demografik özellikleri			
	Acil Serklaj n: 31 (%36,5)	Elektif Serklaj n: 54 (%63,5)	p değeri
Yaş	30 ± 6	30,7 ± 6,2	.77
Sigara	0 (%0)	2 (%3,7)	.50
Spontan gebelik	26 (%83,8)	46 (%85,1)	.55
Geçirilmiş jinekolojik operasyon	3 (%9,6)	12 (%22,2)	.14
- D/C	0 (%0)	8 (%14,8)	.41
- Konizasyon	1(%3,2)	1 (%1,8)	.98
- Histeroskopi	1(%3,2)	3 (%5,5)	.97
Uterin anomali	1 (%3,22)	3 (%5,5)	.53
Maternal hastalık	9 (%29)	16 (%29,6)	.95
Gravida	3,2 ± 2	3,2 ± 1,6	.74
Parite	1 ± 1,4	1,1 ± 1,1	.48
Abortus	1,1 ± 1,3	1,1 ± 1,3	.77
Serklaj öyküsü	5 (%16,1)	12 (%22,2)	.49
Preterm doğum öyküsü	11 (%35,4)	26 (%48,1)	.25
< 24 hafta abort eden olgular	9 (%29)	14 (%27,8)	1.0

Veriler n(%) ve ya ortalama ± SD olarak belirtilmiştir.

Tablo 2. Obstetrik ve perinatal sonuçlar

Tablo 2. Obstetrik ve perinatal sonuçlar			
	Acil Serklaj n: 22 (%36,1)	Elektif Serklaj n: 39 (%63,9)	p değeri
Servikal dilatasyon (cm)	1,9 ± 1,7	0,5 ± 0,9	.001
Preoperatif servikal uzunluk	22,4 ± 4	26,1 ± 7,7	.01
Preoperatif lökosit değeri	10,700 ± 2389	11,000 ± 3692	.82
Serklajın uygulandığı hafta	18,9 ± 4,2	16,9 ± 3,88	.13
Operasyon ile ilişkili komplikasyon	0 (%0)	1 (%2,6)	1.0
Hospitalizasyon süresi	3,6 ± 1,7	3,5 ± 3,3	.10
Progesteron kullanım öyküsü	11 (%50)	20 (%51,3)	.92
Postoperatif erken doğum tehdidi	5 (%22,7)	12 (%30,8)	.50
Postoperatif tokolitik tedavisi	10 (%45,5)	17 (%43,6)	.88
Doğum haftasını erteleme	14,3 ± 8	18,2 ± 7,9	.08
Doğum haftası	33,2 ± 4,8	34,9 ± 5	.09
24 ^o -33 ^o doğumu gerçekleştirenler	8 (% 36,4)	12 (%30,8)	<0.0001
34 ^o -36 ^o doğumu gerçekleştirenler	8 (%36,4)	6 (%15,4)	.33
37 ^o ve üzeri doğumu gerçekleştirenler	6 (%27,3)	21 (%53,8)	.27
Doğum kilosu (gram)	2178 ± 970	2578 ± 1106	.07
C/S ile doğum	14 (%63,6)	27 (%69,2)	.65
1 ^o apgar	7,4 ± 1,8	7,3 ± 2,4	.90
5 ^o apgar	9 ± 2,8	8,4 ± 2,1	.89
Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı	15 (%68,2)	22 (%56,4)	.36
Mortalite	2 (%9,1)	2 (%5,1)	.61

Veriler n(%) ve ya ortalama ± SD olarak belirtilmiştir.

Tablo 3. Elektif serklaj grubunun doğum haftasına göre servikal uzunluğunun ve dilatasyonun karşılaştırılması

Tablo 3. Elektif serklaj grubunun doğum haftasına göre servikal uzunluğunun ve dilatasyonun karşılaştırılması			
	<34 hafta n:12 (%30,8)	≥34 hafta n :27 (%69,2)	p değeri
Preoperatif servikal uzunluk (mm)	21,6 ± 7	28 ± 7,3	.02
Serklaj anındaki servikal dilatasyon (cm)	0,6 ± 1,2	0,40,6 ± 0,8	0.81

Veriler n(%) ve ya ortalama ± SD olarak belirtilmiştir.

Tablo 4. Acil serklaj grubunun doğum haftasına göre servikal uzunluğunun ve dilatasyonun karşılaştırılması

Tablo 4. Acil serklaj grubunun doğum haftasına göre servikal uzunluğunun ve dilatasyonun karşılaştırılması			
	<34 hafta n: 8	≥34 hafta n: 14	p değeri
Preoperatif servikal uzunluk (mm)	23,7 ± 3,1	21,7 ± 4,3	.33
Serklaj anındaki servikal dilatasyon (cm)	2,8 ± 1,6	1,4 ± 1,6	.05

Veriler n(%) ve ya ortalama ± SD olarak belirtilmiştir.

Dil Kaynaklı Triglossal Kanal Kistin Prenatal tanısı

Zafer Bütün¹, Gökalp Şenol², Ahu Korkut², Burcu Ör², Kamuran Suman⁴, Hüseyin İlhan³, Hüseyin Mete Tanır²

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Eskişehir

⁴Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Afyon

Triglossal kanal anomalileri boyunda görülen en sık anomalilerdir, tiroid dokusunun migrasyon alanındaki her yerde ortaya çıkabilirler. Genellikle boyunda ortaya çıkarlar, dil kökünde yerleşmeleri çok nadirdir. Vakaların %2' si dil kökünden kaynaklanmaktadır.

Oral kavite kaynaklı kitlelerin ayırıcı tanısı önemlidir. Kistin gebelik süresince boyutu ve amniotik sıvı miktarı takip edilmelidir. Kistin boyutundaki artış oral kaviteyi kapatarak polihidroamniosa yol açabilir ve preterm eyleme neden olabilir. Tanı konulamazsa doğum sonrası asfiksi nedeniyle ani fetal kayıplar yaşanabilir. Ayırıcı tanıda epignatus, epulis, triglossal kanal kisti ve ranula yer almaktadır. Kistin doğum zamanındaki boyutu, karakteri doğum şeklini belirleyecektir. Oral kaviteyi kapatan kitlelerde ex utero intrapartum tedavi (EXIT) prosedürü uygulanarak, fetomaternal dolaşım kesilmeden kist eksize edilerek asfiksi engellenebilir.

Vakamız 26. Gebelik haftasında fetal ağızda kitle nedeniyle refere edildi. Yapılan ultrason incelemesinde dil kaynaklı solid komponenti bulunmayan 19x12mm boyutunda oral kaviteyi kapatan kistik kitle izlendi. Doppler incelemesinde kistte kan akımı izlenmedi. Başvuru anında ek anomali ve polihidroamnios saptanmadı. Fetal MR'da dil kaynaklı solid komponenti bulunmayan 20x15mm kistik kitle izlendi. Lokalizasyonu ve karakteri nedeniyle ön planda ranula ve triglossal kanal kisti düşünüldü. Gebelik takiplerinde kist boyutunda büyüme izlenmedi fakat polihidroamnios gelişti. Hasta çocuk cerrahi ile görüşülerek 39.haftada elektif sezeryan operasyonuna alındı ve EXIT prosedürü uygulandı. Yenidoğanda entübasyon ihtiyacı olmadı. Yenidoğan servis takiplerinde problem olmayan bebek üçüncü gün taburcu edildi. Patolojik incelemede triglossal kanal kisti tanısı konuldu.

Anahtar Kelimeler: triglossal kanal kisti, oral kavite, kistik kitle, EXIT prosedürü, prenatal tanı

Doğum Sonrası Görünüm



Usg'de Kistik Kitlenin Görünümü



Usg'de Kistik Kitlenin Görünümü2



Normal Karyotipli Alobar Holoprozensefali Vakası

Nihal Çallıoğlu, Fırat Ersan, Güray Tuna, Selçuk Atalay, Sema Süzen Çaypınar, İbrahim Polat
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Holoprozensefali, genellikle orta yüz defektleri ile ilişkili olan, embriyonik prosensefalondaki gelişimsel bir kusurdur. Kusur, merkezi sinir sistemi yapılarının eksik gelişimi ve yetersiz ayrılmasından kaynaklanır. Dört tipi vardır: alobar, semilobar, lobar ve orta interhemisferik (MIH) varyant. Mikrocefali genellikle eşlik eder. Çeşitli derecelerde yüz dismorfizmi izlenir; siklopi, etmosefali (hipotelorizm, interorbital fil hortumu burun), sebocefali (hipotelorizm, tek burun deliği), kulak kepçesi anomalileri, çene eklemi anomalileri, dudak damak yarığı, soliter median maksiller santral kesici diş. Erkek genital sistem anomalileri ve polidaktili gibi ekstrakranial bulgular bulunabilir. Yüz kusurunun ciddiyeti genellikle beyin kusurunun ciddiyeti ile ilişkilidir. Etiyolojisinde, hem çevresel hem de genetik etmenler olduğu düşünölmektedir. Uyuşturucu ve alkol kullanımı, maternal diyabet, retinoid asit ve viral enfeksiyonlar suçlanmıştır. Hastaların çoğunda kromozomal bir anomali saptanmamasına rağmen, ilişkili kromozom anormallikleri arasında trizomi 13, trizomi 18 ve triploidi yer alır. Şiddetli formlar yaşamla uyumlu değildir, ancak daha hafif formlar potansiyel olarak yaşayabilir. Alobar holoprozensefali, ön beyin hemisferlere tam olarak bölünmemesi sonucu ortaya çıkan en şiddetli formudur. Bu hastalarda hem yaşam kalitesini hem de sağkalımı artırmak için multidisipliner bir yaklaşım gerekir. Biz de normal karyotipli holoprozensefali olgusunun prenatal tanısını sunmayı amaçladık.

Olgu: 26 yaşında, 27 hafta gebeliği olan olgu intrakranial anomali ön tanısı ile kliniğimize refere edilmiştir. Ultrasonografide kraniyumda interhemisferik sulkus izlenmedi, ön beyin ve talamusun füzyone ve lateral ventriküllerin tek ventrikül morfolojisinde olduğu tespit edildi (Şekil 1). Corpus collosum ve kavum septum pellucidum izlenmedi. Düz yüz, düz alın, tek nostril ve hipotelorizm izlendi (Şekil 2). Tek ayakta pes equinovarus ve dış genitalya tulip görünümünde olup ön planda hipospadias düşünöldü. Olgu alobar holoprozensefali olarak değerlendirildi. Aileye prognoz hakkında bilgi verildi. Genetik tanı ve gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunuldu. Kurul kararı ve aile onamı alınarak kordosentez ve fetosit uygulandı. Karyotip analizi ve microarrayda anomali saptanmadı. Terminasyon sonrası antenatal bulgular doğrulandı (Şekil 3).

Sonuç: Holoprozensefali saptanan olgular ekstrakranial anomaliler açısından dikkatlice değerlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: hipospadias, holoprosensefali, sebocefali, pes equinovarus, multiple anomali

Şekil 1: Alobar Holoprosensefalide Transtalamik Kesit



Alobar holoprosensefalide transtalamik kesit.

Şekil 2: Tek burun deliği görüntüsü



Holoprosensefaliye eşlik eden tek burun deliği görüntüsü

Şekil 3: Holoprosensefali Postnatal Görüntüsü



Holoprosensefali postnatal görüntüsü

[PS-27]

B-Lynch Sütür ile Birlikte Bilateral Uterin Arter Ligasyonu Sonrası Fertilitte: Olgu Sunumu

Erkan Çağlıyan, Onur Yavuz, Süreyya Sarıdaş, Aslı Akdöner, Ezgi Bilicen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Postpartum hemoroji nedeni ile uterus atoni gelişen, B-Lynch sütür ve bilateral uterus arter ligasyonu uygulanan olgunun sonrasında meydana gelen spontan gebeliğini sunmayı amaçlamaktayız. Olgu: 33 yaşında, gravida 3, abortus 1, ektopik 1, gebeliğinin 36. haftasında olan hasta 2019'da Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na karın ağrısı şikayeti ile başvurdu Hastanın tip 2 diabetes mellitus ve kronik hipertansiyon ek hastalıkları mevcuttu. Hastanın başvuru anında yapılan obstetrik ultrasonunda fetal kalp atışı saptanmadı ve retroplasental bölgede ablasyo plasenta ile uyumlu görünüm mevcuttu. Sezaryen ile doğum gerçekleştirildi. Peroperatif gözlemlerde uterus atonikti ve şiddetli kanama başladı. Bimanuel uterus masajı, kılavuzlara uygun medikal uygulamalar sonrasında devam eden yaygın kanama nedeni ile B-Lynch sütür ve bilateral uterus arter ligasyonu uygulandı. Hastanın iki yıl sonra spontan gelişen ikinci bir gebeliği oldu. Gebeliğinin 34. haftasında intrauterin gelişme geriliği nedeni doğum gerçekleştirildi.

Tartışma ve Sonuç: Postpartum hemoroji nedeni ile uterus atoni gelişen olgularda uygulanan uterus koruyucu cerrahi teknikleri histerektomiden önce aklımızda bulundurmamız gereken seçeneklerdir. Spontan olarak meydana gelen bir sonraki gebelik, bu tekniğin fertilitteyi etkilemediğini ortaya koymaktadır. Diğer taraftan gebelik süresince gelişen komplikasyonların maternal komorbidite kaynaklı ya da geçirilmiş cerrahi tekniklerin bir sonucu olup olmadığı tartışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: B-Lynch sütür, fertilitte, postpartum hemoroji, uterus arter ligasyonu, uterus atoni

[PS-28]

Plasental Mezenkimal Displazi ve Şiddetli İntrauterin Büyüme Kısıtlılığı Olan Genetik Olarak Normal Fetüs: Nadir Bir Olgu Sunumu

Emine Kirtiş, Hülya Kandemir, Gül Alkan Bülbül, Cem Yaşar Sanhal, İbrahim İnanç Mendilcioğlu
Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı

Giriş: Plasental mezenkimal displazi (PMD) ilk olarak 1991 yılında Moscoso ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir. PMD villuslarda kistik dilatasyon ve vezikül oluşumu, plasentomegali ve vasküler anormallikler ile karakterize nadir(%0.02-0.002) görülen bir plasental lezyondur. Klinik olarak parsiyel mol hidatiforma benzer ve yanlış tanı alabilir. Ancak bu iki durumun prognozu ve tedavisi farklıdır. PMD intrauterin gelişme geriliği, ölü doğum, Beckwith-Wiedemann sendromu ve bazı kromozomal anomaliler ile ilişkili olup %40'ı fetal ölüm veya neonatal ölümle sonuçlanabilir. Bununla birlikte, PMD genetik olarak normal bir fetusta da ortaya çıkabilir.

Olgu: 37 yaşında tekil canlı gebeliği olan olgu (gravida3, parite2) 18'inci gebelik haftasında merkezimize ikili tarama testinde yüksek riskli (1/50 Trizomi21 riski,1/50 Trizomi13-18 riski) olduğu için başvurdu. Sonografik muayenesinde, fetüste ekstremit ve nazal kemikte kısalık, bilateral uterin arterde çentik izlendi. Yapılan amniyosentez sonucu 46XX karyotip olarak raporlandı. Hastanın 21'inci gebelik haftasında ayrıntılı sonografik muayenesinde erken başlangıçlı intrauterin gelişme geriliği(19w ile uyumlu) <2 persentil, plasentomegali (89mm)(resim 1), umbilikal arter doppler akımında EDF kaybı ve duktus venosusta ters a dalgası izlendi. Plasentada dopplerde kan akımı olmayan kistik alanlar tespit edildi(resim 2). Hastaya etkilenen fetüsün prognozu ve gebeliğin olası komplikasyonları hakkında kapsamlı danışmanlık verildi. Mevcut bulgularla 22'nci haftada hasta ve eşinin isteği ve onayı ile gebelik sonlandırıldı.

Plasenta makroskopisinde; 210 gr ağırlığında,15x13x2 cm, üzerinde 27cm uzunluğunda santral yerleşimli 3 damar açıklığı bulunduran göbek kordonu izlendi. Plasentada genişlemiş hidropik villuslar, villuslarda kistik değişimler, kalın duvarlı sistern damarlar izlendi ve patolojik olarak PMD tanısı doğrulandı.

Sonuç: Ultrasonografik bulgularda plasentomegali ve kistik plasenta gösterildiğinde öntanıda plasental mezenkimal displazi düşünölmeli, genetik danışma ve karyotipleme yapılarak mol hidatiform gebelikten ayrıcı tanı yapılmalıdır. PMD'nin etkilenmiş vakalarda iugr, intrauterin hipoksi, ölü doğum ve diğerkromozomal anomalilerle ilişkisi nedeniyle yakın takip edilmesi

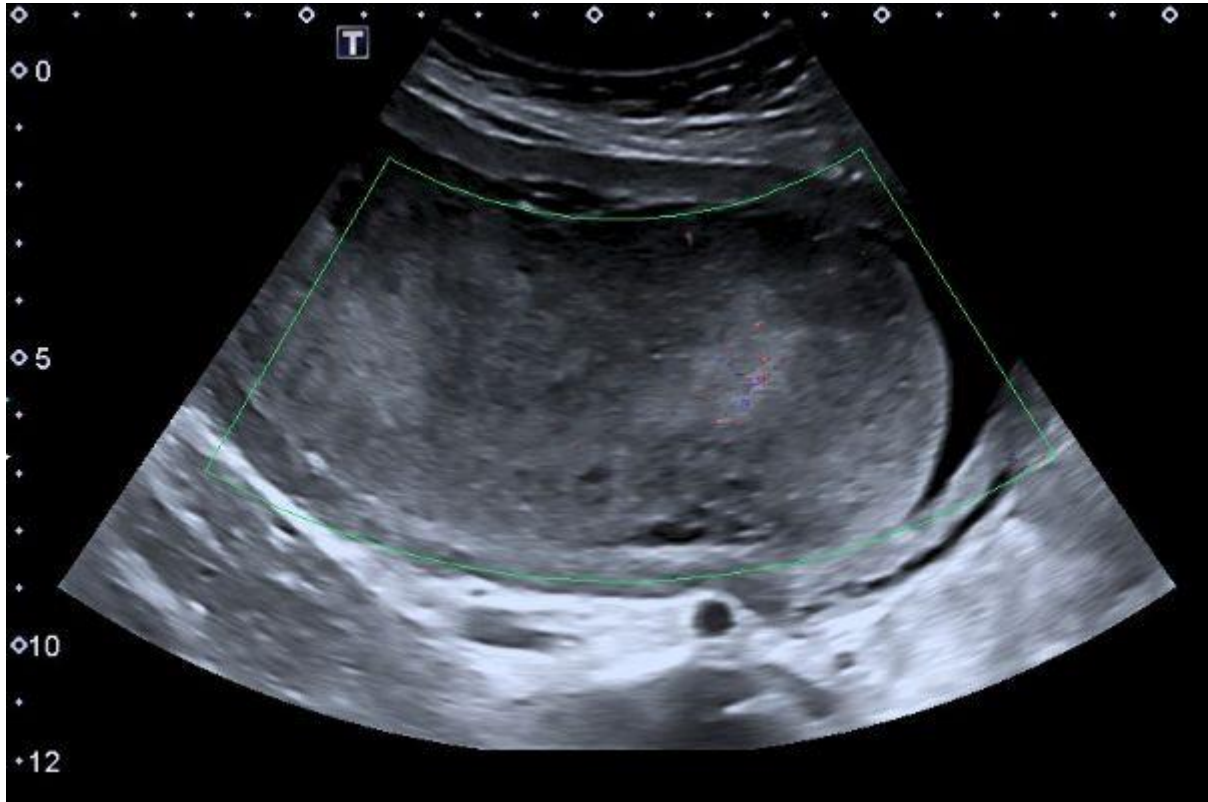
Anahtar Kelimeler: Plasental Mezenkimal Displazi, İntrauterin Gelişme Geriliği, Normal Karyotip, Plasentamegali, Hidropik Villus

Resim 1



Plasentomegali, 89mm kistik kalınlaşmış plasenta

resim 2



Plasentada dopplerde kan akımı olmayan kistik alanlar

Şizensefali Olgusunun Prenatal Tanısı ve MR Görüntüleri

Selçuk Atalay, Güray Tuna, Nihal Çallıoğlu, Fırat Ersan, İbrahim Polat
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Şizensefali anormal postmigrasyon gelişime sekonder gelişen bir malformasyondur. Lateral ventrikülleri subaraknoid alandan ayıran, serebral korteksin bir parçasında yer alan anormal kleftlerin varlığı ile karakterizedir. Kleftler displastik gri madde ile örtülü olup, böylece gri madde kaybı ile giden ensafolaklastik porensafaliden ayırtedilebilmektedir.

Unilateral, bilateral, simetrik veya asimetric olabilir. Açık ve kapalı dudaklı olmak üzere 2 tipi mevcuttur.

Tip 1 (kapalı tip): kleftler birleşiktir ve BOS sıvısının geçişini engeller.

Tip 2 (açık tip): BOS sıvısının ventrikülden subaraknoid aralığa geçişine izin veren kleftler mevcuttur.

Genellikle ventrikulomegali eşlik eder. % 70 olguda csp izlenmez.

Sadece açık dudaklı şizensefali intrauterin tanı konulabilmektedir.

Usg de subaraknoid boşluktan ventriküle uzanan tek veya çift taraflı BOS ile dolu bir kleft varlığı ile karakterizedir.

Ayrıca tanıda porensafali, lobar holoprosensefali ve septooptik displazi düşünölmelidir. Ayrımı zordur, tip 1 porensafali sadece lezyonun küçüklüğüyle değil aynı zamanda tek taraflı olması ve şekliyle şizensefaliden ayrılmaktadır. Şizensefali genellikle kama şeklinde olup, porensafali daha düzensiz ve ya yuvarlak görünömdedir.

Prognozu oldukça kötüdür. Kapalı tip ve küçük olanlarda postnatal bulgular daha hafiftir. Özellikle bilateral olgularda özellikle ilaçlara dirençli nöbet ve ağır mental retardasyonla ilişkilidir. Entelektüel gelişim ve konuşma beceresi de kötüdür. Eşlik eden ekstra anomaliler prognozu daha da kötüleştirir. Tedavisi yoktur. Terminasyon önerilebilir.

Hastamız dış merkezden tarafımıza hidrosefali nedeniyle yönlendirilmişti. G3p2 (cs), satı'ını bilmiyor. Yaptığımız usg de; usg ye göre 24 w gebelik, beyin sol frontal lobda parankim izlenmedi. Yaklaşık 28*19 mm ventrikülle bağlantılı kenarları düzenli subaraknoid aralığa kadar uzanan aneikoik yapı, kleft izlendi. Csp net izlenemedi. Midsagittal kesitte corpus callozum izlendi. Posterior fossa normal olarak değerlendirildi. Ek anomali saptanmadı. Ön planda şizensefali düşünöldü. Fetal mr istendi. Aileye terminasyon seçeneği ve invaziv prenatal tanı seçenekleri sunuldu. Çekilen fetal mr da şizensefali ile uyumlu görüntüler olarak yorumlandı. 26. Gebelik haftasında fetosit sonrası doğum gerçekleştirildi. Hasta istemediği için genetiğine bakılmadı.

Anahtar Kelimeler: şizensefali, porensafali, prenatal tanı, fetal mr, postmigrasyon bozukluğu

Porenfali



usa de koronal kesitte görüntüsü

porenfali



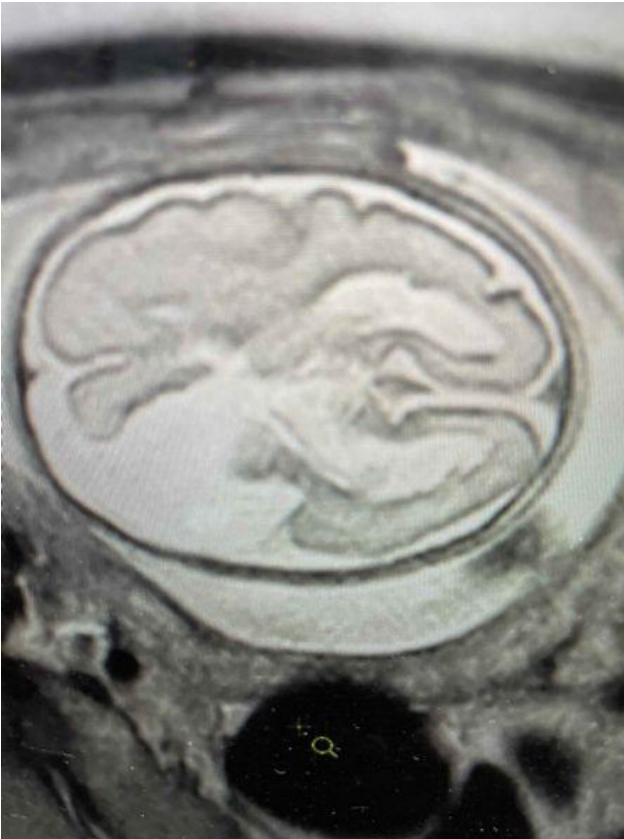
usa de sagittal kesitte görüntüsü

Porencefali



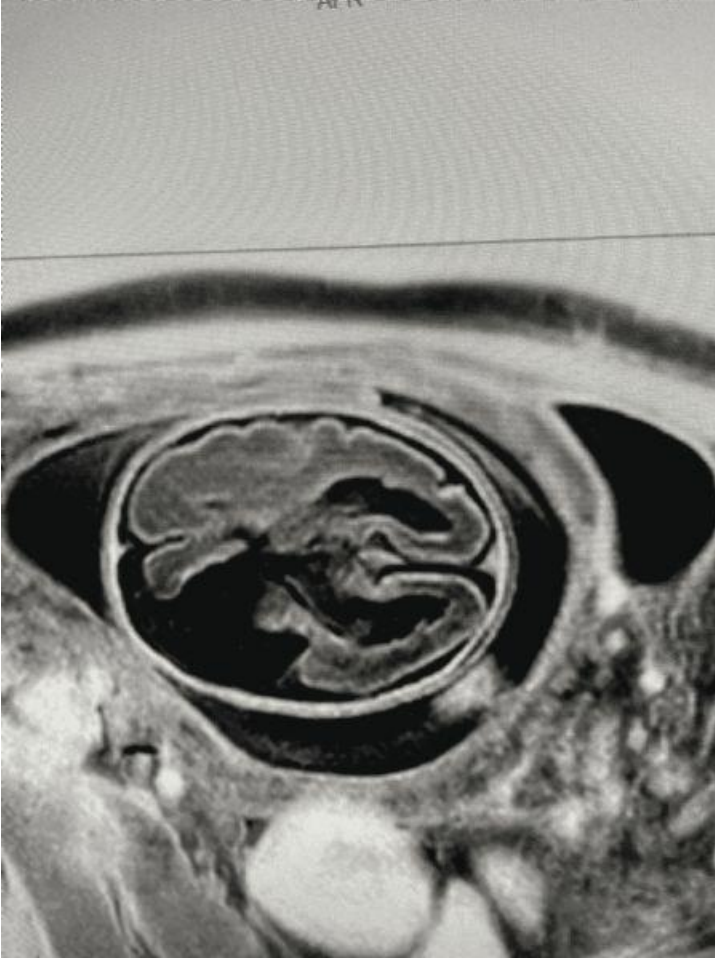
MR görüntüsü

Porencefali



MR görüntüleri

Porencefali



MR görüntüsü

Ekstremitte- Vücut Duvarı Kompleksi (Limb –Body Wall Kompleks): Olgu Sunumu

Hilal Gökçen Çin Ergin, Çağanay Soysal, Özkan Hayıt, Oğuz Özdemir, Zehra Vural Yılmaz
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Ekstremitte Vücut Duvarı Kompleksi (Limb-Body Wall Kompleks, LBWC) vücut duvarı defekti, ekstremitte anomalileri ve vertebra bozukluklarıyla seyreden nadir görülen bir durumdur. Fetusta omfolosel, gastroşizis, mesane ekstrofisi gibi geniş karın duvarı defektleri; ensefolosel, eksensefali gibi kraniofasiyal anomaliler; vertebrada skolyoz veya disrafik bozukluklar ve konstriksiyon halkası, sindaktili veya parmak, uzuv ampütasyonları gibi ekstremitte anomalileri görülebilir. Bu bozukluk erken amniyotik membran rüptürü ile ilişkili hastalıklar spektrumunda değerlendirilmektedir ve LBWC’i amniyotik band sendromunun ağır bir formu olarak değerlendirenler de vardır. Göbek kordonu tamamen olmayabilir veya ileri derecede kısalmış olabilir. LBWC nadir görülen sporadik bir bozukluk olup yaklaşık 1:3000- 1:14.273 doğumda bir görülmektedir. Anomalinin olası nedenleri arasında gelişmekte olan embriyo/fetüs üzerinde doğrudan mekanik basınç uygulayan amniyotik bantlarla sonuçlanan erken amniyon yırtılması, embriyonun vaskülerizasyonunun bozulması veya germinal diskte bir anormallik nedeniyle vücut katlanmasının tam olamaması öne sürülmektedir. Hastalığın tanısı prenatal ultrasonla konulmaktadır. 1. Trimester aneuploidi taramasının artmasıyla hastalığın erken tanısı artmıştır. LBWC ayırıcı tanısında amniyotik band sendromu, omfolosel, gastroşizis düşünülebilir. Karın ön duvarı defektinin büyüklüğü ve yeri önemlidir. Omfolosel veya cantrell pentolojisinde genelde orta hat defekti, gastroşizisde sağ yanda paraumbilikal defekt, LBWC de ise geniş lateral abdominal duvar defektleri görülür. Beraberinde ekstremitte ve vertebral anomalilerin olması ayırıcı tanıda yardımcıdır. Tedavisi olmayan, letal bir anomali olduğundan terminasyon seçeneği sunulmalıdır. Biz de nadir olması nedeni ile kliniğimizde tanısı konulan LBWC olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu: 24 yaşında G7P1A5 olan olgu kliniğimize son adet tarihine göre 14 hafta 1günlükken dış merkezde saptanan NT yüksekliği nedeniyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde reküren abortus dışında özellik yoktu. Ultrasonografisinde crl: 70 mm,13hafta 5 gün ile uyumlu; fka+; NT:3,3 mm olarak izlendi. Alt ekstremitelerden birisi total olarak izlenemedi. Sakral bölgede vertebra devamlılığı izlenemedi. Vertebra düzensiz izlendi. Mesane izlendi. Fetusun plasentaya çok yakın olduğu ve lateral abdominal duvar defekti olduğu izlendi. Hastaya LBWC tanısı konularak terminasyon seçeneği sunuldu. Anne baba kararıyla termine edildi.

Anahtar Kelimeler: Amniyotik band, Ekstremitte anomalisi, Ekstremitte Vücut Duvarı Kompleksi, Limb –Body Wall Kompleks, Omfolosel

Ekstremité Yokluğu



Karın Duvarı Defekti



Patoloji



Sakral Agenezi NT Yüksekliği Vertebra Devamlılığının Olmayışı



Prenatal Mekonyum Peritoniti Tanısı: Olgu Sunumu

Halis Özdemir¹, Nuriye Aslı Melekoğlu², Ercan Bayrakçı³

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Malatya

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Bilim Dalı, Malatya

³Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

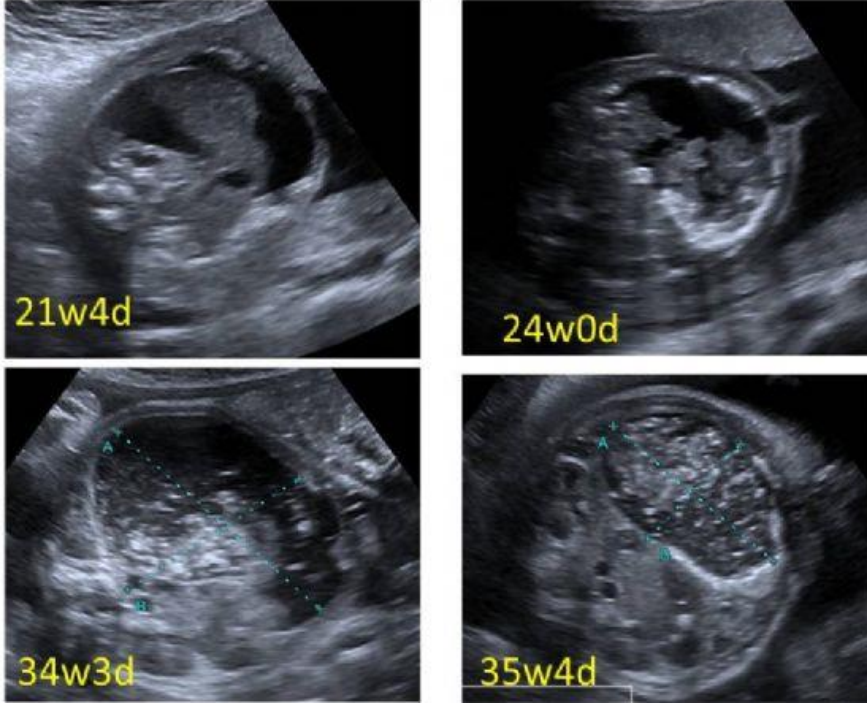
Mekonyum peritoniti, fetüste gastrointestinal sistemde olan bir perforasyon sonrası gelişen inflamasyona sekonder fetal batında asit, fibrozis, kalsifikasyon ve bazen kist oluşumu kendini gösteren nadir bir durumdur (1).

Olgu: Hastamız 30 yaşında, G4P1A2Y0 idi. Öyküsünde önceki gebeliğinde 25 haftalık iken HELLP sendromu olması sebebiyle acil sezaryana alınmış ve yenidoğan postpartum 5. gününde prematüreden dolayı exitus olmuştur. Hastamız kliniğimize 21 hafta 4 günlük iken fetal asit nedeniyle yönlendirilmiştir. Gönderilen TORCH paneli negatif geldi. Amniyosentez yapılan hastanın fetal karyotip ve prenatal mikroarray testleri normal olarak raporlandı. Fetal asit takiplerde hiperekojen alan ile sınırları daha net oluşan yoğun içerikli batında kalsifiye alanların olduğu bir görünüme geçti. Hastanın takiplerinde 34 hafta 3 günlük iken tansiyon yüksekliği olması (150/100 mmHg) sebebiyle hospitalizasyonu yapıldı. 24 saatlik idrarda protein 2,4 gr/gün olarak tespit edildi. 36 hafta0 günlük iken fetal distess ve preterm eylem sebebiyle acil sezaryana alındı. 2560 gr kız bebek 9/10 APGAR ile doğurtuldu. Yenidoğan döneminde çekilen batın grafisi (şekil 2) ve abdominal USG mekonyum peritoniti ile uyumlu olarak saptandı. Trombositopenisi olan bebeğe preoperatif trombosit süspansiyonu verildi. Takiben yenidoğan, pediatrik cerrahi tarafından opere edildi. İntraoperatif gözlemlerde yoğun yapışıklıklar ve perforasyon ile uyumlu bulgular mevcuttu. Debridman sonrası incebarsak perforasyon alanı primer onarıldı. Yenidoğan yoğun bakım takibinde önce total parenteral nutrisyon desteği verilen ardından kademeli olarak oral beslenmeye geçen ve tolere eden bebek yatışının 15. gününde taburcu edildi. Kistik fibrozis için genetik istendi, sonucu bekleniyor.

Tartışma: Prenatal dönemde tanısı konulmuş olan mekonyum peritonitli bir yenidoğan olgusunu sunduk. Prenatal dönemde tanın konulması ve yenidoğan erken dönemde cerrahinin yapılması bu bebeklerde mortalite ve morbiditeyi azaltan bir durumdur (2). Mekonyum psödokistleri, bağırsak dilatasyonu ve asit, mekonyum peritonit vakalarında yenidoğan cerrahisinin prenatal belirleyicileridir. Bu bulgulara sahip fetüsler çocuk cerrahisi hizmeti verilen merkezlerde doğurtulmalıdır. Prognoz olumlu olmasına rağmen, kistik fibrozis doğum sonrası sonuçları zorlaştırmaktadır (3).

Anahtar Kelimeler: fetal asit, intestinal perforasyon, kalsifikasyon, mekonyum peritoniti, ultrasonografi

Şekil 1



Prenatal dönemde tespit edilen mekonyum peritonitin gebelik haftalarına göre değişimi

Şekil 2



Postnatal X-ray izlenende kalsifikasyonlar ve intraoperatif barsak perforasyonun görünümü

Sağ Aortik Ark ile İlişkili Down Sendromu ve DiGeorge Sendromu İki Vakanın Prenatal Tanısı

Zeynep Gedik Özköse¹, Ayşegül Bestel²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Fetusta aortik arkı incelemek için üst mediasteninin üç damar(3V) ve üç damar-trakea(3VT) görünümleri kullanılır. Prenatal olarak teşhis edilen vasküler halkalar ya çift aortik ark (DAA)('O' şeklinde), ya sol aortik ark ve anormal sağ subklavyen artere (LAA/ARSA)('V' şeklinde) ya da sağ aortik ark ve anormal sol subklavyen artere (RAA/ALSA)('U' şeklinde) karşılık gelir. RAA prevalansı %0.01 ile 0.1 arasındadır. Birçok sağ aortik arkı olan hastada altta yatan herhangi bir genetik anormallik tanımlanmaz. Bununla birlikte, sağ aortik ark DiGeorge sendromu (22q11 delesyonu) ve Fallot tetralojisi, trunkus arteriosus ve büyük arterlerin transpozisyonu gibi konotrunkal konjenital kalp kusurları ile ilişkili olabilir.

Olgu 1: 27 yaşında tarama testlerini yaptırmamış ilk gebeliği olan hasta, 22. gestasyonel haftada ayrıntılı ultrason taraması için kliniğimize başvurdu. Yapılan ekokardiyografik incelemede üç damar trakea kesitinde sağ aortik ark, iki paralel damarın varlığı (şekil 1a) ve retroözofageal vasküler halka (şekil 1b), duktus arteriosus ve aortik arkın birleşiminde anormal sol subklavyen arterin çıkışı (şekil 1c) izlendi. Anoploidileri ve 22q11.2 mikrodelesyonunu ekarte etmek için amniyosentez yapıldı ve sonuç DiGeorge sendromu varlığını gösterdi. Aileye genetik danışmanlık sonrası gebelik terminasyon seçeneği sunuldu. Aile terminasyonu kabul etmeyip 39. gestasyonel haftada normal vajinal yolla 6/9 Apgar ile 3130 gr erkek bebek doğurdu.

Olgu 2: 29 yaşında tarama testlerini yaptırmamış ikinci gebeliği olan hasta, 21. gestasyonel haftada ayrıntılı ultrason taraması için kliniğimize başvurdu. Yapılan ekokardiyografik incelemede üç damar trakea kesitinde sağ aortik ark ve Fallot tetralojisi (Şekil 2) izlendi. Anoploidileri ve 22q11.2 mikrodelesyonunu ekarte etmek için amniyosentez yapıldı ve sonuç Down sendromu varlığını gösterdi. Aileye genetik danışmanlık sonrası gebelik terminasyon seçeneği sunuldu. Aile terminasyonu kabul etti ve fetosit sonrası 735 gr ex kız bebek doğurdu.

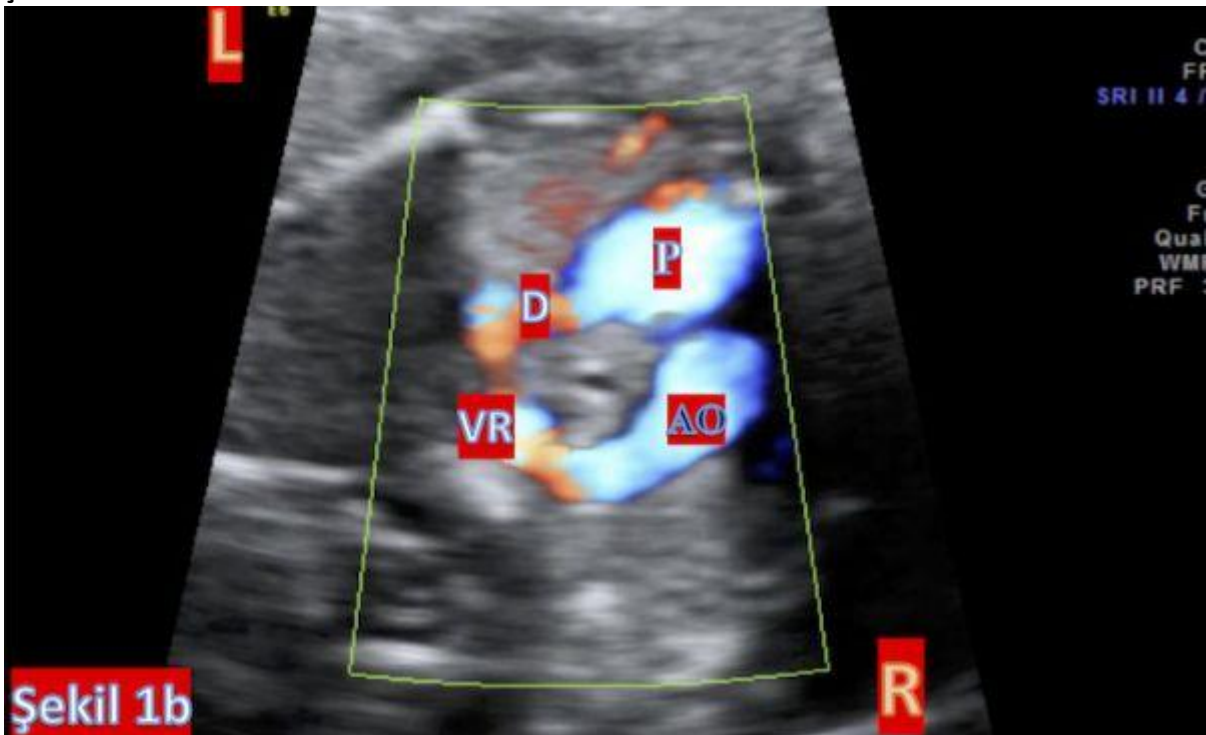
Sonuç: Vasküler halkalar disfaji veya öksürüğü olan hastalarda doğumdan sonra sıklıkla tanı konur, ancak rutin ekokardiyografik taramada 3V ve 3VT görünümünün uygulanması aortik ark anomalilerinin prenatal tanımlanmasını önemli ölçüde arttırmıştır. Fetal ultrasonografide RAA, doğum sonrası yönetimi zorlaştırabilecek vasküler ve kromozomal anormallikleri gösterebilir; bu nedenle prenatal RAA tanımlandığında dikkatli bir EKO ve fetal karyotip analizi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: , aortik ark, fetal ekokardiyografi, konjenital kalp hastalıkları, prenatal tanı, sağ aortik ark

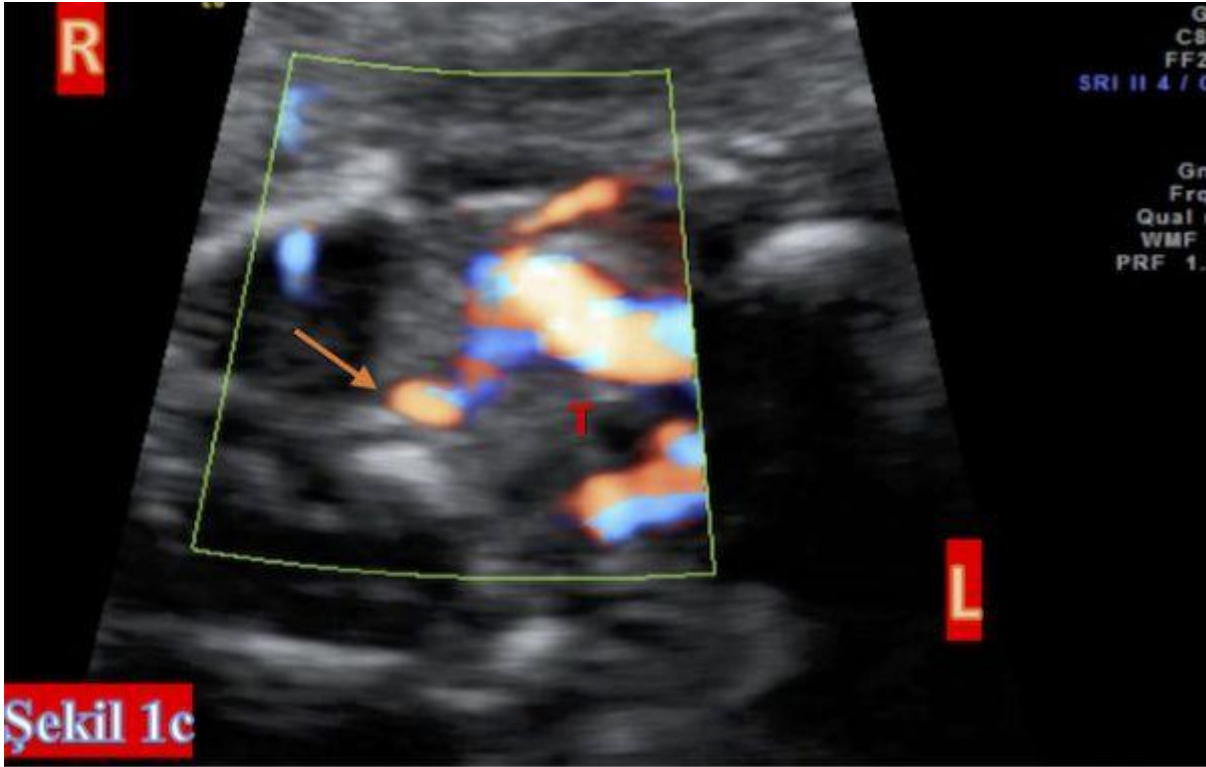
Şekil 1



Şekil 1

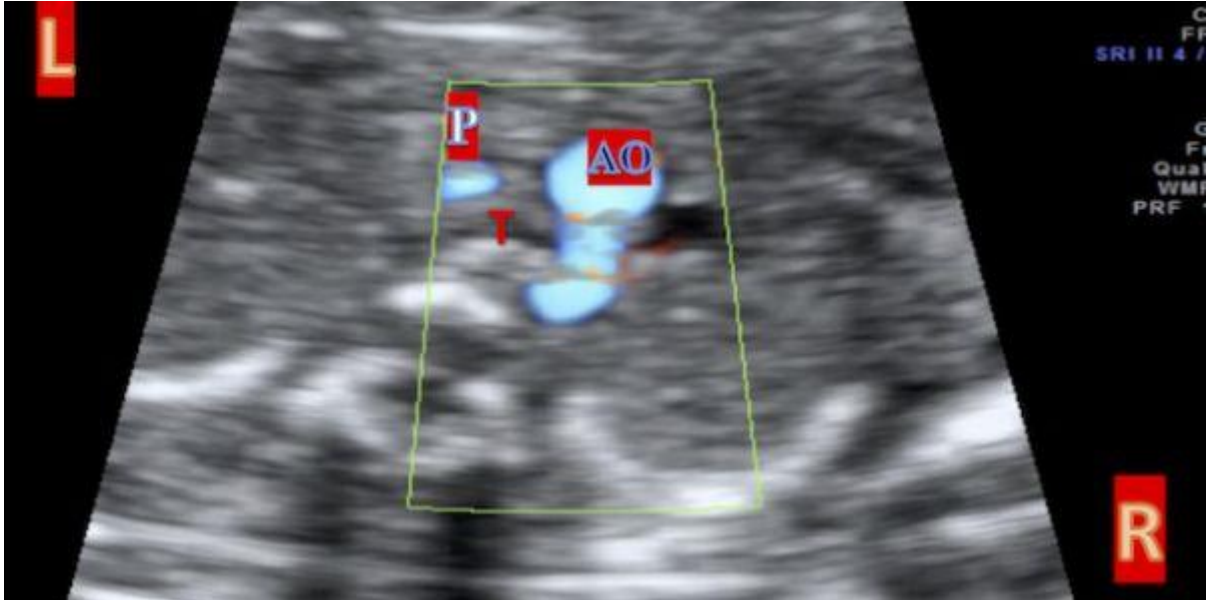


Şekil 1



Şekil 1c
3 damar trakea kesitinde iki paralel damarın görünümü 1b: sağ aortik ark ve uzamış duktus arteriyozusun birleşmesi ile oluşan vasküler retroözofageal halka renkli doppler görüntüsü 1c: Anormal sol subklavyen arterin çıkışı (ok) AO:aortik ark P:pulmoner arter D:duktus arteriosus VR:vasküler halka T:trakea

Şekil 2



Sağ aortik ark ve Fallot AO:aortik ark P:pulmoner arter T:trakea

İkinci Trimester Gebede Spontan Ruptür ve Plasenta İnkreata Olgusu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Gültekin Adanaş Aydın¹, Hilal Gülsüm Turan Özsoy²

¹Bursa Şehir Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü,Bursa

²Bursa Şehir Hastanesi,Radyoloji Bölümü,Bursa

Uterin ruptür seroza dahil uterusun her üç tabakasının ayrışması olarak tanımlanır. Uterin ruptür anne ve fetus için hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. Uterin ruptür nedenleri arasında ise daha önce uterin ruptür öyküsü olması,daha öncesinde uterusu yapılmış olan fundal veya yüksek vertikal insizyonlar,sezaryen sonrası doğum ve indüksiyonlar yer almaktadır.Uterin ruptür sıklıkla 3.trimesterde görülürken nadiren 2.trimesterde de görülebilir. 2.trimesterde görülen ruptürler sıklıkla terminasyonlarda görülürken nadiren spontan da gelişebilir.

Olgu: 33 yaşında 3. gebeliği olan kadın hasta Acil Servisine karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın daha önce miadında iki kez sezaryen ile doğum öyküsü mevcuttu. Bunun dışında cerrahi öyküsü yoktu. Hastanın yapılan batin muayenesinde batında defans ve rebound saptandı. Hasta vaginal muayeneyi kabul etmediği için servikal açıklık değerlendirilemedi ancak hastanın vaginal kanaması olmadığı öğrenildi. Yapılan abdominal ultrasonografide 22 hafta tekiz canlı gebelik izlenmiş olup amniyon mayi yeterli olarak saptanmıştır. Plasenta anterior yerleşimli olup plasenta previa totalis olduğu izlendi. Ultrasonografide batin içinde yaygın serbest sıvı izlendi. Hastanın vitalleri değerlendirildiğinde TA:90/60 nabız 100 atım/dk ve ateş 36.6 derece olarak saptandı. Hasta 22 hafta gebelik ve akut batin tanısı ile genel cerrahiye konsülte edildi. Radyoloji tarafından yapılan ultrasonografide karaciğer ve safra yollarına ait patoloji saptanmadı. Hastanın yapılan laboratuvar incelemelerinde hb=8.7 g/dL, beyaz küre 16000 / μ L,trombosit sayımı ise 160000/ μ L olarak saptandı. Hastaya akut batin tanısı ile cerrahi planlandı. Hastadan onam alınarak genel cerrahi konsültan hekimi ile operasyona alındı. Hastaya önce sol üst kadrandan 10 mmlik trokar ile laparoskopik işlemi yapıldı. Yapılan incelemede batin içerisinde yaygın kanama izlendi. Uterus alt segmentte önceki insizyon bölgesinde yaklaşık 3-4 cmlik ruptür alanı izlendi. Plasenta ruptür alanından dışarıya doğru protrüde olarak izlendi ve laparotomiye geçildi. Hastanın ruptür alanından kanamanın devam etmesi ve dokunmakla kanamanın aşırı artması nedeniyle histerektomi kararı alındı. Fetus fundal kesi yapılarak çıkarıldı. Plasenta yerinde bırakılarak kesi kapatıldı ve histerektomiye geçildi. Hastaya postop 3 ünite eritrosit süspansiyonu ve 3 ünite TDP takıldı. Postoperatif sorun yaşanmayan hasta 4.günde taburcu edildi. Hastanın histerektomi materyali patolojik olarak incelendiğinde ise plasenta increata olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: gebelik, spontan, uterin ruptür, trimester, plasenta inkreata

[PS-34]

Extrakorporal Membran Oksijenizasyonu'na Bağlı (ECMO) 25 Hafta İntrauterin Fetusün Tıbbi Tahliyesi: Olgu Sunumu

Nazime Binnur Cömert¹, Gülçin Alay¹, Dilara Tekden Kırgız²

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

²Altınbaş Üniversitesi Medical Park Bahçelievler Şehir Hastanesi

Amaç: Covid 19 pandemisi, immunsupresif bir süreç olan gebelikte, gebe olmayan hastalara göre daha ağır seyretmektedir. Bu olgu sunumunda amaç; ECMO'da takip edilen 25 hafta bir gebenin tıbbi tahliyesinin yönetimi hakkında deneyimlerimizi paylaşmaktır.

Yöntem: ECMO'da takip edilen ve gebe olması sebebiyle taramıza konsülte edilen hastaya yapılan ultrasonda 25 hafta ile uyumlu biyometrik ölçülerde, fetal kalp atımı olmayan fetüs saptanmış ve tıbbi tahliye kararı verilmiştir.

Bulgular: 10 gün önce Bulgaristan'da hastaneye yatırılan ve 4 gündür entübe olan 35 yaşındaki 25 hafta gebe, hastanemize ambulans helikopter ile sevk edildi. Geliş değerleri; spo2:20, ph 7.1, TA:60/40. Cerrahi stresin, annenin durumunu ağırlaştıracağı düşünülerek aile ile görüşüldü ve sezaryen düşünülmedi. Acil ECMO takılan gebeye girişim öncesi izlenen fka, girişim sonrası izlenmedi. ECMO sonrası APTT:59 sn, PT 11sn, fibrinojen 400, INR 2 idi. Kan ürünleri hazırlığı yapılarak 200mg misoprostol vajinal uygulandıktan 4 saat sonra bir adet mort fetüs vajinal yolla doğurtuldu. Plasenta çıkarıldıktan sonra 4 adet rektal misoprostol,30 ünite oksitosin mayii içinde, 10 unite intramusküler olarak uygulandı. Doğum sonrası 2 saatte 10 ünite oksitosin yavaş infüzyonla gönderildi. Takibinde postpartum kanama izlenmedi. Postpartum 17. gününde vajinal kanama ile tarafımıza tekrar konsülte edildi. Muayenede patoloji saptanmadı ve kanamasının antikoagülana bağlı olduğu düşünüldü.

Sonuç: ECMO'da hastaya verilen antikoagülan ilaçlardan dolayı kanama diyatezi oluşmaktadır. Bu sebeple kan ürünleri hazırlığı yapılarak tıbbi tahliyenin başlatılması, profilaktik misoprostol uygulanması önem taşımaktadır. Tıbbi tahliye sonrası hastanın taşikardisinin azaldığının gözlemlenmesi, maternal yükün azaltılmasının önemini vurgulamaktadır. Hastanın postpartum kanaması olmamıştır. Bu durum,uterin kontraksiyonların postpartum kanamanın önlenmesinde koagülasyon faktörlerinden daha anlamlı olup olmadığını aklı getirmektedir.

Anahtar Kelimeler: covid-19, ECMO, doğum, tıbbi tahliye, misoprostol

Postpartum Dönemde İzlenen PRES Sendromu Olgusu

Ömür Albayrak

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Giriş: Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES) baş ağrısı, mental durum değişiklikleri, epileptik nöbet, görme bozuklukları ile karakterizedir ve görüntülemelerde tipik olarak beynin posterior dolaşım alanındaki geçici değişiklikler mevcuttur. Bu sendromun nörogörüntülemesinde oksipital ve parietal loblarda tipik olarak subkortikal beyaz cevherde, bazen de kortekste simetrik yerleşimli ödem gözlenmektedir. Şiddetli preeklamsi olgularında özellikle eklampsi nöbeti sonrası akla getirilmelidir. Bu olgumuzda şiddetli preeklamsi sonrası PRES sendromu tanısı konulan hastamızı anlatmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 29 Yaşında 39 haftalık gebe hasta, baş ağrısı ve bulanık görme şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın ilk gebeliği idi ve takiplerinde herhangi bir sorun yaşanmamıştı. Hastanın acil serviste yapılan tetkiklerinde TİT: +++ protein saptandı. Ölçülen tansiyon değeri 170/105 mm / Hg idi. Hasta şiddetli preeklamsi tanısı ile doğum planlanarak yatış yapıldı. Hastaya eklampsi profilaksisi nedeniyle Mgso4 tedavisi başlandı ve tansiyon yüksekliği açısından nifedipin verildi. Hasta acil şartlarda sezeryana alındı. 3300 gr ağırlığında tek canlı bebek doğurtuldu. Post-operatif 2. saatinde hasta bilinç kaybı ile karakterize jeneralize tonik-klonik nöbet geçirmeye başladı. Postiktal dönemde hasta serviste takip edildi ve Beyin MR istendi. Çekilen difüzyon MR'da oksipital bölgede belirgin olmak üzere difüzyon kısıtlılıkları görüldü.

Tanımlanan bu bölgelerde MRG T1 ağırlıklı kesitlerde hipointens, T2 sekanslarda hiperintens lezyonların varlığı PRES ile uyumlu bulundu. Klinik izleminde nörolojik muayenesi tamamen normal sınırlara dönen hastada nöbetlerin tekrarlamadığı görüldü, bu nedenle olguya antiepileptik tedavi başlanmadı. Takiplerinde kliniği tamamen düzelen hasta antihipertansif tedavisi düzenlenerek post-operatif 4. gününde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Posterior reversible ensefalopati sendromunun klinik özellikleri değişken olmakla birlikte temel olarak baş ağrısı, bulantı, konfüzyon gibi mental durum değişiklikleri, konvulziyon, görme bozukluğu ve fokal nörolojik bulgular ile karşımıza gelmektedir. Şiddetli preeklamsi olgularında Mgso4 başlanmasına rağmen postpartum dönemde de eklampsi nöbeti geçirebileceği unutulmamalıdır. Bu hastalar mutlaka multidisipliner olarak takip edilmeli ve olası diğer nedenlerin ekarte edilmesi açısından nörolojik muayene, MR, EEG tetkiklerini de içeren kapsamlı bir muayene yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: eklampsi, gebelik, nöbet, preeklampsi, PRES

Erken Haftada Görülen Tekrarlayan Hellp Olgusu

Ömür Albayrak¹, Merve Ecem Albayrak²

¹Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

²Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Pre-eklampsi maternal, fetal morbidite ve mortalite riskini artıran, multisistemik bir hastalıktır. HELLP Sendromu; hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri, düşük trombosit sayısı bulguları ile seyreden, gebeliğe özgü preeklampsinin ağır bir çeşidi olarak kabul edilir.

Maternal mortalite ve intrauterin gebelik kaybı oranı yüksektir. HELLP sendromunun sıklığı % 0,5 ile 0,9 arasında değişmektedir. Vakaların % 70'inde doğum öncesi ve gebeliğin 27. ve 37. haftaları arasında ortaya çıkar. Bizim olgumuzda daha önce HELLP sendromu öyküsü olan 23. gebelik haftasında tekrar saptanan HELLP olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kronik hipertansiyon tanılı 37 yaşında 23 hafta gebe hasta şiddetli baş ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın bir önceki gebeliğinde şiddetli preeklampsi ve HELLP sendromu öyküsü mevcut idi. Hastanın acil serviste bakılan tetkiklerinde; AST: 130 U/L, ALT: 205 U/L, Plt: 88.000, LDH: 1305 U/L, TİT: +++ protein mevcut idi.

Ölçülen tansiyon değeri 170/110 saptandı ve fizik muayenesinde bilateral tibial ödem izlendi. Hastaya süperempoze preeklampsi tanısı ile yatış verildi. Hastanın izlemde takiplerinde tansiyon yüksekliğinin devam etmesi üzerine hastaya terminasyon kararı alındı. Misoprostol ile terminasyon yapılan hastaya eklampsi profilaksisi amacıyla Mgso4 verildi. Hastada iki kez HELLP sendromu öyküsü olması ve malar rash izlenmesi üzerine Dahiliye bölümü ile konsülte edildi. SLE antikorları, antifosfolipit antikorlar ve diğer otoimmün hastalıkların ayırıcı tanısı için yapılan tetkiklerde herhangi bir sorun saptanmadı. Pospartum 5. gününde hasta önerilere şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: HELLP sendromuna bağlı mortalitenin azaltılması erken tanı ve hızlı tedavi ile mümkündür. Hastalar, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Anestezi /Reanimasyon ve Yenidoğan hekimlerinin birlikte olduğu merkezlerde izlenmelidir. Özellikle daha önce preeklampsi öyküsü olan hastalarda erken trimesterde görülebilecek şiddetli preeklampsi açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: gebelik, HELLP, hipertansiyon, preeklampsi, trombositopeni

Malar Rash görüntüsü



Hastanın yüzünde görülen malar rash

Dikoryonik-Diamniyotik Biri Yapışık İkiz Olan Üçüz Gebelik: Olgu Sunumu

Emre Bayram, Ceren Aydın, Ezgi Bilicen, Süreyya Sarıdaş, Erkan Çağlıyan
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İzmir

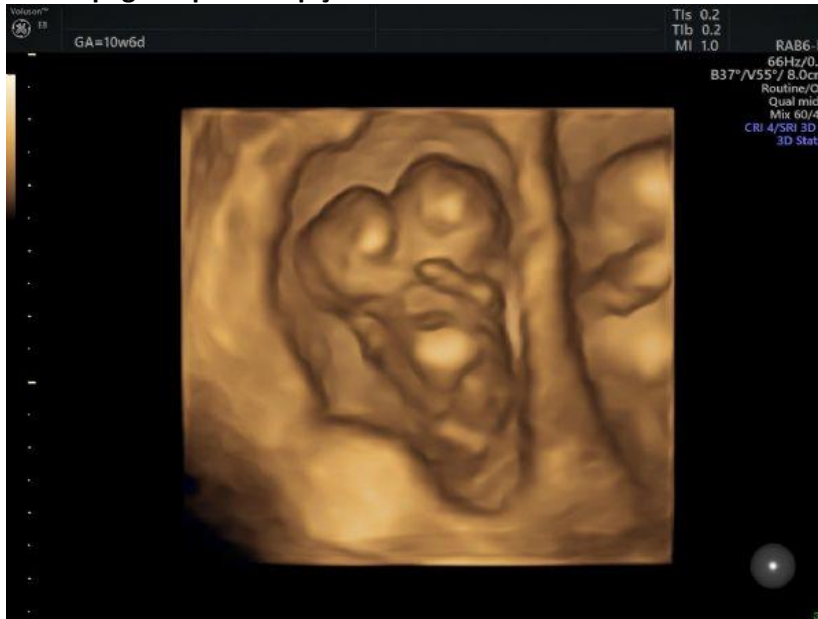
Amaç: Dikoryonik-diamniyotik biri yapışık ikiz olan üçüz gebelik olgusunun değerlendirilmesi.
Giriş: Yapışık ikiz gebelikler 50.000 ila 100.000 doğumda bir görülmektedir. Üçüz gebelik içerisinde yapışık ikiz gebelik ise oldukça ender bir durum olup, çalışmalarda insidansının milyonda birden az olduğu düşünülmektedir. Bu olguda spontan üçüz gebelikte ilk trimesterde tespit edilen yapışık ikizin selektif fetosidi ve sonrasında tekil canlı doğum ile sonuçlanan gebelik hakkında bilgi verilecektir.

Olgu: 37 yaş, gravida 2 parite 1 olan hasta tarafımıza biri yapışık, üçüz gebelik ön tanısı ile yönlendirildi. Hastanın ultrasonografik değerlendirmesinde dikoryonik-diamniyotik üçüz gebelik tespit edildi. Bir amniyon kesesi içinde normal görünümlü 11 hafta ile uyumlu fetüs saptanırken diğer amniyon kesesinin içinde toraks seviyesinden yapışık ikizler izlendi. Yapışık ikizler 11 hafta ile uyumlu torakopagus tipinde yapışık ikizdi (iki kafa yapısı, dört kol, dört bacak ve tek kalp)(Resim 1). Hastaya mevcut gebeliği ile ilgili ayrıntılı danışmanlık ve yapışık ikizlere selektif fetosid uygulanması hakkında bilgi verildi. Hastanın selektif fetosidi kabul etmesi üzerine yapışık ikizlere intrakardiyak potasyum klorür enjeksiyonu uygulandı. İşlem sonrası herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Gebeliği tekil olarak devam eden hastaya 20. ve 22. haftalarda yapılan fetal anomali taramasında herhangi bir yapısal anomali saptanmadı. Takiplerine dış merkezde devam eden hastada kontrolsüz tansiyon yüksekliği olması nedeniyle 36 hafta 5 günlük iken sezaryen ile 3300 g canlı erkek bebek doğurtulduğu öğrenilmiştir. Doğum sonrası bebeğin 1. dakika APGAR skoru 8, 5. dakika APGAR skoru 9 olarak değerlendirilmiş, bebekte ve annede herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir.

Sonuç: Çoğul gebeliklerde erken tanı ve koryonisitenin belirlenmesi yönetim açısından oldukça önemlidir. Yapışık ikizlerin selektif terminasyonunun erken yapıldığı vakalarda geç dönemde yapılanlara göre sağlıklı bebeğin doğum ağırlığı daha fazladır. Bu nedenle çoğul gebeliklerde obstetrik komplikasyonların azaltılması için erken tanı ve koryonisitenin tayini çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Üçüz gebelik, yapışık ikiz, selektif fetoredüksiyon, torakopagus, koryonosite

Torakopagus Tipinde Yapışık İkiz



Resim 1: Üçüz gebelik içerisinde bulunan torakopagus tipinde yapışık ikizler

COVID-19 Pandemisinin Gebelerdeki Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi

Gokce Turan, Ayla Eser, Hasan Hüseyin Uçkan, Cem Terece, Mustafa Raşit Özler, Merih Bayram, Tuncay Nas, Deniz Karcaaltincaba, Mehmet Zeki Taner

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

Amaç: COVID-19 salgını sırasında gebelerin depresyon, stres, anksiyete düzeylerini ve bunları etkileyen faktörlerini belirlemektir.

Materyal-Metod: Gebelere Beck Anksiyete Ölçeği (BAI) ile Beck Depresyon Ölçeği (BDI) anketleri uygulandı. Pandemiden önce yapılan başka bir araştırma için gebe katılımcılara aynı anket daha önce uygulanmıştı. Ek olarak pandemi sürecinde gebe olan katılımcılara da aynı anket uygulandı. Hastaların demografik verileri, anket skorları birbiri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Pandemi öncesindeki gruba 309, pandemi sürecindeki gruba toplam 1218 katılımcı katıldı. Tablo-1’de katılımcıların yaş, meslekleri, eğitimleri ve aylık gelirleri benzer bulunurken (sırasıyla $p:0.957$, $p:0.981$, $p:0.764$, $p:0.957$), vücut-kitle indeksleri(VKI) pandemi sürecindeki grupta anlamlı daha yüksekti ($p:0.002$). Anketin yapıldığı gebelik haftası pandemi öncesi grupta 35.71 ± 4.31 iken, pandemi sürecindeki grupta 21.49 ± 10.01 idi ve gebelik haftası pandemi öncesi grupta anlamlı daha yüksekti ($p<0.001$). Tablo-2’de pandemi sürecindeki grubun BAI ve BDI skorları sırasıyla 21.50 ± 12.15 ve 23.61 ± 11.03 , pandemi öncesi grubun BAI ve BDI skorları sırasıyla 12.70 ± 11.78 ve 12.33 ± 9.39 idi. BAI ve BDI skorları pandemi sürecindeki grupta pandemi öncesi gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$). Ayrıca pandemi sürecindeki gruba uygulanan gebelerin COVID-19 ile ilgili bilgi düzeylerini, COVID-19’un psikolojik etkisini ve sosyal izolasyonun etkilerini değerlendiren 4 soruluk anketin toplam skoru 22.47 ± 6.70 ’di (min: 0- max: 31). Katılımcıların %82.1’i COVID-19 pandemisinin gebelik sürecini etkilediğini düşünüyordu. Tablo-3’te BAI anksiyete seviyeleri yaş gruplarında anlamlı değişkenlik gösterirken ($p:0.000$), VKI, gebelik haftası, gravida, parite, meslek eğitim durumu, aylık gelir durumu, nullipar-multipar olması durumu veya trimester değişkenliklerine göre anlamlı farklılık göstermiyordu. Tablo-4’te BDI depresyon düzeyleri yaş, BMI, gebelik haftası, gravida, parite, meslek grupları, eğitim durumu, aylık gelir durumu, nullipar-multipar olması durumu veya trimester değişkenliklerine göre anlamlı farklılık göstermiyordu.

Sonuç: Pandemi sürecindeki gebelerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı bulundu. Gebelerin psikolojik durumlarını iyileştirmek, gebelerin psikolojik durumlarını tanıyarak komplikasyonları önlemek, bilgi ve duygusal destek sağlamak ve diğer psikolojik müdahaleleri sağlamak ve iyileşmesine yardımcı olmak mümkündür.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Gebelik, Depresyon, Anksiyete, Pandemi

Prenatal Koolen-de Vries Sendromu Tanısı Alan Bir Olgunun Sunumu

Rukiye Kızıllırmak, Miraç Özalp, Mehmet Albayrak, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji
Bilim Dalı, Trabzon

Amaç: Fetal ekojen barsak, kısa humerus, kısa femur, serebellum ve vermiste hipoplazi saptanan bir olguda nadir görülen bir sendromu sunmak amaçlanmıştır.

Giriş: Koolen-de vries sendromu (KdVS), nörogelişimsel gecikme, değişken zeka geriliği, cüceliğe yakın düzeyde intrauterin gelişme kısıtlılığı, dismorfik yüz görünümü, kalpte septum defektleri, pulmoner kapak stenozu ve aorta anomalileri, hidronefroz iskelet sisteminde skolyoz, kifoz ve hipotoni ile karakterize oldukça nadir bir sendromdur. Görülme sıklığı gebelikte 1/16000 oranında olup etkilenen bireylerin çoğunda 17q21.31 de KANSL1 geninin de dahil olduğu kısımda mikrolelesyon mevcuttur. Bunun yanında KANSL1 gende patojenik tek nükleotid varyantlar (SNV) da sendroma neden olmaktadır. Çoğunlukla *de novo* gelişmekte olup otozomal dominant kalıtımla ebeveynden geçişi de mümkündür.

Olgu: 36 yaşında, G3P2, gebeliğin 17. haftasında dış merkezden fetal ekojen barsak, kısa humerus, kısa femur nedeniyle kliniğimize refere edilmiştir. Öyküsünde akraba evliliği, sistemik hastalık, sigara ve alkol kullanımı yoktu. Yapılan ultrasonografik incelemesinde femur uzunluğu <5 ve humerus uzunluğu <5 persentilin altındaydı (Resim 1,2). Ayrıca hiperekojen barsak görünümü mevcuttu (Resim 2). Fetal karyotip analizi önerilen ve amniyosentez sonrası fetal karyotip normal olarak, array analizinde ise KANSL1 mutasyonu raporlanmıştır. Gebeliğin 20. haftasında yapılan ultrasonografik incelemesinde sol serebellar hemisferde ve vermiste hipoplazi saptandı (Resim 3). Aileye terminasyon seçeneği sunuldu, ancak gebeliğin devam edilmesi tercih edildi. 38. gebelik haftasında, 2720g, tek, canlı, erkek bebek C/S ile doğurtuldu.

Tartışma: KANSL1 geninde patojenik tek nükleotid varyantlarda 17q21.31 mikrolelesyon sendromu fenotipine neden olarak KdVS tanısı almaktadır. Literatürde kardiyak anomali, böbrek/üriner anomaliler, iskelet anomalileri bildirilen vakalar vardır. Çoğunlukla sporadik olarak izlenip sonraki gebelikte rekürrens riski <%1 civarındadır.

Sonuç: Sendroma özgü spesifik ultrasonografik bulgular olmadığından prenatal dönemde kısa humerus, kısa femur, hiperekojen barsak, serebellar hemisfer ve vermiste hipoplazi saptanan olgularda rutin fetal karyotipleminin yanında array analizi nadir görülen sendromların tanısında yol göstericidir.

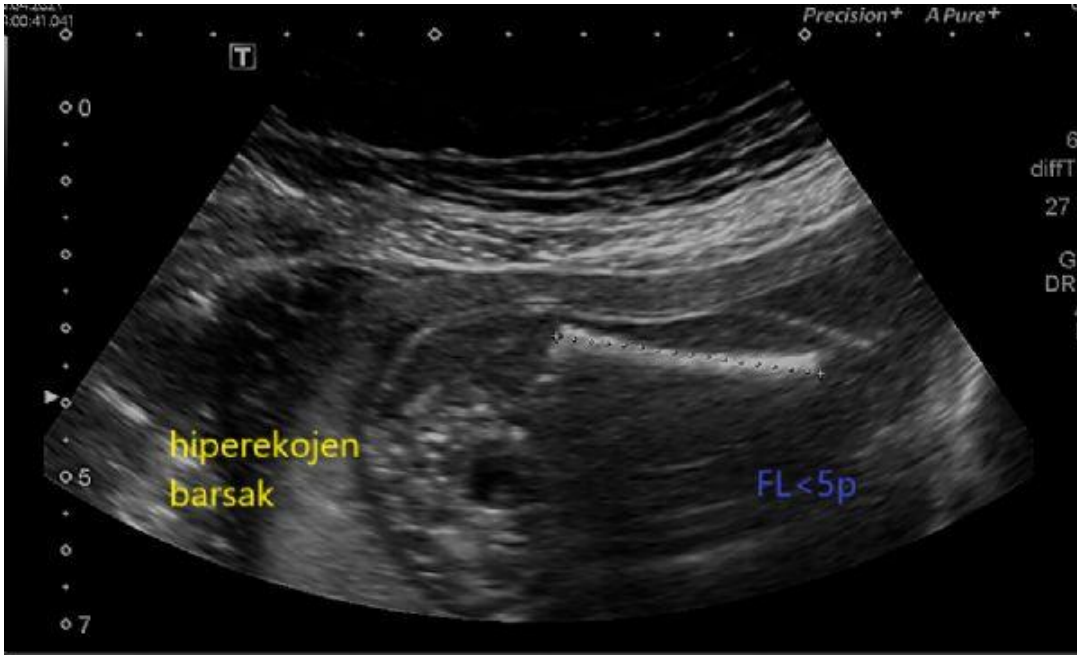
Anahtar Kelimeler: Koolen-de vries sendromu, KANSL1 mutasyonu, 17q21.31 mikrolelesyonu, prenatal tanı, ultrason

Resim 1



Humerus uzunluğu

Resim 2



Femur uzunluğu, hiperekojen barsak görünümü

Resim 3



Sol serebellar hipoplazi, vermis hipoplazisi

Vezikoamniyotik Şant Uygulanarak Ağır Bulguların Gelişmesi Önlene Bir Prune Belly Sendromu (PBS) Olgusu

Gokce Turan¹, Ezgi Turgut², Deniz Karçaaltıncaba¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Amaç: İkinci trimester başında anhidramnios gelişimi sonrasında vezikoamniyotik şant uygulanarak ağır bulguların gelişmesi önlene, sonrasında 3. Trimesterde vezikoamniyotik şantın disloke olmasına rağmen normal amniyotik sıvı miktarı ile term de doğum yapan Prune Belly Sendromu (PBS) olgusu sunulmuştur.

Olgu: 25 yaşında G1P0 olan gebe megasistis sebebiyle dış merkezden tarafımıza yönlendirildi. 16.gestasyonel haftadaki ultrasonografisinde tipik anahtar deliği bulgusu olmayan megasistis (45x 60 mm), oligohidramnios, bilateral renal piyelektazi (sağ renal pelvis 7.1mm, sol renal pelvis 4.2 mm) ve club foot saptandı. Diğer sistem taramalarında ek anomali izlenmedi. Fetusun biyometrisi haftası ile uyumlu ve erkek fetüstü. Aynı seansta amniyosentez yapıldı ve mesane boşaltılarak fetal idrar analizi gönderildi. Mesane boşaltıldıktan sonra karın ön duvarının belirgin içe çöktüğü görüldü ve bu durum PBS'yi düşündürdü. Fetal idrar analizi ve karyotip sonucu normal gelen ve anhidramnios gelişen fetusa amniyoinfüzyon sonrası vezikoamniyotik şant yerleştirildi. Vezikoamniyotik şant gebeliğin 24. haftasına kadar yerinde izledi ve amniyon sıvısı normaldi. 26.hafta kontrolünde şantın yerinde olmadığı görüldü. Ancak amniyon sıvısı ve böbrekler normaldi. Bu nedenle yeniden şant yerleştirilmedi. Gebelik takiplerinde sıkıntı olmayan hastanın 39.haftada C/S ile 3240 gram APGAR'ı 9/10 olan canlı bir erkek bebeği doğurtuldu. Yapılan abdominal ve pelvik ultrasonografi sonucunda bilateral inmemiş testis ve sağ rektus kasının olmadığı saptandı. Ayrıca idrar çıkışı yeterli ve böbrek fonksiyon testleri normaldi, ek anomali saptanmadı.

Sonuç: PBS abdominal duvar kaslarında eksiklik, üriner sistem anomalileri ve bilateral inmemiş testis triadı ile karakterize nadir görülen (1/30.000-50.000) bir sendromdur. Zeminde bulunan detrusor kası aplazisi ciddi megasistise ve anterior abdominal kasların gerilerek sekonder atrofisine neden olmaktadır. Olgumuzda 16.haftada vezikoamniyotik şantın yerleştirilmesi fetüsün hayatını idame ettirmesinde önemli rol oynamıştır. 24.haftadan sonra vezikoamniyotik şantın çıkmasına rağmen fetüs idrarını rahatlıkla boşaltmış ve amniyon sıvısı normal seyretmiştir. Olgumuzda böbrek fonksiyonları korunması ve pulmoner hipoplazinin olmaması erken dönemde takılan vezikoamniyotik şantın koruyucu olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Prune-Belly sendromu, Üriner traktus obstrüksiyonu, Prenatal tanı, Vesiko-amniyotik şant, İntrauterin cerrahi

[PS-41]

Prenetal Tanı Alan İniensefali Olgusu

Ömür Albayrak

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Giriş: İniensefali, spinal deformite nedeniyle boyun yokluğu ve buna bağlı olarak başın aşırı retrofleksiyonu ile karakterize nadir görülen letal bir nöral tüp defektidir. Oksipital kemik defekti, servikotorasik vertebranın total ya da parsiyel yokluğu ve belirgin retrofleksiyonda fikse baş ile karakterizedir. İniensefali tanısında yardımcı ultrasonografi bulguları, genişlemiş foremen magnum ve oksipital kemik defekti ile malforme vertebraların irregüler füzyonu, servikal omurganın hiperekstansiyonu ve bu nedenler göğüs ile devamlılık gösteren çene ve yüz şeklindedir. İniensefaliye; anensefali, düşük kulaklar, kalp malformasyonları, diyafragma hernisi, omfalosel, gastrointestinal atrezi, tek umbilikal arter, böbrek anomalileri ve bacaklara göre kolun rölatif büyük oluşu gibi diğer organ anomalileri ile beraberlik gösterebilir. Erken tanı ve terminasyon maternal riskleri azaltmaktadır.

Olgu: Otuz iki yaşında ikinci gebeliği olan 15 haftalık gebe hastanemize anormal ultrason bulguları nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir akraba evliliği öyküsü yoktu. Hasta gebelikten önce ve gebelik esnasında folik asit takviyesi kullanmamıştı. Yapılan ultrasonografisinde midsagittal planda başın hiperekstansiyonu izlendi ve ayrıca torasik bölgede vertebra füzyon defekti saptandı. Hastaya terminasyon önerildi ve misoprostol ile hasta termine etti. Postmortem inceleme de başın hiperekstansiyonda olduğu ve torasik NTD izlendi. Fetal karyotip sonucu 46 XX olarak saptandı. Hasta birdahaki gebelik öncesinde folik asit takviyesi önerileriyle taburcu edildi.

Sonuç: İniensefali nadir görülen ve etiyopatogenezi anlaşılamamış bir nöral tüp defektidir. Letal bir anomali olup antenatal dönemde omurga aksında bozulma, oksipital kemik defekti, fetal başın hiperekstansiyonu ve vertebral yapıların füzyonu ile tanınır. Düşük sosyoekonomik düzey ve folik asit eksikliği, obezite, sülfanamid, antitümör ilaçlar ve tetrasiklin ile risk artışı olduğu düşünülmektedir. Erken tanı ve terminasyon maternal morbidite ve mortaliteyi gebede gelişebilecek ruhsal travmaların önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: exensefali, gebelik, hiperekstansiyon, iniensefali, NTD

Postmortem Fotoğraf



Torakal NTD

Postmortem Fotoğraf



Lateral görünte hiperekstansiyonda baş

Gebelikte Bir Akut Batın Nedeni Olarak Heterotopik Gebelik: Olgu Sunumu

Hüsnü Onur Durmaz, Fedi Ercan, Hamit Alper Tanrıverdi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Aydın

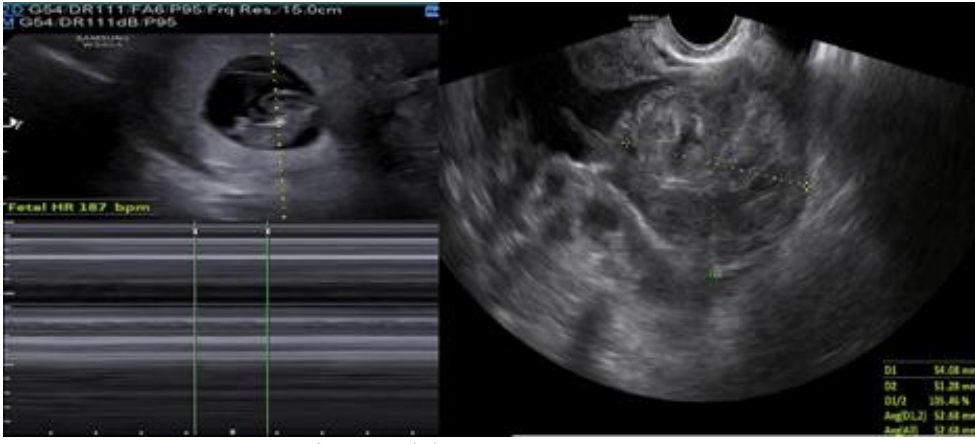
Giriş: Heterotopik gebelik iki farklı implantasyon alanında intrauterin ve eşzamanlı ekstrauterin gebeliğin bulunmasıdır. Sıklığı spontan gebeliklerde 1/30000; üremeye yardımcı teknikler(ÜYT) gebeliklerinde 1/3900'dür. ÜYT yaygınlaşmasıyla sıklığı artmıştır. Eşlik eden intrauterin gebelik nedeniyle tanı gecikebilmektedir. Burada akut batına neden olan bir heterotopik gebelik olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Otuz yaşında, G2P0A1, son adet tarihine göre 9hafta 3gün gebe, yaygın karın ağrısıyla kliniğimize başvurdu. Öyküsünde hastanın gebeliğinin altıncı haftasında kasık ağrısı nedeniyle hastane başvurusu olmuş; intrauterin gebelik ve normal fizik muayene bulgularıyla olağan gebelik olarak değerlendirilmişti. Gebeliğinin dokuzuncu haftasında şiddetli kasık ve karın ağrısıyla kliniğimize başvurusunda batında defans, ultrasonografide intrauterin yerleşimli 9hafta 1gün uyumlu fetal kardiyak aktiviteli(FKA) gebelik; sol adneksiyal alanda 62x59 mm boyutlarında heterojen kütle ve Douglas'ta 65x81 mm serbest sıvı izlenmekteydi (Figür-1). Hemodinamisi stabil hastanın periton irritasyon bulguları olması nedeniyle diagnostik laparoskopi yapıldı. Douglas ve adnekslerden 650cc kan aspire edildi. Sol tuba uterinada 6x5cm boyutlarında, hematosalpinks görünümünde ektopik gebelik düşündürülen kütle izlendi ve sol salpenjektomi yapıldı(Figür-2). Operasyon sonrası 1.gününde intrauterin gebelikte FKA izlenmedi. Medikal abortus yapıldı. Salpenjektomi materyalinin histopatolojik incelemesi tuba lümeni ve duvarında koryon-villus varlığını doğruladı.

Sonuç: Heterotopik gebelik tanısında ilk basamak klinik şüphedir. Heterotopik gebeliğin düşük insidansı, intrauterin gebeliğe eşlik edebilecek ektopik gebeliğin gözden kaçmasına neden olur. Erken tanı morbiditeyi azaltır, tuba koruyucu cerrahi fırsatı verir ve intrauterin gebeliğin prognozunu olumlu etkiler. İntrauterin gebelik ve adneksiyal kütle varlığında heterotopik gebelik ekarte edilmelidir. Heterotopik gebeliklerde sistemik metotreksat uygulaması kontrendikedir. Hemodinami stabilse laparoskopi tercih edilir. Hemodinami instabil hastada ilk seçenek salpenjektomi olmalıdır. Rüptüre olmamış ektopik gebelik sonografi eşliğinde potasyum klorür ve hiperosmolar glikoz kullanılarak fetosidal yaklaşımla tedavi edilebilir. Heterotopik gebeliğin komponenti olan intrauterin gebeliklerde, izole intrauterin gebeliğe göre spontan düşük riski yüksektir. Semptomatik ilk trimester gebelikleri heterotopik gebelik açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Erken prenatal muayenede adnekslerin değerlendirilmesi morbiditeyi azaltması nedeniyle önemlidir.

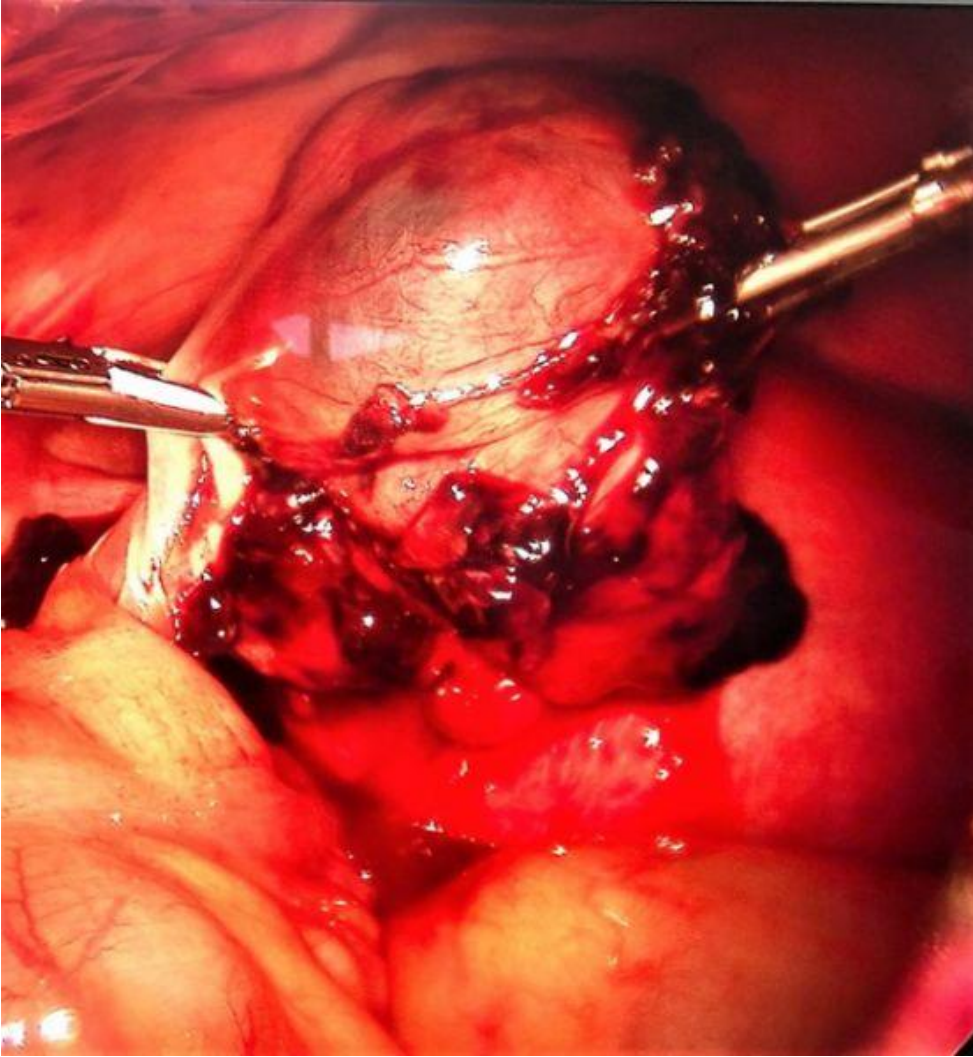
Anahtar Kelimeler: adneksiyal kütle, akut batın, ektopik gebelik, heterotopik, heterotopik gebelik

Figür-1: Adneksiyal kitle



Transvajinal ultrasonografide FKA(+) intrauterin gebelik ve aynı hastada sol adneksial kütleinin izlendiği heterotopik gebelik görüntüsü.

Figür-2: Tuba uterina



Laparoskopik cerrahi sırasında izlenen sol hematosalpenks görüntüsü.

[PS-43]

Prenatal Cantrell Pentalojisi Tanısı Alan Bir Olgunun Sunumu

Rukiye Kızılırmak, Süheyla Erbaşaran Aydın, Miraç Özalp, Mehmet Albayrak, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Trabzon

Amaç: Prenatal Cantrell pentalojisi saptanan bir olgunun tanı ve yönetimini sunmak amaçlanmıştır.

Giriş: Cantrell pentalojisi embriyonik gelişim kusuru sonucu meydana gelen perikardiyal defekt, anterior diyafragma defekti, konjenital intrakardiyak anomali, supraumblikal abdominal duvar defekti ve alt sternal defekt ile karakterize oldukça nadir bir anomalidir. Sıklığı 65000-200000 canlı doğumda birdir. Gebeliğin erken haftalarında lateral mezodermin migrasyonundaki yetersizliğe ya da eksikliğine bağlı olduğu kabul edilir. Multifaktöriyel kalıtmı olup çoğu sporadiktir ancak literatürde mekanik teratojenler, anöploidiler (Trizomi 21-13-18, Turner sendromu), majör gen mutasyonları ile ilişkili olgular da mevcuttur. Cantrell pentalojisinin mortalitesi yüksektir. Seçilmiş vakalarda yenidoğana cerrahi onarım yapılarak survi uzatılabilir.

Olgu: 32 yaş, G1P0, gebeliğinin 17. haftasında dış merkezden fetal ön duvarda herniasyon şüphesiyle kliniğimize refere edildi. Hastanın öyküsünde sistemik hastalık, akraba evliliği, ilaç, sigara ve alkol kullanımı yoktu. Ultrasonografik muayenesinde gebelik haftası ile uyumlu erkek fetüste geniş batın ön duvar defekti saptandı. Karaciğer, mide ve barsaklar supraumblikal omfalosel kesesi içinde izlendi (Resim 1). Diyafram görüntülenemedi. Kalp toraks dışında izlendi (ektopia cordis). Total sternal defekt ve küçük toraks mevcuttu. Vertebral kolonda kifoskolyoz izlendi. Aileye genetik danışma ve fetal karyotip analizi önerildi, terminasyon seçeneği sunuldu. Amniyosentez için bir hafta sonra polikliniğe başvuran gebenin fetal kalp atımı negatif izlendi. Tıbbi induksiyon ile gebelik sonlandırıldı (Resim 2). Aile fetal otopsiyi kabul etmedi.

Tartışma: Fetal prognozun kötü olması nedeniyle karın ön duvar defekti olan fetüslerde Cantrell pentalojisi mutlaka akla gelmelidir. Genetik inceleme, gebelik terminasyonu ve fetal otopsi konusunda aileye detaylı danışmanlık verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cantrell Pentalojisi, ektopia cordis, kifoskolyoz, omfalosel, sternal defekt

Resim 1



Supraumblikal omfalosel kesesi içinde karaciğer, mide ve barsaklar.

Resim 2



Küçük toraks, kalp toraks dışında (ektopia cordis), total sternal defekt, geniş omfalosel kesesi.

[PS-44]

Nadir Bir Hidrosefali Nedeni Olarak Ailesel Geçişli Wdr 1 Mutasyonu: Vaka Sunumu

Hasan Hüseyin Uçkan, Cem Terece, Ayla Eser, Deniz Karçaaltıncaba, Mehmet Zeki Taner
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı,
Ankara

Amaç: Ventrikülomegali çok değişken nedenlerle fetüslerde yaklaşık %1 civarında izlenmektedir. İntrauterin dönemde, hafif ve izole olgulardan şiddetli ve multiple anomalili olgulara geniş bir spektrumda ventrikülomegali izlenebilmektedir. Ventrikülomegali izlenen bazı olgularda kromozomal anomalilere bağlı ailesel geçiş gösterilmiştir.

Yöntem: Burada sunulan vakada konjenital geçişli hidrosefaliye neden olan nadir bir mutasyon olan wdr81 mutasyonu ve klinik yansıması anlatılmaktadır.

Bulgular: 32 yaşında epilepsi dışında ek özelliği olmayan hastanın öyküsünde ilk iki gebeliğinin postpartum dönemde exitus ile sonuçlandığı öğrenilmiştir. İlk gebeliği hakkında detaylı klinik bilgi olmayan hastanın ikinci çocuğunda doğum sonrası ventrikülomegali ve VSD tespit edilmiş, izleminde epileptik nöbetler geçirdiği ve postpartum eksitus olduğu öğrenilmiştir. Bu indeks vakada yapılan genetik değerlendirmede wdr 81 mutasyonu tespit edilmiştir.

Mevcut gebeliğinde erken dönemde genetik inceleme kabul etmeyen aile ilerleyen haftalarda tespit edilen lateral ventriküllerde genişleme, corpus callosum hipoplazisi, serebellar vermis hipoplazisi nedeniyle önerilen genetik incelemeyi kabul etti. Amniyosentez sonucunda mevcut gebeliğinde de homozigot wdr81 mutasyonu tespit edildi.

Sonuç: Wdr 81 mutasyonu oldukça nadir görülen ancak şiddetli nörolojik bulgularla giden yapısal anomalilere neden olabilen bir mutasyondur. Ailesel geçiş gösterebilen bu mutasyon konjenital hidrosefali olgularında tespit edilebilir. Uygun genetik danışmanlık ve gerekli olan durumlarda PGT ile wdr 1 mutasyonuna bağlı hidrosefalili gebelikler önlenebilir.

Anahtar Kelimeler: fetal nörosonografi, konjenital hidrosefali, konjenital anomali, ventrikülomegali, wdr 81 mutasyonu

Fetal Kardiyak Anomali Tersiyer Merkez 1 Yıllık Deneyimi

Nihal Çallıoğlu, Tuğçe Tunç Arslanoğlu, Fırat Ersan, Güray Tuna, Selçuk Atalay, Işıl Turan Bakırcı, Hakan Erenel, İbrahim Polat, Pakizer Banu Kılıçoğlu Dane
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Hastanemizin perinatoloji kliniğinde değerlendirilen ve fetal kardiyak anomali saptanan olguların değerlendirilmesini amaçladık.

Gereç-Yöntem: 1 Temmuz 2020 – 30 Haziran 2021 tarihleri arasında değerlendirilen 3933 fetusun 71'inde (%1.8) fetal kardiyak anomali saptandı. Dış merkezde doğum yapan 17 hasta çalışmaya dahil edilmedi ve toplam 54 olgunun demografik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi. Bulgular: Çalışmaya dahil edilen olguların demografik özellikleri Tablo-1' de özetlendi. Olguların ortalama yaşı 29,64 iken, tanı anındaki ortalama gebelik haftası ise 27,1 idi. Gebelerin gravida ortalamaları 2,27 iken, parite ortalamaları ise 0.98 idi. Tüm olguların 35'i (%64.8) erkek fetus iken, 19'si (%35.2) kız fetus olarak saptandı. Olguların; 33'ünde (%61.1) anomali izole olarak izlenmişken, olguların 21'inde (%38.9) ise çoklu sistem anomalisi saptandı. Çoklu sistem anomalileri sırasıyla; merkezi sinir sistemi 9 (%16,6), gastrointestinal sistem 4 (%7,4), genitoüriner sistem 4 (%7,4), kas iskelet sistemi 2 (%3,7), kraniyofasiyal sistem 1 (%1.8), deri-lenfatik sistem 2 (%3,7) ve diğer 1 (%1.8) olarak saptanmıştır (Tablo-2). İzole vakalarda ortalama tanı haftası 27,4 iken, çoklu sistem anomalisi olan hastalarda tanı haftası 26,5 olarak bulunmuştur. Gebeliğin terminasyon seçeceği 17 olguya seçenek olarak sunulmuş, 6 (%11.1) olgu terminasyonu kabul ederken, 11 (%88.9) olgu reddetmiş. Termine edilen olgularda ortalama gebelik haftası 24,4 idi. Terminasyonu kabul eden 3 olguya kardiyak anomaliye ek olarak merkezi sinir sistemi anomalileri eşlik etmekteydi. Tüm hastalara genetik tanı seçeceği sunulmuş olup, karyotip analizini kabul eden 10 olgudan 3'ünde (%30) kromozom anomalisi saptanırken, karyotip analizini kabul etmeyen olgulardan 1'ine postnatal dönemde Trizomi 21 tanısı kondu (Tablo-3). Olgulardan 48'i doğum ile sonuçlanmıştır. Doğumların 17'si (%35,4) primer sezaryen, 19'u (%39,5) geçirilmiş uterin cerrahi nedenli sezaryen ve 10'u (%20,8) vajinal doğum ile gerçekleşmiştir. Olguların 2'si intrauterin ex fetus olurken, 6'sı neonatal dönemde ex olmuştur (Tablo-4).

Sonuç: Fetal kardiyak anomali ve/veya yapısal anomali saptandığında olgunun tersiyer merkeze referans edilmesi; anomali taraması, genetik tanı ve gerekli ise olguya terminasyon seçeneği sunulması imkanı taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: fetal ultrasonografi, kardiyak anomali, kromozomal anomali, multiple anomali, tersiyer merkez

Tablo.1: Olguların Demografik Özellikleri

	Ortalama ve Standart Sapma
Maternal Yaş (Yıl)	29,64±5,53
Tanıdaki Gebelik Haftası	27,1±5,24
Gravida	2,27±1,41
Parite	0,98±1,7

Olguların Demografik Özellikleri

Tablo 2: Ek Anomalilerin Sistemlere Göre Dağılımı

Fetal sistem(n:toplam olgu sayısı)	Anomali tipi	Olgu sayısı
Merkezi sinir sistemi(n:9)	Hidrocefali	2
	Ventrikülomegali	3
	Meningomyelosele	1
	Black spot kisti ve diğer yer kaplayıcı kistik oluşumlar	2
	Kavum septum pellucidum ve korpus kallosum anomalisi	1
Kas-iskelet sistemi(n:2)	Sindaktili,polidaktili	1
	Hemivertebral-tethered kord	1
Kraniofasiyal sistem(n:1)	Yarık damak-dudak	1
Genitoüriner sistem(n:4)	Multikistik böbrek	1
	Posterior uretral valf (PUV)	1
	Hipospadias-epispadias	1
	Ambiguous genitale	1
Gastrointestinal sistem(n:4)	Gastroşizis	1
	Özofagus atrezisi	1
	Duodonal atrezi	1
	Anal atrezi	1
Deri-lenfatik(n:2)	Non-immun hidrops	2
Diğer(n:1)	Diyafragma hernisi	1

Ek anomalilerin sistemlere göre dağılımı

Tablo 3: Kromozom anomalisi saptanan olgular

Kromozom anomalisi	Olgu sayısı (n)
Trizomi 21	2
Trizomi 18	1
Arrayde anomalisi (46,-der(3)del(3)(p25.3p26.3)dup(3)(p25.3p21.31))	1

Kromozom anomalisi saptanan olgular

Tablo 4: Fetal sonuçlar

Fetal sonuçlar	Olgu sayısı
Doğum	48
Terminasyon	6
İntrauterin ex fetus	2
Neonatal ex	6
Kız/erkek oranı	19/35
Ek anomalisi varlığı	21

Antenatal Ultrasonografide Plasental Koryoanjiyoma Tanısı Koyulan Olgunun Prenatal Yönetimi

Münip Akalın¹, Oya Demirci¹, Emine Eda Akalın²

¹S.B.Ü. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, İstanbul

²Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

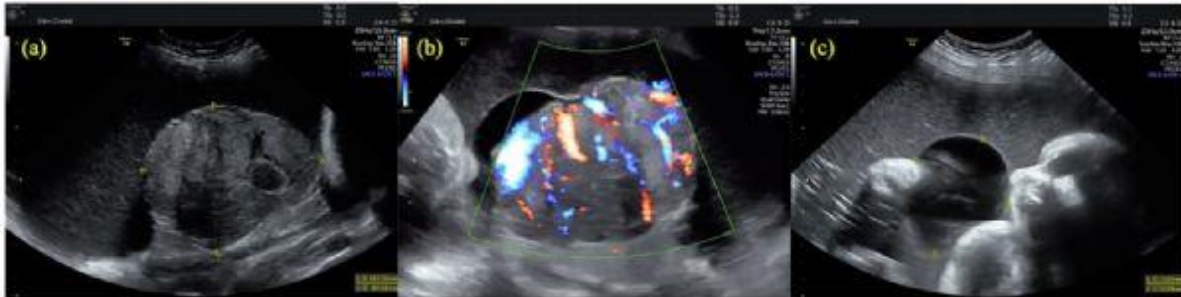
Amaç: Koryoanjiyoma, koryonik villustaki vasküler yapıların aşırı proliferasyonu ile oluşur ve en sık görülen plasental tümördür. Koryoanjiyoma fetal dolaşım tarafından perfüze edildiği için büyük boyuttaki (>5cm) koryoanjiyomalarda tümör içinde tutulan fetal kan miktarı yüksektir. Bu durum yüksek debili kalp yetmezliği gibi fetal komplikasyonların riskini artırır. Bu olgu sunumunda, antenatal dönemde tanı alan ve gebeliği komplike eden plasental koryoanjiyom olgusunun yönetiminin paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu: 33 yaşında hasta 20. Gebelik haftasında umbilikal kordda kistik kitle ön tanısıyla hastanemiz perinatoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan fetal ultrasonografide plasentanın fetal yüzünde 46 x 44 mm boyutunda ince cidarlı anekoik kistik kitle ve bu kistin komşuluğunda 27 x 22 mm boyutunda hipohiperekoik alanlar içeren ve Doppler ultrasonografide içerisinde akım görülen solid kitle izlendi. Hasta plasental koryoanjiyoma tanısıyla takibe alındı. Takipler sırasında 24. gebelik haftasında polihidroamnios gelişti. Koryoanjiyomanın boyutu gebelik boyunca artarak 33. gebelik haftasında 107 x 87 mm boyutuna ulaştı (Resim-1). Bu haftada ayrıca triküs pit kapakta 150 cm/sn regürjitasyon, polihidroamnios ve umbilikal vende dilatasyon izlendi (Resim-2). Hasta perinatoloji servisine yatırılarak antenatal kortikosteroid dozları tamamlandı ve 34. gebelik haftasında sezaryen doğum ile 1450 gr ağırlığında canlı kız bebek doğurtuldu. Plasenta patoloji bölümünde incelenerek koryoanjiyoma tanısı doğrulandı. Yenidoğan solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve tedavisi tamamlandıktan sonra postnatal 33. günde haliyle taburcu edildi.

Sonuç: Ultrasonografik incelemede plasenta içerisinde sınırları belirgin, solid ve içerisinde akım izlenen kitle tespit edildiğinde ayırıcı tanılar arasında plasental koryoanjiyoma düşünülmelidir. Plasental koryoanjiyomaların boyutları gebelik takipleri sırasında artarak yüksek debili kalp yetmezlik bulgularına neden olabilir ve bu olgular yakın takip edilmelidir. Kalp yetmezlik bulguları gözlenen fetuslarda erken doğum gerekebilir ve bu nedenle plasental koryoanjiyoma tespit edilen gebeliklerin doğumları yenidoğan yoğun bakım ünitesine sahip merkezlerde gerçekleştirilmelidir.

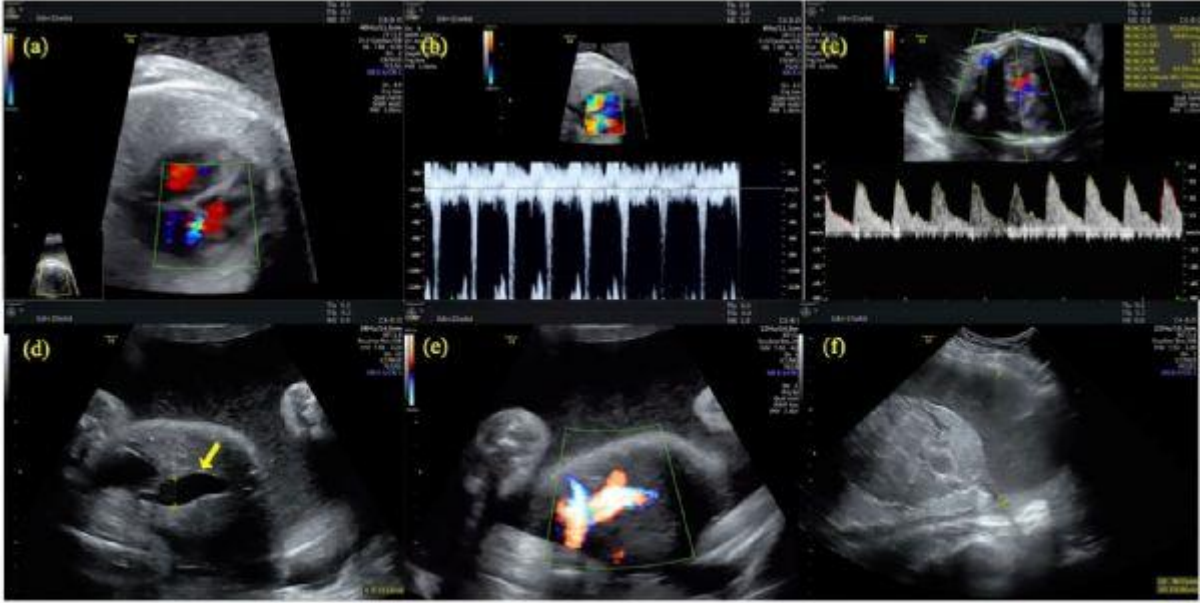
Anahtar Kelimeler: Koryoanjiyoma, plasenta, perinatal yönetim, prenatal tanı, ultrasonografi

Resim 1. Plasental koryoanjiyomanın ultrasonografik görünümü



32. gebelik haftasında plasental koryoanjiyomanın gri skala (a) ve renkli Doppler ultrasonografideki (b) görünümü. Koryoanjiyomanın yanında anekoik kistik kitle izlenmektedir (c).

Resim 2. Plasental Koryoanjiyoma ile Komplike Olmuş Gebelikteki Ultrasonografik Bulgular



Plasental koryoanjiyoma ile komplike olmuş gebelikte triküspit kapaktaki regürjitasyonun renkli Dopplerdeki pulse Dopplerdeki görüntüsü (a,b). Orta serebral arter akımının pulse Doppler görüntüsü (c). Dilate olmuş intraabdominal umblikal ven (sarı ok) görüntüsü (d,e) ve polihidroamnios (f).

Tip-1 Triküspit Atrezili Ventriküler Septal Defektin Prenatal Tanısı

Zafer Bütün¹, Gökalp Şenol²

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Triküspit atrezisi nadir görülen bir konjenital kalp hastalığıdır, sıklığı yaklaşık olarak 25000 doğumda birdir. Fetal kalp serilerinde sıklığı %3-4 arasındadır. Triküspit atrezisi sağ atrioventriküler bağlantının olmamasıyla karakterizedir. İnlet tip VSD çoğunlukla görülmektedir ve sağ ventrikül boyutu VSD'nin büyüklüğüne bağlı olarak değişmektedir. Gri skala dört odacık görünümünde triküspit kapağın hareketlerinin izlenmemesi, küçük sağ ventrikül ve çoğu vakada mevcut olan inlet tip VSD izlenmektedir. Tanı standart dört odacık değerlendirilmesi ile konulabilmektedir. Pulmoner atrezi veya hipoplazi VSD boyutuna göre Triküspit atrezisine eşlik eden intrakardiyak bulgulardandır. Büyük arterlerin konumuna göre Triküspit atrezisi 3 tipe ayrılmaktadır. Tip-1 en sık görülen tip olup büyük damar ilişkileri normaldir. Tip-2 D-tip transpozisyon, Tip-3 en az görülen tip olup L-tip transpozisyon ya da trunkus arteriosus gibi kompleks damar anomalileriyle ilişkilidir. Ekstrakardiyak anomaliler eşlik edebilir. Kromozom anomalileri 22q11 dahil olmak üzere nadir görülmesine rağmen hastaya genetik tanı önerilmelidir. Prognozu kötü olduğu için hastalara terminasyon seçeneği sunulabilir, çok merkezli çalışmalarda terminasyon oranı %28'dir. Gebelik devamını isteyen hastalara tersiyer merkezde doğum önerilir. Hastalara doğum sonrası Fontan operasyonu uygulanır.

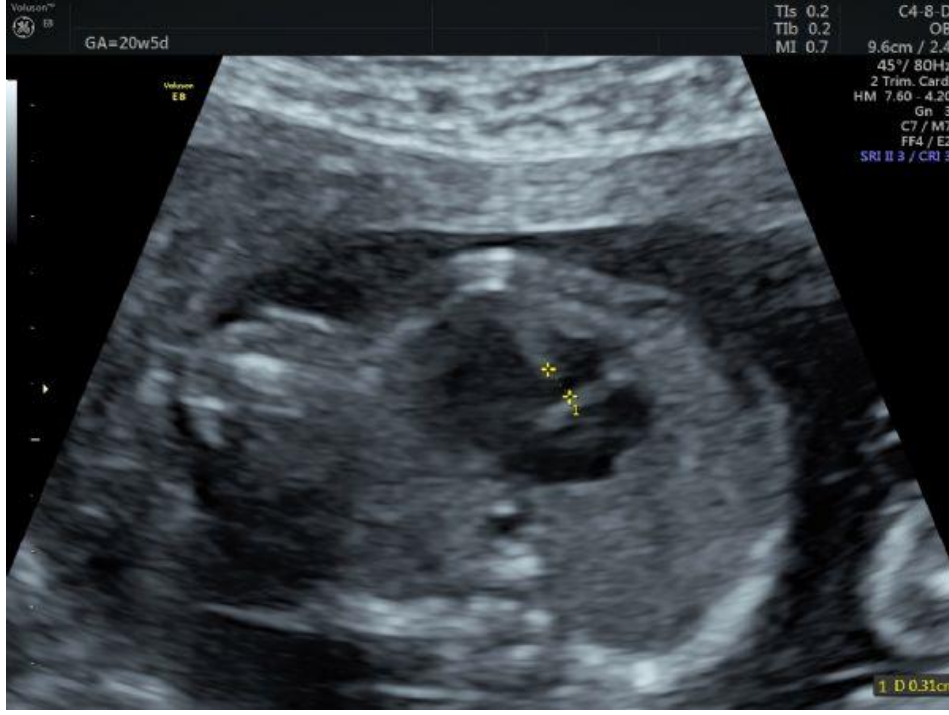
Vakamız 21. Gebelik haftasında rutin tarama için perinatoloji polikliniğine başvurdu. Tarama testi düşük riskliydi. Fetal kalp değerlendirmesinde, dört odacıkta sağ atrium ve sağ ventrikül arasında bağlantı izlenmedi. Triküspit kapak hareketleri yoktu. Sol ventriküle 3mm inlet tip VSD ile bağlanan küçük bir sağ ventrikül izlendi. Sağ ventrikül dolumu inlet vsd ile sol ventrikülden sağlanmaktaydı. Aort sol ventrikülden, hipoplazik pulmoner arterin sağ ventrikülden çıktığı izlendi. Pulmoner kapak çapı 1.9mm olarak ölçüldü. Pulmoner arterde ileri akım izlendi. Pulmoner kapak psv'si 74cm/sn olarak ölçüldü. Ekstrakardiyak anomali izlenmedi. Hastaya kötü prognoz bilgisi verildi ve genetik tanı için amniosentez önerildi. Aile invazif işlemi kabul etmedi. Doğum sonrası operasyon, olası komplikasyonlar ve ciddi palyatif bakım ihtiyacı nedeniyle aile gebeliği sonlandırmak istedi. Gebelik 21. Haftasında termine edildi. Aile postmortem genetik inceleme ve otopsiyi kabul etmedi.

Anahtar Kelimeler: triküspit atrezisi, Vsd, fetal eko, prenatal tanı, fetal kalp anomalisi

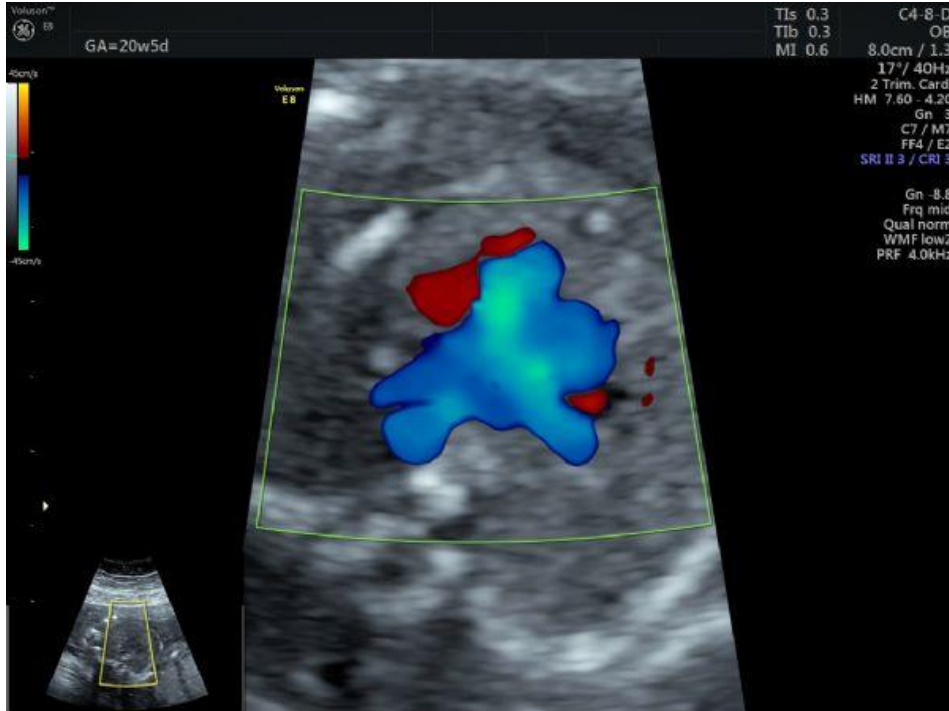
Dört Oda Görünümü



inlet psd



Üç Damar Trakea Doppler Görünümü



Üç Damar Trakea Görünümü



[PS-48]

Perinatal Stroke: Nadir Bir Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Yasin Ceylan¹, Bertan Akar², Doğan Ege Aydın¹, Tuğba Özcan Aydın¹, Selim Akkaya¹, Zeynep Özer¹

¹Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

²İstinye Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

Perinatal stroke (PS), 20. gebelik haftası ile postnatal 28. gün arasında meydana gelen vasküler kaynaklı serebral hasara bağlı kronik sekelli akut nörolojik sendrom olarak tanımlanabilir. Bu bozukluklar, arteriyel iskemik inmeye bağlı fokal serebral hasarı, serebral venöz trombozu ve primer intraserebral kanamayı içerir. PS, akut neonatal ensefalopatinin yaygın bir nedenidir ve nöbetler, değişen mental durum ve sensorimotor defisitler şeklinde ortaya çıkabilir.

Olgu Sunumu: 34 yaşında, bilinen kronik hastalığı ve teratojenik ilaç kullanımı olmayan, 24 hafta 4 gün gebeliği olan hasta dış merkezde yapılan ultrasonografik muayenesinde fetal kranial kitle saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan perinatolojik değerlendirmede ve fetal MR incelemesinde intrakranial kanama saptanan hasta takibe alındı. 27 hafta 3 günlük bebek hareketlerini hissetmeyen hastanın yapılan sonografisinde hidrosefali saptanan fetüste kalp atımı izlenmediği için gebelik terminasyonu gerçekleştirildi.

Sonuç: Kronik nörolojik defisitlerin önemli bir nedeni olan fetal intraserebral kanama olgusunu prenatal muayenede tespit ederek raporladık. Bu olguları değerlendirirken gebeliğin prognozu, perinatal ve neonatal komplikasyonlar açısından aileyi detaylı olarak bilgilendirmek önemlidir. PS olgularının büyük kısmının idiyopatik olduğu göz önünde bulundurulduğunda klinik yönetim için daha çok klinik çalışma ve vaka serileri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut neonatal ensefalopati, Fetal nörogörüntüleme, Hemorajik stroke, Perinatal stroke, Primer intraserebral hemoraji

Hemorajik stroke MRI ile nörogörüntüleme



Hemorajik stroke ultrason ile görüntüleme



[PS-49]

Antenatal Fetal Ultrasonografi İle Saptanan Dakriyosistozel: Olgu Sunumu

Hilal Gülsüm Turan Özsoy¹, Gültekin Adanaş Aydın²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa Şehir Hastanesi, Radyoloji Bölümü

²T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

Giriş: Dakriyosistozel, lakrimal kanal drenaj sisteminin proksimalde (Rosenmüller kapakçığı) ve distalde (Hasner kapakçığı) obstrüksiyonu sonucunda, kanalda mukus ve amniyotik sıvı birikmesi ile oluşan kistik dilatasyonudur. Antenatal ultrasonografide orbita inferomedialinde, belirgin sınırlı, ince cidarlı anekoik kistik yapılar şeklinde görülürler. Postnatal fizik muayenede ise medial kantus altında gri-mavi renk değişikliği olan bir şişlik şeklinde görülebilirler. %25 bilateralirler. Bilateral olanlar nazal obstrüksiyona neden olabilir ve neonatal dönemde solunum desteğine ihtiyaç duyulabilir. Unilateral olanlar ise; frontal/nazal ensefalosel, hemanjiom, lenfanjiom gibi bazı ciddi fasial anomalilerin ayırıcı tanısı açısından önemlidir. %50'si fetal hayatta düzelerken %85'i postnatal birinci yılda düzeler. Öncelikle konservatif yaklaşım (ılık kompres ve hafif baskılı kanal masajı), konservatif yaklaşımın yetersiz olduğu durumda ise cerrahi tedavi (kist marsupializasyonu) önerilir.

Olgu: 20 yaşında primigravida gebe rutin antenatal kontrol amacıyla 31. haftasında kliniğimize refere edildi. 12. Hafta ve 21. Haftada yapılan ultrasonografik incelemeleri normal sınırlardaydı. Yapılan ultrasonografik incelemede fetüste sağ orbita inferomedialinde 10x9 mm boyutlarında, sınırları belirgin, ince cidarlı anekoik kistik kitle izlendi. Görünüm öncelikle dakriyosistozeli düşündürdü. Resim 1. 40. haftada yapılan ultrasonografide kistin tamamen regrese olduğu görüldü. Resim 2. Takiplerinde biyofizik profili normal olan hasta 41. gebelik haftasında normal vajinal doğum ile 52 cm uzunluğunda, 3800 gr ağırlığında, APGAR 1. dakika 9, 5. dakika 10 ile kız bebek doğurdu. Yenidoğanın yapılan fizik muayenesi normaldi.

Sonuç: Dakriyosistozel benign bir patolojidir. Ancak tanısının prenatal konması bilateral olduklarında solunum yolu obstrüksiyonuna neden olabilmeleri açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: dakriyosistozel, lakrimal bez, lakrimal kanal, lakrimal kanal kisti, antenatal tanı

Resim 1



Sağ orbita inferomedialinde 10x9 mm boyutlarında, sınırları belirgin, ince cidarlı anekoik kistik kitle

Resim 2



40. haftada yapılan ultrasonografide kistin regrese olduğu görölüyor

[PS-50]

Antenatal Dönemde Saptanan İnensefali Olgu Sunumu

Narin Ece Rol¹, Zuat Acar¹, Ümran Çetincecik², Alev Atış Aydın¹

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

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

İniensefali nadir rastlanan bir nöral tüp defektidir. İnsidansı 10.000 gebelikte 0.1 ve 10 arasında değişir. (1) İniensefali tanı kriterleri, kafa tabanının tam olmayan oluşumu ve omurganın artmış lordozu olarak göze çarpar. İniensefali tanısında yardımcı ultrasonografi bulguları, genişlemiş foremen magnum ve oksipital kemik defekti ile malforme vertebraların irregüler füzyonu, servikal omurganın hiperekstansiyonu ve göğüs ile devamlılık gösteren çene ve yüz şeklindedir. Fetus tipik stargezer (yıldızlara bakar) fetus görünümünde izlenir. Kötü prognozlu olup yenidoğanların çoğunluğu doğum sonrası saatler içinde ex olur. (1)

İniensefalinin etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik ve çevresel aktörlerin etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca trizomi 13, trizomi 18, monozomi X, folik asit eksikliği, obezite ve bazı ilaçların riski arttırdığı belirtilmiştir. (1) Bu çalışmamızda bir iniensefali olgusunu sunarak, erken haftalarda konulan tanının önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: iniensefali, nöral tüp defekti, lordoz, ultrasonografi, hiperekstansiyon

Postmortem Abort



Postmortem Abort



Postmortem abort



Sonografik Bulgular



Sonografik Bulgular



[PS-51]

Ankara İlinin İki Farklı Yakasında Yer Alan (Mamak ve İncek) Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Vitamin/ Mineral/ Bitkisel İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi Seviyesi ve Memnuniyet Düzeyine İlişkin Anket

Fatma Betül Avşar¹, Ayşe Filiz Yavuz²

¹Department of Gynecology and Obstetrics, Beytepe Murat Erdi Eker State Hospital, Ankara, Turkey

²Department of Gynecology and Obstetrics, Ankara Yildirim Beyazıt University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey

Amaç: Ankara, Türkiye'nin başkentinde olup çok fazla sosyokültürel çeşitliliği içinde barındırmaktadır ve bu çeşitlilik özellikle bölgeden bölgeye çok belirgin farklılıklar göstermektedir. Çalışmamızda Ankara'nın doğusunda ve batısındaki iki farklı merkezde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran hastaların vitamin, mineral, bitkisel ilaç kullanımına ilişkin bilgi seviyesi ve memnuniyet düzeyini ölçmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda İncek'te yer alan Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi ve Mamak Üreğil'de yer alan Mamak Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 20-60 yaş arası hastalara çoktan seçmeli anket uygulandı. Her iki hastaneden bu bölgede ikamet ettiğini belirten 50'şer hasta çalışmaya dahil edildi. Elde edilen veriler IBM SPSS istatistik programına kaydedilerek analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamızın sonuçlarında İncek bölgesinde yaşayan hastaların hekim önerisi olmadan vitamin türevi ilaç kullanımının, Mamak'ta yaşayanlara göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). İncek'te yaşayan hastaların eğitim düzeyi Mamak'ta yaşayanlara göre daha yüksek tespit edildi ve eğitim düzeyindeki artışın Vitamin Kullanımı ile ilişkili memnuniyet skorunun artışı ile korele olduğu görüldü ($p<0,05$). Hekim önerisiyle vitamin kullanımı 50-60 yaş grubunda anlamlı olarak daha fazla tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Ankara'nın doğusunda ve batısında, birbirinden sadece 30 km mesafede bulunan iki hastanede, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran hasta popülasyonu arasında birçok açıdan farklılıklar olduğu görülmüştür. Hastaların eğitim düzeyi ve yaşadığı yer, ilaç dışı vitamin, bitkisel takviye gıda alınması oranlarını etkilemektedir. Bu farkın ortaya çıkmasında hem hastaların bilgi düzeyi hem de ekonomik koşulların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankara, Anket, Bitkisel Ürün, İncek, Jinekoloji, Mamak, Vitamin

Mesane Ekstrofisinin Prenatal Tanısı

Güray Tuna, Selçuk Atalay, Nihal Çallıoğlu, Fırat Ersan, İbrahim Polat
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: İzole klasik mesane ekstrofisi, mesane-ekstrofi-epispadias kompleksi içindeki en yaygın varyanttır. 2-4 / 100.000 doğumda bir gözükür. Kloakal membranın anormal bölünmesi, mezodermal füzyonu önler mesane ekstrofisine neden olur. Bozulma zamanına bağlı olarak mesane-ekstrofi-epispadias kompleksi izole epispadias'tan, klasik mesane ekstrofisine ve en şiddetli form olan kloal ekstrofiye kadar uzanan bir spektrumu temsil eder. Mesane ekstrofisinin tanı ve tedavisi hakkında bilgimizi yenilemek için kliniğimizdeki vakayı sunmayı planladık.

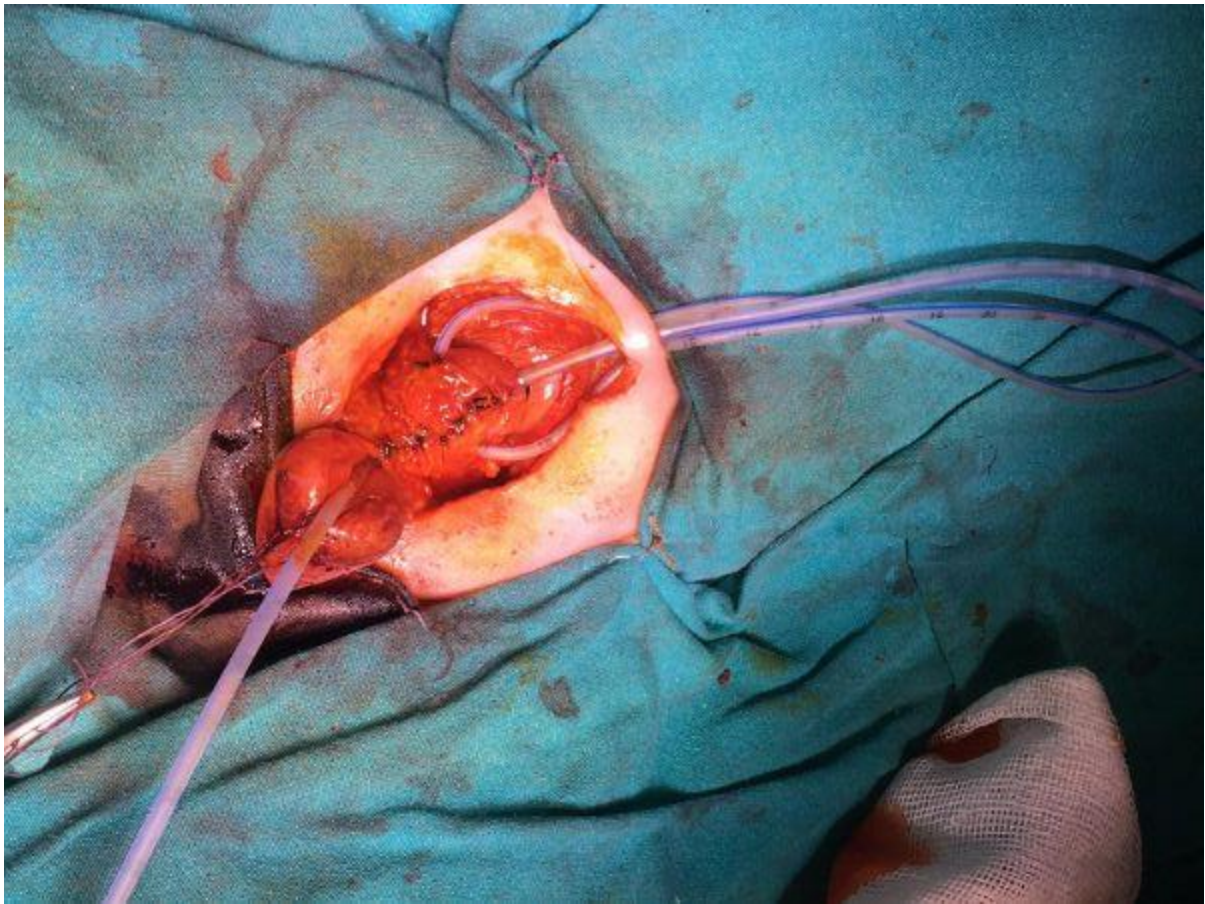
Yöntem: Kliniğimizde tanı konup tedavisini gerçekleştirdiğimiz vakayı sunduk.

Bulgular: 22 y g1p0 20. Gebelik haftasında batın ön duvarında umblikus yanında kitle tespit edilmesi üzerine perinatoloji polikliniğimize yönlendirildi. Yapılan fetal anatomik incelemede; fetüs 22 hafta 2 günle uyumluydu, fetal mesane pelvis içinde izlenmedi. Mesanenin lokalizasyonuna uyan her iki umblikal arterin gözüktüğü aksial kesitte ön duvarda yaklaşık 18*11 mm boyutlarında ekojen solid görünümlü kitle izlendi. Umblikal kord bu kitlenin yanından batına girişi izlendi. Erkek fetüs olduğu görüldü. Sagittal kesitte dış genitelya yukarı doğru deviasyon göstermiş şekilde izlendi. Mesane ekstrofisi tanısını düşünüldü. Kliniğimizde 38. Gebelik haftasında fetal distress nedeniyle cs ye alındı. 3170 gr 9-10 apgarla erkek bebek doğurtuldu. Fizik muayenede; umblikal kordun batına giriş yerinin altında mesane ekstrofisi ve epispadias izlendi. Hastanemizin çocuk cerrahisi tarafından post op 24. Saatte ilk ameliyat gerçekleştirildi. Pubik kemikler yaklaştırıldı. Fetal mesane primer olarak kapatıldı. Fasya ve cilt onarımı yapıldı. 6 ile 12 ay içerisinde epispadias için ameliyat planlandı.

Sonuç: Prenatal teşhis, ebeveynlere verilecek danışmanlık ve cerrahi tedavinin planlanması için önemlidir. Doğum sonrası ilk 72 saat içinde opere edilen hastalarda pelvik osteotomi uygulamasına gerek olmadan pubik kollar yaklaştırılabilirken, 2 yaşından büyük, pubik ayrılması fazla olan çocuklarda başarısız operasyon riski daha fazladır ve osteotomi uygulaması gerekebilmektedir. Zamanında uygulanan mesane ekstrofisi durumunda, vakaların önemli bir yüzdesinde cerrahi düzeltme sonrası mesane fonksiyonu eski haline gelir.

Anahtar Kelimeler: mesane ekstrofisi, OEIS, prenatal tanı, ultrason, 2.düzyer ultrason

Intraop



Mesane Ekstrofisi Ultrason



Mesane Ekstrofisi Ultrason 2



Postop



[PS-53]

Gebeliğin Terminasyonu İstemi Olan Fetal Korpus Kallozum Agenezili Bir Olgu: Yasal Perspektiften Bakış

Cem Terece, Hasan Hüseyin Uçkan, Gökçe Turan, Ayla Eser, Deniz Karçaaltıncaba, Mehmet Zeki Taner
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Perinatoloji uzmanları, on haftanın üzerinde tespit edilen yapısal fetal anomaliler nedeniyle gebeliğin terminasyonu istemleriyle sıkça karşılaşmaktadırlar. Mevcut yasalara göre tespit edilen fetal anomalinin doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır malûliyete neden olacağı düşünülmüyorsa hazırlanacak uygun raporlarla (kadın hastalıkları doğum uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın hazırlayacağı) gebeliğin terminasyonu uygulanabilir.

Bu çalışmamızda; gebeliğinin 25. haftasında korpus kallozum agenezisi tespit edilen ve gebeliğin terminasyonu istemi olan olgumuzu tartıştık. Buradaki amacımız hem corpus kallozum agenezisinin ultrasonografik/radyolojik bulgularına hem de 10 hafta üzerindeki gebeliklerde uygulanan rahim tahliyesinin yasal düzenlemelerine dikkati çekmekti.

Vaka: 31 yaşındaki gebenin 16. haftasına kadar yapılan muayenelerinde herhangi bir patoloji tespit edilmemiş. Gebeliğinin 20. Haftasında öksürük ve halsizlik nedeniyle yaptırdığı COVID PCR testinin pozitif gelmesi üzerine karantinaya alınmış. Hafif semptomlarla karantina sürecini geçiren hasta herhangi bir tedavi almamış. Gebeliğinin 25. haftasında yapılan ultrasonografisinde cavum septum pellucidum izlenmedi, corpus kallozum izlenmedi (korpus kallozum agenezisi), interhemisferik kist olduğu görüldü. Çekilen fetal mr'da ultrasonografide tanımlanan patolojiler dışında ek anomali tespit edilmedi. Acil array çalışması için kordosentez uygulandı. FISH sonucu ve array çalışması normal olarak sonuçlandı. Ailenin gebeliğin terminasyonu istemi olması nedeniyle çocuk nöroloji ve perinatoloji uzmanlarından oluşan perinatal tıp konseyinde hasta tartışıldı. Korpus kallozum agenezisinin izole olmasından dolayı ve izole olguların nispeten iyi prognozlu oluşları dikkate alınarak gebeliğin devam etmesine karar verildi.

Sonuç: "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" da belirtildiği gibi çocukta ağır malûliyete neden olabilecek anomalilerde hazırlanacak uygun raporlarla (kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın hazırlayacağı) gebeliğin terminasyonu işlemi uygulanabilir. Fakat fetusta tespit edilen anomalilerin çocukta ağır malûliyete neden olacağı düşünülmüyorsa, bu olgular hakkında objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporların hazırlanması ileriki süreçte karşılaşılabilecek malpraktis iddialarına karşı önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: fetal anomali, gebelik terminasyonu, kordosentez, korpus kallozum agenezisi, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun

[PS-54]

Ektrodaktili Olgu Sunumu

Didem Gül Sarıtaş, Gökhan Artar, Ahmet Mete Ergenoğlu, Mert Kazandı, Sermet Sağol
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İzmir

Ektrodaktili veya yarık el/yarık ayak malformasyonu (Split Hand Foot Malformation-SHFM) uzuvların distal kısımlarının gelişim defektinden kaynaklanan konjenital bir deformitedir. Bu durum sindaktili, ellerde ve ayaklarda median yarıklanma, falankslarda, metakarpal ve metatarsal kemiklerde aplazi veya hipoplazi ile sonuçlanabilir. Orta parmakların yokluğu ve median yarıklanma ıstakozun kiskacını andırdığı için 'ıstakoz kiskacı deformitesi' de denilmektedir. Unilateral veya bilateral olabilir. Sadece alt veya üst ekstremiteler tutulabilir. İzole olabildiği gibi sporadik veya ailesel bir sendromun parçası da olabilir. Sendromik formda yarık damak, ektodermal displazi, kraniofasiyal anomaliler, tibia yokluğu, sensorinöral işitme kaybı gibi pek çok başka durumun eşlik ettiği görülür. Nadir bir durum olup 90.000-150.000 doğumda bir görülür. Otozomal dominant, otozomal resesif ve X'e bağlı kalıtılan tipleri tanımlanmıştır. Ektoderm ve mezoderm ile ilişkili bir tümör supresör protein olan p63 ü kodlayan gende mutasyon sonucu oluştuğu düşünülmektedir.

Olgu: Hastamız 26 yaşında, G1P0 olup, 21 hafta 5 günlük gebe iken yapılan 2. trimester ultrason bakısında sağ elde ektrodaktili, sol elde sindaktili, yüzde mikrognatı, kraniyumda serebellar vermiste hipoplazi ve 4. ventrikülde genişleme görülmüş olup genetik danışma, karyotip/mikroarray ve Mr inceleme önerilmiştir. Yapılan amniyosentez sıvı kültürünün GTG bant tekniği ile yapılan mikroskobik değerlendirilmesinde kromozomlarda sayısal ya da yapısal anomali gözlenmemiştir. Mikroarray analizi sonucu normal olarak değerlendirilmiştir. MR incelemesinde 4. ventrikül düzeyinde inferiorıda genişleme görülmüş olup bu durum inferior vermian hipoplaziye sekonder gelişmiş olabilir şeklinde raporlanmıştır. Terminasyon isteği olan aile etik kurulda görüşülerek, fetosit işlemi sonrası gebeliğin tıbbi tahliyesi gerçekleştirilmiştir.

Tartışma: Ektrodaktili nadir görülen bir anomalidir. Antenatal tanısı 2. trimesterde yapılan ultrason incelemesi ile konulabilir. Mutasyon tanımlanan ailelerde koryon villüs örnekleme ve ya amniyosentez ile yapılan moleküler analiz ile tanı desteklenebilir. Pozitif aile öyküsü olmayan sendromik olmayan olgularda bile rekürrens riski %50 kadar yüksek olabilir. Etkilenen ailelere genetik danışmanlık verilmelidir. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım ile ailelere fiziksel, psikolojik ve sosyal rehabilitasyon sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Amniyosentez, ektrodaktili, mikroarray, MR, SHFM, yarık ayak, yarık el

Ektrodaktili



Ektrodaktili 3D usg görüntüsü

Postnatal Görüntü



ektrodaktili, sindaktili, mikrognati postnatal görüntü

Serebellar Vermiste Hipoplazi



gri skala, sagital kesit, usg görüntüsü

Serebellar Vermiste Hipoplazi ve 4. Ventrikülde Genişleme



gri skala, transvers kesit, usg görüntüsü

Sindaktili



Sindaktili 3D usg görüntüsü

[PS-56]

Kısmi (parsiyel) Korpus Kallozum Agenezisi Olgusunun Prenatal Tanısı, Ultrasonografi ve Doppler Görüntüleri

Deniz Taşdemir, Mehmet Demir, Mert Kazandı, Fuat Akercan, Sermet Sağol
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji, İzmir

Korpus kallozum (CC), önde frontal lobdan arkada kuadrigeminal plakanın üzerine uzanan serebral hemisferler arasındaki ana bağlantı noktasıdır. Korpus kallozumun konjenital anomalileri genellikle diğer malformasyonlar, anöploidiler veya genetik sendromlarla ilişkilidir. Ayrıca izole kallozal anomalili olgularda bile anormal nörogelişim riski yüksektir. Kallozal anormallikler arasında kısmi veya tam olabilen korpus kallozum agenezisi (ACC) ve kallozal hipoplazi yer alır. Antenatal tanı, transfontanel ultrasonda sagittal veya koronal düzlemde korpus kallozumun görüntülenememesine dayanır. Korpus kallozumun hipoplazisi ve kısmi agenezisi (PACC) gibi daha az görülen bulgular da antenatal olarak tanınabilir. PACC, 12 ila 18. gebelik haftaları arasında meydana gelen ve genellikle dorsal kısmı veya splenium'u içeren ve daha ön kallozal segmentlerin korunduğu bir büyüme durmasından kaynaklanır. Bu vakalarda CC saptanabilir olduğundan sonografik tanı zordur. Kallozal hipoplazi veya parsiyel agenezi vakalarında, ultrason tanısı, korpus kallozumun azalmış kalınlığının veya azalmış kalınlık ve anormal şeklin sagittal görünümde gösterilmesine dayanır. Ayrıca, perikallozal arterlerin normal seyirindeki bir sapma, PACC'nin ek bir işareti olabilir. Bu gibi durumlarda arterler, CC'nin ön kısmında (genu ve gövde) konturunu yakından takip eder ancak eksik splenium seviyesinde yukarı doğru bir yön alır. Fetal korpus kallosal biyometri için normatif çizelgeler oluşturulmuştur ve korpus kallosal bütünlüğünü veya hipoplaziyi doğrulamak için, inceleyen hekime yardımcı olmada kritik öneme sahiptir.

Olgu: Hastamız, 35 yaşında ilk gebeliği, SAT' a göre 22w+6d, anatomik tarama sırasında CC'nin rostrum ve genu kısımlarının oluşmuş body ve splenium kısımlarının oluşmamış olduğu izlendi. Pericallosal arter genu kısımdan itibaren izlenmedi. cavum septum pellicidum, lateral ventriküller ve posterior fossa normal olarak değerlendirildi. Ek anomali saptanmadı. Bulgular PACC ile uyumlu olarak değerlendirildi. Aileye teminasyon ve invaziv prenatal tanı seçenekleri sunuldu. 23. gebelik haftasında fetosid sonrası doğum gerçekleştirildi. Abortus materyalinden yapılan kromozom incelemesinde sayısal veya yapısal bozukluk saptanmadı.

Tartışma: PACC'nin prenatal tanısı mümkündür. Nadir olmayan nörogelişimsel bozukluk, eşlik eden anöploidi ve genetik sendromlar ile ilişkisi nedeniyle invaziv prenatal tanı ve genetik danışmanlık önerilmelidir.

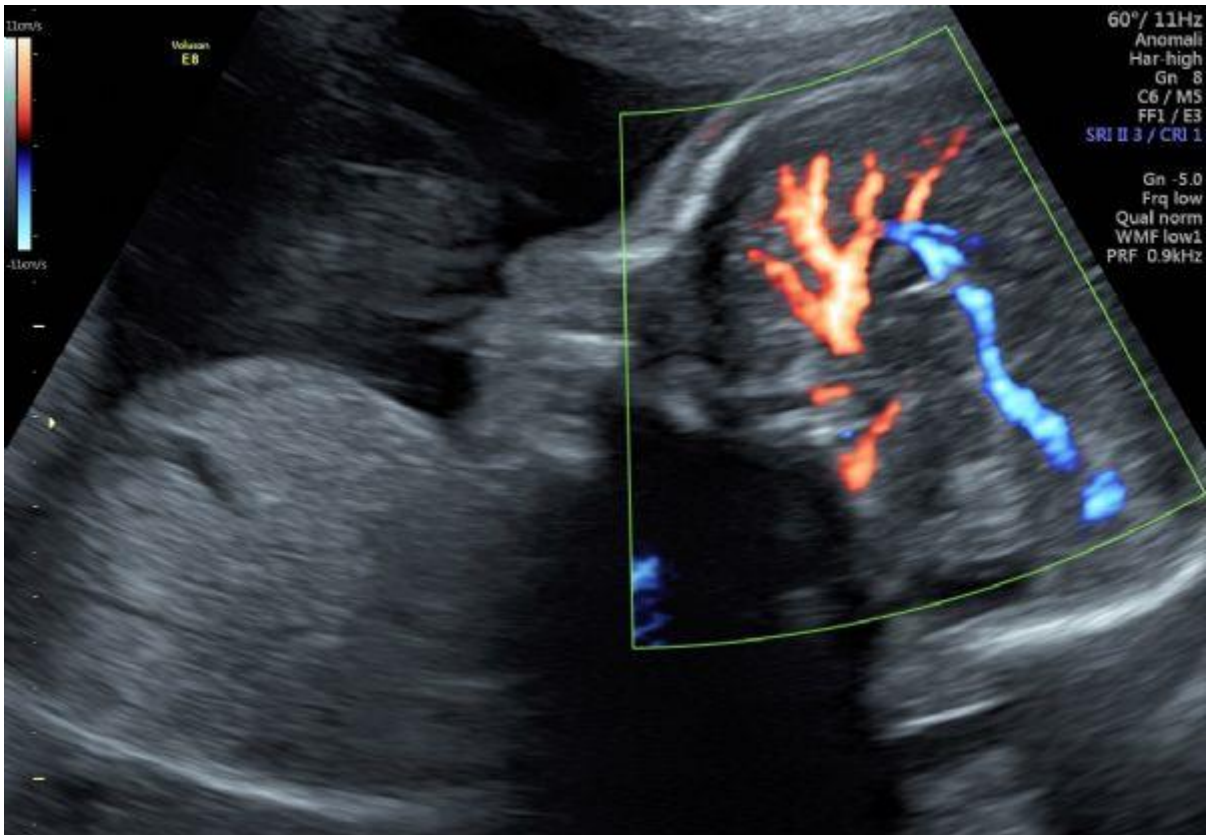
Anahtar Kelimeler: doppler ultrasonografi, fetal nörosonografi, korpus kallozum kısmi agenezisi, perikallozal arter, prenatal tanı

Cavum Septum Pellicidum(CSP)



USG' de aksiyel kesitte CSP normal görünüyor

Perikallosal arter



Sagittal kesit doppler incelemede perikallosal arterin anormal seyri(genu kısmından sonra yukarı doğru yön değiştiriyor)

Sagittal Kesit Korpus Kallozum Kısmi Agenezisi



USG' de korpus kallozumun rostrum ve genu kısımlarından sonra devamı izlenmiyor

Gebeliğin 3. Trimesterında Görülen Akut Biliyer Pankreatitte Klinik Yönetim Vaka Çalışması

Gamze Taşkıran¹, Yasin Ceylan¹, Selim Akkaya¹, Bertan Akar²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Obstetri ve Jinekoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

²İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli Medical Park Hastanesi Obstetri ve Jinekoloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye

Akut pankreatit gebelikte nadir görülen bir durum olmakla beraber, gebelik sırasında ortaya çıktığında hem anne hem de bebek için mortal seyredebilmektedir. Gebelik sırasında akut pankreatitin ana nedeninin safra taşlarına bağlı olduğu düşünülmektedir, ancak nedeni günümüzde tam olarak açıklanamamaktadır. Akut pankreatitin; bulantı, kusma, üst abdominal bölgede ağrı gibi semptomları gebeliğin de sık görülen semptomları olduğu için tanı alması gecikmektedir. Bu vaka çalışmasında 22 yaşında 37. Gebelik haftasında şiddetli üst abdominal ağrı nedeniyle acil servise başvuran bir hasta tartışılmıştır. Yapılan tetkikler sonrasında akut biliyer pankreatit tanısı konuldu ve acil sezaryen ile sağlıklı bir bebek doğurtuldu. Hasta postop yoğun bakım ünitesinde vital bulguları stabilleşinceye dek ve laboratuvar sonuçları normal değerlere gelene kadar takip edildi ardından serviste takibi yapıldı sonrasında sağlıklı bir şekilde taburcu edildi. Sonuç olarak akut pankreatit vakalarında kesin doğum kararı verilmesi gereken zaman tam olarak bilinmemektedir. Bu konuyla ilgili çok merkezli ve yeterli örneklem sayılı çalışmalar artıncaya kadar doğum kararı anne ve bebeğin mevcut durumuna göre verilmeye devam edecektir. Multidisipliner yaklaşım esastır. Doğum sonrası dönemde takipte gebe olmayan popülasyona göre farklı bir yaklaşım bulunmamaktadır.

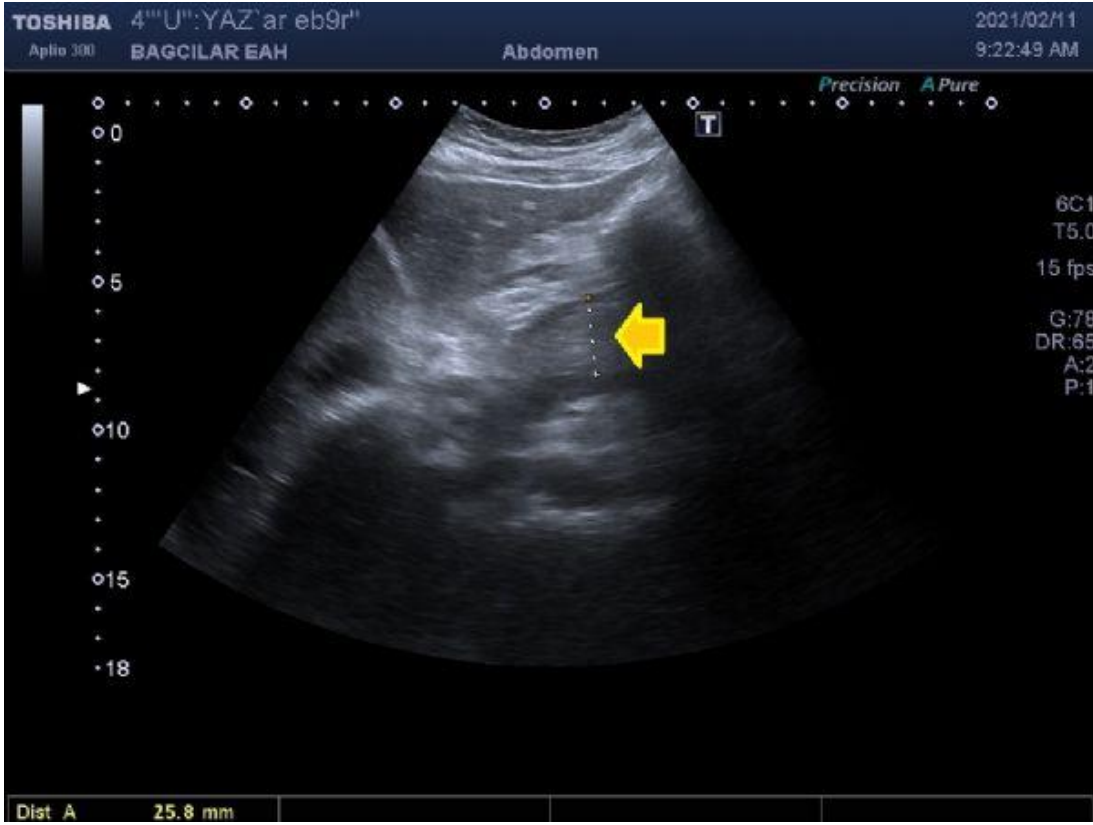
Anahtar Kelimeler: acil sezaryen, akut pankreatit, gebelikte bulantı kusma, gebelik biliyer sistem, maternal mortalite

Koledok Kanalı



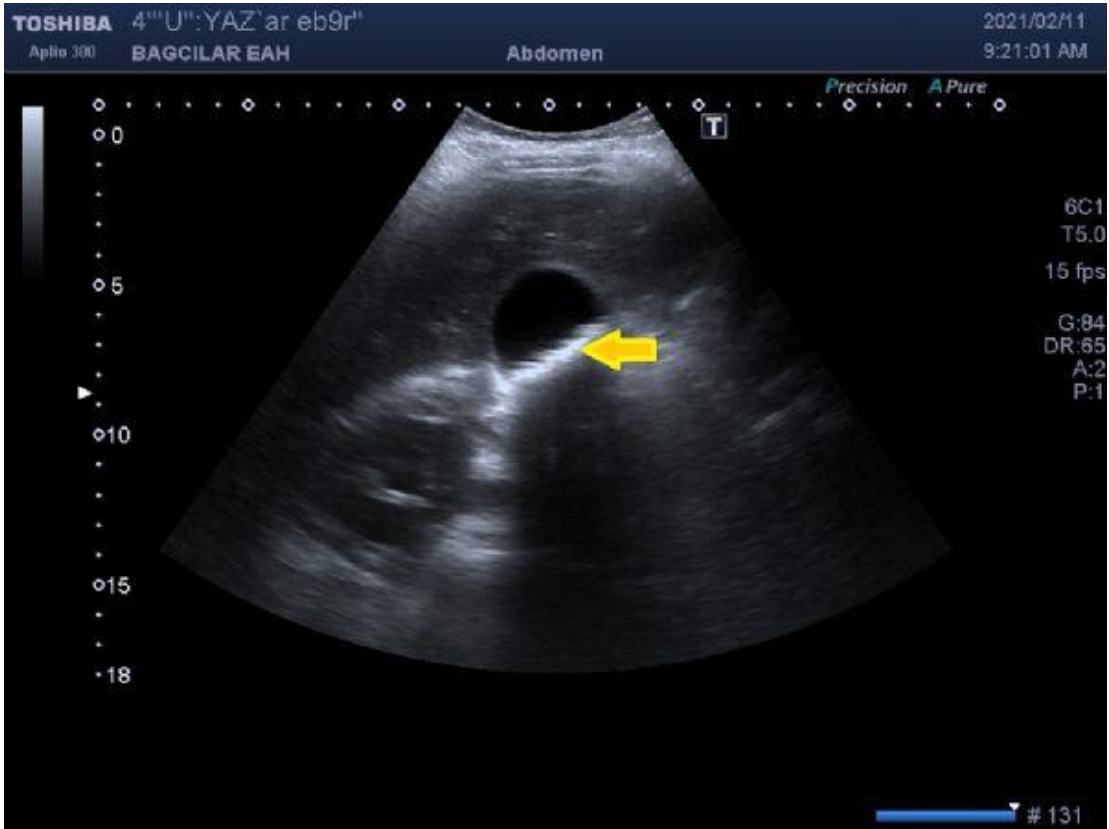
Koledok kanalı ok ile gösterilmekte olup çapı normal sınırlardadır.

Pankreas



Pankreatite sekonder kalınlığı artmış pankreas görülmektedir

Safra Kesesi



Ok ile işaretli alanda milimetrik taşlarla dolu safra kesesi görülmektedir.

[PS-58]

Prenatal Tanı Alan 2p15 Mikrodelesyon Sendromu

Esra Altan Erbilin, Füsün Varol, Cihan İnan, Sevgi Gökdoğan, Cenk Sayın

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

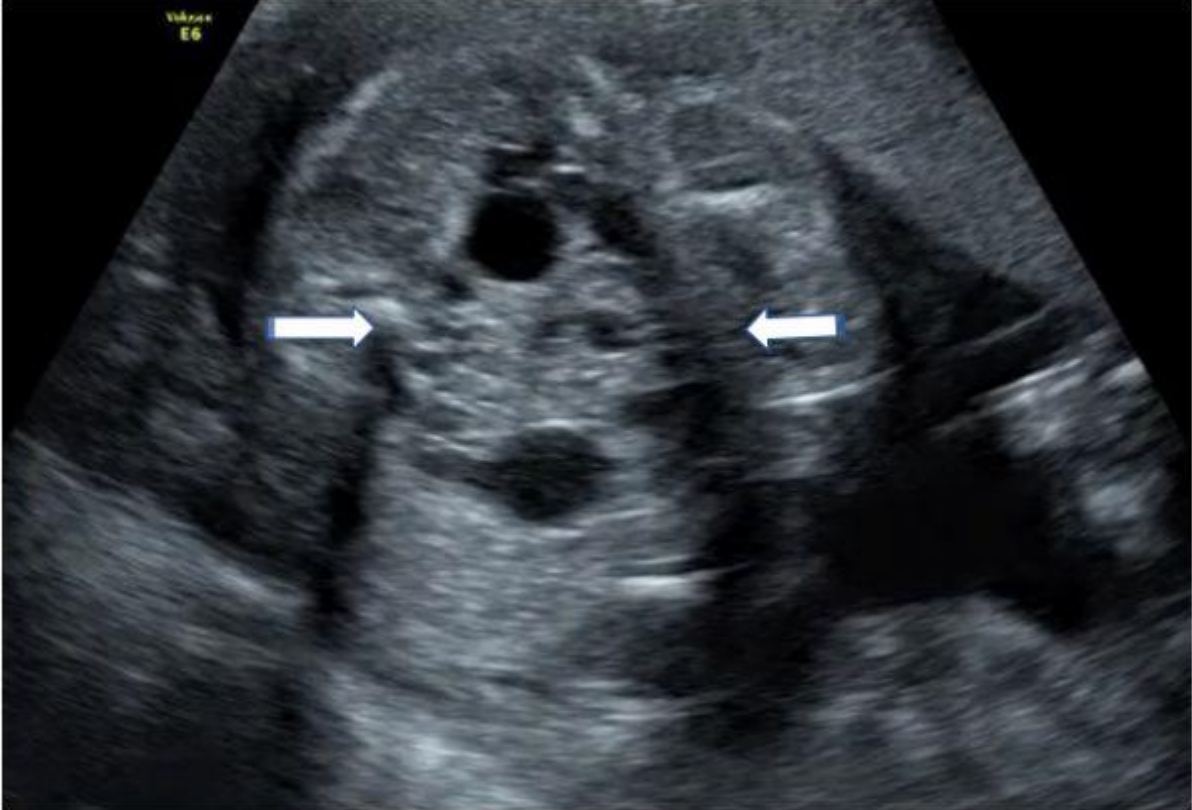
Giriş: Nadir saptanan 2p15 mikrodelesyon sendromunun tipik özellikleri; kısa ve aşağı eğimli palpebral fissürler, pitozis, geniş burun kökü, retrognati, düz philtrum, yüksek ve dar sert damak, küçük ağız ve dışa eğimli alt dudağı içermektedir. Ayrıca bilateral optik atrofi/hipoplazi, mikrosefali, boy kısalığı, genitoüriner anomaliler ve davranışsal sorunlar da yaygın görülür.

Olgu: 27 yaşında G3P1A1 gebe dış merkezden Perinatoloji Kliniğimize kistik higroma izlenmesi üzerine yönlendirildi. Yapılan ultrasonografide 16 hafta ile uyumlu gebelik ve fetüste tek taraflı multikistik böbrek (şekil 1), kistik higroma, ductus venosus agenezisi saptandı. İnvaziv tanı amaçlı amniyosentez uygulandı. Yapılan microarray analizi sonucunda 427.073 kb boyutunda 2p15 mikrodelesyonu saptandı. Aile aldığı genetik danışmanlığa rağmen gebeliğin terminasyonunu istemedi. İlerleyen gebelik haftalarında böbrekteki kistlerin boyutlarında artış izlendi (şekil 2). 36. gebelik haftasında oligohidroamnios gelişmesi üzerine vaginal doğum ile 2550 gr, 1. ve 5. Apgar skorları sırasıyla 8 ve 9 olan erkek bebek doğurtuldu.

Sonuç: Multipl konjenital anomali varlığında klasik karyotip analizinin yanında mikroarray analizi oldukça önemlidir. Bu sayede tespit edilen ciddi kromozomal anomalili fetuslar için ailelere gebeliğin terminasyonu seçeneğinin sunulması sağlanmış olur.

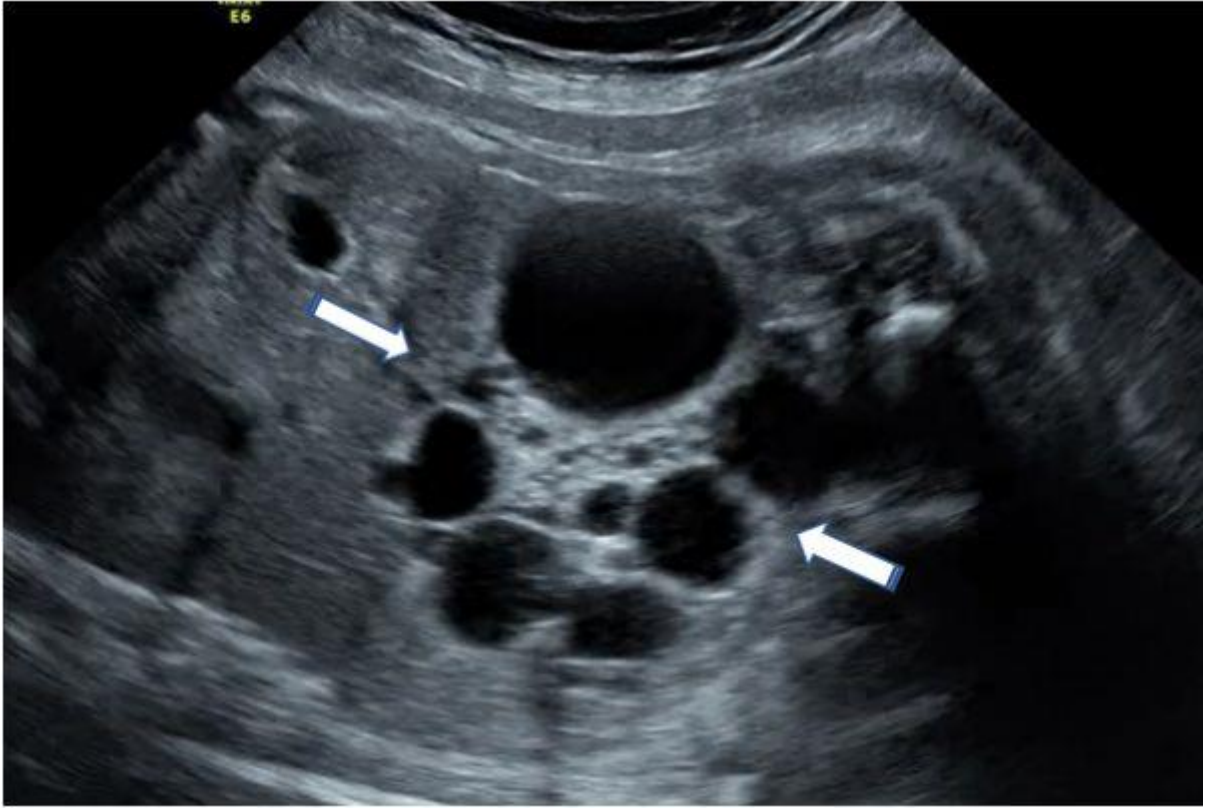
Anahtar Kelimeler: amniyosentez, mikroarray, mikrodelesyon, multikistik böbrek, prenatal tanı

Şekil 1



Fetal batını dolduran multikistik böbrek

Şekil 2



30 hafta gebelikte boyutu artan multikistik böbrek

[PS-59]

Prenatal Tanısı Konulan Bir Noonan Sendromu Olgusu

Esra Altan Erbilen, Füsün Varol, Cihan İnan, Sevgi Gökdoğan, Cenk Sayın

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

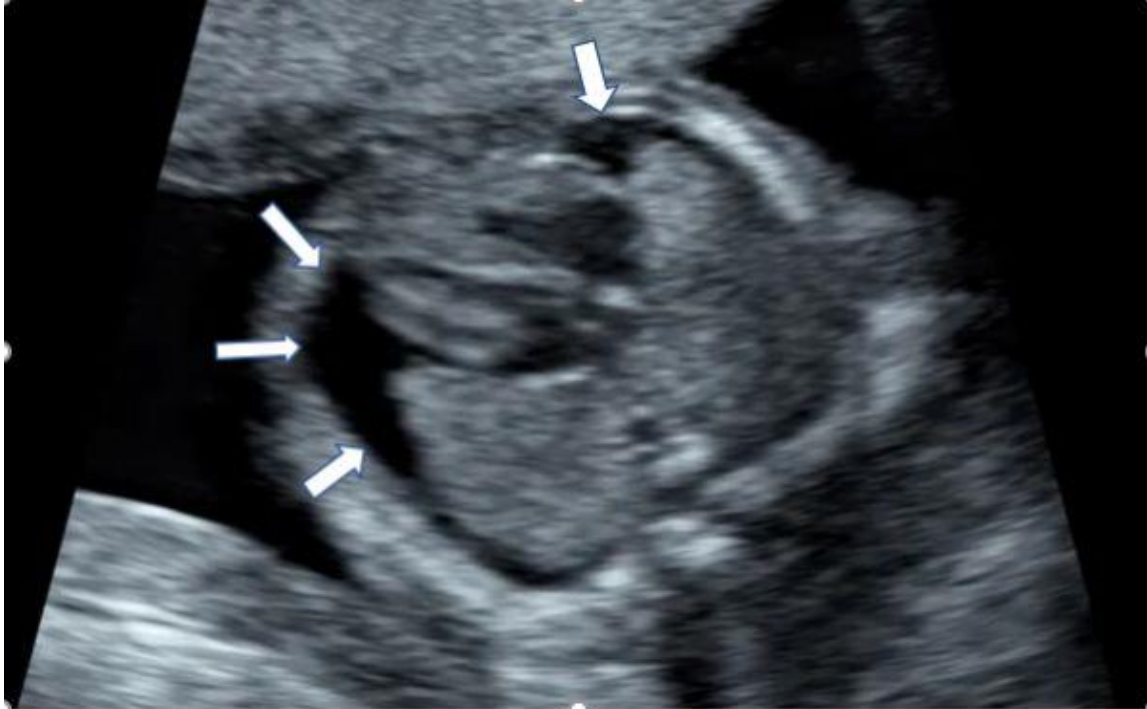
Giriş: RASopatiler, RAS/MAPK sinyal yolunun kalıtsal defektleri nedeniyle ortaya çıkar. Bu grup bozuklukların doğum sonrası ortaya çıkışı iyi bilinirken, prenatal dönem ve yenidoğan bulguları daha az tanınmaktadır. Noonan sendromu, Costello sendromu ve Kardiofasyokutanöz Sendromunda polihidramnios, prematürite, lenfatik displazi, makrozomi, makrosefali, hipotoni, ayrıca kalp ve böbrek anomalileri görülebilir. Burada prenatal dönemde Noonan sendromu tanısı alan bir olgumuzu sunduk.

Olgu: 37 yaşında G4P2A1, 17 hafta 1 günlük gebe fetal anomali şüphesiyle perinatoloji kliniğimize yönlendirildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmayan gebeye yapılan obstetrik ultrasonografide 17W1D fetusta kistik higroma ve bilateral plevral efüzyon saptandı (şekil 1). Genetik danışmanlık sonrası amniyosentez uygulandı. Amniyosentez sonucunda RIT-1 geninde patojenik heterozigot varyasyon saptanan fetusun otozomal dominant Noonan sendromu fenotipi ile ilişkili olduğu bulundu. Genetik sonucuyla dış merkezde gebeliğin termine edildiği öğrenildi.

Sonuç: Noonan sendromu sıklığı 1000–2500 canlı doğumda 1 olan ve vakaların yaklaşık yarısının de novo olarak ortaya çıktığı otozomal dominant bir hastalıktır. Boy kısalığı, konjenital kalp defektleri, pulmoner stenoz, hipertrofik kardiyomiyopati, yele boyun, pitozis, düşük yerleşimli posterior rotasyonlu kulaklar ve hipertelorizm gibi karakteristik bulguları vardır. Fenotipin oldukça değişken ekspresyonu nedeniyle, Noonan sendromunun tanısını koymak zor olabilir. Özellikle fetal nukal kalınlık artışı ve kistik higroma varlığında normal karyotip saptandıktan sonra RASopatiler'in araştırılması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kistik higroma, Noonan sendromu, plevral efüzyon, prenatal tanı, RASopatiler

Şekil 1



Plevral efüzyon

[PS-60]

Servikal Yetmezlik Olgularında Modifiye Shirodkar Serklajın Perinatal Sonuçlara Etkisi

Tuğba Saraç Sivrikoz, Süleyman Engin Akhan, Muhterem Melis Cantürk, İbrahim Halil Kalelioğlu, Recep Has

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

Amaç: Servikal yetmezlik olgularında, farklı bir teknik olarak modifiye Shirodkar uygulamasının perinatal sonuçlara katkısının incelenmesi

Materyal-Metod: Kliniğimizde 2019-2021 yılları arasında antepartum servikal yetmezlik tanısı alan 27 olgunun perinatal sonuçları retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Olguların %48.5 (13/27) öyküye dayalı, %44.5 (12/27) ultrason endike ve %7 (2/27) acil serklajdır. Tüm olguların %77'si (21/27) tekil, %23'ü (6/27) çoğul gebeliğe uygulanmıştır. Serklaj uygulanan gebelik haftası ortalama 19 ± 3 , doğumdaki gebelik haftası ise 34 ± 3 ' dür. Cerrahi-doğum arasındaki interval ortalama 15 (min.6-max.22)'dir. Transvajinal ultrasonografi ile ölçülen serklaj öncesi ve sonrası serviks uzunluğu sırasıyla ortalama 17 (min. 0-max.40 mm)ve 23 mm (min.17-max.32 mm)'dir. Postoperatif ilk 24 saat içinde amniyoreksis, spontan abortus veya septik abortus hiçbir olguda izlenmemiştir. Tüm olgular içinde preterm prematür membran rüptürü sıklığı %14 (4/27)'dir. Doğum şekli en sık olarak (%92.5) sezaryendir. Doğumdaki yenidoğan ağırlığı ortalama 2584 ± 809 (680-3800) gr olup, yoğun bakıma kabul edilmiş oranı %33.3 (9/27)'dir. Perinatal mortalite %2.3 (1/44) olarak saptanmıştır, bu olgu 30. haftasında ciddi koryoamniyonit ve perinatal sepsis nedeniyle kaybedilmiştir. Toplam canlı doğum oranı ve perinatal sürvi sırasıyla %100 (44/44) ve %97.7 (43/44) olarak saptanmıştır.

Sonuç: Modifiye Shirodkar yöntemi, teknik zorluklarına rağmen, hem öykü hem de ultrason endike serklaj gereken olgularda, yüksek sağ kalım ve düşük perinatal morbidite oranları ile iyi bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: Servikal yetmezlik, Serklaj, Shirodkar serklaj, servikal uzunluk, perinatal sonuçlar

[PS-61]

İkiz Eşinde Ensefalosel İzlenen Dikoryonik Diamniotik İkiz Gebelik Olgusu

Sevgi Gökdoğan, Füsün Varol, Cihan İnan, Esra Altan Erbilin, Cenk Sayın

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

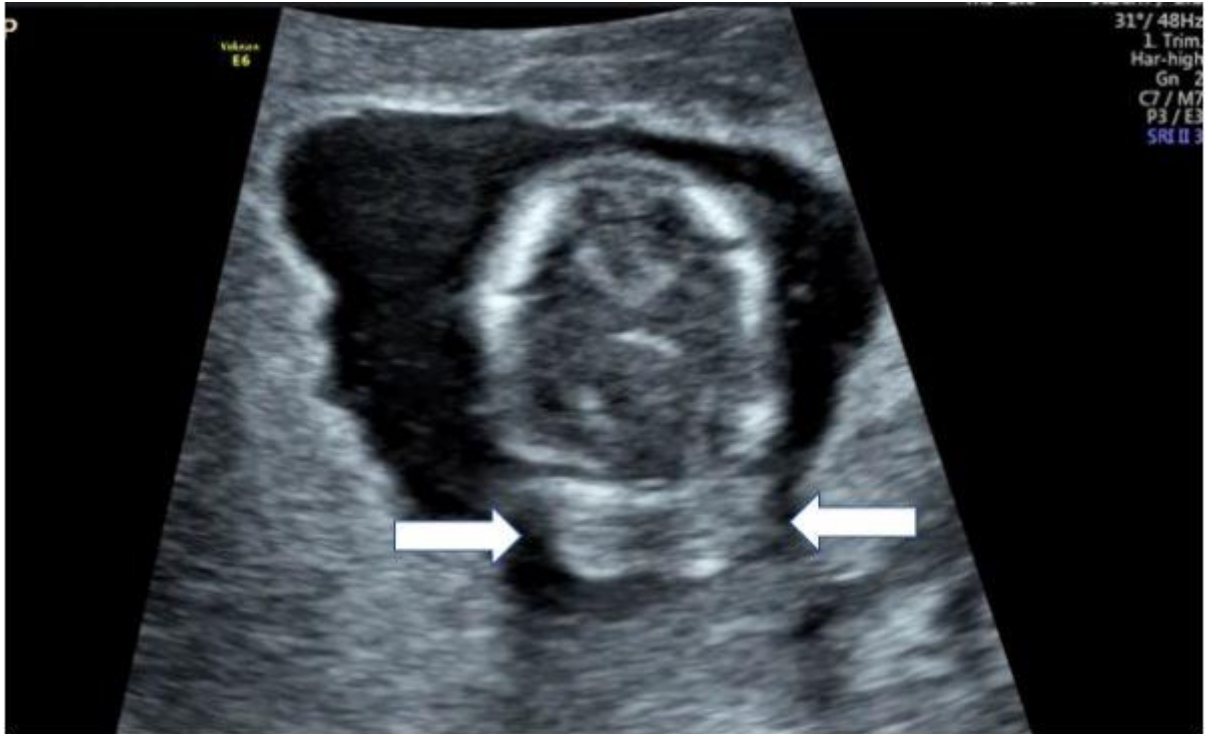
Giriş: Çoğul gebeliklerde tekizlere göre daha yüksek fetal yapısal ve kromozomal anomali insidansı bulunmaktadır. Ensefalosel, nadir görülen nöral tüp defektlerindedir. Son yıllarda ultrasonografi teknolojisindeki ilerlemeler, anomalinin erken tanısını sağlamıştır. Burada erken dönemde ikiz eşinde ensefalosel saptanan ve selektif fetosit uygulanan dikoryonik diamniotik ikiz gebelik vakasını sunduk.

Olgu: 26 yaşında 14 hafta 2 günlük IVF dikoryonik diamniotik ikiz gebe, ikiz eşinde yapısal anomali şüphesiyle tarafımıza yönlendirildi. Değerlendirmemizde ikiz eşinde oksipital bölgede yaklaşık 2x3 cm boyutlarında, içinde nöral doku izlenen ensefalosel kesesi (şekil 1) izlenirken diğer ikiz eşinde herhangi bir anomali saptanmadı. Gebeye genetik danışmanlık verildi. Perinatoloji konseyinde değerlendirilen gebeye, ensefaloseli olan fetus için fetosit, her iki fetus için ise tanı amaçlı koryon villus biyopsisi (CVS) önerildi. Hasta anomali izlenmeyen fetusa CVS seçeneğini kabul etmedi. Ensefaloseli olan gebeye 14 hafta 4 gün iken CVS yapıp ardından fetosit uygulandı. Kromozom analizinde sayısal ve yapısal kromozomal anomali saptanmayan hastanın devam eden gebeliğinde herhangi bir problem izlenmedi.

Sonuç: Çoğul gebeliklerde ikiz eşinde anomali yönetimi karar vermekte zorlayan bir durumdur. Sağlam fetusun prognozu düşünüldüğünde ve çoğul gebeliklerin anne ve fetus için olası komplikasyonları göz önüne alındığında, ikiz gebeliklerde anomalili ikiz eşine selektif fetosit uygulanması diğer fetus için güvenli bir yaklaşım olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: ensefalosel, fetosit, ikiz gebelik, nöral tüp defekti, koryon villus biyopsisi

Şekil 1



Oksipital bölgede yaklaşık 2*3 cm'lik içerisinde nöral doku izlenen ensefalosel

[PS-62]

Prenatal Tanısı Konulan Nadir Bir Omfalopagus Vakası

Esra Altan Erbilin, Füsün Varol, Cihan İnan, Sevgi Gökdoğan, Cenk Sayın

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

Giriş: Yapışık ikizler, monokoryonik monoamniyotik ikizlerin nadir görülen bir alt grubudur. İnsidans 50.000'de 1 ile 100.000 canlı doğumda 1 arasında değişmektedir. Beş ana yapışık ikiz tipi tanımlanmıştır; torakopagus, omfalopagus, pygopagus, ischiopagus ve craniopagus. Prenatal dönemde yapışık ikiz tanısı konulan gebelikler için terminasyon seçeneği sunulabilir. Burada erken dönemde prenatal tanısı konulan bir omfalopagus ikiz olgusunu sunduk.

Olgu: 23 yaşında 12 hafta 2 günlük ikiz gebe anomali şüphesiyle tarafımıza yönlendirildi. Yapılan obstetrik ultrasonografide monokoryonik monoamniyotik ikiz gebelik olduğu ve fetusların umbilikal kord düzeyinde birbirine yapışık olduğu gözlemlendi (şekil 1). Her iki fetusta da kistik higroma ve batında asit saptandı. Fetusların alt ve üst ekstremiteleri doğal görülürken iki ayrı kalp dokusuna sahip oldukları izlendi. Ailenin isteği üzerine vajinal misoprostol uygulaması ile gebelik termine edildi. Abort materyelinin otopsi sonucunda ortak göbek kordonunu paylaşan iki fetusta batında defekt alanı ve barsak segmentlerinin birbiriyle ilişkili olduğu izlendi (şekil 2).

Sonuç: Yapışık ikizlerin erken prenatal tanısı, gebeliğin yönetiminde oldukça önemlidir. Bu sayede gebeliğin terminasyonu konusunda ailenin erken haftalarda danışmanlık alması sağlanmış olur. Terminasyon seçeneğini istemeyen aileler için uygun vakalar için postnatal cerrahinin planlanmasıyla birlikte gebeliğin yakın takibi yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: kistik higroma, omfalopagus, prenatal tanı, terminasyon, yapışık ikiz

Şekil 1



Umbilikal kord düzeyinden yapışıklık (Her bir ok birinci ve ikinci fetusu, yıldız yapışık alanı göstermektedir)

Şekil 2



Abort materyelinin makroskopik görüntüsü

Alobar Holoprozensefali İle Prezente Olan Trizomi 13 Olgu Sunumu

Sevgi Gökdoğan, Cihan İnan, Füsün Varol, Esra Altan Erbilen, Cenk Sayın

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

Giriş: Holoprozensefali (HPE), porenselalonun eksik bölünmesinden kaynaklanan, gebeliğin 18. ve 28. günleri arasında meydana gelen ve hem ön beyni hem de yüzü etkileyen kompleks bir serebral anomalidir. Burada prenatal alobar holoprozensefali tanısı konan ve yapılan koryon villus biyopsi (CVS) sonucu trizomi 13 saptanan vakamızı sunduk.

Olgu: 25 yaşında G1P0, özgeçmiş ve soy geçmişinde özelliği bulunmayan hasta 12 hafta 3 günlük gebe iken kliniğimize yönlendirildi. Obstetrik ultrasonda alobar holoprozensefali izlendi, ek bulguya rastlanmadı (şekil 1). Hastaya gebeliğin terminasyonu seçeneği sunulup genetik tanı amaçlı da CVS uygulandı. Terminasyonu kabul eden gebe, 12 hafta 5 günlük iken vajinal misoprostol uygulanarak termine edildi. Daha sonrasında CVS sonucu trizomi 13 olarak bildirildi.

Tartışma: Holoprozensefali ve trizomi 13 (Patau sendromu) birlikteliği sıktır. Bazı çalışmalarda holoprozensefali saptanan hastaların %75'ine trizomi 13 tanısı konmuştur. Holoprozensefali insidansı normal kromozomlu 10.000 canlı doğumda yaklaşık 0.48-0.88'dir.

Sonuç: Holoprozensefalinin patogenezi ve genetiğinin araştırılmasındaki son gelişmeler, bizlere bunun bir spektrum olduğunu göstermiştir. Prognoz, ek anomalilerin yanı sıra beynin füzyon ve malformasyon derecesine bağlıdır. Alobar ve semilobar HPE letal bir anomalidir. İlk trimester ultrasonografi incelemesinde fetal intrakranial yapıların değerlendirilmesi, anomalinin tanısı için oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: holoprozensefali, koryon villus biyopsisi, Patau Sendromu, prenatal tanı, Trizomi 13

Şekil 1



Alobar holoprozensefali

[PS-64]

Omfalosele ile Prezente Olan Beckwith Wiedemann Sendromu Olgusu

Sevgi Gökdoğan, Cihan İnan, Füsün Varol, Esra Altan Erbilin, Cenk Sayın

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

Giriş: Beckwith-Wiedemann sendromu (BWS), multipl konjenital anomaliler, aşırı fetal büyüme ve embriyonal dönemde tümörlere yatkınlık ile karakterize bir spektrumdur. En sık yenidoğan döneminde veya erken çocukluk döneminde tanı konur ve insidansı 13.700 canlı doğumda 1'dir. Bildirilen BWS vakalarının % 85' i sporadik, kalan % 15' i ise aileseldir. Etiyolojik olarak BWS, kromozom 11p15 bölgesindeki genlerin düzenlenmesini etkileyen genetik ve epigenetik değişikliklerin neden olduğu bir imprinting bozukluğudur. Burada prenatal dönemde tanı konan, omfalosele ile prezente olan BWS olgumuzu sunduk.

Olgu: 37 yaşında G3P2 olan önceki gebeliklerinde bir özellik bulunmayan gebe 18. gestasyonel haftada kliniğimize başvurdu. Yaptığımız ultrasonografik incelemede yaklaşık 20x21 mm boyutlarında içerisinde safra kesesi ve barsak ansları olan omfalosele kesesi izlendi (şekil 1). Ek yapısal bir anomali izlenmedi. Hastaya prenatal tanı amaçlı amniyosentez (AS) işlemi uygulandı. AS sonucu DMR2 tarafından kontrol edilen KCNQ10T1-1-IC domaininde hipometilasyon saptanmış olup bu bulgu Beckwith-Wiedemann Sendromu ile uyumludur şeklinde raporlanmıştır.

Sonuç: BWS, izole omfalosele vakalarının bir kısmında izlenebilecek bir sendromdur. Bu nedenle omfaloselli vakalarda klasik karyotip analizinin yanında BWS açısından da incelemenin yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: amniyosentez, Beckwith Wiedemann sendromu, omfalosele, prenatal tanı, ultrasonografi

Şekil 1



Omfalosele kesesi

[PS-65]

Persiste Sağ Umbilikal Veni Olan 5 Olgunun Sunumu

Hasan Hüseyin Uçkan, Cem Terece, Merih Bayram, Deniz Karçaaltıncaba
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı,
Ankara

Amaç: Persiste sağ umbilikal ven 1/500-1200 de bir izlenen bir damar anomalisidir ve izole olduğu durumlarda prognoz genelde iyidir. Normalde 7. Haftaya kadar kapanması gereken sağ umbilikal ven bazı olgularda ekstra bir damar olarak bulunurken vakaların çoğunda sol umbilikal venin yerini alır. **Yöntem:** Rutin gebelik izlemi sırasında usg ile sağ umbilikal ven tespit edilen olguların ek anomalileri doğum zamanı ve postpartum dönem sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Sunulan beş olgunun dördünde persiste sağ umbilikal ven izole bir bulgu iken bir olgu da persiste sağ umbilikal ven ile birlikte tek umbilikal arter ve fallot tetralojisi de tabloya eşlik etmekteydi. 39 yaşındaki bu hastanın tip II diyabeti ve hipertansiyon öyküsü mevcuttu. 5210 gr ağırlığındaki erkek bebek kan şekerlerinin kontrol edilememesi ve polihidramnios sebebi ile 35 hafta da eyleme girmiş olması nedeniyle sezeryan ile doğurtulmuştur. Doğum sonrası yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastanın kliniği kötü seyretmiş ve postpartum birinci gününde ex olmuştur. Diğer 4 olgunun tamamı termde doğmuş ve postpartum dönemde de herhangi bir anormallik tespit edilmemiştir. Postpartum izlemleri normal seyreden tüm bebeklerin cinsiyeti kız olup bu doğumların üçü vajinal yolla, biri ise sezeryan ile gerçekleşmiştir.

Sonuç: Persiste sağ umbilikal ven izole olgularda iyi prognozlu bir bulgudur. Ancak tespit edilmesi durumunda diğer anomalilerin varlığı açısından detaylı usg yapılmalıdır. Tek başına kromozomal anomali riski ile ilişkili değilken literatürde ek anomalilerin varlığında bu riskin arttığı belirtilmektedir. Bizim serimizde ki izole olguların tümünün cinsiyetinin kız olması ilgi çekicidir.

Anahtar Kelimeler: konjenital anomali, persiste sağ umbilikal ven, umbilikal kord, fetal ultrason, fetal anomali taraması

[PS-66]

Gastroşizis Tanılı 3 Olgunun Sunumu

Hasan Hüseyin Uçkan, Deniz Karçaaltıncaba, Ezgi Turgut, Mehmet Zeki Taner
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı,
Ankara

Amaç: Gastroşizis oldukça nadir görülen, intestinal loopların paraumblikal abdominal duvar defektinden dışarı çıkıp amniyotik sıvıda serbest olarak yüzdüğü bir anomalidir. %5-10 oranında mortalite bildirilmektedir.

Yöntem: Kliniğimizde takip, doğum ve postpartum tedavisi yapılan 3 adet gastroşizisli olgunun sunumu. Üç olgunun biri nulligravid diğer ikisi multigravid olan hastaların izlemlerinde 13 ile 22. haftalar arasında gastroşizis tanıları usg ile konulmuştu. 23-27 yaş aralığındaki gebelerin ek risk faktörleri yoktu.

Bulgular: İlk olgu 34 hafta 2 günlükken sezeryan ile doğurtuldu. Doğum sonrası mide barsak ve kolonu içeren gastroşizisi nedeniyle yatak başı redüksiyon yapıldığı esnada jejenum serozasında hasar oluşması nedeniyle opere edildi. Operasyonda zarar gören 10 cm uzunluğunda jejenum eksize edildi ve uç uca anastomoz yapıldı. Post operatif izleminde anastomoz kaçağı gelişen hasta ikinci kez opere edildi. Genel durumu kötü seyreden hasta Şubat 2020'de ex oldu.

İkinci olgu 36 hafta 6 günlükken sezeryan ile doğurtuldu. 2335 gr 8-8 apgar ile doğan bebeğin mide ve barsak anslarının içeren gastroşizisi yatak başı redükte edildi. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 1 ay sonra şifa ile taburcu edildi.

Üçüncü olgu 36 hafta 5 günlükken sezeryan ile doğurtuldu. 2100 gr 7-8 apgar ile doğan bebeğin mide ve barsaklarını içeren gastroşizisi yatak başı redükte edildi. Post operatif izleminde distansiyonu gelişen ve intraabdominal basınç artışı düşünülen hasta ilk operasyondan 11 gün sonra tekrar opere edildi. Bridektomi sonrası ventral herni olacak şekilde insizyonu kapatılan hasta yaklaşık 1 ay sonra taburcu oldu. Eylül 2021 de ventral herni onarımı da yapılan hastanın şuan ek sıkıntısı yok.

Sonuç: Gastroşizis erken haftada tanı konulabilen doğum sonrası cerrahi müdahale ile prognozu genelde iyi olan nadir bir anomalidir.

Anahtar Kelimeler: fetal anomali, gastroşizis, fetal ultrasonografi, abdominal duvar defekti, intestinal herni

Nadir Bir Olgu, Komplet Ektopia Kordisli Cantrell Pentalojisi

Alev Esercan¹, Emre Ekmekçi²

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum

²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji

Amaç: Ektopia kordis(EK) ilk olarak 5000 yıl önce Haller tarafından ilk olarak 1706'da tanımlanmıştır. EK, kalbin ön göğüs duvarındaki bir defekt yoluyla doğuştan gelen ekstrüzyonudur. Çoğu vaka sporadiktir ve etiyojisi bilinmemektedir. EK genellikle izole, sporadik malformasyon olarak kabul edilirken, trizomi 18, Turner sendromu, 46, XX ve 17 q+ gibi kromozomal anormalliklerle ilişkilendirilen çok sayıda rapor vardır. EK'nin torako-abdominal tipi, Cantrell pentalojisi olarak bilinir. Beş ilişkili anomaliden oluşur: distal sternum defekti, orta hat supraumbilikal karın duvarı defekti, ventral diyafragma hernisi, epikal perikardda defekt (periton boşluğuna serbest iletişim) ve konjenital intrakardiyak defekt. Yöntem: Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğe başvuran takipsiz tanısı yeni konulan ve doğuma alınan olgumuzda hastalığın prognozunu tartışmayı planlıyoruz.

Bulgular: Bilinen bir hastalığı olmayan primigravid 18 yaş gebe, takibine 1 kez 10. haftada gelmiş olup 2.takibine 35.haftada gelmiştir. Non Stress Testi (NST) fetal distress ile uyumlu olan hastanın yapılan biyometrik ölçümleri 32 hafta ile uyumlu olup, fetüste unilateral yarı damak ve dudak, ektopia kordis, sternumda defekt, geniş ventriküler septal defekt (VSD) mevcuttu. Fetal distress nedeniyle acil sezaryen sonrasında 2000 gram erkek fetüs 4/6 Apgarla doğurtularak yenidoğan tarafından entübe edildi. Kalbi tamamen göğüs duvarının dışarısındaydı ve perikardla örtülü değildi. Diğer bulguları da ultrasonla uyumluydu. Kardiyovasküler cerrahi planlanmış fakat sevk beklerken 2.günde ex olmuştur.

Sonuç: Ektopia kordisi ilk onarım girişimi 1925 yılında Cutler ve Wilens tarafından yapılmıştır. Cerrahi kapatma sırasında, çoğu durumda göğüs boşluğu küçüktür ve kalp için çok az mediastinal boşluk vardır. Göğüs duvarını kapatma girişimi; muhtemelen uzun damarlar, anormal seyir veya kalbin sıkışması nedeniyle büyük damarların basısına sekonder hemodinamik başarısızlıkla sonuçlanır. Literatürde izole ektopia kordis veya Cantrell pentalojisi olsun, hastaların çoğu cerrahi müdahaleyi takiben 4 gün içinde ölmektedir. EK hala yüksek mortalite ve çok önemli uzun vadeli morbidite ile ilişkilidir, en problemlisi olanı da kronik ventilatör bağımlılığıdır.

Anahtar Kelimeler: Cantrell pentalojisi, ektopia kordis, omfalosel, sternum defekti, ventriküler septal defekt

35 hafta Cantrell Pentalojili Fetusun Ultrason Görüntüsü



Cantrell Pentalojili Fetüsün Doğum Sonrası Görünümü



[PS-68]

Prenatal Dönemde Fetal Anomali Tanısı Konularak Selektif Fetosid Yapılan 7 Dikoryonik Diamniotik (DKDA) İkiz Gebeliğın Sonuçları

Ezgi Bilicen, Emre Bayram, Süreyya Sarıdaş, Erkan Çağlıyan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: DKDA ikiz gebeliklerde selektif fetosid işlemi sonrası gebelik sonuçlarını değerlendirmek

Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran 1. trimester tarama testi, ayrıntılı obstetrik ultrasonografi ile değerlendirilen hastalarda saptanan ek anomaliler ile birlikte alınan fetosid kararı ve ultrasonografi eşliğinde intrakardiyak 2-3 ml potasyum klorür verilerek yapılan uygulama sonrasında tekil gebelik takipleri yapıldı. Doğum sonuçları incelendi.

Bulgular: Çoğul gebeliklerde, maternal ve fetal obstetrik sonuçlarla beraber fetal yapısal anomalilerin insidansında artış olduğu saptanmıştır. Selektif fetosid işlemi ikiz gebeliklerde fetüslerden birisinde saptanan genetik ya da ciddi yapısal anomaliler nedeniyle yapılabilmektedir. Kliniğimizde gerçekleştirilen 8 selektif fetosid işlemi sonrası gebelik takibi gerçekleştirilen 7 hastaya ait sonuçlar tablo olarak gösterilmiştir. Bir hasta takiplerine dış merkezde devam etmiş olması sebebiyle gebelik sonuçlarına ulaşılamamıştır.

Sonuç: Gebelik takipleri gerçekleştirilen 7 hastanın termde ve canlı doğum yaptıkları tespit edilmiştir. Uygulanan fetosid işleminin çoğul gebeliğın maternal ve fetal komplikasyonları azaltarak, ailelerin eve canlı sağlıklı bir bebek götürmelerini sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: canlı doğum, dikoryonik diamniotik, fetal anomali, ikiz gebelik, selektif fetosid

Fetosid Yapılan DKDA İkiz Gebelik Sonuçları

hasta no	Fetosid sebebi	Doğum Haftası	Doğum şekli	Endikasyon	Bebek bilgisi
H1	açık NTD	38	Sezaryen	Makat geliş	2890g E
H2	Trizomi 21	38+4	Sezaryen	Eski sezaryen	3580g E
H3	Frajil X	39	Sezaryen	Eski sezaryen	2910g E
H4	Trizomi 21	39	Sezaryen	Eski sezaryen	3200g E
H5	Açık NTD	39	Sezaryen	İlerlemeyen travay	3870g K
H6	Ensefalosel	39	Sezaryen	Makat geliş	3490g E
H7	Trizomi 18	40+2	Sezaryen	İlerlemeyen travay	3070g E

Tersiyer bir Perinatoloji Merkezinde Çoğul Gebelikler ve Sonuçları

Selçuk Atalay, Nihal Çallıoğlu, Güray Tuna, Fırat Ersan, Banu Dane, İbrahim Polat
Başakşehir Çam ve Sakura hastanesi, Perinatoloji kliniği, İSTANBUL

Son yıllarda çoğul gebelik ciddi şekilde artmıştır. Çoğul gebeliklerde karşılaşılan temel sorun spontan erken doğum ve buna bağlı yenidoğan morbidite ve mortalitesidir. Koryonisite'nin belirlenmesi çok önemlidir. Fetal ve neonatal mortalite ile konjenital anomali, prematürite ve iugr gibi morbiditeler monokoryoniklerde dikoryonik ikizlere göre daha sık görülmektedir. Bu durum yüksek sayılı çoğul gebelikler için de geçerlidir. Çoğul gebeliğin yönetiminde, ilk üç ay'ın son dönemlerinde veya ikinci üç ay'ın erken dönemlerinde koryonisitenin belirlenmesi gereklidir.

ACOG ve SMFM e göre çoğul gebeliklerin doğum haftaları; iugr olmayan DKDA:37-38+6, iugr olmayan MKDA:34-37+6, MKMA:32-34 haftada doğum önerilmektedir. MKDA sIUGR doğum haftası; umbilikal arter doppleri normal olan (Tip 1): 34-36+6, umbilikal arter dopplerde persistan diastolik akım kaybı ya da reverse akım varsa (Tip 2): 30-32 w, umbilikal arter dopplerde miks akım paterni varsa (Tip 3):32-34 hafta da doğum önerilmektedir. Üçüz gebelikler de ise triamniotik 35-35+6, monoamniotik -diamniotik üçüzler 32-32+6 haftada doğum önerilmektedir.

Mayıs 2020 -ekim 2021 ayları arasında hastanemizde doğum yapan çoğul gebelikleri retrospektif olarak inceledik. Toplam da 56 DKDA gebe, 15 MKDA gebe, 3 MKMA ikiz gebelik ve 3 üçüz gebelik takip edilip doğumu gerçekleştirilmiştir. DKDA gebeliklerin 20 sinde selektif iugr mevcuttu. DKDA gebeliklerin ortalama doğum haftası 32,5±3,7 di. Bu hastaların 14 ü spontan travaya girdiği için hedeflenen haftaya ulaşılardan doğum gerçekleştirildi. DKDA selektif iugr bulunan gebeliklerin ortalama doğum haftası 34,1±2,5 idi. MKDA gebeliklerin 4 thastada tip 1 iugr, 5 hastada tip 2 iugr mevcuttu. IUGR olmayan MKDA ortalama doğum haftası 30,6±3,4 haftaydı. Bu hastaların 4 ü spontan travaya girdiği için hedeflenen doğum haftasına ulaşamadı. MKDA tip 1 in ortalama doğum haftası 32,5±1,6, IUGR tip 2'nin ortalama doğum haftası 30,7±2,9 idi. Üçüz gebeliğin ikisi trikoryonik triamniotikti ve doğum haftası 32,5 ± 2,6 di. Bir hasta dikoryonik triamniotikti ve doğum haftası 30w idi. Kliniğimizde takiplerimiz sonucu fetal veya maternal mortalite gerçekleşmemiştir.

Anahtar Kelimeler: çoğul gebelikleri, dikoryonik diamnotik gebelik, monokoryonik diamniotik gebelik, üçüz gebelik, intrauterin gelişme geriliği, monokoryonik monoamniotik gebelik

Kliniğimizde Doğumu Gerçekleştirilen Çoğul Gebelikler ve Sonuçları

	İKİZ GEBELİK						ÜÇÜZ GEBELİK		
	DKDA		MKDA			MKMA	Trikoryonik triamniotik	Dikoryonik triamniotik	
	IUGR	IUGR olmayan	IUGR olmayan	TİP1	TİP2				TİP3
HASTA SAYISI	20	36	6	4	5	-	3	2	1
ORTALAMA DOĞUM HAFTASI	34,1±2,5	32,5±3,7	30,6±3,4	32,5±1,6	30,7±2,9		29±2.0	32,5±2,6	30

İzole Torkular Herofili Trombozu Olgu Sunumu

Rukiye Kızılırmak¹, Süheyla Erbaşaran Aydın², Miraç Özalp¹, Mehmet Albayrak¹, Turhan Aran¹, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Trabzon

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

Amaç: Torkular herofili trombozu saptadığımız olgumuzu ultrason bulguları eşliğinde sunup prenatal tanı özelliklerini vurgulamak ve klinik deneyimimizi paylaşmak.

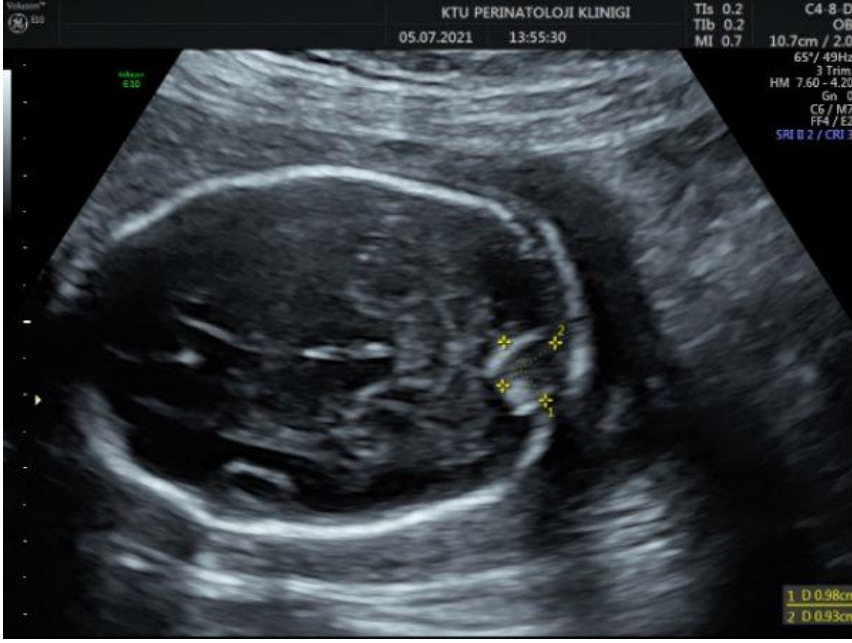
Giriş: Torkular herofili, beyin ve kafatasının venöz drenajını sağlayan majör dural sinüslerin birleşmesiyle oluşur. Torkular herofili trombozu oldukça nadir izlenmektedir. Yenidoğanda travma, enfeksiyon, polisitemi, koagülopati ile ilişkilendirilmiştir. Fetal yaşamda etiyojisi bilinmemekle birlikte dural sinüsün malformasyonları trombüs oluşumuna neden olabilir. İntrauterin en sık görülen serebral trombotik hadisedir. Ultrasonda dopplerde kanlanmayan tromboz supratentoryal bölgede izlenir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tanıyı doğrulama ve kraniyal patolojileri ayırt etmede tamamlayıcıdır. Literatürde spontan rezolüsyona uğrayan vakalar olduğu gibi ventrikülomegali, parankim hasarı ve postpartum nörolojik komplikasyonlar ile birliktelik gösteren kötü prognozlu olgular da bildirilmiştir. Bu yüzden klinisyenler arasında terminasyon veya gebeliğin devamı konusunda görüş ayrılıkları bulunmaktadır. %10 intrauterin fetal kayıp riski vardır.

Olgu: 29 yaş, G2P1, 21.gebelik haftasında fetal kraniyal kitle nedeniyle kliğimize refere edilen hastaya yapılan ultrasonda haftasıyla uyumlu tekil fetüste posterior fossada, supratentoriyal, dopplerde kanlanma göstermeyen 14x9.8x9.3 mm heterojen ekojenitede lezyon izlendi, diğer kraniyal yapılar doğal izlendi (Resim 1,2). Annede alerjik astım mevcut olup multivitamin dışında ilaç kullanımı yoktu. Akraba evliliği, travma öyküsü yoktu. Anne kan grubu ORh (-) olup eşiyile arasında rh uyumsuzluğu vardı. Laboratuvar testlerinde TORCH negatif olup, hematolojik panelde anormallik yoktu. Torkular herofili trombozu tanısı ile takip edilen hastadan 24.haftada çekilen fetal MRG tanıyı destekledi, lezyon 3x1cm boyutlarında izlendi (Resim 3,4). Aileye perinatoloji ve pediatrik nöroloji tarafından danışmanlık verildi. 25.gebelik haftasında gestasyonel diyabet tanısı aldı, diyetle kan şekeri regülasyon sağlandı. Takipte trombüs boyutu kısmen küçüldü, ek kraniyal patoloji gelişmedi. Hasta gebeliğin 35. haftasında olup halen kliniğimizde takibe devam etmektedir.

Tartışma: Torkular herofili trombozu tanısı ultrason ile konulur, MRG de destekleyicidir. Trombozun şiddetine göre aileye tüm riskler ve prognoz hakkında detaylı danışmanlık verilmelidir. Eşlik eden intrakraniyal patolojiler açısından dikkatli olunmalı ve hastalar seri ultrasonografik muayene ile takip edilmelidir.

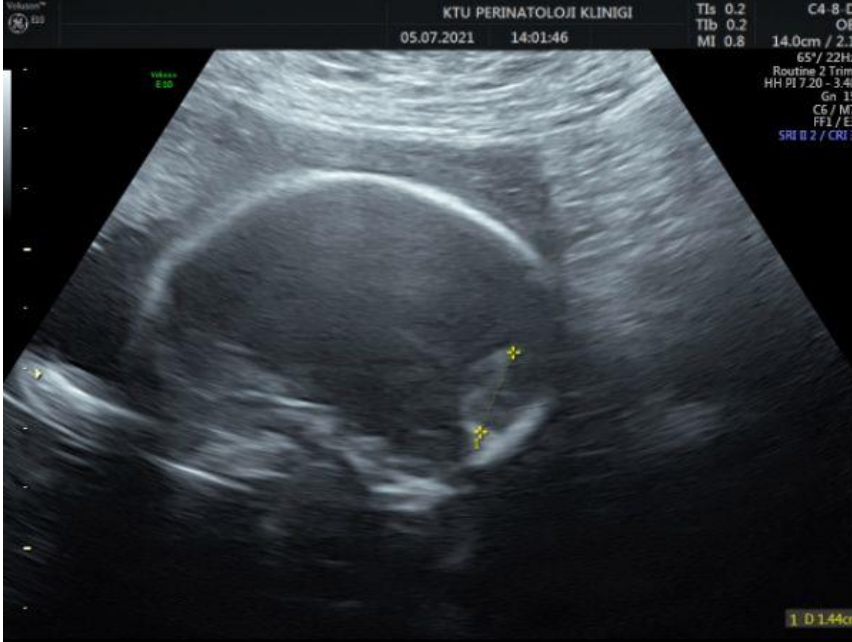
Anahtar Kelimeler: Dural sinüs malformasyonu, prenatal tanı, posterior fossa anomalileri, torkular herofili trombozu, ultrason

Resim 1



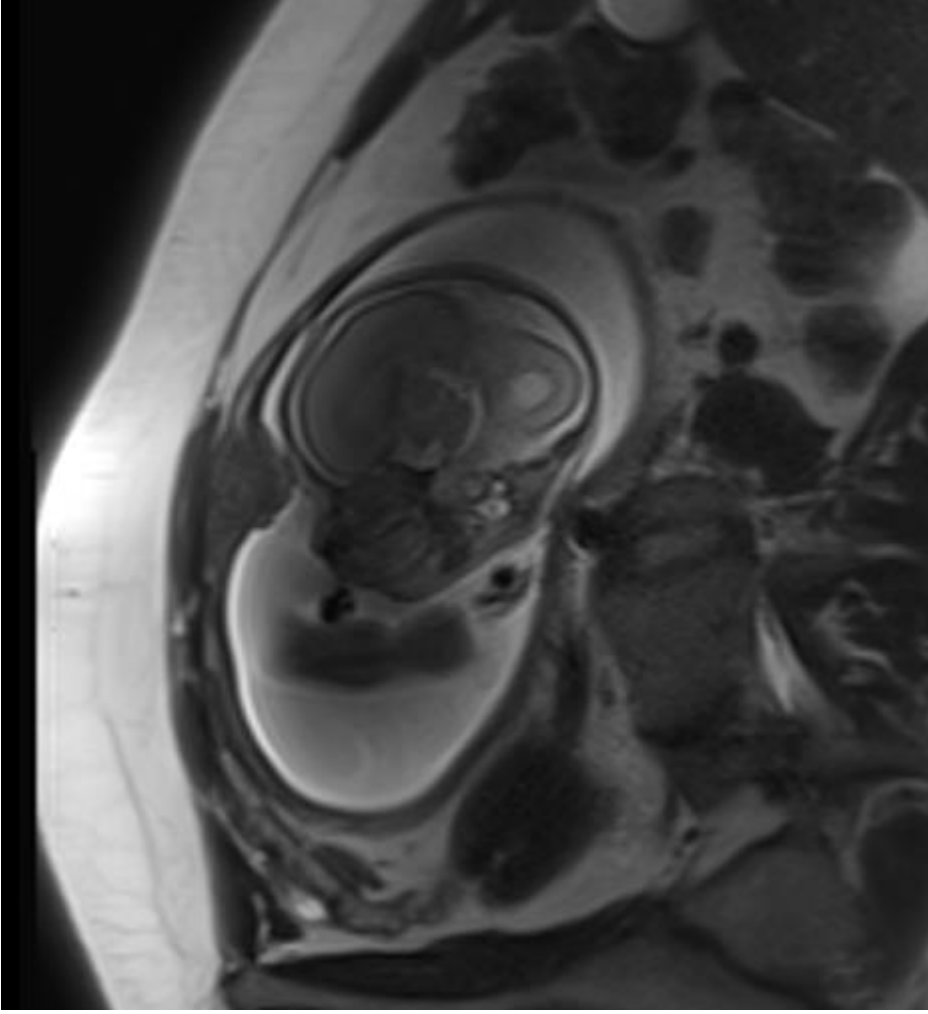
Aksiyal plan, posterior fossa, dışta hiperekoik ortası hipoekoik trombüs.

Resim 2



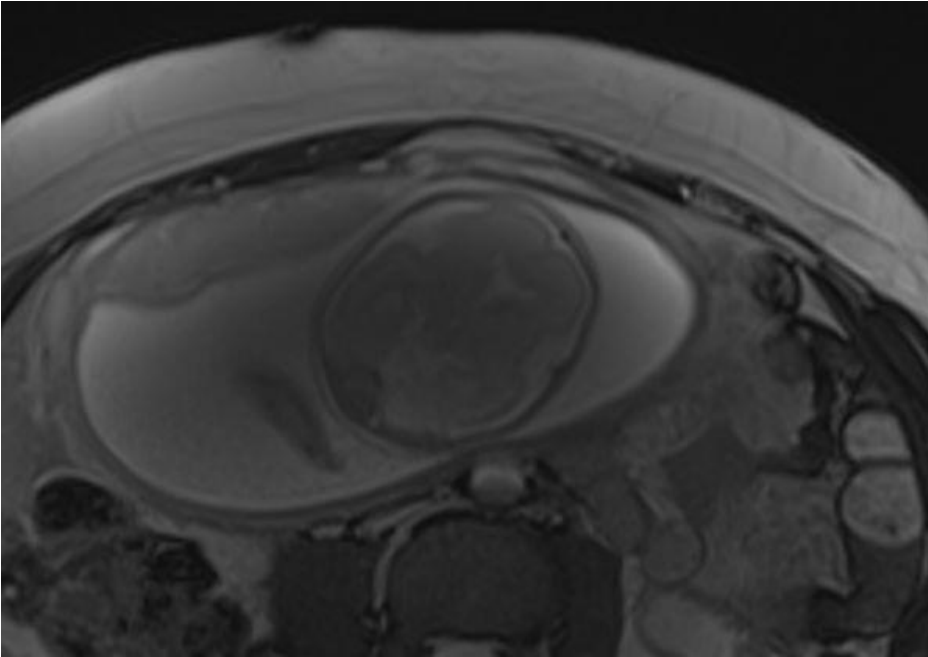
Midsagittal plan, posterior fossa, dışta hiperekoik ortası hipoekoik trombüs.

Resim 3



T2 ağırlıklı, hipointens trombüs, Fetal Manyetik Rezonans görüntüleme, midsagittal plan.

Resim 4



T2 ağırlıklı, hipointens trombüs, Fetal Manyetik Rezonans görüntüleme, aksiyal plan.

İntrauterin Dönemde Progresyon Gösteren Lenfanjioma Vaka Sunumu

Rukiye Kızıllırmak¹, Miraç Özalp¹, Mehmet Albayrak¹, Zehra Emir², Gül Şalcı³, Turhan Aran¹, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Trabzon

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

³Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Trabzon

Amaç: 3.trimesterde ortaya çıkan, canlı doğumla sonuçlanan fetal lenfanjiomanın tanı alma sürecini prenatal ve postnatal bulguları ile sunmak.

Giriş: Lenfanjioma, lenfatik sistemin konjenital malformasyonudur. Lenfatik damarlarla venöz sistem arasında bilinmeyen bir nedenle bağlantının oluşmamasına bağlı olarak gelişir. Kistik lenfanjioma, genellikle boyun ve aksillada ortaya çıkar, daha az oranda meme dokusu, abdomen, mediasten, orbita, paratiroid ve ekstremitelerde de görülebilir. Tek bir yerde olabileceği gibi farklı bölgelerde birden fazla sayıda görülebilir. İntrauterin spontan regrese olabildiği gibi nonimmün hidrops, abortus ve intaruterin kayıp gibi durumlarla da komplike olabilir. Büyük boyutlara ulaşan kitlelerde oluşabilecek hava yolu komplikasyonları nedeniyle doğum sonrası acil müdahale ihtiyacı olabilir.

Olgu: 31yaş, G1P0, hasta gebeliğinin 30.haftasında fetal boyunda kitle nedeniyle kliniğimize refere edildi. Tıbbi öyküsünde bir özellik yoktu. Dış merkez takibinde 1.trimester tarama testinde kombine riski 1/7502 olup anomali taramasında gross anomali izlenmemiş. Kliniğimizde yapılan ultrason muayenesinde gebelik haftası ile uyumlu fetüsün boynunda sağda 44x39x26mm boyutlarında, renkli dopplerde kanlanma göstermeyen, multiloküle kistik kitle izlendi. Pediatrik cerrahi konseyinde anöploidi riski ve gebelik prognozu hakkında aile bilgilendirildi. Aile invaziv tanısı test yaptırmak istemedi. Haftalık seri ultrasonografi takibi yapıldı. Kitle 38.haftada 8x5x4cm boyutlarına ulaştı (Resim 1,2). Lenfanjioma ön tanısı ile takip edilen hasta 38.haftada tek, canlı erkek bebek, APGAR 1.dk 7 ve 5.dk 8, 3390g, distosi ve olası trakea basısı riski nedeniyle C/S ile doğurtuldu (Resim 3). Doğum sonrası 4 gün yenidoğan yoğun bakımda takip edilen bebek, 10.günde taburcu edildi. Doğum sonrası yapılan karyotip analizi doğal olarak raporlandı. Postop 1. ayda opere edilen bebeğin lenfanjioma tanısı histopatolojik olarak doğrulandı.

Tartışma: Kistik lenfanjiomalar izole olabileceği gibi özellikle kromozomal anomalilere eşlik edebilir. Ayrıca %43-75 oranında non-immün hidropsa neden olabilmektedir. Kist içerisindeki yüksek protein konsantrasyonunun hipoproteinemi yaparak yaygın ödeme neden olduğu ileri sürülmektedir. Büyük lenfanjiomalar bası yaparak postnatal solunum ve beslenme sorunlarına neden olabilmektedir. Prenatal tanı ile olası riskler öngörülerek planlama yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Fetal boyunda kitle, lenfanjioma, nonimmün hidrops, prenatal tanı, ultrason

Resim 1



Boyunda lokalize multikistik kitle.

Resim 2



Gebeliğin 38. haftasında en büyük çapı yaklaşık 8 cm'e ulaşan multikistik lenfajiomu.

Resim 3



Doğum sonrası entübe edilen yenidoğan, boyunda sağda kistik kitle.

Juvenil Behçet Hastalığı: Olgu Sunumu

Nur Gözde Kulhan, Ayşegül Ermiş

Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Konya

Amaç: Behçet Hastalığı kronik rekürren, multisistemik bir ilerleyişe sahip, her boyuttaki ven ve arterleri tutabilen vaskülitik bir sendromdur. Hastalığın sık görülen klinik bulguları tekrarlayan oral ve/veya genital aftöz ülserler, deri, göz, eklem, sindirim ve merkezi sinir sistemindeki yangısal lezyonlardır. Hastalık ortalama olarak dördüncü dekat gibi ortaya çıkmakla beraber nadir olarak çocukluk yaş grubunda da tespit edilebilmektedir ve tüm olguların ancak % 1-3'ü çocuk hastadır. Bu yazıda Behçet hastalığının çok nadir görüldüğü çocukluk çağında aftöz genital ülserasyonlarla kliniğinin prezente olabileceğine dikkat çekilmek istenmiştir.

Yöntem: Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 2021 nisan ve mayıs ayında kliniğimize aftöz genital ülserasyonla başvuran pediatrik yaş grubundaki vakalar retrospektif olarak incelenmiştir. Klinik özellikleri ve laboratuvar bulguları tedavi yaklaşımları kaydedilmiştir.

Bulgular: Vakamız on üç yaşında bayan hasta ağırlı genital kızarıklık yara şikâyetleri ile hastanemize başvurdu. Hastanın öz geçmişine göre her yıl bir iki defa oral aftları oluyormuş. Genital lezyonu labium minoranın iç yüzünde ağırlı beyaz ülserasyon şeklinde başlamış ve bir iki gün içinde siyah krutlar oluşmuş. Hastanın soy geçmişinde Behçet hastası olan kuzenini varmış. Hastanın genel durumu iyi, sistem muayeneleri normaldi. Fizik muayenesinde genital ülserasyon dışında bulguya rastlanmadı. Hastanın laboratuvar değerlendirmesinde tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testleri elektrolit değerleri karaciğer enzimleri normal ancak akut faz değerleri yüksek saptandı. Hasta dermatoloji bölümüne danışıldı. Göz hastalıklarına konsülte edildi. Üveit lehine herhangi bir bulgu saptanmadı. HLA B51 HLA B5 tetkikleri ve paterji testi yapıldı. Hastaya colchicum dispert 2x1 tek doz steroid tedavisi dermatoloji önerisi ile başlandı.

Sonuç: Bu çalışmanın amacı Behçet hastalığı olan pediatrik hastaların kadın hastalıkları ve doğum kliniklerine genital ülserasyonlarla başvurabileceği ve genital ülserasyonları değerlendirirken Behçet hastalığının da akılda tutulması gerektiği; juvenil Behçet hastalığında erken tanı tedavinin mortalite ve morbidite açısından önemini vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: aftöz, genital, ülserasyonlar, Juvenil, Behçet, hastalığı

Juvenil Behçet Genital Lezyon



Şekil 1: On üç yaşında kız çocuk vulva ülserasyonu ,krut

Juvenil Behçet Genital Lezyon



Şekil 2: On üç yaşında kız çocuk vulvada genital ülserasyon ,Behçet lezyonu

Antenatal Tanı Alan Unilateral Renal Agenezi Olgusu

Ayla Eser, Sahila Safarova, Hasan Hüseyin Uçkan, Cem Terece, Gökçe Turan, Mustafa Raşit Özler, Tuncay Nas, Mehmet Zeki Taner
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Yazımızda antenatal olarak sıklıkla gözden kaçabilen ama dikkatli bir değerlendirme ile kolaylıkla tanı koyulabilecek bir olgu; unilateral renal agenezi olgusu sunulmuştur.

Yöntem: Son adet tarihi(SAT)ne göre 12hf3g gebe iken yapılan obstetrik ultrasonografi (USG)de tek umbilikal izlenen ve 22.hfda detaylı USG incelemesinde sağ unilateral renal agenezi tanısı alan olgu paylaşılmıştır.

Bulgular: SAT'a göre12hf3g gebe iken yapılan obstetrik ultrasonografi (USG)de tek umbilikal izlenen ve Doppler USG de sağ renal arteri net olarak izlenemeyen ve sağ unilateral renal ageneziden şüphelenilen olguya 21hf 3gde detaylı USG yapılmıştır. Değerlendirmede; gebelik haftası ile uyumlu, tek, canlı, kız fetüs; diğer organ ve sistemlerde ek bir anomali tespit edilmezken, sağ renal fossanın boş olduğu, Doppler ultrasonografide sağ renal arterin ve sağ umbilikal arterin olmadığı ve amniyon sıvısının normal olduğu tespit edilmiştir. Olgunun antenatal tarama testleri (1. trimester kombine test, 2. trimester AFP tarama testi, oral glukoz tolerans testi) normal olarak tespit edilmiştir. Antenatal takiplerinde sorun olmayan olgu SAT göre 39hafta 6 günlük gebe iken spontan vajinal yolla 3170gr, canlı kız bebek doğurmuştur. Bebeğin postnatal yapılan tüm abdomen USG; "Sağ böbrek izlenmedi (agenezi?), sol böbrek normal şekil ve büyüklükte, parankim kalınlığı, ekojenitesi normal ve toplayıcı sistemde dilatasyon saptanmamıştır" şeklinde rapor edildi. Bebeğin postnatal böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitleri (BUN:4.61mg/dl, Kreatinin:0.56mg/dl, Na:142mmol/L, K+:4.44mmol/L) normal olarak tespit edilmiştir.

Tartışma: Renal agenezi, renal parankim dokusunun doğumsal yokluğu olup, metanefrik blastem ile üreteral tomurcuk arasındaki indüksiyon yokluğundan kaynaklanır. Unilateral renal agenezinin antenatal tanı sıklığı 1/8000 gebelik iken doğumda görülme sıklığının 1/1000-2000 olması, antenatal gözden kaçma olasılığının ne kadar yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ayırıcı tanıda pelvik böbrek, asimetric atnalı böbrek, crossed fused ektopi mutlaka araştırılmalı, eşlik edebilecek yapısal ve kromozomal anomaliler açısından (kulak, vertebra, kardiyak, genitoüriner, gastrointestinal, eksteremite vb.) fetüs detaylı olarak incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: agenezi, prenatal, renal, unilateral, usg

Boş Sağ Renal Fossa



sağ böbrek izlemiyor

Sağ Renal Arter Yokluğu



doppler usgde sağ renal arter izlenmiyor

[PS-74]

Nadir Bir Olgu: Retroperitoneal Kistik Lenfatik Malformasyon

Ayla Eser, Deniz Karcaaltıncaba, Nuray Bozkurt

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

Amaç: Lenfatik malformasyon(LM)lar, lenfatik sistemin nedeni bilinmeyen ve çeşitli anatomik lokalizasyonlarda görülebilen (75% nukal, 20% aksiller, 5% diğer; mediasten, retroperiton, eksteremite vb) konjenital malformasyonlarıdır. Abdominal LMler tüm yenidoğan LMlerin %2'sini oluşturur. Literatürde yayınlanmış sadece 14 retroperitoneal LM olgusu mevcuttur. Yazımızda nadir rastlanan özellikle abdominal kistik kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken retroperitoneal kitle; kistik lenfatik malformasyon olgusu sunulmuştur.

Yöntem: Sol hidronefroz ön tanısı ile yönlendirilen, değerlendirmeler sonucu retroperitoneal kistik lenfatik malformasyon ön tanısı koyulan, primigravid olgu paylaşılmıştır.

Bulgular: Daha önce yapılan obstetrik kontrolleri, tarama testleri normal olan olgu, SAT'a göre 28hf 3gün gebe iken yapılan ultrasonografi(USG)de sol hidronefrozdan şüphelenilmesi üzerine kliniğimize yönlendirilmiştir. Yapılan ultrasonografik değerlendirmede; haftası ile uyumlu, tek, canlı, erkek fetüs; diğer organ ve sistemler, her iki böbrek ve toplayıcı sistem normal olarak değerlendirilmiş olup sol renal pelvis seviyesinden başlayıp sol retroperitoneal bölgeden pelvis doğru uzanım gösteren, aortayı anteriora deplase ederek sol pelvik yan duvarda sonlanan 53x40x25mm, lobule konturlu, septalı, Doppler USGde avasküler, multiloküle kistik kitle lezyonu izlenmiştir. Kistik lenfatik malformasyon ön tanısı ile hasta takibe alınmış, fetal MRI; Renal hilus düzleminden başlayarak, sol yarıda retroperitonu dolduran, abdominal aortayı anteromediale deplase eden, iliak vasküler yapıları sarıp pelvis uzanan 4.5x3.5x2cm, septayonlu, lobule, kistik lezyon (kistik lenfatik malformasyon?) şeklinde raporlanmıştır. Antenatal takiplerde kitle boyutunda belirgin değişiklik izlenmemiştir. SAT'a göre 38hfda sezaryen ile 3145gr erkek bebek 9/9 apgarla doğurtulmuş, postnatal 1.gün ve 1.ay USG; aynı lokalizasyonda 62-66x30x29mm makrokistik/mikrokistik alanlar içeren kitle (kistik lenfatik malformasyon?) şeklinde raporlanmıştır.

Sonuç: Kromozomal ve yapısal (cilt ödemi, hidrops, polihidramnios) anomalilere eşlik edebilmesi nedeniyle prenatal tanı ve danışmalık verebilmek, endike olgularda terminasyon seçeneği sunabilmek, perinatal ve postnatal yönetimi doğru planlayabilmek için abdominal LMlerin antenatal tanısı önemlidir. Ayırıcı tanıda abdominal kistik lezyonlar; özellikle basit renal kist, hidronefroz, multikistik displastik böbrek, üreterosel, hidrokolpos, retroperitoneal kistik teratom, fetus in fetu, akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Abdominal, lenfatik, malformasyon, prenatal, tanı

Doppler USG de Aortayı Anteriora Deplase Eden Kitle



aortun deplase görüntüsü

Sol Hidronefroz Zannedilen Görsel



sol renal pelvis seviyesinden başlayan LM

Sol Pelvik Yan Duvara Uzanan Kistik Kitle Lezyonu



sol pelvik yan duvara uzanan kistik kitle lezyonu

[PS-75]

Karın Ön Duvarının Nadir Bir Malformasyonu; Ekstrofia Vezika Olgusu

Sahila Safarova, Ayla Eser, Cem Terece, Hasan Hüseyin Uçkan, Gökçe Turan, Mustafa Raşit Özler, Tuncay Nas, Mehmet Zeki Taner
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Ekstrofia vezika; alt abdominal duvarın kapanma yetersizliğidir. Açık olan ön duvardan mesane arka duvarı öne doğru protrüde olur. Nadir görülmesi (1/30.000 doğum) nedeniyle akılda tutulmadığında kolaylıkla gözden kaçabileceği unutulmamalıdır. Yazımızda geç tanı alan ekstrofia vezika olgusu sunulmuştur.

Yöntem: Son adet tarihi (SAT) ne göre 23hf5gün gebe iken yapılan rutin obstetrik ultrasonografi (USG)de mesanenin izlenmemesi üzerine detaylı USG yapılan ve ekstrofia vezika tanısı alan olgu paylaşılmıştır.

Bulgular: SAT'a göre 23hf5g gebe iken yapılan USGde gebelik haftası ile uyumlu, tek, canlı, fetüs izlenmiş olup, umbilikal kord insersiyonunun inferiora yer değiştirdiği, eksternal genitalya daha çok kız fetüsü düşündürmekle birlikte birbirinden daha ayrık izlenen labia majoralar, geniş fallus (ambigius genitale?) ve amniyon sıvı miktarı normal olarak izlenmiştir, diğer organ ve sistemlerde eşlik eden anomaliye rastlanmamıştır. Olgunun birinci trimester kombine test sonucu ve fetal cinsiyetin tam olarak belirlenememesi nedeniyle yapılan amniyosentez sonucu (46,XX normal konstitüsyonel karyotip) normal olarak raporlanmıştır. SAT'a göre 38hf3g iken sezaryenle bir adet makat prezente 2920gr, canlı, kız bebek doğurtuldu. Fizik muayenede karın ön duvarında, umbilikal kordun hemen altında, yaklaşık 2x2cm boyutlarında kitle; açık olan mesane ön duvarından arka duvarın protrüde olarak oluşturduğu kitle izlendi. Mesane trigonu ve her iki üreter orifisi normal, anterior forşet bütünlüğü bozulmuş, labia majoralar birbirinden ayrık, her iki tarafta hemiklitoris ve iki vajen girişi, anüs ve anal açıklık normal olarak izlendi. Yapılan postnatal tüm abdomen USG, ekokardiyografi, Pelvis X-Ray (symfisis diastazi izlenmedi) normaldi.

Sonuç: Ekstrofia vezika; obsterik USGde mesanenin izlenemediği, ambigius genitalya ve özellikle amniyon sıvısının normal olarak izlendiği olgularda mutlaka akılda tutulması gereken, eşlik edebilecek kromozomal ve konjenital anoamaliiler açısından dikkatli olmayı ve detaylı incelemeyi gerektiren ciddi bir malformasyondur. Gözden kaçması durumunda hem bireyin kendisinde hem de ailede yoğun fiziksel ve psikolojik travmaya neden olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ekstrofiavezika, Karınöndefekti, malformasyon, prenatal, USG

Ekstrofia Vezika Kesesinin Postnatal Görüntüsü



ekstrofia vezika kesesinin postnatal görüntüsü

Ekstrofia Vezikaya Eşlik Eden Anormal Eksternal Genitalya



ekstrofia vezikaya eşlik eden anormal eksternal genitalya