

PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com

Cilt 21 | Supplement | Eylül 2013



XIV.

Ulusal Perinatoloji Kongresi

19-22 Eylül 2013, Sarıgerme - Muğla

Bildiri Özetleri

Perinatal Tıp Vakfı
Türk Perinatoloji Derneği
Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Derneği
Yayın Organıdır

deomed®



PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com

Cilt 21 | Supplement | Eylül 2013

Editör

Cihat Şen

İstanbul, Türkiye

Yardımcı Editörler

Murat Yayla

İstanbul, Türkiye

Oluş Api

İstanbul, Türkiye

Danışma Kurulu

Abdallah Adra, *Beyrut, Lübnan*
Arif Akşit, *Eskişehir, Türkiye*
Aris Antsaklis, *Atina, Yunanistan*
Saadet Arsan, *Ankara, Türkiye*
Abdel-Latif Ashmaig, *Hartum, Sudan*
Alev Atış-Aydın, *İstanbul, Türkiye*
Ahmet Baschat, *Baltimore, MD, ABD*
Ahmet Başaran, *Konya, Türkiye*
Yeşim Baytur, *Manisa, Türkiye*
Lous Cabero-Roura, *Barselona, İspanya*
Manuel Carrapato, *Porto, Portekiz*
Jose M. Carrera, *Barselona, İspanya*
Julene Carvalho, *Londra, İngiltere*
Rabih Chaoui, *Berlin, Almaya*
Frank Chervenak, *New York, NY, ABD*
Bülent Çakmak, *Tokat, Türkiye*
Filiz Çayan, *Mersin, Türkiye*
Ebru Çelik, *Malatya, Türkiye*
Vincenzo D'Addario, *Bari, İtalya*
Nur Danışmend, *İstanbul, Türkiye*
Cansun Demir, *Adana, Türkiye*
Jan Deprest, *Leuven, Belçika*
Ebru Dikensoy, *Gaziantep, Türkiye*
Gian Carlo DiRenzo, *Perugia, İtalya*
Tony Duan, *Shanghai, Çin*
Joachim Dudenhausen, *Berlin, Almanya*
Alaa Ebrashy, *Kahire, Mısır*
Elif Gül Yapar Eyi, *Ankara, Türkiye*
Ali Gedikbaşı, *İstanbul, Türkiye*
Ulrich Gembruch, *Bonn, Almanya*
Anne Greenough, *Londra, İngiltere*
Gökhan Göynümer, *İstanbul, Türkiye*
Arif Güngören, *Hatay, Türkiye*
Melih A.Güven, *İstanbul, Türkiye*
Joseph Haddad, *Paris, Fransa*
Davor Jurkovic, *Londra, İngiltere*
Oliver Kagan, *Tübingen, Almanya*
Ömer Kandemir, *Ankara, Türkiye*
Burçin Kavak, *Elazığ, Türkiye*
Ischiro Kawabata, *Osaka, Japonya*
Selahattin Kumru, *Düzce, Türkiye*

Asım Kurjak, *Zagreb, Hırvatistan*
Nilgün Kültürsay, *İzmir, Türkiye*
Malcome Levene, *Leeds, İngiltere*
Narendra Malhotra, *Agra, UP, Hindistan*
Giampaolo Mandrizzato, *Trieste, İtalya*
Alexandra Matias, *Porto, Portekiz*
Ratko Matijevic, *Zagreb, Hırvatistan*
Israel Meizner, *Tel Aviv, İsrail*
Mohammed Momtaz, *Kahire, Mısır*
Giovanni Monni, *Cagliari, İtalya*
Ercüment Müngen, *İstanbul, Türkiye*
Kypros Nicolaides, *Londra, İngiltere*
Lütfü Önderoğlu, *Ankara, Türkiye*
Soner Recai Öner, *İzmir, Türkiye*
Okan Özkaya, *Isparta, Türkiye*
Alexander Papitashvili, *Tiflis, Gürcistan*
İbrahim Polat, *İstanbul, Türkiye*
Ritsuko Pooh, *Osaka, Japonya*
Ruben Quintero, *Tampa, FL, ABD*
Nebojsa Radunovic, *Belgrad, Sırbistan*
Guiseppe Rizzo, *Roma, İtalya*
Roberto Romero, *Detroit, MI, ABD*
Levent Saltık, *İstanbul, Türkiye*
Haluk Sayman, *İstanbul, Türkiye*
Mekin Sezik, *Isparta, Türkiye*
Yunus Söylet, *İstanbul, Türkiye*
Milan Stanojevic, *Zagreb, Hırvatistan*
Florin Stomatian, *Cluj, Romanya*
Jiri Sonek, *Dayton, OH, ABD*
Turgay Şener, *Eskişehir, Türkiye*
Stephen Robson, *Newcastle, İngiltere*
Alper Tannıverdi, *Aydın, Türkiye*
Ebru Tarım, *Adana, Türkiye*
Neslihan Tekin, *Eskişehir, Türkiye*
İlan Timor-Tritsch, *New York, NY, ABD*
Seyfettin Uludağ, *İstanbul, Türkiye*
Liliana Voto, *Buenos Aires, Arjantin*
Miroslaw Wielgos, *Varşova, Polonya*
Simcha Yagel, *Tel Aviv, İsrail*
Ahmet Yalınkaya, *Diyarbakır, Türkiye*
Vica Zalud, *Honolulu, HI, ABD*

İsimler soyadı sırasına göre yazılmıştır.

Perinatal Tıp Vakfı, Türk Perinatoloji Derneği,
Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Derneği yayın organıdır



Yazışma Adresi: Perinatoloji Dergisi, Perinatal Tıp Vakfı,
Cumhuriyet Cad. 30/5 Elmadağ, Taksim 34367 İstanbul
Tel: (0212) 225 52 15 • **Faks:** (0212) 225 23 22 • **e-posta:** editor@perinataldergi.com
Perinatoloji Dergisi elektronik sürümü (e-ISSN: 1303-3132) www.perinataldergi.com

deomed®



Kapsam

Perinatoloji Dergisi'ne gönderilecek yazılar hakem değerlendirmesine alınan aşğıdaki dergi bölümlerinden birine yönelik hazırlanmalıdır:

- Klinik Araştırma
- Deneysel Çalışma
- Olgu Sunumu
- Teknik Not
- Editöre Mektup

Bunların dışında dergide, hakem değerlendirmesi sürecine girmeyen ve Editör Kurulu tarafından düzenlenen ya da çağrılı yazıların yer aldığı bölümler bulunur:

- Editörden
- Görüş
- Derleme
- Bildiri Özetleri
- Duyurular
- Düzeltme

Yazı Değerlendirme Süreci

Dergide yayımlanmak üzere gönderilen yazılar, daha önce başka bir yayın organında yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Buna ilişkin yazılı beyan, iletişimden sorumlu yazar aracılığı ile elektronik olarak alınmaktadır (onay metni, IP adresi, tarih ve saat elektronik olarak kaydedilmektedir). Diğer yazarlar ile ilgili sorumluluk, iletişimden sorumlu yazara aittir. Herhangi bir bilimsel toplantıda daha önce sunulmuş çalışmalarda toplantı adı, tarihi ve yeri belirtilmelidir.

Ön incelemeden geçirildikten sonra değerlendirme için kabul edilen yazılar en az iki hakem tarafından incelenir. Dergi Editörleri hakemlerin önerilerini de dikkate alarak makalenin kabul veya reddi konusunda son kararı verir. Yayın kullarına uymayan yazıları yayımlanmamak, düzeltmek üzere yazara geri göndermek, biçimce düzenlemek, iletişimden sorumlu yazarın izni ile düzeltmek ya da kısaltmak yetkisine sahiptirler. Dergi Editörlerinin bir makaleyi, yazar tarafından yerine getirilen düzeltmelerin sonrasında da reddetme hakkı vardır. Bunun yanı sıra yazarlardan gönderdikleri makale ile ilgili ek veri, bilgi ve belge istenebilir; yazar(lar) gereğinde bu editöryal talepleri karşılamak zorundadır.

Etik ile İlgili Konular

Yazar(lar), insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcı bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formu alındığını yazılarında belirtmeli ve çalışmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu veya eşdeğeri bir kuruldan alınan onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunumlarında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayın amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösterir bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri işlenmiş şekline uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak alınmış olmalıdır. Hayvanlar üzerindeki sonuçları bildiren deneysel çalışmaların, Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi, Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Omurgalı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Konvansiyonu (European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose), T.C. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlar İçin Kullanılan Deney Hayvanlarının Üretim Yerleri ile Deney Yapacak Olan Laboratuvarın Kuruluş Çalışma Denetleme Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Laboratuvar Hayvanları Biliminin Temel İlkeleri (Principles of Laboratory Animal Science), laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanılmasıyla ilgili el kitaplarında yer alan kural ve ilkelere uygun olarak ve çalışmanın yapıldığı kurumda mevcut ise, Deney Hayvanları Etik Kurulu'ndan alınacak onay sonrasında yapılmış olması gerekir. Etik Kurul onayı yazı ile birlikte sunulmalıdır. Yazılarda, insan ve hayvanlarda yapılan çalışmalarda kullanılan ameliyat sonrası ağrı giderici tedavi yöntemleri hakkında da bilgi verilmelidir.

Yazarlar ayrıca, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çatışması (*conflict of interest*) veya rekabet (*competing interest*) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel örtüşme konuları yayının gönderildiği sırada başvuru mektubunda belirtilmelidir. Derginin Çıkar Çatışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çatışması durumunda kullanılabilir Çıkar Çatışması Beyan Formu için bkz. www.perinataldergi.com.

Perinatoloji Dergisi, bilimsel yayın etiğinin kötüye kullanımı ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda Committee on Publication Ethics (COPE) akış şemalarını temel almaktadır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için bkz. www.publicationethics.org.

Yazıların Hazırlanması

Perinatoloji Dergisi'ne gönderilecek Türkçe yazı metinlerinin Türk Dil Kurumu'nun yazım kılavuzuna uygun olması ve dilimize yerleşmiş yabancı terimlerin kendi yazım kurallarımıza göre kullanılması gerekir. Değerlendirmeye gönderilecek yazıların hazırlanmasında aşağıda belirtilen kurallar dışında, biyomedikal alanda yaygın kullanılan, Uluslararası Tıp Dergileri Editörleri Komitesi'nin (ICMJE) önerdiği ortak kurallar (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*) temel alınmalıdır (www.icmje.org).

Yazarların makalelerini hazırlarken çalışma tasarımlarının olabildiğince, randomize kontrollü çalışmalar için CONSORT, gözlemsel çalışmalar için STROBE, tanısal doğrulama çalışmaları için STARD ve sistematik derleme ya da meta analizler için PRISMA kılavuzlarına uygun bir şekilde sunulmuş olması arzu edilmektedir.

Yazarlık ve Yazıların Uzunluğu

Yazar(lar) "çalışmayı tasarlama", "verileri toplama", "verileri inceleme", "yazıyı yazma" ve "verilerin ve analizlerin doğruluğunu onaylama" aşamalarından en az 3 tanesine katılmalı ve bu durumu "Yazarlık Beyanı ve Telif Hakları Devir Mektubu"nda beyan etmelidirler. Bu ön koşulu yerine getiremeyenler yazar olarak çalışmada yer almamalıdır.

Araştırma yazıları klinik ve deneysel çalışmalara dayanan yazılardır. En fazla 6 yazar ismi olmasına gayret edilmeli ve 4000 sözcüğü (16 sayfa) geçmeyecek şekilde yazılmalıdır.

Olgu sunumları ilginç olguların ve tedavi şekillerinin sunumlarıdır. En fazla 5 yazar ismi olmasına gayret edilmeli ve 2000 sözcüğü (8 sayfa) geçmeyecek şekilde yazılmalıdır.

Derleme yazılar ancak dergi tarafından davet edilen yazarlar tarafından yapılır; 4000 ile 5000 sözcük (20 sayfa) içeren, belirli bir konuyu son gelişmeler ışığında ele alan ve literatür sonuçlarını sunan yazılardır.

Yorum yazıları davetli yazarlar tarafından yapılır. Tartışılan bir konu üzerinde en fazla 10 kaynak içeren ve 2000 sözcüğü (8 sayfa) geçmeyen ve yazarın o konudaki yorumuna ağırlık veren yazılardır.

Teknik Not sınıfı yazılar yeni geliştirilen bir tanı ya da tedavi yöntemini kısaca tanıtmayı amaçlayan, en fazla 10 kaynak içeren ve 2000 sözcüğü (8 sayfa) geçmeyen yazılardır.

Editöre Mektup: Dergide çıkan yazılara yönelik yazılardır; 500 sözcüğü (2 sayfa) ve 10 kaynağı aşmamalıdır.

Yazıların Bölümleri

Yazılarda bulunması gereken bölümler sırası ile şunlardır ve her biri ayrı sayfada başlayacak şekilde sunulmalıdır:

Sayfa 1 - Başlık sayfası

Sayfa 2 - Özet ve Anahtar Sözcükler

Sayfa 4 ve sonrası - Temel Metin

Sonraki Sayfa - Kaynaklar

Sonraki Sayfa - Tablo Yazısı ve Tablo (her tablo ayrı sayfada belirtilmelidir)

Sonraki Sayfa - Şekil/Resim Altı Yazısı ve Şekil/Resimler (her şekil/resim ayrı sayfada belirtilmelidir)

Son Sayfa - Ekler (hasta ya da anket formları vb.)

Başlık Sayfası

Başlık sayfasında makalenin başlığı bulunmalıdır. Başlık dikkatle seçilmeli ve makale içeriğini en iyi şekilde yansıtmalıdır. Standart dışı kısaltma kullanılmamalıdır. Başlık sayfasında ayrıca yazının, dergide yayımlandığından devam sayfalarının üst tarafında görünmesi arzu edilen ve 40 karakteri geçmeyen kısaltılmış başlığı belirtilmelidir.

Özet Sayfası

Özetler kısaltma ve kaynak içermemeli, aşağıda belirtilen kurgu ve sırada hazırlanmalıdır.

— **Araştırma yazılarında** en fazla 250 sözcükten oluşmalı ve her biri bir paragraf olacak şekilde standart 4 başlık altında sunulmalıdır: Amaç, Yöntem, Bulgular, Sonuç. Özeti takiben her bir özet sayfasına, aralarında virgül olacak şekilde dizilmiş ve her biri küçük harfle yazılmış en fazla 5 anahtar sözcük eklenmelidir.

— **Olgu sunumlarında** en fazla 125 sözcükten oluşmalı ve her biri bir paragraf olacak şekilde standart 3 başlık altında sunulmalıdır: Amaç, Olgu, Sonuç. Özeti takiben her bir özet sayfasına, aralarında virgül olacak şekilde dizilmiş ve her biri küçük harfle yazılmış en fazla 3 anahtar sözcük eklenmelidir.

— **Derleme yazılarında** en fazla 300 sözcükten oluşmalı ve yapılandırılmamış bir paragraf şeklinde sunulmalıdır. Özeti takiben her bir özet sayfasına, aralarında virgül olacak şekilde dizilmiş ve her biri küçük harfle yazılmış en fazla 5 anahtar sözcük eklenmelidir.

— **Teknik not yazılarında** en fazla 125 sözcükten oluşmalı ve her biri bir paragraf olacak şekilde standart 3 başlık altında sunulmalıdır: Amaç, Teknik, Sonuç. Özeti takiben her bir özet sayfasına, aralarında virgül olacak şekilde dizilmiş ve her biri küçük harfle yazılmış en fazla 3 anahtar sözcük eklenmelidir.

Temel Metin

Temel metnin bölünmesi yazı tipine göre değişmektedir.

— **Araştırma yazıları** Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşmalıdır. Gereğinde her bir başlığın altına alt başlıklar açılabilir. Bu tip alt başlıkların, yazının her bölümünde homojen ve kategorisinin anlaşılabilir biçimde olmasına özen gösterilmelidir.

Giriş bölümü araştırmaya esas teşkil eden konu ana hatları ile ele alınmalı ve araştırmanın amacı belirtilmelidir.

Yöntem bölümü araştırmada kullanılan gereçler, çalışma tasarımı, klinik ve laboratuvar testler, istatistik yöntemler tanımlanmalı, etik kurallara uygunluk belirtilmelidir.

Bulgular bölümü araştırmada saptanan belirgin bulgular yazıda ele alınmalı, diğer bulgular ise ilgili tablo ve grafiklerde gösterilmelidir.

Tartışma bölümü araştırmada elde edilen sonuçlar güncel literatür bilgileri ışığında ayrıntılı olarak ele alınmalı, gereksiz ve geleceğe dönük yorumlardan ve tekrarlardan kaçınılmalıdır.

Sonuç bölümü araştırmada elde edilen sonuç kısa, açık ve çalışmanın amacı ile uyumlu bir şekilde belirtilmeli ve bunun klinik uygulamadaki yeri vurgulanmalıdır.

— **Olgu sunumları** Giriş, Olgu(lar) ve Tartışma bölümlerinden oluşur. Sunulan olgunun öyküsü detaylı verilmeli, laboratuvar testlerinin sonuçları olabildiğince tablo olarak sunulmalıdır.

— **Derleme yazıları** Giriş başlığını takiben, konunun özelliğine bağlı olarak yazar(lar) tarafından bölümlendirilir. Alt başlık kategorileri anlaşılır olmalıdır. Derlemelerin geniş literatür değerlendirmesine dayanması ve olabildiğince yazar(lar)ın kendi deneyimlerinin sunduğu bir bakış açısına sahip olması beklenir.

— **Teknik not** tipi yazılar Giriş, Teknik, Tartışma bölümlerinden oluşur. Sunulan teknik ilgili başlık altında ayrıntılı verilmeli, olabildiğince çizim ya da şekillerle desteklenmelidir.

— **Editöre mektuplar** başlıklarınımsızın hazırlanmış düz metin şeklinde olmalıdır. Metin içinde atıf yapılabilir.

Kaynaklar

Yalnızca konu ile doğrudan ilgili, olabildiğince güncel ve yeterli sayıda kaynağın kullanılmasına özen gösterilmelidir. Kaynaklar, tablo ve şekiller de dahil olmak üzere metin içerisinde geçiş sırasına göre sıralanmalı ve sıra sayıları metinde uygun yerlerde köşeli parantez içinde belirtilmelidir. Tüm kaynaklara metin içinde sıra sayısına uygun gönderme (atıf) yapılmış olduğu dikkatle kontrol edilmelidir.

Yayımlanmış veya yayın için kabul edilmiş yazılar kaynak olarak kabul edilebilir. Yayımlanmamış toplantı sunumlarının kaynak gösterilmemesi gerekir. Sadece elektronik ortamda yayımlanan dergilerdeki yazılar ile henüz basılı sayı ve sayfa numarası almaksızın çevrimiçi erken baskı olarak yayımlanmış yazıların kaynak künyelerinde dergi adını takiben DOI (*digital object identifier*) kodları mutlaka belirtilmelidir.

Dergimiz ilke olarak, makalelerde Türkçe yayınların da kaynak gösterilmesini önermektedir. Kaynak künyelerinde dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı

şekilde kısaltılmalı; burada dizinlenmeyen dergilerin adları açık olarak yazılmalıdır. Yazar sayısı altı veya daha az olduğunda tüm yazarlar verilmeli, tersi durumda ilk altı yazardan sonra "et al." eklenmelidir.

Kaynakların doğru yazımının kontrolü amacıyla, Editör Kurulu tarafından yazı değerlendirilmesinin her bir aşamasında yazar(lar)dan belirli kaynakların ilk ve son sayfa fotokopileri istenebilir. Bu istek yazar(lar)ca karşılanana kadar yazının yayımlanması beklenir.

Kaynak künyeleri aşağıda örneklediği gibi yazılmalıdır:

— **Sürelî yayın örneği:** Hammerman C, Bin-Nun A, Kaplan M. Managing the patent ductus arteriosus in the premature neonate: a new look at what we thought we knew. *Semin Perinatol* 2012;36:130-8.

— **Elektronik dergide yayımlanan sürelî yayın örneği:** Lee J, Romero R, Xu Y, Kim JS, Topping V, Yoo W, et al. A signature of maternal anti-fetal rejection in spontaneous preterm birth: chronic chorioamnionitis, anti-human leukocyte antigen antibodies, and C4d. *PLoS ONE* 2011;6:e16806. doi:10.1371/journal.pone.0011846

— **Tek yazarlı kitap örneği:** Jones KL. *Practical perinatology*. New York: Springer; 1990. p. 112-9.

— **Kitap bölümü örneği:** Sibai BM, Frangieh AY. Eclampsia. In: Gleicher N, editors. *Principles and practice of medical therapy in pregnancy*. 3rd ed. New York: Appleton&Lange; 1998. p. 1022-7.

Şekil ve Tablolar

Yazı içinde kullanılan tüm fotoğraf, grafik veya çizimler metin içinde "Şekil" olarak adlandırılır. Kullanılan tüm şekiller metin içinde gösterilmelidir. Şekillerin alt yazıları ayrı bir bölüm halinde metne eklenmelidir. Şekiller "jpeg" sıkıştırma tekniği ile ve her bir şekil ayrı bir dosyaya kaydedilerek hazırlanmalıdır. Şekiller en az 300 dpi çözünürlükte olmalıdır. Resim ve çizimlerin orijinal olmaları gerekir. Başka bir yayın içinde kullanılmış bulunan şekil ve grafiklerin dergimizde yayımlanabilmesi için, gerekli izinler yazarlar tarafından ve makale başvurusu yapılmadan önce alınmalıdır. İzin alındığını gösterir belgenin kopyası yazıyla birlikte dergiye gönderilmelidir. Hastanın kimliğinin anlaşılacağı resimlerde, hastanın ya da kanuni temsilcisinin imzalı onayı gönderilen yazıya eklenmeli, aksi halde söz konusu kişi ya da kişilerin isimleri ya da gözleri bantla kapatılmalıdır. Histolojik resimlerde büyütme oranı ve kullanılan boyama tekniği belirtilmelidir.

Tablolar her biri ayrı sayfa olarak, üstünde başlığı olacak şekilde yazının sonuna eklenebilir veya bütünlüyci dosya olarak gönderilebilir. Bütünlüyci dosya olarak gönderilen tabloların üst yazıları metne ayrı bir sayfa şeklinde eklenmelidir. Metne eklenmiş olarak gönderilen tabloların başlıkları anlaşılır şekilde ve tablonun üzerine yazılmalıdır.

Yazı Gönderimi

Değerlendirme sürecinin hızlı yürütülmesi amacıyla Perinatoloji Dergisi, yazarların çevrimiçi (*online*) yazı gönderdikleri web tabanlı bir makale gönderim ve izleme sistemi kullanmaktadır. Çevrimiçi yazı gönderim sisteminin işleyişi için www.perinataldergi.com adresini ziyaret ediniz.

Yazı Kontrol Listesi

Hazırlanan yazıların dergiye gönderilmeden önce aşağıdaki kontrol listesine göre gözden geçirilmesi önerilir:

1. Yazının uzunluğu (araştırma yazılarında en fazla 4000 sözcük)
2. Yazar sayısı (araştırma yazılarında en fazla 6 yazar)
3. Başlık sayfası (standart dışı kısaltma)
4. Özetler (araştırma yazılarında en fazla 250 sözcük)
5. Anahtar sözcükler (araştırma yazılarında en fazla 5 adet)
6. Temel metin (başlıklar)
7. Kaynaklar (ICMJE kurallarına uygunluk)
8. Şekil, tablo ve resimler (numaralandırma; alt yazılar; özgünlük/izin yazısı)
9. Başvuru mektubu
10. Telif Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)
11. Çıkar Çakışması Beyan Formu (gereğinde)



XIV. Ulusal Perinatoloji Kongresi

19-22 Eylül 2013, Sarıgerme – Muğla

Bildiri Özetleri

Bilimsel Program	v
Konuşma Özetleri (KÖ-01 — KÖ-19)	1
Serbest Bildiri Özetleri (SB-01 — SB-08)	18
Poster Bildiri Özetleri (PB-01 — PB-143)	22
Yazar Dizini	83



XIV. Ulusal Perinatoloji Kongresi

19-22 Eylül 2013, Sarıgerme – Muğla

Bilimsel Program

19 Eylül 2013, Perşembe

14:30-15:00 **Açılış - Opening Ceremony**
1982'den günümüze Türk Perinatoloji Derneği
Turkish Perinatology Society since 1982
M. Yayla

15:00-16:00 **Oturum I: Ana Konuşmalar (I)**
Session I: Topics (I)
Oturum Başkanları / Session Chairs: O. Api - T. Şener

Anne kanında serbest fetal DNA: Taramaların geleceği mi?
Maternal cell free fetal DNA: Future of the screening?
C. Şen

Türümüzde zor doğuma yol açan nedenlerin evrimi
Evolutionary origins of obstructed labour in our species
A. Ugwumadu

Vakum ve forsepste neredeyiz?
Vacuum- forceps revisited
L. Önderoğlu

16:00-16:30 Kahve arası / *Coffee break*

16:30-17:30 **Oturum II: Ana Konuşmalar (II)**
Session II: TOPICS (II)
Oturum Başkanları / Session Chairs: N. Turhan - L. Önderoğlu

11-13 hafta incelemesinde yenilikler
What's new on 11-13 weeks scan?
F. Ushakov

Perinatal ultrasonografide tuzaklar
Pitfalls in perinatal ultrasonography
T. Şener

Fetal tipta zor olgular ve nadir anomaliler
Difficult fetal medicine cases and rare anomalies
F. Ushakov

20 Eylül 2013, Cuma

08:00-09:30

Oturum III: Obstetrikte Taramalar, Görüntüleme ve Tanı
Session III: Screening, Imaging and Diagnosis in Obstetrics
Oturum Başkanları / Session Chairs: M. Muhcu - S. Özden

Prenatal tanıda fetal MRI
Fetal MRI for prenatal diagnosis
A. Antsaklis

İnvaziv fetal tanı ve tedavide teknik evrim
Technical evolution in invasive fetal diagnosis and therapy
A. Antsaklis

TORCH taranmalı mı?
Screening for TORCH?
Y. Baytur

Biyokimyasal tarama testlerinden ikincil yararlanım
Second line benefits of the biochemical screening tests
İ. Bildirici

Hafif ventrikülomegaliye yaklaşım ve uzak prognoz
Mild ventriculomegaly: Management and long term prognosis
S. Robson

09:30-10:30

Oturum IV: IUGR
Session IV: IUGR
Oturum Başkanları / Session Chairs: A. Yıldırım - B. Çakmak

IUGR'de yeni yönerge
New guideline on IUGR
S. Robson

IUGR'de fetal kalbin değerlendirilmesi
Fetal cardiac evaluation in IUGR
U. Dilek

Fetal gelişimin değerlendirmesinde günümüz nomogramları yeterli mi?
Evaluation of the fetal growth: Are current nomograms available
Ö. Kandemir

Serbest bildiri 1 / Free communication (1)
SB-07 / Servikal Servikal olgunlaştırma amacı ile dinoproston veya Cook Balon uygulanan hastalarda transperineal 3 boyutlu ultrason, transvajinal ultrason ve pelvik muayene ile doğum başarısının öngörülmesi
S. Esin

10:30-11:00

Kahve arası / *Coffee break*

11:00-12:30

Oturum V: Doğum
Session V: Delivery
Oturum Başkanları / Session Chairs: A. C. E. Taner - A. U. Hakverdi

Makat sezaryenlerde eski manevraları unutmanın riski
The risk of forgetting old manoeuvres during breech cesareans
B. Tekin

Intrapartum ultrasonografi
Intrapartum ultrasonography
A. Gedikbaşı

20 Eylül 2013, Cuma**Doğumda fetal hipoksinin kardiyotokografi ile değerlendirilmesi**

Using the CTG to define intrapartum fetal hypoxia

*A. Ugwumadu***Doğal normal doğum mu, sezaryen ile doğum mu?**

Natural normal delivery or cesarean section?

*S. Uludağ***Serbest bildiri 2 / Free communication (2)**

S-B04 / Türkiye’de kadın doğum hekimleri ve ebeler açısından yüksek sezaryen oranının değerlendirilmesi

E. B. Gür

12:30-13:30

Öğle yemeği / Lunch

13:30-14:30

Oturum VI: Fetal Kalp (I)**Session VI: Fetal Heart (I)****Oturum Başkanları / Session Chairs: G. Bayhan - D. Arıkan****Fetusta temel ve ayrıntılı kalp incelemesi**

Basic and extended fetal heart screening

*O. Api***Fetal eko endikasyonları**

Indications of fetal echocardiography

*M. A. Güven***Erken fetal eko**

Early fetal echo

*F. Ushakov***Serbest bildiri 3 // Free communication (3)**

SB-08 / Derin ven trombozunu taklit eden postpartum ovarian ven trombozu

M. Kurdoğlu

14:30-15:00

Kahve arası / Coffee break

15:00-16:00

Oturum VI: Fetal Kalp (II)**Session VI: Fetal Heart (II)****Oturum Başkanları / Session Chairs: C. Şen -M. Sezik****Fetal iyilik halinin Doppler ile tesbiti. Kardiyolog görüşü**

Doppler assessment of fetal well being. Cardiologist's perspective

*O. Uzun***Uzun QT intervali ve fetal ölüm**

Long QT sequence and fetal demise

*O. Uzun***Kalp defektlerinde kısa ve uzak prognoz**

Short and long term prognosis of the cardiac defects

*A. Saygılı***Serbest bildiri 4 / Free communication (4)**

SB-01 / Elektif sezaryen ve normal doğumun anne sütündeki oksidatif yük ve antioksidan kapasite üzerine etkileri

Y. Şimşek

21 Eylül 2013, Cumartesi

08:00-09:45

Oturum VII: Obstetrik Aciller - Maternal Mortalite

Session VII: Obstetric Emergencies - Maternal Mortality (I)

Oturum Başkanları / Session Chairs: A. Güngören - B. Kavak

Serbest bildiri 5 / Free communication (5)

SB- 02 / Diabetik anneden doğan yenidoğan ratlarda artmış kardiyomyozit hasarı

U. Turhan

Serbest bildiri 6 / Free communication (6)

S-B05 / Gebelikte abdominal kitlenin atipik bir nedeni: Dolikomegakolon

Z. Kurdoğlu

Obstetrik acillerde sınırda kayıp olgular

Near miss cases in obstetric emergencies

E. Çalışkan

Obstetrik acillerde nakil sorunu

The problem of transport during obstetric emergencies

S. Öner

Postpartum kanamada konservatif yaklaşım teknikleri

Postpartum hemorrhage. Conservative techniques

E. G.Y. Eyi

Postpartum kanamada cerrahi yaklaşım

Postpartum hemorrhage. Operative management

C. Demir

09:45-10:15

Kahve arası / Coffee break

10:15-12:00

Oturum VIII: Obstetrik Aciller - Maternal Mortalite (II)

Session VIII: Obstetric Emergencies - Maternal Mortality (II)

Oturum Başkanları / Session Chairs: M. Özeren - E. Adalı

Plasenta akreta: Tanı ve yaklaşım

Placenta accreta. Diagnosis and management

A. Yalınkaya

Skar gebeliği: Tanı ve yaklaşım

Scar pregnancy: diagnosis and management

İ. Polat

Tromboemboli: Tarama, profilaksi ve erken tanı

Thromboembolism: screening, prophylaxis and early diagnosis

F. Koyuncu

Maternal sepsisin yönetimi

Management of maternal sepsis

A. Ugwumadu

Serbest bildiri 7 / Free communication (7)

SB-06 / Plasenta previa perkreat: İki olgunun sunumu

M. Kurdoğlu

12:00-13:15

Öğle yemeği / Lunch

21 Eylül 2013, Cumartesi

13:15-15:00

Oturum IX: Gebelikte Anne Hastalıkları**Session IX: Maternal Diseases****Oturum Başkanları / Session Chairs: E. Dikensoy - Y. Şimşek****Preeklampside öngörü ve profilaksi**

Preeclampsia. Prediction and prophylaxis

*S. Robson***Gebelikte iyot kullanımı**

Iodine use in pregnancy

*G. Göynüner***Tekrarlayan abortuslarda ampirik veya kanıta dayalı tıp uygulamaları**

Recurrent miscarriages. Empirical or evidence based approach?

*O. Özkaya***Gebelik diyabetinde tarama testleri: 50-75-100g ?**

50g-75g-100g tests for diabetes in pregnancy

*S. Kumru***Obstetrik acillerde nakil sorunu**

The problem of transport during obstetric emergencies

*S. Öner***Gebelikte ağırlık artışının perinatal komplikasyonlarla ilişkisi**

Weight gain during pregnancy. Relationship with perinatal complications

A. Tanrıverdi

15:00-15:30

Kahve arası / Coffee break

15:30-16:45

Oturum X: Erken Doğum**Session X: Preterm Labor****Oturum Başkanları / Session Chairs: Ö. M. Tekin - F. Çayan****Erken doğumu öngörebilir miyiz?**

Can we predict preterm labor

*E. Çelik***Erken term doğumlar: 37-39 gebelik haftalarında yaklaşım prensipleri**

Early term labor: Principles at 37-39 gestational weeks

*M. Sezik***Elektif sezaryeni en erken ne zaman yapalım?**

Elective cesarean section: Earliest time for doing it

*A. Atış Aydın***Akılcı ilaç kullanımı**

Rational use of the drugs

*A. Yüksel***Serbest bildiri 8 / Free communication (8)**

SB-03 / İkiz gebeliklerde ikinci trimester uterin arter pulsatilite indeks ölçümlerinin koryon tiplerine göre karşılaştırılması

R.N. Ergin

22 Eylül 2013, Pazar

08:30-10:30

Oturum XI: Perinatal Sağlık / Tarama ve Tanı Testleri
Session XI: Perinatal Health / Screening and Diagnostic Tests
Oturum Başkanları / Session Chairs: E. G. Y. Eyi - A. Yalınkaya

Globalizasyon ve perinatal sağlık: Nasıl davranmalıyız?
Globalization and perinatal health: how do we respond?
A. Kurjak

Artmış NT: Anöploidi dışı nedenlerin irdelenmesi
Increased NT: problems other than aneuploidy
J. Sonek

Genetik sonogram: Güncelleme
Genetic ultrasound: an update
J. Sonek

Obstetrik sonografide önemli tartışma konuları
Serious controversy in obstetrical sonography
A. Kurjak

10:30-11:00

Kahve arası / *Coffee break*

11:00-12:30

Oturum XII: Fetus ve Yenidoğan Problemleri
Session XII: Fetal and Neonatal Problems
Oturum Başkanları / Session Chairs: A. Tanrıverdi - S. Öner

IVF gebeliklerinde fetal malformasyonlar
Fetal malformations in IVF pregnancies
L. İbrahimoğlu

IVF gebeliklerde perinatal prognoz
Perinatal outcomes of the IVF pregnancies
E. Tarım

Neonatal resüsitasyonda neler değişti?
Neonatal resuscitation: What has changed?
N. Tekin

Düzeltililebilen defektler ve hayat kalitesi
Correctable neonatal defects and quality of life
F. Akgür

Perinatoloji ve obstetrikte medikolegal sorunlar
Medicolegal problems in perinatology and obstetrics
S. Bayrak

12:30

Kapanış / Closing Ceremony



XIV. Ulusal Perinatoloji Kongresi

19-22 Eylül 2013, Sarıgerme – Muğla

Bildiri Özetleri

Konuşma Özetleri

(KÖ-01 — KÖ-19)

KÖ-01

Anne haklarının üstünlüğü bildirgesi*

Mehmet Arif Akşit, Asiye Nuhoglu ve Çocuk Dostları Grubu Elemanları

Giriş: Anne, aileyi temsil eden, toplum ve tüm insanlığın simgesi olarak tüm uluslararası İnsan Hakları Bildirgesi ve diğer Bildirge, Sözleşme ve Etik değerlere dayanılarak, tüm hakların üstünde bir değere sahip olduğu vurgusu yapılması, bir hakkın teslimi açısından önemlidir. Babaların anneliğin bu değerini sağlayan ve saygı duyan birey olarak görülmelidir.

Gerekçe: Canlıların varlığa ulaşması ancak annelerin sayesinde oluşmaktadır. İnsanlarda anneler sadece varlığın oluşması açısından değil, insanlık olarak da önemsenmektedir. Bu gerçekler dikkate alındığında, vurgulanması ve bir Bildirge olarak sunulması amaçlanmıştır.

Anneler;

- Ana ve Annelik, tüm insanlık değerlerinin bir simgesidir
- Ana ve Annelik, fedakârlığın bir temsilcisidir
- Ana ve Annelik, sevginin kaynağıdır
- Ana ve Annelik, tüm insanlık değerlerinin oluşmasını sağlayandır
- Ana ve Annelik, eğitimin başlangıcı ve sürdürülebilirliğini temin edendir
- Ana ve Annelik, işbirliği, eşgüdüm ve hoşgörünün örneğidir
- Ana ve Annelik, toplumsal gelişim, değişim, uyum ve uyarlanmanın unsurlarıdır
- Ana ve Annelik, bebeğin büyüme ve gelişmesini özveri

boyutunda kendi yaşamından üstün tutar

- Ana ve Annelik, kendi yavrusuna göre özel anne sütü üreten bir kaynaktır. Bu kaynak sadece gıda olarak değil, sosyal, psikolojik ve ruhsal desteği ve insanlığı veren bir insanlık besindir.
- Ana ve Annelik, hakikati, doğruluğu ve yaşamsal insanlık yapılanmasını oluşturandır
- Ana ve Annelik, hakkında yanlış ve tartışmalı, tereddüt içeren hiçbir şeyin/durumun simgesi ve diğer olumsuz yaklaşımların yapılamayacağı tek örnektir
- Ana ve Annelik, bir ilke ve bir insanlığı temsil eden bir kavramdır

Fetal Yaşam: Ana ve Annelik, canlının oluşması açısından önemi yadsınamaz, ancak doğmamışın hakları çerçevesinde, hamilelik sadece annenin özel hayatının bir meselesi şeklinde değerlendirilemez, tüm toplumun ve insanlığın varlık ve oluşumu olarak ele alınmalıdır.

Sonuç: Ana ve Annelik, toplumda en yüce değerlerin simgesi olarak gözetilerek, doğmamışın haklarını da kapsayacak şekilde tüm haklarda, gereken saygı ve önceliği almalıdır.

KÖ-02

Doğal, normal doğum mu? Sezaryen ile doğum mu?

Seyfettin Uludağ

Normal doğum, ilk defa doğum yapan yada daha önce doğum yapmış kadınlarda kabul edilmiş zaman süreci içinde uterus kasılmaları ile hiçbir girişime gerek duyulmadan fetus ve eklerinin vajina yolu ile dışarı atılmasıdır. Bu tanıma göre

normal doğum, gebe kadının zamanı gelince kendi vücudunun fizyolojik öz dinamikleri ile bu eylemi başarabilmesidir. Ancak klasik doğum bilgisi ve perinatoloji bilgileri her zaman bir gebe kadının kendi fizyolojik dinamikleri ile anne ve bebek açısından sağlıklı bir doğumu gerçekleştiremediklerini göstermiştir. Gebelik ve doğum sürecinde anne ve bebek ölümleri ve sakatlanmalarını en aza indirmek için, gebenin doğru izlenmesi ile birlikte doğumun da gözlem ve izlem dahilinde olması gerekmektedir. Bu nedenle, sezaryene ve doğumu kolaylaştıracak girişim ve uygulamalara karşı çıkmak adına, “*normal doğuma*” destek vermenin doğru olmayacağı açıkça görülecektir. Gebelik ve fetus hakkında son yıllarda giderek artan tanı ve tedavi yöntemlerini bir kenara iterek normal doğumda ısrar ederek doğuma müdahale etmemenin bir anlamı ve mantığı yoktur. Olamaz da... Diğer taraftan normal doğum yolu seçildiğinde bu yolun her zaman ve her koşulda fetus ve anne açısından güvenli olmadığı da bilinmektedir. Buna karşın sezaryenle doğumun anne ve fetus açısından daima sonuç alıcı ve planlanması imkan dahilinde olan bir girişimsel doğum yöntemi olduğu da bilinmektedir. Son yıllarda bireysel ve hasta haklarındaki iyiyeye doğru gelişmeler hasta ve doktorları daha güvenli ve kontrol edilebilir doğuma yönlendirmiştir. Bu yöneliş bir anlamda ülkeler genelinde hukuki ve demokratik hakların iyileştiği anlamını taşımaktadır. Diğer taraftan perinatoloji ve doğum bilimindeki yeni bilgiler, sezaryenle doğumda bir atışı tetiklemiştir. Bu bağlamda sezaryenle doğum, bir gelişmişlik kriteri olarak karşımıza çıkmaktadır. Anne ve fetal ölüm oranlarının kabul edilemeyecek derecede yüksek olan geri kalmış ülkelerde sezaryenle doğum oranının çok düşük düzeyde olduğu bilinmektedir. Dünyadaki doğum oranının %60'ını kapsayan bu ülkelerde doğurganlık oranının yüksekliği ile birlikte sezaryenle doğum oranı %10'un altında olduğu saptanmıştır. Hatta Afrika ülkelerinde sezaryen ile doğum oranlarının %5'in bile altında olduğu görülmektedir.

Sezaryen ile doğum (SD) oranları tüm dünyada giderek artmaktadır. ABD de her üç doğumdan bir tanesi sezaryenle yapılmaktadır. Son yıllarda, sezaryenle doğum sonrasında yapılan doğumlarda, sezaryen oranı %94 civarına ulaşmıştır. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim dalında sezaryen ile doğum oranı %65 düzeyindedir. Anabilim dalına yatan hastaların genel olarak yarısı sezaryen olmak için yatırılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 'kabul edilebilir' sezaryen oranını '10-15 arasında olması gerektiğini' bildirilmektedir. Türkiye'de sezaryenle doğum oranı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre (2008) %21.5'dir. Bu sezaryenlerin %1.2'si 'gereksiz' sezaryen olduğu bildirilmiştir. ABD'de primer sezaryen oranlarında 2007 yılında %20.6' kadar bir oranda artış göstermiştir. Belirgin bir tıbbi endikasyon olmadan, doktor ve hasta isteği ile yapılan SD oranının %6.9' olduğu bildirilmektedir. Doğal olarak, tıbbi uygulamalarında gereksiz ameliyat yapmak hem etik hem de hukuki bakımdan

doğru değildir. Ancak normal vajinal doğum yolunun seçilmesi durumunda kontrol edilemeyen durumların ortaya çıkma ihtimaline karşı sezaryenle doğum yolunun seçilmesi doğru bir yaklaşım olacaktır. Zira her olayda olduğu gibi özellikle de doğum olayında aile, hukuk ve etik kurallar daima doğumun nasıl yapıldığını sorgulamak yerine sonuçlarına bakmaktadır!! Mutlaka sezaryenle doğum yapması gerekli bir hastanın normal doğumu tercih etme hakkı, hukuki bir hak ve tercih değildir. Bu duruma tıbbi kurallar izin vermez. Mutlak endikasyon karşısında, hastanın normal doğum tercihinin olumlu görülmesi, hekim açısından bir tıbbi hata niteliği taşır, ve dolayısıyla hukuki sorumluluklar doğurur. Buna karşın normal doğum yapabilecek bir kadının sezaryenle doğumu tercih etmesi, detaylı bilgilendirme sonrasında hekimin sezaryen yapmış olması bir insan olma hakkı olarak görülmemelidir. Zira normal doğum süreci zahmetli ve sonuçları bakımında her zaman güveli bir yol değildir.

Sezaryen çok sık uygulanan bir cerrahi işlem olmasına karşılık 5.8/100.000 mortalite (anestezi komplikasyonu dahil) ve intraoperatif komplikasyon oranı İise %12-15 civarında olabilmektedir. Sözü edilen cerrahi komplikasyon oranları doğal olarak hekimlerin eğitim ve deneyimleri ile doğrudan ilintilidir. Sezaryenle doğuma bağlı farklı çalışmalarda, fetal komplikasyonların arttığı ileri sürülmüş ise de bunların çoğunun geniş kapsamlı çalışmalarda anlamlı olmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak sezaryen ile doğum oranları, tıp bilimindeki ilerlemelere paralel olarak insan hakları, hasta hakları ve hukuki hakların artması ile birlikte artacaktır. Bir anlamda bu oran artışı ileri toplum olmanın bir gereği gibi görülmektedir.!

Hekim olarak gereksiz ameliyat yaptıktan daima kaçınılmazdır. Ancak normal doğuma bir alternatif olarak hasta isteğinin de gerekli açıklayıcı bilgilerin onayının alınmasını takiben mutlaka dikkate alınmalıdır. Zira doğum sürecinin sonuçları itibarı ile sürprizlere açık olması yanında sezaryenle doğum planlanabilir olması niteliği ile daha güvenli olmaktadır.

Bir hasta karşısında hekim “*keşke sezaryen yapsaydım, ben sezaryen yapayım dedim hasta istemedi*” gibi vicdani hesaplaşmalara girmemelidir. Hasta ve yakınlarını da “*biz sezaryen istedik doktor yapmadı*” konumuna düşürmemelidir. Normal doğum da ısrar edilmesi durumunda hangi bedeller karşılığında normal vajinal doğum gerçekleşmesi ihtimali çok dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

KÖ-03

Elektif sezaryen zamanlaması en erken ne zaman?

Alev Atış Aydın

ACOG, neonatal morbidite 37. gebelik haftasından 39. gh'na doğru azaldığından, fetal akciğer matüritesi belirlenmeden

39. gh'dan önce maternal veya fetal endikasyon yoksa elektif sezaryen önermemektedir. Maternal sonuçlardan kan transfüzyonu, >5 gün hospitalizasyon süresi 37-38.gh'da anlamlı olarak 39. gh'na göre daha yüksek oranda saptanmış bunun sebebi olarak da alt segment tam gelişmemesi ve adhezyonların yeterince açılmaması olarak gösterilmiş. Ayrıca maternal pnömoni, DVT veya pulmoner ödem,abse,sezaryen histerektomi oranları erken alınan grupta daha fazla gözlenmiştir. Neonatal sonuçlardan RDS, TTN, NEK, Sepsis, mekanik ventilasyon, HİE,YB'da kalış süresi, konvülsiyon, 5. dk Apgar <3, fetal kayıp oranları 37.-38. gh'da anlamlı olarak 39. gh'ya göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: 39. haftadan önce maternal - fetal endikasyon yokluğunda elektif sezaryen hem fetal hem maternal morbiditeyi arttırır.

KÖ-04

Ultrasonografide tuzaklar

Turgay Şener

1999 Eurofetus çalışmasında fetal malformasyonların %56'sı saptanabilmiş, majör anomalilerin %55'i 24. haftadan önce tanınabilmiştir.

En önemli hata nedenleri şunlardır:

1. Yeterli sürede eğitim almamak

- Bu işle uğraşan kişiler:
- Tanısal Ultrasonografide ve ilişkili güvenlik konularında eğitilmiş olmalı
- Düzenli olarak fetal ultrason yapmalı
- Sürekli eğitim programlarına katılmalı
- Şüpheli veya anormal bulgular saptadığında uygun merkezlere sevk zinciri olmalı
- Rutin kalite güvencesi ve kontrolü önlemleri almalıdır

2. Yetersiz cihazla çalışmak

- Cihazlar ISUOG rehberindeki asgari özelliklere uygun olmalı:
- Real-time, greyscale
- 3-5 MHz transabdominal transduser
- Akustik güç kontrol ayarları ve göstergesi
- Ekran dondurma özelliği
- Elektronik kaliperler
- Görüntü depolama/baskı kapasitesi olmalı
- Optimal performans için düzenli bakım ve servis yapılmalı

3. Kayıt yapmamak

- Hangi dökümanlar kaydedilmeli, basılmalı, refere eden doktora gönderilmeli ?
- Muayene raporu kopyası hekime gönderilmelidir.
- Standart kesitlerin görüntüleri elektronik kopya veya basılı olarak kaydedilmeli ve depolanmalıdır.
- Fetal kalp için video klip alınması tavsiye edilir.
- Kayıtlar yerel kanunlara uygun sürelerde saklanmalıdır.

4. Doğru isim, doğru tarih, doğru kesitler almamak

- Her muayeneye ve kayda başlamadan:
- Hastanın adını
- O günün tarihini ve saati kontrol edin !
- Doğru kesitlerin alındığından emin olun
- Uygun kesit alınamıyorsa, sonraki saateler veya günler içinde hastayı geri çağdırmaktan çekinmeyin.

5. Anormal bulgularda yönetim planı yapmamak

- Anormal bulgu saptanması halinde bir yönetim planınız olsun.
- Hastanın özelliklerinden, hangi koşullarda, nasıl doğrultulması gerektiğine kadar kendi dosyanıza not alın.
- Fetüste anormal bulgu saptanmıyorsa bile, ileride sorun yaratabilecek bulguları araştırın, hastayı kliniği ile birlikte değerlendirin. Radyoloji'den en önemli fark hastanın aynı zamanda primer hekimi de olmanızdır.
- Obstetrik Öyküde PTD, tekrarlayan abortuslar hastaya bakarken yönlendiricidir.
- Uterin arter, DV, MCA Doppleri kliniği yönetmede faydalıdır.

ISUOG şartlarına uyulmazsa ne olur?

- ISUOG rehberlerinde önerilen yukarıdaki minimum koşullara uyulamama halinde:
- Bunun nedenleri açıklanmalıdır. (gebelik haftası-obezite-fetal pozisyon-vb.)
- Hastaya bir başka zaman randevu verilmeli veya bir başka kişiye refere edilmelidir.
- Bu uygulama gereksiz hasta anksiyetesine veya tanıda gecikmeye neden olmamak adına bir an önce yapılmalıdır.

KÖ-05

Intrapartum ultrasonografi

Ali Gedikbaşı

Obstetrikte muayene subjektif olup, aynı hekim tarafından yapılan klinik değerlendirmenin farklı sonuçları olabilir. Travaydaki bir gebenin doğum şekline karar vermek hekime zorluklar yaşatabilir. Bunun yanı sıra yanlış yapma ve mediko-le-

gal olaylar gereksiz girişimleri ve sezaryen oranlarını artırmıştır. Akmal ve ark.'nın yaptıkları çalışmada oksiput posterior geliş, klinik muayene ile ancak %50 doğrulukla saptanabilmektedir. Bu nedenle, gebelerin spontan vajinal doğum olasılıklarını gösterecek objektif kriterlere sahip yeni metotlara ihtiyaç vardır. Bu metotlardan biri olmaya en önemli aday ise intrapartum ultrasonografidir.

Intrapartum ultrasonografinin başlıca üç avantajı vardır:

1. Eğitim
2. Fetal pozisyonun değerlendirilmesi
3. Fetal başın pelviste bulunduğu yerin saptanması ve inişin değerlendirilmesidir.

Klinik değerlendirme becerimizi intrapartum ultrasonografi vasıtasıyla artırabiliriz. Tuşeden sonra yapacağımız intrapartum sonografi klinik değerlendirme becerimizi arttıracaktır.

Fetal başın malpozisyonu operatif doğum, perinatal ve maternal morbiditeyle ilişkilidir. Fetal başın pozisyonunu belirlemede transabdominal, transvaginal ve transperineal ultrasonografi yaklaşımlarından yararlanabiliriz. Başın angajmanından önce transabdominal ultrasonografide probumuzu yatay tutarak fetal başın pozisyonunu belirleyebiliriz. Angajmandan sonra ise transabdominal ultrasonografide probumuzu uzunlamasına tutmalıyız. Baş, pelvisin derinliklerine doğru ilerledikçe transperineal sonografi daha değerlidir.

Fetal başın pelviste bulunduğu yerin saptanması ve inişin değerlendirilmesi transperineal sonografide prob uzunlamasına ve yanlamasına tutularak yapılır. Probu uzunlamasına tutarak yapılan inceleme ve ölçümler: başın yönü, ilerleme açısı ve ilerleme mesafesidir. Probu yanlamasına tutarak yapılan ölçümler ise rotasyon açısı, baş perine ve baş-sinfiz mesafesidir.

Başın yönü yukarıya doğru olduğunda vaginal doğum olasılığı yüksektir. Rotasyon açısı başın ilerlemesini gösteren önemli bir belirteçtir. İlerleme açısı 1200 üstünde olduğunda vaginal doğum şansı %90'lara ulaşır. İlerleme açısı başın inişinin yetersiz olduğunu gösteren erken bir bulgudur. İlerleme açısı 1200 üstünde olduğunda, oksiput anterior gelişlerde, operatif vaginal doğumların başarılı olma şansı yüksektir. Fakat oksiput posterior doğumlarda ise iyi bir belirteç değildir. Burada başka beliteçlere ihtiyaç vardır. Bunlar; hem oksiput anterior hem de oksiput posterior gelişlerde kullanılan baş-perine ve baş-sinfiz mesafesidir.

KÖ-06

Plasenta akreta: Tanı ve yönetimi

Ahmet Yalınkaya

Plasenta akreta (PA) hayatı tehdit eden ve yönetiminde de multidisipliner bir yaklaşım gerektiren obstetrik bir tablodur.

PA insidansı sezaryen artışına paralel olarak artmaktadır. An-tepartum PA tanısının konulması multidisipliner planın yapılmasına, potansiyel maternal-neonatal morbidite ve mortalitelerinin azalmasına yol açar.

Tanı

PA genel olarak klinik bir terimdir; plasentanın uterin duvara invaze olmasını ve ayrılmamasını ifade eder. PA tanısı için Grayscale ultrasonografi yeterli kabul edilmektedir. Diğer üst segment ultrasonlarla daha kolay tanı konur. Belirsiz olgularda MRI da yardımcı olabilir.

PA doğumda masif kanama ve sorunlara yol açabilir; Disseminated intravascular coagulopathy (DIC), histerektomi, üreter yaralanması, mesane yaralanması, barsak yaralanması, nörovasküler yapıların yaralanması, adult respiratory distress syndrome (ARDS), akut transfüzyon reaksiyonu, elektrolit imbalansı ve böbrek yetmezliği görülebilir. PA olguları doğumda 3000-5000 ml kan kaybedebilirler. PA olgularının %90'ı kan transfüzyonuna ve bunların %40'ı 10 ünitenin üzerinde eritrosit süspansiyonuna gereksinim duyarlar. PA olgularında maternal mortalite oldukça yüksek ve %7 olarak verilmiştir. Maternal mortalite optimal transfüzyon yönetimi ve cerrahi girişime rağmen gelişebilir.

Patogenez

PA'nın üç tipi vardır:

1. **Plasenta akreta:** %75-78 oranında görülür ve plasenta myometriuma yapışmış ancak penetre olmamıştır.
2. **Plasenta inkreta:** %17. Plasenta myometriuma penetre olmuştur.
3. **Plasenta perkreta:** %5-7. Plasenta miyometriuma, serozaya ve hatta pelvik organlara da penetre olmuştur.

Insidans

Plasenta akreta insidansı sezaryen doğum artışına paralel olarak artmaktadır. 1960'larda 1/30.000 doğum, 1985-1994 arasında 1/ 2.510 doğum, 1982-2002'de 1/533 doğum, günümüzde insidans çok daha artmıştır

Risk Faktörleri

Tekrarlayan sezaryen doğumlar (en sık), ileri anne yaşı, multiparite, geçirilmiş myomektomi, Asherman sendromu, submuköz leiomyomlar, termal ablasyon ve uterin arter embolizasyonu. Sezaryen doğum yapan kadınlarda myometrial hasar ve skar oluşur. Plasenta previa bu uterin skar üzerine yerleşirse plasenta akreta için büyük risk taşır. Uterin cerrahi skarı olmayan plasenta previa olgularında plasenta akreta riski %1-5'tir. Tekrarlayan sezaryen doğum sayısı ile PA riski artar: ilk CS %3, ikinci CS %11, üçüncü CS %40, dördüncü CS %61 ve beşinci CS %67.

Prepartum Tanı

Multidisipliner planın yapılmasını, potansiyel maternal ve neonatal morbidite ve mortalitenin azalmasını sağlar. Tanı genellikle ultrason ile konur, nadiren ve belirsiz olgularda MRI da kullanılabilir.

Ultrasonografi

Transvaginal sonografi (TVS) ve transabdominal sonografi (TAS) tanıda tamamlayıcı yöntemlerdir. TVS alt uterin segment ve plasenta previa tanısı için tamamlayıcıdır. Normal bir plasentanın yapışma yeri plasenta ile mesane arasında hipoekoik bir sınırla ayrılır. Gebeliğin 15-20 haftaları arasında plasenta içinde lacun sayısında artış PA tanısı için en prediktif değerdir. Bu lacunlar güve yeniği veya İsviçre peyniri görünümünü verir ve Grayscale ultrason PA tanısı için yeterlidir.

Ultrasonografi bulguları: düzensiz şekilli plasental lacun (vascular spaces), plasentayı saran ince myometrium, retroplasental doku kaybı «clear space», mesane içine doğru protruze olan plasenta, uterin seroza ve mesane arayüzünde damarlanma artışı ve C/P Doppler US'de lacun içine kan tribülansı izlenebilir.

Magnetic Resonance Imaging (MRI): MRI ultrasona göre pahalı bir yöntemdir. PA tanısında US ile MRI tanısal değeri benzerdir. MRI, US tanısına çok az şey katabilmektedir. Tanı için deneyim gerektirir. MRI, belirsiz olgularda (posterior PA gibi) ve parametrial invazyonu göstermede yararlı olabilir.

Yönetim

Genel yaklaşım: PA tanısı konulan olgular, yeterli ve deneyimli obstetrik timi, kan bankası ve yandal desteği olan tersiyer perinatal bakım merkezine transfer edilmelidir. Massif kan kaybı riski nedeniyle preoperatif annenin hemoglobin ve hematokrit değerlerine bakılmalıdır. PA olgularının çoğunda ani başlayan masif kanama nedeniyle acil preterm doğum gereksinimi doğabilir.

Doğum planı içinde kimler olmalı? Hasta güvenliğini artırmak için eğer mümkünse: deneyimli obstetrik takımı: Anestezist, Obstetrisyen, Jinekolojik Onkolog, Yoğun bakımçı, Maternal-fetal Tıp Uzmanı, Neonatolog, Urolog, Hematolog, Girişimsel radyolog.

Doğumun planlanması: PA olgularının doğumları bireyselleştirilmelidir. Bu karar hasta, obstetrisyen ve neonatolog ile birlikte verilmelidir.

Hasta danışmanlığında: hasta ve eşine muhtemel histerektomi riski, masif kanama riski ve maternal morbidite-mortalite riski anlatılmalıdır. Burada temel prensip planlı doğumdur. Acil doğumun planlı doğuma göre kan kaybı ve kompli-

kasyonları daha fazladır. Planlı doğuma rağmen her hasta için acil durum ortaya çıkabilir ve maternal hemoraji için şu protokol takip edilmelidir:

1. Doğum zamanı bireyselleştirilmelidir, hastanın tercihinine ve koşullarına bağlı olmalıdır.
2. Bir seçenek amniyosentez ile fetal akciğer maturitesini saptandıktan sonra doğurtmaktır.
3. Ancak son zamanlarda stabil hastalarda amniyosentez yapmadan 34. haftada doğum önerilmektedir.
4. Antenatal steroid kararı ve uygulama zamanı bireyselleştirilmelidir.

Planlı doğumdaki prosedürler: intraoperatif olası komplikasyonlara karşı önlemler alınır

1. Preoperatif anestezist değerlendirmesi
2. Anestezisi tipi (genel veya lokal) hastanın ve klinik durumuna göre seçilmelidir
3. Profilaktik antibiyotik ve tekrar doz cerrahiden 2-3 saat sonra veya tahminen 1500 cc kan kaybindan sonra verilmelidir
4. Preoperatif üreteral stent takılması cerrahi yaralanmaya karşı koruyucu olabilir
5. Mesane irrigasyonu ve drenajı için üç girişi olan foley kateter takılabilir
6. Massif hemorajiye karşı preoperatif kan bankası haberdar edilmeli ve desteği alınmalıdır.
7. Taze kan ve TDP ve koagülasyon faktörleri verilmelidir

Cerrahi Yaklaşım

ACOG temelde iki yaklaşım belirlemiştir, bunlar; preterm sezaryen histerektomi ve plasenta yerinde bırakılmasıdır. Aslında birçok hasta için özellikle çocuk arzusu olan kadınlarda en temel yaklaşım konservatif yaklaşım olmalıdır.

1. Konservatif yaklaşım: fertilitasını tamamlamamış olgular için ideal olan yöntemdir. Ancak her zaman başarılı olmayabilir. Burada cerrahın ve cerrahi timin deneyimi ve becerisi rol oynar. Fetüs çıkarıldıktan sonra plasenta çıkarılır, uygun mekanik kompresyon ve dikiş yapılır. Öncelikle kanama kontrol altına alınır. Hastanın durumuna göre ve cerrahın başarisına göre uygulanabilecek pek çok yöntem vardır.

2. Preterm sezaryen histerektomi: Bu yaklaşım çocuk arzusu olan kadınlarda ilk seçenek olmamalıdır. Bu olgularda insizyon seçimi hastanın durumuna bağlı olmakla beraber midline insizyon, transfundal klasik insizyon önerilmektedir.

3. Plasenta yerinde bırakılması: Kord kısa kesilip çıkarıldıktan sonra, plasenta yerinde bırakılır. Sonradan histerektomi riski ~%20'dir. Başarılı gebelikler de bildirilmiştir.¹

4. Girişimsel radiolojik yöntemler: bu yöntemin yararı kanıtlanamamış ve pratik değildir.

5. Methotrexate (MTX): Folat antagonistidir. PA tedavisinde genel görüş; trofoblastik aktivite durduğu için inefektif olduğu kabul edilmektedir.

Sonuç ve Öneriler (ACOG)

1. Daha önce sezaryen doğum nedeniyle myometrial hasar gelişen, plasenta previa anterior veya posteriordan uterin skar üzerine yerleşen kadınlar PA için büyük risk altındadır.
2. Plasenta akreta olgularında maternal mortalite %7 dolaylarındadır.
3. PA tanısı için ultrasonografi yeterlidir.
4. PA olguları, doğum için yeterli pratiği ve deneyimi olan, diğer branşlardan destek alabilen hastanelere (tertiary perinatal care center) refere edilmelidir.
5. Hasta güvenliğini artırmak için deneyimli obstetrik time (obstetri cerrah, ürolog, genel cerrah, jinekolojik onkolog) gereksinim vardır.
6. PA olgularının doğumu, spesyalize tersiyer merkezlerde daha güvenlidir.
7. Bu kadınlara histerektomi, masif kanama ve maternal mortalite riski olabileceği preoperatif anlatılmalıdır.
8. Planlı doğum amaçlanmalıdır, ancak acil doğum olasılığı her hasta için unutulmamalı ve önlem alınmalıdır.
9. Doğum zamanlaması hasta koşullara bağlı olarak, kişiye özel olmalıdır.
10. Stabil hastalarda amniyosentez yapmaksızın anne ve yenidoğan sonuçları birlikte optimize edildiğinde 34. haftada doğurtulmalıdır.
11. Antenatal kortikosteroid kullanımı ve zamanı bireyselleştirilmelidir.
12. Genel olarak PA olgularında; plasentanın içerde bırakılması ciddi kanamalara yol açması ve planlı preterm sezaryen histerektomi önerilen yönetimdir.
13. PA olgularında cerrahi yönetim bireyselleştirilmelidir.

KÖ-07

Skar gebeliği: Tanı ve yaklaşım

İbrahim Polat

Skar gebeliği tanımından kasıt, sezaryen skar gebeliğidir (SSG). SSG, blastokistin eski sezaryen skarında açılan mikroskopik ya da makroskopik yollardan myometrium içine implante olduğu anormal bir gebeliktir. Yani gebelik kesesi endometrial kavitede değil, sezaryen skarın fibröz dokusu ve myometrium içindedir. Aslında en nadir görülen ektopik gebeliktir.

İlk olarak 1978'de Larsen ve Solomon tarafından bildirilmiştir. Çok nadir görülmekle (tüm gebeliklerde 1/1800 ila

1/2226, eski sezaryenli gebelerde %0.15 ve en az bir sezaryeni ile bir dış gebeliği bulunanlarda %6.1) beraber, sezaryen oranının ve tanı olanaklarının artması (hemen bütün erken gebeliklerin değerlendirilmesinde TV-ultrasonografi kullanılması) ile birlikte görülme sıklığı artmaktadır. 2002 yılında 18 olgu bildirilirken, 2007 yılında 161 olgu bildirilmiştir ve son iki yılda ise yayınlar çok artmıştır. %52 SSG olgusunda hastanın sadece bir kez sezaryen ile doğum yapmış olduğu saptanmıştır. Sezaryen, myomektomi, metroplasti, elle halas, D&C, histeroskopi, IVF gebeliği gibi durumlar riski arttırmaktadırlar.

Hayatı tehdit eden bir durumdur. Yanlış tanı konulur ise veya tanı konulduğu halde gebelik sonlandırılmaz ise uterus rüptürü veya masif kanama nedeniyle ağır maternal morbidite, hatta maternal ölüm bile olabilir.

Asemptomatik olabileceği gibi, en sık görülen semptom ağrısız veya ağrılı vaginal kanamadır. Yalnızca karın ağrısı da olabilir.

Tanı

Transvaginal ultrasonografinin tanıda sensitivitesi yaklaşık %85'tir. Ultrasonografide tanı kriterleri:

1. Boş uterin kavite
2. Boş serviks
3. Mesane ile gebelik kesesi (GS) arası mesafe (myometrium kalınlığı) azalmıştır, 2-5 mm
4. Uterus ön duvarında incelleme veya devamlılığında kesinti (mesane ve uterus ön duvarına yakın GS nedeniyle)
5. Üçgen şekilli GS
6. Renkli Doppler USG: GS iyi perfüze olur, Sezaryen yerinde arteriyovenöz malformasyon (AVM) saptanabilir.

Tanı ve tedavi takibinde 3-D renkli doppler ve MRI kullanılabilir.

Ayrırcı tanıda abortuslar (inkomplet, insipiens) ve serviko-istmik gebelikler göz önüne alınmalıdır.

Yaklaşım

Herkesin kabul ettiği ortak bir tedavi protokolü yoktur. Ancak hayatı tehdit eden komplikasyonları (rüptür, masif kanama gibi) nedeni ile özellikle ilk trimesterde tanı alan olgularda gebeliğin sonlandırılması önerilmektedir. Çoğu olguda tedavi şekli semptom, beta hcg'ye ve cerrahi deneyime bağlıdır. Aşağıda belirtilen tedavi şekilleri tek olarak uygulanırlıkları gibi, çeşitli kombine tedaviler de uygulanmaktadır.

Tedavi Şekilleri

1. Konservatif tedavi (bekleme tedavisi): Gebelik uterin kaviteye bağlanır ve terme kadar gidebilir veya uterus rüptürü gelişebilir.

2. Medikal tedavi

- Sistemik MTX (IM)
- Lokal MTX
- Kombine MTX (lokal ve sistemik)
- Lokal embriyosid (KCL)
- GS aspirasyonu
- Kombine tedavi (GS aspirasyonu+MTX)

3. Cerrahi tedavi

- Laparotomi veya laparoskopi ile wedge eksizyon
- Operatif histeroskopi
- D&C. Ciddi kanama riski var. Mtx tedavisi, laparotomi ile eksizyon, balon tamponad, histerektomi gerekebilir. Bazı otörler kesinlikle yapılmamasını savunurken bazı otörler erken gebelik haftasında (yedi haftaya kadar) yapılabileceğini söylemektedirler.
- **Selektif uterin arter embolizasyonu (SUAE):** Son zamanlarda değer kazanmıştır.

Tedavi Takibi

Sıfır seviyesine inene kadar haftalık beta HCG ve gebelik kitlesi kaybolana kadar aylık USG ile takip yapılır. Hastalara, daha sonraki gebeliklerde skar gebeliğinin tekrarlayabileceği bilgisi verilmelidir.

KÖ-08

IVF gebeliklerde perinatal prognoz

Ebru Tarım

Yardımcı üreme teknikleri kullanılarak oluşan gebelikler; infertil çiftlerin özelliklerine, infertilite nedenine ek risk faktörlerine ve kullanılan yardımcı üreme tekniğinin özelliklerine bağlı olarak yüksek riskli gebelikler sınıfının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu gebeliklerde preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği, preeklampsi, gestasyonel diyabet ve perinatal mortalite IVF gebeliklerde genel popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur. İnfertilite tedavisinin en önemli sonuçlarından biri de çoğul gebeliklerdir. Doğal konsepsiyonlarda %1 olan çoğul gebelik oranları, yardımcı üreme teknikleri ile oluşan gebeliklerde %27'leri bulabilmektedir.

Preterm doğum oranları yenidoğan mortalitesinin en önemli sebeplerindedir. 1985'te Avustralya IVF merkezlerinde preterm doğum prevalansı üzerine yapılan çalışmada preterm doğum oranı %19 olarak bulunmuştur. Bu genel toplum ortalamasından 3 kat daha yüksektir. Fransa'da yapılan çok merkezli bir başka çalışmada IVF gebeliklerde preterm doğum oranı genel toplum ortalamasına göre yüksek bulunmuştur (%12.2 vs. 5.6).

15 çalışmayı içeren bir metaanaliz çalışmasında 12283 IVF ve 1.9 milyon spontan gebelik karşılaştırılmıştır. Perinatal mor-

talite, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve intrauterin gelişme geriliği oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi İnfertilite tedavisinin en çarpıcı sonuçlarından biri de muhakkak ki çoğul gebeliklerdir. Doğal konsepsiyonlarda %1 olan çoğul gebelik oranları, yardımcı üreme teknikleri kullanılarak oluşan gebeliklerde %27'leri bulabilmektedir.

Gestasyonel diyabet, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı yine spontan gebeliklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Başkent Üniversitesi Ankara ve Adana Hastanelerinde 2003-2011 yılları arasında takip edilen 990 ICSI gebeliği tüm antenatal takibi ve doğumu merkezimizde gerçekleştirilmiş tekil gebeler (n=1046) ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda GDM (%23.2 vs. %6.8), preeklampsi (%6.4 vs. %2.2), intrauterin gelişme geriliği (%8.8 vs. %5.4), intrahepatik kolestaz (%3.1 vs. %1.1), 34 hafta altı (%6.8 vs. %3.3) ve 37 hafta altı preterm doğum oranları (%19.1 vs. %98) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Aynı çalışmada alt grup analizlerinde, infertilite nedenleri ve hastaların demografik verileri komplikasyon oranları ile ilişkili bulunmuştur.

IVF tedavileri sırasında kullanılan hormon tedavileri, endometrial reseptivitede değişikliklere ve erken implantasyon sırasında sitotrofoblastların invazyon yeteneklerinde azalmaya neden olabilir. Yine transfer sırasında vajen ve serviks floransından kontaminasyon nedeniyle, endometrial kavitede artmış inflamatuvar sitokinler olduğu gösterilmiştir. İnfламatuvar sitokinlerdeki bu artış artmış preterm eylem, bozulmuş anjiogenezis nedeniyle preeklampsi ve intrauterin gelişme geriliği ile ilişkilendirilebilir.

KÖ-09

Gebelik diyabetinde tarama testleri: 50-75-100 g?

Selahattin Kumru

Güncel veriler GDM taraması ve tedavisi sayesinde pek çok gebelik komplikasyonunun azaldığını ve perinatal sonuçların iyileştirilebildiğini bildirmektedir. Bu nedenle pek çok ülke ve de WHO gebelikte diyabet taraması önermektedir. Testlerin sensitiviteyi kullanılan eşik değerlere bağlı olarak değişmekle birlikte %80-90 civarındadır. HAPO çalışmasının sonuçları mevcut kriterler ile normal olarak kabul edilen olgularda da artmış perinatal sorunlarla ilgili risklerin devam ettiğini bildirmektedir. IADPSG, HAPO çalışmasının sonuçlarını detaylıca inceledikten sonra 75 gr tek basamaklı OGTT için yeni eşik değerler önermiştir. IADPSG önerilerinin kliniğe uygulanması ile elde edilecek yararlar ve maliyetler ile ilgili randomize kontrollü çalışmalar henüz mevcut değildir. Mevcut veriler, IADPSG kriterlerine göre GDM tanısı durumunda GDM prevalansının yaklaşık 3 katına (%15-20 arasına) çıkarak artacağını göstermektedir. Bu aynı zaman-

da maliyet artışı anlamına gelmektedir. Bu maliyet artışının mevcut yöntemler ile yapılan taramalara ve tedavilere perinatal sonuçlar bakımından üstünlüğü ve yararı tüm toplumlarda ortaya konulamamıştır. Bu konuda yapılan bir maliyet-yarar analizi perinatal sonuçlar bakımından değil ancak GDM olgularının hayatlarının ileri dönemleri için planlamalarda işe yarayacak şekilde değerlendirilirse IADPSG önerilerinin işe yarayabileceği sonucuna ulaşmıştır. Üni-versal tarama açısından perinatal sonuçları iyileştirmek amacıyla IADPSG kriterlerinin uygulamasına geçmek için henüz yeteri kadar veri mevcut değildir. Yapılacak randomize kontrollü çalışmalar, durumun netleşmesine yardımcı olacaktır.

KÖ-010

Temel kardiak muayene ve detaylı temel kardiak muayene

Oluş Api

Konjenital kalp hastalıkları (KKH) en sık rastlanılan major konjenital anomali olup, canlı yenidoğanların 8/1000'ini etkiler. Konjenital kalp hastalıkları, kromozom anormalliklerinden 6.5, nöral tüp defektlerinden ise 4 kat daha siktir. Konjenital malformasyona bağlı gelişen perinatal mortalitenin %20'den fazlasının ve çocukluk çağında gelişen ölümcül malformasyonların yarısından çoğunun sebebidir. Konjenital kalp hastalıkları, böylesine önemli bir sağlık sorunu olmasına ve en sık rastlanılan anomali olmasına rağmen, ultrasonografi sırasında en sık gözden kaçırılan malformasyondur.

Fetal kalp anomalilerinin erken dönemde teşhis edilmesi, genetik sendromların teşhisi, ailenin bilgilendirilmesi (mali boyut, mevcut anomalinin düzeltilmesi için palyatif veya düzeltici yapılacağı, bir veya daha fazla operasyonun anomalilerin düzeltilmesi için gerekebileceği gibi) aileye terminasyon ve varsa prenatal tedavi şansının sunulması açısından oldukça önem taşımaktadır. Ayrıca, doğum sonrasında perinatal bakım olanaklarının iyileştirilmesi için de aileye olanak sunulmuş olur. Özellikle duktusa bağımlı lezyonlarda (Fallot tetralojisi, BAT, aort koarktasyonu, ciddi aortik/pulmoner stenoz, total pulmoner venöz dönüş anomali gibi) doğumun pediatrik kardioloji servisi olan tersiyer bir merkezde gerçekleşmesi sağlanır; ayrıca intravenöz prostaglandin uygulaması ile duktus açık tutularak, yenidoğanın operasyon için bekleme döneminde stabil olarak kalması sağlanır.

Fetal kalbin iki boyutlu incelenebilmesi için yüksek çözünürlüğü olan cihazlar kullanılmalı ve yüksek frekanslı (en düşük 5 MHz) problar kullanılmalıdır. Görüntünün büyütülebilmesi ve cine loop, ayrıntılı inceleme için gerekli olan özelliklerdir. Doku harmonik görüntüleme, görüntü kalitesini arttıran ve özellikle kilolu gebelerde muayeneyi kolaylaştıran bir tekniktir.

Fetal kalbin değerlendirilmesi için optimal zaman 22-24. gebelik haftalarıdır. Ancak, son yıllarda ultrasonografi cihazlarındaki iki boyutlu görüntüleme kalitesinin ve fetal ekokardi-yografi konusundaki tecrübenin artması ile giderek daha erken gebelik haftalarına kaymaktadır. Erken fetal ekokardi-yografi ile ilk trimesterde dahi fetal kalp değerlendirilebilmekte ve KKH'nın birçoğu bu dönemde tanınabilmektedir.

Fetal kardiyak anomalilerin saptanmasında diğer bir yol gösterici muayene yöntemi ilk trimesterde nükkal kalınlık değerlendirmesidir. Birincil amacın fetal kromozom anormalliklerinin saptanması olan nükkal kalınlık tayini sırasında nükkal kalınlığı artmış bulunan (CRL'ye göre 95. persentil değerini veya 99. persentil değerini üzerinde) ancak kromozomal olarak normal fetüslerin önemli bir bölümünde KKH saptanmaktadır.

Temel Kardiak Muayene

Fetal kalbin değerlendirilmesi öncelikle situs yani kalbin toraks içindeki yerleşiminin değerlendirilmesi ile yapılmalıdır. Temel kardiak muayenenin başlangıç incelemesi fetal pozisyonun değerlendirilmesi ve fetal üst abdominal transvers kesitinin incelenmesidir. Üst abdominal kesit elde edildikten sonra fetal vertebradan sternuma doğru hayali bir çizgi çizilir. İnen aort kesiti, dalak ve mide, bu çizginin solunda, vena kava inferior ve karaciğer ile portal sistem sağında yer alır.

Fetal situs ve üst abdominal kesitin değerlendirilmesini dört odacık görüntünün değerlendirilmesi izler. Temel tarama, kalbin dört odacık görünümünün değerlendirilmesi ile yapılır. Kalp anomalisi ile doğan bebeklerin yalnızca %10-20'si kalp anomalileri için bilinen risk faktörlerine sahiptir. Konjenital kalp hastalıklarının çok büyük kısmı, KKH için düşük riske sahip gebeliklerde meydana gelmektedir. Bu nedenle, rutin ultrasonografik tarama yapılan tüm gebelerde fetal kalbin dikkatle taranması KKH'ı olan olguların erken saptanması yönünden önemlidir. Literatürde, temel kardiak muayene ile KKH'na ait tespit oranlarını inceleyen değişik çalışmalara bakıldığında, yakalama oranları %5 ila 92 arasında değişmektedir. Tüm bu çalışmalar, farklı metodlar ve farklı riske sahip popülasyonlarda gerçekleştirilmiş olup, konjenital kalp hastalıklarına ait yakalama oranlarının birçok çalışmada değişik olmasının nedenleri kısaca şöyledir:

1. Değişik popülasyonlarda ait yakalama oranlarının incelenmesi (yüksek-riskli vs düşük-riskli vs karışık-riskli gruplar)
2. Fetal kalp değerlendirmesini yapan kişilerin sahip olduğu tecrübe (az tecrübeli vs expert kişiler tarafından yapılan muayene)
3. Fetal kalp değerlendirmesinin yapılma zamanı (<15 hafta vs. 18-20 hafta)
4. Taranan kardiak malformasyonun özelliği (tüm minor veya major KKH vs.sadece major KKH vs. yalnız 4-odacık görüntüsünü bozan KKH).

Temel kardiyak muayene ile ilgili yapılan çalışmalar göstermiştir ki %5'e varan düşük sensitivite değerinin bulunması nedeniyle, sadece dört odacık kardiyak değerlendirme KKH'nın çoğunu saptamada yetersizdir. Ancak, dikkatli bir dört-odacık muayene ile de yüksek saptama oranlarına ulaşma ihtimali bulunmaktadır.

Dört odacık muayene, kalpteki odacıkların sayısının belirlenmesi mantığıyla yapılırsa, düşük saptama oranları elde edilir. Ancak, dört odacık görünümünün çok basit bir kesit olarak değerlendirilmediği ve dört-odacık değerlendirmenin optimal özenle elde edildiği ve aşağıda sayılan tüm özellikler arandığı takdirde KKH'nın %48-50'sini saptamak mümkün olacaktır. Bu özellikler şöyledir:

Genel Değerlendirme

- Kardiyak eksen normal mi?
- Kardiyak pozisyon normal mi?
- Kalbin büyüklüğü normal mi?
- Kalp ritmi ve hızı normal mi?
- Perikardiyal effüzyon veya ventriküler hipertrofi var mı?

Atriumla

- Her 2 atrium eşit büyüklükte mi?
- Foramen ovale flap hareketi sağ atriumdan sola doğru mu?
- Atrial septum primum var mı?

Ventriküller

- Ventriküller eşit büyüklükte mi?
- Ventriküler duvarda hipertrofi var mı?
- Moderator band, sağ ventrikülde mi?
- Ventriküler septum intakt mı?

Atrioventriküler Septum

- Her 2 AV kapak açılıp kapanıyor mu?
- Trikuspid kapağın, septal düzeyi mitral kapaktan daha apikalde mi? (normal "offset")

Dört odacık kardiyak kesit incelendiğinde, normal kalp toraksın yaklaşık olarak 1/3'ünü kaplar. Perikardiyal effüzyon bulunması patolojik bir bulgudur; ancak kalp etrafında bulunan hipoekoik halka perikardiyal effüzyon olarak değerlendirilmemelidir. Kalp atımları ritmi ve hız 120-160 atım/dk. arasında olmalıdır. Geçici bradiaritmiler veya taşikardiler ve ekstrasistoller normal olarak görülebilse de devamlı taşikardi bir fetal supraventriküler taşikardiyi, devamlı bradikardi ise kardiyak blok yönünden anlam taşır.

Kalbin pozisyon ve ekseninin de değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Normal durumda kalbin apeksi solu gös-

terir ve fetal ön-arka eksen ile arasında yaklaşık olarak 45±20 derece açı vardır. Kalbin yaklaşık 2/3'ü toraksın soluna yerleşmiştir. Toraks içinde yer kaplayan oluşumlar (diyafragma hernisi, KKAM, pulmoner sekestrasyon gibi) ve ağır yapısal kalp anomalilerine yol açan situs anormallikleri, kalp pozisyon anormalliklerine yol açabilmektedir.

Normal kalpte, her iki atrium eşit boyuttadır ve foramen ovale flebi sağ atriumdan sol atrium içine doğru hareket eder. Pulmoner venlerin sol atrium içine girişi sıklıkla görülebilir. Atrial septum primum mutlaka görülmelidir. Sağ ventrikül apikalinde papiller kas olan trabekuloseptomarginalis, burada kapalı bir alan görüntüsü oluşturur. Bu kas moderator band olarak adlandırılır. Moderator band sağ ventrikülün morfolojik olarak ayırımında yardımcı olur. Her iki ventrikül eşit büyüklükte olup; duvarlarında kalınlaşma yoktur. Ventriküller arası asimetri, aort koarktasyonu ve hipoplastik sol kalbin habercisi olabilir. Interventriküler septum tüm uzunluğu boyunca dikkatli bir şekilde izlenmelidir. Septum özellikle, lateral dört-odacık görüntüsünde dikkatlice incelenmelidir.

Her iki ayrı atrioventriküler valvin serbest olarak açılıp kapandığı görülmelidir. Trikuspid kapak interventriküler septuma mitral valve göre daha apikal tutunur. Atrioventriküler valvlerdeki anormal tutunma atrioventriküler septal defektin habercisi olabilir.

Detaylı Temel Kardiyak Muayene

Fetal kardiyak iki boyutlu inceleme sırasında, ventrikül çıkış yollarının incelenmesi, kardiyak anormalliklerinin yakalanma olasılığını artırır. Bu muayene sırasında konotrunkal anomaliler denilen; Fallot tetraolojisi, büyük arter transpozisyonu, trunkus arteriozus ve çift çıkışlı ventrikül saptanır. Bu inceleme sırasında pulmoner arterin sağ ventrikülden, aortanın ise sol ventrikülden çıktığı, her iki arterin çaplarının hemen hemen eşit olduğu ve birbirlerini çaprazladığı görülmelidir. Ventrikül çıkış yollarının görüntülediği planlar, dört odacık görünümünün elde edilmesinden sonra probun fetusun başına doğru açıldırması ile elde edilir. Ventrikül çıkış yollarının incelenmesinde son yıllarda tanımlanan "üç damar" görünümü de kullanılmaktadır. İlk kez 1997 yılında Yoo ve arkadaşları tarafından tanımlanan üst mediasteninin bu kesiti, büyük damarların kolayca ve doğru bir şekilde muayene edilebilmelerine olanak sağlamıştır. Soldan başlayarak pulmoner arter ve pulmoner arterin duktus arteriozus ile direkt bağlantısı ve burada pulmoner arterin devamı olarak duktus arteriozus, aortik arkın transvers kesiti ve superior vena kavanın transvers kesiti görüntülenir. Bu kesitin elde edilebilmesi nispeten kolaydır. Aortik ark ve duktal arkın longitudinal kesitlerinin elde edilmesine göre kısa sürede elde edilebilir ve anormalliklerin yaklanmasında eşdeğer güvenilirliğe sahiptir.

Sonuç

Kalbin iki boyutlu incelemesi, dört odacık görünüm, ventrikül çıkış yolları ve üç damar incelenmesi ile büyük ölçüde yapılabilir. Bu incelemelerden temel olanı dört odacık görünüm olup; ventrikül çıkış yolları ve üçdamar kesitinin eklenmesi şart değildir. Ancak, iyi rezolüsyonlu ultrasonlarda ve artan eğitim ve deneyim ile rutin taramaya çıkış yolları ve üç damar kesitlerinin eklenmesi taramanın etkinliğini arttıracaktır.

KÖ-11

Intrauterin büyüme kısıtlılığında fetal kalbin değerlendirilmesi

Umut Kutlu Dilek

Normal fetal büyüme; genetik olarak önceden belirlenmiş büyüme potansiyeli ile bunun fetal, plasental ve maternal faktörler ile kontrolü yoluyla gerçekleşen bir süreçtir. The American College Of Obstetricians And Gynaecologists (ACOG) İUBK'ı tahmini doğum ağırlığının gestasyonel yaş için 10 persentil altında olması olarak tanımlamaktadır. Tahmini doğum ağırlığı 10 persentil altında olan fetüslerin % 50-70 'i ebeveynlerin yapısal ve etnik özelliklerine göre normal büyüme paternine sahip fakat yapısal olarak küçük fetüslerdir. İntrauterin ölümlerin %52'sinin ve perinatal mortalitenin %10'unun İUBK ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

İUBK nedenleri; fetal, plasental ve maternal nedenler olarak üç kategoride incelenir. İUBK olgularının büyük çoğunluğunda ana neden uteroplasental yetmezliktir. Gebelik sonuçları etiyojolojiye bağlı olduğundan sonraki ilk adım; İUBK şüphesi olan annelerde alta yatan nedeni belirlemek olmalıdır. Etkin intrauterin tedavi olmadığında etkilenmiş fetüslerde doğum zamanının doğru belirlenmesi antenatal izlemde kritik öneme sahiptir. Kötü perinatal sonuçları belirlemede bağımsız en önemli faktör gestasyonel yaş olup en büyük risk 32-34. haftadan önce olan doğumlardır. Tedavinin ana amacı; gebeliğin uzatılmasıyla meydana gelebilecek intrauterin ölüm ve geri dönüşümsüz çoklu organ disfonksiyonuna bağlı risklerin; preterm doğum risklerinden fazla olduğunda doğumu gerçekleştirmektir.

İUBK fetüsün tedavisinde iki prensip vardır. Bunlar akciğer matürasyonu için 34. gebelik haftası altında steroid tedavisi ve doğumdur. İUBK vakalarında en kritik karar doğum zamanıdır. Prematüriteye bağlı kötü perinatal sonuçlarla intrauterin fetal ölüm arasındaki dengenin sağlanması başarılı obstetrik yönetim için gerekli koşuldur.

Fetal hareket ve tonus kaybı ph 7.1-7.2'nin altına ortaya çıkar. Duktus venozus doppler indeksleri yükseliyor, a dalgası kaybolmuş veya tersine dönmüş, umbilikal vende pulsasyon mevcut, BPP< 6'nın altında, anhidramniyoz ve NST' de geç deselerasyon varlığında doğum vakit geçirmeden gerçekleştirilmelidir.

Bununla beraber konvansiyonel fetal iyilik hali testlerinde bozulma veya venöz doppler değişiklikleri çoğu zaman terminal bulgulardır. Artmış fetal serebral kan akımının bile geri dönüşsüz merkezi sinir sistemi hasarının olası başlangıcı olabildiği düşünülecek olursa daha erken ortaya çıkan ve yalancı pozitiflik ve negatifliği daha az olan bir yöntem olan ihtiyaç ortadadır. İUBK olan fetusların izlem ve doğum kararının verilmesinde kullanılan arteriyel ve venöz doppler ölçümlerine ek olarak İUBK kısıtlılığı ile ortaya çıkan kardiyak disfonksiyonun değerlendirilmesinde E/A oranı, kısalma ve ejeksiyon fraksiyonu, mitral kapakta M-mode'da annuler yer değiştirme, triküspid regurjitasyonu, aortik istmus akımı, modifiye Tei indeksi, myokardiyal doku doppleri gibi tekniklerden yararlanılabilir.

Ejeksiyon zamanı ve fraksiyonu sistolik fonksiyonun değerlendirmesinde kullanılabilen bir yöntemken, E/A oranı diastolik fonksiyonun değerlendirilmesinde başvurulan bir tekniktir.

Hem sistolik hem de diastolik fonksiyon parametrelerini içinde barındıran myokardiyal performans indeksi gebelik haftasına bağlı olmayan ve ejeksiyon fraksiyonu ile güçlü korelasyon gösteren bir ölçümdür. Aşağıdaki formüle göre hesaplanır;

$MPI = \frac{İzovolümetrik Kontraksiyon Zamanı (ICT) + İzovolümetrik Relaksasyon Zamanı (IRT)}{Ejeksiyon Zamanı (ET)}$

MPI'nin 0.43'ün (%95 persentil) üzerinde olması anormal olarak kabul edilir. MPI gebelik haftası ilerledikçe hafif bir artış gösterebilir. Bunun nedeni gebelik haftası ilerledikçe ICT'de değişiklik olmazken, IRT'deki artış ve ET'deki azalmadır. MPI İUBK olan fetuslarda ortaya çıkan diastolik disfonksiyonun bir sonucu olarak bu fetuslarda artar.

Myokardiyal doku doppleri, geç başlayan İUBK veya SGA (Small for Gestational Age) olarak kabul edilen olgularda postnatal dönemde ortaya çıkmaya başlayan kardiyak problemlerin prenatal dönemde ortaya çıkmaya başladığını ortaya koymuştur. Bu yenidoğanlarda Atrial natriüretik peptid ve troponin I'in umbilikal kord kan örneklerinde saptanması myokardiyal hasarın prenatal dönemde ortaya çıkmaya başladığını göstermektedir.

Triküspit ve mitral kapak annuluslarının sistolle beraber apikal hareketlerinde azalma İUBK olan fetuslarda tanımlanan bir diğer kardiyak disfonksiyon bulgusudur.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda myokardiyal performans indeksi konvansiyonel doppler bulgularından daha erken fetal kötüye gidişi ortaya koyabilmektedir. Öte yandan gerek doku doppleri, gerekse AV kapaklarda annuler hareketlerin değerlendirilmesi fetal kardiyak fonksiyonun direkt değerlendirme teknikleri olması nedeniyle MPI'ya göre gelecekte daha fazla klinik fayda vadetmektedir.

KÖ-12**Tekrarlayan abortuslarda ampirik veya kanıta dayalı tıp uygulamaları**

Mehmet Okan Özkaya

Tekrarlayan gebelik kayıpları (TGK) gebeliğin 20. Haftasından önce tekrarlayan 3 ve daha fazla gebelik kaybını tanımlamak için kullanılır. Bazı yazarlar tekrarlayan gebelik kaybında tanıda 2 gebelik kaybının yeterli olduğunu savunmaktadır. Bunun nedeni epidemiyolojik çalışmalarda 2 veya 3 gebelik kaybından sonraki beklenen gebelik prognozları ayıdır.

Tekrarlayan gebelik kaybı toplumda yaklaşık %1 sıklıkta izlenmektedir. Genel olarak 3 grupta incelenir. Bunlar primer, sekonder ve tersiyer gruplardır. Primer TGK'da gebelikleri hepsi erken trimesterde kaybedilmiştir. Sekonder TGK ise gebeliklerden biri 20. haftayı geçmiştir. Tersiyer TGK ise canlı bir doğumdan sonra gebelik kayıpları vardır.

Etyoloji

Etyolojide halen yaklaşık vakaların yarısında herhangi bir neden bulunamamaktadır. Kadınlarda tek abortus oranı %10-20, iki abortus oranı %4 ve art arda 3 abortus oranı %1 civarındadır. Bir kez abortus sonrası canlı doğum oranı %80, iki kez abortus oranı %70, üç kez abortus sonrasında canlı doğum oranı ise yaklaşık %50-60 tır.

1. Anatomik nedenler

Bunlardan en sık nedenler; uterus septus, intrauterin adezyonlar, unikornis ve bikornis uteruslar, sub müköz myomlar ve büyük endometriyal poliplerdir.

Bunların içinde de en sık yaklaşık %55 sıklıkta uterus septuslar izlenmektedir. Burada en sık patoloji septumun avasküler olması nedeniyle plasentasyonun yetersizliği görülmektedir.

Anatomik nedenleri cerrahi tedavisi sonrasında canlı doğum oranları çok iyidir.

2. Genetik nedenler

Anormal kromozomal yapıya sahip gebeliklerin yaklaşık %90'ı abortus ile sonuçlanır. Gebelik haftası arttıkça da kromozom anomalisi oranı azalmaktadır. Örneğin 8-11. haftada kromozom anomalisi oranı %50 iken, 20. haftadan sonra bu oran %6-12 olmaktadır.

Parental kromozomal bozukluk normal popülasyonda %0.6, TGK olgularında ise yaklaşık %4.1-11 oranında izlenmektedir. Bu anomalilerden en sık saptanan translokasyonlardır.

ACOG ve RCOG paternal kromozomal analizinin yapılmasını kabul ediyorlar, ancak tedavideki etkinliğinin düşük olduğunu belirtiyorlar. Çünkü yapısal kromozom anomalisi olan çiftlerin yaklaşık %70 kadarı bir sonraki gebeliklerinde sağlıklı çocuk sahibi olabilmektedirler.

Preimplantasyon genetik tanı ise hem pahalı, hem de kullanımı için bilimsel veriler yetersiz olduğu için rutin kullanımı önerilmemelidir.

3. Enfeksiyonlar

TGK olgularında kanıtlanmış herhangi bir enfeksiyon etkeni yoktur. Sıklıkla bakteriyel vajinozis suçlanmıştır. Ancak bakteriyel vajinozis tarama ve tedavisinin herhangi bir faydası kanıtlanamamıştır.

4. Endokrin nedenler

Luteal faz yetmezliği, hiperprolaktinemi, PCOS, hiperandrogenik durumlar, tiroid fonksiyon bozuklukları ve DM TGK nedenleri arasında sayılmaktadırlar. LFY de progesteron seviyelerinde düşüklük NK hücre fonksiyonu ve sitokin sentezindeki bozukluklar nedeniyle TGK olabilmektedir. Yine DM olan hastalarda HbA1c 4 %7.5 ise abortus oranları azalmaktadır. Yine TGK olan hastaların %36-56'sında PCOS saptanmıştır.

5. Trombofililer

Gebelik kendisi bir hiperkoagulabilite nedenidir. Trombofililer konjenital ve akkiz olarak sınıflandırılabilir.

Kalıtsal trombofililerde tromboz, plasental yetmezlik, preeklampsi, IUGR ve intrauterin ölüm görülebilmektedir. Ancak TGK ile ilişkisi net olarak açıklanamamıştır. Bu nedenle tartışmalıdır.

6. İmmünolojik nedenler

Otoimmün olarak en sık görülen antifosfolipid sendromudur (APS). APS tanısında klinik olarak obstetrik ve vasküler tromboz kriterlerinden en az biri ve laboratuvar kriterlerinden en az biri bulunmalıdır.

Tedavide aspirin ve heparin tedavisinin birlikte kullanılmasıyla çok başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

Alloimmün neden olarak ise neden fetal genetik yükün %50'sinin paternal kaynaklı olması nedeniyle fetüsün anne tarafından reddedildiği teorisi göz önündedir. Ancak bunun tedavisi için paternal lökosit immünizasyonu ve İV immünoglobulin tedavilerinin bir faydası yoktur.

7. Diğer nedenler

Bu nedenler arasında sigara, arsenik, civa, kafein, etanol, kurşun, etilen oksit ve radyasyon gibi patojenler sayılmaktadır.

Açıklanamayan TGK Tedavi**1. Aspirin ve heparin:**

Aspirin + heparin tedavisinin APS dışında hiçbir TGK olgusunda kanıtlanmış yararı yoktur. HABENOX çalışmasında trombofili olsun veya olmasın aspirin, heparin veya kombine uygulanmasının herhangi bir başarısı gösterilmemiştir.

2. Metformin

Eğer hastalarda hiperandrojenemi, hiperinsülinemi varsa metformin tedavisiyle abortus oranları azalmaktadır. Ancak rutin kullanımında herhangi bir faydası kanıtlanamamıştır. ACOG rutin kullanımı için halen yeterli kanıt olmadığını belirtmektedir.

3. Bromokriptin

Hiperprolaktinematik hastalarda bromokriptin tedavisi ile gebelik kaybının azaldığı 1998 yılında Hirahara ve arkadaşları tarafından bir çalışmada gösterilmiştir. Ancak daha sonra bu bulgu desteklenememiştir. RCOG (2003 yılında) TGK durumlarında bromokriptin tedavisinin kanıta dayalı tedavide yeri olmadığını belirtilmiştir.

4. LH süpresyonu

Erken folliküler fazda yüksek LH ile abortus oranların %12 den %65 oranına çıktığı 1990 yılındaki bir çalışmada gösterilmiştir. Ancak 2002 yılındaki bir çalışmada ise bunun doğru olmadığı saptanmıştır. Çalışmalarda LH süpresyonu için GnRH analogu kullanılmıştır. Ancak TGK etkinliği gösterilememiştir.

5. Progesteron

Açıklanamayan TGK progesteron kullanımının yararı olduğunu belirten çalışmalar var olmakla beraber, bunlar metodolojik olarak zayıf yayınlardır. ACOG (2002 yılında) ve RCOG (2006) yılında açıklanamayan TGK da progesteronun etkinliğinin kanıtlanmadığını belirtmişlerdir.

6. hCG

hCG progesteron sekresyonunu artırarak TGK oranlarını azaltabilir. Ancak çalışmalarda etkinliği gösterilememiştir.

7. Yatak istirahati

Açıklanamayan TGK da yatak istirahatinin yararı yoktur. Tam tersine tromboz, kas atrofisi ve strese neden olduğu için zararı olabilir.

8. İlişki yasağı

Etkinliği kanıtlanmadığı için koitus yasağı önerilmemektedir.

9. Diyet ve vitaminler

Düşük protein, süt ve vitaminden fakir beslenme TGK nedeni olabildiği 2001 yılındaki bir çalışmada belirtilmiştir. Ancak 35.353 gebeyi içeren bir çalışmada vitaminlerin TGK olgularında etkinliği gösterilememiştir.

Sonuç

1. TGK önemli bir problem olmakla beraber halen kanıta dayalı tedavisi yoktur.

2. APS taraması ve saptanması durumunda aspirin + heparin kombine tedavisi etkindir.
3. Anatomik patolojilerin düzeltilmesi gebelik oranların artırır.
4. Ampirik tedavilerin hiçbirinin etkinliği kanıtlanamamıştır.
5. Aileye tedavi edilmese bile yaklaşık %50-60 oranlarında bir sonraki gebeliklerinde canlı doğum oranı olabileceği anlatılmalıdır.

KÖ-13

Doğumsal kalp hastalıklarında kısa ve uzak prognoz

Arda Saygılı

Doğumsal kusurlar içinde en sık görüleni kalp hastalıklarıdır. Epidemiyolojik olarak genel bilgimize göre her 1000 canlı doğumdan 5 ila 8 oranında görülmektedir. Ancak yeni verilerde bu rakamların arttığı bildirilmiştir. 1985 yılından bu yana yapılan çalışmalara bakıldığında bu oranlar ülkeden ülkeye değişmektedir bu rakam farklılığında tıbbi koşullar farklılığında doğumsal kalp hastalıklarının prognozu diğer bir deyişle öngörümü oldukça farklılıklar gösterecektir.

DSÖ'nün 44 yıllık epidemiyolojik verilerine göre çocuk ölümlerinin %42'si doğumsal kalp hastalıkları (DKH) nedeniyledir. Mortalitenin doğumdan sonra, yapısal bozukluklarının acil cerrahi veya girişimsel tedavileri gerçekleştirilmesi gerektiğinden prenatal tanı yaşamsaldır. DKH karşımıza ağır tiplerden minör tiplere farklı şekilde çıkmaktadır.

Ülkemizde ve kaba bir hesaplama ile her yıl 10-12 bin çocuk kalp hastası olarak doğuyor ve bebek ölümü olasılığının yaklaşık %3 olduğu bilindiğine göre kalp hastalıklarının prenatal tanısı ve önlenmesi programları önem kazanmaktadır. Doğumsal kalp patolojilerinin erken saptanması, çocuk ölümlerinin azaltılması cerrahi ve medikal çözümlerin de prognozunu değiştirmiştir.

Kalp hastalıklı çocukların, yaşam kalitesi kötü ve yaşam sınıri kısadır. Doğumsal kalp hastalıkları prognozu belirsiz hastalık değildir. Prenatal tanı ve mültidisipliner işbirliği çerçevesinde prognozu birçok patoloji için kabul edilebilir ve oldukça iyidir.

Prenatal tanı doğumsal kalp hastalıklarının öngörümünü değiştirmiştir.

DKH'larının prenatal tanı oranı Paris'te 1983-88 yıllarında %23, iken 1995-2000 yıllarına gelindiğinde %47.3'lere artmış, perinatal mortalite aynı tarihlerde %16.3'ten %6.4'e, yenidoğan ilk hafta mortalitesi ise %10.1'den %3.3'e gerilemiştir.

Özellikle bazı hastalıklara odaklandığımızda örneğin aort koarktasyonunda prenatal tanı oranı %0'dan %42'ye, büyük arter transpozisyonunda (BAT)'da prenatal tanı oranı %12,5'dan %72'ye yükselmiştir bu bebeklerin perinatal mortalitesi % 23'ten %5'e düşmüştür. Yine ağır bir kalp hastalığı olan hipoplastik sol kalp sendromunda tanı oranı %31,7'den %90'a yükselmiş mortalite %84'ten %50'ye gerilemiştir. Bu hastalıkta ayrıca terminasyon oranı %13,6'dan %63'e yükselmiştir. Terminasyon oranının yükselmesi pronostik konusundaki karamsarlığı ifade etmesi açısından önemlidir.

Doğumsal kalp hastalığı risk analizi ve yönetimi sağkalımı belirlemektedir.

Prenatal dönemde DKH tanısına hemodinamik duruma eşlik eden anomalilerin durumuna göre hasta fetüsün yolunu bekleyen seçenekler çokludur. Hastalığın tam belirlenmesi risklerin ve doğum sürecinin yönetimini belirler. Hastalılar klinik takip gerektiren kendiliğinden sönebilecek defektler, VSD, PDA, ASD gibi, klinik takip yanında tam iki ventriküllü tam düzeltme ameliyatı yüzgüldürücü olan hastalıklar VSD, BAT, Fallot Tetralojisi, Aort koarktasyonu gibi, önce palyatif sonra tam düzeltme ameliyatı gerektirenler, palyatif cerrahi ile başlayıp iki ventriküllü tamir olamayacaklar, tamiri çok zor mortalitesi çok yüksek olanlar tek ventriküllü, heterotaksik patolojilerdir. Bu ağır grupta cerrahi sınırların dışında olan durumlarda gebeliğin sonlandırılması veya eşlik etme yönetimleri benimsenmektedir. Son yıllarda sonuçları çok yüz güldürücü olmasa bile intrauterine girişimsel işlem seçeneğinden fayda görebilme olasılığı olan aort veya pulmoner darlık gibi patolojilerdir.

Doğumsal kalp hastalıklarının %20'si doğumdan sonra acil cerrahi müdahale gerektirir. Çocuk kalp cerrahisi ve kardiyo-lojisi olan merkezde anneyle birlikte” in-utero” transferle birlikte bebeğe doğar doğmaz müdahalelerin bazı kalp hastalıklarında yaşam şansını değiştireceği unutulmamalıdır.

Tanının prenatal veya postnatal olması bazı yüksek riskli hastalıklarda tedaviyi ve seçeneklerini toptan değiştirmektedir. Bu aynı zamanda ülkeden ülkeye sosyo-kültüre bağımlı olarak da değişim göstermektedir. Örneğin hipoplastik sol kalp tanısı prenatal konulduğunda Fransa'da Norwood operasyonu yapılma oranı yalnızca %5 iken doğum sonra tanı konulmuşsa %50'ye çıkmakta, İngiltere'de bu oranlar prenatal ise tanı %50 postnatal ise %95 oranında olmaktadır.

DKH tanısı alan fetuslarda spontan intrauterin ölüm yaklaşık % 10'dur. Ölümler daha çok kromozom anomalileri veya ekstrakardiyak malformasyon ile ilgili olmaktadır. Kötü prognoz veya ölümcül tipte hipoplastik sol kalp sendromu gibi kalp hastalığı olan fetüsler genellikle duktus arteriosus kapanması ile yaşamın ilk günleri içinde kaybedilirler. Bunun dışında %20 oranında bir grup DKH ise hemen doğum son-

rası acil bakım gerektirir. Bunlar büyük arter transpozisyonu, pulmoner atrezi veya aort koarktasyonu, aortik stenoz gibi acil müdahale ve cerrahi gerektiren gruptur. Bu bebeklerin büyük çoğunluğu duktus arteriosus açık korumak için prostaglandin tedavisi gerektirir. Bu gruptaki yani duktusun açıklığına bağlı olan kalp hastalıkları prenatal tanıdan yaşamsal fayda görürler. Son yıllarda yapılan çalışmalar prenatal tanı ile pronostiğin değiştiğini göstermiştir. Örneğin BAT tanısı alan bebeklerde mortalite oranı prenatal tanı ve postnatal erken tanıya bağlıdır, bu aynı zamanda nörolojik gelişimi de belirlemektedir.

Doğumsal kalp hastalıklarında yakın süreli öngörüm

Daha erken ve doğru tanıma sürecinin devam ettiği günümüzde, ultrasonografi teknolojindeki ilerlemelerin takibi daha güncel paralel olarak çoklu merkezli çalışmalar ve organizasyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalarda ülkeden ülkeye oldukça farklı sonuçlar elde edildiği gibi DKH'ları tipleri ve öngörümü de paralel olarak farklı olacaktır. Örneğin DKH'ları içinde ventriküler septal defekt oranı %27'den 70'lere kadar değişmektedir. Ülkemizde bu oran ise %33 olarak görülmektedir.

Populasyon temelli olarak yapılan en önemli çalışmalardan birisi olan Epicard çalışmasında 2005-2008 yıllarını kapsayan 3 yıllık süreçte DKH'larının prevalansı, pre postnatal tanı yenidoğan ve infant mortaliteleri araştırılmıştır. Bu çalışmada prenatal dönemden itibaren takip edilen DKH'lı 2867 fetüsün % 61'sinde yalnızca kalp hastalığı %13.7'sinde DKH ile birlikte kromozom anomalisi, %14.3'ünde birlikte ekstrakardiyak anomalisi saptanmış bu bebekler %82'si canlı doğmuş %16'sı gebeliği sonlandırmış, % 2'si inraüterin kaybedilmiş. Bu çalışmada heterotaksi %89, tek ventriküllü DKH'lığı %93 atriyoventriküler kanal defektleri (%83) ve kapak anomalileri %66.7, aorta ve pulmoner arter defektleri (BAT %74) ve çıkımyolu patolojileri %40 oranında tanısının konması prenatal tanıda geline ilerlemeyi göstermektedir.

Prenatal tanısı konan ve doğan DKH'lı bebeklerde ilk haftada mortalite heterotaksiklerin %25 tek ventriküllü patolojilerde %41.7 olmasına karşın genel mortalite %2.2, ilk ayda %1.8, bir yaşına gelindiğinde %2.9 oranındadır. Toplamda infant dönemine gelindiğinde mortalite %6.8 kromozom anomalili DKH'lı çocuklar gruptan çıkarıldığında bu oran %5.4 oranında olmaktadır. ABD'de 1999-2006 yıllarını kapsayan çalışmaya göre DKH nedeni ile olan mortalitenin %48.1'i infant döneminde olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalardan da anlaşılacağı gibi en sık mortalite neonatal ve infant döneminde. Bu dönem mortalitesi özellikle heterotaksik ve tek ventriküllü DKH'larında oldukça yüksektir. Kromozom anomalisinin eşlik etmesi DKH'larında mortaliteyi ve prognozu belirleyen önemli faktördür.

Doğumsal kalp hastalıklarında uzun süreli öngörüm

Orta ve uzun vadede genel popülasyonda mortaliteye baktığımızda 7 yıllık süreci içeren epidemiyolojik bir çalışmada ABD’de toplam popülasyona oranla mortalitenin % 0.21 DKH nedeniyle olduğu gösterilmiştir. Çocuklarda bir ile 17 yaş arası toplam mortalitenin % 12.4’de DKH sorumlu bulunmuştur. 1-4 yaşları arasında DKH’na bağlı mortalite %21 iken (yıllık % 2.8) 4-17’li yaşlarda %36.1’i (yıllık %4.8). Erişkin yaşa gelindiğinde 18 -34 yaş arasında % 21, 35 - 49 yaş arasında % 24.6, 50 - 64 yaş arasında ise mortalite %27.7 oranında görülmektedir.

DKH’larına öngörümü etkileyen temel faktör hastalıkların tanısıdır. Tanı cerrahi tedavi şansını belirler. Cerrahi ve girişimsel tedavi seçenekleri geleceği belirleyen önemli faktördür. Kalp hastalığına çift mi ? tek mi ? yoksa 1.5 ventriküllü tamir seçeneği sunulduğu mortalite, morbidite ve geleceği öngösterir. Hastaların bir kısmı özellikle bir ve birbuçuk ventriküllü tamiri yapılan konduit desteğinde çift ventriküllü tamiri yapılan DKH’ları ömür boyu kardiyolojik olarak özürlü riskli yaşamsal tehlikeli hastaları oluşturular. Bu hastalar ömür boyu ritim bozuklukları, hipertansiyon, ani ölüm için riskli hastalardır. Bir kısmı ise azalmış efor kapasitesi ile kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığı ile iççedirler.

Cerrahi merkezlerin sonuçlara baktığımızda Tennant ve arkadaşları 16 yaşından önce 1985-2003 yılları arasında DKH tanısı alan olguların 20 yaşına kadar olan takiplerinde sağkalımı %90 olarak bulmuşlardır. Bu gurupta ekstrakardiyak ve genetik patolojiler çalışma dışı bırakılmıştır. 1953-1989 yılları arasında Finlandiya’da herhangi bir kısıtlama yapılmadan izlenen tüm DKH nedeni ile cerrahi tedavi görmüş hastaların 45 yaşına kadarki sağkalımını %78 olarak bulmuştur.

DKH’ların tanılarına göre öngörülere baktığımızda geniş bir yelpazeye yayılan sonuçlar ortaya çıkar. ASD nedeniyle opere olan hastalarda 30 yıllık sağkalım oranı %99 olarak başka bir çalışma ise operasyon sonrası 45 yıllık sağkalımı %95 olarak bildirilmiştir.

Hipoplastik sol kalp sendromu gibi daha kompleks bir örnekte ise Norwood operasyonlarında mortalite birinci basamakta sağkalım %87’lerde iken 5 yıllık sağkalım ikinci ve üçüncü basamaktan sonra yaklaşık %70-80 civarında da bildirilmiştir. Hipoplastik sol kalp sendromlu bebeklerde günümüzde girişimsel ve cerrahi ekiplerin kombine çalıştığı “Hibrid yöntem”lere hastalığın birinci basamağındaki mortalite oranı azalmıştır.

Sonuç olarak DKHlarını prenatal tanısı bebeklerde sağkalımı iyileştirmiştir. Gelecekte multidisipliner yaklaşımla ve santralize bir organizasyonla bu sonuçların daha da iyi olacağı söylemek zor bir tahmin olmayacaktır.

KÖ-14

Biyokimyasal tarama testlerinden ikincil yararlanım mümkün mü?

İbrahim Bildirici

1. Trimesterde sebebi açıklanamayan düşük PAPP-A (<0.4 MoM) ve/veya düşük hCG (<0.5 MoM) obstetrik komplikasyonlarda artış ile birliktelik göstermektedir. 2. trimesterde ise paradoksik şekilde hem sebebi açıklanamayan yüksek maternal AFP (>2.5 MoM), hCG (>3.0 MoM) ve/veya inhibin-A (>2 MoM), hem de düşük maternal AFP (<0.25 MoM) ve/veya estriol (<0.5 MoM) obstetrik komplikasyonlarda artışa eşlik etmektedir. Sebebi açıklanamayan AFP yüksekliği olgularında 2. ve 3. Trimesterde plasenta previa izlenirse plasenta akreta, inkreta veya perkreta dan şüphelenilmeli, doğum uygun yer, hazırlık ve teknikle yapılmalıdır. Ciddi düşük estriol (<0.3 MoM) varlığında genetik konsültasyonu uygundur. Anormal maternal uterin arter doppler bulgularının yüksek AFP, hCG, inhibin-A ya da düşük PAPP-A ya eşlik ettiği olgularda IUGR ve preeklampsi riski belirgin olarak artmaktadır. Maternal serum taraması sonucunda spesifik bir analitin anormal sonucu nedeniyle riskli kabul edilen olgularda ideal takip ve tedavinin ne olması gerektiği belirlenmiş değildir. Sıklıkla preeklampsi ve preterm doğum gibi korkulan gebelik komplikasyonlarının bulgu ve belirtileri konusunda gebelere eğitim verilmekte, antenatal vizitler sıklaştırılmakta, daha sık USG (fetal büyüme, amniyotik sıvı düzeyi) ve fetal iyilik hali testleri (NST, Biyofizik Profil Skorlama, arteriyel ve venöz doppler), servikal uzunluk takibi yapılmaktadır. Hali hazırda multipl maternal serum markerleri gebelik komplikasyonlarının taranması amacıyla kullanılmamalıdır: çünkü; sensitivite-leri düşük, yalancı pozitiflikleri yüksek olup, herhangi bir tedavinin de sonuçları değiştirdiği gösterilebilmiş değildir.

KÖ-15

Fetal gelişimin değerlendirilmesinde günümüz nomogramları yeterli mi?

Ömer Kandemir

Fetal büyümenin takibi standart antenatal bakımın bir parçasıdır. Ancak fetal büyümenin takibi için kullanılan nomogramlar standart değildirler. Fetal büyümenin ultrasonografik olarak tespiti ve izlenebilmesi tıp tarihindeki en önemli gelişmelerden biridir. 1980’lerden önce obstetrisyenler fetusun büyümesi ve pozisyonu ile ilgili olarak, anne karnından yapılan Leopold manevraları ve fundus pubis arasındaki uzunluğun mezura ile ölçümü gibi dolaylı yöntemleri kullanmaktaydılar. Ultrasonografi cihazlarının kullanıma girmesi, yaygınlaşması ve gelişmeleriyle beraber günümüzde kadın doğum

hekimlerinin fetal büyümeyi takip etmede kullandıkları vazgeçilmez aracı olmuştur.

Ultrasonografik ölçümler özellikle gebeliğin ilk yarısında yapıldığında fetal gelişimin değerlendirilmesi için değerlidir. Gebelik haftasının tespiti için çok sayıda nomogram mevcuttur. Bu nomogramlar ülkelerin antropometrik özelliklerine göre farklılıklar gösterdiğinden, her ülkenin de genelde kullandığı nomogramlar değişiklikler gösterir. Günümüzde, Hadlock, Campbell, Shepard, Hansmann, Sabbagha, Weiner, Eik-Nes gibi önemli yazarların oluşturdukları yüzün üzerinde formül kullanılmaktadır.

Fetus ağırlığının tahmini için bipariyetal çap (BPD), Femur uzunluğu (FL), fetal abdomenin ön-arka ve transverse çapları (APD-TAD) ve abdomen çevresi (AC) kullanılarak çok sayıda formül üretilmiştir. Ancak bu formüllerin doğru sonucu verme hassasiyetleri tartışmalıdır. Formüllerin çoğunluğu term dönemde yapılan ölçümlere göre üretilmiştirler. Bu nedenle preterm, oligohidramnios, membranların preterm prematür rüptürü veya makrozomi gibi durumlarda yetersiz kalabilmektedirler. Özellikle fetal ağırlığın tahmini prospektif için yapılan pek çalışma vardır. Bu çalışmaların sonucunda fetal gelişimin takibi için geliştirilen formüllerin birbirlerine üstünlüklerinin olmadığını göstermektedir. Bu çalışmaların ayrıntıları konuşma için anlatılacaktır.

Antenatal dönemde fetusun ağırlığının doğru tahmin edilmesi doğru karar verebilme ve komplikasyonların önlenmesi için çok değerlidir. Fetal ağırlık tahmininde kullanılan formüller de aynı şekilde farklılıklar göstermekte olup, en fazla biyometrik parametre ile hesaplama yapanlar en doğru sonuca ulaşmaktadır.

Fetal ağırlığın tahmininde kullanılan formüllerin yanısıra aşağıdaki faktörlerin de potansiyel etkileri olduğunu göz önüne almak gereklidir;

- Etnisite
- Görüntüleme kalitesini azaltan oligohidramnios, artmış maternal adipoz doku kalınlığı, çoğul gebelik ve fetal pozisyon
- Ultrasonografi yapan hekimin deneyimi
- Cihaz
- Fetal anomaliler
 - o Gastroşizis (artmış AC)
 - o Hidrosefali (artmış kafa ölçümü)
- Gestasyonel yaş (termde formüllerin hassasiyeti artmaktadır)
- Gelişme geriliği veya makozomi
- Fetal cinsiyet

KÖ-16

Erken term doğumlar: 37–39 haftalarda yaklaşım prensipleri

Mekin Sezik

İnsanda gebelik süresi, özellikle ovülasyondan itibaren belirlendiğinde dahi, önemli oranda değişkenlik göstermektedir. Yeni bir araştırmada ovülasyondan doğuma dek geçen ortalama sürenin 268 gün (38 hafta 2 gün) olduğu saptanmıştır. Ayrıca, bir kadının doğumlarının benzer gebelik yaşlarında gerçekleştiği de gösterilmiştir. Dolayısıyla, her bir gebeliğin muhtemelen maternal faktörlerden de önemli oranda etkilenen “programlanmış” bir süresinin olduğu düşünülebilir.

Klasik olarak son adet tarihine göre 37. haftadan sonra fetüsün “olgunlaştığı” ve doğum için “uygun vaktin” geldiği düşünülmüştür. Ancak; “programlanmış” süresinden önce tıbbi veya tıbbi olmayan çeşitli nedenler ile doğumun gerçekleştirilmesinin sakıncaları olduğu da son yıllarda gösterilmiştir. Buna dayanarak 37+0/7 ila 38+6/7 gebelik haftalarını kapsayan dönem “erken term” olarak isimlendirilmiştir.

Erken term dönemde doğan bebeklerde, morbidite ve mortalite oranları 39-40 haftalarda doğanlara göre daha fazladır. Ayrıca, erken termde doğanların erken çocukluk (1-5 yaş) ve genç erişkinlik (18-36 yaş) dönemlerinde de mortalite oranlarında artış olduğu gösterilmiştir.

Erken term doğumların uzun dönem etkileri, mortalite artışı ile sınırlı olmayabilir. Geniş bir epidemiyolojik çalışmada, erken term doğan çocukların 5 yaşındaki eğitsel başarılarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Diğer bir araştırmada ise 37inci gebelik haftası içinde doğan bebeklerin çocukluk ve hatta adolesan dönemde, 39 hafta ve sonrasında doğanlara göre, davranışsal sorunlar yaşama riskinin birçok faktörden bağımsız olarak arttığı (olasılık oranı: 1.43) belirtilmektedir.

Bu yeni veriler, erken term dönemde doğanlarda kısa ve uzun dönemde morbidite ve mortalitede artışı desteklemektedir. Buna dayanarak, 37-39 haftalarda tıbbi dayanağı olmayan doğum indüksiyonu veya sezaryen doğumlardan kaçınılması önerilmektedir.

Bir dizi maternal, fetal ve plasental komplikasyon durumunda ise erken term dönemde doğumun gerçekleştirilmesi zorunluluk haline gelebilir. Doğum kararının kişiselleştirilmesi ve erken term doğuma bağlı istenmeyen etkilerin mevcut risk(ler) ile dengelenmesi gerekmektedir. Bu gerçeğe rağmen, uygulamada beklenenden fazla oranda doğum indüksiyonu kullanıldığı düşünülmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde yaklaşık her 4 gebeliğin biri doğum öncesinde indüklenmektedir. Bu nispeten yüksek oranın, çeşitli gebelik komplikasyonları varlığında anne ve bebek iyiliğini de riske atmadan, azaltılması amaçlanmalıdır.

Bazı durumlarda doğumun daha erken gerçekleştirilmesi, "optimal" sonuçlar açısından önerilebilir. Örneğin komplike olmayan dikoryonik ikiz gebeliklerde 38. gebelik haftasında doğum önerilmektedir. Benzer şekilde; geç başlangıçlı hafif gestasyonel hipertansiyon/preeklampsi olgularında 37. haftada doğum indüksiyonunun, sezaryen oranı veya yenidoğan komplikasyonlarını artırmaksızın, maternal komplikasyonları azaltabileceği gösterilmiştir. Fetal büyüme kısıtlılığı gösteren tekil gebeliklerde de yakın takip sonrasında 37-38. haftalarda doğumun planlanması önerilmektedir. Ancak; bazı durumlarda 39uncu gebelik haftasından önce doğumun gerçekleştirilmesi ek fayda sağlamayabilir. Bunlar arasında önceki gebelikte ölü doğum öyküsü ve mevcut gebelikte (bazı istisnalar dışında) fetal anomali varlığı gibi durumlar bulunmaktadır. Diyabetik gebelikler gibi bazı komplikasyonlarda ise doğumun zamanlaması tartışmalıdır ve "bekleme" ile fetal kayıp, makrozomi ve doğum travması riskleri artabilmektedir.

Sonuç olarak, erken term dönemde (37-39 hafta) doğanlarda kısa ve uzun dönem mortalite ve morbidite artmaktadır. Buna dayanarak, erken term dönemde tıbbi endikasyon olmaksızın doğumun planlanması uygun olmayacaktır. Bazı komplikasyonların varlığında ise gebeliğin devamı; kanama, uterin rüptür, ölü doğum ve benzeri ciddi riskleri artırabildiğinden 39 hafta öncesinde doğumun planlanıp gerçekleştirilmesi yerinde olabilir.

KÖ-17

Gebelikte iyot kullanımı

Gökhan Göynümer

İyot; büyüme ve beyin gelişiminde rol oynayan, tiroid hormonlarının yapımında kullanılan ve vücutta üretilmediği için dışarıdan alınması gereken bir mineraldir. Diyetle alınan iyotun %10 undan azı tiroid bezi tarafından kullanılır, %90 undan fazlası idrarla atılır, az miktar feçeste bulunur. Gebelikte iyot gereksinimi; Tiroid Bağlayıcı Globulin artışı nedeniyle maternal ötiroidizm sağlamak için, özellikle geç gebelik döneminde fetüse iyot transferi nedeniyle ve artmış renal iyot klirensini karşılamak için normale oranla 1.5 kat fazladır. Günde idrar atılımı 150-200 µg/L olduğunda gebeler için yeterli iyot düzeyine ulaşılmış olur.

Vücutta yetersiz iyot alınması durumunda yeterli tiroit hormonu yapılamaz ve İyot eksikliğine bağlı hastalıklar gelişir. Bu hastalıklardan başlıcaları: guatr, kretinizm, mental gerilik, abortus, gestasyonel hipertansiyondur.

Beslenmemizde yeterince iyot alamamızın nedenleri arasında; yiyeceklerimizi az tuzlu pişirmemiz, Himalaya veya deniz tuzu kullanmamız, daha fazla sebze, daha az et yememiz, sık egzersiz yapmamız gösterilebilir. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1994 yılında ülke düzeyinde iyot yetersizliği hastalıkları mücadele ve tuzun

iyotlanması programını başlatmasına rağmen halen istenen düzeye ulaşamamıştır. Çeşitli kuruluşlar gebelerde iyot eksikliği önlemek için, günde 100-200 mcg iyot kullanımını önermektedirler.

KÖ-18

Perinatoloji ve obstetrikte medikolegal sorunlar ve dava örnekleri

Samet Bayrak

Dünyada ve ülkemizde hekimlik uygulamaları içerisinde en riskli grup Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlık Dalı olup, tüm tıbbi müdahale hatalarının % 26.7'sini oluşturmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Yüksek Sağlık Şurası ile Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumuna incelenmek üzere gönderilen dosyaların büyük bir bölümünde, Perinatoloji ve Obstetrik konularının sıklığı dikkat çekmektedir.

Perinatoloji ve Obstetrik'e ait medikolegal sorunları 7 alt başlık altında sıralayabiliriz: 1) Ölüm, 2) Cismen eza görme, 3) Uzun kayıp, 4) Engelli bebek doğması, 5) Konjenital anomalili bebek doğması, 6) Bitkisel hayata girme, 7) Bebek karışması.

Bu medikolegal sorunların önüne geçilmesi için; hekimler kayıtlarını çok dikkatli tutmalı ve korumalıdır. Dosyanın iyi tutulması hem yasal bir zorunluluktur, hem de ayrıntılı biçimde kayıt altına alınan bilgiler, yargıda doktor lehine kanıt olabilmektedir. Doktor kaydını iyi tutarsa davacı, doktorun kusurunu ispat etmek zorundadır. Aksi halde, iyi kayıt yoksa doktor kusursuz olduğunu ispat etmek zorunda kalabilir.

Hekimin sorumluluğu ancak kusurlu uygulama hatasından dolaydır. Buna karşılık komplikasyon dolayısıyla hekim sorumlu tutulamaz. Gerekli özen ve dikkat gösterilmesine rağmen meydana gelen olumsuz neticeler tıbbi müdahalelerin normal sapmaları, rizikoları olarak değerlendirilmelidir. Bir Yargıtay kararında "Yapılan ameliyat beklenen iyi sonucu vermemiş olsa dahi, tıp ilminin kabul edilen kurallarına uygun bir müdahale yapılmış ise, doktora kusur izafe edilemeyeceğinden meydana gelen sonuçtan dolayı sorumluluğu yoluna gidilemez" denilmiştir. Dolayısı ile hekimin taksirli (kusurlu) hareketinden bahsedebilmek için; hekimin kusurlu olması, başka ifade ile özen yükümlülüğünü ihmal etmesi gerekmektedir.

KÖ-19

Postpartum kanamada konservatif yaklaşım teknikleri

Elif Gül Yapar Eyi

Obstetrik hemoraji yılda 6.6 milyon anne ölümüne yol açan önemli bir sorundur. Kanama kaynaklı ölümlerin İngiltere'de bile %58'inin "önlenebilir" olduğu ortaya konulmuştur. İs-

koçya'da "yaşamı tehdit eden" 2.5 litre ve üzerinde kan kaybına yol açan ya da akut olay sonrası koagülopati gelişmesine neden olan ya da 5 ünite üzerinde kan verilmesini gerektirecek kanama oranı 3.7/1000 olarak belirtilmektedir. Bu noktalar değerlendirildiğinde: obstetrik hemoraji anne mortalite ve morbidite nedenleri arasında başta gelmektedir ve standart altı yaklaşımların hemoraji yönetiminde yer aldığına dair delillerin mevcudiyeti nedeni ile öncelikli olarak obstetrik hemoraji yönetiminin bilinmesi ve ulusal düzeyde belirlenen sorunlara yönelik sürekli düzenlemelerin ve standartın sağlanması gerekmektedir. Doğum sonrası kanamalarda uteroplasental yataktan termde 360 ml/dakika kan geçişine bağlı olarak "yaklaşık 20 dakika içinde anne ölümü" gelişebileceğinden özel önem arz eder. Doğum Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasında olduğu gibi "acildir", felakete dönüşmemesi bilgi, ilgi, alt yapı, organizasyon, finansal destek ve sürekli değerlendirme, denetim ve yeniden yapılanmalar gerektirir.

Aşağıda bütün gebeler ve doğum sonrası kanama gelişen gebeler ayrılarak postpartum kanamada konservatif yaklaşım teknikleri basamaklı olarak sunulmaktadır:

Bütün gebelerde prenatal değerlendirme ve planlama

- Plasenta previa
- Plasenta akkreat
- Kanama bozuklukları belirlenmeli ve hazırlıklar yapılmalıdır
- Ağır anemi (<Hb:9.0 g/dl) taranması ve en kısa süre içinde tedavisi yapılmalıdır

Kabulde değerlendirme ve planlama

1. Kan grubu ve antikor taraması
2. Risk faktörleri belirlenmesi

Eylemin II. evresinin uzaması

Uzun süre oksitosin kullanımı

Aktif kanama

Koryoamniyonit

Tokolitik tedavi

- Organizasyon ve daha önce hazırlanmış kanama protokolleri mevcut olmalıdır
- Uterus masajı ve farmakolojik tedavi ile birlikte resüsitasyon ve monitorizasyon sürdürülmelidir.
- Neden belirlenmelidir.
- Genital sistem yaralanması, plasenta retansiyonu, uterin atoni ayrımı yapılabilmesi ve doğru yönetim uygulanmalıdır.
- Gerekenlere transfüzyon gecikmeden uygulanmalıdır
- Koşullar uygun ise balon tamponad denenebilir.
- Kanama sürüyor ise cerrahi girişimler uygulanır.
- Vücut ısısı, asidemi; serum kalsiyumu; trombosit fibrinojen düzeyleri değerlendirilerek optimal düzeye getirilir.
- FVIIa 90 µg/kg ve kanama sürüyor ise verilir.
- İkinci doz FVIIa 90 µg/kg tekrarlanır.
- İkinci doz FVIIa 'a ve uygulanan resüsitasyona ve transfüzyonlara rağmen kanama sürüyor ise cerrahi uygulanmalıdır.

Serbest Bildiri Özetleri

(SB-01 — SB-08)

SB-01

Elektif sezaryen ve normal doğumun anne sütündeki oksidatif yük ve antioksidan kapasite üzerine etkileri

Yavuz Şimşek¹, Pınar Karabıyık¹, Kübra Polat¹, Zeynep Duran², Ebru Çelik¹, Alaattin Polat², Hakan Parlakpınar³

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı; ²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı; ³İnönü Üniversitesi Farmakoloji Anabilim Dalı

Amaç: Ülkemizde ve dünyada sezaryen sıklığındaki artış endişe verici boyuttadır. Sezaryenle doğumun primer olarak anne morbiditesini ve mortalitesini normal doğuma göre 3-6 kat arttırdığı bilinmektedir. Bu durum sezaryen sıklığının azaltılması çabalarının esas dayanağıdır. Doğum şeklinin yenidoğanın ana besin kaynağı olan anne sütünün biyokimyasal özellikleri üzerine etkileri yeteri kadar araştırılmamıştır. Bu çalışmada elektif sezaryenle doğum yapan annelerin ve spontan vajinal doğum yapan annelerin kolostral sütündeki total oksidatif durum ve total antioksidan aktivite seviyelerinin ölçülmesi ve karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya kliniğimizde komplikasyonsuz doğum yapan 88 hasta dahil edildi. Hastalar doğum şekline göre spontan vaginal doğum (Grup 1, n:32); epidural anestezi ile sezaryen (Grup 2, n: 33) ve genel anestezi ile sezaryen (Grup 3, n:23) gruplarına ayrıldı. Hastalardan doğum sonrası 2.gün sabah ilk anne sütünden 2 ml örnek alınarak, total oksidatif status (TOS); total antioksidan status (TAS); oksidatif stres indeksi (OSI); malondealdehit (MDA) ve glutatyon (GSH) düzeyleri ölçüldü.

Bulgular: Grupların yaş, vücut kitle indeksi, doğum haftası, preparatum biyokimya ve tam kan değerleri benzerdi. Anne sütü örnekleri karşılaştırıldığında Grup 1'de TAS; Grup 3'de TOS değeri anlamlı olarak yüksek saptandı (P<0.001). Grup 3'de OSI, diğer gruplara göre anlamlı olarak düşük bulundu (P<0.001). Grupların MDA değerleri benzerdi, ancak GSH düzeyi spontan vajinal doğum yapan hastalarda anlamlı olarak yüksek ölçüldü (P<0.001).

Sonuç: Genel anestezi ile yapılanlarda daha belirgin olmak üzere sezaryen doğum, vajinal doğuma göre kolostral anne sütündeki oksidatif yükü arttırmakta, antioksidan kapasiteyi azaltmaktadır. Yenidoğanın ana besin kaynağı üzerindeki olası olumsuz etkileri, sezaryenle doğumların sınırlanması için

uygulanacak sağlık politikalarında kullanılabilecek bir dinedir.

Anahtar sözcükler: Vajinal doğum, sezaryen, kolostrum, oksidatif stres.

SB-02

Diabetik anneden doğan yenidoğan ratlarda artmış kardiyomyozit hasarı: Deneysel bir çalışma

Uğur Turhan¹, Mehmet Gül², Yusuf Türköz³, Fatma Özyalın³, Hakan Parlakpınar⁴, Yavuz Şimşek¹

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı; ²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı; ³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı; ⁴İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

Amaç: Diabetik gebelerde normale göre artmış fetal kayıp riski, kaçınılmayan bir komplikasyondur. Diabetik anne bebeklerinde sıklığı artan fetal ölümün hangi faktörler etkisinde gerçekleştiği anlaşılammıştır. Öte yandan diabetik anne bebeklerinin ultrasonografik ve postmortem incelemelerinde fetal kalp dokusunda hipertrofik değişiklikler gözlenmiştir. Bu deneysel çalışmada diabet oluşturulmuş gebe ratların yenidoğanlarının kalp dokusundaki histolojik ve biyokimyasal değişikliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda 12 adet genç erişkin Wistar albino türü rat kullanıldı. Çalışma grubuna (N=6) intraperitoneal streptozotosin enjeksiyonu sonrası 72. saatte kuyruk veninden alınan glukoz ölçümünün 200 mg/dl üzerinde olması ile diabet tanısı koyuldu. Kontrol grubu (N=6) normoglisemik dişi ratlardan oluştu. Ratlar kopyasyona tabii tutuldu ve her iki grupta gebelik elde edilemeyen ikiye rat çalışmadan çıkartıldı. Gebeliğin 20. günü ratlar laparotomi ile doğurtuldu. Yenidoğan fetus sayıları, ağırlıkları, CRL ölçümü, kalp ve plasenta ağırlıkları kaydedildi. Kalp dokuları histopatolojik ve biyokimyasal incelemeler için ayrıldı.

Bulgular: Diabetik grupta canlı infant sayısı azalmış, fetuslarda doğum ağırlığı, CRL ölçümü, kalp ağırlığı ve konjenital anomali sıklığı artmıştı. Histopatolojik incelemede diabetik anne bebeklerinin kalplerinde düşük mitotik indeks, kardiyomyozitlerde düzensizlik, ödematöz vakuolizasyon, piknoz ve artmış kromatoliz bulguları mevcuttu. Maternal kanada oksidatif stres belirteçlerinde gruplar arasında anlamlı

farklılık bulunmazken, çalışma grubundaki fetuslarının kalp dokularında anlamlı derecede yüksek total oksidatif stres ve artmış oksidatif stres indeksi belirlendi ($P<0.05$).

Sonuç: Diyabetik anne fetus kardiyomyositlerinde intrauterin dönemde ortaya çıkan azalmış mitoz, düzensiz miyofibril organizasyonu ve nükleer piknotik değişikliklere eşlik eden artmış oksidatif stres, bu gebelerde açıklanamayan fetal ölüme katkıda bulunan bir faktör olabilir.

Anahtar sözcükler: Diabetik gebe, yenidoğan, kardiyomyozit, oksidatif stres.

SB-03

İkiz gebeliklerde ikinci trimester uterin arter pulsatilite indeks ölçümlerinin koryon tiplerine göre karşılaştırılması

Rahime Nida Ergin¹, Murat Yayla²

¹Bahçeşehir Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İstanbul;

²International Hospital, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

Amaç: İkiz gebelik takiplerindeki ikinci trimester uterin arter pulsatilite indeks ölçümlerinin koryon tipine göre karşılaştırılması ve fetal ve doğum ağırlığı açısından gebelik süreci üzerine etkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Mayıs 1999 ve Ocak 2012 tarihleri arasında gebelik takipleri yapılmış olan ikiz gebelikler retrospektif olarak değerlendirildi. Saptanmış ya da şüpheli anatomik genetik, biyokimyasal veya ailesel genetik hastalıkları olan ikiz gebelikler değerlendirmeye alınmadı. PI ölçümleri yapılmayan ve koryon tipi belirtilmemiş olan ikiz gebelikler veri analizlerinden dışlandı.

Bulgular: Toplam 149 ikiz gebelik değerlendirmeye alındı. Koryon tipleri ve yüzdeleri sırasıyla %89.9 (n=134) diamniotik-dikoryonik ve %10.1 (n=15) diamniotik-monokoryonikti. Anne yaş ortalaması 31.56±4.89 idi. PI ölçümlerinin yapıldığı ortalama gestasyonel hafta 20.30±2.23 hafta idi. Ortalama doğum haftası 35.5±2.50 hafta olup doğum ağırlığı 2405±437 gram saptandı. PI değerleri ile ortalama doğum haftası, ortalama fetal ağırlık ve ortalama doğum ağırlığına ilişkin parametreler arasındaki korelasyon analizleri istatistiksel anlamlı herhangi bir ilişki göstermedi. Koryon tipleri arasında ortalama anne yaşı, PI ölçümlerinin yapıldığı ortalama gestasyonel hafta, ortalama doğum haftası, ortalama fetal ağırlık ve ortalama doğum ağırlıkları arasında istatistiksel fark saptanmadı. İkinci trimester ortalama izole sağ uterin arter PI ve ortalama izole sol uterin arter PI ölçümlerinin koryon tiplerine göre karşılaştırmalı değerleri ve genel ortalama değerleri tabloda gösterilmektedir. Bu ölçümlerde de koryon tiplerine göre istatistiksel farklılık saptanmadı.

Sonuç: İkinci trimester uterin arter pulsatilite indeks ölçümleri koryon tiplerine göre farklılık göstermemektedir. Fetal ve doğum ağırlığı açısından gebelik süreci üzerine herhangi bir etkisi saptanmamıştır.

Anahtar sözcükler: Doppler ultrasonografi, ikinci trimester, ikiz gebelik, pulsatilite indeksi, uterin arter.

SB-04

Türkiye’de kadın doğum hekimleri ve ebeler açısından yüksek sezaryen oranının değerlendirilmesi

Esra Bahar Gür, Gülizar Arzu Turan, Sümeyra Tatar, Nazan Oran, Melike Yüksel, İrem Hepylmaz, Serkan Güçlü

Şifa Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Türkiye’deki yüksek sezaryen doğum oranlarına çalışılan hastane koşullarının etkisini araştırmak ve Kadın-doğum (KD) uzmanı hekimler ile ebeler açısından sezaryen oranını düşürmek için yapılması gerekenlerin değerlendirilmesi.

Yöntem: Çalışma için, İzmir’de doğum sayısı en yüksek olan bir özel hastane, bir 2. basamak kamu hastanesi (doğum evi) ve bir 3. basamak üniversite hastanesi çalışma alanı olarak belirlendi. Belirlenen bu 3 hastanedeki ebe ve KD uzmanı doktorlara, yüz yüze görüşme tekniği ile anket soruları yöneltil-di.

Bulgular: Çalışmaya, özel hastaneden 4 doktor ve 8 ebe (%100), kamu hastanesinden 12 doktor ve 15 ebe (%82) ve eğitim hastanesinden 35 doktor ve 27 ebe (%77) katılmayı kabul etti. Katılımcıların verdikleri yanıtlara göre, hastane farkı gözetmeksizin mediko-legal nedenlerin yüksek sezaryen oranına en çok katkı yapan faktör olduğu gözlenmiştir. Mesai dışı koşullarda acil müdahale koşullarının yetersizliği ve icap usulü çalışma özel ve kamu hastanesinde çok etkili bir faktör iken, özellikle özel hastanede ebelerin deneyim yetersizliğinin çok etkili bir faktör olduğu gözlenmiştir. Her üç hastanede de hekimlerin riskli doğumları yaptırmak istememeleri sezaryen oranına çok etkili bir faktör olarak izlenmiştir. Özel hastanedeki isteğe bağlı sezaryen haricinde hasta kaynaklı nedenler, kısmen etkili faktör olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: “Bir ülkede sezaryen oranı” pek çok faktörden etkilenen karmaşık bir olgudur. Ülkemizde doğum yaptırılan sağlık kuruluşlarının alt yapıları ve çalışma şekli birbirinden farklıdır ve çözüme yönelik stratejilerin belirlenmesinde bu farklar göz önünde bulundurulmalıdır. Çözüme yönelik eylem stratejileri, KD hekimi ve ebelerin görüşleri ve talepleri göz önüne alınarak planlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Yüksek sezaryen oranı, kadın-doğum hekimleri, ebeler, hastane tipi.

SB-05

Gebelikte abdominal kitlenin atipik bir nedeni: Dolikomegakolon

Zehra Kurdoğlu¹, Deniz Dirik¹, Mertihan Kurdoğlu¹, Ümit Haluk İliklerden²

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van; ²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van

Amaç: Dolikokolon, Yunanca Dolichos sözcüğünden türetilmiş olup kolonun anormal uzun olması megakolon ise aşırı geniş olması anlamına gelmektedir. Dolikomegakolon; volvulus, ileus gibi acil durumlara yol açabilir. Biz, bu olgu sunumunda abdominal kitle imajı veren dolikomegakolonlu gebe bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 30 yaşında, G:6 P:2 A:3 Y:2 olan gebe sancılarının başlaması şikayeti ile kliniğimize başvurdu. İncelemede, uterus sol yanında 10 cm çapında başka bir kitlenin olduğu tespit edildi. Yapılan ultrasonografide, fetal biyometri ölçümleri 39 hafta ile uyumlu fetüs ve uterus sol yan komşuluğunda 12x10cm'lik kitle izlendi. Eylemde mükerrer sezaryen tanısıyla hasta sezaryene alındı. Eksplozasyonda, inen kolonun 30 cm'lik segmentinde çapı 12 cm olan dilate barsak segmenti izlendi. Kolon kenara doğru itilerek alt segment transvers insizyonla 2850 gr kız bebek 3-8 apgarla doğurtuldu. İntraoperatif genel cerrahi bölümünden konsültasyon istendi. Dilate barsak segmentine intestinal dekompresyon sağlandı. Postoperatif 3. günde gaz çıkışı olan hasta sulu gıdalarla oral beslenmeye başladı ve 5.günde genel durumunun iyi, vital bulgularının stabil ve gaz-gaita çıkışının olması üzerine 1 ay sonra genel cerrahi polikliniğine kontrole gelmesi önerisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Dolikomegakolon acil komplikasyonlara yol açabileceği için oldukça önemlidir. Gebe bir hastada uterus dışında abdominal kitle ile karşılaşıldığında benign nedenler arasında dolikomegakolon da akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Dolikokolon, gebelik, megakolon.

SB-06

Plasenta previa perkreatada: İki olgunun sunumu

Mertihan Kurdoğlu, Deniz Dirik, Zehra Kurdoğlu, Hanım Güler Şahin

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

Amaç: Plasenta perkreatada, plasentasyon anormallikleri içinde modern obstetride hayatı en çok tehdit eden ve olguların %75'inin plasenta previa ile birlikte olduğu nadir görülen bir patolojidir. Bu yazıda, erken tanı ile doğum zamanlaması ve

cerrahi yaklaşımı uygun şekilde planlanan ve sezaryen histerektomi ile başarılı şekilde yönetilen iki plasenta previa perkreatada tanı olgu sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi iki yaşında, G:2 P:1 ve otuz bir yaşında, G:5 P:4, son adet tarihlerine göre sırasıyla 35 ve 36 hafta gebeliği olan iki hasta geçirilmiş sezaryen ve plasenta previa totalis tanıları ile kliniğimize refere edildi. Ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) ile yapılan değerlendirmelerde plasenta perkreatada ile uyumlu bulgular izlendi. Her iki olguda da benzer bir yönetim uygulandı. Olgular 36. gebelik haftasında elektif olarak operasyona alındı ve göbek altı median insizyonla batına girildi. Eksplozasyonda plasentanın uterus alt segment ön duvarda serozaya kadar ilerlediği ve mesaneyi invaze ettiği izlendi. İnsizyon göbek üstüne uzatıldı ve uterusu fundustan vertikal insizyonla girilerek bebek doğurtulduktan sonra invazyonun olduğu mesane arka duvarı uterusu serbestleştirilerek total abdominal histerektomi uygulandı. Her iki hasta da postoperatif 2. gün taburcu edildi.

Sonuç: Plasenta perkreatada erken tanı, doğumun zamanlaması ve cerrahi yaklaşımın planlanması açısından oldukça önemlidir. Bu yazıda sunulan her iki olgumuz da elektif şartlarda sezaryen histerektomi yapılarak başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Klasik tedavisi olan sezaryen histerektomi, morbiditesi yüksek bir operasyondur ve multidisipliner yaklaşımın sunulabileceği tam donanımlı merkezlerde tecrübeli bir ekip tarafından ve iyi planlanmış bir şekilde gerçekleştirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Perkreatada, plasenta previa, sezaryen histerektomi.

SB-07

Servikal olgunlaştırma amacı ile dinoprostion veya Cook balon uygulanan hastalarda transperineal 3 boyutlu ultrason, transvajinal ultrason ve pelvik muayene ile doğum başarısının öngörülmesi

Sertaç Esin, Bülent Yirci, Tuğba Altun Ensari, Ertuğrul Karahanoğlu, Deniz Esinler, Oya Aldemir, Serdar Yalvaç, Ömer Kandemir

Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Doğum indüksiyonunda servikal olgunlaştırma amacı ile dinoprostion (Propess) ve Cook servikal olgunlaştırıcı balon sıklıkla kullanılmaktadır. Bu ürünlerin doğum başarısını öngörmeye rolü ile ilgili literatürde az sayıda yayın vardır. Klasik Bishop skoru ile transvajinal servikal uzunluk ölçümünü karşılaştıran yayınlarda karşıt sonuçlar elde edilmiştir. Güncel bazı yayınlarda ise serviksın 3 boyutlu ultrason ile değerlendirilmesinin transvajinal ölçüme göre daha avantajlı olduğu bulunmuştur.

Yöntem: Çalışmamız Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Perinatoloji servisinde 01 Ağustos 2012-01 Ağustos 2013 tarihleri arasında prospektif kohort çalışması olarak dizayn edildi. Onam veren 75 hastaya dinoproston veya Cook olgunlaştırma balonu uygulanmadan önce transperineal 3 boyutlu ultrason ile servikal volüm ve uzunluk ve vaskülarizasyon indeksleri (Viewpoint, GE Healthcare), transvajinal ultrason ile servikal uzunluk ölçüldü ve pelvik muayene ile Bishop skoru belirlendi.

Bulgular: 25 hastada transperineal ultrason ile ideal serviks görüntülemesi gerçekleştirilemedi ve bu hastalar çalışma dışı bırakıldılar. Ölçüm yapılan hastaların gebelik özellikleri ile belirtilen ölçümler arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile karşılaştırıldı. Hem dinoproston hem de Balon uygulanan gruplarda parite, transperineal 3 boyutlu ultrason ile servikal volüm, uzunluk ve vaskülarizasyon indeksleri, transvajinal servikal uzunluk ve Bishop skoru ile normal spontan vajinal doğum yüzdesi ve doğuma kadar geçen süre arasında ilişki saptanmadı. Transperineal ve transvajinal servikal uzunluk ölçümleri arasında anlamlı korelasyon saptandı.

Sonuç: Sonuç olarak doğum başarısını öngörmede 3 yöntem de etkinliği düşük bulunmuştur. Transperineal 3 boyutlu ultrason ile servikal volüm ve uzunluk ölçümü hasta için transvajinal ölçüme göre daha konforlu bulunmuştur. Ancak mesane doluluğu gerektirmektedir ve optimal görüntü elde etme ve hacim ölçümünde zorluklar içermektedir.

Anahtar sözcükler: Cook balon, dinoproston, servikal olgunlaştırma

SB-08

Derin ven trombozunu taklit eden postpartum ovarian ven trombozu

Mertihan Kurdoğlu¹, Zehra Kurdoğlu¹, Aydın Bora², Alpaslan Yavuz², Tuna Dalbudak¹

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van; ²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Van

Amaç: Ovarian ven trombozu, gebeliklerin %0.05 ile %0.18'inde karşılaşılan ve olguların %80-90'ında sağ tarafta saptanan, nadir ama potansiyel olarak ciddi bir erken postpartum dönem komplikasyonudur. Bu yazıda, vajinal doğum sonrası postpartum dönemde tanı koyduğumuz ve derin ven trombozunu taklit eden bir ovarian ven trombozu olgusunu sunmaktayız.

Olgu: Yirmialtı yaşında, gravida 2, parite 1 hasta, vajinal yolla doğum yaptıktan 1 hafta sonra, karın ağrısı, postpartum ateş ve sağ bacakta şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sağ bacakta ödem ve ısı artışı ile sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Üç gündür oral antibiyotik tedavisi almakta olan hastanın ateşi 39.5°C idi. Öncelikle derin ven trombozu düşünüldü. Pelvik bilgisayarlı tomografide, sağ ovarian ven komşuluğunda ve retroperitoneal alanlarda yer yer loküle sıvı alanları izlendi. Sağ ovarian ven dilate olup tüm segmentlerde tromboze görünümdeydi ve trombüs inferior vena kavaya kadar ilerliyordu. Pelvik bölgede sağ overde, uterus sağ komşuluğunda loküle sıvı değerleri ve dilate vasküler yapılar izlendi. C-reaktif protein değeri 159 mg/l olan hastanın kan ve vajen kültürlerinde üreme olmadı. Tüm bu bulgular ışığında hastaya ovarian ven trombozu tanısı konuldu ve antikoagulan tedavi başlandı.

Sonuç: Postpartum ovarian ven trombozu hastaları sıklıkla nedeni belli olmayan yüksek ateşe eşlik eden tek taraflı abdominal ağrı ile başvururlar ve bilgisayarlı tomografi tanısı gereklidir. Alt ekstremitte derin ven trombozu bulguları, trombozun inferior vena kavaya ulaşmasıyla ileri safhalarda görülebilir.

Anahtar sözcükler: Derin ven, ovarian ven, postpartum, tromboz.

Poster Bildiri Özetleri (PB-01 — PB-143)

PB-001

Nadir görülen bir fetal anomali, Meckel-Gruber sendromu: Olgu sunumu

Banuhan Şahin¹, Nazan Başak Yıldırım¹, Tufan Yılmaz²,
Nagihan Yalçın²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Denizli; ²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Denizli

Amaç: Meckel-Gruber sendromu (MGS), nadir izlenen, otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Fetal dönemde bilateral kistik renal displazi, oksipital ensefalosel ve postaksiyal polidaktili bulgularından en az ikisinin olması tanıyı koydurur. Prenatal MGS saptanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 34 yaşında, son adet tarihini hatırlamayan, USG ölçümlerine göre 21 hafta ile uyumlu olduğu tespit edilen hasta multipl fetal anomali nedeni ile araştırma amacı perinatoloji polikliniğimize refere edilmiştir. Akraba evliliği olmayan, kendisinde veya ailesinde anomalili bebek öyküsü bulunmayan hastanın yapılan USG'sinde bilateral multikistik böbrekler, oksipital ensefalosel, şiddetli oligohidramnios izlendi. Konsey kararı ve ailenin onamı alınarak medikal abortus uygulandı. 290 gram, 22 cm, ölü, kız fetus doğurtuldu. Otopsi incelemesinde: makroskopik olarak oksipital bölgede ensefalosel kesesi mevcuttu. Sağ böbrek 17 gram, sol böbrek 16.5 gram ağırlığında olup kistik görünümdeydi. Oksipital bölgedeki ensefalosel kesesinden hazırlanan kesitlerin incelenmesinde nöral doku izlendi. Karaciğerden hazırlanan kesitlerde belirgin portal fibrozis ve safra duktus proliferasyonu mevcuttu. Bilateral böbreklerden hazırlanan kesitlerde tübül yapılarında daha belirgin olmak üzere yaygın kistik dilatasyonların glomerulogenezi yer yer engellediği dikkati çekti. Genetik kromozom incelemesi, normal karyotip (46,XX) olarak raporlandı. Klinik, genetik ve otopsi raporu ile MGS tanısı konuldu.

Sonuç: 2. trimesterde yapılan ikinci düzey ultrasonografi fetal anomali taramasında görülen normalden büyük böbrekler varlığında MGS akla getirilerek SSS malformasyonları ve polidaktili de aranmalıdır. Genetik karyotip analizi ile kromozomal nedenler dışlandıktan sonra yapılan postabortal veya postpartum otopsiler ile patolojik tanısı konulabilir. Otozo-

mal resesif geçiş gösterdiği için yüksek rekürrens riski (%25) vardır, aileye sonraki gebelikler için genetik danışmanlık önerilmeli, prenatal tanı için yönlendirilmeli, gerekli durumda gebelik terminasyon seçeneği önerilmelidir.

Anahtar sözcükler: Meckel-Gruber sendromu, prenatal ultrasonografi, fetal otopsi

PB-002

Gebede akut batın: Apendiks epiploica, olgu sunumu

Münihe Yücel¹, Mehmet Bülbül², Mustafa Göksu³,
Ömer Burak Küçükkebe⁴

¹Sağlık Bakanlığı Adıyaman Üniversitesi EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Adıyaman; ²Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Adıyaman; ³Sağlık Bakanlığı Adıyaman Üniversitesi EAH, Genel Cerrahi Bölümü, Adıyaman; ⁴Sağlık Bakanlığı Adıyaman Üniversitesi EAH, Anestezi ve Reanimasyon Bölümü, Adıyaman

Konunun Önemi: Nadir bir durum olan epiploik apenditidis (EA) gebelerde diğer nonobstetrik akut batın nedenleri ile ayırıcı tanısı güç bir hastalıktır. Gebeliğe bağlı situs değişiklikleri, gebelerde abdominal bilgisayarlı tomografinin kullanılmasındaki çekinceler tanının gecikmesine neden olur.

Olgu: Bu olguda 46 yaşında nonspesifik karın ağrısı ile acil servise başvuran, gravida 5, parite 4, 37 haftalık gebeye akut batın kliniğinin ilerlemesi sonrasında akut apandisit tanısıyla yapılan laparotomi sırasında EA tanısı konuldu.

Nadir görülen bir klinik tablo olan, spesifik semptom ve bulgusu olmayan ve kendini sınırlayabilen EA'nın diğer nonobstetrik akut batın nedenleri ile ayırıcı tanısı her zaman yapılamayabilir. Tanıda bilgisayarlı tomografi önemli olmasına rağmen gebelerde kullanımındaki tereddütler nedeniyle genellikle tanı laparotomi sırasında konulur. Ayırıcı tanıda hastalığın düşünülmesi, detaylı anamnez ve fizik muayene ile gerekli laboratuvar tetkikleri kullanılmalı ve nonobstetrik akut batın tanısında gebeliğin oluşturduğu zorluklar dikkate alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: Gebelik, akut batın, epiploik apenditidis

PB-003**Yozgat İli Sorgun İlçesinde gebelerde Brusella seroprevalansı**

Ömer Erkan Yapça¹, Özgün Kiriş Satılmış²,
Duygu Yapca³, Tuba Çatma Semerci¹, Serdar Gül⁴

¹Sorgun Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Yozgat; ²Sorgun Devlet Hastanesi, Temel Mikrobiyoloji, Yozgat; ³Sorgun Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji lab, Yozgat; ⁴Kırıkkale Üniversitesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Bu çalışma ile bölgemizde gebelerde brusella seroprevalansının ölçülmesi, böylece hastalığın eradikasyonu için son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen çalışmaların etkileri araştırılmaya çalışıldı.

Yöntem: Sorgun Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine Mayıs-Aralık 2012 tarihleri arasında başvuran 617 gebe üzerinde yapıldı.

Bulgular: Gebelerin 218'i (%35) kırsal alanda yaşıyordu, 187'si (%30) en az bir tane büyükbaş veya küçükbaş hayvan besliyordu, hayvancılıkla uğraşanların 112'si (%59) peynir üretiyordu, peynir üretenlerin de sadece 64'ü (%57) peynir üretirken sütü kaydattığını belirtiyordu. Hayvancılıkla uğraşanların 176'sı (%94) hayvanlarının brusellaya karşı aşılı ve veteriner kontrolünde olduğunu belirtti. Hayvanlarının son iki yıl içinde düşük yaptığını belirtenlerin sayısı ise 8 idi. (%0.4). Rose Bengal testi üç gebede pozitif saptanırken sadece bir hastada S.T.A ile 1/80'den yüksek titrede (1/320) pozitiflik saptandı.

Sonuç: Türkiye'de bruselloz seroprevalansı %2-6 arasında değişmektedir. Ancak bazı risk gruplarında bu oran %12.5'e kadar çıkabilmektedir. Gebelerde bruselloz tedavisi önemli bir sorundur. Tedavide kullanılan ilaçların önemli bir kısmı fetus için risk oluşturmaktadır. Bizim taradığımız gebelerin sadece birisinde S.T.A ile 1/320 titrede pozitiflik saptandı ve hastaya bruselloz tanısı kondu. Yirmialtı haftalık gebe olan hastaya altı hafta seftriakson 2x1g i.v ve rifampisin 600mg/gün p.o tedavi verildi. Hasta otuzdokuzuncu haftada normal spontan vajinal yolla doğum yaptı. Annenin ve bebeğin bir aylık takibinde komplikasyon görülmedi. Bebekte brusella S.T.A negatifti. Çalışmamızın yapıldığı Sorgun ilçesinin nüfusu. 2011 yılı verilerine göre 84.591 olmakla birlikte komşu ilçelerde sağlık bakım hizmetlerinin yetersizliği sebebiyle yaklaşık 200.000 kişiye hizmet verilmektedir. Hastanemizde bruselloz yönünden taranan 617 gebenin sadece birisinde bruselloz saptanması da hastalığın prevalansının azaldığını düşündürmektedir. Ancak daha sağlıklı karar verebilmek için daha kapsamlı prevalans verilerine ihtiyaç devam etmektedir.

Anahtar sözcükler: Gebe, bruselloz, seroprevalans

PB-004**Sorgun Devlet Hastanesi'ne başvuran gebelerde rubella, sitomegalovirüs ve toksoplazma antikorlarının seroprevalansı**

Özgün Kiriş Satılmış¹, Ömer Erkan Yapça², Duygu Yapca³,
Tuba Çatma Semerci²

¹Sorgun Devlet Hastanesi, Temel Mikrobiyoloji, Yozgat; ²Sorgun Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Yozgat; ³Sorgun Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Yozgat

Amaç: Fetusun rubella, sitomegalovirüs (CMV) ve toksoplazma ile enfekte olması ciddi konjenital anomalilere veya ölü doğuma yol açabilmektedir.

Yöntem: Bu çalışmada Sorgun Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine Ocak 2012 ile Aralık 2012 tarihleri arasında başvuran gebelerde rubella, CMV ve toksoplazma seropozitiflik oranlarının saptanması amaçlanmıştır. Hastaneye başvuran 15-50 yaş arası hamile kadınlardan alınan 804 serum örneğinde enzim floresans yöntemi (ELFA; Enzyme Linked Fluorescence Assay, Vidas, Bio Mérieux) ile bakılan rubella, CMV, toksoplazma IgM ve IgG, CMV ve toksoplazma IgG avidite antikor kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Rubella, CMV ve toksoplazma IgM antikorlarının seropozitiflik oranları sırasıyla %0.1, %0.1, %0.2, olarak tespit edilmiş, rubella, CMV ve toksoplazma IgG antikorlarının seropozitiflik oranları ise sırasıyla; %94.0, %99.8, %36.9 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Gebelerde rubella, CMV ve toksoplazma enfeksiyonu açısından asıl tanı koyduran gebelik öncesi seronegatif iken gebelikte pozitif sonuç elde edilmesidir. Bu nedenle konjenital enfeksiyonların önlenmesi ve doğru tanı konulabilmesi için bizim önerimiz gebelik planlanırken ve gebelikte tekrar antikor durumuna bakılması; IgM ve IgG nin eş zamanlı bakılması; her ikisinin de pozitif olması durumunda IgG avidite testiyle enfeksiyonun akut enfeksiyon mu yoksa geçirilmiş enfeksiyon mu olduğuna karar verilmesidir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, rubella, CMV, toksoplazma, seroprevalans

PB-005**Cantrell pentolojisi: Olgu sunumu**

Ali Cenk Özay, Özlen Emekçi, Turab Janbakhisov, Sabahattin Altunyurt

Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Konunun önemi: Cantrell pentolojisi; oldukça nadir görülen orta hat supra umbilikal karın ön yüzü defekti, sternum alt ucu defekti, perikardın diafragma yüzünün olmayışı, diafragma

ma ön yüz eksikliği ve çeşitli kardiyak anomaliler ile seyreden bir sendromdur.

Olgu: Bu yazıda prenatal olarak tanımlanmış Cantrell sendromlu bir olgu sunulmuştur. 22 yaşında G1P0 olan hastada gebeliğin 20. haftasında yapılan obstetrik ultrasonografide toraks ön duvarı izlenmemiştir, kalp orta hat defektinden protrüze olduğu tespit edilmiş ve ectopia cordis olarak tanımlanmıştır. Kalpte geniş VSD görülürken, aort ve pulmoner arter çaprazlanması izlenmemiştir. Ayrıca hipertelorizm ve sağ tarafta unilateral yarı dudak ve damak görülmüştür. Cantrell sendromunun etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte bu sendromun komponentlerinin, embriyolojik dönemde mezodermal defektlere sekonder geliştiği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Cantrell sendromu, ectopia kordis, toraks ön duvar defekti

PB-006

Diyarbakır ilinde postpartum depresyonu etkileyen faktörlerin yaş gruplarına göre incelenmesi

Ali Emre Tahaoğlu, Mehmet İrfan Külahçioğlu, Beşire Aydın Öztürk, Hanifi Bademkiran, Cihan Toğrul, Arif Öztürk, Ahmet Eser, Erdoğan Gül

Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır

Konunun Önemi: DSM'e göre en az iki hafta boyunca sıralanan kriterlerden 5 veya daha fazlasını taşımak postpartum depresyon (PPD) olarak tanımlanmaktadır; bunlar;insomnia-hipersomnia,psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk, mutsuzluk veya suçluluk hissi, konsantrasyon azalması, iştah değişiklikleri ve intihar düşüncesidir. Bu epizodlar postpartum dört hafta içinde başlar ve 1 yıl içinde sonlanır. Postpartum depresyonu önceden tanımak ve önleyebilmek bebek ve anne sağlığı açısından önemlidir. Postpartum depresyonu taramak için Edinburgh postpartum depresyon skoru (EPDS) kullanılabilir. Bu skala tanı amaçlı olmasa da 13 ve üzeri skor alanlarda PPD için sensitivitesi %61.5 ve spesifitesi ise %77.4'tür.

Yöntem: Kliniğimize başvuran 495 postpartum periyoddaki kadına EPDS anket soruları soruldu. 51 adölesan (18 yaş altı) ve 72, 35 yaş üstü lohusa için ayrı istatistiksel inceleme yapıldı. EPDS skor sonucuna göre 13 puan cut-off değer olarak belirlendi.

Bulgular: Toplam 495 hastanın 101'inde (%20.4) EPDS skoru 13 ve üzerinde idi. Adölesan lohusalarda bu oran %27.4, 35 yaş üstü lohusalarda ise %19.4 idi. Geçirilmiş depresyon öyküsü postpartum depresyonu etkileyen anlamlı bir risk faktörüdür (p<0.005). Çalışmamızda yaşayan çocuk sayı-

şı, maddi durum, eğitim seviyesi, doğum şekli, gebelikte emezisin varlığı, planlı gebelik olup olmaması, ve bebeğin cinsiyetinin postpartum depresyonu etkilemediğini tespit ettik.

Bu çalışmada Diyarbakır ili ve çevresinde postpartum 8. Haftada postpartum depresyon sıklığı %20.4 olarak tespit edilmiştir. Trabzon'da yapılan bir çalışmada PPD sıklığı %28.1 olarak bulunmuştur. Ayrıca Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda PPD sıklığı %14.0, %16.8 ve %14.0 olarak tespit edilmiştir. Adölesan çağda ise PPD hızının %27.4 olduğunu saptadık ki bu sonuç yaş grupları arasında en yüksek değere sahiptir.

Sonuç: Adölesan yaş grubu gebelerde PPD açısından daha dikkatli olunmalıdır.

Anahtar sözcükler: Adölesan gebelik, EPDS skoru, postpartum depresyon

PB-007

Ankilozan spondilit ve komplike gebelik süreci: Nadir bir olgu

Ömer Erkan Yapça¹, Tuba Çatma Semerci¹, Ebru Aladağ², Hakan Tapar²

¹Sorgun Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Yozgat; ²Sorgun Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Yozgat

Amaç: Bu olgu sunumunda, 29 yaşında,gravida:3, parite:2, mükerrer sezeryanlı 5 yıldır ankilozan spondiliti (AS) olan son sezeryanının üzerinden 6 yıl geçen istenmeyen gebeliği olan kadının komplike gebelik süreci, sezeryan operasyonu ve postoperatif ortaya çıkan komplikasyonları ele alındı.

Olgu: Hasta gebe olduğunu 7. haftada farketmiş ve polikliniğimize başvurmuştu. Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç ve TNF inhibitörü ilaç kullandığı için çok endişeli ve gebeliği sonlandırmak istiyordu. Hastamızı gerekli bilgilendirmemize rağmen endişelerinin kaybolmaması üzerine 3. düzey merkeze yönlendirdik. Oradada gebeliğin devamı kararı alınan hastamız 15. gebelik haftasından doğuma kadar tarafımızca takip edildi. Ankilozan spondilit bulgularında gebelik süresince progresyon saptandı. 29. haftadan itibaren maternal sağ pelvikaliectazi gelişimi başladı ve progresif seyretti. Lumbar omurlardaki hareket kısıtlılığı sebebiyle supin pozisyonda, ilerleyici pelvikaliectazi nedeniyle sağ yan pozisyonda yataamaz hale gelmiş, ruh halide bozulma mevcuttu. Hastaya sezeryanı 3. düzey merkezde yapması önerilmesine rağmen kabul etmedi. 37. gebelik haftasında gerekli multidisipliner konsültasyonlar yapıldıktan sonra hastada sezaryen ve tüp ligasyonu kararı alındı. Omurgadaki kifoskolyoz nedeniyle regional anestezi denenmedi. Genel anestezi uygulandı. Birinci dakika apgarı 10 olan 2850 gram bebek doğurtuldu. Postoperatif 2 ve 3. gün solunum sıkıntısı yaygın batın distansiyonu gelişen hasta 5. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi.

Sonuç: Ankilozan spondilitli hastaların gebelik sırasında daha sık ve düzenli takibi gerekmektedir. Doğum ve anestezi şekline doğum eylemi başlamadan evvel karar verilmeli, doğum ve sezeryan sırasında gelişebilecek komplikasyonlar açısından jinekolojik ve anestezi uzmanları dikkatli olmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ankilozan spondilit, gebelik, sezaryen

PB-008

Düşük riskli asemptomatik gebeliklerde erken doğum tahmininde gebeliğin 18-22. haftalarında servikal uzunluk ölçümü

Resul Arısoy¹, Emre Erdoğan¹, Semih Tuğrul¹, Taner Mirza², Fatih Fındık², Veli Mihmanlı², Yücel Şengün²

¹S.B. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E. A. Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; ²S.B. Okmeydanı E. A. Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Amaç: Çalışmamızda, servikal uzunluğun gebelik haftası ile olan ilişkisini ve preterm doğumu öngörmedeki değerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu prospektif çalışma; gebeliğin 18-22. haftaları arasında 337 asemptomatik tekil gebeliğin transvajinal ultrasonografi ile servikal uzunluk ölçümü yapıldı. Servikal uzunluğun gebelik haftasına göre dağılımı çıkarıldı. Servikal uzunluk ile preterm doğum arasındaki ilişki değerlendirildi. Preterm doğum sınırı olarak 37 hafta alındı.

Bulgular: 25 gebelik preterm doğumla (<37 hafta) sonuçlandı (%7.4). Preterm doğum yapan gebelerde ortalama servikal uzunluk 33.2±5.7 mm, term doğum yapanlarda da 37.8±4.8 mm bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001). Term doğum ile sonuçlanan olgularda 18-22 gebelik haftaları arasında servikal uzunluğun değişmediği ve servikal uzunluğun 5, 50 ve 95. persentil değerleri sırasıyla 30, 38 ve 46 mm bulundu. 18-22 gebelik haftaları arasında servikal uzunluğun, preterm doğumu öngörmedeki değerini araştırdığımızda; ROC (alıcı çalışma karakteristiği) eğrisi altındaki alan 0.74 [(%95 CI: 0.62-0.85) (p<0.001)] ve ≤30 mm (5. persentil) servikal uzunluk için %36.6 duyarlılık ve %92.6 özgüllük, %28.1 pozitif prediktif değer (PPD), %94.8 negatif prediktif değer (NPD) ve göreceli olasılık oranı (OR) 7.1 (%95 CI 2.8-17.8) tespit edildi.

Sonuç: Asemptomatik gebelerde preterm doğumu öngörmede servikal uzunluk ölçümünün faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Eşik değer, preterm doğum, servikal uzunluk, tranvajinal ultrasound

PB-009

Term gebelikte plasenta ve yenidoğan doğum ağırlığı

Cem Ardic, Resul Arısoy, Emin Dönmez, Arzu Arıkan, Emre Erdoğan, Semih Tuğrul

S.B. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E. A. Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Normal doğum ile sonuçlanan komplike olmayan gebeliklerde, plasenta ve yenidoğan ağırlıklarının 37-42 gebelik haftaları arasındaki nomogramının elde edilmesi

Yöntem: Bu prospektif çalışmada 37-42 gebelik haftaları arasında yapısal olarak normal 317 gebelik çalışmaya dahil edildi. Gebelerin ayrıntılı anemnezleri alındı, boyları ölçülerek kiloları tartıldı. Vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplandı. Yenidoğanların doğum haftası ile birlikte doğum ağırlıkları ve plasenta ağırlıkları ölçülerek kayıt edildi. Plasenta ağırlığının ve yenidoğan doğum ağırlığının 37-42 gebelik haftaları arasında persentil (th) dağılımları elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 317 gebelikte, yenidoğanların 174'ü (%55) kız ve 146'sı (%45) erkek bebek idi. Kız ve erkek yenidoğanlar arasında doğum haftası ve plasenta ağırlığı açısından anlamlı farklılık saptanmadı ancak doğum kilolarının erkek bebeklerde daha fazla olduğu tespit edildi (p=0.004). 37-42 gebelik haftaları arasında plasenta ağırlığının sırasıyla 50.th değerleri 560, 620, 649, 631, 620 ve 610 gr olarak saptandı. Plasenta ağırlığının 39. gebelik haftasına kadar arttığı sonrasında da azaldığı tespit edildi. 37-42 gebelik haftaları arasında yenidoğan doğum ağırlığının sırasıyla 50.th değerleri 2970, 3220, 3380, 3385, 3400 ve 3540 gr olarak saptandı. Plasenta ağırlığı/yenidoğan ağırlığı 0.19±0.03 olarak tespit edilmiş olup 37-42 gebelik haftaları arasında anlamlı değişkenlik göstermediği tespit edilmiştir.

Sonuç: 37-42 gebelik haftaları arasında elde edilen plasenta ve yenidoğan nomogramlarının ülkemizdeki gebeliklerin değerlendirilmesinde ve intrauterin gelişim kısıtlılığı tanısında kullanılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Nomogram, plasenta ağırlığı, yenidoğan doğum ağırlığı

PB-010

Dekolman plasenta ve risk faktörleri

Evrım Bostancı, Resul Arısoy, Mesut Polat, Emre Erdoğan, Resul Karakuş, Ayşen Boza, Masum Kayapınar, Oya Pekin, Semih Tuğrul

S.B. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E. A. Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Dekolman plasenta şüphesi olan gebeliklerin değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya 01.03.2012-31.01.2013 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde dekolman plasenta şüphesi ile sezaryenle doğum yapan hastalar dâhil edildi. Operasyon esnasında plasenta makroskopik olarak incelendi. Plasenta da retroplasental kanama veya pıhtı görülmesi ile dekolman plasenta tanısı doğrulandı. Gebelerin yaş, parite, boy, kilo, kan grubu, plasenta lokalizasyonu, gebelik sürecindeki hastalıkları, önceki doğum şekli, başvuru şikâyeti, gebelik komplikasyonları kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmaya dekolman plasenta ön tanısı alan 94 olgu dâhil edildi. Olguların 43'ünde (%46) dekolman plasenta tanısı doğrulanırken, 51'inde (%54) doğrulanmadı. Gruplar arasında maternal yaş, gebelik haftası ve vücut kitle indeksi açısından fark saptanmadı. Ortalama arteriyel basınç dekolman plasenta saptanan grupta 95.1 ± 17.8 iken dekolman plasenta saptanmayan grupta 85.4 ± 8.7 ($p=0.006$) olarak tespit edildi. Preeklampsi gelişen olgularda dekolman plasenta daha fazla saptandı ($OR=8.5$ $p=0.022$). Kan gruplarına göre gruplar karşılaştırıldığında; 0 Rh (+) kan grubuna sahip gebelerin %87, 5'inde dekolman plasenta tanısı doğrulandı ($OR= 8.7$, $P=0.005$).

Sonuç: Preeklampsi gelişen ve 0 Rh (+) kan grubuna sahip gebelerde dekolman plasenta daha sık tespit edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Dekolman plasenta, ortalama arteriyel kan basıncı, preeklampsi, 0 Rh(+) kan grubu

PB-011

Pallister-Killian sendromu: Olgu sunumu

Hatip Aydın¹, Resul Arısoy², Emre Erdoğan², Cem Ardic², Oya Pekin², Semih Tuğrul², Bilge Geçkinli¹, Cuma Yorgancı³

¹S.B. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E. A. Hastanesi, Genetik Kliniği, İstanbul; ²S.B. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E. A. Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; ³S.B. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E. A. Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Prenatal tanı alan Pallister-Killian sendromu (PKS) olgusunun tanısı ve yönetiminin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 44 yaşında G5P3 olan hasta 17. gebelik haftasında ileri anne yaşı nedeniyle hastanemizin perinatoloji polikliniğine başvurdu. Akriba evliliği olmayan gebenin medikal öyküsünde özellik saptanmadı. Fetusun yapılan ultrasonografik muayenesinde bipareatal çap 31 mm, baş çevresi 117 mm, femur uzunluğu 17 mm (<5. persentil), humerus uzunluğu 17mm (<5. persentil) ve karın çevresi 99 mm olarak izlendi. Artmış

nukal katlantı (6.1 mm) ve hipoplazik nazal kemik (2.3 mm) saptandı. Yapılan sitogenetik analizde tetrazomi 12 p saptandı. Aileye danışmanlık verilerek gebelik terminasyonu bir seçenek olarak sunuldu. Terminasyon sonrası fetüsün yapılan patoloji muayenesinde; 23. gebelik haftası ile uyumlu erkek fetusta; hipertelorizm, epikantus, hipoplazik burun, geniş basık burun kökü ve antevort burun delikleri, uzun-basit filtrum, düşük yerleşimli ve dismorfik kulaklar, kalın alt dudak ve mikrognatiyi kapsayan tipik PKS dismorfik yüz bulguları saptandı. Yüksek ve dar damak, kısa perdeli boyun, bilateral ellerde geniş hallukslar ve brakidaktili izlendi. Ayrıca uzun appendiks (5 cm) saptandı. Diğer sistemlerin incelemesinde ek anomali saptanmadı.

Sonuç: Ultrasonografi muayenesinde ekstremitte kısalığı, dismorfik yüz görünümü, artmış nukal katlantı ve hipoplazik nazal kemik bulguları olan fetuslarda Pallister-Killian sendromu ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Prenatal tanı, Pallister-Killian sendromu, tetrazomi 12 p.

PB-012

Postpartum 60 saat sonra gelişen HELLP sendromu

Bülent Çakmak¹, Muhammet Toprak¹, Mehmet Can Nacar¹, Ahmet Karataş²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat; ²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu

Amaç: Bu yazının amacı postpartum HELLP sendromu ile komplike hafif preeklampsili bir olgunun sunumudur.

Olgu: 25 yaşında, ikinci gebeliği olan hasta 36 haftalık gebeliği varken hafif preeklampsi nedeniyle kliniğimize refere edildi. Hastanın değerlendirilmesinde uterin kontraksiyonlarının ve daha önce sezaryen öyküsü olmasından dolayı hasta sezaryen ile doğum yapıldı. Postpartum dönemde sezaryen sonrası ikinci güne kadar her şey yolunda gitti. Doğumdan 60 saat sonra hastada epigastrik ağrı, bulantı ve kusma meydana geldi. Laboratuvar değerlerine bakıldığında HELLP Sendromu ile uyumlu olan hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri ve düşük platelet sayısı gözlemlendi. Hastaya destek tedavisi ve steroid uygulaması sonrası 3. günden itibaren normale döndü.

Sonuç: HELLP sendromunun postpartum dönemde de gelişebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle preeklampsi olan hastalarda doğum sonrası HELLP sendromu gelişme riski açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar sözcükler: HELLP sendromu, postpartum, preeklampsi

PB-013**İlk trimesterde tanısı konulmuş parapagus dicephalus yapışık ikiz gebelik**

Bülent Çakmak¹, Ferdane Yıldızhan Çakmak²,
Çağlar Deniz³, Fulya Zeynep Metin¹

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat; ²TC Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği, Tokat Devlet Hastanesi, Tokat; ³TC Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği, Sorgun Devlet Hastanesi, Yozgat

Amaç: Yapışık ikizler oldukça nadir görülen morbidite ve mortalitesi yüksek olan durumlardır. Erken tanı gebelik tabiiğinde önemlidir. Bu yazıda ilk trimester ultrasonografi değerlendirilmesinde tanı almış bir parapagus dicephalus yapışık ikiz olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 24 yaşında ikinci gebeliği olan hasta rutin ilk trimester rutin muayene için kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde iki yıl önce vajinal yolla doğum öyküsü dışında herhangi bir özellik yoktu. Ultrasonografik değerlendirmede 12 hafta ile uyumlu parapagus dicephalus yapışık ikiz görünümü mevcuttu. Ayrıntılı değerlendirmede iki boyun ve iki baş ile birlikte tek toraks ve abdomen izlendi. Kolumna vertebralis torakstan itibaren birleşik olup üst kol ve üç alt ekstremitte izlendi. Ailenin onamı alınıp terminasyon yapıldıktan sonar yağılan postabort materyalin incelemesinde de ultrasonografik değerlendirmede saptanan görünümün doğruluğu verifiye edildi.

Sonuç: Yapışık ikizlerde erken tanı konulması gebelik yönetiminde ve gerekli olgularda erken gebelik terminasyonu yapılmasına olanak sağlaması açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Yapışık ikiz, parapagus dicephalus, prenatal ultrasonografi.

PB-014**Preterm erken membran rüptürü olan gebelerde maternal ve fetal sonuçlar**

Abdulkadir Turgut, Ali Özler, Serdar Başaranoğlu,
Senem Yaman Tunç, Elif Ağaçayak, Neval Yaman Görük,
Ahmet Yıldızbakan, Talip Gül

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

Amaç: Preterm doğum, neonatal morbidite ve mortalitenin önemli ve sık bir nedeni olan prematür erken membran rüptürünün (PEMR) maternal ve fetal sonuçlarının incelenmesi.

Yöntem: Çalışmada Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisine Ocak 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında başvuran PEMR'li 94 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, gravidası, paritesi, abortus sayısı, yaşayan çocuk sayısı, obstetrik hikayeleri, doğumdaki ge-

belik haftası, klinik bulguları ve laboratuvar değerleri, doğum şekli, sezeryan endikasyonu, bebeğin doğum ağırlığı ve boyu, 1.-5. dk APGAR skorları irdelendi.

Bulgular: Hastanemizde PEMR insidansı %3.8 idi. Hastalarımızda ortalama doğum haftası 31.5±3.1 (minimum: 25.0 - maksimum: 36.0), izlem süreleri 6.1±2.2 (minimum: 4.0 - maksimum: 13.0) gündü. Yenidoğanların 48'i (%51.1) gözleme, 46'sı (%48.9) yenidoğan yoğun bakıma alındı. Yoğun bakıma alınan 14 (%14.9) yenidoğanın postpartum 24 saat içinde ex olduğu, 5 (%5.3) yenidoğanın sepsis sonrası ex olduğu tespit edildi. Ex olan yenidoğanların ortalama gebelik haftaları (26.7±1.6) idi. Gestasyonel hafta arttıkça 1. dk (r=0.660, p=0.000) ve 5. dk (r=0.695, p=0.000) APGAR değerlerinin arttığı gözlemlendi.

Sonuç: PEMR maternal-fetal morbidite ve mortaliteye yol açan ve hala güncelliğini koruyan bir obstetrik problemdir. Başvuran hastalar dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli, tanı mutlaka kesinleştirilmeli, gebelik haftası ve enfeksiyon bulguları başta olmak üzere gebeliği komplike edebilecek tüm faktörler göz önünde bulundurularak hastaya özgü uygun tedavi yöntemi uygulanmalıdır. Bu olgular erişkin ve yenidoğan yoğun bakım servisi hizmetinin verildiği ileri merkezlerde takip ve tedavi edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Erken doğum, maternal ve fetal sonuçlar, preterm erken membran rüptürü,

PB-015**Postpartum retroperitoneal hematoma sekonder gelişen akut derin ven trombozu**

Ali Özler¹, Serdar Başaranoğlu¹, Abdulkadir Turgut¹,
Ahmet Türkoğlu², Ahmet Yalınkaya¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye; ²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Amaç: Postpartum dönemde genel durum bozukluğu nedeniyle başvuran, yaygın batın içi kanama nedeniyle relaparotomi yapılan ve retroperitoneal hematoma nedeniyle takiplerde akut derin ven trombozu gelişen bir olgunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu: 42 yaşında, miad gebe (G9P8Y7), dış merkezde mükerer sezeryan endikasyonu ile operasyona alınıyor. Hastanın operasyon sonrası vital bulgularının bozulması üzerine (nabız >120/dk; TA< 90/60 mm-Hg) yapılan ultrasonografik değerlendirmede yaygın batın içi kanama izlenmiş ve hasta kliniğimize refere edilmiş. Hastanın kliniğimizde yapılan batın içi ultrasonografik değerlendirmesinde perihepatik, perisplenik ve douglasta yaygın serbest mayı izlendi. Hastaya acil relaparotomi kararı alındı. Yapılan batın içi gözlemlerde

uterus insizyon hattı ve sol uterin arter seviyesinden aktif kanama ve batın içinde yaklaşık 1500 cc hemorajik mayi olduğu gözlemlendi. Hemorajik mayi aspire edildi, uterus insizyon hattı ve sol uterin arter segmenti yeniden sütüre edildi. Kanama kontrolü sonrası retroperitoneal sahada yaygın hematoma olduğu gözlemlendi. İntraoperatif genel cerrahi ile konsulte edildi ve hastaya retroperitona müdahale düşünülmeydi. Batın dren yerleştirilmesi sonrası kapatıldı.

Hastanın postoperatif izleminde vital bulguları stabil seyretti. Post-operatif dördüncü gün sağ bacağına şişme, kızarıklık ve ağrı gelişmesi üzerine alt ekstremitelere renkli doppler ultrasonografik incelemesi yapıldı. Bu incelemede akut derin ven trombozu ile uyumlu görünüm izlendi. Hastaya antitrombotik tedavi başlandı ve post-operatif 12. gün hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Sezeryan doğum esnasında uterin arter veya dallarından retroperitona kanama olabileceği unutulmamalı. Bu kanamaların batın içi ve retroperitoneal sahada yaygın hematoma oluşturabileceği ve nadir de olsa hayatı tehdit eden morbiditelerin gelişimine sebep olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Anahtar sözcükler: Derin ven trombozu, post-partum kanama, relaparotomi, sezeryan

PB-016

Nadir görülen lethal iskelet displazisi: Roberts-SC fokomeli sendromu

Serdar Başaranoğlu, Ali Özler, Neval Yaman Görük, Senem Yaman Tunç, Elif Ağaçaçayak

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

Amaç: Post partum dönemde muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleriyle Roberts-SC sendromu düşünülen bir olgunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu: 28 yaşında, gravida 5, para 2 olan gebe hasta, dış merkezden iskelet displazisi ön tanısıyla polikliniğimize refere edildi. Hastanın detaylı ultrasonografik değerlendirmesinde ortalama 19 hafta ile uyumlu gebeliği, her iki üst ve alt ekstremitelerin proksimal ve distalinde ileri derecede kısalık (şiddetli mikromeli), vertebral kemik yapılarında demiyelinizasyon, bilateral koroid pleksus kistleri ve toraks ön-arka çapının azaldığı izlendi. Hastada mevcut bulgularla lethal iskelet displazisi düşünüldü. Patolojik ultrasonografik bulgular nedeniyle aileye fetal kromozom analizi önerildi, fakat kabul edilmedi ve gebeliğin devamı yönünde karar alındı. Gebelik takiplerini dış merkezde yaptıran hasta sancılarının olması, suyunun gelmesi nedeniyle doğumunu yapmak üzere tekrar kliniğimize refere edildi. Kontrol ultrasonografik değerlendirmede ileri derecede hidrosefali ve azalmış beyin parankim

dokusu mevcuttu, karın çevresi 38 hafta ile uyumluydu, bilateral alt ve üst ekstremiteler amniyon mayinin yetersiz olması nedeniyle net değerlendirilemedi. Mükerrer sezeryan endikasyonu ile opere edilen hasta 2700 gr, 42 santimetre boyunda, 3-4 APGAR skorlu bir kız bebek doğurtuldu. Yenidoğan yoğun bakımında gözleme alınan bebeğin genel durumunun kötüleşmesi üzerine post-partum 24 saat içinde kaybedildi. Anne postpartum 2. gün şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Roberts-SC fokomeli sendromu değişik klinik bulguların birarada bulunduğu nadir görülen otozomal resesif kalıtım gösteren bir hastalıktır. Prenatal ultrasonografik değerlendirme ve sitogenetik incelemelerde erken sentromer ayrılmasının bulunması diğer iskelet displazilerden ayırımı sağlayabilir. Hastalara sonraki gebeliklerinde fetal anomalinin erken tespiti ile danışmanlık hizmetinin verilmesi önem arz etmektedir.

Anahtar sözcükler: Roberts sendromu, fokomeli, fetal anomalisi, prenatal tanı

PB-017

Komplike gebelik veya doğum sonrası cinsel fonksiyonlarda uzun dönemde görülen değişiklikler

Ali Özler¹, Mehmet Sıddık Evsen¹, Pınar Em¹, Adulkadir Turgut¹, Serdar Başaranoğlu¹, Yasin Bez², Ahmet Yalınkaya¹, Talip Gül¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır; ²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Bu çalışmada komplike gebelik veya doğum öyküsünün hastaların uzun dönemde cinsel fonksiyonları üzerine olan etkilerini değerlendirmek ve cinsel fonksiyonları etkileyen olası risk faktörlerini belirlemek.

Yöntem: Çalışma grubu obstetrik öykülerinde ağır preeklampsi, plasenta previa totalis, dekolman plasenta, post partum atoni komplike gebeliği olan hastalardan oluşturuldu. Kontrol grubu yaş, parite, doğum şekli, meslek, gelir düzeyi ve eğitim durumu çalışma grubu ile eşleşen kadınlardan oluşuyordu. Her iki grupta yer alan hastaların doğum öyküleri son 6 ay ile 2 yıl içerisindeydi. Hastaların tekrar gebe kalma ve son doğumdaki ölüm korkusu anketler ile ölçüldü. Cinsel fonksiyonları değerlendirilmesi amacıyla Arizona cinsel deneyim skalası (ASEX) kullanıldı. Komplike gebelik veya doğumu olan ve olmayan kadınların cinsel fonksiyonları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma grubunda son doğumda görülen ölüm ve tekrar gebe kalma korkusu kontrol grubuna göre anlamlı ola-

rak daha yüksek gözlemlendi (sırasıyla $p=0.002$ ve $p=0.000$). Her iki grupta cinsel işlev bozukluğu gönüllülük oranı ise sırasıyla %55.1 ve %38.7 ($p=0.081$) olarak tespit edildi. Son doğumda yaşanan ölüm korkusu cinsel işlev bozukluğu için önemli bir risk faktörü olarak bulundu (odds oranı [OR] = 1.653; 95%CI = 1.131–2.415; $p=0.009$).

Sonuç: Sonuç olarak, komplike gebelik veya doğum öyküsü olan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu oranı sağlıklı gebelik ve doğum öyküsü olan kadınlarla neredeyse eşitti. Son doğum esnasında görülen ölüm korkusunun cinsel işlev bozukluğu gelişiminde en önemli risk faktörü olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Ölüm korkusu, tekrar gebe kalma korkusu, komplike gebelik, komplike doğum, cinsel işlev bozukluğu

PB-018

Meckel-Gruber sendromunun bölgemizdeki sıklığının değerlendirilmesi: Dokuz olgu sunumu ve literatürün incelenmesi

Elif Ağaçayak, Abdulkadir Turgut, Senem Yaman Tunç, Ali Özler

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Diyarbakır

Amaç: Meckel-Gruber sendromu (MGS) sistemik malformasyonlar ile karakterize otozomal resesif, ölümcül bir sendromdur. Meckel-Gruber sendromuna en sık eşlik eden bulgular arasında oksipital ensefalosel, multistik displazik böbrek, karaciğerde kistik ve fibrotik değişiklikler ve polidaktili sayılabilir. Yaşama bağdaşmayan bu nadir sendromun akraba evliliklerinin sık olduğu bölgemizde 6 aylık bir sürede 9 olguda tanı konulması üzerine hastaları mevcut literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Yöntem: Ocak 2013-Haziran 2013 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde in utero tanısı konan dokuz Meckel-Gruber olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık. Bizim hastanemiz Güneydoğu Anadolu bölgesinde bölge hastanesi olduğu için yaklaşık 5 ile hitap etmektedir. Bu tür vakalar kliniğimize refere edilmektedir. Kliniğimize sadece son altı ayda başvuran 9 vakayı sunmak istedik.

Bulgular: MGS bölgemizde ortalama 1/1500 oranında görülmektedir. Olgularımızın yaş ortalaması 27.1 ± 6.6 olarak bulundu. Olguların ortalama gebelik haftası 18.0 ± 1.2 hafta olarak bulundu. Ortalama gebelik sayıları 4.1 ± 1.1 olarak tespit edildi. Ebeveynler arasında %55.5'inde birinci dereceden

akrabalık, %22.2'sinde ikinci dereceden akrabalık mevcuttu. Ebeveynler arasında akrabalık bulunan 2 olgumuzda (%22.2) daha önceden MGS olduğu düşünülen fetal anomalili çocuk doğurma öyküsü mevcuttu. Olguların %100'ünde ensefalosel %77.7'sinde polistik böbrek saptandı. Ek olarak olguların %44.4'ünde ekstremite anomalileri izlendi. Olguların %44.4'üne kromozom analizi yapıldı ve bu olguların tümünde karyotip analizi normal olarak tespit edildi

Sonuç: Güneydoğu Anadolu Bölgesi akraba evliliğinin çok sık olduğu bir bölge olduğu için burada hastalar iyi bir şekilde bilgilendirilmeli ve bu anomalinin %25 tekrar etme olasılığı olduğu için genetik tarama önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Meckel-Gruber sendromu, Güneydoğu Anadolu Bölgesi, akraba evliliği

PB-019

Sezeryan sonrasında uterin kavitede unutulmuş plasenta olgusu: Olgu sunumu

Elif Ağaçayak, Ali Özler, Senem Yaman Tunç, Abdulkadir Turgut

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Diyarbakır

Amaç: Olgumuzda postoperatif kanaması olmayan ve involyonunu tamamlamış bir uterusu total unutulmuş bir plasenta olgusunu sunumunu amaçladık.

Olgusu: 29 yaşında gravida 6, parite 6 olan hasta kliniğimize şiddetli karın ağrısı, sezeryan insizyon yerinde akıntı nedeniyle kliniğimize refere ediliyor. Alınan anamnezinde 25 gün önce sezeryan doğum olduğu, operasyondan 10 gün sonra başlayan karın ağrıları ve yara yerindeki akıntılarının arttığını, yapılan fizik muayenede batında yaygın hassasiyetinin, insizyon hattının kötü kokulu ve akıntılı olduğu gözlemlendi. Vaginal muayenede kötü kokulu akıntı ve serviks hareketleri vaginal tuşede ağrılı idi. Transvaginal ultrasonda uterus antevort, uterus ile ön duvarı arasında hava değerleri (abse?, yabancı cisim?) izlendi. Pelvik tomografi sonucunda enterouterin fistül?, uterin kavitede gossipiboma? düşünüldü. Rutin tetkik amaçlı tam kan, biyokimya, C-reaktif protein (CRP) tahlilleri gönderildi. Beyaz küre ve CRP değerlerinin yüksek olması nedeniyle hastaya antibiyotik profilaksisi başlandı. CRP değerlerinin takiplerde düştüğü (26'dan 3.6'ya) gözlemlendi. İnsizyon yerinde pürülan akıntısı devam eden hasta yabancı cisim? ön tanısıyla operasyona alındı. Batında yaygın fibrozis ve abse odakları izlendi. Uterus involte ancak plasenta uterus ön duvardan perfore idi ve abse odağı olduğu gözlemlendi. Kerr kesisiyle endometrial kaviteye girildi, yapılan eksplorasyonda kaviteden plasantanın çıkarılmadığı ve total olarak içerde ol-

duğu görüldü. Plasenta ileri derecede nekroze olmuş ve uterus seroza yüzeyine kadar enflame izlendi. Plasenta harice alındı ve patolojiye gönderildi. Uterus inflame olduğu için subtotal histerektomi yapıldı. Batına dren bırakılarak operasyona son verildi. Postop 7. gün hastanın dreni çekildi. Bir ay sonra poliklinik kontrolünde hastanın insizyon yeri temiz ve laboratuvar parametreleri normal izlendi.

Sonuç: Postoperatif dönemde vaginal kanama olmadan sadece karın ağrısı şikayeti, plasental retansiyon şüphesini de ayırıcı tanıda akla getirmelidir.

Anahtar sözcükler: Sezeryan operasyonu, plasenta, batın içi abse

PB-020

Terme yakın görülen normal karyotipli fetüste izole bilateral pleval effüzyon: Olgu sunumu

Muhammet Erdal Sak, Serdar Başaranoğlu, Nurullah Peker, Sibel Sak, Ahmet Yalınkaya

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

Amaç: Rutin prenatal takiplerinde izole pleval efüzyon gelişen ve intrauterin torasentez yapılan, post-partum değerlendirilmede normal karyotipli bir olgunun sunumu amaçlandı.

Olgu: 23 yaşında, gravida 1, para 0 olan gebe hasta dış merkezden fetal pleval efüzyon ön tanısıyla polikliniğimize refere edildi. Hastanın detaylı ultrasonografik değerlendirmesinde ortalama 35 hafta ile uyumlu gebeliği, izole bilateral pleval efüzyonu mevcuttu ve bu bulgunun dışında yapılan detaylı incelemede herhangi bir özellik tespit edilmedi. Hasta gebelik takiplerine düzenli gittiğini ve son olarak 3 hafta önceki kontrolünde herhangi bir patolojik durumun olmadığını belirtti. Etyolojinin tespiti açısından hastadan kan grubu, tam kan sayımı, biyokimya, TORCH paneli gibi laboratuvar parametreleri çalışıldı, fetal ekokardiyografi (ECHO) bakıldı. Sonuçlar normal olarak değerlendirildi. Hastaya fetal torasentez planlandı. İşlem öncesi ve sonrası tokoliz amaçlı 6 saat arayla oral nifedipin 20 mg kapsül başlandı, enfeksiyon profilaksisi amacıyla amoksisilin+sulbaktam (Sulcid-1 gram flakon) intramuskuler yapıldı. Sağ pleval aralıktan 150 cc. sol pleval aralıktan 120 cc. asit mayı boşaltıldı. boşaltılan mayiden biyokimya çalışıldı, şilöz vasıfta olduğu gözlemlendi. İşlemden 2 hafta sonra kontraksiyonları başlayan hastanın 2670 gr ağırlığında, 47 santimetre boyunda, 1. ve 5. dakika APGAR skorları 5-7 olan bir kız bebek doğurtuldu. Yenidoğan servisinde gözleme alınan bebekten kromozom analizi yapıldı, sonucu normal değerlendirildi. Post-partum 13. gün şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Fetal hidrotoraks gebeliğin değişik dönemlerinde farklı etyolojilerle ortaya çıkabilen bir klinik bulgudur. Prenatal ultrasonografik inceleme ve laboratuvar parametreler ile değerlendirme yapılabilir. Fetal işlemlerin yapılmasında gestasyonel hafta önem arz etmektedir.

Anahtar sözcükler: Prenatal tanı, pleval efüzyon, fetal hidrotoraks

PB-021

Ağır preeklampside periferik hematolojik parametrelerin değerlendirilmesi

Ali Yavuzcan¹, Mete Çağlar¹, Yusuf Üstün¹, Serdar Dilbaz¹, İsmail Özdemir², Elif Yıldız¹, Atilla Özkara¹, Selahattin Kumru¹

1Düzce Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır; 2Medicana Hastanesi Beylikdüzü Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Amaç: Preeklampsi (PE) tüm gebeliklerin %3-5'inde ortaya çıkan gebeliğe özgü bir hipertansif bozukluktur. Hipertansiyon ve proteinüri hastalığın temel kriterleridir. PE doğum gerçekleşmeden tamamen tedavi edilememektedir. PE sıklıkla maternal ve fetal morbidite ile ilişkilidir. ACOG'un 2002 de yayınladığı bültene göre tüm dünyada anne ölümlerinin %18'inin nedeni PE'dir.

Yöntem: Uygun kriterleri sağlayan 30 adet ağır PE hastası, 36 adet tıbbi komplikasyonu bulunmayan sağlıklı gebe ve 35 adet sağlıklı gebe olmayan kadın olmak üzere toplam 101 adet hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Ağır PE hastaları, sağlıklı gebeler ve gebe olmayan sağlıklı kadınlar birlikte değerlendirildiğinde MPV değeri 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermemektedir (p=0.081). Ağır PE hastaları, sağlıklı gebeler ve gebe olmayan sağlıklı kadınlar birlikte değerlendirildiğinde NLR değerinin istatistiksel olarak kuvvetli şekilde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p=0.000). PLR açısından her üç gruptaki hasta kendi arasında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.098). Lökosit sayısı ağır PE hastalarında, sağlıklı gebelerde ve gebe olmayan kadınlarda istatistiksel yüksek oranda değişim gösterdiğinin saptanması üzerine (p=0.000) ROC analizi yapılmıştır. Ağır PE için lökosit sayısı cut-off değeri %76.7 sensitivite ve %60.6 spesifite ile 7.6 x 10³/ml olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Hüresel ve moleküler düzeyde şiddetli inflamasyonun ispatlandığı ağır PE hastalarında kolay uygulanabilir ve cost-efektif bir marker olarak MPV, NLR, PLR ve lökosit subtiplerinin rutin olarak kullanılabilmesi için homogen has-

ta popülasyonlarında yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmalara gerek duyulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Nötrofil/lenfosit oranı, ortalama trombosit hacmi, preeklampsi, trombosit/lenfosit oranı

PB-022

İlk trimester maternal serum PAPP-A, serbest β -hCG değerleri ve hematolojik parametrelerin preeklampsi ile ilişkisi

Bülent Çakmak, Fulya Zeynep Metin, Mehmet Can Nacar

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ilk trimester maternal serum gebelikte ilişkili plazma protein A (PAPP-A), serbest beta-human koryonik gonadotropin (β -hCG) değerleri ve hematolojik parametrelerin preeklampsi ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Ocak 2011 – Aralık 2012 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde antenatal takiplerinde ilk trimester tarama testi yaptıran ve sonrasında preeklampsi tanısı konulup doğumu gerçekleştirilen 26 hasta çalışmaya alındı. Kontrol grubu olarak aynı yaş ve obstetrik özelliğe sahip 26 hasta çalışmaya dahil edildi. İlk trimesterde ölçülen serum PAPP-A ve β -hCG değerleri ile kan hemoglobini ve trombosit değerleri iki grup arasında karşılaştırıldı. PAPP-A ve β -hCG değerleri için gebelik yaşı ve maternal ağırlığa göre medyan katsayıları (Multiples of Median, MoM) hesaplandı.

Bulgular: Preeklampsi grubunda serum PAPP-A değerleri kontrol grubuna göre daha düşük saptandı ($1.4 \pm 0.7 / 0.9 \pm 0.3$ MoM) ($p < 0.05$). Serum β -hCG değerleri açısından iki grup arasında fark saptanmadı. Bununla birlikte ense saydamlığı (NT) ölçüm değerleri preeklampsi grubunda daha yüksek tespit edildi ($p < 0.05$). Hemoglobin ve trombosit değerleri preeklampsi grubunda daha düşük bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: İlk trimester maternal serum düşük PAPP-A değerleri preeklampsi gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. İlk trimesterde rutin taramada olan diğer parametrelerin de preeklampsi gelişim riskini değerlendirmek için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Preeklampsi, PAPP-A, β -hCG.

PB-023

İkiz gebeliğe indirgenen çoğul gebeliklerin klinik sonuçları ve karşılaştırılması

Rahime Nida Ergin¹, Murat Yayla²

¹Bahçeşehir Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul; ²International Hospital, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

Amaç: İkiz gebeliğe indirgenen çoğul gebeliklerin klinik sonuçlarının saptanması ve başlangıç çoğul gebelik fetüs sayısına göre bu sonuçların karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: 2002-2012 yılları arasında gebelik takibi yapılmış olup ikiz gebeliğe indirgenen bütün çoğul gebeliklerin tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Saptanmış ya da şüpheli anatomik ya da genetik anomalisi olan, CRL, NT, doğum ağırlığı ölçüm verileri eksik olan çoğul gebelikler ve tek fetusa indirgenenler veri analizlerinden dışlandı.

Bulgular: Toplam 133 gebelik istatistiksel analizlere dahil edildi. Çoğul gebeliklerin %77'si (n=102) üçüz olup %23'ü (n=31) dördüz idi. Çoğul gebeliklerin büyük çoğunluğu %95.5'i yardımcı üreme teknikleri sonucu gelişmiş olup, %4.5'i spontan gebelikti. İkiz gebeliğe indirgenen bütün çoğul gebeliklerin başlangıç fetüs sayısına göre CRL ölçümleri, doğum haftası ve doğum ağırlıkları açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Başlangıçta dördüz olan ikizlerin, başlangıçta üçüz olan ikizlere göre daha erken gebelik haftasında daha düşük doğum ağırlığı ile doğdukları saptandı. CRL ölçümleri ile ifade edilen büyüme paternlerinin 12-13 gebelik haftasında farklılık göstermeye başladığı görüldü.

Sonuç: İkiz gebeliğe indirgenen çoğul gebelikler başlangıç fetüs sayısına göre CRL ölçümleri, doğum haftası ve doğum ağırlıkları açısından farklılık göstermektedir. İkiz gebeliğe indirgenen çoğul gebeliklerin sonuçlarındaki farklılık erken dönemdeki büyüme paternine bağlı olabilir.

PB-024

İkinci trimester tarama nedenli gebelik sonlandırmalarının maternal sonuçları ve induksiyon tiplerinin karşılaştırılması

Arif Güngören¹, Rahime Nida Ergin², Kenan Dolapçioğlu¹, Dilek Benk Şilfeler¹, Oğuz Uyar¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay; ²Bahçeşehir Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İstanbul

Amaç: İkinci trimester fetal anomali taraması nedenli gebelik sonlandırmalarının maternal sonuçlarının saptanması ve induksiyon tiplerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Ocak 1999 ve Aralık 2012 tarihleri arasında ikinci trimester fetal taraması yapılarak gebelik sonlandırılması induksiyon tüm gebe hastaların medikal kayıtları retrospektif olarak

incelendi. İkinci trimester fetal anomali taramasına bağlı nedenler dışındaki sebepler ile gebelik sonlandırmaları yapılanlar ve dosyasında eksik veri olanlar data analizlerinden dışlandı.

Bulgular: Toplam 89 hasta istatistik değerlendirmeye alındı. Ortalama anne yaşı 29.52 ± 6.72 olup ortalama gebelik haftası 19.78 ± 3.60 hafta saptandı. Genel olarak anomaliler majör sonografik anomaliler (%68), talassemia major/orak hücre anemisi (%13) ve anhidroamnios (%19) saptandı. Hastalara verilen indüksiyon protokolleri ve yüzdeleri; 4x200 mcg vajinal + 6x200 mcg oral (%41.5), 2x200 mcg vajinal + 4x200 mcg oral (%17) ve 3x200 mcg vajinal + 3x200 mcg sublingual (%41.5) olarak saptandı. Ortalama hastanede kalış süresi 42.20 ± 18.98 saat saptandı. İndüksiyon sonrası küretaj gereksinimi %57.3 olarak saptandı. Sadece 1 olguda histerotomi gereksinimin olduğu görüldü (%0.01). Olgularda başka bir maternal komplikasyon gelişmemiş olduğu görüldü. Oranlar 3x200 mcg vajinal + 3x200 mcg sublingual grupta daha az saptandı ($p=0.007$).

Sonuç: İkinci trimester fetal anomali taraması nedenli gebelik sonlandırmalarına bağlı maternal komplikasyonlar yok denecek kadar nadir olup mevcut indüksiyon protokolleri güvenlidir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, İkinci trimester, indüksiyon, komplikasyon, maternal, terminasyon

PB-025

Fetal atrial fluttere bağlı gelişen non-immun hidrops fetalisin transplasental antiaritmik ilaçlarla tedavisi: Olgu sunumu

Hülya Ayık, Özgür Özdemir, Bekir Sıtkı İsenlik, Onur Erol, Gül Alkan Bülbül, Aysel Uysal Derbent, Selahattin Kumru
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Atrial fluttere bağlı nonimmün hidrops fetalis olan bir fetusun transplasental antiaritmik ilaçlarla tedavi edildiği bir olgunun sunumu.

Giriş: Fetal vücut boşluklarında sıvı birikimi, polihidramnios, plasental ödem bulguları ile tanıyan hidrops fetalis 830-3.500 doğumda bir rastlanan mortalitesi %50-100 arasında değişen, çoğunlukla nonimmün nedenlerle oluşan bir tablodur. Hidrops fetalis immün(%10-20) veya nonimmün(%80-90) nedenlerle gelişebilir. Kardiyak nedenler hidrops vakalarının %20-25'ini oluşturmaktadır ve mortalitesi nedene bağlı olarak %50-98 arasında değişmektedir.

Olgu: Yirmibir yaşında ilk gebeliği olan SAT' a göre 30 haftalık gebe hasta fetal hidrops tanısıyla kliniğimize refere edildi. USG'de 30 haftalık gebelikle uyumlu fetusta plevral efüz-

yon, batında yaygın asit görüldü. MCA Doppler anemi ile uyumlu değildi. Fetal ekoda kalp ve büyük damarlarda anatomik defekt saptanmadı. Atrial flutter izlendi. Kalp hızı 245 atım/dk idi. 2x0.5 mg parenteral digoksin tedavisine başlandı. Bir haftalık takipte kalp hızı 225 atım/dk civarında idi. Digoksine ilaveten sotalol eklendi (2x80 mg). Tedaviye 10 gün devam edildi. Kalp hızında belirgin yavaşlama olmadı (215 atım/dk). Sotalol tedavisi sonlandırılıp digoksin ve amiodaron (2x200 mg) tedavisine geçildi. Tedaviye 14 gün devam edildi. Hidrops geriledi. Kardiyak hız 180 atım/dk'ya düştü. 35.haftada bebek doğurtuldu. Doğum sonrası kardioversiyonla sinüs ritmine dönüldü. Antiaritmik ilaç verilmeden takip edildi. Yenidoğan 30 günlük iken sorunsuz taburcu edildi. Şu an 40 günlük olan yenidoğanın nabızı 100-120 aralığında, nörolojik muayenesi normal, genel durumu iyi, vital bulguları stabil olarak seyretmektedir.

Sonuç: Fetal taşiaritmilere bağlı olarak gelişen non-immün hidrops bulguları tedavi ile gerileyebilir. Digoksin fetal aritmilerin tedavisinde ilk seçenek ajandır ancak yanıt alınmadığında sotalol veya amiodaron ile kombine edilebilir.

Anahtar sözcükler: Non-immün hidrops fetalis, fetal atrial flutter, digoksin, sotalol, amiodaron

PB-026

Fetal serebral ventrikülomegalide kromozomal anomali sıklığı

Cenk Gezer¹, Atalay Ekin¹, Mehmet Özeren¹, Cüneyt Eftal Taner¹, Özge Özer², Altuğ Koç², Muzaffer Bilgin³, Naciye Sinem Gezer⁴

¹İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir; ²İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Genetik Anabilim Dalı, İzmir; ³Osmanlı Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyostatistik ve Medikal İnformatik Anabilim Dalı, Eskişehir ⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Fetal serebral ventrikülomegali, anöploidi için tanımlanmış ultrason belirteçlerinden biri olup saptanması halinde detaylı fetal anatomi taraması yapılmasını gerektirmektedir. Serebral ventrikülomegaliye eşlik eden diğer organ sistemlerindeki anomalilerin saptanması durumunda, fetal ve neonatal prognoz anlamlı derecede kötüleşmekte, bu fetuslara kar-yotipleme yapılması daha da önemli bir hale gelmektedir. Bizim çalışmamızın amacı, ultrason tetkiki sonucunda ventrikülomegali saptanan fetuslarda eşlik eden anomaliler ve ventrikülomegali şiddeti de göz önüne alınarak kromozom anomalisi sıklığını araştırmaktır.

Yöntem: Perinatoloji departmanımızda yapılan ikinci trimester fetal anomali taramasında, izole veya izole olmayan

serebral ventrikülomegali saptanan 140 hastaya karyotipleme yapıldı. Karyotipleme için gebelik haftasına göre koryon vil-lus örnekleme, amniyosentez ve kordosentez işlemleri uy-gulandı.

Bulgular: Fetal ventrikülomegalisi bulunan 140 hastanın 7'sinde (%5) anormal karyotip saptandı. Çalışmamızın so-nuçlarına göre şiddetli ventrikülomegali saptanan fetuslarda-ki kromozom anomalisi insidansı (%6.8), hafif ventrikülome-gali saptanan fetuslardan (%4.2) daha fazlaydı. İzole ventri-külomegalili fetuslardaki kromozom anomalisi insidansı (%8.6) ise ek anomalisi olanlara göre (%3.8) daha fazlaydı.

Sonuç: Fetal serebral ventrikülomegali saptanan tüm fetus-larda eşlik eden anomali olup olmasının veya ventrikülo-megali şiddetine bakılmaksızın intrauterin karyotipleme ya-pılmasını öneriyoruz.

Anahtar sözcükler: Fetal ventrikülomegali, karyotip, kro-mozomal anomali

PB-027

Monokoryonik monoamniyotik ikiz gebelikte kompleks kordon dolanması ve düğümlenmesi: Olgu sunumu

Resul Arısoy, Emre Erdoğan, Cem Ardiç, Oya Demirci, Pınar Kumru, Arzu Arınkan, Zeynep Taşargöl, Hasan Süt, Masum Kayapınar, Oya Pekin, Semih Tuğrul

S.B. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E. A. Hastanesi, Perina-toloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Monokoryonik monoamniyotik ikiz gebelikte tespit edilen kompleks umbilikal kordon dolanması olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Bizim olgumuz 22 yaşında gravida 2 para 1, son adet tarihine göre 34 haftalık monokoryonik ikiz gebelik olup; erken doğum tehditi tanısı ile kliniğimize refere edilmiştir. Ge-beliğin ultrasonografik muayenesinde; monoamniyotik ikiz gebelik ve her iki fetusta da intrauterin gelişim geriliği tespit edildi. Kompleks umbilikal kordon dolanması ve gerçek dü-ğümlerden şüphelenildi. Doppler ultrasonda umbilikal arter akımı ve dalga paternleri normal olarak gözlendi. Uygun aç-lık süresinin sonunda sezaryen ile 1550 ve 1270 gr ağırlığın-da, 1. ve 5. dakika Apgar skorları 8/8 ve 6/4 olan iki kız bebek doğurtuldu. Plasenta incelendiğinde monokoryonik mono-amniyotik olduğu ve kompleks umbilikal kordon dolanması ve gerçek düğümler görülerek tanı doğrulandı.

Sonuç: Monoamniyotik ikiz gebeliklerin en spesifik kompli-kasyonu ikizlerden birinin ya da her ikisinin intrauterin ölü-müne neden olabilecek umbilikal kordon dolanması ve dü-ğümlenmesidir. Bu olguların takiplerinde umbilikal kordon-

ların değerlendirilmesi olası komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Monoamniyotik ikiz gebelik, kordon dolanması, yönetim

PB-028

Metotreksat tedavisine cevap vermeyen ovaryan ektopik gebelik: Olgu sunumu

Murat Yüksel, Erdal Bilen, Seyit Ali Köse, Mekin Sezik, Mehmet Okan Özkaya

Süleyman Demirel Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Spiegelberg ovaryan gebelik tanı kriterlerine uyan,pa-renteral metotreksat tedavisine cevap vermeyen fetal kalp se-si olmayan sol ovaryan ektopik gebelik olgusunun sunulması.

Olgu: Yirmidört yaşında G1P0 olan son adet tarihine göre 5 hafta 3 gün gebeliği olan hasta karın ağrısı şikayeti ile kliniği-mize başvurdu. Hastaya yapılan vajinal muayenede uterus normal cesamette ve sert kıvamda,sol adneksiyel lojda dol-gunluk vardı. Solda daha fazla olmak üzere bilateral alt kad-ranlarda hassasiyet izlendi.Sol alt kadranda rebound pozitifiti. Hastaya yapılan TV-USG'de uterus normal boyut ve ekoje-nitesinde,endometrium iki duvar kalınlığı 21 mm,sol adnek-siyal alanda 4x3 cm çapında heterojen ekoda,sol overin he-men üzerine bitişik ektopik gebelik kesesi izlendi. Kesede fe-tal kalp atımı izlenmedi. Hastanın rutinleri ve serum-hCG (β-humankoryonikgonadotropin) değeri istendi. Serum-hCG'nin 2190 IU olarak geldi. Bu muayene bulguları ve la-boratuvar sonuçları üzerine, spiegelberg primer ovaryan ek-topik gebelik tanı kriterlerine uyan olguya parenteral olarak 1 mg/kg'dan tek doz 60 mg metotreksat uygulandı. Hasta akut batın ve serum-hCG takibine alındı. Metotreksat teda-visinden 4 gün sonra yapılan serum-hCG kontrolünde sonu-cun 2209 IU olduğu görüldü. Yapılan TV-USG'de ise deği-şim olmadığı izlendi. Hastaya 7. gün kontrolü yapılan serum-hCG değerinin 1947 IU gelmesi ve batın içi sıvı görünümü-nün artması üzerine hastaya laparoskopi planlandı. Yapılan laparoskopide uterus, sağ over ve sağ tuba normal görünüm-de idi. Sol tuba normal, sol overin douglasa bakan yüzünde 4x3 cm çapında hemorajik ektopik gebelik kesesi izlendi. Ke-se eksizye edilip materyal patolojiye gönderildi. Hasta postop-eratif 1. günde şifa ile taburcu edildi. Hasta periyodik ser-um-hCG takipleri yapılmak üzere polikliniğe yönlendirildi.

Sonuç: Ektopik gebelik,ilk trimesterde maternal morbidite ve mortalitenin en önemli sebebidir ve giderek insidansı art-maktadır. Erken tanı ve doğru tedavi hastanın daha sonraki reproduktif yaşamı açısından önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Laparoskopi, metotreksat, ovaryan ek-topik gebelik, serum-hCG

PB-029

6142 amniosentez vakasının sitogenetik incelemesi: Tek merkez altı yıllık deneyim

Atalay Ekin, Cenk Gezer, Cüneyt Eftal Taner, Mehmet Özeren, Muhittin Eftal Avcı, İbrahim Uyar, İbrahim Egemen Ertuş

Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Çalışmamızın amacı, genetik amniosentez için önerilen farklı endikasyonların insidanslarını ve kromozom anomalisi saptama oranlarını değerlendirmektir.

Yöntem: 2007 ve 2013 yılları arasında tek bir merkez tarafından yapılan 6142 amniosentez vakası retrospektif olarak incelendi. Prenatal tanı endikasyonları, fetal karyotip sonuçları, maternal yaş, fetal ultrason bulguları ve maternal serum tarama testi sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: 6142 vakanın %4.7'sinde kromozom anomalisi saptandı. 292 kromozom anomalisinin 208'i (%71.2) sayısal, 84'ü (%28.8) yapısal bozukluklardı. Anormal karyotipli fetusların %42.1'inde trizomi 21 bulundu. En sık endikasyon anormal maternal serum tarama testiyken (%36.6) sonrakiler sırasıyla ileri maternal yaş (%28), ileri maternal yaş+ileri maternal serum tarama testi (%14.9) ve anormal ultrason bulgusu (%11.2). En yüksek pozitif prediktif değerler anormal ultrason bulgusunun ileri maternal yaş (%12.2) ve anormal maternal serum tarama testiyle (%12.9) birlikte olduğu endikasyonlarda elde edildi.

Sonuç: İleri maternal yaş ve anormal maternal serum tarama testleri en yaygın endikasyonlar olmasına rağmen genetik amniosentezin etkinliğini artırmak için bu endikasyonların anormal ultrason bulgularıyla olan birlikteliğinin belirlenmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Amniosentez, kromozom anomalisi, prenatal tanı, sitogenetik inceleme, ultrasonografi

PB-030

İlk trimester uterin arter Dopplerinin preeklampsi öngörüsündeki yeri

Emre Erdoğan, Resul Arısoy, Pınar Kumru, Cem Ardıç, Oya Pekin, Semih Tuğrul, Murat Muhcu

Zeynep Kamil Eğitim Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada ilk trimesterde uterin arter pulsatilite indeks ölçümünün preeklampsi gelişimi ile olası ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: 412 nullipar tekil gebenin 11+0 ile 13+6 gebelik haftasında uterin arter pulsatilite indeks ölçümleri kaydedildi. Preeklampsi ve erken başlangıçlı preeklampsi öngörülerini için eşik uterin arter pulsatilite indeks değerleri için saptama oranları hesaplandı.

Bulgular: Olguların %9.4'ünde preeklampsi ve %3.1'inde erken başlangıçlı preeklampsi tespit edilmiştir. Preeklampsi gelişen grupta ortalama uterin arter pulsatilite indeksi 2.5 ± 0.9 iken preeklampsi gelişmeyen grupta ortalama olarak 1.7 ± 0.5 tespit edilmiştir ($p < 0.001$). Uterin arter pulsatilite indeksi değerinin preeklampsi ve erken başlangıçlı preeklampsi ile ilişkisini işlem karakteristik (ROC) eğrisi ile değerlendirdiğimizde; ROC eğrisi altında kalan alan sırasıyla 0.79 ve 0.83'tür. Erken başlangıçlı preeklampsiyi öngörmeye uterin arter pulsatilite indeksi > 2.55 ve > 2.71 eşik değerleri için duyarlılıklar sırasıyla %63.6 ve %45.5'tir.

Sonuç: 11-14 hafta uterin arter Doppleri ile erken başlangıçlı preeklampsi olguları büyük oranda tespit edilebilmektedir.

Anahtar sözcükler: Preeklampsi, uterin arter Doppler, preeklampsi öngörüsü

PB-031

Gebeliğin 11-14. haftalarında intrakranial translüensi genişliğinin normogramı

Mehmet Aytaç Yüksel¹, Resul Arısoy², Emre Erdoğan², Murat Yayla³, Cihat Şen¹

¹İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi KHD Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul; ²S.B. Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi KHD Perinatoloji, İstanbul; ³International Hospital, Perinatoloji, İstanbul

Amaç: Türk popülasyonunda, intrakranial translüensinin referans aralığının belirlenmesi.

Yöntem: Bu prospektif çalışmada 11-14. gebelik haftalarında 596 fetusda yapıldı. Fetal değerlendirme transabdominal ultrasonografi ile ölçüldü. Fetusların intrakranial translüensi anterior-posterior çapının, gebelik haftasına göre dağılımı çıkarıldı ve 11-14. gebelik haftaları arasında persantil değerleri hesaplandı. İntrakranial translüensinin anterior posterior çapı ile diğer biyometrik parametreler arasında regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: 11-14. gebelik haftaları arasında ortalama intrakranial translüensinin anterior posterior çapı 1.8 ± 0.4 'tür ve 11-14. gebelik haftaları arasında lineer olarak arttığı saptanmıştır. Lineer regresyon denkleminde ICT ile CRL arasındaki regresyon denklemi: $ICT = CRL \times 0.0184 + 0.575$ ($R = 0.385$; $p < 0.001$), ICT ile BPD arasındaki regresyon denklemi: $ICT = BPD \times 0.0532 + 0.632$ ($R = 0.346$; $p < 0.001$), ICT ile GG

arasındaki regresyon denklemi: $ICT=GG \times 0.024 - 0.339$ ($R=0.25$; $p<0.001$) arasında anlamlı korelasyon saptandı.

Sonuç: İntrakranial translüensi anterior posterior çapı, CRL, BPD ve gebelik haftası ile lineer olarak artmaktadır

Anahtar sözcükler: Spina bifida, ilk trimester, intrakranial translüensi

PB-032

Fetal manyetik rezonans görüntüleme ile yapılan beyin hacim ölçümlerinin ventrikülomegali prognozu ile ilişkisi

Naciye Sinem Gezer¹, Handan Güleriyüz¹, Cenk Gezer², Ali Koçyiğit¹, Cemile Didem Yeşilirmak³, Serkan Güçlü⁴, İbrahim Egemen Ertaş²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir;

²İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir;

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, İzmir;

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışmada, fetal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile yapılan hacim hesaplamalarının hafif ve ağır ventrikülomegalili hastaların nörolojik prognozunu belirlemedeki değerinin araştırılması ve iki boyutlu ultrasonografik ölçümler ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ultrasonografi ile ventrikülomegali saptanan, gestasyonel yaş ortalaması 24.7 olan (17- 36 hafta) 39 gebeye fetal MRG yapılmıştır. Supratentorial serebral parankim ve ventrikül hacimleri ölçülmüş, ventrikül/parankim hacim oranı hesaplanmıştır. Hastalar antenatal ve postnatal dönem takip sonuçlarına göre iyi ve kötü prognoz gruplarına ayrılmıştır. Hafif (n=21) ve ağır (n=18) ventrikülomegalili hastaların prognozları, hacim ölçümleri ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Prenatal dönemde gebeliklerin 12 tanesi 'Perinatoloji Konseyi' kararı ile sonlandırılmıştır. Üç gebelik intrauterin ölümle sonuçlanmıştır. Canlı doğan 24 hastanın 2 tanesi postnatal ilk saatlerde ex olmuştur. Yaşayan 22 hastanın postnatal dönemde ortalama 11.8 ay süresince (6-24 ay) kontrolleri yapılmış, 16 tanesinin motor mental gelişimleri normal olarak değerlendirilmiştir. Ventrikül hacmi ile prognoz arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p=0.43$). Prognoz ile parankim hacmi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p = 0.022$). Prognozu kötü olan olguların ventrikül/parankim hacim oranının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0.009$).

Sonuç: Ağır ventrikülomegalili hastaların değil, prognozu kötü olan hastaların parankim hacminin düşük olması, prognoz açısından parankim hacim ölçümlerinin kullanılabilir-

ğini göstermektedir. Ventrikül/parankim hacim oranı prognozu belirlemeye yardımcı bir parametre olabilir.

Anahtar sözcükler: Fetal beyin, hacim, manyetik rezonans inceleme, ventrikülomegali

PB-033

Gebelik sırasında ortaya çıkan uterin prolapsusun konservatif yönetimi

Muhittin Eftal Avcı¹, Ahmet Göçmen², Atalay Ekin¹, Cenk Gezer¹

¹İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir; ²Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Konunun Önemi: Gebeliği komplike eden pelvik organ prolapsus olguları oldukça nadirdir ve 10.000-15.000 doğumda bir görülür.

Olgu: 35 yaşında gravida 2 para 1 olan hasta ilk defa 27 haftalık gebe iken kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 20 yıl önce barsak obstruksiyonu nedeniyle geçirilmiş barsak rezeksiyonu ve 5 yıl önce geçirilmiş lomber disk hernisi operasyonunun haricinde özellik yoktu. Hasta daha önce 3840 gram normal spontan vaginal doğum yapmıştı. Hastanın yapılan ultrasonografisinde problem yoktu, muayenesinde Evre 3c prolapsus tespit edildi. Rifosinle pansuman önerildi ve pesser kullanımı öğretildi ve hasta 2 haftada bir kontrole çağrıldı. 35. Gebelik haftasında serviksteki ödemin giderek artması üzerine magnezyum sülfat ile topikal tedaviye başlandı. Hasta gebeliği 39 hafta 4 günlük iken spontan doğum sancılarının başlaması üzerine kliniğimize tekrar başvurduğunda, yapılan muayenede serviks redükte ve 4 cm dilatasyon mevcut olduğu tespit edildi. Hasta sorunsuz olarak normal spontan vaginal doğum yaptı.

Sonuç: Pelvik organ prolapsusu gelişiminde paritenin önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Gebelik sırasında görülen uterin prolapsus ise nadir görülen bir komplikasyondur ve son 10 yılda paritenin azalmasıyla beraber daha da azalmaktadır. Bizim hastamızda gravidası 2 para 1 idi. Bizim burada sunduğumuz olgu basit konservatif tedavilerden fayda gördü dahası aktif eylemin başlamasıyla beraber serviksin spontan olarak redükte olmasıyla da normal spontan doğum gerçekleşti. Bu vaka göstermiştir ki, gebelikteki oluşan uterin prolapsus vakaları yakın takip, hafif trendelenburg pozisyonunda olabildiğince yatak istirahati ve serviksin reduksiyonunu kolaylaştırdığı düşünülen topikal magnezyum sülfat uygulamasıyla maternal ve fetal risk yaratmadan konservatif olarak yönetilebilir ve hastaya normal doğum yapma şansı tanınabilir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, uterin prolapsus

PB-034

Postpartum hemorajinin yönetimi: Kliniğimizde tedavi edilen 41 olgunun retrospektif analizi

Adnan İncebıyık¹, Aysun Camuzcuoğlu¹, Neşe Gül Hilali¹, Ahmet Küçük², Hasan Hüsnü Yüce², Harun Aydoğan², Hakan Camuzcuoğlu¹, Mehmet Vural¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Şanlıurfa; ²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Amaç: Kliniğimizde tedavi edilen 41 postpartum hemorajisi olgusunun tedavi yöntemleri ve sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem: Hastanemiz elektronik kayıt sisteminden 1 Ocak 2009 ile 30 Haziran 2013 tarihleri arasında "International Classification of Diseases" hastalık kodlarına göre Postpartum kanama (O72, O72.1, O72.2) tanısı ile obstetri servisine yatırılan hastalar taranarak 41 hasta kaydına ulaşıldı. Tüm hastaların tedavi sırasındaki klinik durumları ve uygulanan cerrahi ve medikal tedavi sonuçları not edildi.

Bulgular: Dört yıllık dönem içerisinde PPH nedeniyle hastanemizde tedavi altına alınan 41 olgu saptandı. Doğum şekli olarak en çok 26 hasta (%63.4) ile normal doğum saptanırken, 12 hastada (%29.3) sezaryen, 3 hastada (%7.3) ise vakum yardımıyla vajinal doğum yaptırıldığı görüldü. PPH neden olma bakımından en sık rastlanılan klinik durum 30 hastada (%73.2) görülen uterin atoni olarak tespit edildi. Atoni nedeniyle gelişen PPH'de en sık uygulanan tedavi şekli 16 hastada (%53.33) görülen medikal tedavi iken ardından 9 hasta (%30.00) total abdominal histerektomi + BHAL, 4 hasta (%13.33) B-Lynch + BHAL ve 1 hasta (%2.44) intrauterin balon tamponat uygulamasının yapıldığı tespit edildi. Uterin rüptür saptanan 3 olgudan sadece birinde histerektomi yapıldı. Plasental yapışma anomalisi saptanan 3 hasta elle halas, uterin küretaj ve intrauterin balon tamponat uygulaması ile tedavi edildi.

Sonuç: Risk faktörü bulunmayan gebelerde bile PPH açısından dikkatli olunmalı ve özellikle doğum 3. evresi dikkatle izlenmelidir. Hemodinamik açıdan durumu stabil olan hastalarda konservatif ve organ koruyucu cerrahi genelde olumlu sonuçlar vermektedir.

Anahtar sözcükler: Cerrahi tedavi, medikal tedavi, postpartum hemoraji, uterin atoni

PB-035

Maternal kan glikoz düzeylerinin NST üzerinde etkileri

Bekir Sıtkı İsenlik¹, Neslihan Erkal¹, Mete Çağlar², Onur Erol¹, Özgür Özdemir¹, Aysel Derbent Uysal¹, Selahattin Kumru¹

¹Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Antalya; ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Maternal kan glikoz düzeylerinin NST üzerinde olan etkilerini araştırmak için bu çalışma yapılmıştır.

Yöntem: Rutin prenatal bakım için kontrole gelen 60 sağlıklı gebe kadın çalışmaya dahil edildi. Gebeler açlık (30) ve tokluk (30) durumlarına göre iki gruba ayrıldı. Her iki gruptan kan glikoz düzeyi ölçümü için kan alındı. Ardından 30 dakikalık NST uygulandı. NST de fetal kalp hızı, reaktivitesi, variabilitesi, akselerasyon sayısı ve fetal hareket sayısı açısından değerlendirildi.

Bulgular: NST trasesi aç iken çekilen gebe grubunun fetal kalp hızı ortalaması 137±10 iken, tok olan grupta 142±8 bulunmuştur (P=0.047). Reaktivite, variabilite, akselerasyon sayısı ve fetal hareket sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Sonuç: Gebenin aç oluşu NST de normal sınırlar içinde kalan bazal kalp hızında düşüklüğe sebep olurken, diğer NST parametreleri üzerine etkisi gösterilememiştir.

Anahtar sözcükler: Fetal NST, glikoz, gebelik

PB-036

Açık nöral tüp defektine eşlik eden kromozomal ve yapısal anomaliler

Atalay Ekin¹, Cenk Gezer¹, Cüneyt Eftal Taner¹, Mehmet Özeren¹, Özge Özer², Altuğ Koç², Naciye Sinem Gezer³

¹İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir; ²İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Genetik Kliniği, İzmir; ³Dokuz Eylül Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Çalışmamızın amacı açık nöral tüp defekti olan fetuslarda ultrason ve otopsi sonuçlarıyla eşlik eden anomalilerin sıklığı ve tiplerini değerlendirmek ve prenatal karyotiplemenin gerekliliğini belirlemektir.

Yöntem: 2008 ve 2012 yılları arasında nöral tüp defekti tanısı alan fetuslar retrospektif olarak incelendi. Prenatal karyotipleme yapılan, sonlandırılan ve postmortem incelenen 167 fetus değerlendirildi. Eşlik eden anomaliler ayrıntılı ultrasonografi ve otopsi bulgularıyla belirlendi ve sınıflandırıldı.

Bulgular: 57 fetusta (%34.1) ek başka anomaliler vardı. Prenatal ultrasonografi otopsi ile karşılaştırıldığında ek anomalilerin %73.1'ini belirleyebildi. Kromozom anormallliği olan 3 fetusta da multipl ek anomaliler bulundu.

Sonuç: Nöral tüp defekti saptanan fetuslarda ayrıntılı bir anatomik inceleme ve genetik değerlendirmeye ihtiyaç var-

dır. Çalışmamız ultrasonografinin nöral tüp defektlerinin izole olup olmadığını belirlemede yetersiz olduğunu göstermiştir. Bu yüzden izole vakalarda da kromozom analizinin gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar sözcükler: Otopsi, fetal anomali, kromozomal anomali, nöral tüp defekti, prenatal ultrason

PB-037

Multipl anomalinin eşlik ettiği Dandy-Walker malformasyonu: Prenatal ultrasonografik bulgular

Fatma Uysal¹, Ahmet Uysal², Gürhan Adam¹, Meryem Gencer², Mustafa Reşorlu¹, Ayşenur Çakır Güngör²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale; ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Prenatal ultrasonografik değerlendirmede Dandy Walker malformasyonu (DWM) ve eşlik eden multipl anomalileri bulunan olgunun ultrasonografik görüntülerini sunmayı amaçladık.

Olgu: Son adet tarihi ve diğer parametrelerine göre 27 haftalık gebelik yapılan sonografik değerlendirme tipik DWM'na ait posterior fossa bulguları (anahtar deliği görünümü), hidrosefali ek olarak bilateral polikistik böbrek bir ayakta polidaktilden oluşan multipl anomali izlenmiştir.

Tartışma: DWM posterior fossanın gelişim bozukluğu ile karakterize olup 4. ventrikül tavanındaki Magendie ve Luskaka foraminallerin disgenezisi sonucu ventrikülün kistik genişlemesi sonucu oluşur. Posterior fossanın kistik dilatasyonu, serebellar vermiste değişik derecelerde hipoplazi yada agenezinin görülmesi ile tanı konmaktadır. Olgulara hidrosefali eşlik edebilir. Vakaların çoğu sporadiktir, ancak 9. kromozom anomalisi ile birlikte olan vakalar bildirilmiştir Hastaların 1/3'ünde sinir sistemi dışında yarık dudak-damak, kardiyak, renal, ve üriner sistem anomalileri, polidaktili saptanabilir.

Sonuç: DWM posterior fossa lezyonlarından olup, santral sinir sistemi ve ekstra kranial, özellikle kalp malformasyonları, anomalileriyle birlikte seyredebilir. Bu nedenle diğer sistem anomaliler de taranmalıdır.

Anahtar sözcükler: Dandy Walker malformasyonu, prenatal tanı, ultrasonografi, multipl anomali

PB-038

Prenatal ultrasonografi ile tanı konan trizomi 21 olgusu: Ultrasonografik bulgular

Fatma Uysal¹, Ahmet Uysal²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale; ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Kromozomal anomali kuşkusuna neden olan multipl anomali saptanan fetusta yapılan amniosentez ile doğrulanan trizomi 21 tanısı nedeniyle saptanan prenatal sonografik bulgularının sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Anomali taraması için kliniğimize başvuran otuz bir yaşında G3P2 takipsiz gebeye yapılan ultrasonografik değerlendirmede BPD-HC-AC ölçüm parametrelerine göre 17 hafta ile uyumlu kardiyak aktivitesi pozitif fetus saptandı. Femur ölçümü 1 hafta geri bulundu. Nazal kemik hipoplazisi, kalp apeksinde sağa rotasyon ve kalpte tek atrium-ventrikül görünümü, ayakta sandal gap görünümü, tek umbilikal arter, bilateral hafif pelvikalektazi, saptandı. Kromozomal anomali ön tanısı ile amniyosentez yapılan olguda tanı doğrulandı. Ailenin de onamı ile gebelik sonlandırıldı.

Tartışma: Kromozomal anomali saptanan fetüslerde sonografik olarak belirlenen majör yapısal belirteçler; kardiyak (VSD, ASD, genişlemiş sağ ventrikül, perikardiyal efüzyon), santral sinir sistemi (ventrikülomegali, mega sisterna magna), renal (multistik böbrek) abdominal (omfalosel), ekstremiteler (club foot, sandal gap), diğer (tek umbilikal arter, kistik higroma, hidrops fetalis), minör yapısal belirteçler; artmış ense kalınlığı, piyelektazi, koroid pleksus kisti, kısa femur, hipereksten barsak, ekojenik kardiyak fokus, hepatik kalsifikasyondur. Trizomi 21 tanısı alan olguların %37'sinde sonografik belirteç tespit edilememektedir.

Sonuç: Trizomi 13 ve 18 büyük oranda sonografik bulgu verirken trizomi 21 olgularının ise önemli bir kısmında sonografik belirteç tespit edilememektedir. Bu nedenle sonografik bulgular ile birlikte serum biyokimyasal tarama testlerinin değerlendirilmesi kromozomal anomalilerin tespit edilebilme şansını artıracaktır.

Anahtar sözcükler: Prenatal tanı, ultrasonografi, trizomi 21

PB-039

Erken dönem akrani ve termde anensefali: Olgu sunumu

Fatma Uysal¹, Ahmet Uysal²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale; ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Tanısı 12 hafta 4 günde konan akrani olgusunun termdeki anensefali görünümü 2 ve 3D sonografi görüntüleriyle eşliğinde sunulacaktır.

Olgu: Gebeliğinin izlemi için ilk kez başvuran, gebeliği öncesinde folik asit kullanımı olmayan olguda öyküde akraba evliliği mevcut değildi. Ultrasonografik değerlendirmede başpopo mesafesi (CRL) ne göre 12 hafta 4 gün ile uyumlu fetusta kranial kemiklerin ossifikasyonu izlenmezken fasiyal kemiklerin ossifiye olduğu akraniyanın neden olduğu defektten serebral dokunun protrüzyonu sonucunda şapka benzeri şekil bozukluğu saptanarak akrani tanısı konarak aileye terminasyon önerildi. Ancak aile gebeliğin sonlandırılmasını kabul etmedi. Terme dek takip edilen fetusun 36. haftadaki ultrasonografi görüntüsünde beyin dokusu izlenmezken tipik kurbağa gözü görünümü ve polihidroamniyos saptandı. Olgu spontan vajinal yolla doğurtuldu.

Tartışma: Kraniumun ossifikasyonunun 10. haftada başlaması ve 11. haftadan itibaren ultrasonda hiperekojenite olarak izlenmesinden dolayı 10. haftadan önce anensefali tanısının güvenilir olmadığını düşünmektedir. Bu nedenle ikinci ve üçüncü trimesterlerde tanıyı kesinleştiren karakteristik ultrasonografik bulguların dışında, erken dönemde anensefalinin patogenezi ile bağdaşacak yeni bulguların saptanması ve tarama niteliğinin değerlendirilmesi yoluna girilmiştir. Bu bağlamda bazı yazarlar, 9-10 haftalar arasında akraniyanın görülmesini, küçük ve düzensiz kutup izlenmesini, supraorbital kesitte, amniyon sıvısına maruz kalmış serebral lobların meydana getirdiği 'Mickey Mouse' görüntüsü ve CRL'nin gerilemiş olması, ayrıca benzer şekilde amniyon sıvısından korunmayan beyin dokusunun 'şapka' veya 'boynuz' benzeri deformasyonları veya dezorganizasyonun beyin dokusunun saptanmasını ekzensefali veya anensefali lehine bulgular olarak gündeme getirmiştir.

Sonuç: İlk trimesterde yapılan ultrasonografi ile yaşayla bağdaşmayan anomaliler tespit edilmeli ve aile bilgilendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Akrani, anensefali, birinci trimester, üçüncü trimester, 3D sonografi

PB-040

Annenin kardiyovasküler bulguları birinci trimester PAPP-A değerini etkiler mi?

Aysel Derbent Uysal¹, Aslı Atar², Beyhan Eryonucu², Selahattin Kumru¹, Nilgün Öztürk Turhan³

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Antalya; ²Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya; ³Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla

Amaç: PAPP-A, IGF bağlayıcı proteinin proteazıdır. PAPP-A ayrıca bir proaterosklerotik metalloproteinazdır. Sinsit-yotroblastların yanında stabil olmayan aterotik plaklar ve onların ekstrasellüler matriksinde fazla miktarda ekspresyon

maktadır. Desidüaya trofoblast invazyonunun otokrin ve parakrin kontrolünde rol almaktadır. IGF-1'in yıkımını yaparak endoteldeki yüksek afiniteli bağlanma yerlerine bağlanarak, nitric oksit salınımını tetikleyerek endotel disfonksiyonuna karşı etki göstermektedir. Stabil olmayan aterosklerotik plakların yoğun olduğu kişilerde ekspresyonu artmakta bu nedenle kardiyovasküler ölüm ve myokard infarktüsü riskinin öngörüsünde belirteç olarak kullanılmaktadır.

Çalışmamızda normal riskli ve metabolik sendromlu gebelerde ekokardiyografik ateroskleroz bulguları ile birinci trimester PAPP-A düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Yöntem: Haziran 2010-Aralık 2011 tarihleri arasında Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapıldı. Gebeliğin ilk 6 haftasında ilk kez gelen, İkili tarama ve detaylı usg yapılmış, fetal anomali saptanmamış, gebeliği süren olgular çalışmaya alınmıştır. Obez PCOS, GDM ve metabolik sendromlu olgular ateroskleroz için riskli grup olarak bu risklere sahip olmayan gebelere kontrol grubu olarak sınıflandırılmıştır. İki boyutlu ve doku doppler eko ile sağ ve sol ventrikül fonksiyonlarına bakılarak, ateroskleroz göstergeleri belirlendi.

Bulgular: Pearson korelasyon analizi ile ateroskleroz parametreleri ile PAPP-A değerleri arasında korelasyon gösterilemedi. Riskli gebe grubunda karotid arter intima media kalınlıkları kontrol grubuna göre önemli ölçüde artmış bulundu, ancak PAPP-A serum değerleri arasında anlamlı fark bulunmadı. PAPP-A yoğun miktarda stabil olmayan plağı olan hastalarda yükselmekte iken stabil plaklarda salınımı fazla olmamaktadır. Çalışmamızdaki riskli gebe grubunun yaş ortalaması düşük olup, yoğun plak oluşumu olasılığı düşüktür.

Sonuç: Ateroskleroz açısından riskli gebe grubunda birinci trimester serum PAPP-A seviyeleri normal risk grubundan farklı bulunmamıştır.

Anahtar sözcükler: PAPP-A, gebelik, ateroskleroz

PB-041

Antenatal izlemde "yok olan" fetal ekojenik akciğer lezyonu

Mekin Sezik

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

Konunun Önemi: Önceleri sekestrasyon ve kistik adenoid malformasyon olarak gruplandırılan konjenital hiperekojen pulmoner lezyonlar, günümüzde çoğunlukla "fetal ekojen akciğer lezyonları" olarak adlandırılmaktadır. Antenatal ultrasonografide saptanan bu lezyonların bir kısmı kendiliğinden gerilemekte ve hatta "yok olmaktadır".

Olgu: Bu hususa dikkat çekmek amacı ile; ilk olarak 20inci gebelik haftasında saptanan yaklaşık 2.5x2.5 cm boyutlarında kistik bileşenler içeren ekojen fetal pulmoner lezyon olgusu sunulmaktadır. Antenatal ultrasonografik takipler sırasında, plevral efüzyon veya assit bulguları gelişmemiş; lezyon boyutları aynı kalmakla beraber zaman içinde komşu parankim dokulardan ayırım güçleşmiş ve 34. gebelik haftasından sonra lezyon “farkedilemez” hale gelmiştir. Diğer bir perinatal komplikasyon da gelişmemiştir. Term spontan vajinal doğum sonrasında çekilen yenidoğan akciğer grafileri “normal” olarak rapor edilmiştir. Bebek doğum sonrasında tamamen asemptomatiktir. Bebeğin akciğerlerine yönelik 6. ayda bilgisayarlı tomografik görüntüleme planlanmıştır.

Sonuç: Antenatal dönemde ultrasonografi ile saptanan ekojen akciğer lezyonları doğuma dek ultrasonografik rezolüsyona uğramakla beraber postnatal dönemde enfeksiyon riski oluşturabileceğinden tomografi gibi daha ayrıntılı görüntüleme yöntemleri ile ek değerlendirme önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Antenatal ultrasonografi, fetal ekojen akciğer, kistik adenoid malformasyon

PB-042

Ventrikülomegali ve atriyoventriküler septal defekt: Tip 2 triploidi

Mekin Sezik

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

Konunun Önemi: Triploid sendromlu fetüsler, toplam 69 adet kromozom taşımaktadırlar. İki tür triploidi tanımlanmıştır. Tip 1’de çoğunlukla yapısal olarak normal fetüse kistik değişiklikler gösteren normal bir plasenta eşlik etmektedir. Tip 2’de ise plasenta genellikle normal olurken fetüste büyüme kısıtlılığı ve farklı yapısal anomaliler görülmektedir.

Olgu: Burada, ikinci trimesterde fetal büyüme kısıtlılığı, ventrikülomegali ve kardiyak atriyoventriküler septal defekt (AVSD) saptanması üzerine uygulanan genetik amniyosentez sonucu “triploidi” olarak rapor edilen olgu sunulmuştur. Gebelik anamnezinden, birinci trimester tarama testi uygulanmadığı öğrenilmiştir.

Sonuç: İkinci trimesterde büyüme kısıtlılığı trizomi 18 ve 13; AVSD ve ventrikülomegali ise trizomi 21 gibi kromozom anomalilerini düşündürmekle beraber, bu bulgular daha nadir görülen tip 2 triploidi olgularında da görülebilir.

Anahtar sözcükler: AVSD, fetal ultrasonografi, triploidi, ventrikülomegali

PB-043

Anne serum rezistin ve visfatin düzeylerinin gestasyonel diabetes mellitus ile ilişkisi

Ahmet Karataş¹, Nilüfer Tunçay Işıkkent², Tülay Özlü¹, Hilmi Demirin³

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu; ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Düzce; ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Gestasyonel diyabet (GD), gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan değişen derecelerde glikoz intoleransıdır. Patogenezinde özellikle insan plasental laktojeni, kortizol, östrojen gibi steroid hormonlar yanında adipoz dokudan salınan adiponektin, rezistin, visfatin gibi yeni moleküller de suçlanmaktadır. Rezistin hücrelerin glikoz alımını ve insüline duyarlılığını azaltarak, insülin direnci gelişimine neden olur. Visfatin ise insülin reseptörüne bağlanıp, insülino-mimetik etkiler sergilemektedir. Bu çalışmada anne serum rezistin ve visfatin düzeyleri ile gestasyonel diyabet arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya rutin gebelik takibi nedeniyle başvuran 80 tekiz gebe dahil edildi. Gebelere 24–28. gebelik haftalarında 50 g glikoz tarama ve 100 g tanı testi uygulandı. GD tanısı alan 40 gebe çalışma grubunu, diyabet yönünden normal olan 40 gebe ise kontrol grubunu oluşturdu. Demografik veriler yanında, tüm olgularda serum rezistin, visfatin, HbA1c, HOMA-IR ve doğum sonrası 75 g glikoz düzeyleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grup arasında serum rezistin (p=0.071) ve visfatin (p=0.194) düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı. GD grubunda kontrol grubuna göre Vücut kitle indeksi (p=0.013), HOMA-IR (p=0.019), HbA1c (p<0.0001). Doğum sonrası altıncı haftada 75 g glikoz testinde 2(%5) olguda Tip 2 diyabet, 7 (%20) olguda bozulmuş glikoz toleransı saptandı. Gebelikte ölçülen serum rezistin düzeyi, doğum sonrası glikoz intoleransı saptanan olgularda anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.012).

Sonuç: GD için anne serum rezistin ve visfatin düzeylerinin değişmediği gözlemlendi. Gebelikte rezistin düzeyi ölçümünün doğum sonrası glikoz intoleransını öngörmede faydalı olabileceği düşünüldü.

Anahtar sözcükler: Gestasyonel diabetes mellitus, insülin direnci, rezistin, visfatin

PB-044

İzole fetal kardiyak rabdomyom: Olgu sunumu

Ahmet Karataş¹, Zehra Karataş², Tülay Özlü¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu; ²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediyatrik Kardiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

Amaç: Fetal kardiyak rabdomyom nadir rastlanan bir durumdur. Çocuklarda en sık görülen kalp tümörüdür ve olguların %60'ından fazlası tubero-skleroz (TS) ile ilişkilidir. Çoğu histolojik olarak iyi huylu tümörlerdir, kendiliğinden gerileme gösterirler ve genellikle herhangi bir tedavi gerektirmezler. Bazı durumlarda, buldukları yere bağlı olarak, kan akışında tıkanmaya, aritmilere, ölü doğum ya da ani ölümlere neden olabilirler.

Olgu: 34 yaşında, 24. gebelik haftasında fetal kalpte sol ventrikülde interventriküler septumda 6x7 mm büyüklüğünde rabdomyomu düşündüren homojen, hiperekojen kitle gözlenen bir olgu sunmak istedik. Ne fetal manyetik rezonans (MR) görüntüleme ne de doğum sonrası üriner ve göz muayenelerinde kalp dışında patoloji saptanmadı. 39. gebelik haftasında 2880gr bir kız çocuğu doğurtuldu. TS aile öyküsü olmaması, üriner system ultrasonografisi ve göz dibi muayenesi normal olması nedeniyle TS'den uzaklaşıldı. Doğum sonrası ekokardiyografide triküspid ve mitral kapak anulusunda multi-fokal, karnabahar görünümünde 11x13 mm boyutta kitle gözlemlendi. Kalp fonksiyonları ve ritmi normaldi ve lezyon boyutu doğumdan sonra 3 ay içinde küçüldü.

Sonuç: Bazı olgularda spontan küçülürken, bazılarında ani ölümlere sebep olmaları nedeniyle, rabdomyomların fetal dönemde saptanmaları önemlidir. Fetal kalp rutin ultrasonografik değerlendirme sırasında en uygun fetal pozisyonda incelenmelidir ve fetal kalpte bir kitle varlığında, en olası tanı olarak rabdomyom akla gelmelidir. Bu lezyonlar çıkış yolunu tıka-yabilmeleri veya aritmilere yol açabilmeleri nedeniyle yakın ekokardiyografik takibe alınmalıydılar. TS ile olası birlikteliği araştırılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kardiyak kitle, fetal ekokardiyografi, rabdomyom

PB-045

Sağlıklı gebelikte birlikte seyreden heterotopik gebelik vakası

Mustafa Doğan Özçil, Arif Göngören,

Kenan Dolapçoğlu, Orhan Nural, Oğuz Uyar

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Antakya, Hatay

Konunun önemi: Heterotopik gebelik, intrauterin canlı gebelik ve birlikte ektopik gebelikle(özellikle tubal gebelik) karakterize bir durumdur. Son yıllarda uygulanan yardımcı üreme teknikleri ile oluşan heterotopik gebelik insidansı 1/30 000'den 1/600, hatta 1/100'e kadar artmıştır. Teşhis genellikle

Transvaginal Ultrasonografi ile muayene sırasında, intrauterin canlı gebeliğin yanı sıra pelvik kitle kompleksi ile konur.

Olgu: YÜT ile gebe kalan 23 yaşında hasta 4 günden beri devam eden şiddetli karın kasık ağrısı, önce kahverengi sonra kırmızıya dönen vajinal lekelenme yakınması ile kliniğimize başvurdu. Jinekolojik muayene de batında ağrı, hassasiyet ve rebound mevcuttu, ayrıca sağ adneksial alanda kitle palpe edildi. Transvaginal ultrasonografide intrauterin 7.5 haftalık canlı gebelik, douglasta bol miktarda serbest mai, sağ tuba ampuller bölümünde genişleme, hematosalpenks görünümü ve 11 mm çapında hipoekojen alan mevcuttu. Hasta da intraabdominal hemoraji olduğu düşünülerek acilen laparotomi uygulandı. Operasyon esnasında, sağ tuba ampuller bölümünde rüptür ve hemen yanında gebelik ürünü, ayrıca batında 500 ml civarında serbest ve koagule kan olduğu görüldü. Gebelik ürünü alındı, batındaki kan aspire edildi, tubanın rüptüre kısmı repare edildi. Histopatolojik incelemede tubal gebelik saptandı. Intrauterin gebelik halen devam etmektedir.

Sonuç: Özellikle YÜT ile gebe kalan kişilerde daha fazla olmak üzere tüm gebelerde heterotopik gebelik düşünülmeli ve gebe ona göre muayene edilmeli, heterotopik gebelik şüphesi olan ve durumu stabil olmayan gebelerde hayat kurtarıcı bir işlem olan cerrahi girişim bir an önce uygulanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Adneksiyal kitle, yardımcı üreme teknikleri, heterotopik gebelik

PB-046

Preeklampsinin şiddetini ve perinatal stresi göstermede biyokimyasal bir belirteç olarak copeptin

Gül Alkan Bülbül¹, Selahattin Kumru¹, Aysel Uysal Derbent¹, Mete Çağlar², Mehmet Göksu¹, Bekir Sıtkı İsenlik¹, Özgür Özdemir¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Antalya; ²Düzce Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Stres belirteçlerinden copeptinin preeklampsi gelişiminde rol oynayabileceği; fetal gelişme kısıtlılığı, asidoz gibi perinatal stres faktörleriyle güçlü ilişkisinin olduğu öne sürülmüştür. Çalışmamız, copeptinin preeklampsinin klasik biyokimyasal belirteçleri, yenidoğan sonuçlarıyla ilişkisini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniği'ne başvuran fetal gelişim kısıtlılığı ile komplike normotansif 23 gebe, normal fetal büyümeye sahip normotansif 22 gebe, hafif preeklampsi tanılı 22 gebe, ağır preeklampsi tanılı 28 gebe alındı. Sezaryan esnasında alınan maternal venöz kan (MVK), fetal umblikal arter (FUA) ve fetal umblikal ven

(FUV) copeptin düzeyleri ile grupların doppler ultrasonografi, yenidoğan sonuçları, biyokimyasal parametreleri arasında olası ilişki pearson korelasyon analiz yöntemiyle değerlendirildi.

Bulgular: Spot idrarda proteinüri (r:0.279 p:0,007 n:91), MVK ürik asit (r:0.246 p:0,01 n:92) ile MVK copeptin düzeyi arasında korelasyon saptandı. MVK kreatinin (r:0.292 p:0.005 n:91), AST (r:0.379 p:0.000 n:90), BUN (r:0.2 p:0.027 n:95), LDH (r:0.398 p:0.000 n:90) ile FUA copeptin düzeyi arasında korelasyon belirlendi. Sistolik kan basıncı (r: 0,257 p:0,04 n:90), MVK kreatinin (r:0.353 p:0.000 n:89), AST (r:0.531 p:0.000 n:93), BUN (r:0.342 p:0.000 n:92), LDH (r:0.503 p:0.000 n:84) ile FUV copeptin seviyesi arasında korelasyon saptandı. Umbilikal arter S/D oranı (r:0.423 p:0.000 n:90), RI (r:0,296 p:0.004 n:93); median uterin arter RI (r:0.521 p:0.000 n:95) ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) ihtiyacı (r:0.323 p:0.001 n:93) ile FUA copeptin düzeyleri arasında korelasyon saptandı.

Sonuç: Ağır preeklampatik olgularda maternal metabolik durumun fetüs üzerinde stres, adaptasyon mekanizmalarını etkileyebileceğini; maternal copeptinin preeklampsinin şiddetini belirlemede, fetal copeptin düzeylerinin fetal strese yanıtı ve YDYBÜ ihtiyacını öngörmeye biyokimyasal belirteç olabileceğini desteklemektedir.

Anahtar sözcükler: Fetal gelişim kısıtlılığı, perinatal stres, preeklampsi

PB-047

Dinoproston ile doğum indüksiyonunun başarısını etkileyen faktörler

Ali Yavuzcan, Mete Çağlar, Serdar Dilbaz, Yusuf Üstün, Sıtkı Özbilgeç, Selahattin Kumru

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı anne yaşı, parite sayısı, gestasyonel yaş, fetal ağırlık ve fetal cinsiyetin dinoproston vajinal ovül ile yapılan doğum indüksiyonunun başarısına etkisini incelemektir.

Yöntem: Çalışmamıza Temmuz 2012 ile Temmuz 2013 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda dinoproston ile doğum indüksiyonu yapılan hastalar dahil edilmiştir. Servikal olgunlaştırma amacıyla 10 mg dinoprostone içeren kontrollü salınım özelliği bulunan vajinal ovül (Propess®) posterior fornikse yerleştirilmiştir. Propess® uygulanmasından itibaren 24 saat içinde normal vajinal doğumu gerçekleşen hastalarda doğum indüksiyonu başarılı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların %41.9'unda (n=13) indüksiyon başarılı olmuştur. Başarılı ve başarısız indüksiyon grupları anne yaşı, gestasyonel yaş, fetal ağırlık ve fetal cinsiyet açısından karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (sırasıyla p=0.598; p=0.507; p=0.590 ve p=0.981). Multiparite ile başarılı indüksiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (p=0.760; rr=0.057). Multiparite oranı vaginal yolla doğum yapan hastalarda %38.8 ve indüksiyonun başarısız olduğu hastalarda %46.1'dir. Her iki grup arasında multiparite oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (p=0.727).

Sonuç: Kontrollü salınım gösteren dinoproston vajinal ovül ile doğum indüksiyonu başarılı bir yöntemdir. Ancak bu yöntemin başarısını etkileyen faktörlerin net olarak ortaya konabilmesi için daha geniş kapsamlı randomize çalışmalara gerek duyulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Dinoproston, doğum, indüksiyon

PB-048

Decorin: Fetal gelişim kısıtlılığını belirlemede kullanılabilir mi?

Mete Çağlar¹, Ali Yavuzcan¹, Mehmet Göksu², Gül Alkan Bülbül², Bekir Sıtkı Isenlik², Yusuf Üstün¹, Süleyman Aydın³, Selahattin Kumru¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Düzce; ²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Antalya; ³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Fetal gelişim kısıtlılığı (FGR) perinatal mortalite ve morbidite sebeplerinin başında gelmektedir. FGR sıklıkla plasental yetmezlikle birlikte olsa da kesin etyolojisi günümüzde tam olarak anlaşılammıştır. Decorin (DCN) matriks proteoglikan ailesinin üyesi olup TGF-β ve VEGF üzerinden extravillöz trofoblastların göçü, çoğalması ve invazyonunu düzenlemektedir. Bu çalışmada DCN ile FGR arasında bir bağlantı var mı? sorusuna cevap aranmıştır.

Yöntem: Araştırma 2 gruptan oluşturulmuştur. 1. Grupta (çalışma) 13 FGR eşlik eden gebe ve 2. Grupta (kontrol) 14 sağlıklı gebeden bulunmaktadır. Her hastadan umbilikal arter, ven ve maternal kan DCN seviyeleri alınmış ve çeşitli parametrelerle karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubundaki maternal DCN serum seviyeleri kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (p=0.01). DCN maternal serum seviyeleri ile neonatal doğum ağırlıkları arasında istatistik olarak anlamlı negatif korelasyon tespit edilmiştir (r= -0.0506; p=0.007). Umbilikal arter DCN seviyeleri ile UA S/D oranı (r=0.512; p=0.006), UA RI

($r=0.405$; $p=0.036$) arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Çalışma grubunda yüksek DCN maternal serum seviyeleri (>7986.6 pg/mL) $RR= 8.25$ (95%CI, 1.4-46.8) olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Artmış maternal serum DCN seviyeleri fetal gelişim kısıtlılığı etyopatogenezinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Anjiogenezis, decorin, Doppler, idiopatik fetal gelişim kısıtlılığı

PB-049

Sezaryen sırasında 3300 cm³ volüme sahip myomektomi: Olgu sunumu

Adnan İncebıyık¹, Neşe Gül Hilali¹, Aysun Camuzcuoğlu¹, Ahmet Küçük², Hasan Hüsnü Yüce³, Harun Aydoğan², Ekrem Karakaş³, Hakan Camuzcuoğlu¹, Avni Kılıç¹, Fatih Pirinççi¹, Ebru Kirazoğlu¹, Mehmet Vural¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AnaBilim Dalı, Şanlıurfa; ²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Şanlıurfa; ³Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Konunun önemi: Gebelik sırasında myom görülme sıklığı %0.05-5'dir. Genellikle asemptomatik olup tesadüfen saptanır. Ancak daha az oranda olmakla beraber myom ile gebeliğin birlikteliği abortus, erken membran rüptürü, pelvik ağrı, prematür doğum, ablasyo plesenta, disfonksiyonel doğum, distozi ve postpartum hemoraji şeklinde klinik seyre neden olabilir. Genelde obstetrisyenler pedinküllü myom, insizyon hattındaki myomlar ve küçük myomlar hariç histerektomiye kadar uzanan kanama riskinden dolayı sezaryen sırasında myomektomidan kaçınırlar. Ancak sezaryen sırasında myomektomi yapılmadığı takdirde myomu çıkarmak için çoğu kez ikinci bir operasyon gerekmektedir. Bu da hastaya ek olarak ikinci bir anestezi, operasyon riski ve maliyet getirmektedir. Dikkatlice seçilmiş hastalarda ve deneyimli obstetrisyenler tarafından yapılan sezaryen ile birlikte eş zamanlı myomektomi operasyonlarının güvenli olduğu vurgulanmaktadır. Sezaryen sırasında myomektominin en korkulan komplikasyonu kanama olup, kanama miktarını azaltmak amacıyla çeşitli yöntemlerin uygulanması önerilmektedir. Bu yöntemler içerisinde; uterin turnike uygulanması, bilateral uterin arter ligasyonu, intravenöz oksitosin infüzyonu ve dilüe vazopressin enjeksiyonu sayılabilir. Literatürde genelde myom çapı 6 cm'den küçük myomektomilerin güvenli olduğu ifade edilirken, 19 cm'ye kadar olan myomlarında çıkarılabileceğini savunan yazılar da mevcuttur.

Olgu: Olgu sunumumuzda gebeliği sırasında rutin ultrasonografik kontrolünde saptanan, gebelik süresince asemptomatik seyreden, doğum sırasında dev boyuta ulaşan (çapı 22

cm ve volümü 3300 cm³) ve sezaryen operasyonu ile eş zamanlı olarak komplikasyonsuz bir şekilde myomektomi yapılan bir gebe sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Gebelik, myomektomi, sezaryen

PB-050

Preeklampside maternal ve neonatal copeptin düzeylerinin araştırılması

Gül Alkan Bülbül¹, Selahattin Kumru¹, Aysel Derbent Uysal¹, Mete Çağlar², Mehmet Göksu¹, Bekir Sıtkı İsenlik¹, Özgür Özdemir¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Antalya; ²Düzce Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Preeklampsi gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyon ve proteinüri ile karakterize gebeliğin ciddi komplikasyonlarından olup, tüm gebeliklerin %3-5'ini etkilemektedir. İnsülin rezistansının katkı sağladığı endotelial disfonksiyonun preeklampsinin patogenezinde önemli rol oynadığı öne sürülmektedir. Copeptin vazopressinin prekürsörü olup, son zamanlarda metabolik sendrom ve insülin rezistansını gösteren bir belirteç olarak kullanılmaktadır. Bu çalışma, preeklampsinin gelişiminde copeptinin olası rolünü araştırmak amacıyla planlandı.

Yöntem: Çalışma grubunu Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniği'ne başvuran 72 gebe oluşturdu. Bu gebeler hafif preeklampsi (n= 22), ağır preeklampsi (n= 28), sağlıklı kontrol grubu (n= 22) olarak 3 gruba ayrıldı. Tüm gebelerde anestezi induksiyonunda hemen önce maternal venöz kan, göbek kordonu klemplendikten hemen sonra fetal umbilikal arter ve ven kan örnekleri alındı. Serum copeptin düzeyleri enzim- linked immunosorbent assay yöntemi (Bio-Tek Instruments ELx 800 Microplate Reader VT, USA) ile ölçüldü.

Bulgular: Ağır preeklampsi grubunda maternal venöz kan copeptin düzeylerini 0.49 ± 0.23 ng/mL, kontrol grubunda 0.35 ± 0.28 ng/mL olarak saptandı ($p<0.05$). Hafif preeklampsi grubunda maternal venöz kan copeptin düzeyi kontrol grubuna göre 1,2 kat yükselmesine rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (0.42 ± 0.23 ng/mL vs 0.35 ± 0.17 ng/mL). Ağır preeklampsi, hafif preeklampsi ve kontrol grubu arasında fetal umbilikal arter ve ven copeptin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç: Artmış maternal copeptin düzeylerinin preeklampsinin patogeneziyle ilişkili olabileceği düşünüldü.

Anahtar sözcükler: Copeptin, insülin rezistansı, preeklampsi

PB-051**Fetal gelişim kısıtlılığında maternal ve neonatal copeptin düzeylerinin araştırılması**

Gül Alkan Bülbül¹, Selahattin Kumru¹, Aysel Derbent Uysal¹, Mete Çağlar², Mehmet Göksu¹, Bekir Sıtkı İsenlik¹, Özgür Özdemir¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Antalya; ²Düzce Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Fetal gelişim kısıtlılığı, fetusun genetik olarak belirlenmiş büyüme potansiyeline ulaşamaması anlamına gelmekte olup gebeliklerin yaklaşık %5-10'unu etkilemektedir. Geleneksel tanımı, tahmini fetal ağırlığının 10. persentilin altında olmasıdır. Azalmış fetal ağırlığın ileri yaşamda Tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon ve hiperlipidemi ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Fetal hayatta oluşan oksidatif stres ve endotelial disfonksiyonun büyüme kısıtlılığı ile doğan bireylerdeki tip 2 diabetes mellitusun patogeneğinde kritik rol oynadığı gösterilmiştir. Copeptin vazopressinin prekürsörü olup, son zamanlarda metabolik sendrom ve insülin rezistansını gösteren bir belirteç olarak kullanılmaktadır. Çalışmamız, fetal gelişim kısıtlılığı gelişiminde copeptinin olası rolünü araştırmak amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Çalışma grubunu Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniği'ne başvuran fetal gelişim kısıtlılığı ile komplike normotansif gebeler (n=23) ve normal fetal büyümeye sahip normotansif (n= 22) gebeler oluşturdu. Tüm gebelerde anestezi induksiyonunda hemen önce maternal venöz kan, göbek kordonu kleplendikten hemen sonra fetal umbilikal arter ve ven kan örnekleri alındı. Serum copeptin düzeyleri enzyme- linked immunosorbent assay yöntemi (Bio-Tek Instruments ELx 800 Microplate Reader VT, USA) ile ölçüldü.

Bulgular: Kontrol grubu ile fetal gelişim kısıtlılığı olan grupta maternal venöz kan (0.35±0.28 ng/mL vs 0.28±0.18 ng/mL) ve fetal umbilikal ven (0.38±0.28 ng/mL vs 0.33±0.19 ng/mL) arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı. Fetal gelişim kısıtlılığı olan grupta umbilikal arter copeptin düzeyi kontrol grubuna göre yaklaşık olarak kat artmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (0.69±1.23 ng/mL vs 0.38±0.28 ng/mL).

Sonuç: Copeptin düzeylerinin fetal gelişim kısıtlılığında yükselmemesi, etyopatogeneizde olası rolünü desteklemektedir.

Anahtar sözcükler: Copeptin, fetal gelişim kısıtlılığı, insülin rezistansı

PB-052**Gebelikte karbamazepin kullanan bir anne bebeğinde görülen biküspit aort kapağı ve ciddi aort darlığı: Olgu sunumu**

Zehra Karataş¹, Ahmet Karataş², Tülay Özlü², Sevil Bilir Gögsüğü³, Birgül Varan⁴

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Bolu; ²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu; ³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu; ⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Karbamazepin gebelikte en çok kullanılan anti-epileptik ilaçlardan biridir. Karbamazepin kullanımı ile birlikte birçok major konjenital anomali (nöral tüp defektleri, kardiyak ve ürogenital sistem anomalileri v.b) bildirilmiş olmasına rağmen biküspit aorta ve ciddi aort stenozu bildirilmemiştir.

Olgu: 29 yaşında, G5P2Y2 anneden, 39. gebelik haftasında vajinal yolla 3050 gr doğan erkek bebek üfürüm duyulması üzerine gönderilmiş. Fizik muayenesinde aort odağında belirgin 3/6 sistolik üfürümü olan olgunun diğer sistem muayeneleri normaldi. Anne ve baba arasında akrabalık bulunmayan, yedi yıldır epilepsi nedeniyle karbamazepin kullanan annenin gebeliğinde (Tegretol CR, 1000 mg/gün) kullanmaya devam ettiği ve folik asit replasman tedavisi almadığı, sigara ve alkol kullanmadığı öğrenildi. Ekokardiyografide biküspit aort kapağı, hafif aort darlığı, patent duktus arteriosus ve patent foramen ovale saptanan olguda renal ultrasonografide sol böbrekte hafif hidronefroz saptandı. Kan sayımı, biyokimyasal verileri ve beyin ultrasonografisi normaldi. Büyüme ve gelişimi normal olan olguya 14. haftada ciddi aort darlığı gelişmesi üzerine perkütan balon valvüloplasti uygulandı.

Tartışma: Gebelikte anti-epileptik ilaçlar mümkün olan en düşük dozda kullanılmalıdır. Pre-konsepsiyonel periyotta başlamak üzere ilk 8 haftada folik asit replasman tedavisinin anti-epileptik ilaçların yan etkilerini azalttığı ileri sürülmektedir. 400 mg/gün üzerinde karbamazepin kullanımında konjenital anomali riskinin arttığı bildirilmektedir. Bu olguda anne yüksek doz karbamazepin kullanmış olmasına rağmen folik asit desteği almamıştır.

Sonuç: Bu olgu gebelikte karbamazepin kullanımı ile ilişkili olarak geliştiği düşünülen biküspit aort kapağı ve ciddi aort darlığı olan ilk vaka olması ve gebelikte uygun anti-epileptik ilaç kullanımına dikkat çekmek, anti-epileptik ilaç kullanan anne bebeklerinin major konjenital anomaliler yönünden dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Aort darlığı, biküspit aort kapağı, gebelik, karbamazepin

PB-053

İkizden ikize transfüzyon sendromu (TTTS) olgularında maternal ve perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi

Serdar Başaranoğlu, Abdulkadir Turgut, Senem Yaman Tunç, Mehmet Sait İçen, Elif Ağaçaçayak, Ali Özler, Nurullah Peker, Ahmet Yalınkaya

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

Amaç: Monokoryonik ikiz gebelerde görülen, nadir ve karmaşık bir fizyopatolojiye sahip TTTS olgularında maternal ve perinatal sonuçlarının değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde Temmuz 2008 ile Haziran 2013 tarihleri arasında doğumu gerçekleşen 296 çoğul gebelik incelendi. Olguların yaş, gravida, parite, doğumdaki gebelik haftaları, obstetrik hikayeleri, demografik verileri, komplikasyonları, koryonite ve amniyonite durumları, tedavi şekilleri, doğum şekli, sezeryan endikasyonları ve yenidoğana ait verileri arşiv dosyalarından ve elektronik veri tabanından elde edildi.

Bulgular: Kliniğimizde belirtilen sürede toplam 12.284 doğum gerçekleştiği ve bunların 296'sının çoğul olduğu saptandı. Çoğul gebelik insidansı %2.4 olarak bulundu. Çoğul gebeliklerin 276'sı ikiz 18'i üçüz, 2'si de dördüz idi. İkiz olguların 167'si (%60.5) dikoryonik-diamniyotik, 97'si (%35.1) monokoryonik-diamniyotik ve 12'si (%4.4) de monokoryonik-monoamniyotik idi. İkiz olguların, 230'u (%83.3) spontan ve 46'sı (%16.7) da yardımcı üreme teknikleri (YÜT) sonrası oluştuğu tespit edildi. Monokoryonik-diamniyotik olguların 29'unda (%29.9) TTTS geliştiği, bunların hepsine amniyodrenaj uygulanırken, 8 olguya ek olarak septostomi uygulandığı tespit edildi. Olguların ortalama yaşı 28.9±7.0, ortalama gebelik haftası fetus A-B için sırasıyla 31.3±4.1 ve 28.6±3.8 olarak bulundu. Yenidoğan ağırlıkları ortalama fetus A-B için sırasıyla 1907.9±674.5 ve 1460±664.6 g idi, 58 yenidoğandan 11'inin postpartum eks olduğu saptandı.

Sonuç: TTTS maternal-fetal morbidite ve mortaliteye neden olan, günümüzde yardımcı üreme tekniklerinin sık kullanılmasıyla güncelliğini koruyan bir obstetrik problemdir. Çoğul gebelik tanısı konulan olgular dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli, koryonite, amniyonite ve gebelik haftaları göz önünde bulundurularak intrauterin girişim dahil, olguya özgü uygun tedavi yöntemi belirlenmelidir. Bu olguların takibi ve tedavisi ileri merkezlerde olması anne ve fetüsler için daha uygun olacaktır.

Anahtar sözcükler: Çoğul gebelik, transfüzyon, maternal ve fetal sonuçlar

PB-054

Midtrimester amniyotik membranı prolabe kadınların amnion sıvısında bakteri 16 S rRNA varlığının acil servikal serklaj başarısı ve gebelik prognozu ile ilişkisinin araştırılması

Hayal Uzelli Şimşek¹, Emek Doğer¹, Gülden Sönmez Tamer¹, Murat Kasap¹, Aydın Çorakçı², Eray Çalışkan³

¹Kocaeli Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı; ²Kocaeli Üniversitesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı; ³Kocaeli Üniversitesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Amniyotik membranı prolabe kadınların amnion sıvılarında PZR ile enfeksiyon etkeninin tespitinin, acil serklaj başarısı ve gebelik prognozu ile ilişkisini ortaya koymak.

Yöntem: Çalışmaya Kocaeli Üniversitesi KHD ABD'na membranları sağlam olup serviksten amnion membranı prolabe ve acil serklaj yapılması gereken 19 hasta ile 2.trimester genetik amniosentez için başvuran ardışık 56, toplam 75 hasta dahil edildi.Amniyosentez ile alınan amnion sıvılarında bakteriyel 16S rRNA varlığı PZR yöntemiyle incelendi.Amniyon sıvı kültürü, vajen ve idrar kültürleri ile CRP için kan alındı. Amnion membranı prolabe olan hastalara acil serklaj, tokoliz, antibiyotik tedavileri uygulandı.İstatistiksel analizi Spss 13 bilgisayar programı ile yapıldı.

Bulgular: Hasta grubunun gebelik süresi kontrol grubunun gebelik süresinden anlamlı olarak kısaydı (p<0.001). Hasta grubunda beş koryoamniyonit (%26.3) tespit edilirken kontrol grubunda tespit edilmedi (p=0.001). Hasta grubunda 3 bebekte sepsis varlığı (%18.8) tespit edilirken kontrol grubunda tespit edilmedi (p=0.01). Hasta grubunda perinatal bebek ölüm sayısı (n=13, %68.4), kontrol grubundan (n=3, %5.4) anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0.001). PZR yöntemiyle bakteri varlığı saptanan hasta grubunda CRP(>1) yüksekliliği (n=8, %88), saptanmayan olgularla(n=8,%80) benzer bulundu (p=0.81). PZR yöntemiyle bakteri varlığı saptanan hasta grubunda eve canlı bebek götürülmediği tespit edilirken saptanmayan olgularda altı hastanın (%60) eve canlı bebek götürdüğü tespit edildi (p=0.008). PZR yöntemiyle bakteri varlığı saptanan hasta grubunda gebelik süresi (gün), saptanmayan hasta grubundan anlamlı olarak düşük bulundu (p=0.02).

Sonuç: Amniyotik membranı prolabe halde başvuran, hem enfeksiyon hem de prematürite açısından yüksek risk taşıyan hastalarda olabilecek en kısa sürede duyarlı ve özgün yöntemle etkenin tespiti önem arz etmektedir.Bu amaçla 3-4 gün gibi uzun sürede ve her etkenin tespit edilemediği kültür yön-

temindense 16S rRNA'ya yönelik yapılan PZR yöntemi ile amniyon sıvısında bakteriyel etkenin tespitinin rutin olarak çalışılmasıyla hastalara kısa sürede doğru ve etkin tedavi başlanacak ve bireysel, toplumsal fayda sağlanacaktır.

Anahtar sözcükler: Acil serklaj, amniyosentez, gebelik prognozu, PCR, preterm doğum

PB-055

Intramural gebeliği taklit eden myom dejenerasyonu

Özge Kızılkale, Gazi Yıldırım, Aslı Somunkıran, Cem Fıçıcıoğlu, Oluş Api

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı İstanbul

Amaç: Gebelikte oluşabilecek myom dejenerasyonunun postpartum dönemde intramural gebelik ile benzerlik gösterebileceğinin vurgulanması.

Olgu: G1P0, 36 yaşında 8 hafta önce sezaryenle doğum yapan hasta kasık ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan batin ve jinekolojik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Transvajinal ultrasonografide uterus arka duvarda kaviteye yakın yerleşim gösteren intramural 72x81 mm'lik gestasyonel kese ile uyumlu görüntü izlendi. Kesenin sınırları hiperekojen olup içerisinde yolk kesesi ile uyumlu imaj mevcuttu. Olası intramural gebelik ve dejenerasyon ön tanılarıyla serum β -Hcg tetkiki istendi. Sonucun negatif gelmesi üzerine hastanın gebelik öncesi muayene kayıtlarına ulaşılarak yaptırmış olduğu jinekolojik ultrasonografide aynı yerleşimde 2.7x2.3 cm ebatlarında myoma uteri varlığı saptandı. Takip sırasında lezyonda genişleme ve β -Hcg testinde pozitifleşme izlenmedi. Bu nedenle olgunun myom dejenerasyonu olduğu düşünüldü.

Sonuç: Bu olgu ile hastaların muayene kayıtlarının tutulması ve ulaşılabilir olmasının birbiriyle karışacak ön tanıların ayrılmasında faydalı olduğu vurgulanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Myom, intramural gebelik, myom dejenerasyonu

PB-056

Gebelikte koroner arter stent uygulaması

Burcu Aydın¹, Cihat Şen², Aytaç Yüksel², Berna Aslan², Begüm Aydoğan²

¹Darülaceze Hulusi Efendi Devlet Hastanesi, Malatya; ²İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

Konunun Önemi: Hamilelerde akut miyokard infarktüsü oldukça nadirdir. Son çalışmalarda 10.000 hamilelikte 1 kez gö-

rüldüğü gösterilmiştir. Günümüzde ilerleyen yaşta çocuk doğurma trendi, sigara kullanımında artma, diyabet ve stres nedeniyle insidans gün geçtikçe artmaktadır.

Olgu: Göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran Lupuslu 12 haftalık gebede LADda stenoz sonrası MI saptanması üzerine PCI uygulanmış, başarılı olmaması üzerine maternal mortalite göz önüne alınarak gebelik sonlandırılmıştır.

Sonuç: Lupus çoğunlukla genç kadınlarda görülen tekrarlayan venöz ve arteriyel trombuslarla giden otoimmün bir hastalıktır. Miyokard infarktüsü her ne kadar nadir de görülse başlangıç bulgusu olabilir. Hamilelerde başarılı tedavi çoğunlukla primer koroner girişimi ve bare-metal stent uygulanmasını içerir. Uzun süre klopidogrel kullanımının gerekmesi ve klopidogrelin fetus üzerine olan etkilerinin net olarak bilinmemesi nedeniyle ilaç salınımlı stentler ilk tercih olmamaktadır. İlk trimesterde MI geçiren lupuslu gebelerde gebeliğin sonlandırılması düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, koroner arter stent

PB-057

Bilateral konjenital diyafragmatik herni: Nadir bir olgu sunumu

Elif Ağaçaçayak¹, Mehmet Özer², Abdulkadir Turgut¹, Ali Özler¹, Senem Yaman Tunç¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır; ²Özel Genesis Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

Amaç: İntrauterin ultrasonografik (USG) muayenesinde sağ taraflı konjenital diyafragmatik herni olan fetüsün herni onarımı esnasında bilateral konjenital herni vakası olduğu saptanmıştır.

Olgu: Hasta gebeliğinin 15. haftasında kliniğimize başvurmuştur. Yapılan rutin USG muayenesinde toraksta fetal kalbin yanında mide ve karaciğer sol lobu izlenmiştir. Ailenin bilgi dahilinde hasta takibe alındı. 39. gebelik haftasında hasta sezeryana alındı. 2600 gr. ağırlığında; 1. ve 5. dakika apkarları sırasıyla 5-4 olan erkek fetus doğurtuldu. Fetüse x-ray akciğer grafisi çekildi. Her iki akciğerinde havalanmadığı görüldü. Fetüs acil cerrahi operasyona alındı. Sol subkostal insizyonla toraksa girildi. Dalak, mide, ince bağırsak, karaciğer sol lobu ve sol kolon toraksta izlendi. Organlar abdominal kaviteye redükte edildi ve bilateral geniş konjenital diyafragma hernisi olduğu gözlemlendi. Sol toraksa göğüs tüpü uygulandı. Sualtı drenajı yapıldı. Defektin yarısı primer onarıldı ve diğer yarısı ise prolen mek ile onarıldı. Ancak fetüste operasyon sonrası şiddetli pulmoner hipertansiyon geliştiği için fetüs operasyon sonrası 56. saatte ex oldu.

Sonuç: Bilateral konjenital diyafragmatik hernili infantların yönetimi önemli ölçüde mortalite ile ilgili zor bir problem olarak düşünülmektedir. Tek taraflı konjenital diyafragmatik herni; bilateral konjenital diyafragmatik herni ile kıyaslandığında major anomalilerle ilişkisinin daha sık olduğu anlaşılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Bilateral konjenital diyafragma hernisi, pulmoner hipertansiyon, konjenital anomali

PB-058

Fetal kardiyak anatominin değerlendirilmesinde üç boyutlu ultrasonografinin yeri

Talat Umut Kutlu Dilek, Filiz Çayan, Hüseyin Durukan, Arzu Doruk

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

Amaç: Bu çalışmada 18-24. gebelik haftaları arasında ultrasonografi ile fetal kardiyak muayenede sırasında başvuru standart anatomik kesitlerin elde edilmesinde; iki boyutlu ultrasonografi ile 3 boyutlu ultrasonografiyi karşılaştırmayı amaçladık

Yöntem: Proje kapsamında 16.01.2007 -19.12.2009 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran, 18-24. gebelik haftaları arasında bulunan ve fetal anatomik tarama için kabul edilen toplam 2839 hasta Philips HD-11 SE ultrasonografi cihazı ile 4-8 MHz konveks volüm probu ile önceden belirlenen çalışma protokolüne göre değerlendirildi.

Bulgular: Proje kapsamında yaşları 18-43 arasında değişen toplam 2839 gebe 18-24. gebelik haftaları arasında değerlendirildi. Olguların medyan yaşları 27.3 (17-46 yaş aralığında), ortalama gebelik sayıları 1.9 (1-7 Aralığında), ortalama değerlendirme haftası 21 hafta 4 gündü. Yapılan değerlendirmede, toplam yakalanan konjenital anomali sayısı 143 (%5.03), bunlar içinde konjenital kalp anomalisi yakalananların sayısı 28 (%0.9) idi. Üç boyutlu ultrasonografi ile yeterli görüntü elde edilen olguların tamamında 4 odacık görüntüsü elde edildi. Aort çıkışı %78, pulmoner çıkışı ise %75, 3 damar trakea kesiti ise %90 elde edildi.

Tartışma: Üç boyutlu ultrasonografi ile fetal kardiyak muayenede başvuru standart kesitlerin %75-90' lara arasında değişen oranlarda elde edildiği izlendi. Öte yandan konvansiyonel ultrasonografik değerlendirmede önümüze çıkan teknik koşulların bu yöntemde de muayene sırasında tatminkar sonuçların elde edilmesini etkilediği gözlemlendi.

Anahtar sözcükler: Fetal kalp, 3 boyutlu ultrasonografi, aort çıkışı, pulmoner arter çıkışı, 4 oda kesiti

PB-059

Hemoglobinopati açısından yüksek riskli fetusların mutasyon analiz sonuçları

Arif Güngören¹, Rahime Nida Ergin², Kenan Dolapçioğlu¹, Dilek Benk Şilfeler¹, Hanifi Şahin¹, Ali Ulvi Hakverdi¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay; ²Bahçeşehir Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Hemoglobinopatolojisi açısından her iki ebeveynin taşıyıcı yada hasta olduğu fetus açısından yüksek riskli takip gebeliklerimizde saptadığımız mutasyon tiplerinin demografik olarak sunulması amaçlandı.

Yöntem: Haziran 2009 ile Aralık 2012 tarihleri arasında takip edilen hemoglobinopatolojisi açısından her iki ebeveynin taşıyıcı yada hasta yüksek riskli gebelik dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Mutasyon analiz sonucu olmayanlar değerlendirme dışı tutuldu.

Bulgular: Toplam 193 gebeliğe ait 199 fetusa ait mutasyon analizlerinin sonuçları değerlendirildi. 6/193 gebelik ikiz gebelik olup bunlardan 1 tanesi monozigottu. Analiz için örnek toplama CVS yöntemi (%79) ve AS (%21) yöntemiydi. Ortalama anne yaşı 29.1±5.8 yıl saptandı. CVS ve AS grupları arasında anne yaşı açısından anlamlı farklılık saptanmadı (26.1±6.3 vs 26.2±4.8). Ortalama gebelik haftası CVS grubunda 86.6±5.2 gün iken AS grubunda 114.7±5.0 gün saptandı. Fetüslerin %31,8'i normal olup, %52,5'i mutasyon açısından heterozigot, %13,6'sı homozigot olup %2 birleşik heterozigottu. Mutasyon tipi açısından %90,9'unda baz değişimi olup %9,1'inde gen delesyonu mevcuttu.

Sonuç: Hemoglobinopatolojisi açısından her iki ebeveynin taşıyıcı yada hasta olduğu gebeliklerde hastalık oranı %13,6 gibi yüksek bir oranda saptanmıştır. Bu sonuç, bu tip gebeliklerin takibinin önemi bir kez daha vurgulamaktadır.

Anahtar sözcükler: Hemoglobin, mutasyon, fetus, analiz, gebelik, risk

PB-060

Genetik amniyosentez yapılan 16-22 haftalık gebelerin amniyosentez sonuçlarının değerlendirilmesi

Alev Timur¹, İbrahim Uyar², İbrahim Gülhan², Nagehan Tan Saz², Alper İleri², Mehmet Özeren²

¹Özel Sada Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İzmir; ²İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İzmir

Amaç: Prenatal tanı amaçlı genetik amniyosentez yapılan olguların kromozom analizi sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem: Kasım 2010 - Nisan 2011 tarihleri arasında perinatoloji servisimizde yapılan 311 amniyosentez olgusunun amniyosentez endikasyonları, kültür başarıları, karyotip sonuçları ile tarama ultrasonları ve gebelik prognozları retrospektif olarak değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizi PASW (Predictive Analytics Software) paket programı ile yapıldı.

Bulgular: Amniyosentez işleminin yapıldığı olgularda ortalama yaş ve gebelik haftası sırasıyla 32.72 ± 7.49 ve 17.98 ± 6.56 olarak bulundu. Ortalama gebelik sayısı 2.46 ± 1.45 , ortalama doğum sayısı 1.32 ± 1.21 , ortalama doğum haftası 38.24 ± 1.32 ve ortalama bebek ağırlığı ise 3131 ± 113 gr olarak tespit edildi.

Kromozom anomalisi oranı %5.8 olarak bulundu. Fetal kayıp oranı 3 olgu ile %0.9 olarak saptandı. En sık amniyosentez endikasyonu üçlü testte risk artışı olarak tespit edildi (%29.9). 311 olgudan ikisi dışında hücre kültürü başarılı oldu (%99.3).

Sonuç: Bu çalışmada kromozom anomalisi oranı %5.8 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda üçlü testte artmış risk, en sık amniyosentez endikasyonu olarak tespit edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Amniyosentez, prenatal tanı, karyotip

PB-061

İkiz eşinde kistik adenomatoid malformasyon

Muhittin Eftal Avcı, Atalay Ekin, Cenk Gezer, Şinasi Çiftçi, Cüneyt Eftal Taner, Mehmet Özeren

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Konjenital kistik adenomatoid malformasyon (KKAM), görüntüleme çalışmalarında anormal hava, hava/sıvı dolu kistler ve ya tamamen sıvı/solid görünümlü kistler şeklinde izlenebilen, akciğerlerin konjenital malformasyonudur. Sıklığı 1/11.000-35.000 olup; olguların %80-95'i unilaterale ve akciğerin tek bir lobunu ilgilendirir.

Olgu: 26 yaşında gravida 1 olan hasta gebeliğinin 29.haftasında ikiz eşinde hidrops fetalis ön tanısı ile merkezimize refer edildi. Yapılan ultrasonografisinde Fetus1'de BPD: 73 mm, HC: 266 mm, FL:52 mm ve AC: 310 mm (>99.persentil, Z skoru: 3.2) ölçüldü ve fetüsü tümüyle saran anazarka tarzı ödem ile uyumlu cilt altı doku kalınlaşması, batın içerisinde bol miktarda asit, plevral ve perikardiyal efüzyon ile uyumlu görünüm mevcuttu. Sağ hemitoraksta $35 \times 40 \times 38$ mm boyutlarında kistik ve solid komponentler gösteren mikst tip-te kitle izlendi. Fetus2 BPD: 74 mm, HC: 268 mm, FL: 53 mm ve AC: 259 mm (65. persentil, Z skoru: 0.4) ve anomali izlenmedi. MRI incelemesi, hidrops fetalis; ciltte anasarka toraksta plevral efüzyon, batın içerisinde asit varlığı ve sağ hemitoraksta yaklaşık 34×31 mm çaplı makrokistlerin ve beraberinde solid yapısında izlendiği KKAM tip 1 bulgularını destekler nitelikteydi. Hastanın 2 hafta sonra yapılan

USG'sinde Fetus 1'deki hidrops bulguları ilerlemiş umbilikal a doppler incelemesinde yer yer yer diastolik akım kesilmele-ri mevcuttu. 32. Gestasyonel haftada suyu gelen hastanın fetus 1'de fetal kardiyak aktivite negatif olduğu halde sezaryene alındı ve Fetus 1; 2170 g ex ve Fetus 2; 1750 gram APGAR skoru 8 olarak doğurtuldu.

Sonuç: Gebelik döneminde KAM olgularında nadiren lezyonlarda gerileme görülebilir. Hidrops fetalis, assit, polihid-roamniyos ve mediastinal kayma varlığında prognoz kötüdür. Prognozu etkileyen en önemli durum ise hidropsun olup olmamasıdır. Tanı sırasında hidrops yoksa prognoz genellikle iyidir. Ancak tedavi edilmeyen veya edilemeyen hidrops görülürse fetusun ölümü kaçınılmazdır.

Anahtar sözcükler: Kistik adenomatoid malformasyon

PB-062

Preeklampside maternal ve neonatal salusin- α düzeylerinin araştırılması

Mehmet Göksu¹, Aysel Derbent Uysal¹, Süleyman Aydın², Mete Çağlar³, Gül Alkan Bülbül¹, Musa Yılmaz², Bekir Sıtkı İsenlik¹, Özgür Özdemir¹, Selahattin Kumru¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Antalya; ²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, Elazığ; ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Preeklampside gebelikte oluşan hipertansiyon, proteinüri, endotelial disfonksiyon, akut aterosiz ve azalmış fetop-lesantal kan akımı ile hipoksinin eşlik ettiği bir hastalıktır. Yeni keşfedilmiş solubl proteinlerden olan salusin- α vazodilatör ve hipotansif etki göstermektedir ve ayrıca aterosklerozisle de ilişkilidir. Mevcut çalışmada akut aterosklerotik süreçte benzeyen ve hipertansiyonla seyreden preeklampside ile salusin- α 'nın olası ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran 87 gebe dahil edildi. 30 tane ağır preeklampatik, 29 tane hafif preeklampatik, 28 tane sağlıklı gebeden doğum öncesi 5cc kan örneği alındı. Postpartum umbilikal kord klemplendikten sonra umbilikal arter ve venden 5cc kan örneği alındı. Serum salusin- α düzeyleri enzyem-link ed immunosorbent assay yöntemi (Bio-Tek Instruments ELx 800 Microplate Reader VT, USA) ile ölçüldü. Kronik hipertansiyon, diyabet, çoğul gebelik, kronik karaciğer ve böbrek hastalığı, trombofil ve fetal anomalisi olan gebeler çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Üç grup arasında yaş, gravida sayısı, parite sayısı ve abortus sayısı açısından farklılık yoktu. Serum salusin- α düzeyi umbilikal arter, ven ve maternal venöz kanda sırasıyla ağır

preeklampşik grupta (2.8 ± 2.6 , 28.0 ± 1.9 , 30.4 ± 3) iken hafif preeklampşik grupta (19.7 ± 3 , 21.3 ± 6.1 , 23.3 ± 5.2) ve kontrol grubunda (22.2 ± 6.1 , 21.7 ± 6.4 , 24 ± 5.7) idi. Serum salusin- α düzeyi açısından gruplar arasında farklılık saptandı. Ağır preeklampşik grubunda umbilikal arter, ven ve maternal venöz kan serum salusin- α düzeyinin diğer gruplardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.000$).

Sonuç: Vazodilatör, hipotansif ve antiaterosklerotik etkileri bilinen salusin- α , preeklampşik anne ve fetüslerin serumlarında yüksek olarak saptanmıştır. Bulgularımız salusinler ile preeklampşik gelişimi arasında etyopatogenez yönünden ilişki varlığına işaret etmektedir.

Anahtar sözcükler: Preeklampşik, hipertansiyon, salusin-alpha, kordon kanı

PB-063

Preeklampside maternal ve neonatal salusin- β düzeylerinin araştırılması

Mehmet Göksu¹, Süleyman Aydın², Aysel Derbent Uysal¹, Mete Çağlar³, Gül Alkan Bülbül¹, Bekir Sıtkı İsenlik¹, Özgür Özdemir¹, Selahattin Kumru¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Antalya; ²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, Elazığ; ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Düzce

Amaç: Preeklampşik ciddi maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeye neden olabilen gebelerin %2-8'inde görülen, sistemik veya lokal lipid anormalliyi ile seyreden akut aterosizis görüldüğü multisistemik bir hastalıktır. Aterosklerotik etki ile beraber, vazodilatör ve hipotansif etki gösteren salusin- β 'nin müdahil olduğu mekanizmalar, bu peptidin preeklampşik patogenezinde rol alabileceğini düşündürmektedir. Mevcut çalışma, salusin- β 'nin preeklampşik patogenezindeki olası rolünü araştırmak amacıyla planlandı.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran 87 gebe dahil edildi. 30 tane ağır preeklampşik, 29 tane hafif preeklampşik, 28 tane sağlıklı gebeden doğum öncesi 5cc kan örneği alındı. Postpartum kordon klemplendikten hemen sonra umbilikal arter ve venden 5cc kan örneği alındı. Serum salusin- β düzeyleri enzymlinked immunosorbent assay yöntemi (Bio-Tek Instruments ELx 800 Microplate Reader VT, USA) ile ölçüldü. Kronik hipertansiyon, diyabet, çoğul gebelik, kronik karaciğer ve böbrek hastalığı, trombofili ve fetal anomalisi olan gebeler çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Üç grup arasında yaş, gravida sayısı, parite sayısı ve abortus sayısı açısından istatistiksel farklılık yoktu. Serum sa-

lusin- β düzeyi umbilikal arter, ven ve maternal venöz kanda sırasıyla hafif preeklampşik grupta (1148.5 ± 379.8 ; 1257.5 ± 528.2 ; 1235.2 ± 344.6) iken ağır preeklampşik grupta (472.2 ± 104.2 ; 470.5 ± 114.2 ; 519.4 ± 100.3) ve kontrol grubunda (409.9 ± 97.3 ; 441.4 ± 85.6 ; 384.7 ± 110.3) idi. Serum salusin, düzeyi açısından gruplar arasında farklılık saptandı. Hafif preeklampşik grubunda umbilikal arter, ven ve maternal venöz kan serum salusin- β düzeyi diğer gruplardan istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0.000$).

Sonuç: Salusin- β hafif preeklampşik gebelerde ve fetüslerde artmıştır. Veriler, salusin- β 'nin preeklampşik patogenezinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Preeklampşik, hipertansiyon, salusin- β , kordon kanı

PB-064

Termde spontan doğum eylemine giren ve girmeyen kadınlarda toll-like Reseptör 2, 3 ve 4 polimorfizmleri

Tülay Özlü¹, Zeynep Ocak², Serap Aynur Simavlı³, Ahmet Karataş¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu; ²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Bolu; ³İzzet Baysal Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Bolu

Amaç: Doğum eyleminin başlatılmasında rol oynadığı bilinen Toll-Like Reseptörler (TLR) inflamatuvar olaylarda önemli rol oynarlar. Bu reseptörlerin polimorfizmlerinin erken doğum ve erken membran rüptürü patofizyolojisinde rolleri olabileceği bildirilmiştir. Bu çalışmada termde hamilelerde doğum eyleminin başlamasında gecikme ile TLR 2, 3 ve 4 polimorfizmleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlandı.

Yöntem: 37. gebelik haftasından sonra doğum yapan preeklampşik, IUGR veya erken doğum öyküsü olmayan kadınlar prospektif olarak değerlendirildi ve polimorfik varyantları araştırmak için kan örnekleri alındı. TLR2 gen Arg753Gln, TLR3 (c.1377C/T), TLR4 Asp299Gly ve Thr399Ile polimorfizmleri polimeraz zincir reaksiyonu (PCR-RFLP) yöntemi kullanılarak genotiplendirildi. 41. haftadan önce kendiliğinden doğum eylemi başlayanlar ile bu haftaya kadar doğum eylemi başlamayan kadınlar demografik özellikleri ve TLR 2, 3 ve 4 polimorfizmleri açısından karşılaştırıldı. Aynı karşılaştırmalar 40. hafta eşik değer alınarak tekrar yapıldı.

Bulgular: 37. gebelik haftasından sonra doğum yapan 79 kadın değerlendirildi. Tüm hastalar TLR2 Arg753Gln, TLR4 Thr399Ile için CC genotipe sahipti. TLR4 Asp299Gly GA polimorfizmi ile TLR3 (c.1377C/T) polimorfizmi arasında, 41. haftaya kadar kendiliğinden eyleme giren ve girmeyen

hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu; eşik değer olarak 40. hafta alındığında da aynı durum geçerliydi.

Sonuç: Termde gebe kadınlarda doğum eyleminin başlamasında gecikme, TLR 2, TLR 3 veya 4 polimorfizmlerin varlığından etkilenmiyor gibi görünmektedir. Bu konuda başka çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: TLR polimorfizm, doğum eylemi, postterm gebelik

PB-065

Adolesan ve ileri yaş gebeliklerinin prenatal dönemdeki obstetrik komplikasyonlarının karşılaştırılması

Safak Özdemirci, Derya Akdağ Cırık, Neslihan Yerebasmaz, Sezin Ertürk Aksakal, Fulya Kayıkçıoğlu, Orhan Gelişen

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastahkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Bu çalışmanın amacı hastanemizdeki adolesan ve ileri yaş gebeliklerinin prenatal dönemdeki obstetrik komplikasyonlarının karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Hastanemizde Ocak 2012 ile Aralık 2012 tarihleri arasında 24. hafta ve üzerinde doğum yapan adolesan (20 yaş ve altı) ve ileri yaş (35 yaş ve üzeri) gebeler çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların demografik bilgileri, prenatal dönemdeki obstetrik komplikasyonlar hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenerek karşılaştırıldı.

Bulgular: Ocak 2012 ile Aralık 2012 tarihleri arasında 20 yaş altında ve 35 yaş üstünde olan ve 24. Hafta ve üzerinde doğum yapan toplam 858 hastanın kayıtlarına ulaşarak çalışmaya dahil edildi. Bunlardan 311'i (%36.2) adolesan ve 547 (%63.8)'i ileri yaşlı gebe idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde gravida, parite ve yaşayan çocuk sayısı ileri yaşlı gebelerde daha yüksek bulundu ($p<0.05$). İleri yaşlı gebelerde istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte obesitenin daha sık bulunduğu saptandı. İki grup arasında prepartum hemoglobin değerleri benzer bulundu ($p:0.22$). 35 yaş üstü gebeler adolesanlarla karşılaştırıldığında gestasyonel hipertansiyon ve gestasyonel diabetin ileri yaşlı gebelerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) ve ($p<0.05$).

Sonuç: Biz çalışmamızda ileri anne yaşlı gebelerde gestasyonel hipertansiyon ve diabetin daha sık olduğunu saptadık. Literatürde de anne yaşı arttıkça gebeliğin indüklediği hastalıkların daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Anemi açısından değerlendirildiğinde ise her iki grubun sonuçları benzer idi ancak literatürde adolesan gebelerde aneminin daha sık gö-

rüldüğü belirtilmektedir. Günümüzde kadınların gebe kalma yaşları daha ileri yaşlara doğru kaydığından, ileri yaşla birlikte artan obstetrik komplikasyonlar hakkında hastaları gebe kalmadan önce bilgilendirmek gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: İleri anne yaşı, adolesan, gebelik

PB-066

Fetal megasistis- artmış ense kalınlığı ve kromozomal anomali birlikteliği: Olgu sunumu

Fatma Uysal¹, Gürhan Adam¹, Mustafa Reşorlu¹, Meryem Gecer², Ayşenur Çakır Güngör², Ahmet Uysal²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale; ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Kromozomal anomaliler ile birlikteliği sıklıkla izlenen fetal megasistis olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuzyediy yaşında ve gebeliğinin 13. haftasındaki gebelerde obstetrik ultrasonografide fetal mesane longitudinal çapı 21x32 mm olup amniyon sıvısı normaldi. NT değeri 4.4 mm ölçüldü. Ultrasonografide başka bir özellik saptanmadı. Hastanın 16. haftada yapılan ultrasonografisinde aynı bulguların persistansı üzerine amniosentez yapıldı. Amniosentez sonucu Trizomi 13 çıkan hastanın gebeliği ailesinin de izni alınarak sonlandırıldı.

Tartışma: Gebeliğin 10-14. haftalarında fetal mesane longitudinal çapının > 7 mm olması olarak tanımlanan fetal megasistis 1/1500 doğumda görülür. Gebeliğin 18-20 haftaları arasındaki anomali taraması sırasında, mesane görülmelidir. Normal bir fetus düzenli olarak miksiyon yapar ancak mesane tam olarak boşalmaz, daima bir miktar rezidü idrar içerir.

Fetal megasistis iki ana sebeple oluşur. Birincisinde mesanenin dışındaki idrar akımında problem olabilir, bu durum sıklıkla erkeklerde üretranın yanlış gelişiminin bir sonucu olarak meydana gelir. İkinci grup ise obstrüktif olmayan sebeplere bağlı mesane büyümesidir.

Sonuç: Fetal Megasististe, gebeliğin 10-14.haftasındaki fetal mesane longitudinal çapı 7-15 mm arasında olan fetusların %25'inde kromozomal anomaliler saptanmaktadır. Bu anomalilerden en sık görülenleri Trizomi 13 ve 18 olabileceği unutulmamalıdır. Kromozomal olarak normal olan grupta sonrasında herhangi bir sekel ya da yan etki gelişmesizin olguların %90'ı iyileşmektedir.

Anahtar sözcükler: Megasistis, artmış NT kalınlığı, kromozomal anomali

PB-067

Gebelik ve distal renal tubuler asidoz: Olgu sunumu

Onur Erol, Hülya Ayık, Bekir Sıtkı İsenlik, Aysel Uysal Derbent, Selahattin Kumru

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

Konunun önemi: Distal renal tubüler asidoz; hipokalemi, hiperkloremik metabolik asidoz ve idrar pH'ın 5.8'in üzerinde olması ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Kalıtsal otozomal dominant (tip 1, 2 veya 3) veya kazanılmış form şeklinde klinik bulgu vermektedir. Gebelik üzerine etkileri net bilinmemekle birlikte, kronik asidoz durumu fetal gelişimi olumsuz etkileyebilmekte ve fetal distrese yol açabilmektedir.

Olgu: Bu olgumuzda 7 sene önce distal renal tubüler asidoz tanısı konulan, 22 yaşında ilk gebeliği olan bir hasta gebelik boyunca elektrolit dengesini korumak amacıyla potasyum ve bikarbonat replasmanı almıştı. Gebeliğin 40. haftasında oligohidroamnios endikasyonu ile doğum indüksiyonu yapılmış, vaginal yolla 3000 gr ağırlığında, APGAR'ı 1 ve 5. dakikada 8/10 olan canlı bir erkek bebek doğurtulmuştur. Postpartum dönemde replasman tedavisi devam edilmiş, doğum sonrası 1. günde hasta sağlıklı bir şekilde taburcu edilmiştir. Yenidoğan taraması amacıyla neonatoloji ünitesine bebek sevk edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Distal renal tubüler asidoz, gebelik

PB-068

Midtrimester amniyotik membranı prolabe kadınların amnion sıvısında bakteri 16S rRNA varlığının acil servikal serklaj başarısı ve gebelik prognozu ile ilişkisinin araştırılması

Hayal Uzelli Şimşek¹, Emek Doğer¹, Gülден Sönmez Tamer², Murat Kasap³, Aydın Çorakçı¹, Eray Çalışkan¹

¹Kocaeli Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kocaeli; ²Kocaeli Üniversitesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli; ³Kocaeli Üniversitesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Amniyotik membranı prolabe gebe kadınların amnion sıvılarında polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) ile enfeksiyon etkeni tespitinin, acil serkilaj başarısı ve gebelik prognozuyla ilişkisini ortaya koymak.

Yöntem: Çalışma grubunda gebeliğinin 2. trimesterinde amniyon membranının prolabe olması nedeniyle acil serkilaj endikasyonu konulmuş 19 ve kontrol grubunda genetik amniosentez için başvuran 56 olmak üzere toplam 75 hasta dahil edildi. Amniyosentezle alınan amniyon sıvılarında bakteriyel

16S rRNA varlığı PZR yöntemiyle incelendi. Amniyon sıvı, vagen ve idrar kültürü, kan lökosit ve C-reaktif protein (CRP) düzeyleri elde edildi.

Bulgular: Çalışma grubunda 5 koryoamniyonit, 3 neonatal sepsis ve 13 perinatal ölüm olgusu oldu. PZR'de bakteri saptanan hastalarda amniyon sıvı, vagen ve idrar kültürü sonuçları ile lökosit ve CRP düzeyleri, saptanmayanlarla benzer bulundu. PZR'de bakteri saptanan hastalarda eve canlı bebek götürülmesi olmazken, saptanmayan olgularda altı hasta eve canlı bebek götürdü (p=0.008). PZR'de bakteri saptanan hasta grubunda gebelik süresi, saptanmayan hastalardan anlamlı olarak düşüktü (p=0.02).

Sonuç: Amniyotik membranı prolabe başvuran hastalarda amniyon sıvısında PZR'de 16S rRNA ile bakteriyel etkenin tespiti, kültür, gram boyama veya inflamasyon belirteçlerinden değerlidir.

Anahtar sözcükler: Acil serklaj, amniyosentez, gebelik prognozu, PZR, preterm doğum

PB-069

Preeklampsiyi tahmin edebilir miyiz?

Utku Akgör, Filiz Çayan

Mersin Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin

Amaç: MikroRNAlar (miRNA) küçük RNA molekülleri olup mRNA'lara bağlanarak translasyonu baskılar ve gen ekspresyonunu değiştirirler. Yakın zamanda yapılan çalışmalar sonucunda dolaşımdaki miRNA'ların birçok kanser türünde, gebelikte, doku yaralanmalarında ve birçok hastalıkta biyomarker olarak kullanılabileceği gösterilmiştir. Serum ve plazmadan bakılan miRNA'ların çalışılmasındaki kolaylık ve non-invaziv bir yöntem olması, miRNA'ların biyomarker olarak kullanılmasında büyük potansiyel oluşturmaktadır. Preeklampsi, gebelikte maternal mortalite-morbidite, perinatal ölüm, preterm doğum ve intrauterin gelişme geriliğine neden olan önemli bir gebelik komplikasyonudur. Bu çalışmada, preeklampsi olgularında plasmada değişen miRNA değerlerini araştırdık.

Yöntem: Mersin Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.'da, yeni tanı alıp, tedavi gören 31 preeklampsi gebe ve 32 adet sağlıklı gebenin, 39 miRNA salınım profilleri, yüksek çıktılı gerçek zamanlı kantitatif polimer zincir reaksiyonu ile değerlendirildi.

Bulgular: Bu çalışmada preeklampsi olguları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, miRNA'ların salınımında sekiz miRNA'da (miR-210, miR-375, miR-197-3p, miR-132-3p, miR-

29a-3p, miR-328, miR-24-3p ve miR-218-5p) istatistiksel olarak anlamlı artmış ekspresyon, üçünde (miR-302b-3p, miR-191-5P ve miR-17-5P) ise anlamlı düşük ekspresyon izlendi ($p<0.05$).

Sonuç: Sonuç olarak gebelikle ilişkili komplikasyonlardan biri olan preeklampsi ile miRNA salınım düzensizliği arasındaki ilişki olduğu çalışmamızda gösterilmiştir. Ayrıca preeklampsiye özgü salınım paterni değişen bu miRNA'lar, preeklampsinin non-invazif tanısında yeni biyomarkerlar olarak faydalı olabilir.

Anahtar sözcükler: Preeklampsi, mikroRNA, non-invazif tanı yöntemi

PB-070

Fetal üretral stenoz: MR ve USG bulguları

Onur Erol¹, Cemil Gürses², Hülya Ayık¹,
Aysel Uysal Derbent¹, Selahattin Kumru¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Antalya; ²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Antalya

Konunun Önemi: Fetal genito-üriner sistem anomalileri 1/250 ile 1/1000 sıklıkta görülmekte ve ultrasonografi ile tanı konabilen anomalilerin başında yer almaktadır. Obstrüktif tipte fetal üriner anomaliler, mesane çıkış anomalileri ile ureter anomalileri olarak iki ayrı grupta ele alınır. Ürogenital sinus ve penil uretranın inkomplet kapanmasından kaynaklanan üretral stenoz, mesane çıkış anomalileri sebepleri arasında posterior uretral valften sonra ikinci sıklıkta gözükür. Üretral stenoz genellikle erkek fetuslarda gözükmekte ve ilave anomaliler eşlik edebilmektedir. Üretral stenoz durumunda ureter ve renal pelvis dilatasyonu, ağır vakalarda renal displazi gelişebilmektedir.

Olgu: Gebeliğin 24. haftasında USG ve MR ile tanı konulan üretral stenoz olgusunun antenatal ve neonatal seyri bildirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Üretral stenoz, renal displazi, MR

PB-071

Spina bifida ve diafragma hernisine eşlik eden multipl anomalisi bulunan fetus: Olgu sunumu

Fatma Uysal¹, Mustafa Reşorlu¹, Gürhan Adam¹,
Ozan Karatağ¹, Abdullah Sarıyıldırım¹, Erdal Ayvaz¹,
Ahmet Uysal¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale; ²Çanakkale Onsekiz Mart üniversitesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Spina bifida ve diafragma hernisine eşlik eden multipl anomalisi bulunan fetüsün sonografik görüntülerini sunmayı amaçladık.

Olgu: Kranial ölçümlerine göre 40 hafta, abdomen çevresi ve femur uzunluğu ölçümlerine ve son adet tarihine göre 35 hafta ile uyumlu fetüste serebral lateral ventrikülleri ve 3. ventrikülü içeren ileri derecede hidrosefali saptandı. Ayrıca mide ve bir kısım barsak ansının toraks boşluğuna herniye olduğu, kalbin belirgin olarak baskılandığı ve sağ hemitoraksa doğru yer değiştirdiği görüldü. Lumbosakral bölgede 32x39 mm boyutta, multiseptalı, ekojenik alanlar bulunduran geniş meningomyelosel kesesi, pelvik yerleşimli ektopik sağ böbrek ve sağ ayakta pes ekinovarus deformitesi izlendi.

Tartışma: Serebral lateral ventriküllerin genişlik ölçümü 2. trimesterde 11 mm'den daha az olduğu zaman normal olarak kabul edilebilir. Hidrosefali ile en sık birlikte olan anomali spina bifidadır. Spina bifida olgularının %80'inde hidrosefali vardır.

Spina bifida gizli veya açık olabilir. Açık spina bifida cilt altındaki yumuşak doku ve vertebral arkusların tam defekti ile medulla spinalisin dışarıyla irtibatlı olmasıdır. Kese içinde nöral dokunun varlığında "Meningomyelosel" denir ve en sık lomber, torakolumbar ve lumbosakral alanlar etkilenir. Konjenital diafragma hernisi (KDH) karın içindeki organların diafragma defektinden göğüs boşluğuna herniye olmasıdır. Hastaların %85'inde sol, %5'inde ise iki taraflı herni görülebilir. KDH'nin insidansı 2500 vakada 1 olarak bildirilmektedir. Sporadik gelişimsel bir anomali olarak kabul edilmektedir, fakat ailesel vakalar da görülebilir.

Sonuç: Diafragma hernisi ve spina bifida gibi gross anomalilerin prenatal tanısı anomalinin ağırlığına göre aileye terminasyon seçeneği sunulabilmesi ya da kabul edilmemesi durumunda uygun şartların sağlanabileceği merkezde doğumun gerçekleşmesi yönünden büyük önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Diafragma hernisi, spina bifida, prenatal tanı

PB-072

Adolesan ve ileri yaş gebeliklerinin maternal ve fetal sonuçlarının karşılaştırılması

Derya Akdağ Cırık, Şafak Özdemirci, Neslihan Yerebasmaz,
Sezin Ertürk Aksakal, Fulya Kayıçioğlu, Orhan Gelişen
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi,
Ankara

Amaç: Bu çalışmanın amacı hastanemizdeki adolesan ve ileri yaş gebeliklerinin maternal ve fetal sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Hastanemizde Ocak 2012 ile Aralık 2012 tarihleri arasında 24. hafta ve üzerinde doğum yapan adolesan (<20 yaş) ve ileri yaş (>35 yaş) gebeler çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların demografik bilgileri, maternal ve fetal sonuçları hastaların dosyaları incelenerek karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 858 hastanın kayıtlarına ulaşılarak çalışmaya dahil edildi. Bunlardan 311 (36.2%) i adolesan ve 547 (63.8%) i ileri yaşlı gebe idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde parite ve yaşayan çocuk sayısı ileri yaşlı gebelerde daha yüksek bulundu. Doğum şekli açısından karşılaştırıldığında ileri yaş grubunda sezaryan oranı (%55.6) adolesan gruba göre (%23.4) anlamlı olarak yüksek bulundu. Adolesan grubunda önde gelen sezaryan endikasyonu fetal distres iken, ileri yaş grubunda eski sezaryan öyküsü en fazla görülen endikasyonu idi. Her iki grup arasında fetal anomali görülme sıklıkları benzer bulundu (p:0.88). Postpartum kanama oranları açısından da her iki grup arasında fark bulunamadı (p: 0.33).

Tartışma-Sonuç: Biz çalışmamızda ileri anne yaşlı gebelerde adolesan gebelere göre sezaryan oranını anlamlı şekilde yüksek saptadık. Artan doğum sayısı ve artan geçirilmiş sezaryan oranına bağlı olarak sezaryan oranı ileri yaşta yüksek bulunmuş olabilir. Postpartum kanama oranının da ileri yaşta artacağı speküle edilirken çalışmamızda her iki grup arasında postpartum kanama açısından fark bulunamadı. Fetal anomali oranının ileri yaş annelerde daha sık görülmesi beklenirken biz çalışmamızda her iki grup arasında fark saptayamadık. Bu durum günümüzde tarama testlerinin erken haftalarda yapılıp anomalili fetüslerin 24. haftadan önce termine edilmiş olmasına bağlı olabilir.

Anahtar sözcükler: Adolesan, ileri yaş, gebelik

PB-073

Fetal supraventriküler taşikardi: Olgu sunumu

Ahmet Karataş¹, Zehra Karataş², Tülay Özlü¹,
Beyhan Küçükbayrak³, Seda Eymen Kılıç¹,
Melahat Emine Dönmez¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu; ²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Bolu; ³İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

Amaç: Fetal ritim bozuklukları, taşiaritmi (fetal kalp ritminin >180 atım/dk), bradiaritmi (fetal kalp hızının <100 atım/dk) ve düzensiz kalp ritmi olarak üç grupta sınıflanır. Fetal taşikardinin en sık sebebi supraventriküler taşikardidir. Fetal kalp hızı genellikle 220-240 atım/dk'dır ve perinatal sonuçları tahmin etmede hidrops fetalis en önemli faktörlerden biri-

dir. Konjestif kalp yetmezliği ve %27 oranında mortalite riski bildirilmektedir.

Olgu: 34 yaşında G3P2Y2 olgu 32. gebelik haftasında NST'de fetal stres ve taşikardi saptanması üzerine dış merkezde yapılan fetal ekokardiyografide kalp hızı 140 atım/dk saptanması, ek kalp defekti görülmemesi üzerine takip önerilmiş. İki hafta sonra değerlendirildiğinde, fetal ölçüler 36 hafta ile uyumlu ve ekokardiyografide kalp hızı 230 atım/dk ölçüldü. Hidrops fetalis saptanmaması ayrıca annede ateş, enfeksiyon ve herhangi bir sistemik hastalık bulunmaması, annenin elektrokardiyografi ve ekokardiyografisinin normal olması üzerine; fetal supraventriküler taşikardi tanısı ile oral sotalol (2x80 mg) başlandı. Sürekli fetal monitörizasyonda ilk 24 saatte 2 kez 25-30 dk süren taşikardi gözlemlendi, tedavinin 35. saatinde erken membran rüptürü gelişti, spontan eylem sonrası 42. saatte vajinal yolla 7-9 Apgar 2800 gr ağırlığında, kız bebek doğurtuldu. Fizik muayenesi, kan sayımı, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri, elektrokardiyografisi normal olan, ekokardiyografik incelemede patent foramen ovale saptanan ve sistolik fonksiyonları normal olan olguya doğumunun 8.saatte 5 dakika süren supraventriküler taşikardi saptanması üzerine digoksin tedavisi başlandı. İzleminde aritmi tekrarlamayan olgu 5. gün taburcu edildi.

Sonuç: Supraventriküler taşikardisi sotalol ile tedavi edilen olgu nadir görülmesi, atım değişkenliği kaybı nedeniyle sunulmuştur. Fetal taşiaritmiler hidrops ve fetal strese neden olabilmesi nedeniyle erken tanı ve tedavisi oldukça önemlidir.

Anahtar sözcükler: Fetal taşiaritmi, fetal supraventriküler taşikardi, non-stress test, sotalol

PB-074

NT yüksekliği ve gebelik sonuçları

Cüneyt Eftal Taner, Serhat Sarıkaya, Ceren Besli, Gülin Okay, Cenk Gezer, Mehmet Özeren

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Perinatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: 11-14. gebelik haftalarında NT ölçümü 3 mm ve üzerinde saptanan gebeliklerde yapılan karyotip incelemeleri, fetal anomali taramaları ve gebelik prognozları incelendi.

Yöntem: Ocak 2010 ile Aralık 2012 tarihleri arasında 11-14 haftalık gebeliklerde NT yüksekliği saptanan 85 olguda koryon villus biyopsisi, amniosentez veya kordosentez ile karyotip analizi yapıldı. Kromozom anomalisi saptanan olgularda aileye sonlandırma seçeneği sunuldu. 18-22. haftalarda yapılan ultrasonografik incelemelerde saptanan patolojiler kaydedildi.

Bulgular: NT 3 mm ve üzerinde saptanan 85 gebenin 56'sında (%65.8) karyotip normal saptandı. 29 olguda (%34.2) kromozom anomalisi saptandı. Kromozom anomalileri olarak;17 olguda trizomi 21,6 olguda trizomi 18,3 olguda 45X0,birer olguda ise trizomi 13, dengesiz delesyon (46XX-17p (13) ve normal polimorfizm saptandı. Karyotipi normal olan 56 olgunun ultrasonografi taramalarında 6 olguda (%10.7) major anomaliler veya kromozom anomalisi markırları saptandı.

Sonuç: NT yüksekliği olan fetuslarda belirgin kromozom anomalisi (%34.2) saptanmaktadır. Kromozom yapısı normal olan fetuslarda ise yapısal anomaliler veya markırlar (%19.8) yüksek oranda görülmektedir.

Anahtar sözcükler: NT yüksekliği

PB-075

Non-immün hidrops fetalis olguları ve gebelik prognozları

Cüneyt Eftal Taner, Serhat Sarıkaya, Ceren Besli, Gülin Okay, Atalay Ekin, Mehmet Özeren

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalık ve Doğum Kliniği Perinatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Hastanemizde non-immün hidrops fetalis tanısı almış olguların;maternal ve fetal etyolojik nedenleri ve gebelik prognozları incelendi.

Yöntem: Ultrasonografide hidrops fetalis tanısı alan ve Rh uyumsuzluğu saptanmayan olgular çalışma grubunu oluşturdu. Non-immün hidrops fetalis tanısı alan 46 olgu etyolojik açıdan incelendi. Maternal nedenler, fetal enfeksiyonlar, karyotip anomalileri, yapısal anomaliler,gebelik sonuçları ve otopsi sonuçları gözden geçirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 29.5, gebelik haftası 17.2 hafta olan 46 gebelik olgusunun 26'sında (%56.5) kromozom anomalisi saptandı. 20 olgunun (%43.5) karyotipi normal olarak saptandı. Karyotipi normal olan 1 olguda (%2.17) tip 1 DM,1 olguda (%2.17) ise maternal aktif rubella enfeksiyonu saptandı. Karyotipi normal olan 14 olguda(%30.4) yapısal anomali tespit edildi.4 olguda (%8.76) ise hidrops fetalis dışında herhangi bir patoloji izlenmedi. 26 olguda patolojik otopsi yapıldı. 12 olguda multipl anomali saptandı. Sadece 5 olguda patolojik bulgu saptanamadı. 46 olgunun 26'sının gebeliği (%56.5) termine edildi. 16 olguda (%34.8) fetus intrauterin eksitus oldu. 3 olgu (%6.5) ise neonatal eksitus ile sonuçlandı. Bir olguda (%2.2) ise sağlıklı bebek elde edildi.

Sonuç: Non-immün hidrops fetalis yüksek mortalite ile seyreden etyolojide maternal ve fetal birçok patolojinin rol oynadığı bir patolojidir ve etyolojide multidisipliner bir yaklaşımla araştırılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Non-immün hidrops fetalis

PB-076

İlk trimester maternal serum PAPP-A ve serbest beta-hCG değerlerinin gebelik komplikasyonları ile ilişkisi

Betül Nalbant, Gülseren Yücesoy, Yiğit Çakıroğlu, Hayal Uzelli Şimşek, Şule Yıldırım Köpük

Betül Nalbant Kocaeli Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Birinci trimester kombine tarama testinin serum belirteçleri Pregnancy associated Plasma Protein-A (PAPP-A) ve Serbest Beta Human Chorionic Gonadotropin (β-hCG) nin değerlerinin olumsuz gebelik sonuçlarını öngörmedeki yerini araştırmak.

Yöntem: 11+0 ile 13+6 haftalarında birinci trimester kombine tarama test için hastanemize başvuran 970 gebe çalışmaya alınmıştır. Gebelik komplikasyonu olmayan (Grup 1, n: 477) ve olan (Grup 2, n:493) olmak üzere iki ana gruba ayrılmıştır. PAPP-A, serbest β- hCG MoM değerleri her iki grup arasında karşılaştırılarak gebelik komplikasyonlarını ön görülebilirliği araştırılmıştır. İstatistiksel değerlendirilme SPSS 16 programıyla yapılmıştır.

Bulgular: Preeklampsi (p:0.03), gestasyonel hipertansiyon (p:0.04), intrauterin gelişme kısıtlılığı (p:=0.001), erken doğum (p:0.0032), oligohidramnios + intrauterin gelişme kısıtlılığı (p=0.001), intrauterin fetal ölüm (p:0.001) olgularının kontrol grubuna göre PAPP-A MoM değerleri istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Plasenta previa (p:0.021), makrozomi (p:0.001) ve LGA (p:0.001) olguları PAPP-A MoM değerleri istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. PAPP-A ile gestasyonel diyabet, aboutus, ablasyo plasenta, erken membran rüptürü arasında bir ilişki izlenmemiştir. β-hCG MoM değerleri kontrol grubuna göre gestasyonel diyabet (p:0.005) ve plasenta previa (p:0.001), makrozomi (p:0.001) olgularında istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.Kontrol grubu ile abortus, preeklampsi, IUGK, EMR, ablasyo plasenta olgularının β-hCG'nin MoM değerleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Sonuç: İlk trimester maternal serum PAPP-A seviyeleri düşüklüğü gebeliğin ileri haftalarında gelişen preeklampsi, IUGK, erken doğum ve intrauterin fetal ölüm ile ilişkilidir. β-hCG'nin yüksek MoM değerleri ise gestasyonel diyabet ve plasenta previa ile ilişkilidir. PAPP-A ve β-hCG MoM değerleri düşük veya yüksek tespit edilen vakaları daha yakın takip etmenin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Birinci trimester tarama, β-hCG, PAPP-A, olumsuz gebelik sonuçları

PB-077

TRAP sekansı: Olgu sunumu ve literatür derlemesi

Sümevra Nergiz, Selda Demircan Sezer, Sündüz Özlem Altınkaya, Mert Küçük, Alparslan Ünsal, Ali Rıza Odabaşı, Hasan Yüksel

Adnan Menderes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Aydın

TRAP (Twin Reversed Arterial Perfusion) sekansı monokoryonik ikiz gebeliklerde görülen, çok ender bir sendromdur. Monokoryonik ikiz gebeliklerde %1 oranında görülmektedir. TRAP sekansında multipl anomalilere sahip, kalbi gelişmemiş alıcı bir fetus ile bu fetusu plasentadaki vasküler anastomozlar yoluyla besleyen pompa fetusun varlığı söz konusudur. Pompa fetus yapısal olarak normaldir ancak bu fetusta, gebelik esnasında kardiomegali, perikardial efüzyon, pleval efüzyon, asit ve polihidramnios ile birlikte kalp yetmezliği gelişebilir. TRAP sekansı pompa fetus için yüksek mortalite oranına sahip iken, alıcı fetus için hemen her zaman ölümcüldür. Burada ondördüncü gebelik haftasında tanı konulan, ailenin istemi doğrultusunda konservatif gözlem ile takip edilen, akardiyak asefalik monokoryonik ikiz olgusu sunduk.

Anahtar sözcükler: TRAP sekansı, akardiyak fetus

PB-078

Plasenta invazyon anomalilerinde yönetim: Merkezimizin 3 yıllık deneyimi

Ayşe Güler Okyay, Raziye Keskin Kurt, Atilla Karateke, Arif Güngören, Kenan Dolapçioğlu, Dilek Benk Şilfeler, Ali Ulvi Hakverdi

Mustafa Kemal Üniversitesi, Taşır Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Hatay

Amaç: Plasenta invazyon anomalileri, çeşitli nedenlerden dolayı desidua bazalis tabakasının hasarlandığı ya da olmadığı durumlarda, plasentanın myometriuma tutunması sonucunda ortaya çıkar. Risk faktörleri arasında geçirilmiş sezaryen, endometrial küretaj, multiparite, submuköz myom ve asherman sendromu sayılabilir. Kliniğimizde plasenta invazyon anomalisi öntanısı ile operasyona alınan olguların klinik ve operatif özelliklerini inceleyerek olguların yönetimi ile ilgili deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada Ocak 2009 – Aralık 2012 yılları arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda plasenta invazyon anomalisi endikasyonu ile opere edilmiş olan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Toplam 67 hastaya, plasenta invazyon anomalisi nedeni ile 32-38 inci gebelik haftalarında operasyon uygulandı. Olguların 58'inde (%86.6) en az bir kez sezaryen öyküsü olduğu tespit edildi. Olguların 48'i (%71.6) elektif olarak operasyona alınırken, 19'u (%28.4) acil olarak operasyona alındı. Operasyonda kanamanın çok şiddetli olması nedeniyle 30 (%44.7) hastada bilateral hipogastrik arter ligasyonu yapılırken, 16 (%23.8) olguda histerektomi gerek duyuldu. Histerektomi yapılan olguların 2'sinde (%6.25) 1, 10'unda (%62.5) 2, 4'ünde (%25) ise 3 veya daha fazla sezaryen öyküsü vardı. Beş (%7.4) olguda mesane yaralanması nedeniyle tam kat mesane onarımı yapıldı. Olguların 31'ine (%46.26) kan transfüzyonu yapıldı. Postoperatif dönemde 7 (%10.44) olgu yoğun bakımda takip edildi Tüm hastalar şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Plasenta invazyon anomalileri, sıklığı günümüzde giderek artan bir obstetrik problemdir. Morbitide ve mortalitesi yüksek olan bu durumun takip ve tedavisi, multidisipliner yaklaşımın mümkün olduğu tersiyer merkezlerde deneyimli ekipler tarafından yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Plasenta invazyon anomalisi, histerektomi

PB-079

Klomifen gebeliğinde çok ender görülen grade 3-4 overyen hiperstimulasyon sendromu

Aytekin Aydın, Mustafa Öztürk

Etimesgut Asker Hastanesi, Ankara

Amaç: Klomifenle ovulasyon indüksiyonu yapılırken bazen hafif, çok ender olarak da ileri derecede overyen hiperstimulasyon (OHSS) görülebileceğini vurgulamaktır.

Giriş: Klomifenle ovulasyon indüksiyonu yapılırken %13,5 oranında grade 1-2 (hafif) OHSS görülebilir. Ancak daha şiddetli OHSS çok ender görülür. OHSS oluşumunda Vascular Endotelial Growth Factor (VEGF) etkin rol oynar. VEGF nedeniyle damarlarda artmış geçirgenlik, hemokonsantrasyon, ovaryen büyüme görülür. OHSS'nin yönetiminde hastanın kliniğine yönelik işlemler yapılır.

Olgu: Hasta 30 yaşında G1 P0 A0 olup, 3 yıldır evlidir. Korunmamalarına rağmen çocuk sahibi olamamıştır. Sonografide overlerin polikistik yapıda olduğu saptanmıştır. Hastaya çocuk isteği nedeniyle klomifenle ovulasyon indüksiyonu yapıldı. Bir hafta sonra sonografide overlerde en büyüğü 19 mm'lik 6 adet folikül izlendi. Hasta adet gününü birkaç gün geçtiğinde karnında hassasiyet belirtirken, β -hCG 132 mIU/ml ve sonografide overler büyümüş ve Douglas boşluğunda 17 ml'lik sıvı bulundu. Altıncı haftada sonografide uterin

kavitede gestasyonel kese görüldü. Hastanın yakınmaları ve bulgularına göre gebeliğinin yanı sıra klomifene bağlı grade 3-4 (orta) OHSS olduğu değerlendirildi. Hasta takibe alındı. Biyokimyasal parametrelerde anlamlı bir değişiklik görülmedi. Ancak 2 haftada hemotocrit 40'dan 59'a yükseldi, Douglas boşluğundaki sıvı 22 ml'ye ulaştı. Hastaya yaklaşık 4 hafta süren medikal desteğin sonrasında 10. haftada Douglas boşluğundaki sıvının resorbe olduğu, overlerin eski boyutlarına küçüldüğü, kan değerlerinin normal değerlere döndüğü gözlemlendi. Hastanın gebeliği şu anda 17. haftada sorunsuz olarak devam etmektedir.

Sonuç: Gebenin ilk haftalarda yaşadığı zorluklar klomifenle ovulasyonu induksiyonu sonrası çok ender ortaya çıkan grade 3-4 (orta derece) OHSS'na bağlıdır. Üremeye yardımcı yöntemlerle gebeliğin ilk haftalarında ortaya çıkabilen OHSS her zaman hatırlanmalı ve ciddi sonuçlara yol açabileceği düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, klomifen, overyen hiperstimulasyon

PB-080

Plasental koryoanjiom: Olgu sunumu

Pınar Kumru, Resul Arısoy, Emre Erdoğan, Oya Demirci, Cem Ardic, Oya Pekin, Murat Muhcu, Mustafa Başbuğ, Semih Tuğrul, Cuma Yorgancı

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

Amaç: Plasenta koryoanjiom tespit edilen gebeliğin takip ve yönetiminin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 30 yaşında G2 P1 olan gebe 22. gebelik haftasında yüksek maternal serum AFP (alfa fetoprotein) nedeni ile perinatoloji polikliniğine refere edilmiştir. Yapılan ultrasonografik muayenede; plasentanın sol posteriora yer aldığı ve lateralinde arteriyel ve venöz vaskularizasyon izlenen yaklaşık 40 mm boyutlarında solid görünümüne kitle izlendi. Fetusta anomali saptanmadı. Plasenta koryoanjiom ön tanısı ile gebelik takibe alındı. Takipte; gebeliğin 32. haftasında kitlenin boyutlarının 64x54 mm olduğu ve polihidroamniosun eşlik ettiği tespit edildi. Yapılan Doppler ultrasonografide umbilikal arterde diyastolik akım kaybı olmasından dolayı gebe kliniğimize interne edildi. Fetal akciğer matürasyonu takiben, sezeryan öyküsü olan gebe sezeryan ile doğurtuldu. Plasentanın yapılan patolojik incelemesinde de koryoanjiom tanısı doğrulandı.

Sonuç: Maternal serum AFP yüksekliğinin plasenta koryoanjiomu ile ilişkili olabileceği ve bu gebeliklerin takibinde gelişim geriliği ve fetal kaybın gerçekleşebileceği ihmal edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Maternal serum AFP, plasenta koryoanjiom, umbilikal arter doppleri

PB-081

HELLP sendromunun nadir görülen katastrofik bir bulgusu: subkapsuler hematoma ve/veya hepatik rüptür

Abdulkadir Turgut, Ali Özler, Serdar Başaranoglu, Senem Yaman Tunç, Elif Ağaçayak, Mehmet Sait İçen, Ahmet Yalınkaya

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

Amaç: Tersiyer bir merkezde HELLP sendromuna bağlı subkapsuler hematoma ve/veya hepatik rüptür gelişen hastaların sunumu amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisine Ocak 1995-Aralık 2012 tarihleri arasında başvuran ve laboratuvar parametreleri HELLP sendromu tanı kriterlerine (platelet sayısı < 100.000 x10⁹/L, aspartate aminotransferase (AST) >70U/L, lactate dehydrogenase (LDH) > 600 U/L) uygun hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya klinik semptomları ve radyolojik görüntüleri subkapsuler hematoma ve/veya hepatik rüptür lehine olan hastalar dahil edildi. Hastalara ait yaş, gravide, parite gibi demografik veriler, gestasyonel haftaları, antenatal bakım öyküsü, laboratuvar parametreleri (tamkan, biyokimya), jinekolojik ve obstetrik öyküleri, sistolik-diastolik kan basınçları, doğum şekli, post-operatif gelişen komplikasyonlar, tanısal görüntüleme bulguları ve uygulanan medikal ve cerrahi tedaviler gibi veriler hastane arşiv dosyalarından ve elektronik veri tabanından temin edildi.

Bulgular: Çalışma süresince (1995-2012 yılları) kliniğimizde 53.217 doğum olduğu tespit edildi. Gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar nedeniyle 6.637 (%12.47) doğumun olduğu, bunlardan 5.412 doğumun (%10.17) preeklampsi, 347 doğumun (%0.65) eklampsi, 878 doğumun (%1.65) HELLP endikasyonu ile gerçekleştiği görüldü. Tüm doğumlara bağlı subkapsuler hematoma ve/veya hepatik rüptür insidansı (8/53.217) %0.015 iken HELLP sendromlu gebelerde bu oran %0.91 olarak bulundu. Serimize dahil edilen hastalarımızdan dördü (%50) ex oldu. Hastaların ikisinin intraoperatif hepatik rüptür sonrası kanamaya, diğer iki hastanın ise dissemine intravasküler koagülasyona (DIC) bağlı ex olduğu bildirilmiştir.

Sonuç: Subkapsuler hematoma ve/veya hepatik rüptür gebeliğin hayatı tehdit edici katastrofik bir komplikasyondur. Bu hastalara üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu

merkezlerde erken tanı ve multidisipliner yaklaşımla hayat kurtarıcı cerrahi ve medikal tedavi desteği sağlanabilir.

Anahtar sözcükler: HELLP sendromu, karaciğer hematomu, hepatik rüptür, gebelik

PB-082

Down Sendromu tanısı alan hastaların prenatal değerlendirilmesi: Ultrason ve tarama testlerinin önemi

Halis Özdemir, Hakan Kalaycı, Nihal Şahin Uysal, Huriye Ayşe Parlakgümüş¹, Tayfun Çok¹, Zerrin Yılmaz Çelik², Feride İffet Şahin², Ebru Tarım¹

Başkent Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ocak 2006-Mayıs 2013 tarihleri arası kliniğimize başvuran ve genetik incelemesinde down sendromu tanısı konulan 70 olguda antenatal USG'nin ve biyokimyasal testlerin tanısal önemini incelendi.

Yöntem: Hastaların yaş ortalaması 33.2±6.4. Toplam 49 hastaya amniyosentez, 15 hastaya CVS, 2 hastaya kordosentez yapılmıştır. 3 hastada doğum sonrası ve 1 hastada tahliye materyalinden tanı konuldu. Toplam 50 hastada (%71.4) ultrason bulgusu, 18 hastada kombine testte risk yüksekliği, 19 hastada üçlü testte risk yüksekliği, 3 hastada ileri maternal yaş mevcuttu.

Bulgular: Prenatal USG'de; 14 hastada artmış NT mevcuttu (>95 persentil), 25 hastada nazal hipoplazi, 10 hastada kardiyak hiperektojen fokus, 9 hastada kısa femur ya da humerus, 8 hastada hiperektojen barsak, 7 hastada klinodaktili saptanmıştır. Biyokimyasal değerler; ortalama PAPP-A 0.5 MoM (±0.27), HCG (1.TTT) 2.27 MoM (±1.55), AFP 0.7 MoM (±0.27), uE3 0.8 MoM (±0.33), HCG (2.TTT) 2.32 MoM (±1.33). 3 hasta doğum sonrası tanı almıştır. Bu hastaların 2'sinde eşlik eden ultrason anomalisi mevcuttu (her iki hastada da kardiyak anomali, bir hastada IUGR, bir hastada ise klinodaktili mevcuttu). 1 hastada ise kombine test ve ultrason değerlendirmeleri normal olmasına rağmen doğumdan sonra down sendromu tanısı almıştır. 14 (%20) hastada major anomali, 32 (%45) hastada iki ve üzeri minör anomali mevcuttu.

Sonuç: Retrospektif yapılan bu değerlendirmede %71 hastada genetik sonogramda ek ultrasonografi bulgusu tespit edilmiştir. Bir hastada kombine test ve ultrason normal olmasına rağmen doğumda down sendromu tanısı almıştır.

Anahtar sözcükler: Down sendromu, koryon villus örnekleme, amniyosentez, kombine risk

PB-083

CVS ile Down sendromu tanısı konulmuş hastalarda birinci trimester ultrason ve tarama testlerinin önemi

Halis Özdemir¹, Hakan Kalaycı¹, Yunus Kasım Terzi², Huriye Ayşe Parlakgümüş¹, Tayfun Çok¹, Zerrin Yılmaz Çelik², Feride İffet Şahin², Ebru Tarım¹

¹Başkent Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Başkent Üniversitesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Ankara

Amaç-Yöntem: Haziran 2006-Mayıs 2013 arası tarihleri arası BUTF Adana Hastanesinde CVS yapılan hastalar retrospektif olarak dosya ve elektronik kayıtlardan değerlendirildi. Laboratuvar ettikleri uzun süreli kültürlerden kromozom analizi ve QF-PCR ile sık rastlanan kromozomal bozuklukların değerlendirilmesi amacıyla uygulandı.

Bulgular: Toplam 277 hasta değerlendirildi. CVS endikasyonları; kombine testte risk artışı 131 (%47), USG de anomali izlenmesi 100 (%36), ileri anne yaşı 32 (%11.5), aile hikayesi 9 (%3.2), ailesel genetik mutasyonlar için 6 (%2.2) hastaya CVS uygulandı. 277 hastanın 58'sinde (%20.9) artmış NT, 20'sinde (%7.2) hidrops fetalis ve 6'sında (%2.2) kistik higroma mevcuttu. CVS sonuçlarını değerlendirdiğimizde; 247 (%88.8) hastada sonuç normal, 15 hastada (%5.4) Down sendromu, 4 hastada (%1.4) Turner sendromu, 6 hastada (%2.2) trizomi 18, 2 hastada (%0.7) trizomi 13, 1 hastada XXX, 1 hastada XXY olduğu saptandı. Sadece tek olguda maternal kontaminasyon nedeniyle değerlendirme yapılamadı. İşlem yapılan bir hastada abortus, bir hastada ise 18 haftada yapılan ultrasonografide kardiyak aktivite izlenmemiştir (%0.8). Down sendromu olan 15 hastanın 14'ünde ultasonda anomali izlenmiştir, 1 hastada ise endikasyon ileri anne yaşıdır. Down sendromu olan hastaların 10'unda artmış NT, 1 hastada kistik higroma, 2 hastada hidrops fetalis, 1 hastada ise artmış NT ve nazal kemik hipoplazisi izlenmiştir. Down sendromu tanısı alan ve artmış ense kalınlığı endikasyonu olan 11 hastanın ortalama ölçülen NT değeri 4,8 mm'dir (±1.16).

Sonuç: Birinci trimesterde yapılan ultrasonografide özellikle artmış NT görülmesi CVS için en önemli endikasyonu oluşturmaktadır. Bizim olgularımızda Down sendromu saptanan 15 olgudan 14 tanesinde ultrasonografide anomali saptanmıştır. Biyokimyasal riski yüksek olan hastaların birinde karyotip XXX, diğerinde XYY raporlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Koryon villus örnekleme, CVS, down sendromu, NT

PB-084**İkiz eşi mort fetuslu gebelerin değerlendirilmesi: 5 yıllık klinik deneyimimiz**

Ahmet Barışçıl, Serdar Başaranoğlu, Ahmet Yalınkaya

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

Amaç: Kliniğimize refere edilip, doğumu gerçekleştirilen 26 ikiz eşi mort fetuslu (İEMF) gebelerin maternal ve fetal sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisine Temmuz 2008-Haziran 2013 tarihleri arasında başvuran İEMF'li 26 hasta dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait yaş, gravida, parite, yaşayan çocuk sayısı gibi demografik veriler, doğumdaki gestasyonel haftalar, doğum şekilleri, yenidoğan ağırlığı ve boyu, 1.-5. dk APGAR skorları irdelendi.

Bulgular: Çalışma süresince kliniğimizde 13.782 doğum olduğu gözlemlendi. İEMF insidansı %0.2 olarak tespit edildi. Hastaların ortalama yaşı 31.2 (minimum-maximum sırasıyla 25-44), gravidası 3.4±0.7, paritesi 2.2±1.1, yaşayan fetuslarda ortalama gebelik haftası 32.7 (minimum-maximum sırasıyla 26-36), İEMF'lerin ortalama gebelik haftası ise 24.1 (minimum-maximum sırasıyla 19-31) idi. Hastalardan 21'i dikoryonik diamniyotik, 4'ü monokoryonik diamniyotik, biri ise monokoryonik monoamniyotik idi. Hastaların hepsine tam kan sayımı, biyokimyasal parametreler ve koagülasyon paneli takibi yapıldı. Hiçbir hastada koagülasyon parametrelerinde anormallik gözlenmedi. Altı hastanın (%23.3) yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile gebe kaldığı gözlemlendi. Onaltı hasta (%61.5) sezeryan sekiyo ile 10 hasta (%38.5) ise spontan vaginal yolla doğurtuldu.

Yeni doğanların doğum ağırlıkları, yaşayan fetüslerde ortalama 2142.5±648.8 gram, İEMF'lerde 672.6±455.3 gram idi. Ortalama 1. ve 5. dakika APGAR skorları 6.4 ve 7.8 idi. Yenidoğanların sekizinde postpartum dönemde yoğun bakım gereksinimi olduğu gözlemlendi.

Sonuç: İEMF; maternal ve yaşayan fetus için gebeliği komplike edebilecek bir patolojidir. Perinatal dönemde çoğul gebelikler değerlendirilirken plasentasyona, koryonite ve amniyoniteye dikkat edilmelidir. Monokoryoniklerde erken dönemde fetal kayıp olabileceği, dikoryoniklerde ise terme kadar konservatif takip yapılabileceği unutulmamalıdır. Doğum şeklinde aile beklentisi ve obstetrik endikasyonlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Çoğul gebelik, koryonite, amniyonite, maternal ve fetal sonuçlar

PB-085**İlk trimesterde yapılan uterin arter doppler ölçümünün preterm eylem ve preeklampsiyi öngörmedeki değeri**

Ahmet Melih Akkuş, Mehmet Metin Altay, Tuğba Altun Ensari, Metin Kaplan, Ahmet Okyar Erol, Orhan Gelişen

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Preeklampsi (PE) ve preterm doğum (PD) perinatal/maternal mortalite ve morbiditesi yüksek, gebeliğe spesifik durumlardır. PD, ölümcül doğumsal anomaliler dışında yenidoğan ölümlerinin %75-%90'undan sorumludur. Uterin arter doppler incelemeleri (UAD) trofoblast gelişimi ve uteroplasental perfüzyonu değerlendirmenin non-invazif metodudur. Trofoblast invazyonu ilk trimesterde maksimumdur, özellikle de preeklampsi patogenezinde invazyon başarısızlığı sözkonusudur. Çalışmamızda, ilk trimesterdeki uterin arter doppler (UAD) ölçümünün preterm eylem (PD) ve preeklampsiyi (PE) öngörmedeki değerini saptamaya çalıştık.

Yöntem: Antenatal polikliniğine Mayıs 2010-Mart 2011 tarihleri arasında gebeliğinin 11-14 haftaları arası başvuran, önceki gebeliğinde herhangi bir komplikasyonu olmayan 18-35 yaş arası 856 gebeye bilateral uterin arter (UtA) pulsed color Doppler görüntülemesi ve plasenta lokalizasyon tayini yapılarak gebeler doğuma kadar takip edildi.

Bulgular: PD (n=32), PE (n=31) ve normal gebeler (n=587) olarak 3 grup oluşturuldu. UAD RI, PI ve A/B'nin PE ve PD öngörmedeki etkinliğinde eşik değerler (cut-off value) ROC eğrisiyle bulunup; sensitivite, spesifisite, pozitif belirleyici değer (PBD), negatif belirleyici değer (NBD), olabilirlik oranı (LR+,LR-) hesaplandı. PD ile miadında doğum yapanlar arasında fark saptanmadı (p>0.05). Preeklampsi gebelerin doppler ölçümleri anlamlı olarak yüksekti (p<0.05). Sol UAD PI>1,705 alındığında tek başına PE'yi öngörmedeki sensitivitesi %74.2, spesifisitesi %60.6, PBD %17.30, NBD %95.48, pozitif LR 1.88, negatif LR 0.42 ve preeklampsi riski 3.97(RR:3.97); PD yapan gebeler için sol UAD PI >1,635 alındığında, tek başına PD'ü öngörmedeki sensitivitesi %62.5, spesifisitesi %57.8, PBD %14.13, NBD %93.27, pozitif LR 1.48, LR 0.64 ve PD riski 2.03'dir (RR:2.03).

Sonuç: UAD ölçümünün; PE'yi öngörmede, PD'a göre daha yüksek sensitivite, spesifite, PBD ve NBD'ye sahip olduğu ancak tarama testi olarak sadece UAD ölçümünün PE ve PD öngörmede kullanılmasının, çalışmamızın sonucunda uygun olmadığı görüşüne varıldı.

Anahtar sözcükler: Uterin arter doppler, preeklampsi, preterm, sensitivite, prediktif değer

PB-086

Inutero tanısı geç konulan (atlanmış) diafragma hernisi: Olgu sunumu

Ayşe Gönül Altuncu, Erdal Bilen, Seyit Ali Köse,
Mehmet Okan Özkaya

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

Amaç: 34. gebelik haftasında kliniğimize diafragma hernisi olarak gönderilmiş olguda rutin gebelik takiplerinin ve ultrasonografinin önemini vurgulamak istedik.

Olgu: Yirmibir yaşında ilk gebeliği olan hasta kliniğimiz polikliniğine 34 hafta gebelik ve fetal anomali nedeniyle gönderilmişti. Annenin gebelik takipleri yapılmamış, anne ve baba sağlıklı olup akrabalık yoktu. Aile hikayesinde özellik yoktu. Yapılan ultrasonografide kalbin tamamen sağ toraksa itildiği, kalp arkasında sol toraksa doğru mide ve barsak kıvrımlarının yer aldığı, akciğerlerin tamamen komprese olduğu gözlemlendi. Mevcut ek anomali ve polihidroamnios gözlenmediği için sık aralıklarla hastanın takibine karar verildi. 37. gebelik haftasında Çocuk Cerahisi ile konsulte edilen hasta, sezeryana alınarak erkek bebek doğurtuldu. Doğum sonrasında solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan ünitesine yatırıldı. Çocuk cerrahisi tarafından operasyona alınan bebeğin solda geniş diafragma hernisi mach ile tamir edildi. Tekrar yenidoğan yoğun bakımında takibe alındı.

Sonuç: Konjenital diafragma hernisi (KDH) prenatal takiplerde yapılan USG'de kalp arkasında içi sıvı dolu mide veya barsak kıvrımlarının görülmesi ile tanısı mümkündür. KDH'si 2000 ile 5000 doğumda bir görülür. En sık lokalizasyonu diaframın sol posterolateral bölgesinden (Bochdalek hernisi) kaynaklanır. Antenatal tanı anne ve babanın tedavi yöntemleri ve sonuçları hakkında bilgilendirilmesi ve annenin gerekli tüm donanıma sahip bir merkeze doğum öncesi yönlendirilmesi sayesinde KDH'sinin neden olduğu yenidoğan ölümlerinin azaltılmasına imkan sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Perinatal usg, diafragma hernisi

PB-087

Emezis gravidarum plazma serbest yağ asitlerinden sadece nervonic ve stearik asit düzeyini azaltmaktadır

Mustafa Öztürk¹, Özlem Öztürk², Mustafa Ulubay³,
Hakan Aydın⁴, Aytekin Aydın¹, Ulaş Fidan³, Uğur Keskin¹,
Ali Ergün¹

¹Etimesgut Asker Hastanesi, Ankara; ²GATA Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul; ³GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; ⁴Kırşehir Kaman Devlet Hastanesi, Kırşehir

Amaç: 6-10 hafta arası bulantı kusma şikayeti olan gebelerde serbest yağ asidi dağılımı ile bu hafta arasındaki sağlıklı gebelerin yağ asidi dağılım farklılığını hesaplamayı amaçladık.

Yöntem: Çalışma grubu; bulantı kusma şikayeti ve idrarda keton pozitifliği olan, 6-10 hafta arasındaki 25 primipar gebeden oluşturuldu. Kontrol grubu ise yine aynı haftalar arasında sağlıklı 25 primipar gebe idi. Plazma serbest yağ asidi ölçümü, Gaz Kromatografisi-Alev İyonizasyon Dedektörü ile yapıldı. Uzun zincirli doymuş yağ asitleri; C14 (Miristik asit), C15 (Pantadecanoic asit), C16 (Palmitik asit), C18 (Stearik asit), C20 (Arachidic asit), C22 (Behenic asit), C24 (Lignoceric asit), omega 3 yağ asitleri; C20:5n3 (EPA Eicosapentenoic asit), C22:6n3 (DHA Docosahexaenoic asit), omega 6 yağ asitleri; C18:2n6 (Linoleic asit), C20:3n6 (Homogammalinolenic asit), C20:4n6 (AA Arachidonic asit), omega 9 yağ asitleri; C18:1n9 (Oleic asit), C22:1n9 (Erucic asit), C24:1n9 (Nervonic asit) değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma ve kontrol grupları karşılaştırıldığında sadece C18 Stearik asit (474.3±166) (563.6±151) ve C24:1n9 Nervonic asit (29.3±22) (42.2±19) serbest yağ asidi miktarı istatistiki olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p<0.05). Çalışma grubunda plazma Stearik asit (p<0.05) ve Nervonic asit (p<0.001) düzeyleri ile Çalışma ve kontrol grupları arasında istatistiki anlamlı pozitif korelasyon mevcuttur.

Sonuç: Bulantı kusma şikayeti ve idrarda keton pozitifliği olan gebelerin fetal nörolojik gelişimde kullanılan omega 3 ve 6 plazma yağ asit düzeylerinde normal gebelere göre anlamlı fark yoktur. Omega 9 yağ asitlerinden (C24:1n9) Nervonic asit ve doymuş yağ asidi olarak da C18 (Stearik asit) tercih etmektedir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, bulantı kusma, serbest yağ asidi

PB-088

Fetal doğum ağırlığı ile anne serumu PAPP-A düzeyleri ilişkisi

Özkan Özdamar¹, Murat Muhcu², Mehmet Vedat Atay²

¹Gölcük Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Gölcük, Kocaeli; ²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, İstanbul

Amaç: Pregnancy associated plasma protein – A (PAPP-A) primer olarak sinsityotrofoblastlar tarafından üretilen glikozile bir protein kompleksidir. PAPP-A'nın IGF-bağlayıcı proteinler (IGF-BP) için proteaz fonksiyonu olduğu gösterilmiştir. IGF-BP'lerin IGF'lerin aktivitelerini düzenlemelerinden ötürü, PAPP-A fetal büyümede önemli rol oynamaktadır. Bu patofizyolojik ilişkiler PAPP-A ile fetal gelişim kısıtlılığı arasında muhtemel ilişkileri akla getirmektedir. Bu ça-

lişmada anne serumu PAPP-A düzeyleri ile fetal doğum ağırlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2006-2012 yılları arasında 11+0 and 13+6 haftalar arasında birinci trimester anomali taraması yapılan ve hastanemizde ≥ 37 hafta doğum yapan 6822 kadın arasından rastgele seçilen 50 hastada yapıldı. Bir başka çalışma için tüm demografik veriler, PAPP-A, β -hCG düzeyleri, fetal ense kalınlığı ölçümleri daha önceden toplanmış ve databank oluşturulmuştu. Çoğul gebelikler, fetal defektler, kromozomal bozukluklar, ≤ 24 hafta doğumlar, fetal makrozomi ve preeklampşik hastalar dışlandı. Fetal doğum ağırlığı ile PAPP-A MoM arasındaki ilişki lineer regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Rastgele seçilen 50 kadının doğumdaki ortalama yaşları 28.38 (19-41) idi. Gebelik-öncesi ortalama anne ağırlığı 60.44 (43-92) (kg) idi. Ortalama fetal doğum ağırlığı 3406 (2800-3950) idi. Ortalama PAPP-A MoM 1.114 (0.301-4.004) idi. Lineer regresyon analizi PAPP-A ile fetal ağırlık arasında ilişki olmadığına işaret etmektedir ($p=0.3536$, $r=-0,134$).

Sonuç: PAPP-A ile fetal ağırlık arasında ilişki bulamadık. Önceki çalışmalar PAPP-A'nın FGR için kullanışlı bir marker olduğuna ve LGA fetüslerde yüksek seviyelerine işaret etmektedir. PAPP-A'nın plasental dokudan salgılanması nedeniyle düzeylerinin plasental doku hacmini yansıtabileceği hipotezi mantıksaldır. Ancak verilerimiz, ilerleyen gebelik haftalarında FGR veya LGA gelişecek gebelikleri öngörmede PAPP-A'nın tek başına öngörü değeri taşımadığına işaret etmektedir. Bu tablolar açısından riskli gebelere farklı tanısal testler gereklidir.

Anahtar sözcükler: PAPP-A, fetal doğum ağırlığı, fetal gelişim kısıtlılığı

PB-089

Gebeliğin intrahepatik kolestazi: Tersiyer merkezin 5 yıllık deneyimi

İbrahim Uyar, İbrahim Gülhan, Deniz Öztekin, Cenk Gezer, Atalay Ekin, Seçil Kurtulmuş, Mehmet Özeren
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İzmir

Amaç: Hastanemizde son 5 yılda Gebeliğin İntrahepatik Kolestazi (GİK) tanısı ile yatan hastaların değerlendirilmesi.

Yöntem: Hastanemizde Ocak 2008-Mayıs 2013 tarihleri arasında GİK tanısı konan 150 hasta retrospektif olarak değerlendirilerek yaş, tanı haftası, doğum haftası, tanıdan sonra doğuma kadar geçen süre, fetal ağırlık, transaminazlar, hemogram ve koagülasyon parametreleri kaydedildi. Hastalar tanı haftalarına ve gravida durumlarına göre ikişer ayrı gruba ayrıldı. Buna göre 32 hafta öncesinde tanı alan hastalar A grubunu ($n=49$), 32 hafta üzerinde tanı alan hastalar B grubunu

($n=101$) oluşturdu. Gravidası bir olanlar Grup I ($n=63$), gravidası iki ve üzeri olanlar ise Grup II ($n=87$) olarak ayrıldı. Gruplar yukarıdaki parametreler açısından karşılaştırıldı. Veriler SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirildi.

Bulgular: GİK tanısı olan 150 hastanın yaş, gravida, tanı haftası, doğum haftası, doğuma kadar geçen süre ve fetal ağırlık ortalamaları sırasıyla 28.1 ± 6.2 , 2.2 ± 1.6 , 31.5 ± 5.8 , 36.7 ± 2.0 , 4.8 ± 6.3 ve 3070.0 ± 533.9 'dır. Grup A ve Grup B arasında yaş, doğum haftası, hemogram, transaminaz seviyeleri ve koagülasyon parametreleri açısından fark bulunmazken, doğuma kadar geçen süre ve fetal ağırlıklar açısından fark saptandı ($p=0.001$, $p=0.035$). Buna göre A Grubunda doğuma kadar geçen süre daha uzun, fetal ağırlık ise daha düşüktür. Grup I ve Grup II arasında ise tanı haftası, doğum haftası, fetal ağırlıklar, hemogram değerleri, transaminazlar ve koagülasyon parametreleri açısından fark bulunmazken, yaş açısından fark tespit edilmiştir ($p=0.001$). Buna göre Grup I'deki hastalar daha genç yaştaadır.

Sonuç: Çalışmamıza göre 32 haftanın altında GİK tanısı alan hastaların fetüsleri daha düşük doğum ağırlıklı olmaktadır. Primigravid ve multigravid hastalar arasında ise yukarıdaki parametreler açısından fark yoktur.

Anahtar sözcükler: Gebeliğin intrahepatik kolestazi, gravidada.

PB-090

Plasental lokasyon fetal cinsiyeti öngörebilir mi?

Özkan Özdamar¹, Murat Muhcu², Mehmet Vedat Atay²

¹Gölcük Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Gölcük, Kocaeli; ²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, İstanbul

Amaç: Pek çok ebeveyn bebeklerinin cinsiyetini gebeliklerinin en erken evresinde öğrenmek istemektedirler. Ancak fetal cinsiyetin belirlenmesi yalnız anne-babanın merakının giderilmesi amacıyla değil, cinsiyete özgün olarak ortaya çıkarılan bazı genetik hastalıklar için en kısa sürede genetik danışmanlık alabilmek için de önemlidir. Plasental yerleşim ile kötü perinatal sonuçlar arasındaki ilişkinin yanı sıra feta ağırlıkla da ilişkisi daha önceden çalışılmıştır. Ancak plasental lokasyon ile fetal cinsiyet ilişkisi üzerine literatürde veri yortur. Burada plasental yerleşim ile fetal cinsiyet arasında bir bağlantı olabilir mi sorusunu irdeledik.

Yöntem: Bu çalışma Haziran 2012 ve Aralık 2012 tarihlerinde 18-20. gebelik haftaları arasında rutin prenatal ultrasonografi yapılan ve hastanemizde doğum yapan hastalarla Gölcük Asker Hastanesi'nde gerçekleştirildi. Fetal cinsiyet değerlendirmesi transabdominal sonografi ile koronal, sagittal, aksial planlarda multipl görüntülerin alınmasıyla yapıldı. Plasental

lokasyon dikkatlice değerlendirilerek öndüvar-sağ, öndüvar sol, arkadüvar sağ ve arkadüvar sol olarak sınıflandırıldı. Tüm plasental anomaliler, plasenta previa, uterin anomaliler, çoğul gebelikler dışlandı. Fetal cinsiyet doğumdan sonra doğrulanarak kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 48 gebe dahil edildi. Yirmisekiz erkek fetüsten 26'sında (%92.8) plasenta sağ yan yerleşimli idi. Ancak 2 erkek fetüste (%7.1) sol yan yerleşimli plasenta tespit edildi. Öte yandan 20 dişi fetüsten 17 tanesinde (%85) plasenta uterusun soluna lokalize olmuşken 3 dişi fetüste (%15) sağ yerleşimli plasenta izlendi.

Sonuç: Ramzi's method olarak bilinen bir metoda göre cinsiyet tespitinde plasental/koryonik villüs lateralitesinin tespiti oldukça güvenilirdir ve yüzde oranları çalışmamızdakinden daha yüksektir. Bizim çalışmamızda da lateralitenin cinsiyetle ilişkisi özellikle erkek fetüslerin sağ yan yerleşimi için yüksek düzeyde anlamlı çıkmıştır. Çalışmamız 18-20. haftalar arasında yapılmış olsa da daha erken haftalarda yapılacak çalışmalar tanıda çokdaha yardımcı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Plasental lokasyon, fetal cinsiyet, ultrasonografi

PB-091

Term ve preterm düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların neonatal sonuçlarının karşılaştırılması

Bülent Çakmak¹, Deniz Anuk İnce², Şeyma Ünüvar¹, Ayşe Hendeççi², Mehmet Can Nacar¹

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat; ²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Amaç: Bu çalışmanın amacı term ve preterm düşük doğum ağırlıklı (SGA) doğan fetusların antenatal özellikleri ve neonatal sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Ocak 2012 - Haziran 2013 tarihleri arasında kliniğimizde doğumu gerçekleştirilen ve doğum sonrası Lubchenco eğrisi kullanılarak SGA tanısı alan yenidoğanların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalar gebelik haftası 37 hafta altında doğanlar ile 37 hafta ve üstü doğan fetuslar olmak üzere iki gruba ayrıldı (41; term ve 20; preterm). Antenatal özellikler, maternal hastalıklar ve neonatal sonuçlar iki grup arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Term doğanların ortalama doğum haftası 38.3±0.9 iken preterm doğanlarınki 33.9±2.0 olarak saptandı (p<0.001). Maternal yaş, kilo, vücut kitle indeksi ve gebelikte kilo alımı, doğum şekli, çoğul gebelik varlığı, maternal sigara kullanımı, sistemik hastalık sıklığı, anemi, preeklampsi varlığı açısından gruplar arasında fark tespit edilmedi (p>0.05).

Preterm yenidoğanların ortalama doğum ağırlığı 1746.5±401 gram iken term doğanların 2377.3±372 gram olarak tespit edildi (p<0.001). Her iki grupta 1. ve 5. dakika APGAR skorları sırası ile 7-8 ve 7-8 olarak saptanmış olup istatistiksel olarak fark bulunmadı (p>0.05). Nekrotizan enterokolit, bronkopulmoner displazi, retim-nopati, sepsis, mekanik ventilatör ihtiyacı açısından iki grup arasında fark saptanmadı (p>0.05). Yenidoğan 3. düzey yoğun bakımda yatış oranı, hastanede yatış süresi ve tam enteral beslenmeye geçiş süreleri preterm grupta daha fazla saptandı (p<0.001).

Sonuç: Düşük doğum ağırlığı term ve preterm fetusları benzer düzeydede etkilemekte olup SGA varlığı iki grup arasında prematüritenin getirdiği sorunlar dışında ek sorunlara neden olmamıştır.

Anahtar sözcükler: Preterm, SGA, neonatal

PB-092

Düşük doğum ağırlığının prematüre yenidoğanlarda neonatal sonuçlara etkisi

Deniz Anuk İnce¹, Bülent Çakmak², Ayşe Hendeççi¹, Şeyma Ünüvar¹, Mehmet Can Nacar²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat; ²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat

Amaç: Bu çalışmanın amacı preterm düşük doğum ağırlıklı (SGA) ve normal doğum ağırlıklı (AGA) fetusların antenatal özellikleri ve neonatal sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Ocak 2012 - Haziran 2013 tarihleri arasında kliniğimizde doğumu gerçekleştirilen ve doğum sonrası Lubchenco eğrisi kullanılarak AGA ve SGA tanısı alan 46 prematüre yenidoğanın (26;AGA ve 20;SGA) dosyaları retrospektif olarak incelendi. Prematüre yenidoğanlar SGA ve AGA olmak üzere iki gruba ayrıldı. Antenatal özellikler, maternal hastalıklar ve neonatal sonuçlar iki grup arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Preterm yenidoğan AGA bebeklerde ortalama doğum haftası 32.7±2.6 iken SGA bebeklerin 33.9±2.0 olarak saptandı (p>0.05). Maternal yaş, kilo, vücut kitle indeksi ve doğum şekli, çoğul gebelik varlığı, maternal sigara kullanımı, sistemik hastalık sıklığı, anemi, preeklampsi varlığı açısından gruplar arasında fark tespit edilmedi (p>0.05). SGA yenidoğanların ortalama doğum ağırlığı 1746.5±401 gram iken AGA doğanların 2117.3±597 gram olarak tespit edildi (p<0.05). AGA grubunda 1. ve 5. dakika APGAR skorları sırası ile 6-7 ve SGA grubunda 7-8 olarak saptanmış olup istatistiksel olarak fark bulunmadı (p>0.05). Nekrotizan enterokolit, bronkopulmoner displazi, retinopati, sepsis, mekanik ventilatör ihtiyacı açısından iki grup arasında fark saptanmadı (p>0.05). Ayrıca yenidoğan 3. düzey yoğun bakımda yatış

oranı, hastanede yatış süresi ve tam enteral beslenmeye geçiş süreleri açısından da iki grup arasında fark tespit edilmedi ($p>0.05$).

Sonuç: Düşük doğum ağırlığının premetüre yenidoğanlarda neonatal sonuçlar üzerine ek problemlere neden olmamıştır.

Anahtar sözcükler: Preterm, SGA, AGA, neonatal

PB-093

Heterotopik gebelik: Nadir bir olgu sunumu

Burcu Kasap, Melike Nur Akın, Eren Akbaba, Behiye Sarıyıldız, Kazım Hançer, Nilgün Turhan

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla

Olgu: Bu makalede intrauterin ikiz gebeliği olan ve eş zamanlı ektopik gebelik odağı da tesbit edilen bir vaka sunumu yapmaktayız. Vakamızda tesbit edilen heterotopik gebelik durumu intrauterin ve ekstrauterin gebeliklerin birlikte bulunmasıdır. Bildirilen insidans 1:100 ile 1:30000 gebelik arasında geniş bir varyasyon göstermektedir. Klinisyenler ve radyologlar intrauterine gestasyon tesbit edildiği zaman adneksleri de mutlaka değerlendirmeli ve klinik olarak şüpheli olmayan durumlarda bile ektopik gebelik odağı aramalıdır. Bizim vakamızda da olduğu gibi ektopik gebelik odakları ilerleyen gestasyona ragmen klinik şüphe uyandırmayabilirler, ani rüptür ve akut batın ile hayatı tehdit edecek boyutlara ulaşabilirler.

Anahtar sözcükler: Akut batın, heterotopik gebelik, intrauterine inseminasyon

PB-094

PPROM olan hastalarda plasental alfa mikroglobulin-1 (PAMG-1) (amnisure) veya spekulum muayenesi ile tanı konulan tanıların perinatal sonuçlarının karşılaştırılması

Sertaç Esin¹, Aytaç Tohma¹, Mahmut Güden¹, İsmail Alay¹, Eralp Baser², Bülent Yirci¹, Deniz Esinler¹, Serdar Yalvaç¹, Ömer Kandemir¹

¹Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ²Zekai Tabir Burak Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: PPRM'da tanı klasik olarak hasta öyküsü ve spekulum muayenesinde posterior vajende sıvı göllenmesinin izlenmesi ile konmaktadır. Vajinal muayenede plasental alfa mikroglobulin-1 (PAMG-1) (amnisure) testinin PPRM tanısında yüksek sensitiviteye sahip olduğu öne sürülmüştür. Ancak literatürde spekulum muayenesi veya amnisüre

re ile tanı konulan hastaların perinatal sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışma bulunmamaktadır.

Yöntem: Prospektif kohort olarak dizayn edilen çalışmamızda 34 hafta altında su gelme şikayeti olan hastalara önce spekulum muayenesi uygulandı, sonucu negatif olanlara ise amnisüre uygulandı. Tanısı spekulum muayenesi veya amnisüre ile konulan hastalar takip edildi ve perinatal sonuçları karşılaştırıldı. Belirtilen süre içerisinde takipleri tam olan 313 PPRM hastasının 234'ü 34 hafta altında idi ve çalışmaya alındı. Bu hastalardan 198'inde tanı spekulum muayenesi, 36'sında ise amnisüre ile konuldu. Her iki grubun da demografik özellikleri benzerdi.

Bulgular: İki grup karşılaştırıldığında Amnisüre grubunda PPRM haftası daha erken (29.9 ± 3.7 vs 31.4 ± 3.6 , $p=0.02$) ve doğuma kadar geçen süre daha uzundu ($9.5 [4.0-21.89]$ vs $4.0 [2.0-9.0]$, $p=0.001$). Her iki grupta doğum haftaları, doğum şekilleri, koryoamniyonit oranları, surfaktan ihtiyacı ve entübasyon oranları benzer iken nekrotizan enterokolit (NEK)'e bağlı yatış (%9 vs %0, OR=7.3 95%CI 4.86-11.0, $p=0.021$), antibiyotik ihtiyacı (%22.7 vs %7.9, OR=2.6 95%CI 1.12-6.05, $p=0.05$) ve bebek CRP pozitifliği (%18.2 vs %4.0, OR=5.4 95%CI 1.32-21.91, $p=0.03$) amnisüre grubunda daha yüksek olarak tespit edildi.

Sonuç: Amnisüre ile PPRM tanısı konan hasta grubunun PPRM haftası klasik spekulum muayenesine göre daha erken, doğum haftaları benzer ve doğuma kadar geçen süre daha uzun olarak bulunmuştur. Bulgularımız, amnisüre ile tanı konabilen hastaların PPRM'un daha kötü prognozlu bir alt grubunu temsil edebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: NEK, plasental alfa mikroglobulin-1, PPRM

PB-095

Fetal CRL değeri ile doğum ağırlığı arasındaki ilişki

Emin Üstünyurt, Harun Şimşek, Barış Korkmaz

Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa

Amaç: Bu çalışmada ilk trimesterde ölçülen fetal baş-popo mesafesinin (CRL) doğum ağırlığı ve preterm doğum ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: 10-14 haftalar arasında ultrasonografi ile fetal CRL ölçümü yapılan 999 gebe çalışma kapsamına alındı. Ovülasyon indüksiyonu ya da yardımcı üreme teknikleri sonucunda gebe kalmış olgular, sistemik hastalığı bulunan, çoğul gebeliği olan, gebelik sırasında preeklampsi tespit edilen gebeler çalışma dışı bırakıldı. CRL ölçümleri ile son adet tarihine

(SAT) göre hesaplanan gebelik yaşları arasında 6 günden fazla olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma popülasyonu CRL ölçümü ile son adet tarihine göre hesaplanan gebelik yaşı açısından 3 gruba ayrıldı. Grup A CRL ile hesaplanan gebelik haftası SAT'a göre 1-6 gün daha küçük olanlar; Grup B CRL ile hesaplanan gebelik haftası SAT ile uyumlu olanlar; Grup C CRL ile hesaplanan gebelik haftası SAT'a göre 1-6 gün daha büyük olanlar olarak tanımlandı.

Bulgular: CRL ölçümü beklenenden düşük olan grupta (Grup A), düşük doğum ağırlıklı bebek oranı diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0.026$). CRL ölçümü beklenenden fazla olan grupta (Grup C), makrozomik bebek sayısı diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p=0.036$). CRL değerleri ile preterm doğum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p=0.519$).

Sonuç: Gebeliğin ilk trimesterinde doğru olarak ölçülen CRL değeri, düşük doğum ağırlıklı ve makrozomik bebeklerin öngörülebilmesi açısından faydalı bir belirteçtir.

Anahtar sözcükler: CRL, Doğum ağırlığı, preterm eylem

PB-096

Acil ve profilaktik serklajın gebelik sonuçlarına etkilerinin karşılaştırılması

Pınar Özcan Cenksoy, Özge Kızılkale, Gazi Yıldırım, Cem Fıçıcıoğlu, Oluş Api

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada acil ve profilaktik serklajın gebelik sonuçları üzerine etkilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Yeditepe Üniversitesi Hastanesinde acil ve profilaktik serklaj uygulanan 59 hastaya ait veriler hasta kayıtlarından elde edilerek gebelik sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların 18 tanesine (%30.5) acil, 41 tanesine (69.5) profilaktik serklaj uygulandı. Tüm serklaj operasyonları Mc Donald tekniğiyle yapılmıştır. Acil serklaj yapılan hastaların yaşı 32.5 ± 5.9 iken, profilaktik serklaj uygulanan hastaların yaşı 32.8 ± 3.8 idi ($p=0.87$). Gravida, parite ve abortus açısından gruplar arasında istatistiksel fark izlenmedi. Serklaj yapılan gebelik haftası acil ve profilaktik olgularda 19.4 ± 5.0 ve 16.1 ± 4.0 idi ($p=0.01$). Acil serklaj grubunda istatistiksel anlamlı olarak servikal dilatasyon daha fazla, servikal kılma daha belirgin saptandı. Olguların 26'sı IVF gebeliği olup bunların 9 tanesine acil, 17 tanesine profilaktik serklaj uygulandı. Serklaj sonrası doğuma kadar geçen süre acil grubunda 6.1 ± 4.8 hafta iken, profilaktik grupta 18.4 ± 5.2 hafta izlendi ($p=0.001$). Acil serklaj grubunda doğum haftası daha erken, bebek doğum ağırlığı daha dü-

şük, bebek hospitalizasyon süresi daha uzun olarak tespit edildi ($p=0.001$). Hunileşme ve prolabe poş pozitifliği acil serklaj grubunun %94.4 ve %66.7'sinde izlendi. Abort ve stillbirth oranı acil serklaj grubunda, neonatal komplikasyon gözlenmeyen olgular profilaktik serklaj grubunda anlamlı olarak yüksek izlendi ($p=0.001$).

Sonuç: Profilaktik serklaj grubunda doğuma kadar geçen süre acil serklaj grubuna göre anlamlı olarak fazla, yenidoğan ve gebelik sonuçları belirgin olarak daha olumlu izlenmiştir. IVF gebeliklerinde uygulanan serklaj olgularında acil serklaj oranı spontan gebeliklerde uygulanan serklaj olgularındaki acil serklaj oranına göre daha yüksek izlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Serklaj, servikal yetmezlik, preterm eylem

PB-097

Antenatal dönemde uygulanan steroid tedavisinin fetal pulmoner kan akımına etkisi

Emin Üstünyurt¹, Özlem Başak Üstünyurt², Engin Korkmaz²

¹Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa; ²Zübeyde Hanım Doğumevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa

Amaç: Bu çalışmada antenatal betametazon tedavisinin, fetal pulmoner kan akımına etkilerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Preterm doğum açısından yüksek risk taşıması nedeni ile antenatal steroid tedavisi başlanan 28 gebe çalışma kapsamına alındı. Tüm hastalara 24 saat aralıklarla 2 doz 12 mg betametazon tedavisi uygulandı. Tedavi öncesi, steroidin ilk dozundan 24, 48 saat ve 7 gün sonra fetal pulmoner arter Doppler ölçümleri yapıldı. Doppler kan akımı değerleri fetal pulmoner arterin orta segmentinden ölçüldü.

Bulgular: Steroid tedavisinden 24 ve 48 saat sonrasında ölçülen fetal pulmoner arter pulsatilite indeksi (Pİ) ve resistans indeksi (Rİ) değerlerinde, tedavi öncesine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşüş izlendi (Pİ için sırasıyla $p=0.022$ ve $p=0.018$, Rİ için $p=0.001$ ve $p=0.004$). Tedavi sonrası 7. Günde, fetal pulmoner arter Pİ ve Rİ değerlerinin tedavi öncesi düzeylere döndüğü saptandı (Pİ için $p=0.216$, Rİ için $p=0.249$).

Sonuç: Antenatal dönemde uygulanan betametazon tedavisi fetal pulmoner arter pulsatilite ve resistans indeksi değerlerinde geçici bir azalmaya neden olmaktadır. Bu bulgular betametazonun, fetal pulmoner kan akımı üzerine doğrudan etkisi bulunduğuna işaret etmektedir.

Anahtar sözcükler: Betametazon, Doppler, pulmoner arter

PB-098**Çift embriyo transferinden sonra gelişen komplet mol hidatiform olgusu**

Sertaç Esin¹, İskender Başer², Nasuh Utku Doğan³, Bülent Yirci¹, Ertuğrul Karahanoğlu¹, Serdar Yalvaç¹, Ömer Kandemir¹

¹Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; ²Serbest Hekim; ³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya

Amaç-Olgu: Mol hidatiform ve sağlıklı gebelik birlikteliği nadir olarak rapor edilmiştir. 34 yaşında G7P0A6 olan hasta acile 17 hafta iken vajinal kanama şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde hepsi 10 hafta altı 6 erken gebelik kaybı mevcuttu. Hastaya özel tüp bebek merkezinde 2 embriyo transfer edilmişti ve transferden önce yapılan preimplantasyon genetik tanıda (PGD) embriyo karyotipleri normal olarak belirtilmişti. Hastanın dış merkezde yapılan ultrasonunda tek fetüsün geliştiği ancak ayrı yapıda 2. bir plasental yapının gözleendiği rapor edilmişti. Bölümümüzde yapılan ultrasonografide 17 hafta ile uyumlu, plasentası posteriorda olan morfolojik olarak normal fetüs ve uterus ön yüzde bal peteği manzarası gösteren hidropik avasküler diğer plasenta gözleendi. Hastanın vajinal kanama şikayeti mevcut olduğundan hospitalize edildi. 3 haftalık takip sonrasında hastada spontan abortus gelişti. Fetüs ve plasentası ile diğer plasenta patolojiye gönderildi. Aynı zamanda genetik örnekler de alındı. Patolojik değerlendirme normal yapıda ve mol hidatiform özellikli 2 ayrı plasentanın olduğunu gösterdi. Mol hidatiform yapısındaki plasentanın karyotipi 46,XX olarak rapor edildi ve tek nükleotid polimorfizm incelemesinde karyotipin paternal olduğu belirtildi. Komplet Mol Hidatiform tanısı konulan hastanın takibinde beta-hCG düzeylerinin plato çizmesi üzerine intramusküler tek doz Methotrexat uygulandı ve beta-hCG düzeyleri normal seviyeye geriledi. Bu olgu sunumunda transfer edilen embriyolardan birinin normal, diğerinin komplet mol hidatiform şeklinde geliştiğini düşündüren bulgular mevcuttur. Plasentaların birbirinden ayrı fetüslerden geliştiğini gösterebilecek tek nükleotid polimorfizmi çalışmaları halen devam etmektedir.

Anahtar sözcükler: İkiz gebelik, komplet mol hidatiform, tek nükleotid polimorfizmi

PB-099**Servikovajinal VEGF ölçümü ile preterm eylem öngörülebilir mi?**

Embiye Yılmaz¹, Emin Üstünyurt², Şakir Küçükkömürcü¹, Ferah Budak³, Güven Özkaya⁴

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa; ²Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa; ³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji Anabilim Dalı, Bursa; ⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biostatistik Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Bu çalışmada preterm eylemin öngörülmesinde, servikovajinal sıvıda VEGF ölçümünün faydasının araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesine Aralık 2012 ve Mart 2013 tarihleri arasında, gebeliğinin 24 ile 34. haftalarında preterm eylem tehdidi semptom ve bulguları ile başvuran hastalar ile sağlıklı gebelerden oluşan toplam 60 olgu çalışma kapsamına alındı. Preterm eylem tehdidi tanısı alan 30 gebe ile kontrol grubu sağlıklı 30 gebede, ELİSA yöntemi ile servikovajinal sıvıda VEGF ölçümü yapıldı.

Bulgular: Preterm eylem tehdidi grubundaki hastalar ile kontrol grubundakiler arasında, servikovajinal VEGF düzeyleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Preterm doğum yapanlar ile miadında doğum yapanlar karşılaştırıldığında, servikal uzunluk ile servikovajinal VEGF düzeyleri açısından, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Benzer şekilde servikal uzunluk ile servikovajinal VEGF düzeyleri arasında da anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada servikovajinal VEGF düzeyleri ile preterm doğum arasında bir ilişki gösterilememiştir. Ancak servikovajinal VEGF ölçümünün preterm eylemi öngörmedeki rolünün açıklığa kavuşması açısından, geniş serili iyi dizayn edilmiş çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Preterm eylem, servikal uzunluk, VEGF

PB-100**Doğum şekli tercihleri, neden, nasıl karar veriyorlar?**

Tuğba Altun Ensari, Duygu Kavak, Bülent Yirci, Sertaç Esin, Serdar Yalvaç, Ömer Kandemir

Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Doğum şekli anne ve yenidoğan sağlığını doğrudan etkileyebilen önemli bir olgudur. Hastanın kendi doğum şekline karar vermesi öteden beri tartışılmakta iken son yıllarda artan primer sezaryen oranları nedeniyle tekrar yoğun bir şekilde gündeme gelmiştir.

Yöntem: Antenatal polikliniğine başvuran 1110 hastanın tamamladığı, sosyodemografik bilgiler yanında, doğum şekli tercihleri ve nedenlerini sorgulayan çoktan seçmeli 15 sorudan oluşan anket formu üzerinden değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamaları 26.8 (15-45), ortalama gebelik sayısı 2.2 (0-11= ve %41,4'ü nullipardı. %28, ilkokul, %60.8'i ortaokul ve lise, %11.4'ü üniversite mezunuydu. Hastaların %24.4'ü sezaryen tercih ederken %75.6'sı vajinal doğum tercih etti. Sezaryen tercihinde 'Doğum yapamayacağı düşünmek' (%19.9) ve 'ağrıdan korkmak' (%18.1) etkiliyken vajinal doğum tercihi için 'Doğal olan yol olduğu için' (%73.2) ve 'daha erken iyileşme olduğu için' (%20) yanıtları çoğunlukta idi. Sezaryen tercihinde en düşük oranda cinsel hayatın etkilenmesi korkusu gelmekteydi. (%0.7) Eğitim düzeyi arttıkça sezaryen tercihi artmaktaydı.

Sonuç: Anne adayının tercihleri sırasında yaşadığı etkileşimler, sosyokültürel seviyesi ve eğitim düzeyi gibi birçok faktörü yansıtmaktadır. Bu çalışmaya göre sezaryen oranlarındaki artıştan hasta tercihleri sorumlu değilmiş gibi görülmektedir. Ancak doğum eylemi tam anlamıyla başladıktan sonra anne adayları daha farklı düşünebildikleri tecrübe edilmiştir. Anne adayı ile etkili iletişim ve yeterli bilgilendirme doğum şekli tercihini daha sağlıklı bir yönde etkilemenin yanında hasta uyumunu artırarak sezaryen oranlarındaki istenmeyen artışın önüne geçebilir. Hastaların eğitim düzeyleri ve sosyal durumları ışığında doğum eylemini algılayış biçimleri bu tür geniş tabanlı ve iyi tasarlanmış, belki hekim ayağı da olan araştırmalarla ortaya konduğunda sezaryen oranlarını azaltmak yönünde ülke çapında daha etkin bir eylem planı oluşturulabilir. Bu da kadın doğum hekimlerini kısmen haksız ünlerinden kurtarabilir.

Anahtar sözcükler: Doğum, tercih, sezaryen, vajinal

PB-101

Eski sezaryenli gebede korporal rüptür

Işıl Turan Bakırcı, Sevgi Kupık, Esra Can, Alev Atış Aydın
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum, İstanbul

Olgu: 24 yaşında G2P1 miadında gebe, ağrıları olması üzerine acile başvuruyor. Muayenede vaginal tuşesi 1-2 cm %50-60 silinmiş olarak saptanıyor. Hasta 4 yıl önce sefalopelvik disproporsiyon endikasyonu ile sezaryen ile doğum yapmış. NST de aktif travay ağrıları gözlenen hasta sancılı eski sezaryen endikasyonu ile ameliyata alındı. Batına girildiğinde uterusun fundusun alt kısmından korpuse doğru rüptüre olduğu fetusun omzunun rüptüre alandan dışarıya ekspoze olduğu izlendi. Baş gelişi olan bebek ayaklarından tutularak rüptüre alandan çıkartıldı. 3420 gr, 50 cm Apgar 8-9 kız bebek doğurtuldu. Plasenta ve ekleri de aynı yerden çıkartıldı. Eksplorasyonda uterus fundus üst kısımdan ve eski insizyon üzerinden batın ön duvarına yapışık olduğu izlendi. Yapışıklıklar disseke edildiğinde eski insizyon hattının intakt olduğu izlendi. Uterus rüptüre alanı korpuse kadar 3 kat separe olarak sütü-

re edildi. 1 adet batın içi dren konularak operasyona son verildi. Postop erken komplikasyon olmayan hasta sonraki gebelik için sıkı tavsiyelerle taburcu edildi.

Anahtar sözcükler: Eski sezaryen, rüptür, miadında gebelik

PB-102

Profilaktik servikal serklaj uygulanan hastalarda vücut kitle indeksinin (VKİ) perinatal sonuçlara etkisi

Sertaç Esin, Ertuğrul Karahanoğlu, Tuğba Altun Ensari, Bülent Yirci, Oya Aldemir, Serdar Yalvaç, Ömer Kandemir
Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Tartışmalı olsa da servikal yetmezlik ön tanısı ile profilaktik servikal serklaj uygulaması sık olarak yapılmaktadır. Obesitenin pandemik olduğu günümüzde, VKİ'nin servikal serklaja etkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Takipleri tam olan 122 profilaktik servikal serklaj vakası retrospektif olarak incelendi. Hastalar VKİ'ne göre <25, 25-30 ve ≥30 şeklinde 3 gruba ayrıldı ve gruplar karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 32'sinin (%26.1) VKİ'ni normal (<25), 69'u kilolu (25-30), 21'i ise (%17.4) obez idi. VKİ gruplarına göre (<25, 25-30 ve ≥30) ortalama doğum haftaları sırası ile 37.2±3.1, 36.0±5.3 ve 36.0±4.9 şeklinde idi (p=0.591). Serklajdan doğuma geçen zaman gruplarda sırası ile 24.3±3.2, 21.1±5.1 ve 21.4±4.9 haftaydı (p=0.171). VKİ ile serklajdan doğuma kadar geçen zaman arasında korelasyon yoktu (Spearman's rho= -0.252). Serklajdan sonra 39 (%32) hasta 37 hafta öncesi, 30 (%24.6) hasta ise 34 gebelik haftasından önce doğum yaptı. Multivaryans lojistik regresyon modelinde preterm eylem oranlarını etkileyecek değişken saptanmadı.

Sonuç: VKİ'nin profilaktik servikal serklaj sonuçlarına etkisini gözlemlemedik. Normal ağırlıkta olan, kilolu ve obez hastaların serklajdan doğuma kadar geçen süreleri benzerdir. Serklaj sonrası yüksek preterm doğum oranları dikkat çekicidir.

Anahtar sözcükler: Preterm eylem, profilaktik servikal serklaj, servikal yetmezlik

PB-103

PPROM olan hastalarda membran rüptürü sonrası ve doğum öncesi amniyotik sıvı düzeyi ile perinatal sonuçlarının karşılaştırılması

Sertaç Esin, İsmail Alay, Aytac Tohma, Mahmut Güden, Ertuğrul Karahanoğlu, Neslihan Yerebasmaz, Serdar Yalvaç, Ömer Kandemir

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Membran rüptürü sonrası rezidüel amniyotik sıvı ölçümünün prognostik değeri tartışmalıdır. Çalışmamızda membran rüptürü sonrası ve doğum öncesi dönemdeki amniyotik sıvı indeksi (ASİ) ölçümünün perinatal sonuçlara etkisini araştırmak amacı ile 234 PPRM hastası prospektif olarak incelendi.

Yöntem: 34 hafta altı PPRM tanısı konan ve doğumu hastanemizde gerçekleşen hastalar prospektif olarak takip edildi. Başvuru sırasında ve doğum öncesindeki ASİ düzeyleri <50 mm (oligohidramnios) ve ≥50 mm (normal) olarak gruplandı ve perinatal sonuçlar karşılaştırıldı.

Bulgular: Membran rüptürü tanısı alan hastaların tanıdan hemen sonra 161'inin (%68.8) ASİ ≥50 iken 73'ünde (%31.2) ASİ <50 mm idi. PPRM özellikleri karşılaştırıldığında başvuruda oligohidramnios saptanan grupta ortalama PPRM haftası 30,0±3,4 iken normal ASİ grubunda 30,8±3,5 haftaydı (p=0.009). Doğum haftaları karşılaştırıldığında ise oligohidramnios grubunda doğum haftası 31,1±3,1, normal ASİ grubunda 32,0±3,2 haftaydı (p=0,002). Gruplar karşılaştırıldığında doğuma kadar geçen süre ile ateş, koryoamniyonit ve uterin hassasiyet oranları benzerdi. Perinatal sonuçlarda sadece yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı oligohidramnios grubunda daha fazla (%91.5 vs %71.1, OR=3.13 95%CI 1.34-7.31, p=0.001). Doğum haftaları karşılaştırıldığında oligohidramnios grubunda 31,5±3,2, normal ASİ grubunda 32,1±3,2 haftaydı (p=0.015). Başlangıçta ASİ'si normal olan ancak doğumda oligohidramnios gelişen grupta yoğun bakım ihtiyacı başlangıçta normal olan grupla benzer iken başlangıçta oligohidramnios olan gruba göre daha azdı (%90.9 vs %73.6, OR=0.60 95%CI 0.42-0.85, p=0.023).

Sonuç: Çalışmamızda membran rüptürü sonrası ve doğum öncesi oligohidramnios tespit edilenlerde doğum haftası normal ASİ düzeyi olan PPRM hastalarına göre daha erkendir. Takipte oligohidramnios gelişenlerin prognozu gelişmeyenler ile benzerdir. Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı başvuruda oligohidramnios olanlarda daha fazla bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Amniyotik sıvı indeksi, PPRM, perinatal sonuçlar

PB-104

PPROM olan hastalarda doğum öncesi fetal prezentasyon ile perinatal sonuçlarının karşılaştırılması

Sertaç Esin, Mahmut Güden, İsmail Alay, Aytaç Tohma, Deniz Esinler, Serdar Yalvaç, Ömer Kandemir

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Gebeliklerin %3'ünde PPRM görülmektedir. PPRM olan olgularda verteks dışı prezentasyonların komplikasyonları arttırdığı bildirilmiştir. PPRM olgularımızda doğum öncesi prezentasyonunun perinatal sonuçlara etkisini araştırmak için hastalarımızın sonuçlarını inceledik.

Yöntem: Takipleri Perinatoloji ünitemizde gerçekleşen 234 PPRM olgusunun doğum öncesi fetal prezentasyonları ile perinatal sonuçları karşılaştırdık.

Bulgular: Başvuru esnasında 234 PPRM olgusunun 184'ü (%78,2) verteks prezentasyonda iken 50'si (%21.8) verteks dışı prezentasyonda idi. Verteks grubundakiler daha gençti [27.0 (22.8-32.0) vs. 29.5 (25.0-34.0), p=0.004] ve nulliparite oranları daha yüksekti (%53.0 vs. %33.3, OR=1.59 95%CI 1.05-2.40, p=0.017). Verteks grubunda membran rüptürü daha geç [32.3 (28.6-34.0) vs. 27.4 (26.3-29.7), p=0.000] ve doğum haftası daha fazla [32.3 (30.2-34.0) vs. 29.3 (27.6-33.2), p=0.000] iken doğuma kadar geçen süre daha kısaydı [5.0 (2.0-9.0) vs. 8.5 (5.0-18.8), p=0.000]. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış ve TPN süresi verteks grubunda daha kısaydı [6.5 (3.0-23.0) vs. 33.5 (6.0-61.0), p=0.000] ve [1.0 (0-5.3) vs. 7.5 (0-22.3), p=0.000]. Verteks grubunda yoğun bakım yatış ihtiyacı (%73.9 vs. %88.9, OR=0.83 95%CI 0.72-0.96, p=0.041), sepsis nedeniyle yatış oranı (%3.8 vs. %16.7, OR=0.23 95%CI 0.70-0.73, p=0.012), kafein tedavisi (%7.5 vs. %26.2, OR=0.29 95%CI 0.13-0.67, p=0.005), antibiyotik tedavisi (%4.7 vs. %23.8, OR=0.20 95%CI 0.70-0.55, p=0.001) CPAP oranları (%27.4 vs. %61.9, OR=0.44 95%CI 0.30-0.65, p=0.000), entübasyon ihtiyacı (%20.8 vs. %50.0, OR=0.41 95%CI 0.26-0.67, p=0.001) ve sürfaktan verilme oranı (%18.9 vs. %46.0, OR=0.40 95%CI 0.24-0.66, p=0.001) daha düşüktü.

Sonuç: PPRM sırasında fetal prezentasyonun verteks dışı olması kötü prognoz kriteridir. Bu nedenle PPRM tanısında verteks dışı pozisyonlarda olan gebelikler olası komplikasyonlar yönünden daha dikkatli takip edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Fetal prezentasyon, PPRM, perinatal sonuçlar

PB-105

11-14 hafta PAPP-A ve plasental volüm ölçümlerinin preeklampsi öngörüsündeki yeri

Öznur DüNDAR¹, Yusuf Olgaç¹, Deniz Acar², Ali Ekiz², Gökhan Yıldırım², İbrahim Polat², Ali Gedikbaşı²

¹Kanuni Sultan Süleyman EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul; ²Kanuni Sultan Süleyman EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Ünitesi, İstanbul

Amaç: Çalışmanın amacı 11+0 ile 13+6 gebelik haftalarının arasında ölçülen düşük PAPP-A ve plasental volümün, preek-

lamps gelişimindeki öngörüsünü ortaya koymak ve istatistiksel olarak bir fark olup olmadığını saptamak.

Yöntem: Gebeliğinin 11+0 ile 13+6 haftalarında rutin kontrol için hastanemize başvuran 740 gebenin, PAPP-A ve plasental volüm değerleri ölçüldü. 502 olgunun antenatal takipleri doğuma kadar başarı ile tamamlandı.

Bulgular: Gebeliğini tamamlayan 502 olgunun 460'ı preeklampsiden etkilenmezken, 18' i gebeliğin 34. haftasından önce (erken preeklampsisi), 24' ü ise 34. haftasında veya daha sonra (geç preeklampsisi) doğumla sonuçlanacak şekilde preeklampsisi tanıdı. Geç preeklampsisi grubunda ($p<0.01$) ve etkilenmemiş grupta ($p<0.001$) plasental volume ortalaması erken preeklampsili gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. Geç preeklampsisi ile etkilenmemiş grubun plasental volume değerleri arasında anlamlı farklılık yoktu.

Sonuç: Ortalama PAPP-A ve plasental volüm ölçümleri preeklampsisi grubunda, etkilenmemiş gruba göre anlamlı derecede daha düşük saptandı. Literatürde bu konudaki çalışmalar ve sonuçları çelişkili olup, PAPP-A ve plasental volüm ölçümü ile gebe popülasyonunda olası preeklampsisi gelişimini dışlamak amacıyla kullanımı daha uygundur. Preeklampsisi öngörüsünde yalnızca bu iki parametrenin kullanımı ile anlamlı sonuçlar ve öngörü sağlamak güçtür. PAPP-A ve plasental volüm bulgularının dışında hasta ile ilişkili diğer faktörlerin eklenmesi, preeklampsisi öngörüsünde daha başarılı sonuçlar sağlamamızda yararlı olabilir.

Anahtar sözcükler: Preeklampsisi öngörüsü, PAPP-A, plasental volüm

PB-106

PAPP-A ve uterin arter pulsatilite indeksi ölçümlerinin preeklampsisi öngörüsündeki yeri

Yusuf Olgac¹, Öznur Dünder¹, Alev Aydın², Ali Gedikbaşı², Ali İsmet Tekirdağ¹

¹Kanuni Sultan Süleyman EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul;
²Kanuni Sultan Süleyman EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Ünitesi, İstanbul

Amaç: Çalışmanın amacı 11+0 ile 13+6 gebelik haftalarının arasında ölçülen PAPP-A ve Ut-PI değerlerinin preeklampsisi gelişimindeki öngörüsünü ortaya koymak ve istatistiksel olarak bir fark olup olmadığını saptamak.

Yöntem: 740 gebe, 11+0 ile 13+6 haftalarında ikili tarama testi amacıyla rutin kontrol için hastanemize başvurdu ve bunların PAPP-A ve Ut-PI değerleri ölçülerek doğuma kadar antenatal takipleri yapıldı.

Bulgular: Toplam 238 olgu çalışmadışı bırakıldı: 227 olgunun gebelik sonuçlarına ulaşamadık, 6 olgu fetal anomali ne-

deni ile ve 5 olgu da gebeliğin 24. haftasından önce fetal ölüme ya da düşük meydana gelmesi nedeni ile çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen 502 gebede PAPP-A ortalaması preeklampsisi grubunda etkilenmemiş gruptan anlamlı olarak daha düşük olup, Ut-PI ortalaması etkilenmemiş gruptan anlamlı olarak daha yüksekti.

Sonuç: Literatürde bu konudaki çalışmalar çelişkilidir. Ancak, düşük PAPP-A preeklampsisi gelişimi için bir belirteçdir. PAPP-A'ya bağlı hastaya özgü preeklampsisi riski Ut-PI ölçümü ile desteklenebilir.

Anahtar sözcükler: Preeklampsisi öngörüsü, PAPP-A, uterin arter doppleri

PB-107

Plasenta invazyon anomalileri ve atonide transvers transuterin sütür ve basamaklı uterus devaskularizasyonunun etkinliği

Yasemin Doğan, Eray Çalışkan

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kocaeli

Amaç: Plasenta invazyon anomalileri ve atonide transuterin sütür ve basamaklı uterus devaskularizasyonu tekniğinin etkinliğini araştırmak.

Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Mayıs 2007 ile Mayıs 2013 tarihleri arasında postpartum kanama nedeniyle transvers transuterin sütür koyulan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Plasenta invazyon anomalileri ve atoni olguları demografik özellikleri, obstetrik parametreleri, uygulanan cerrahi yöntemler, histerektomiye gidiş, kan transfüzyonu ve yoğun bakım ihtiyacı açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma sürecinde postpartum kanama sebebiyle basamaklı tedavi edilen 115 hastaya transvers transuterin sütür tekniği uygulandığı saptandı, kanaması durmayan olgulara uterin arter ligasyonu (n=80), hipogastrik arter ligasyonu (n=20) ve histerektomi (n=22) yapıldı. Postpartum kanama olguları 61 plasenta invazyon anomalisi (%53) ve 54 atoni olgusundan (%47) oluşmaktaydı. Plasenta invazyon anomalisi grubunda transuterin sütür uterus devaskularizasyonuna rağmen kanamanın sürmesi nedeniyle histerektomi %26 (n=16), atoni grubunda %11 (n=6) idi ($p:0.04$). İnvazyon anomalileri sınıflandırıldığında, 28 plasenta akreata olgusunun ikisine, 17 plasenta inkreata olgusunun üçüne, 16 plasenta perkreata olgusunun 11'ine kanamayı durdurmak için konzervatif tedavi sonrası histerektomi yapıldı. Yoğun bakım ihtiyacı ve yatış süresi açısından atoni ve invazyon grupları arasında fark saptanmadı. Eritrosit süspansiyonu, trombosit ve tam kan trans-

füzyonları açısından benzer sonuçlar tespit edildi, taze donmuş plazma transfüzyonu atoni grubunda daha fazla idi.

Sonuç: En önemli maternal mortalite nedeni olan postpartum kanamalarda zamanında uygulanan cerrahi tedavi hayat kurtarıcıdır. Transvers transuterin sütür ve basamaklı uterus devaskülarizasyonu postpartum kanama olgularında histerektomiye alternatif olsa da, plasenta perkreato gibi derin invazyon anomalilerinde başarısız olma olasılığının daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Postpartum kanama, plasenta invazyon anomalisi, uterin atoni, transuterin sütür, uterus devaskülarizasyonu, histerektomi

PB-108

Uterin anomalili genç bir hastada birinci trimester spontan skarsız uterin rüptürü: Olgu sunumu

Esra Nur Tola, Okan Özkaya

Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Genç bir hastada on iki haftalık spontan uterus rüptürü olgusunun sunulması.

Olgu: Yirmi dört yaşında gravida 2, parite 1 olan hasta yaygın karın ağrısı ve vaginal kanama nedeni ile kliniğimize başvurdu. Batın muayenesinde yaygın hassasiyet, rebound ve defans bulunan hastaya yapılan abdominal USG'de sol adnexiyal lojda ölçümleri 12 haftalık gebelik ile uyumlu, kalp atımı olmayan fetüs tespit edildi. Hemogram değerlendirmesinde Hb: 7 g/dl olan hastanın nabızı 130/dk, tansiyonu 80/40 mmHg idi. Hasta 2 ünite eritrosit süspansiyonu hazırlatılarak ektopik gebelik tanısı ile acil laparotomiye alındı. Laparotomi sırasında batından yaklaşık bir litre kan aspire edildi. Batın gözleminde uterusu bicornus anomalisinin olduğu ve uterusun fundal kısmının komplet rüptür olup intrauterin gebeliğin batına düşmüş olduğu izlendi. Batında bulunan 12 haftalık ile uyumlu fetüs ve ekleri çıkartıldı. Uterusun katları onarıldı. Batın usulüne uygun olarak kapatıldı. Hastaya operasyon sırasında ve sonrasında 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Genel durumunun iyi vital bulgularının stabil olması nedeniyle post operatif 3. günde hasta taburcu edildi.

Sonuç: Spontan uterus rüptürü uterusun muskuler duvarının bütünlüğünün bozulmasıyla karakterize, yüksek fetal ve maternal mortalite-morbiditye ile seyreden ile bir durumdur. Büyük çoğunluğu son trimesterde meydana gelir. Genellikle anamnezde geçirilmiş uterin operasyon (myomektomi, sezeryan vs.), konjenital uterin anomaliler, uterin travma ve enstrumantasyon (forseps, küretaj, histeroskopi vs) gibi uterusu yapılan müdahaleler bulunsada herhangi bir risk faktörü

bulunmayan hastalarda erken gebelikte de uterin rüptür tanısı akıldatutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Birinci trimester, spontan skarsız uterin rüptür, uterin anomalisi

PB-109

Term yenidoğanda spontan pnömotoraks: Olgu sunumu

Özkan Özdamar¹, Murat Muhcu², Yalçın Bozkurt³

¹Gölcük Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Gölcük, Kocaeli; ²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, İstanbul; ³Gölcük Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi, Gölcük, Kocaeli

Amaç: Pnömotoraks hayatın ensik neonatal evresinde görülmektedir. Yenidoğan pnömotoraksı sıklıkla yüksek mortalite ile ilişkilidir ve sıklıkla akciğer sorunları (mekonyum aspirasyonu, hipoplazi), azalmış amniyotik sıvı ile ilişkilidir. Bu risk faktörlerinin olmadığı spontan pnömotoraks ise oldukça nadirdir.

Olgu: 30 yaşında G3P2 hastanın, tıbbi öyküsünde herhangi bir özellik yok. Antenatal kontrolleri normal olan hasta 39 haftalık gebe iken oligohidramniyos tespit edilmesi üzerine indüksiyon planlanarak yatırıldı. Travay takibi sorunsuz ilerleyen hasta müdahalesiz, vajinal yolla 4050 gram ağırlığında bir erkek bebek doğurdu. Doğum esnasında bebeğin boynunda kord dolanması mevcuttu ve 1. dakika apgar skoru 8 idi. Boynun üzerinde yüz bölgesinin tamamında belirgin plethora ve inlemeli solunumu mevcuttu. Pediatrist muayenesinde, diğer sistem bulguları tabii ancak sağ akciğer seslerinde hafif artış tespit edildi. Parmaktan bakılan saturasyonu %90-93 aralığındaydı. Plethora etyolojisine yönelik yapılan transkraniyal ultrasonografisi normal iken direkt akciğer grafisinde sağ akciğerde, akciğerin apeksinden başlayarak bazaline kadar devam eden pnömotoraks tespit edildi. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne sevk edilen yenidoğanın izleminde pnömotoraks alanında spontan gerileme izlendi. Genel durumunun iyi olması, saturasyonunun düşmemesi, arteriyel kangazı değerlerinin normal olması üzerine izlemi takiben taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolünde yüzdeki plethora tamamen gerilemişti.

Tartışma: Spontan pnömotoraks rölatif nadir bir antitedir. Sağlıklı neonatların %1-2'sinin klinik olarak sessiz pnömotorakslardan etkilendiği tahmin edilmektedir. Daha da nadir olan semptomatik pnömotoraks solunumsal distress ile karakterizedir. Tedavi klinik tabloya bağlı olup küçük, sessiz pnömotorakslar (hemi-toraks volümünün <%15'ini tutan) tedavi gerektirmeyebilirken semptomatik vakalarda drenaj şarttır. Bizim vakamızda pnömotoraks hemi-toraksın %15'ten azını tutmuş, spontan gerilemiştir. Literatürde pnömotoraks

ile plethora birlikteliğine rastlamadık, bu nedenle tablonun bağımsız ve geçici bir durum olduğunu değerlendirdik.

Anahtar sözcükler: Pnömotoraks, yenidoğan, spontan, solunumsal distres

PB-110

Prenatal tanı konan primer konjenital lenfödem

Özge Kızılkale, Aslı Somunkıran, Cem Fıçırcıoğlu, Cemile Bilgin, Oluş Apı

Yeditepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Oldukça nadir görülen primer konjenital lenfödem olgusuna ait prenatal ultrasonografik bulguların sunulması.

Olgu: Kliniğimizde takip edilen 38 yaşında G4P1A2 hastanın birinci trimester trizomi 21 taraması düşük risk grubundaydı. 22. Gebelik haftasında yapılan genetik sonogramda herhangi bir kromozomal belirteç saptanmadı. Ancak yapılan anatomik incelemede fetal ayakların dorsal bölgesinde bileklere uzanan bilateral lenfödem tespit edildi. Aile anamnezinde lenfödem öyküsüne rastlanmadı. Amniosentez sonucu normal karyotip ile uyumlu geldi. Ayrıca microarray çalışmasında herhangi bir patoloji saptanmadı. FOXC2 ve FLT4 genetik mutasyon analizine yönelik yapılan moleküler genetik araştırmada herhangi bir patoloji saptanmadı. Bu bulgularla Milroy hastalığı, Turner sendromu, Noonan sendromu, mikrosefali-lenfödem, lenfödembistikiazis sendromu, lenfödem-ptozis sendromu ekarte edilmiş oldu. Verilen genetik danışmanlık sonrasında hasta rutin gebelik taklibine alındı. Şu anda gebelik 32. Haftasında olup lenfödem hala ayakların dorsal yüzünde sınırlı olup bacaklara doğru ilerleme göstermedi.

Sonuç: Prenatal ultrasonografik incelemede izole alt ekstremitelerde lenfödem tespit edildiğinde aile öyküsü araştırılmalı ve ayırıcı tanıda hastalığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Milroy, konjenital primer lenfödem, prenatal tanı

PB-111

Polihidramniyos: Etiyoloji ve gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi

Çağrı Gülümser¹, Nihal Şahin Uysal¹, Filiz Yanık¹, Aylin Tarcan², Esra Kuşçu¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Polihidramniyos sıklıkla 2. veya 3. trimester problemi olarak ortaya çıkar. İnsidansı %1-2'dir. En pratik tanı yöntemi

ultrasonografik incelemede en derin sıvı cebinin vertikal ölçümüdür (≥ 8 cm). Gebelik sonuçları polihidramniyosun etiyojisi ve derecesine göre değişkenlik gösterir. Bu çalışmada Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesindeki polihidramniyos olgularının etiyojisi ve gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde 2006-2012 yıllarındaki doğum kayıtları tarandı. Maternal pregestasyonel/gestasyonel diyabet tanısı alan olgular hariç tutulduğunda toplam 16 polihidramniyos olgusu tespit edildi (16/3631 doğum, %0.44). Hasta dosyaları incelenerek demografik özellikler, antepartum risk faktörleri, doğumda gebelik haftası, prezentasyon anomalileri, doğum şekli ve yenidoğan sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 34.25 ± 5.29 , ortalama parite $0,81 \pm 0,75$ idi. Olgularımızdan biri ikiz gebelikti. 16 olgunun 6'sı preterm doğum yapmıştı (%37.5). 16 olgunun 5'inde makat prezentasyonu mevcuttu (%31). Sezaryen oranı %87.5 olarak tespit edildi (14/16). Yenidoğan ağırlığı ortalama 2771.18 ± 1075.13 g olup, bebeklerin 6'sı yoğun bakımda izlenmişti (6/17, %35.3); diafragma hernisi ve multipl anomalileri olan 2 bebek postnatal eksitus olmuştu (2/17, %11.8). Olguların etiyojileri araştırıldığında; 2'sinde konjenital diafragma hernisi, 1'inde multipl konjenital anomali, 1'inde konjenital kardiak anomali, 1'inde ikiz gebelik, 1'inde maternal kronik böbrek yetmezliği mevcutken, 10'unda herhangi bir neden saptanamamıştı (10/16, %62.5). Açıklanamayan polihidramniyos olgularının birinde postnatal dönemde hipotonik infant tanısı konuldu.

Sonuç: Polihidramniyos, antenatal dönemde fetal yapısal veya kromozomal anormalliklerin bir bulgusu olabileceği gibi, postnatal dönem için yenidoğan problemleri açısından da dikkate alınmalıdır. Olguların yaklaşık yarısında etiyojisi saptanamamakla birlikte etiyojisi saptanabilen olgularda en sık neden fetal malformasyon ve genetik bozukluklardır; maternal pregestasyonel/gestasyonel diyabet ise ikinci sırada yer alır.

Anahtar sözcükler: Etiyoloji, polihidramniyos, prognoz

PB-112

Kan transfüzyonu gerektiren postpartum kanamalar

Nihal Şahin Uysal, Çağrı Gülümser, Mehmet Tunç, İrem Alyazıcı, Filiz Yanık

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

Amaç: Postpartum kanama, tahmini kan kaybının vajinal doğum sonrası >500 mL, sezaryen sonrası >1000 mL olması ya da hastayı semptomatik hale getiren aşırı kanama olarak ta-

nımlanmaktadır. Türkiye’de maternal mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Bu çalışmada Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nde kan transfüzyonu gerektiren postpartum kanama olgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nde 01.01.2011-10.08.2013 tarihleri arasında gerçekleşen doğumların kayıtları tarandı. Bu dönemde toplam 2020 doğumun 22’sinde kan transfüzyonu gerektiren kanama olduğu saptandı (%1.08). Hasta dosyaları incelenerek hastaların demografik özellikleri, doğumda gebelik haftası, doğum şekli, antepartum risk faktörleri, postpartum kanama nedenleri, transfüzyon öncesi hemoglobin değerleri, diğer postpartum komplikasyonlar, maternal morbidite ve varsa mortalite değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 30.91±4.59 olup, 23 ile 43 arasında değişmekte idi. Ortalama parite 0.68±0.72 olup, 0 ile 2 arasında değişmekte idi. Olgularımızın tamamında tekil gebelik mevcuttu. Doğumda gebelik haftası ortalama 36.05±4.20 olup, 24 ile 40 aralığındaydı. 22 olgunun 17’si sezaryen ile doğum yapmıştı (%77.27). En sık karşılaşılan postpartum kanama nedeni uterin atoni idi (%59.09). Transfüzyon öncesi hemoglobin düzeyleri 4.5 ile 9.8 gr/dL arasında değişmekte olup, ortalama 7.82±1.34 gr/dL idi. Plasenta previa ve inkreata tespit edilen bir olguda kanama kontrolü için hipogastrik arter ligasyonu uygulanmıştı. Olgularımızda mortalite izlenmemiştir.

Sonuç: Postpartum kanama, sık karşılaşılan obstetrik acillerden biridir, maternal morbidite ve hatta mortalite ile sonuçlanabilir. Postpartum kanama tanı ve yönetiminde; risk faktörlerinin göz önünde bulundurulması, doğum süresince ve erken postpartum dönemde hastanın yakın takip edilmesi oldukça önemlidir. Zamanında müdahale edilmesi ve kan transfüzyonu yapılması hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar sözcükler: Etiyoloji, postpartum kanama, transfüzyon

PB-113

Intrauterin kardiyak yetmezlik nedeni olarak Galen ven anevrizması

Nihal Şahin Uysal¹, Çağrı Gülümser¹, Tuğba Tekelioğlu¹, Aslıhan Abbasoğlu², Birgül Varan³, Filiz Yanık¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Ankara; ³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Galen ven anevrizması internal serebral venlerin füz-yon defektinden kaynaklanan nadir görülen bir konjenital anomalidir. İntrakranial vasküler malformasyonların %1’ini

oluşturur. Düşük rezistansa bağlı yüksek debili kardiyak yetmezlik yapar. Kliniğimizde intrauterin olarak saptanan bu olgunun gündeme getirilerek literatür bilgileri ışığında tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 39 yaşında ve dördüncü gebeliği olan olgumuz 25+2 haftalık iken fetal kardiyak anomali şüphesi ile kliniğimize sevk edilmişti. Yapılan ultrasonografide nukal kalınlıkta artış, kardiyak aksta sola deviasyon, kalpte toraksın yarısını kaplayacak şekilde büyüme, vena kava superior ve boyun vasküler yapılarında belirgin genişleme saptandı. Kranial anatomi değerlendirildiğinde, orta hatta genişlemiş yapı dikkat çekti ve renkli dopler ile değişken akım yönlerine sahip genişlemiş damar yapılarının görülmesi sonucunda Galen ven anevrizması tanısı düşünüldü. Fetal ekokardiografide sağ kalp boşlukları genişlemiş olup, belirgin kardiyak anomali tespit edilmedi. Antenatal izleme sık aralıklarla devam edildi. Olgumuza fetal akciğer matürasyon indüksiyonu için tek kür betame-tazon uygulandı ve kardiyak yetmezlik bulgularının artması üzerine 32. gebelik haftasında 1750 gram ağırlığındaki bebek sezaryen ile doğurtuldu. Yenidoğan solunum sıkıntısı nedeni ile entube edildi, intratrakeal sürfaktan uygulandı. Girişimsel Radyoloji tarafından embolizasyon planlandıysa da, yenidoğan stabilize edilemediğinden girişim yapılması mümkün olmadı. Postpartum 10. saatte saturasyon düşüklüğü, bradikardi, takiben kalp ve solunum durması ile yenidoğan eksitusu gerçekleşti.

Yorum: Galen ven anevrizması olgularının çoğu 3. trimesterde saptanır, kardiyomegali ile prezente olur. Literatürde fetal dekompanseasyon olmadan önce doğumu öneren yayınlar olmakla birlikte, prematür doğumun yenidoğan sonuçlarını değiştirmediyi belirten yayınlar da mevcuttur. Prognoz; tanı zamanı, kardiyak yetmezlik bulgularının varlığı ve anevrizmanın boyutuna bağlıdır. Şiddetli kardiyak yetmezlik, morbidite ve mortalitenin en önemli belirleyicisidir.

Anahtar sözcükler: Galen ven anevrizması, intrauterin kardiyak yetmezlik, prenatal tanı

PB-114

Servikal dokuda kollajen ve hidrokspirolin oranları ve gebelik süresince serviks dokusundaki kollajenin fizyolojik değişimi

Oğuz Arslan¹, Asuman Gedikbaşı², Ali Gedikbaşı¹, Murat Giriş³, Semra Doğru Abbasoğlu³, Ali İsmet Tekirdağ¹

¹İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul; ²İstanbul Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Bölümü; ³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Normal gebelik sırasında, serviksin biyomekanik sağlamlığı kollajen tarafından sağlanır. Gebelikte ve abort yapan

gebelerdeki fizyolojik kollajen değişimleri, gebelik haftası ile yaş ve parite ile ilişki göstermektedir.

Yöntem: Çalışmada ilk trimester gebelik kaybı (çalışma grubu, n=45) ve benign jinekolojik sebeplerle (kontrol grubu, n=13) kliniğimize başvuran 58 hastaya servikal biyopsi uygulandı. Birinci trimester abortu olan 45 hasta, gebelik haftalarına göre 3 grupta incelendi: <7. Hafta (n=11), 7-9. Hafta (n=23), >9. Hafta (n=11)). Biyokimyasal ölçüm yapılarak kollajen miktarı (μg OHP/mg kuru doku) hesaplandı. Bunun için, Switzer' in tanımladığı şekilde serviks dokusunda hidrokspirolin (OHP) ölçümü yapıldı. Son olarak, kollajen miktarının, yaş ve parite ile değişimi araştırıldı.

Bulgular: Kontrol grubunda 24.48 ± 12.87 $\mu\text{gOH-prolin/mg}$ kuru doku ve çalışma grubunda anlamlı olacak şekilde 13.06 ± 4.17 $\mu\text{gOH-prolin/mg}$ kuru doku saptandı ($p=0.0001$). Veriler gebelik haftalara göre düzenlendiğinde, kontrol grubu ile <7 hafta grubu (17.01 ± 1.11 $\mu\text{gOH-prolin/mg}$ kuru doku) arasında kollajen değerlerinde farklılık izlenmemiştir ($p=0.047$). 7-9. hafta grubu (12.07 ± 3.85 $\mu\text{gOH-prolin/mg}$ kuru doku) ve >9. hafta grubunun (11.16 ± 4.39 $\mu\text{gOH-prolin/mg}$ kuru doku) değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0.0001$). Lineer regresyon analizlerinin sonucuna göre, kollajen yaşla artmakta ve parite ile azalmaktadır.

Sonuç: Serviks kollajen içeriği gebeliğin ilk trimesterinden itibaren azalmaya başlamaktadır: gebeliğin 7. haftasından itibaren kollajen seviyeleri düşmeye başlamaktadır. Literatür bilgisi ile uyumlu şekilde kollajen değerlerinin yaşla birlikte artmakta, parite ile azalmaktadır.

Anahtar sözcükler: Servikal kollajen, OH-prolin, fizyolojik değişiklik

PB-115

Olgu sunumu: 14q32 delesyonu

Ulaş Çoban¹, Çağdaş Özdemir¹, Samet Günkaya¹, İbrahim Polat², Alev Aydın², Ali Gedikbaşı²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği; ²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Ünitesi, İstanbul

Amaç: 14q interstisyel delesyonu çok sık rastlanılan bir mutasyon olmamakla beraber kendine özgü fenotipi ve birçok sistemi ilgilendiren hastalıklarla ilişkili bir mutasyondur.

Olgu: NS (33 yaşında, G2 P1, eski sectio)'ye 12. gebelik haftasında uygulanan ikili tarama testinde risk saptanması üzerine 14. gebelik haftasında koryon villus biyopsisi uygulandı. Örneklem sonucunda 14q32 bandını içeren interstisyel 14q delesyonu şeklinde geldi ($46,-\text{del}(14)(q24q32)$). Özgeçmiş ve aile öyküsünde herhangi bir özellik bulunmayan hastaya

19. gebelik haftasında yapılan ultrasonografide bilateral ventrikülomegali (lateral ventriküller 12 mm) ve kardiyak patoloji (sol ventriküler hipoplazi ve muskuler VSD) saptanmıştır. Genetik bölümü doktorları ile ortak görüşme ve hasta ile eşine verilen danışma sonrası, aile gebeliğin sonlandırılmasına karar vermiştir. Otopsi bulguları, prenatal bulgular ile uyumlu gelmiştir. 14. kromozomun uzun kolu ile ilişkili 3 farklı delesyon saptanabilmektedir: ring formasyonu, terminal delesyon ve interstisyel delesyon. En sık görülen tipi ring delesyonu olup fasyal dismorfizm ve hastalarda konvülsiyonlar tipik bulgularıdır. 14q terminal delesyon gösteren olgularda sabit veya ortak bulgular görülmeyebilir. Buna karşın literatürde yayınlanmış bulunan postnatal interstisyel delesyon olgularının ortak verileri, karakteristik dismorfik bulgular (anürezis, nonepileptik miyokloni, Wolff-Parkinson-White sendromu, gecikmiş miyelinizasyonu), mental ve motor gelişme geriliği şeklindedir.

Sonuç: 14q interstisyel delesyonu kendine özgü fenotipi, meydan gelen mental ve motor gelişme geriliğine bağlı olumsuz prognoza neden olmaktadır.

Anahtar sözcükler: İnterstisyel 14q delesyonu, prenatal tanı

PB-116

Antenatal ve postnatal non-immun hidrops fetalis tanısı alan olgular

Ferhat Demir¹, Merih Çetinkaya¹, Gökhan Büyükkale¹, İbrahim Polat², Alev Aydın², Ali Gedikbaşı²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Bölümü, İstanbul; ²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü

Amaç: Perinatoloji ve neonatoloji ünitelerimizde non-immun hidrops fetalis (NIHF) tanısı alan olguların etyolojisi.

Yöntem: 2009-2012 arası NIHF tanısı almış 61 bebeğin verileri kaydedildi. Yenidoğan Ünitesine NIHF tanısı ile yatırılan bebeklerin demografik verileri, neonatal morbiditeleri, sıvı olan organ sistemleri, yapılan parasentez, torasentez gibi girişimlerin sayısı, hastanede kalış süresi, NIHF'in etyolojisi ve mortalite verileri kaydedildi.

Bulgular: Doğumda ortalama anne yaşı 29.2 ± 6.8 yıl, bebek ortalama doğum haftası 34.2 ± 3.7 hafta, ortalama doğum ağırlığı 2509 ± 862 gr idi. 21 olguya (%35) < 22 hafta nedeniyle terminasyon uygulanmıştı; bunlarda kistik higroma, kardiyak anomali, iskelet displazisi, diyafragma hernisi, hidrosefali ve trizomi 13-18 gibi ek anomaliler mevcuttu. Fetal anemi, pulmoner sekestrasyon ve kardiyak anomalili 3 fetus (%5) in utero öldü. Diğer 37 bebeğin (%60) 12'si (%32) postpartum izlem sırasında kaybedildi, 25 bebek canlı (%68) taburcu edildi. Bu bebeklerin 17 tanesinde (%31) kardiyak anomali, 1 olguda lipid depo hastalığı, 2 olguda neonatal Bartter sendromu

mu, 1 olguda ektopik renal kist tanısı konuldu. Kistik higroma, diyafragma hernisi, pulmoner sekestrasyon gibi konjenital anomaliler 12 olguda (%29) etyolojiden sorumlu idi. Kromozomal anomaliler 2 olguda (%5) saptandı. Yine 2 olguda (%5) ritm bozuklukları (1 olguda SVT, 1 olguda tam A-V blok) mevcut idi. Fetal anemi ile doğurtulan bir olguda ise Parvovirus enfeksiyonu saptandı.

Sonuç: Çalışmalarda NIHF mortalite oranı %50-90 olarak bildirmektedir. Konjenital kalp hastalıkları, kromozom anomalileri, sendromlar, prematürite ve pulmoner hipoplazi en kötü prognoz ile ilişkilidir. Yatış anında plevral efüzyon varlığı sağ kalımı anlamlı şekilde azaltmaktadır. Çalışmamızda mortalite oranı %42 olup, literatürden daha düşük bir orandır ve NIHF yaklaşımlarımızın uygun olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Non-immun hidrops fetalis, etyoloji, mortalite

PB-117

Doğum ağırlığı 4000 gram ve üzerinde olan gebeliklerin maternal ve fetal değişkenlerle ilişkisi

Alpaslan Akyol¹, Hasan Talay¹, Alev Aydın², İbrahim Polat², Ali Gedikbaşı², Cemal Ark²

¹Kanuni Sultan Süleyman EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ²Kanuni Sultan Süleyman EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Ünitesi, İstanbul

Amaç: 4000 gr ve üzerinde doğan bebeklerde maternal ve fetal değişkenlerle ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Ocak 2011 - Haziran 2012 tarihleri arasında hastanemizde, 37-42. gebelik haftalarında doğum yapan ≥ 4000 gr 312 yenidoğan, aynı dönemde 2500-3999 gr arası doğan 316 yenidoğan ile karşılaştırıldı. Gruplar arasında anne yaş, parite, annede gestasyonel diyabet varlığı, Hemogloblin A1c (HbA1c) düzeyleri, önceki gebeliklerde makrozomi öyküsü, polihidramnios durumu karşılaştırıldı..

Bulgular: Maternal HbA1c düzeyi çalışma grubunda (n:15, %4.8), kontrol grubuna göre (n:4, %1.2) daha yüksek bulunmuştur ve her iki grup arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. Bunun yanı sıra parite (1.44 \pm 1.34'e karşı 1.23 \pm 1.27; p=0.04), makrozomili bebek öyküsü (68'e karşı 16; p=0.001), polihidramnios varlığı (30'a karşı 2; p=0.01) çalışma grubunda istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: >4000 gr doğumlarda parite, HbA1C düzeyleri, makrozomili bebek doğurma hikayesi, polihidramnios varlığı, klinik ile ilişkili parametreler olarak bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Makrozomi, gestasyonel diabetes mellitus, Hemogloblin A1c.

PB-118

Gebeliğin kolestatik hastalığında maternal ve perinatal sonuçlar

Öznur DüNDAR¹, Sıdıka Tezcan¹, Seçil Yücel¹, İbrahim Polat², Alev Aydın², Ali Gedikbaşı²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Ünitesi, İstanbul

Amaç: Perinatoloji servisimizde obstetrik kolestaz tanısı konulan hastaların yönetimini ve gebelik sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem: Ocak 2002 ile Şubat 2013 yılları arasında, hastanemizin perinatoloji kliniğinde yatırılarak takip edilen obstetrik kolestaz tanılı 151 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Kaşıntı nedeni olabilecek herhangi bir dermatolojik durum yokluğu, kolestatik patern gösteren karaciğer testleri ALT (alanin transaminaz) >40 U/L ve AST (aspartat transaminaz) >40 U/L, viral hepatit bulgularının olmaması (HbSAg_e(-), anti-HBc (-), anti-HAV (-)), ultrasonografik olarak safra kesesi ve karaciğer patolojisi olmaması, gebeliğin kolestatik hastalığı tanı kriteri olarak belirlendi ve ilgili maternal ve neonatal sonuçlar kayıt edildi.

Bulgular: Ortalama gebelik yaşı 28.81 \pm 5.67 yıl olan 151 hasta ve 168 bebek doğumu kayıtlardan elde edildi. 14 adet çoğul gebelik olgusu mevcuttu. Obstetrik kolestazın ortalama tanı haftası 33.98 \pm 3.06 hafta, doğumda gebelik haftası 36.95 \pm 1.87 hafta olarak saptandı. Gebelerin %52.13'ü sezaryen ile doğum yaptı. En sık iki sezaryen endikasyonları sırasıyla: geçirilmiş sezaryen (%28.57) ile fetal distress (%22.85) tanılarıyla. Preterm doğum oranı (<37 hafta) %35 şeklinde saptandı. Ortalama yenidoğan ağırlığı 33008.27 \pm 554.29 gr ve 5. dakika APGAR skoru 8.76 \pm 0.87 olarak belirlendi. Amniyotik sıvıda mekonyum varlığı %14.11 olarak saptandı. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul oranı %10.58 olarak belirlendi. Perinatal fetal mortalite %4.54 olarak saptandı.

Sonuç: Obstetrik kolestaz tanısı, klinik bulgulara ve laboratuvar incelemeler ile konur. Gebelik kolestaz tanısı öncesi benzer klinik tablo oluşturabilecek patolojiler ayırt edilmelidir. Olası fetal mortalite nedeniyle antenatal dönemde yakın fetal ve maternal izlem gereklidir.

Anahtar sözcükler: Kolestaz, prognoz, izlem

PB-119

Preeklampsi hastalarında klinik sonuçların uterin arter Doppler bulguları ile korelasyonu

Bekir Gülaç¹, Berhan Besimoğlu¹, Alev Aydın², İbrahim Polat², Ali Gedikbaşı²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Ünitesi, İstanbul

Amaç: Preeklampsi olgularında uterin arter doppler verilerinin preeklampsi şiddeti, laboratuvar bulguları, olumsuz klinik sonuçları ve yenidoğan verileri ile ilişkisinin ortaya konması.

Yöntem: 2010-2012 yılları arasında hastanemiz perinatoloji kliniğinde 24.-34. haftalar arasında yatmış olan 415 preeklampsi hastasının uterin arter doppler verileri, laboratuvar verileri, postpartum ve neonatal sonuçları retrospektif olarak tarandı. Hastalar uterin arter bulgularına göre: tek taraflı notch (n:83), çift taraflı notch (n:234), omuz belirtisi (sistolik notch) (n:36) ve notch izlenmemesine (n:62) göre 4 ayrı grupta değerlendirildi. İntrauterin ölü fetus, ikiz gebelik, fetal anomali olguları ve ek hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Laboratuvar bulguları açısından 24 saatlik idrarda proteinüri, üre, AST, LDH ortalamaları omuz belirtisi grubunda diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş; çift taraflı notch grubunda ise üre, AST, ALT ortalamaları, notch (-) ve tek taraflı notch gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Omuz belirtisi grubunun tümünde YDYB ihtiyacı görülmüştür. Notch (-), tek taraflı notch, çift taraflı notch ve omuz belirtisi gruplarında dekolman plasenta gelişimi açısından istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir.

Sonuç: Doppler ultrasonografi sırasında saptanan çift taraflı notch ve omuz belirtisi bulguları, preeklampsi olgularında olumsuz klinik sonuçlar ve prognoz açısından öngörülebilir verilerdir.

Anahtar sözcükler: Uterin arter doppler, notch, omuz bulgusu, prognoz

PB-120

24.-34. gebelik haftalarında tespit edilen preeklampsi ve intrauterin gelişme geriliği (IUGG) olan hastalarda uterin arter Doppler sonuçları

Bekir Gülaç¹, Berhan Besimoğlu¹, Samet Günkaya¹, Çağdaş Özdemir¹, Alev Aydın², İbrahim Polat², Ali Gedikbaşı²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Ünitesi, İstanbul

Amaç: Uterin arter verilerinin IUGG varlığı, klinik sonuçları ve yenidoğan yoğun bakım gereksinimi ile ilişkisini ortaya koymak.

Yöntem: 2010-2012 yılları arasında hastanemiz perinatoloji kliniğinde 24.-34. Haftalar arasında preeklampsi nedeniyle yatmış olan hastaların yatışları ve takipleri süresince kaydedilen uterin arter doppler, laboratuvar ve postpartum sonuçları ile neonatal sonuçları retrospektif olarak incelendi. 415 hastanın uterin arter verileri tek taraflı notch (n=83), çift taraflı notch (n=234), omuz belirtisi varlığı (n=36) ve notch izlenmemesine (n=62) göre 4 ayrı grupta değerlendirildi. İntrauterin ölü fetus, ikiz gebelik, fetal anomali olguları ve ek hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: IUGR (+) grubunun uterin arter Pİ ortalamaları IUGR (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Notch (-), Tek Taraflı Notch, Çift Taraflı Notch ve Omuz Belirtisi gruplarının IUGR dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir.

Sonuç: Uterin arter pi değeri yüksek hastalarda IUGR daha sık rastlanmakla birlikte, uterin arter verileri içerisinde omuz belirtisi diğer verilere göre daha az anlam taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Preeklampsi, IUGG, uterin arter, Pi

PB-121

Doğum ağırlığının, doğum endikasyonları, Apgar skorları ve doğum komplikasyonları ile ilişkisi

Hasan Talay¹, Alpaslan Akyol¹, Alev Aydın², İbrahim Polat², Ali Gedikbaşı²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Ünitesi, İstanbul,

Amaç: Bebek doğum ağırlığının doğum şekli, Apgar skorları ve doğum komplikasyonları ile ilişkisi.

Yöntem: Ocak 2011-Haziran 2012 arasında doğmuş ≥ 4000 gr 312 bebek (çalışma grubu) ile aynı dönemde 2500-3999 gr. arası doğmuş 316 bebeğin (kontrol grubu) doğuma ait komplikasyonları, doğum şekilleri ve 1. ile 5. Apgar skorları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma grubunda 4 olguda (%1.2) omuz distosisi, 20 olguda (%6.4) caput succadeneum, 2 olguda (%0.6) brakial pleksus hasarı, 2 olguda (%0.6) sefal hematoma, 6 olguda (%1.9) klavikula fraktürü, 8 olguda (2.4) uterin atoni, 20 olguda (%6.4) perineal laserasyon görüldü. Kontrol grubunda ise; omuz distosisi, brakial pleksus hasarı, sefal hematoma hiç görülmezken, 6 olguda (%1.9) caput succadeneum, 2 olguda (%0.6) klavikula fraktürü, 6 olguda (%1.9) atoni, 8 olguda (%2.5) perineal laserasyon görüldü. Komplikasyonlar açısından her iki grup arasında istatistiksel anlamda fark saptanmıştır (p<0.0001). Birinci ve beşinci dakika Apgar skoru ≤ 6 ile

doğan bebek sayısı çalışma grubunda 4 (%1.2), kontrol grubunda 10 (%3.1) olarak bulunmuştur (p=0.17). Doğum şekli açısından çalışma grubunda: A- 4000-4499 gr arası doğan bebeklerin 138' i (%44.2) sezaryen, 124' ü (%39.7) vajinal doğum olarak gerçekleştirilmiştir. B- >4500 gr. doğumların 36'sı (%11.5) sezaryen, 14' ü (%4.4) vajinal yolla gerçekleştirilmiştir. >4500 gr. olguların 3 tanesinde doğum tartısı >5000 gr. hesaplanmış olup, tümü de sezaryenle doğurtulmuştur. Kontrol grubunda ise 138 (%43.6) sezaryen ve 178 (%56.4) vajinal yolla doğum gerçekleşmiştir.

Sonuç: Doğum tartısı ≥ 4000 gr olan bebeklerde doğumda görülen komplikasyon ve sezaryen oranlarında anlamlı bir fark varken, bebeklerin Apgar skorları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Anahtar sözcükler: >4000 gr doğum ağırlığı, gebelik komplikasyonu, doğum şekli, prognoz

PB-122

Sigara içiminin plasental pendrin düzeyine etkisi

Ahmet Karataş¹, Havva Erdem², Zehra Karataş³, Tülay Özlü¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu; ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Düzce; ³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

Amaç: Sigara kullanımı, barındırdığı 4000'den fazla kimyasal ile, insan sağlığını olumsuz etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara aynı zamanda insandaki tiyosiyanatın en önemli kaynağıdır. Pendrin insanda tiroid, böbrek, meme dokusu, plasenta ve endometrium gibi dokulardan salındığı gösterilen bir integral membran proteindir. Bulunduğu dokularda iyot, klor, bikarbonat, hidroksit ve tiyosiyanat transferi yapmaktadır. Bu çalışma sigara içiminin plasental pendrin üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapıldı.

Yöntem: 61 plasental doku (28 sigara içen, 33 sigara içmeyen kontrol grubu) immüno-histokimyasal olarak pendrin ile boyanma şiddetine göre değerlendirildi. Pozitif immün boyanma şiddeti bir puanlama sistemine (0, boyanma yok; +, hafif; ++, orta; +++, şiddetli) göre belirlendi.

Bulgular: Sigara içen grupta bebek doğum kiloları istatistiksel olarak anlamlı (p=0.024), anne ve bebek tiroid stimulan hormon (TSH) düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte daha düşük saptandı. Kontrol grubunda plasentaların %24'ü boya tutmazken; %75'i pendrin ile hafif olarak boyandı. Sigara içen grupta ise %14 pendrin ile boyanma yokken, %54'ünde hafif, %28.5'inde orta, %3.5'inde şiddetli boyanma gözlemlendi (p=0.006).

Sonuç: Literatürde sigara içen anne ve bebeklerinde serum tiyosiyanat düzeylerinin yüksek, anne sütünde ise iyot düzey-

lerinin düşük olduğu bildirilmektedir. Yüksek serum tiyosiyanat düzeylerinin kompetitif olarak anne sütünde iyot eksresyonunu azaltarak bebekte iyot eksikliğine sebep olduğu ileri sürülmektedir. Çalışmamızda da sigara içen kadımların plasental pendrin boyanma şiddetinin artmış olması, muhtemel yüksek serum tiyosiyanat düzeyine sekonder azalmış plasental iyot transportunu düşündürmektedir. Bu konuda ileri çalışmalarla ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Pendrin, plasenta, sigara, tiyosiyanat

PB-123

Kliniğimizde postpartum tanı aalan dekompanse dilate kardiomyopati olgusu

Türkan Gürsu, Güldeniz Desteli, Filiz Yanık¹

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Peripartum dilate kardiomyopati, mortalitesi yüksek, ciddi bir kalp yetmezliği tablosudur. İnsidansı 1/15000'dir. Otoimmün nedene bağlı geliştiği düşünülse de etiyojisi net değildir. Bu sunumda kliniğimizde gebelik takipleri yapılmış, herhangi bir kardiyak şikayeti veya bulgusu olmayan ancak peripartum dönemde dilate kardiomyopati gelişen bir olgunun gündeme getirilerek tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 32 yaşında, ilk gebeliği olan ve gebelik boyunca takiplerinde herhangi bir problem izlenmeyen hastamız 38. gebelik haftasında gece gelişen ani dispne ve taşikardi nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde; TA 120/70 mm Hg, nabız 156/dakika, solunum sesleri bilateral akciğer alt zonlarda azalmış, siyanotik, pozisyonel dispne ve ajitasyonu mevcuttu. Oksijen saturasyonu %90 olarak saptandı. Acilen ameliyathaneye alınarak genel anestezi altında sezaryen ile 3000 gr 7/9 APGAR'lı tek canlı kız bebek doğurtuldu. Hastanın operasyon sırasında bakılan arteriyel kan gazları metabolik asidoz ile uyumlu olup pH 6,1 idi. Hasta postoperatif dönemde entübe olarak koroner yoğun bakımda takip edilerek yapılan EKO sonucunda EF %30, dekompanse kardiyak yetmezlik ve peripartum dilate kardiomyopati teşhisi konuldu. İki gün sonra solunumu rahatlatan, taşikardisi düzelen ve ekstübe olan hastanın tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Tartışma: Peripartum dilate kardiomyopati, gebeliğin son bir ayı ile postpartum 5. aylar arasında azalmış EF ile seyreden sol ventrikül yetmezliği şeklinde karşımıza çıkar. Kalp yetmezliğine sebep olan diğer tüm etiyojilerin dışlanması ve son 1 ay içerisinde hastada herhangi bir kalp rahatsızlığı olmaması ile tanı konulur. Multidisipliner yaklaşımla hastalara erken dönemde tanı konularak hızla müdahale edilmesi son derece önemlidir. Peripartum dilate kardiomyopati %2 oranında mortal seyredebilir. Postpartum tromboemboli riski açısından da hasta yakın izlenmelidir.

Anahtar sözcükler: Gebelikte kalp hastalığı, kalp yetmezliği, peripartum dilate kardiyomyopati

PB-124

Hemivertebranın prenatal tanısı: Olgu sunumu

Türkan Gürsu, Güldeniz Desteli, Filiz Yanık¹

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Vertebranın açılanma veya eğrilmesine yol açan en önemli faktör anormal oluşmuş omurların asimetric büyümesidir. Anormal oluşumlar, omurun yarısının gelişmemesi (hemivertebra) ya da anormal olarak birbirine bağlanmış omurlar olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkabilir. Bu iki tipin birlikte görüldüğü durumlar da olabilir. Bu sunumda 15. gebelik haftasında tespit edilen bir hemivertebra olgusu bağlamında güncel literatür bilgilerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 41 yaşında, gravida:4 parite:2 abortus:1 yaşayan:2 olan ve merkezimizde takipte olan hastamızın 15+5 haftalık gebe iken yapılan ultrasonografisinde fetal vertebrada açılanma farkedildi. İleri anne yaşı ve ultrasonografide anormal bulgu nedeniyle amniyosentez yapıldı. Amniyosentez sonucu normal karyotip (46,XX) olarak rapor edildi. 20+5 hafta iken yapılan ayrıntılı fetal ultrasonografide BPD 46 mm (20 hf), FL 30 mm (19+4 hf), HL 30 mm (20 hf) olarak ölçüldü. Vertebra sagittal kesitte normal görünümde olmakla birlikte koronal kesitte hemivertebraya bağlı olduğu düşünülen lateral açılanma izlendi. İlerleyen gebelik haftalarında hemivertebra görüntüsü giderek daha da belirginleşti.

Tartışma: Hemivertebra 1000 doğumda 0.5–1.0 oranında rastlanan bir vertebra anomalisidir. Kızlarda daha sık görülür. Jarcho-Levin, Klippel-Fiel, VATER, VACTERL sendromlarının, OEIS kompleksinin, Potter sekansının ve açık spina bifidanın bir komponenti olabilir. İzole vertebral anomalilerde kromozomal anomali insidansı oldukça düşüktür. Hemivertebra genellikle 20-28. gebelik haftalarında tanı almakla birlikte, vertebral osifikasyonun izlenebildiği 12 hafta sonrasında daha erken de farkedilebilir. Vertebral anomali saptanan fetuslarda özellikle kardiyak, renal ve gastrointestinal anomalilerin mevcut olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. İzole olgularda gebeliğin devamı durumunda erken postnatal değerlendirme, yakın takip ve erken tedavi ile ciddi skolyoz ve komplikasyonları önlenebilir.

Anahtar sözcükler: Hemivertebra, skolyoz, vertebral anomali

PB-125

Geç intrauterin dönemde tespit edilen posterior fossa anomalisi

Nihal Şahin Uysal¹, Çağrı Gülümser¹, Esra Ünal¹, Filiz Yanık¹, Ulaş Tuğcu², Ayşe Ecevit²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara; ²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Mega sisterna magna (MSM), Dandy Walker malformasyonu ve vermian hipogenez/hipoplazi ile birlikte heterojen posterior fossa anomalilerini oluşturur. Posterior fossa malformasyonlarının insidansı 5000 canlı doğumda 1'dir. Bu sunumda 33. gebelik haftası sonrasında kliniğimizde takip edilerek doğumu gerçekleştirilen bir olgunun literatür bilgileri ışığında tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 30 yaşında ilk gebeliği olan olgumuz 33+1 haftada merkezimize başvurdu. Ultrasonografide sisterna magna 2.7 cm, frontal bossing ve dolikosefali izlendi, ek anomali saptanmadı. Geçirilmiş enfeksiyonu destekleyen serolojik bulgusu yoktu. Fetal MR incelemesi 'dolikosefali, posterior fossada MSM veya kistik yapıya ait olabilecek görünüm, serebellar hemisferler normalden bir miktar küçük' olarak raporlandı. Takiplerde sisterna magna boyutunda belirgin değişiklik olmadı. 37+1 hafta iken fetal distress nedeni ile sezaryen ile 3060 gram erkek bebek doğurtuldu. Kafa şeklinde belirgin bozukluk dışında sorunu olmayan yenidoğan taburcu edilerek poliklinik takibine alındı. Postnatal ultrason incelemesi MSM'yi desteklerken, postpartum 3. haftada yapılan kranial MR incelemesi araknoid kist ile uyumlu idi.

Yorum: MSM'nin ayırıcı tanısında araknoid kist, Blake poş kisti, Galen ven anevrizması ve diğer posterior fossa anomalileri yer alır. Fetal MR tanıda yardımcıdır. Bizim olgumuzda antenatal incelemelerde MSM tanısı düşünülmeyle birlikte postnatal 3. haftada MR araknoid kist olarak rapor edilmiştir. Araknoid kistler yenidoğandaki tüm kranial kitlelerin %1'ini oluşturur, genellikle 3. trimesterde tanı alırlar. İzole olabilecekleri gibi ventrikülomegali ve korpus kallosum disgenезisi ile birlikte olabilirler. MSM veya araknoid kist tanısı alan fetuslarda eşlik edebilecek intrakranial/ekstrakranial anomaliler taranmalı ve karyotip bakılması önerilmelidir. MSM enfeksiyonlara sekonder olarak da gelişebilir. Hem izole MSM hem de izole araknoid kist olgularında nörogelişimsel sonuçlar genellikle olumludur.

Anahtar sözcükler: Araknoid kist, mega sisterna magna, prenatal tanı

PB-126

Abortus sonrası gelişen geç uterus atonisi

Sema Ovalı, Şükriye Leyla Altuntaş, Cahit Gürkan Zorlu
İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi, İstanbul

Konunun Önemi: Uterus atonisi genellikle miadına yakın doğumlardan sonra görülen, yetersiz uterus kasılmasına bağ-

lı bir durumdur. İlk trimestr düşüklüklerinden sonra görülmesi çok nadirdir ve genellikle tıbbi tedaviye cevap verir.

Olgu: 27 yaşında, daha önce 2 kez sezeryan olmuş olan kadın, 8 haftalık gebe iken missed abortus nedeniyle küretaj yapılmış. Patolojik incelemede anormal bir sonuç gözlenmemiş. Küretaj sonrasındaki ilk haftada herhangi bir kanaması olmamış. Bir hafta sonra şiddetli kanama olması üzerinde başvurduğu aynı sağlık tesisinde oksitosin indüksiyonu ile kanama durdurulmuş, uterin kavite ve batın içerisinde herhangi bir bulgu gözlenmemesi üzerine taburcu edilmiş. İki hafta sonra şiddetli karın ağrısı ve yoğun vajinal kanama şikayetiyle tekrar başvuran hastanın akut batın tablosunda olduğu görüldü. Ultrasonografik olarak batın içinde yaygın sıvı bulunduğu, uterus içinde koagulum olduğu görüldü. Hematokrit düzeyi %24 olarak ölçüldü. Laparotomi yapılan hastada her iki fimbrial uçtan batına doğru kanama olduğu görüldü, batın içinden 600 ml kan temizlendi. Sezeryan skarı çıkarılarak 2/0 vikril ile kontinü kapatıldıktan sonra uterus içi temizlendi ve uterusun kontraktıl olmadığı görüldü. Uterus içi kanamayı durdurabilmek için uterus 1 no vikril ile ön ve arka duvardan geçilerek paket şeklinde kapatıldı. Kan transfüzyonlarının ardından 2 gün sonra şifa ile taburcu edildi, 3 ay sonra histerektomi yapılarak uterus içi kontrol edildi. Hafif adhezyonlar açıldı. 6 ay sonraki kontrolünde ultrasonografik ve muayene olarak herhangi bir patoloji saptanmadı.

Sonuç: Hayatı tehdit eden kanamalar erken gebelik döneminde ve erken abortuslardan sonra seyrek de olsa olabilmektedir. Uterusu paket şeklinde dikmek, bir tedavi yöntemi olarak düşünülebilir.

Anahtar sözcükler: Atoni, abortus, kanama

PB-127

Renal transplantlı bir hastada güvenli vajinal doğum: Vaka takdimi

Tülay Özlü¹, Melahat Emine Dönmez¹, Emine Dağıstan², Hikmet Tekçe³

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu; ²Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Bolu; ³Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı, Bolu

Amaç: Renal transplantı olan komplike olmamış gebelerde vajinal doğum mümkündür. Bu vaka takdiminde renal transplantlı bir hastada güvenli vajinal doğum olgusunun sunulması ve bu tür vakalarda sezaryenin olası ek risklerinin vurgulanması amaçlandı.

Olgu: 40 yaşında (G4P3), 5 yıl önce hipertansiyona bağlı gelişen son dönem böbrek hastalığı nedeniyle renal transplantasyon yapılan hasta 392/7 gebelik haftasında kliniğimize baş-

vurdu. Transplantasyon sonrası böbrek fonksiyonları ve kan basıncı normal seyreden hastanın geçmiş ve şimdiki obstetrik hikayesinde özellik bulunmamakta idi. Fetal gelişim, amniyon sıvısı, umbilikal arter Doppleri de normal sınırlarda idi. Sağ iliak fossadaki transplante böbrek ultrasonda 1. derece hidronefroz dışında normal olarak değerlendirildi. Fakat, transplante böbrek ile iliak damarlar arasındaki vasküler anastomozların uterus alt segmentine yakınlığı dikkat çekmekte idi. Geçmiş cerrahi kayıtlardan renal venin eksternal iliak vene ve renal arterin internal iliak artere sağ tarafta anastomoz edildiği öğrenildi. Vajinal doğum için herhangi bir kontrendikasyon bulunmaması ve sezaryende transplante böbreğe zarar verme ihtimalinin olması nedeniyle hasta vajinal dinoproston uygulamasını takiben normal doğum için takip edildi. Sorunsuz bir vajinal doğumla 3540 gr sağlıklı bir kız bebek doğurtuldu.

Sonuç: Renal transplantlı hastalarda renovasküler ve üreter anastomozlarının ve böbreğin yerleşimi dolayısıyla sezaryenle doğumda bu yapılara zarar verme ihtimali olabilir. Abdominal kompresyon uygulanmadan gerçekleştirilecek normal vajinal doğum renal transplantlı hastalardan uygun olanlarda en güvenilir doğum şeklidir. Plasenta akreata gibi internal iliak arter ligasyonu yada sezaryen histerektomi gerektirebilecek bir durum bekleniyorsa, bu müdahaleler transplante böbreğin anastomozları için riskli olabileceğinden, cerrahi renal transplant cerrahının da ameliyata katılabileceği bir merkezde yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Anastomoz, doğum, hasar, renal, transplant

PB-128

Gebelikte minör travmalar: 173 olgunun değerlendirilmesi

Emin Üstünyurt, Cem Akaltun

Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa

Amaç: Bu çalışmada gebelikte minör travma sıklığının, türlerinin ve sonuçlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Nisan 2011-Ekim 2012 tarihleri arasında Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Polikliniğine başvuran 33000 hasta kaydı incelenerek, travma şikayeti bulunan 173 olgu çalışma kapsamına alındı.

Bulgular: Gebelikte minör travma nedeni ile acil polikliniğe başvurma sıklığı %0.5 olarak saptandı. Olguların yaş ortalaması 26.8±5.4 idi. En sık travma şekli günlük aktiviteler sırasında düşme (%54.9) olarak belirlendi. Hastaneye başvuru sırasındaki ortalama gebelik haftası 21.6±9.2 idi. Olguların %51'i 13-24 haftalık gebeliği olan hastalardı. Hastaların

%83.2'sinin başvuru sırasında, travma öyküsü haricinde ek şikayeti yoktu. Geri kalan grupta en sık şikayet karın ağrısı idi (%13.3). Başvuru sırasında yapılan ultrasonografilerde 1 olguda intrauterin ex fetüs tespit edildi. Hastaların hospitalizasyon oranı %5.2 olarak gerçekleşti. Minör travma olgularının hiçbirisinde travma sonrası erken dönemde (1 hafta içerisinde) abortus, fetal kayıp ya da preterm doğum meydana gelmedi.

Sonuç: Gebelikte minör travmaların sonuçları genel olarak olumlu olsa da, bu durumun bazen fetüs ya da anne açısından ciddi komplikasyonlara yol açabileceği akılda tutulmalı ve tüm gebeler travma önleyici tedbirler konusunda antenatal dönemde bilgilendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, travma, tedavi

PB-129

Acil servikal serklaj: Gebelik sonuçları ve doğum şekli üzerine etkisi

Yunus Çavuş¹, Ahmet Uysal², Deniz Balsak¹, Zuat Acar¹, Zehra İnce¹, Fatma Uysal¹

¹Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır; ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Kadın Doğum Bilim Dalı, Çanakkale; ³Konak Kadın Doğum Hastanesi Radyoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Acil servikal Serklaj (ECC)'in etkinliği ve doğum şekli üzerindeki etkisini değerlendirmek.

Yöntem: Nisan 2007 ve Temmuz 2011 ayları arasında Diyarbakır Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ve Seferihisar Necat Hepkon Devlet Hastanesi'ne başvurup Acil servikal serklaj yapılan 20 hasta retrospektif analize dahil edilmiştir.

Bulgular: Acil Servikal Serklaj sırasında, ortalama gebelik yaşı, servikal uzunluk ve servikal dilatasyon sırasıyla 21.4±2.2 hafta, 4.3±0.8 cm ve 11±2.4 mm'dir. Prosedür zamanı ile doğum haftası arasındaki ortalama süre 13.8 ± 4.9 hafta oldu ve bu süre bir canlı gebelik (p<0.05) korumak için yeterlidir. Bu çalışmada, 12 hastada (%60) vajinal doğum ve sekiz (%40) CS ile doğum yaptı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.371). Doğum sırasında gebelik haftası olarak bakıldığında >36 haftada %55, >32 haftada %70 ve %80'i >28 hafta doğum yaptı. Toplam canlı doğum oranı %90 idi.

Sonuç: Acil Servikal Serklaj fetusun yeterli canlılığı kazanması için yeterli zaman sağlamaktadır. Acil servikal serklaj doğum şeklini belirlemede farklılık kazandırmamaktadır. Doğum şekli acil servikal serklaj ile ilişkili değildir.

Anahtar sözcükler: Acil servikal serklaj, kurtarma serklajı, doğum şekli

PB-130

Gebelikte risk değerlendirme

Akgül Kuru Oktay¹, Burcu Kasap²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir; ²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla

Negatif bir olayın olma olasılığıyla ilgili bir terim olan risk, gebelik açısından normal koşullarda olması beklenmeyen ancak önceden var olan ya da gebelikte gelişebilecek bazı komplikasyonların ortaya çıkma olasılığını ifade eder. Gebelikte risk değerlendirilmesi; gebenin, fetusun veya doğum sonrası yenidoğanın, doğum öncesi bakım amaçlarına ulaşmak açısından herhangi bir riske sahip olup olmadığına karar verilmesine yardımcı olan süreçtir. Dünya genelinde ülkelerin ekonomik ve sağlık insan gücü kaynaklarının etkin kullanımı açısından farklı bakım düzeyi gerektiren gebelerin doğru tanımlanması amacıyla gebelerin risk durumlarını belirlemeye yarayan risk değerlendirme sistemleri geliştirilmiştir. Değerlendirilen durum ve değerlendirme metodları yıllar geçtikçe değişmesine rağmen, maternal bakımda risk değerlendirme ve yönetimi önemli bakım komponenti olmaya devam etmiştir. Günümüze kadar geliştirilen obstetrik risk değerlendirme, risk faktörlerinin basit olarak toplamı esasına dayanmaktadır. Birinci düzey olarak tanımlanan obstetrik risk değerlendirme, olumsuz perinatal sonuç riskini klinik değerlendirme ile saptama yöntemidir. İkinci düzey risk değerlendirme, tek bir risk faktörünün varlığı veya yokluğu esasına dayanmaktadır. Bu risk değerlendirmesinde bütün risk faktörlerinin sonuç üzerinde eşit etkiye sahip olduğu varsayıldığından gebelerin büyük çoğunluğu yüksek riskli olarak hesaplanmaktadır. Üçüncü düzey risk değerlendirmesinde ise, farklı risk faktörlerinin sonuç üzerinde de farklı etkiye sahip olduğunu belirtmek amacıyla her bir risk faktörüne o faktörün istatistiksel ağırlığına göre puan verilmektedir ve klinik olarak yapılan değerlendirmeden daha etkilidir. Gebelik fizyolojik bir durum olmasına karşın, annenin sağlık düzeyini yükseltmek, gebelik komplikasyonlarının zamanında tanı ve tedavisini sağlamak, anneyi eğitmek, doğuma hazırlamak açısından gebelik döneminde risk değerlendirmesinin yapılması gereklidir. Bu uygulamaların toplumun temeli olan annelerin ve toplumun geleceği olan çocukların sağlığını daha yaşamın başlangıcında güvence altına alacağı açıktır.

Anahtar sözcükler: Gebelik, risk değerlendirme, gebelik komplikasyonu

PB-131

Dünyada ve Türkiye'de perinatal mortalite

Akgül Kuru Oktay¹, Burcu Kasap²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir; ²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla

Perinatal dönem gebeliğin geç dönemini (22. gebelik haftası ve sonrası), doğum süresini ve postnatal ilk yedi günü kapsayan bir dönemdir. Perinatal mortalite uluslararası kıyaslamalarda ülkelerin sağlık düzeylerinin belirlenmesi açısından kullanılan önemli bir ölçüttür. Aynı zamanda anne ve yenidoğanın doğum öncesi, doğum esnası ve doğum sonrasında aldığı hizmetin kalitesini gösteren önemli bir parametredir. Perinatal mortalitenin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Perinatal mortalite hızı gelişmiş ülkelerde bin canlı doğumda 10 iken, gelişmekte olan ülkelerde bin canlı doğumda 50'dir. Dünyada, bebeklik dönemi ölümlerinin yaklaşık üçte ikisi ilk ay içinde, bunların üçte ikisi ilk haftada, ilk haftadaki ölümlerin üçte ikisi de ilk 24 saatte ortaya çıkmaktadır. Az gelişmiş ülkeler veya gelişmekte olan ülkelerde prematürite, asfiksi, ölü doğumlar ve enfeksiyonlar perinatal mortalitenin en önemli nedenleri iken gelişmiş ülkelerde perinatal mortalite en sık prematüriteye ve konjenital anomalilere bağlıdır. Dünyada neonatal mortalite nedenlerinin %29'unu preterm doğum, %25'ini enfeksiyon(sepsis,pnömoni), %3'ünü tetanoz, %2'ini diyare, %22'sini asfiksi, %7'sini konjenital anomaliler oluşturmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008)'na göre perinatal mortalite hızı binde 19'dur. Yüksek eğitimli kadınlar düşük eğitimlilere göre daha az perinatal ölüm deneyimine sahiptir. Refah düzeyi düşük olan hanelerde perinatal ölüm hızı daha yüksektir. Neonatoloji Derneğinin 1999'da yaptığı çalışmada perinatal mortalite hızı binde 34.9 olarak saptanmıştır. Perinatal mortalite nedenleri ölü doğum, prematürite, konjenital malformasyon ve perinatal asfiksi olarak görülmüştür. Perinatal mortalite ülkemizde hala yüksek düzeydedir. Perinatal mortalitenin irdelenmesi, fetus ve yenidoğan ölümlerinde rol alan faktörlerin belirlenerek, bunlara yönelik tedbirlerin geliştirilmesine olanak sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Perinatal mortalite, perinatal dönem, ölüm hızı

PB-132

Çukurova bölgesinde gebelik terminasyonunu etkileyen faktörler

Özer Turan¹, Ebru Tarım², [Hakan Kalaycı](#)², Halis Özdemir²
¹St. Paul's School, Brooklandville, Maryland, USA; ²Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Ünitesi, Adana

Amaç: Obstetrik ultrasonografinin yaygınlaşması sonucu fetal anomalilerin erken tanısı mümkün olmaktadır. Ultrasonografide saptanan anomalilerin cinsine göre hastalara terminasyon seçeneği sunulabilmektedir. Ancak fetal anomalilere

terminasyon yaklaşımı; anne-babanın eğitimi, yaşı, gebelik sayısı, gelir düzeyi, inançları, yaşanılan bölge, tedavi gebelikleri ve fetusun gebelik haftalarından etkilenmektedir.

Yöntem: Bu çalışma Mayıs 2013-Ağustos 2013 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji ünitesinde gerçekleştirildi. Gebeliğin ilk 20 haftasında başvuran 202 hastaya anket yapılmıştır. Anket soruları; hastalar ultrasonografiye girmeden önce tek araştırmacı tarafından soruldu.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 30.43±5.00 (17-42) idi. %42.6 hasta ev hanımı idi. Ortalama gelir düzeyi 2800±1550 (800-8500) TL idi. %13.9 hastanın gebeliği tedavi ile elde edilmişti. %80.7 hasta planlayarak gebe kalmıştı. %68.8 hasta down sendromu gibi kromozomal anomali riskleri durumunda amniyosentez yaptırabileceğini belirtirken, %66.3 hasta anormal sonuç durumunda terminasyonu seçmiştir. Doğum sonrası bebeğin ameliyat olması, uzun süre hastanede kalması gereken ve hayati riski olan bir hastalığının varlığında (ciddi kalp hastalığı, barsak veya akciğer hastalıkları gibi) %67.3 hasta gebelik terminasyonu yaptırabileceğini belirtmiştir. Ancak hastaların %100'ü hafif kalp hastalıklarında terminasyon düşünmemiştir. Gebelik haftası terminasyon kararını etkiler mi sorusuna %66.3 hasta gebeliğin üçüncü ayında yakalanan büyük anomalilerde sonlandırma kararını daha rahat verebileceğini belirtmiştir.

Sonuç: Çukurova bölgesinde Down sendromu gibi kromozomal hastalıklarda veya doğum sonrası ciddi bakım gerektiren bebek sahibi olacak anne babaların çoğu terminasyon fikrine sıcak bakmaktadır. Erken tanı terminasyon kararında oldukça önemlidir.

Anahtar sözcükler: Obstetrik ultrasonografi, anne-baba eğitimi, kromozomal anomali, terminasyon

PB-133

Omfalofagus ikiz gebelik: Olgu sunumu

Didem Alkaş, Hakan Kalaycı, Halis Özdemir, Tayfun Çok, Ebru Tarım

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

Konunun önemi: Yapışık ikizler, ovulasyon sonrası 13-15. günlerde monozigotik embriyonun tam olmayan ayrışmaması sonucu oluşmaktadır. Monozigotik ikizlerin yaklaşık 1/100'ünde izlenmektedir. Omfalofagus ikizlerine %18 oranında rastlanmaktadır. Yapışık ikizlerde organlar çeşitli derecelerde paylaşılmaktadır. Kardiyak birliktelik sıklıkla izlenmez. Omfalofagus ikizlerinde karaciğer %80, terminal ileum ve kolon ise %33 oranında paylaşılır. Sıklıkla omfalofaguslara

omfalosel de eşlik etmektedir. Bu tür gebeliklerde erken dönemde gelişen ultrasonografi teknikleri ile tanı konabilmektedir. Paylaşılan vücut organlarının tespiti, gebeliğin devamı ve fetüslerin doğum sonrası prognozları ile yakından ilgilidir.

Olgu: 22 yaşında ilk gebeliği abortus ile sonuçlanmış, herhangi yardımcı üreme tekniği ile gebe kalmamış ikinci gebeliği olan hasta, kliniğimize 17. gebelik haftasında refere edildi. Ultrasonografide baş-popo mesafesi (CRL) ölçümlerine göre 15 hafta ile uyumlu abdomenlerinden birbirine yapışık olan ikiz gebelik saptandı. Her iki fetus de kız cinsiyetindedi. Fetüslerin birinde hipoplastik sol kalp, radial aplazi, kistik higroma saptandı. Diğer fetusta herhangi bir ek anomali izlenmedi. Her iki fetusun karaciğeri paylaştığı görüldü. Aileye prognozla ilgili bilgi verildi ve gebelik termine edildi. Terminasyondan sonra yapılan makroskopik incelemede ilki 110 gr, ikincisi 120 gr ağırlığında omfalofagusu olan ikiz ex kız fetüsler izlendi. Her iki fetusun karyotip incelemesi normaldi.

Anahtar sözcükler: Monozigotik ikizlik, omfalofagus, erken dönem ultrasonografi

PB-134

Ventrikülomegali hastalarının ultrasonografik değerlendirilmesi

Hakan Kalaycı¹, Halis Özdemir¹, Çağrı Gülümser², Huriye Ayşe Parlakgümüş¹, Tayfun Çok¹, Ebru Tarım¹, Filiz Yanık²
¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Adana; ²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı Ankara

Amaç: Ventrikülomegali serebral ventriküler sistemde dilatasyonla seyreden, izole ya da eşlik eden konjenital ve kazanılmış hastalıkların sonucunda meydana gelen ultrasonografik bulgusudur. Bu çalışmada amacımız Perinatoloji bilim dalında tanı almış ya da refere edilmiş ventrikülomegali hastalarının demografik verilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

Yöntem: Ventrikülomegali tanısı almış 63 hasta demografik verileri, ultrasonografi bulguları, eşlik eden serebral ya da ek serebral anomaliler, kromozomal anomaliler ve takip süreci ile gözden geçirilmiştir.

Bulgular: Hafif (10-12 mm), ılımlı (12.1-14.9 mm) ve ciddi ventrikülomegali (≥ 15 mm) oranları sırası ile %63.4, %17.8 ve %1.8 idi. %6.7'sinin yardımcı üreme teknikleri ile gebe kaldığı izlendi. TORCH enfeksiyonu saptanmadı. %7.9 hastada kromozom anomalisi mevcuttu. Ventrikülomegalilerin %69.8'i tek taraflıydı. Genetik sonogram haftasında saptama oranı %54 idi. %12.6 hastada eşlik eden serebral anomaliler mevcuttu (en sık korpus kallosum agenezisi). %4.4 eşit oranları ile hidrops ve kardiyak anomaliler en sık eşlik eden ekstra serebral anomaliler olarak izlendi. %8.7 hasta terminasyona

karar verdi. Bu hastalarda eşlik eden majör anomaliler mevcuttu. Takiplerde %11 (7/63) hastada ilerleme saptandı.

Sonuç: Ventrikülomegalide etyoloji değerlendirilirken, fetüsün ayrıntılı ultrasonografi ile ek anomalilerin olup olmadığı araştırılmalıdır. Karyotip analizi, TORCH enfeksiyon araştırması, eşlik eden serebral anomalilerin değerlendirilmesinde MRI önemlidir. %46'sı geç gebelik haftasında saptanabilir. %11 ilerleme görülebilir, bu nedenle yakın takibi gerektirir.

Anahtar sözcükler: Ventrikülomegali, ayrıntılı ultrasonografi, ek anomali

PB-135

Hipoplastik sol kalp sendromu tanısı alan hastaların değerlendirilmesi

Hakan Kalaycı¹, Halis Özdemir¹, Çağrı Gülümser², Huriye Ayşe Parlakgümüş¹, Tayfun Çok¹, Ebru Tarım¹, Filiz Yanık²
¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Adana; ²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı Ankara

Amaç: Hipoplastik sol kalp sendromu, sol taraflı kalp yapısının anormal gelişimi olarak tanımlanabilir ve sol ventrikülden çıkış yolu obstrüksiyonu ile sonuçlanır. Bu sendrom ek olarak sol ventrikül, aort, aortik arkın mitral atrezi veya stenoz ile birlikte gelişimsel bozukluğunu da içerir. 18-22 gebelik haftalarında kalbin dört odacık görüntüsünde, endokardiyal fibroelastozisi olan küçük globüler veya dar bir aralık şeklinde izlenen ventrikül saptanabilir. Bu çalışmada Başkent Üniversitesi Perinatoloji Bilim dalına başvuran prenatal dönemde hipoplastik sol kalp sendromu tanısı almış 29 vaka değerlendirildi.

Yöntem: Hipoplastik sol kalp sendromu tanısı alan hastaların demografik verileri, tanı konulma haftaları, eşlik eden anomaliler ve gebeliklerin seyri retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: Bu hastalardan sadece 1'i ikiz gebelikti. Üç gebelik yardımcı üreme teknikleri ile elde edilmişti (%10.3). Eşlik eden anomaliler incelendiğinde; %27. 6 (8/29) ek kardiyak anomaliler, %13.4 (4/29) hidrops ve %10 (3/29) tek umbilikal arter saptanmıştır. 18-22 haftalar arası hastanemizde tanı alan 10 hasta (%34) terminasyonu seçmiştir. Diğer başvuran gebeler ise geç dönem tanı alarak sadece doğum için refere edilmiştir. Bu bebeklerden doğum sonrası sadece 4'ü (%13.7) opere olurken, halen yaşamını sürdüren 2 hasta bulunmaktadır.

Sonuç: Hipoplastik sol kalp sendromu %41 eşlik eden diğer majör anomalilerle birliktelik gösterebilir. Doğum sonrası operasyona gidebilme ve yaşam şansı ülkemiz şartlarında halen çok düşük görünmektedir. Prenatal tanı erken terminasyon kararı açısından çok önemlidir.

Anahtar sözcükler: Hipoplastik sol kalp, ultrasonografi, prenatal tanı

PB-136

Siklopinin eşlik ettiği sinsipital (fronto-etmoidal) ensefalosel: Olgu sunumu

Selçuk Yetkinel, Hakan Kalaycı, Halis Özdemir, Tayfun Çok, Ebru Tarım

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

Konunun önemi: Fronto-etmoidal ensefalosel nöral tübün ön nöroporlarındaki defektten dolayı intrakranial bileşenlerin kranium ve yüz kemiklerinden fıtıklaşması ile karakterize olup, oldukça nadir gözlenir. Sıklıkla kromozomal anomaliler, santral sinir sistemi lezyonları ve amniotik band sendromları gibi diğer malformasyonlara eşlik ederler. Siklopi ise holoprosensefalinin nadir görülen bir formudur. Embriyolojik olarak prosensefalunun gelişimi sırasında orbitaların ayrılmaması sonucu oluşur ve birçok genetik bozukluk ve sendromlarla birlikte görülür.

Olgu: 35 yaşında primigravid hasta, kliniğimize dış merkezden fetal kraniumda frontal bölgede kistik kitle nedeni ile refer edildi. Yapılan ultrasonografide 12 hafta 2 gün canlı gebelik izlendi. 9.9x9.6 mm boyutlarında kranium frontal bölgesinden köken alan kitle izlendi. Nazal kemik izlenmedi ve fetal yüz dismorfikti. Yapılan koryon villus örnekleme normaldi. Ailenin istemi ile gebelik sonlandırıldı. Fetusun makroskobik olarak incelenmesi sonucu siklopi mevcuttu. Aynı zamanda burun izlenmedi. Bu vakada her ikisi de nadir gözlemlenen sinsipital ensefalosel ve siklopinin birlikteliği sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Fronto-etmoidal ensefalosel, siklopi

PB-137

Konjenital vertebral anomaliler nedeniyle gebelik sonlandırması: 184 olgu

İbrahim Alataş¹, Serhat Baydın¹, Alev Aydın², İbrahim Polat², Ali Gedikbaşı²

¹*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Bölümü, İstanbul;* ²*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Bölümü*

Amaç: Spinal disrafizm olarak da tanımlanan nöral tüp defektleri, vertebranın en sık görülen patolojileridir. Bu çalışma ile 2004-2012 yılları arasında perinatoloji ünitemizde saptanan ve gebelik sonlandırması ile neticelenen bir dizi konjenital vertebra anomalisini değerlendirmek istedik.

Yöntem: Perinatoloji ünitemizde danışması verilen ve gebeliği sonlandırılan 184 şiddetli konjenital vertebral patoloji olgu retrospektif değerlendirildi.

Bulgular: Spina bifida aperta (meningosel, meningomiyelose) olgularının 164'ünde (%89) saptandı. Skolyoz, iniensefali, sakrokoksigeal teratom ve diastometamiyelia tanısı alan olguların sayısı sırası ile 7 (%4), 6 (%3) ve 1 (%1) idi. Gebelerin ortalama yaşı 27 (14-41) şeklindeydi. Anomalilerin ortalama tanı haftası 23.4 (11-36 hafta arası) şeklindeydi. 59 konjenital vertebral anomalinin ek bulguları mevcuttu: 19 akrani, 14 iniensefali, 9 ensefalosel/ensefalomiyelose ve 1 tane tip 2 Chiari malformasyonu.

Sonuç: Nöral tüp defektleri kardiyak anomalilerden sonra sok görülen ikinci konjenital malformasyon grubu olup, 1-2/1000 canlı doğumların sıklığında görülmektedirler. Spina bifida olgularının pek çoğu yaşam ile bağdaşmakla birlikte, motor ve sfinkter disfonksiyonu nedeniyle yaşamın ileri yıllarında yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedirler. Başarılı bir doğum sonrasında bile hastaların yaşamın ileri yıllarında ek problemler beklemektedir. Bu nedenle ebeveynlerin gebelik sonlandırması öncesi ayrıntılı bir şekilde danışma olması önemlidir.

Anahtar sözcükler: Nöral tüp defektleri, gebelik sonlandırması, danışma

PB-138

Prenatal tanı konan tek taraflı renal agenezi: Olgu sunumu

Fatma Uysal¹, Meryem Gencer², Ayşenur Çakır Güngör², Ahmet Uysal²

¹*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale;* ²*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale*

Amaç: Tek taraflı renal agenezi (RA) saptanan fetusa ait sonografi (US) bulgularını sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz bir yaşında G2P1 olguda yapılan US'da fetal biyometrik ölçümlere göre fetus 26 hafta ile uyumlu bulundu. Amnion mayı normaldi. Tarama sırasında fetusun sol böbreği olağan lojunda izlenirken, sağ böbreği olağan loju ya da pelvik bölge – batin içerisinde saptanmadı. Sağ sürrenal gland normal lojunda mevcuttu. Renkli Doppler ultrasonografide sağ renal vasküler yapılar izlenmedi. Sağ RA tanısı konarak takip edilen olgu 38. Haftada spontan vajinal yolla doğurtuldu. Postpartum yapılan ultrasonografide sağ RA teyit edilirken başkaca anomali saptanmadı.

Tartışma: RA böbreklerin tek veya çift taraflı yokluğudur. Ultrasonografide çift taraflı RA'de her iki tarafta böbrekler,

mesane görülmez ve amniotik sıvı miktarı çok azdır. Tek taraflı RA'de ise sadece o tarafta böbrek görülmez ve mesane ve amniotik sıvı miktarı çoğunlukla normaldir. Tek taraflı ya da çift taraflı RA'de böbreküstü bezleri normal yerlerinde görüntülenirler. Tek taraflı RA tanısı konduğunda ektopik pelvik böbrek olasılığı nedeniyle dikkatlice incelenmelidir. RA'lere eşlik edebilecek diğer anomaliler sıklıkla kardiyak, vertebral kolon anomalileri, anal atrezi, ösefagus-trakea, ekstremite ve genital sistem anomalileridir. Tek taraflı RA'da diğer böbrekte üriner sistem anomalilerinden vesiko-ureterik reflü, vesikoureterik junction obstrüksiyonu ve pelviureterik junction obstrüksiyonu eşlik edebilir. Çift taraflı olan yaşamla bağdaşmayan bir anomali olup doğum sonrası kısa sürede bebekler solunum yetmezliğinden kaybedilir. Tek taraflıda ise normal yaşam beklenir.

Sonuç: Renal agenezi çift taraflı olduğunda yaşamla bağdaşmazken tek taraflı olduğunda da eşlik eden diğer anomaliler yönünden tanısı önemlidir. Tanıda Doppler US'da renal vas-küler yapıların görüntülenmesi oldukça yardımcıdır.

Anahtar sözcükler: Renal agenezi, prenatal tanı, Doppler ultrasonografi

PB-139

37. gebelik haftasına ulaşmış bir TRAP olgusu

Cemile İlhan, Ayşe Meryem Uslu, Çağdaş Ozdemir, Esengül Bulçak, Sibel Barut, Alev Atış Aydın

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği

Konunun önemi: TRAP, monokoryonik ikiz gebeliklerin nadir bir komplikasyonudur (%1).

Olgu: 36y, G3P2, SAT tarihine göre 27 haftalık spontan ikiz gebe, akardiyak ikiz eşi tespit edilmesi üzerine kliniğimiz perinatoloji ünitesine sevk ediliyor. Ultrasonda 27 hafta ile uyumlu canlı bir fetus yanında sadece alt ekstremitele izlenen 20 haftalık akardiyak ikiz eşi saptanıyor. Hastaya gerekli danışmanlıkların verilmesi üzerine hasta tüm tanı ve müdahaleleri reddedip gebeliğin devamını istemesi üzerine perinatoloji polikliniğinde takiplere devam ediyor. Gebeliğin takibinde sağlıklı ikiz eşinde hidrops bulgusu saptanmıyor ve akardiyak ikiz eşinde ise akım izlenmiyor ve 20gh ile uyumlu kalıyor. Hasta 37. gebelik haftasında ağırlarının başlaması ve transvers geliş endikasyonu ile sezaryena alınıyor. Sağlıklı bir kız fetus 3120 gr. Apgar 8-9 olarak doğurtuluyor, akardiyak ikiz eşi ise 300 gr sadece alt ekstremitele olan kız fetus görünümünde.

Sonuç: Genellikle anatomik olarak normal olan pompa ikizde kalp yetmezliği, hidrops ve fetal ölüm (%50 oranında) gö-

rülmesine rağmen bu olguda 37.g haftasına kadar sorunsuz ulaşmıştır. Gebeliğin devamını isteyen hastalarda düşük olsa miada sorunsuz ulaşabileceği bilgisi hastalara verilmelidir.

Anahtar sözcükler: TRAP, ikiz, miad gebelik

PB-140

Persistent right umbilical vein: a case report

Tijen Ataç, Özgür Tosun, Eyüp Yayıcı, Tolga Güler, Barış Kaya, Ali Çetin

¹Yakın Doğu Üniversitesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Lefkoşa, Kıbrıs;

²Yakın Doğu Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa, Kıbrıs;

³Cumhuriyet Üniversitesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Sivas

Introduction: Persistent right umbilical vein is a vascular pathology in which the left umbilical vein becomes occluded and the right umbilical vein persists and remains open. In the normal fetus, the right umbilical vein begins to obliterate around the fourth week of gestation and disappears by the seventh week of gestation. Persistent right umbilical vein does not prevent the formation of ductus venosus and it does not alter the distribution of blood to the fetus. The causes of persistent right umbilical vein are first trimester folic acid deficiency, specific teratogens such as retinoic acid, and early obstruction of the left umbilical vein from the external pressure or occlusion.

Case: Between 26.7.2010 and 15.8.2013 we had 575 pregnant patients delivered in our obstetric unit. We had one case of persistent right umbilical vein. A 33-year-old woman, G3P1A1, was presented to our department at 30+2 weeks. Fetal echocardiography was performed at 30 weeks and showed no abnormalities. Now the baby is 4 months old and has no health problems.

Conclusion: The advances in imaging techniques have revealed an increase in the number of prenatally diagnosed vascular anomalies (1-3). Persistent right umbilical vein (PRUV) is the most common prenatally detected venous anomaly, with an estimated prevalence of between 1 in 250 and 1 in 1250 (4-9). The other anomalies that may be associated are single umbilical artery, dextrocardia, right sided descending aorta, gastrointestinal tract malformation, skeletal malformations, cardiac anomalies, urinary tract malformations.

Key words: Persistent right umbilical vein

PB-141

Canlı gebelik ve hidatiform molün birlikteliğinde seyreden ikiz gebelikte masif vaginal kanama

Pınar Çağlar Aytac, Huriye Ayşe Parlakgümüş, Hakan Kalaycı, Halis Özdemir, Cem Yalçınkaya, Ebru Tarım

Başkent Üniversitesi, Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Adana

Amaç: Hidatiform mole ve diploid fetusun birlikteliğindeki ikiz gebeliğin başvuru nedenleri, takibi ve sonuçlarını iki vaka sunumu ile tartışmayı amaçladık.

Olgu 1: 42 yaşında 21 haftalık gebeliği olan hasta dış merkezden üçlü testi sonucunda HCG yüksekliği nedeniyle ayrıntılı ultrasonografi için merkezimize refere edildi. Yapılan ultrasonografide 21 haftalık sağlıklı gebeliğin yanında kavitede 24x19x14cm büyüklüğünde gebelik kesesinden ayrı mol kitlesi izlendi. Canlı gebeliğin plasentası ayrı izlendi. Mol gebeliği, kavitede alta servikal kanalın üstüne yerleşmişti. Takibinde abondan yoğun vaginal kanaması olan hastaya histerektomi uygulandı. Patoloji incelemesi sonucunda 21 haftalık fetus ile mol gebeliğin birlikte seyrettiği ikiz gebelik olarak rapor edildi. Hasta histerektomi sonrasında bir yıl boyunca gestasyonel trofoblastik hastalık açısından takip edildi. İzleminde sorun olmadı.

Olgu 2: 35 yaşında intrauterine inseminasyonla gebelik elde edilen hasta, 13. haftada vaginal lekelenme ile başvurdu. Yapılan ultrasonografide 13 haftalık gebeliğin yanında, 13.5x8.4 cm.lik mol gebeliği izlendi. Hastaya sağlıklı gebeliği ile birlikte ilerleyen haftalarda preeklamsi riski, vaginal kanama, abortus, preterm eylem ve gestasyonel trofoblastik hastalık gelişebileceği anlatıldı. Gebeliği devamına karar veren hasta, 14. haftada abondan vaginal kanama ile başvurdu ve tıbbi tahliye uygulandı. Patolojik incelemesinde mol gebeliği ve 14 haftalık ikiz gebelik olarak rapor edildi. Takibinde bir yıl kontrasepsiyon önerildi. İzleminde sorun olmadı.

Sonuç: Sağlıklı gebelik ve mol hidatiform ile oluşan ikiz gebeliklerin takibinde %33 civarında persistan trofoblastik hastalık gelişme riski mevcuttur. Gebeliğin izleminde vaginal kanama, düşük riski, preterm eylem, intrauterine exitus, preeklamsi gibi obstetrik komplikasyonlar artmıştır. Ancak takip isteyen anneler hem obstetrik komplikasyonlar hem de persistan trofoblastik hastalık riski için bilgilendirilmelidir

Anahtar sözcükler: Mol hidatiform, persistan trofoblastik hastalık, ikiz gebelik

PB-142

İleri evre ikizden ikize transfüzyon sendromunda bipolar kord koagülasyonu deneyimlerimiz: Dört olgu sunumu

Ebru Dikensoy, Türkan Kaya, Seyhun Sucu, Sinan Teke

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

Amaç: İleri evre (Quintero evre 3-4) ikizden ikize transfüzyon (TTTS) sendromlu 3 olguda ve monokoryonik ikiz gebelikte tek fetusta Dandy Walker Malformasyonu bulunan bir olguda bipolar kord koagülasyonu sonrası fetal gelişimin izlenmesi.

Yöntem: Çalışmaya Temmuz 2011 ve Ocak 2013 tarihleri arasında 3 tane previable (18-24 hafta) monokoryonik ikiz gebelik (Quintero evre 3-4 TTTS) ve tek fetusta santral sinir sistemi anomalisi olan 24 haftalık monokoryonik ikiz gebelik dahil edildi. Cilt %10'luk povidon iyodür ile temizlendi. Rutin tokolitik ajan (rektal indometazine) ve intravenöz antibiyotik (2 gr cefamezin) uygulandı. 20 cc prilokain küçük cilt insizyonu sonrası myometriuma enjekte edildi. 3.9 mm trokar ile uterin kaviteye girildi ve 3mm bipolar koter ultrasonografi eşliğinde uterus içine yerleştirildi. Plasentanın olmadığı en kolay trokar giriş yeri ultrasonografi ile tespit edildi. Amaç umbilikal kordun plasental veya abdominal insersiyonuna 45 derecelik açı ile yaklaşmaktı. Kord bipolar forseple yakalandı ve 20W ile koagülasyona başlanarak 50W'a kadar enerji verildi. Fetal kardiyak aktivite kaybolduktan sonra kord birkaç segmentten daha koagüle edildi. İşlem sonrası 24-48. saatlerde canlı kalan fetuslar MCA-PSV değerleri ile olası akut fetofetal hemoraji açısından takip edildi.

Bulgular: TTTS bulunan 3 olguda alıcı fetuslarda hidrops fetalis ve agonal patern mevcuttu. Monokoryonik diamiyotik ikiz gebeliği olan bir hastada fetuslardan birinde Dandy Walker Malformasyonu ve hidrosefali bulunmaktaydı. Evre 3-4 TTTS 'lu 3 olguda alıcı fetuslara bipolar kord koagülasyonu uygulandı. Donör fetuslar 34. gebelik haftasına kadar Doppler ultrasonografi ile takip edildi. Hidrosefali gelişimi açısından düzenli olarak SSS ultrasonografi ile değerlendirildi. Monokoryonik Dandy Walker malformasyonu nedeniyle bipolar kord koagülasyonu uygulanan ikiz eşi ise 30. gebelik haftasında plasental yetmezlik nedeniyle sezeryanla doğurtuldu.

Sonuç: Monokoryonik ikiz gebeliklerde selektif fetosid için optimal bir yöntem henüz bildirilememiştir. Bipolar kord koagülasyonu umbilikal kord oklüzyonunda altın standarttır çünkü cerrahi süresi kısadır ve septum bozulmadığı için kordon dolanması ve amniyotik band sendromu riski azalmaktadır.

PB-143

Intrauterin gelişme geriliği olan gebelerde maternal serumda serbest DNA düzeylerinin araştırılması

Ebru Dikensoy¹, Türkan Kaya¹, Seyhun Sucu¹, M. Hanifi Bademkiran¹, Sibel Oğuzkan Balcı², Sacide Pehlivan²

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gaziantep; ²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Gaziantep

Amaç: İntrauterin gelişme geriliği saptanan gebelerin maternal serumundaki fetal serbest DNA düzeylerini belirleyerek erken tanıdaki etkisini saptamaktır.

Yöntem: İntrauterin gelişme geriliği (IUGR) olan gebelerin maternal serum fetal serbest DNA düzeyleri ile, sağlıklı gebelerin serum fetal serbest DNA düzeyleri karşılaştırıldı. Çalışmaya Eylül 2010 ile Ağustos 2011 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran 30 IUGR ile herhangi bir medikal problemi olmayan 30 sağlıklı son trimesterdeki gebeler dahil edildi. 60 gebenin de yapılan ultrasonografik değerlendirilmelerinde bebek cinsiyetleri erkek olarak görülüp çalışmaya erkek fetuslar dahil edildi. İstatistiksel analizler Mann Whitney-U test ve Student t test kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında IUGR'li hasta grubunda fetal serbest DNA düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu (P:0.001). Sağlıklı grupta Doppler akımları normal olarak değerlendirildi. Hasta grubundan 19 vakada arteriyel sistem bozukluğu saptandı. Hasta grubu, Doppler akımları bozulmuş ve akımları normal olarak iki subgruba ayrıldığında; fetal serbest DNA düzeyleri Doppler akımları bozulmuş grupta istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde diğerinden yüksek bulundu.

Sonuç: Hasta grubunda IUGR semptomları ortaya çıktığı sırada maternal serum fetal serbest DNA düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek bulundu. Bu artışın plasental disfonksiyona bağlı olduğu düşünüldü. Maternal serum serbest fetal DNA düzeylerinin IUGR etyolojisindeki yeri ve IUGR'ın tespitinde potansiyel bir belirteç olarak kullanılabilirliğinin saptanması için daha geniş, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.



XIV. Ulusal Perinatoloji Kongresi

19-22 Eylül 2013, Sarıgerme – Muğla

Yazar Dizini

A	
Abbasoğlu A.	PB-113
Abbasoğlu S.D.	PB-114
Acar D.	PB-105
Acar Z.	PB-129
Adam G.	PB-037, PB-066, PB-071
Ağaçayak E.	PB-014, PB-016, PB-018, PB-019, PB-053, PB-057, PB-081
Akaltun C.	PB-128
Akbaba E.	PB-093
Akdağ Cırık D.	PB-065, PB-072
Akgör U.	PB-069
Akın M.N.	PB-093
Akkuş A.M.	PB-085
Akyol A.	PB-117, PB-121
Aladağ E.	PB-007
Alataş İ.	PB-137
Alay İ.	PB-094, PB-103, PB-104
Aldemir O.	SB-07, PB-102
Ali Özler	PB-057
Alkan Bülbül G.	PB-025, PB-046, PB-048, PB-050, PB-051, PB-062, PB-063
Alkaş D.	PB-133
Altay M.M.	PB-085
Altunkaya S.Ö.	PB-077
Altun Ensari T.	PB-085
Altuncu A.G.	PB-086
Altuntaş Ş.L.	PB-126
Altunyurt S.	PB-005
Alyazıcı İ.	PB-112
Anuk İnce D.	PB-091, PB-092
Api O.	PB-055, KÖ-10, PB-096, PB-110
Ardıç C.	PB-080, PB-009, PB-011, PB-027, PB-030
Arıkan A.	PB-009, PB-027
Arısoy R.	PB-008, PB-009, PB-010, PB-011, PB-027, PB-030, PB-031, PB-080
Ark C.	PB-117
Arslan O.	PB-114
Aslan B.	PB-056
Ataç T.	PB-140
Atar A.	PB-040
Atay M.V.	PB-088, PB-090
Atış Aydın A.	PB-139, KÖ-3, PB-101
Avcı M.E.	PB-029, PB-033, PB-061
Aydın A.	PB-079, PB-087, PB-106, PB-115, PB-116, PB-117, PB-118, PB-119, PB-120, PB-121, PB-137
Aydın B.	PB-056
Aydın H.	PB-011, PB-087
Aydın Öztürk B.	PB-006
Aydın S.	PB-048, PB-062, PB-063
Aydoğan B.	PB-056
Aydoğan H.	PB-034, PB-049
Ayık H.	PB-025, PB-067, PB-070
Ayvaz E.	PB-071
B	
Bademkiran H.	PB-006
Bademkiran M.H.	PB-143
Balsak D.	PB-129
Barışçı A.	PB-084
Barut S.	PB-139
Baser E.	PB-094
Başaranoğlu S.	PB-014, PB-015, PB-016, PB-017, PB-020, PB-053, PB-081, PB-084
Başbuğ M.	PB-080
Başer İ.	PB-098
Baydın S.	PB-137
Bayrak S.	KÖ-18
Benk Şilfeler D.	PB-024, PB-059, PB-078
Besimoğlu B.	PB-119, PB-120
Besli C.	PB-074, PB-075
Bez Y.	PB-017
Bildirici İ.	KÖ-14
Bilen E.	PB-028, PB-086
Bilgin C.	PB-110
Bilgin M.	PB-026
Bilgin Yanık F.	PB-082
Bora A.	SB-08
Bostancı E.	PB-010
Boza A.	PB-010
Bozkurt Y.	PB-109
Budak F.	PB-099
Bulçak E.	PB-139
Bülbül M.	PB-002
Büyükkale G.	PB-116
C	
Camuzcuoğlu A.	PB-034, PB-049
Camuzcuoğlu H.	PB-049, PB-034
Can E.	PB-101
Cenksoy P.Ö.	PB-096
Cihan Toğrul C.	PB-006
Ç	
Çağlar Aytaç P.	PB-141
Çağlar M.	PB-021, PB-035, PB-046, PB-047, PB-048, PB-050, PB-051, PB-062, PB-063
Çakır Güngör A.	PB-037, PB-066, PB-138
Çakıroğlu Y.	PB-076

Çakmak B.	PB-012, PB-013, PB-022, PB-091, PB-092
Çalışkan E.	PB-054, PB-068, PB-107
Çatma Semerci T.	PB-003, PB-004, PB-007
Çavuş Y.	PB-129
Çayan F.	PB-069, PB-058
Çelik E.	SB-01
Çetin A.	PB-140
Çetinkaya M.	PB-116
Çiftçi Ş.	PB-061
Çoban U.	PB-115
Çocuk Dostları Grubu Elemanları	KÖ-1
Çok T.	PB-082, PB-083, PB-133, PB-134, PB-135, PB-136
Çorakçı A.	PB-054, PB-068

D

Dağistan E.	PB-127
Dalbudak T.	SB-08
Demir F.	PB-116
Demircan S.	PB-077
Demirci O.	PB-027, PB-080
Demirin H.	PB-043
Deniz Ç.	PB-013
Derbent Uysal A.	PB-035
Desteli G.	PB-123, PB-124
Dikensoy E.	PB-142, PB-143
Dilbaz S.	PB-021, PB-047
Dilek T.U.K.	KÖ-11, PB-058
Dirik D.	SB-05, SB-06
Doğan N.U.	PB-098
Doğan Y.	PB-107
Doğer E.	PB-054, PB-068
Dolapçioğlu K.	PB-024, PB-045, PB-059, PB-078
Doruk A.	PB-058
Dönmez E.	PB-009
Dönmez M.E.	PB-073, PB-127
Duran Z.	SB-01
Durukan H.	PB-058
Dündar Ö.	PB-105, PB-106, PB-118

E

Ecevit A.	PB-125
Ekin A.	PB-026, PB-029, PB-033, PB-036, PB-061, PB-075, PB-089
Ekiz A.	PB-105
Em P.	PB-017
Emekçi Ö.	PB-005
Ensari T.A.	SB-07, PB-102, PB-100
Erdem H.	PB-122
Erdoğan E.	PB-008, PB-009, PB-010, PB-011, PB-027, PB-030, PB-031, PB-080
Ergin R.N.	SB-03, PB-023, PB-024, PB-059
Ergün A.	PB-087
Erkal N.	PB-035
Erol A.O.	PB-070, PB-085, PB-025, PB-035, PB-067
Ertaş İ.E.	PB-029, PB-032
Ertürk Aksaka S.	PB-065, PB-072
Eryonucu B.	PB-040
Eser A.	PB-006
Esin S.	PB-094, PB-098, PB-100, PB-102, PB-103, PB-104, SB-07
Esinler D.	PB-094, PB-104, SB-07
Evsen M.S.	PB-017
Eymen Kılıç S.	PB-073

F

Fıçıoğlu C.	PB-055, PB-096, PB-110
Fındık F.	PB-008
Fidan U.	PB-087

G

Gecer M.	PB-066
Geçkinli B.	PB-011
Gedikbaşı A.	KÖ-5, PB-105, PB-106, PB-114, PB-114, PB-115, PB-116, PB-117, PB-118, PB-119, PB-120, PB-121, PB-137
Gelişen O.	PB-085, PB-065, PB-072
Gencer M.	PB-037, PB-138
Gezer C.	PB-026, PB-029, PB-032, PB-033, PB-036, PB-061, PB-074, PB-089
Gezer N.S.	PB-026, PB-032, PB-036
Giriş M.	PB-114
Göçmen A.	PB-033
Gögsüür S.B.	PB-052
Göksu M.	PB-002, PB-046, PB-048, PB-050, PB-051, PB-062, PB-063
Göngören A.	PB-045
Göynümer G.	KÖ-17
Güçlü S.	PB-032, SB-04
Güden M.	PB-094, PB-103, PB-104
Gül E.	PB-006
Gül M.	SB-02
Gül S.	PB-003
Gül T.	PB-014, PB-017
Gülaç B.	PB-119, PB-120
Güler T.	PB-140
Güleryüz H.	PB-032
Gülhan İ.	PB-060, PB-089
Gülümser Ç.	PB-111, PB-112, PB-113, PB-125, PB-134, PB-135
Güngören A.	PB-024, PB-059, PB-078
Günkaya S.	PB-115, PB-120
Gür E.B.	SB-04
Gürses C.	PB-070
Gürsu T.	PB-123, PB-124

H

Hakverdi A.U.	PB-059, PB-078
Hançer K.	PB-093
Hendekçi A.	PB-091, PB-092
Hepylmaz İ.	SB-04
Hilali N.G.	PB-034, PB-049

İ

İçen M.S.	PB-053, PB-081
İleri A.	PB-060
İlhan C.	PB-139
İliklerden Ü.H.	SB-05
İnce Z.	PB-129
İncebıyık A.	PB-034, A. PB-049
İsenlik B.S.	PB-025, PB-035, PB-046, PB-048, PB-050, PB-051, PB-062, PB-063, PB-067

J

Janbakhisov T.	PB-005
----------------	--------

K

Kalaycı H.	PB-082, PB-083, PB-132, PB-133, PB-134, PB-135, PB-136, PB-141
Kandemir Ö	KÖ-15, PB-094, PB-098, PB-100, PB-102, PB-103

- Kandemir Ö. PB-104
Kandemir Ö. SB-07
Kaplan M. PB-085
Karabıyık P. SB-01
Karahanoğlu E. PB-098, PB-102, PB-103, SB-07
Karakaş E. PB-049
Karakuş R. PB-010
Karatağ O. PB-071
Karataş A. PB-012, PB-043, PB-044, PB-052, PB-064, PB-073, PB-122
Karataş Z. PB-044, PB-052, PB-073, PB-122
Karateke A. PB-078
Kasap B. PB-093, PB-131, PB-130
Kasap M. PB-054, PB-068
Kavak D. PB-100
Kaya B. PB-140
Kaya T. PB-142, PB-143
Kayapınar M. PB-010, PB-027
Kayıkçoğlu F. PB-065, PB-072
Keskin Kurt R. PB-078
Keskin U. PB-087
Kılıç A. PB-049
Kızalkale Ö. PB-055, PB-096, PB-110
Kirazoğlu E. PB-049
Kiriş Satılmış Ö. PB-003, PB-004
Koç A. PB-026, PB-036
Koçyiğit A. PB-032
Korkmaz B. PB-095
Korkmazer E. PB-097
Köse S.A. PB-028, PB-086
Kumru P. PB-027, PB-030, PB-080
Kumru S. KÖ-09, PB-021, PB-025, PB-035, PB-040, PB-046, PB-047, PB-048, PB-050, PB-051, PB-062, PB-067, PB-063, PB-070, PB-101
Kupik S. PB-101
Kurdoğlu M. SB-05, SB-06, SB-08
Kurdoğlu Z. SB-05, SB-08
Kurdoğlu Z. SB-06
Kurtulmuş S. PB-089
Kuru Oktay A. PB-130, PB-131
Kuşçu E. PB-111
Küçük A. PB-034, PB-049
Küçük M. PB-077
Küçükbayrak B. PB-073
Küçükebe Ö.B. PB-002
Küçükkömürçü Ş. PB-099
Külahçoğlu M.İ. PB-006
- M**
M.A. Akşit KÖ-1
Metin F.Z. PB-013, PB-022
Mihmanlı V. PB-008
Mirza T. PB-008
Muhcu M. PB-030, PB-080, PB-088, PB-090, PB-109
- N**
Nacar M.C. PB-012, PB-022, PB-091, PB-092
Nalbant B. PB-076
Nergiz S. PB-077
Nuhoğlu A. KÖ-1
Nural O. PB-045
- O**
Ocak Z. PB-064
Odabaşı A.R. PB-077
- Oğuzkan Balcı S. PB-143
Okay G. PB-074, PB-075
Okıyay A.G. PB-078
Olgaç Y. PB-105, PB-106
Oran N. SB-04
Ovalı S. PB-126
- Ö**
Özay A.C. PB-005
Özbilgeç S. PB-047
Özçil M.D. PB-045
Özdamar Ö. PB-088, Ö. PB-090, PB-109
Özdemir Ç. PB-115, PB-120, PB-139
Özdemir H. PB-082, PB-083, PB-132, PB-133, PB-134, PB-135, PB-141, PB-136
Özdemir İ. PB-021
Özdemir Ö. PB-025, PB-035, PB-046, PB-050, PB-051, PB-062, PB-063
Özdemirci Ş. PB-065, PB-072
Özer M. PB-057
Özer Ö. PB-026, PB-036
Özeren M. PB-026, PB-029, PB-036, PB-060, PB-061, PB-074, PB-075, PB-089
Özkara A. PB-021
Özkaya G. PB-099
Özkaya M.O. KÖ-12, PB-028, PB-086, PB-108
Özkaya O. PB-108
Özler A. PB-014, PB-015, PB-016, PB-017, PB-018, PB-019, PB-053, PB-081
Özülü T. PB-043, PB-044, PB-052, PB-064, PB-073, PB-122, PB-127
Öztekin D. PB-089
Öztürk M. PB-079, PB-087
Öztürk A. PB-006
Öztürk Ö. PB-087
Öztürk Turhan N. PB-040
Özyalın F. SB-02
- P**
Parlakgümüş H.A. PB-082, PB-083, PB-134, PB-135, PB-141
Parlakpınar H. SB-01, SB-02
Pehlivan S. PB-143
Peker N. PB-020
Peker N. PB-053
Pekin O. PB-010, PB-011, PB-027, PB-030, PB-080
Pirinççi F. PB-049
Polat A. SB-01
Polat İ. KÖ-07, PB-117, PB-118, PB-120, PB-105, PB-115, PB-116, PB-119, PB-121, PB-137
Polat K. SB-01
Polat M. PB-010
- R**
Reşorlu M. PB-037, PB-066, PB-071
- S**
Sak M.E. PB-020
Sak S. PB-020
Sarıkaya S. PB-074, PB-075
Sarıyıldırım A. PB-071
Sarıyıldız B. PB-093
Saygılı A. KÖ-13
Sezik M. PB-042, KÖ-16, PB-028, PB-041
Simavlı S.A. PB-064
Somunkıran A. PB-055, PB-110

Sönmez Tamer G.	PB-054, PB-068	PB-046, PB-050, PB-051, PB-062, PB-063,
Sucu S.	PB-142, PB-143	PB-066, PB-067, PB-070, PB-071, PB-129,
Süt H.	PB-027	PB-138
Ş		Uysal F.
Şahin B.	PB-001	PB-037, PB-038, PB-039, PB-066, PB-071,
Şahin F.İ.	PB-083	PB-129, PB-138
Şahin H.	PB-059	PB-068
Şahin H.G.	SB-06	Uzelli Şimşek H.
Şahin Uysal N.	PB-082, PB-111, PB-112, PB-113, PB-125	Ü
Şen C.	PB-031, PB-056	Ünal E.
Şener T.	KÖ-04	Ünsal A.
Şengün Y.	PB-008	Ünüvar Ş.
Şimşek H.	PB-095	Üstün Y.
Şimşek H.U.	PB-054, PB-076	Üstünyurt E.
Şimşek Y.	SB-01, SB-02	Üstünyurt Ö.B.
T		PB-097
Tahaoğlu	A.E. PB-006	V
Talay H.	PB-121, PB-117	Varan B.
Tan Saz N.	PB-060	Vural M.
Taner C.E.	PB-026, PB-029, PB-036, PB-061, PB-074,	Y
	PB-075	Yalçın N.
Tapar H.	PB-007	Yalçinkaya C.
Tarcan A.	PB-111	Yalınkaya A.
Tarım E.	PB-133	KÖ-06, PB-081, PB-015, PB-017, PB-020,
Tarım E.	KÖ-08, PB-082, PB-083, PB-132, PB-134,	PB-053, PB-084
	PB-135, PB-136, PB-141	Yalvaç S.
Taşargöl Z.	PB-027	PB-094, PB-098, PB-100, PB-103, PB-104,
Tatar S.	SB-04	SB-07, PB-102
Tekçe H.	PB-127	Yaman Görük N.
Teke S.	PB-142	PB-014, PB-016
Tekelioğlu T.	PB-113	PB-081, PB-018, PB-014, PB-016, PB-019,
Tekirdağ A.İ.	PB-106, PB-114	PB-053, PB-057
Terzi Y.K.	PB-083	Yanık F.
Tezcan S.	PB-118	PB-113, PB-123, PB-124, PB-134, PB-135,
Timur A.	PB-060	PB-111, PB-112, PB-125
Tohma A.	PB-094, PB-103, PB-104	Yapar Eyi E.G.
Tola E.N.	PB-108	KÖ-19
Toprak M.	PB-012	Yapca D.
Tosun Ö.	PB-140	PB-003, PB-004
Tuğrul S.	PB-030	Yapça Ö.E.
Tuğcu U.	PB-125	PB-003, PB-004, PB-007
Tuğrul S.	PB-008, PB-009, PB-010, PB-011, PB-027,	Yavuz A.
	PB-080	SB-08
Tunç M.	PB-112	Yavuzcan A.
Tunçay Işıkkent N.	PB-043	PB-021, PB-047, PB-048
Turan Bakırcı I.	PB-101	Yaycı E.
Turan G.A.	SB-04	PB-140
Turan Ö.	PB-132	Yayla M.
Turgut A.	PB-057, PB-014, PB-015, PB-017, PB-018,	PB-023, PB-031, SB-03
	PB-019, PB-053, PB-081	Yerebasmaz N.
Turhan N.	PB-093	PB-065, PB-072, PB-103
Turhan U.	SB-02	Yeşilirmak C.D.
Türkoğlu A.	PB-015	PB-032
Türköz Y.	SB-02	Yetkinel S.
U		PB-136
Ulubay M.	PB-087	Yıldırım G.
Uludağ S.	KÖ-02	PB-055, PB-096, PB-105
Uslu A.M.	PB-139	Yıldırım Köpük Ş.
Uyar İ.	PB-029, PB-060, PB-089	PB-076
Uyar O.	PB-024, PB-045	Yıldırım N.B.
Uysal Derbent A.	PB-037, PB-039, PB-025, PB-038, PB-040,	PB-001
		PB-021
		Yıldızbakan A.
		PB-014
		Yıldızhan Çakmak F.
		PB-013
		Yılmaz Çelik Z.
		PB-083
		Yılmaz E.
		PB-099
		Yılmaz M.
		PB-062
		Yılmaz T.
		PB-001
		Yirci B.
		SB-07 PB-094, PB-098, PB-100, PB-102
		Yorgancı C.
		PB-011, PB-080
		Yüce H.H.
		PB-034, PB-049
		Yücel M.
		PB-002
		Yücel S.
		PB-118
		Yücesoy G.
		PB-076
		Yüksel H.
		PB-077
		Yüksel A.
		PB-056
		Yüksel M.
		PB-028, SB-04
		Yüksel M.A.
		PB-031
		Z
		Zorlu C.G.
		PB-126

PERİNATOLOJİ DERGİSİ

Cilt 21 | Supplement | Eylül 2013

İçindekiler

XIV.

Ulusal Perinatoloji Kongresi

19-22 Eylül 2013, Sarıgerme - Muğla

Konuşma Özetleri (KÖ-01 — KÖ-19)	1
Serbest Bildiri Özetleri (SB-01 — SB-08)	18
Poster Bildiri Özetleri (PB-01 — PB-143)	22
Yazar Dizini	83