

# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com

Cilt 22 | Supplement | Ekim 2014



## 11th Congress of the Mediterranean Association for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology

9-12 Ekim 2014, Belek, Antalya

## 9. Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi

Bildiri Özetleri

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

deomed®



# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com

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

## Tanım

Perinatal Tıp Vakfı, Türk Perinatoloji Derneği ve Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Derneği'nin bilimsel yayın organı olan Perinatoloji Dergisi, söz konusu kurumların çevrimiçi (*online*) yayımladığı ve hakemli bilimsel yayın organı olan Perinatal Journal'da (e-ISSN 1305-3124) yer alan makalelerin Türkçe sürümlerinin, eşzamanlı olarak hem basılı (p-ISSN:1300-5251) hem de çevrimiçi (e-ISSN:1305-3132) yayımlandığı bir bilimsel platformdur. Nisan, Ağustos ve Aralık aylarında olmak üzere 4 ayda bir yayımlanır.

Başlıca özgün klinik ve deneysel araştırma makaleleri, olgu sunumları, derlemeler, editör ve görüş yazıları ile mektuplar içeren Perinatoloji Dergisi'nin okuyucu kitlesi perinatoloji uzmanları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, radyologlar, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, ebeler, ultrasonografi ve diğer ilgili dalların uzmanlarından oluşmaktadır.

## Amaç ve Hedef

Perinatoloji Dergisi'nin amaç ve hedefi, perinatoloji ile ilgili konularda disiplinlerarası bir bilimsel tartışma zemini oluşturmak ve içerdiği birikimi uluslararası bilimsel paylaşımına sunmaktır.

## Telif Hakları

Perinatoloji Dergisi, bünyesinde yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, basılı ve çevrimiçi sürümlerinde yayınladığı hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayımlanan yazıların bilimsel ve yasal sorumlulukları yazarlarına aittir. Yazılarla birlikte gönderilen resim, şekil, tablo vb. unsurların özgün olması ya da daha önce yayınlanmış iseler derginin hem basılı hem de elektronik sürümünde yayınlanabilmesi için telif hakkı sahibinin yazılı onayının bulunması gerekir.

Perinatoloji Dergisi'nde yayımlanan makalelere ilişkin telif hakları dergiye ait olur. Bu amaçla makale gönderme sırasında dergi tarafından tüm yazarlarca onaylanan "Telif Hakları Devir Mektubu" talep edilmektedir. Telif Hakları Devir Formu'na derginin www.perinataldergi.com adresindeki çevrimiçi (*online*) sürümünde PDF dokümanı olarak erişilebilir. Dergide yayınlanması uygun görülen yazıların sorumluluğu yazarlara aittir. Yazılar için telif ya da başka adlar altında hiçbir ücret ödenmez ve baskı masrafı alınmaz; ancak ayrı baskı talepleri ücret karşılığı yerine getirilir.

Perinatoloji Dergisi, yazarlardan devraldığı ve çevrimiçi (*online*) sürümünde yayımladığı içerikle ilgili telif haklarından, bilimsel içeriğe

evrensel "açık erişimin (*open access*) desteklenmesi ve geliştirilmesi-ne katkıda bulunmak amacıyla, bilinen standartlarda kaynak olarak gösterilmesi koşuluyla, ticari kullanım amacı ve içerik değişikliği dışında kalan tüm kullanım (çevrimiçi bağlantı verme, kopyalama, bas-kı alma, herhangi bir fiziksel ortamda çoğaltma ve dağıtma vb.) haklarını (ilgili içerikte tersi belirtilmediği sürece) CC BY-NC-ND 3.0 License (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0) aracılığıyla bedelsiz kullanıma sunmaktadır. İçeriğin ticari amaçlı kullanımı için yayınevinden izin alınması gereklidir.

## Çıkar Çakışması

Yazarlar, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çakışması (*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 Çakışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çakışması durumunda kullanılacak "Çıkar Çakışması Beyan Formu"na derginin www.perinataldergi.com adresindeki çevrimiçi (*online*) sürümünde PDF dokümanı olarak erişilebilir.

## Yayın Künyesi

**İmtiyaz Sahibi:** Perinatal Tıp Vakfı adına Prof. Dr. Cihat Şen

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:** Prof. Dr. Murat Yayla

**Yönetim Yeri:** Cumhuriyet Cad. 30/5 Elmadağ, Taksim  
34367 İstanbul

26 Haziran 2004 tarih ve 5187 sayılı Basın Kanunu gereğince yaygın süreli yayın türünde sınıflanan Perinatoloji Dergisi, Perinatal Tıp Vakfı adına Deomed Yayıncılık tarafından yayımlanmaktadır (Telif Hakkı © 2014, Perinatal Tıp Vakfı).

**Yayın Koordinatörü:** İlknur Demirel

**İngilizce Editörü:** Fikret Yeşilyurt

**Grafik Tasarım:** Tolga Erbay

**Sayfa Düzeni:** Nurgül Özcan

**Baskı ve Cilt:** Birmat Matbaacılık, Yüzyıl Mahallesi MASSIT 1.  
Cad. No: 131 Bağcılar, İstanbul, Tel: (0212) 629 05 59-60

Asit içermeyen kağıda basılmıştır (Ekim 2014).

**Deomed Yayıncılık**

Gür Sok. No: 7/B

Kadıköy 34720 İstanbul

Telefon: +90 216 414 83 43 (Pbx) Faks: +90 216 414 83 42

e-posta: medya@deomed.com • www.deomed.com

**deomed®**



# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com

**Cilt 22 | Supplement | Ekim 2014**

## 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 Göynüner, *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 Nicolaidis, *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 Tanrıverdi, *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 alındığı 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 alacakları 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 çakışması (*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 Çakışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çakışması durumunda kullanılabilir Çıkar Çakışması Beyan Formu için bkz. [www.perinataldergi.com](http://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](http://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](http://www.icmje.org)).

Yazarların makalelerini hazırlarken çalışma tasarımlarının olabildiğince, randomize kontrollü çalışmalar için CONSORT, gözlemsel çalışmalar için STROBE, tanısıl 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 yayımlandığına 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 bulunduğu 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 anlaşılabilirliği 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)



**11th Congress of  
the Mediterranean Association for  
Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**

9-12 Ekim 2014, Belek, Antalya

**9. Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi  
Kongresi**

**Bildiri Özetleri**

<b>Bilimsel Program</b>	<b>v</b>
<b>Konuşma Özetleri</b> (KÖ-01 — KÖ-48)	<b>S1</b>
<b>Serbest Bildiri Özetleri</b> (SB-01 — SB-12)	<b>S31</b>
<b>Poster Bildiri Özetleri</b> (PB-01 — PB-114)	<b>S36</b>
<b>Yazar Dizini</b>	<b>S85</b>



# 11th Congress of the Mediterranean Association for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology

9-12 Ekim 2014, Belek, Antalya

## 9. Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi

### Bilimsel Program

#### 9 Ekim 2014, Perşembe

09:00-10:00	<b>Kayıt</b>
10:00	<b>Temel muayene yöntemleri / Oturum Başkanları:</b> Murat Yayla, Burcu Ülkümen Ultrasonografi cihazlarının ayar özellikleri S. Öner
10:15	Serviks-uterus-tuba-overler-pelvis değerlendirilmesi B. Tekin
10:30	Pelvik tabanın USG ile değerlendirilmesi Ö. Yeniel
10:45	Baş pelvis uygunsuzluğu: Ultrason? A. Güngören
11:00	İlk trimester muayene standardı nedir? M. Yayla
11:15	Preeklampsi öngörü modeli F. Çayan
11:30-11:45	Tartışma
11:45-12:45	Ultrason muayenesi – Canlı
13:30	<b>İlk trimester fetal USG / Oturum Başkanları:</b> Reem Abu-Rustum, Özlem Moraloğlu İlk trimesterde fetal anatomik değerlendirme R. Abu-Rustum
13:45	Spina Bifida: 11-14 GH'da TAD/BPD G. Haddad
14:00	ART gebeliklerde serum ve USG bulguları farklı mı? O. Gliozheni
14:15	İlk trimesterde ultrasonografik belirteçler: Neyi değiştirir? O. Özkaya

14:30	Spina bifidanın tanısında ilk trimester ultrason bulguları <i>G. Göynüner</i>
14:45	Dört yıllık sürede rutin ilk üç ay taraması sonrası yapılan tanısız girişimler ve sonuçları <i>R. N. Ergin Bayık</i>
14:50	Ileum volvulus perforasyona bağlı akut mekonyum peritonitis prenatal tanısı: Bir olgu sunumu <i>K. E. Karaşahin</i>
14:55	Cantrell pentalojisi: Olgu sunumu <i>A. Akberova</i>
15:00-15:15	Tartışma
15:15-16:00	Ultrason muayenesi-Canlı: MSS
	Kahve
16:15	<b>Ürojenekoloji: Pelvik taban / Oturum Başkanları:</b> <i>Gökhan Göynüner, Murat Muşcu</i> Ultrasonografik açıdan pelvik taban anatomisi <i>A. Sivaslıoğlu</i>
16:30	Pelvik taban USG teknikleri ve anatomik nirengi noktaları <i>D. Uysal</i>
16:45	Pelvik ön kompartman defektlerinin değerlendirilmesi <i>G. A. Santoro</i>
17:00	Cerrahisi sonrası USG ile pelvik taban görüntülemesi <i>A. Sivaslıoğlu</i>
17:15	Pelvik arka kompartman defektlerinin değerlendirilmesi <i>G. A. Santoro</i>
17:30-17:45	Tartışma
	<b>Açılış seromonisi</b>
17:45	Hoşgeldiniz / <b>Başkan:</b> <i>MEDUOG ve OJUD</i>
18:00	Perinatal görüntülemenin geleceği <i>Asım Kurjak</i>
18:30	Kromozom anomalileri: USG? - fDNA? <i>Cihat Şen</i>
19:00	Kokteyl

## 10 Ekim 2014, Cuma

08:30	<b>Obstetrik ultrason-1 / Oturum Başkanları:</b> <i>Vincenzo D'Addario- Syed Gilani</i> IUGR: Geçmişte-şimdi ve gelecekte <i>G. Mandruzzato</i>
08:45	Kötü gebelik sonuçlarının öngörüsü <i>E. Barrabes</i>
09:00	Umbilikal arter – Yaşam işareti <i>S. Gilani</i>
09:15	Obstetrik kanamaların öngörüsünde ultrasonografinin rolü <i>A. Yalınkaya</i>



09:30	Plasenta akretanın ultrason tanısı: Evet, mümkün <i>G. Cali</i>
09:45	Uterus rüptüründe ve öngörüsünde sonografi <i>M. Kurdoğlu</i>
10:00-10:15	Tartışma Kahve
10:45	<b>Fetal nörosonografi / Oturum Başkanları:</b> <i>Ebru Tarım, Giuseppe Cali</i> HD-3D sonografi ile embryonal-fetal gelişim <i>A. Kurjak</i>
11:00	Fetal nöro-risk ile neonatal nöro-risk aynı şey mi? <i>M. Stanojevic</i>
11:15	NTD ve fetal cerrahi seçenekleri <i>A. Gedikbaşı</i>
11:30	Beyin arka çukurunun kistik anomalileri <i>V. D'Addario</i>
11:45	Beyin korteksi anomalileri <i>U. Dilek</i>
12:00	Obstetrik ve jinekolojik ultrasonografi: Ne zaman? Kim tarafından? Nasıl? <i>A. Antsaklis</i>
12:15-12:30	Tartışma
12:30-13:30	MEDUOG: YK ve Genel Kurul Öğle
14:00	<b>Fetal kalp ve toraks / Oturum Başkanları:</b> <i>Cihat Şen, Kaouther Dimassi</i> Fetal kalp değerlendirmesinde etkin USG kullanımı nasıl olmalıdır? <i>O. Api</i>
14:15	Stenoz, atrezi ve hipoplastik kalp <i>O. Uzun</i>
14:30	Fetal kalp anomalileri: Tanı ve yönetim <i>C. Şen</i>
14:45	Fetal aritmiler ve yönetimi <i>O. Uzun</i>
15:00	CCAM, sekestrasyon, hidrotoraks: Fetal cerrahi <i>E. Çelik</i>
15:15	CDH: Teşhis ve sonografik prognostik faktörler <i>T. Şener</i>
15:30-15:45	Tartışma
15:45-16:45	Ultrason muayenesi – Canlı: Kalp
16:45-17:45	Ultrason muayenesi – Doppler

**11 Ekim 2014, Cumartesi**

08:30	<b>İkiz gebelikler / Oturum Başkanları:</b> Abdallah Adra, Bülent Çakmak İkiz gebeliklerde tarama ve prenatal tanı yöntemleri <i>G. Monni</i>
08:45	İkiz gebeliklerde yönetimde ultrasonun rolü <i>K. Dimassi</i>
09:00	Monokoryonik ikiz gebelikler: İkizler arası transfüzyon <i>A. Khalil</i>
09:15	Monokoryonik ikiz gebelikler: SIUGR <i>A. Khalil</i>
09:30	İkiz gebeliklerde doğum zamanlaması ve yöntemi <i>İ. Polat</i>
09:45	Patofizyoloji, tanı yaklaşımı ve yönetim ikilemler: Monokoryoniklerde seçici intrauterin gelişme geriliği <i>K. Dimassi</i>
09:50	Mezoovaryumda nadir bir ektopik gebelik olgusu <i>Ö. D. Gündüz</i>
09:55	Fetal başın angajman tanısı için doğumhane ultrason kullanımı <i>K. Dimassi</i>
10:00-10:15	Tartışma
	Kahve
10:45	<b>Jinekolojik Doppler-1 / Oturum Başkanları:</b> Cansun Demir, Apostolos Athanasiadis Pelvik ağrı değerlendirilmesinde USG <i>E. Oral</i>
11:00	Dış gebelik: Tanı ve yönetim <i>P. Dursun</i>
11:15	Menopoz olguların değerlendirilmesinde ultrasonografik yönetim <i>A. Somunkıran</i>
11:30	İnfertil olguların değerlendirilmesinde ultrasonografinin rolü <i>B. Tıraş</i>
11:45	Endometrial patolojiler ve Doppler USG: İnfertilitedeki yeri <i>E. Çalışkan</i>
12:00	Uterin anomalilerde 3D ultrasonografinin yeri <i>A. Athanasiadis</i>
12:15-12:30	Tartışma
12:00-13:00	OJUD YK ve Genel Kurul
	Yemek
14:00	<b>Jinekolojik Doppler-2 / Oturum Başkanları:</b> Tugan Beşe, Ertan Adalı Selim uterin patolojiler ve Doppler USG <i>A. Özşaran</i>

14:15	Selim over-tuba patolojileri ve Doppler USG <i>S. Topuz</i>
14:30	Serviks patolojileri ve Doppler USG <i>T. Beşe</i>
14:45	Habis uterin patolojiler ve Doppler USG <i>İ. Dunder</i>
15:00	Habis over tümörleri ve Doppler USG <i>F. Demirkıran</i>
15:15	Gestasyonel trofoblastik hastalıklar ve Doppler USG <i>A. Karateke</i>
15:30-15:45	Tartışma Kahve
16:00	<b>Fetal anomali / Oturum Başkanları:</b> <i>Giovanni Monni, Ercüment Cengiz</i> İkinci trimester USG bulguları ve anöploidiler <i>F. Abdeljawad</i>
16:15	Fetal abdominal kistlerin ilginç tanısı <i>A. Adra</i>
16:30	Kordon anomalilerin antenatal tanınması <i>N. Radunovic</i>
16:45	Fetal sendromlar ve tanısal ultrason <i>A. Kurjak - S. Zabutovic</i>
17:00	Fetal böbrek patolojileri <i>M. Chaabane</i>
17:15	Obstrüktif üropatilerin tanısı ve fetal tedavisi <i>C. Demir</i>
17:30	Tartışma

## 12 Ekim 2014, Pazar

08:30	<b>Obstetrik ultrason-2 / Oturum Başkanları:</b> <i>Zehra Kurdoğlu, Neşe Gül Hilali</i> Plasenta muayenesinin önemi <i>A. Tanrıverdi</i>
08:45	Hiperekojen barsak yönetimi? <i>E. Dikensoy</i>
09:00	Hiperekojenik böbrek? <i>E. Tarım</i>
09:15	Makrozomi tanısı ve yönetimi <i>S. Uludağ</i>
09:30	Olgu sunumları: Tanınız ne olmalıdır? <i>M. A. Güven</i>

09:45	Ultrasonografi ve mesleki profesyonelizm: Niçin şikayet ediyoruz? <i>M. Sezik</i>
10:00-10:15	Tartışma
	Kahve
10:30	<b>Obstetrik ultrason-3 / Oturum Başkanları:</b> <i>Soner Recai Öner, Burçin Kavak</i> Kraniofasial malformasyonlar <i>E. G. Yapar Eyi</i>
10:45	Fetal böbrek anomalileri: Tanı ve yönetim <i>D. Arıkan</i>
11:00	Erken doğum öngörü ve yönetiminde TA/TV USG? <i>A. Atış Aydın</i>
11:15	İskelet sistemi dizplazileri <i>S. Kumru</i>
11:30	Fetal abdomen duvar defektleri <i>F. Koyuncu</i>
11:45	Ektopia kordis ve omfalosel: Olgu sunumu <i>B. Artunç Ülkümen</i>
11:50	Term düşük riskli gebelerde 2 ve 3 boyutlu ultrason ile farklı tahmini fetal ağırlık formüllerinin karşılaştırılması <i>İ. Özer</i>
11:55	14 güne kadar spontan erken doğum (SPTB) sonografik servikal uzunluk ve biyokimyasal belirteçler üzerine örneklemeler <i>M. H. Lega</i>
12:00	Türkiye'de mezuniyet öncesi tıp eğitiminde obstetrik ve jinekolojik ultrasonografi eğitimi <i>M. Sezik</i>
12:05	Düşük riskli tekil gebeliklerde 20-24 hafta arasında fetal nazal kemik uzunluğunun değerlendirilmesi <i>B. Artunç Ülkümen</i>
12:10	Preeklampitik gebeliklerde umbilikal arter Doppler dalga formu ve yenidoğan sepsisi <i>M. Sezik</i>
12:15-12:30	Tartışma
12:30-13:00	Akılcı ilaç kullanımı <i>G. Göynüner</i>
	Kapanış



# 11th Congress of the Mediterranean Association for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology

9-12 Ekim 2014, Belek, Antalya

## 9. Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi

### Konuşma Özetleri (KÖ-01 — KÖ-48)

9 Ekim 2014, Perşembe

**KÖ-01** [10:00]

#### Ultrasonografi cihazlarının ayar özellikleri

Soner Recai Öner

*Serbest Hekim; Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Perinatoloji Uzmanı, İzmir*

Ultrasonografinin muayene yöntemi-aracı olarak kullanıma girmesiyle birlikte, obstetrik ve jinekolojide, devrim sayılabilecek değişimlerden bir tanesi daha gerçekleşmiştir.

Problem, her gün teknik düzeyi yükselen ve bilgi birikimi hızla artan ultrasonografi sırasında oluşabilecek hatalardan kaçınmak ve cihazı olabilecek en etkin şekilde kullanabilmek şeklinde günümüzde ortaya çıkmıştır.

Bu kısa, temel sayılacak sunumumuzda ultrasonografi cihazından nasıl maksimum faydayı elde edilebilir sorusunu yanıtlamaya çalıştık.

Ultrasonografi cihazı kullanmakta olan biri öncelikle hem cihazın satışını yapan eksperin yardımıyla hem de olmazsa olmaz “kullanım kitapçığı” vasıtasıyla cihazı tanımalıdır. Hasta ve çalışan güvenliği için elzem olan elektrik kazalarından korunma ve ultrasonun fiziksel etkileri konusunda bilgi edinilmelidir.

Cihazın teorik ve pratik düzeyde incelenmesinden sonra genellikle yazılımında önceden ayarlanmış parametreleri öğ-

renmelidir. Bunlar jinekoloji, obstetrik, ilk trimestr ikinci ve üçüncü trimestr obstetrik muayeneler, fetal kalp, Doppler parametrelerinin gözden geçirilmesidir.

Genel olarak bu parametreler incelenecek organ veya sisteme göre kendi içlerinde tarama hızı, frekans, inceleme alanı genişliği, görüntü düzeltici yazılımları düzenlemiş olurlar. Ultrasonografik muayene yaparken bu “önayarları” (preset) ait olmadıkları durumlarda kullanıp görüntü üzerinde nasıl etkiler yaptıklarını gözlemenizi öneririz. Önayarların yerli yerinde kullanılmasından sonra bu ayar grubunu oluşturan alt parametrelerin kullanımı ve değiştirilmesiyle ince farklılıkların ayırılması veya görüntüyü daha nitelikli hale getirmeyi başarabiliriz.

Ultrasonografiye başlamadan önce monitör ayarları yapılmalıdır. Bozuk bir monitor ayarıyla muayene yapmak buzlu cam arkasından veya numaraları size uymayan bir gözlükle etrafa bakmak gibidir. Bunun için cihazda renk-ton ayarlarını yapmakta kullanılan örnek resmin görüntü parametrelerinin en iyi görüldüğü parlaklık ve kontrast ayarları yapılmalı şayet varsa görüntü alanını monitöre uygun hale getirecek ayarlar yapılmalıdır.

Bundan sonra sunumuzda basit ayarlar ve daha ileri görüntü ayarlarından bahsedeceğim.

#### **Gain control**

Kazanç Kontrolü diyebileceğimiz bu ayarda tüm görüntüyü oluşturan ekoların şiddetinin ayarlanması söz konusudur. Düşük gain varlığında bazı ince yapıları örneğin monokorio-

nik bir ikiz gebelikteki amniotik membranı düşük gainde veya oligohidroamnioslu bir fetusun üzerini sıkıca kaplayan bir membranı aşırı yüksek bir gainde göremeyebiliriz.

### **Time gain compensation**

Kazanç kontrolü, görüntünün çeşitli derinlik noktalarındaki kazancı ayarlamamızı ve tekdüze bir görüntü elde etmemizi sağlar. Muayene konforunu ve kalitesini artırır.

### **Focus**

Görüntünün belli derinlik alanlarındaki çözünürlüğü artırma-ya yarar. Bir ve daha fazla nokta seçilebilir. Ne kadar fazla alan seçilirse cihazın tarama hızı (frame rate) düşer. Hızlı hareket eden organ muayenesinde (kalp) en az sayıda olmalıdır.

### **Frequency selection**

Frekans seçimi incelenen yapıdaki rezolüsyon düzeyi veya derinlik parametrelerine göre seçilir. Frekans ne kadar yüksekse çözünürlük o derece artar. Buna karşın derin yapıların görülmesi zorlaşır. Frekans azaltılırsa bunun tam tersi olur

### **Auto optimization**

Bu ayar görüntünün tümünü ortalama bir çözünürlüğe getirmektedir. Spesifik tanısal bir perinatolojik muayene yapılmıyorsa kullanılması uygun olur.

### **Tissue harmonics imaging**

Doku harmonik görüntüleme yansıyan ses dalgalarının farklı frekanslarda olanının görüntü oluşturmada faydalandığı bir yöntemdir. Son noktada görüntüde oluşturduğu farklılıklar, ekojenitesi az olan yapıların daha sınırları keskin görülmesi ve çözünürlüğün artması, kalın batın duvarı olan hastalarda görüntü oluşturmaya kolaylaştırması şeklindedir. Her çözünürlüğü arttıran teknik gibi tarama hızını azaltmaktadır.

### **Compound imaging**

Proptan dik çıkan ses dalgalarının aynı doğrultuda geri gelmesi dışında değişik açılarda çıkan ses dalgalarının oluşturduğu görüntülerin kombine edilmesiyle daha yüksek genel ve dikey çözünürlüğü artmış görüntüler elde etmemizi sağlar.

### **Speckle reduction imaging**

Ses dalgalarını yansımalarıyla oluşan karışık, parazit diyebileceğimiz ekoları çeşitli derecelerde önleyerek daha yumuşak ve rezolüsyonu yüksek görüntü oluşturmamızı sağlarlar.

### **Dynamic range**

Cihazın okuyabildiği gri skala genişliğidir. Gri skalanın değişik bölgelerinin görülebilme veya görüntüden uzaklaştırılabilme olanağı sağlar. Aslında cihazın kaliteli görüntü oluşturabilme hassasiyetiyle ilişkilidir.

### **Ultrasound gray maps**

Cihazın oluşturduğu görüntüdeki gri bölgelerin tüm görüntüde parlaklığını ayarlama imkanı verir. Örneğin kalp incele-

mesinde gri skalanın geniş olması değil dar fakat nitelikli olması istenir. Önayarlarda bu kontrol genellikle ekojen yapıların parlaklığının artırılmış şekilde görünmesini sağlayacak şekilde ayarlanmıştır.

### **Line density**

Lateral rezolüsyonun artırılması için kullanılır. Ekojenite-ri birbirinden çok az fark gösteren dokuları incelemek için ayarın yüksek olması gerekir.

### **Frame average/persistence**

Prob kristallerinin bir sıra taramasıyla oluşturduğu birçok görüntüyü üst üste bindirerek temiz ve çok yüksek rezolüsyonlu görüntüler sağlar.

### **Rejection**

Çok karmaşık çok parazitli görüntülerdeki sorunu gidermek amacıyla kullanılır.

### **Edge enhancement**

Görüntüdeki sınırları belirginleştirir. Kontrastı yüksek, yapıların sınırlarının belirgin olduğu bir görüntü sağlar.

### **Eve gidecek mesajlar**

- A. Cihazı tanıyın - teknik özelliklerini öğrenin
- B. Fizikteki ses ve akustik bilgilerinizi bir kez daha gözden geçirin.
- C. Önayarların yerli yerinde kullanılmasını sağlayın.
- D. Probu görüntü elde etmek istediğiniz noktada mümkün olduğunca “az - yavaş” hareket ettirin. Aradığımız planları bulduğunuzda taramayı durdurun, cine memory ile dolayarak inceleyin. Daha az yorulursunuz.
- E. Zamanınız oldukça yukarıda anlatılan ayarların etkilerini deneyin.
- F. Arşivleyin, gözden geçirin.
- G. Sunum sırasında sunumun video ve resim linkleri verilecektir.

## **KÖ-02 [10:15]**

### **Serviks-uterus-tuba-overler-pelvis değerlendirilmesi**

Başar Tekin

*Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Eskişehir*

Kadın jinekolojik muayenesinin en önemli parçası pelvik muayenedir, öyle ki eskiden “jinekoloğun parmağı, gözü gibidir” denir, iç genitaliyanın görülmesinin ne kadar önemli olduğu böyle ifade edilirdi.

Günümüzde ultrasonografik incelemede iç genitaliyan değerlendirilmesinde sadece yapısal değil, işlevsel değerlendirme de çok önemli hale gelmiş, neredeyse kimi jinekologlar, bimanüel

jinekolojik muayene yerine, ultrasonografik muayeneyi öne çıkarmışlardır.

20-20.000 Hz arasında yüksek frekans ile ve daha çok, vajinal yoldan yakın dokuları daha iyi görebilmek için 6-10 MHz, abdominal yolda daha uzak dokuları görebilmek için 4-7 MHz kullanımı ile direkt dokunma halinde devamlılığı olan dokuların muayenesi yapılabilir. Serviksten başlayarak, uterus, overler, varsa akustik devamlılığı olan yapılar vajinal yoldan değerlendirilebilirler. Abdominal yol görüntü kalitesinin daha az olması nedeniyle, vajinal yoldan muayene olabilecek olgularda daha az kullanılır. Akustik geçiş devamlılığı olmayan tubalar, barsaklar gibi diğer pelvik dokuların görülmesi pek yeterli olmamaktadır. Ancak, tubal gebelik, hidrops tuba gibi patolojilerde yada pelvik bölgeyi dolduran ascite gibi bir sıvı olması halinde, tubalar daha iyi değerlendirilebilirler. Yani tubaların rahat gözlenmesi bir patolojiyi akla getirir.

Uterusun myometriyum patolojilerinden en sık görülen myomlar, adenomyosis, operasyon skarları doğrudan TV-USG ile incelenebilirken, kimi sıvılar kullanarak, uterin kavite içi değerlendirmeler yani Salin İnfüzyon Sonografi (SİS) yapılarak, neredeyse endoskopi (histeroskopi) kadar gözlem yapılabilir. Hatta görülen patolojik kitlenin ya da yapının doku incelemesi bile yapılabilmeyle, histeroskopiye üstün olduğu yerler dahi vardır. Yine endometriyumun siklus içindeki değişik görüntü paternlerinden yola çıkarak, işlevsel değerlendirme de yapılmaktadır; proliferatif fazda oluşan hipoekojen yapı, ovülasyon ile ekojen değişim gösterir. Daha çok infertilite tedavisinde işlevsel değerlendirme çok önem kazanır. Menopozal kanamalarda, ya da juvenil kanamalarda endometrial yapının değerlendirilmesi, kalınlığı, üniformitesi gibi özellikler biopsi almadan tedavi olanağını verir. Uterin anomalilerin değerlendirmesi her ne kadar SİS gibi yöntemlerle daha iyi olsa da, deneyimli bir sonografist yalın TV-USG ile de, anomaliyi tanımlayabilir, tedaviye ışık tutacak ipuçlarını belirleyebilir.

Overler serbest halde pelvik bölgede bulduklarında, TV-USG ile vajinal fornikslere yerleştirilen vajinal probun küçük hareketlerinden yararlanılarak iyice incelenebilir, kimi tipik görüntülerle neredeyse tanı konabilecek bilgiler verir. Örneğin bir endometrioma, dermoid kist, basit kistlerin önemli kısmı yalın TV-USG ile tanımlanabilir. Yine fertilite izleminde, folikülogenez, over rezerv değerlendirmeleri diğer biyokimyasal çalışmaların bilgilerinden daha değerli bilgiler verir. IVF olgularında sadece ovülasyon indüksiyonu değil, girişimsel ultrason kullanımı ile yumurta toplama (OPU) ve embriyo transferi (ET) sırasında da TV-USG kullanımının başarıda ana etmen olduğu unutulmamalıdır. Benign kistik yapı görüntülerinde tartışanlar olsa da, kist aspirasyonu yapılması, ektopik gebelikte yada fetal redüksiyon yapılmasında TV-USG rehberliği önemlidir.

Sağlıklı tubalar normalde TV-USG yada abdominal yoldan incelemede görülemezler beklenir. Ancak ascites yada hemoperitoneum gibi peritoneal sıvı içinde olduklarında görüle-

bilirler. Ayrıca tubal patolojilerde, salpenjit, hidrosalpinks gibi durumlarda tubanın görülmesi ve tanısal yaklaşım sağlanabilmektedir. IVF gibi infertilite tedavisinde bu gibi patolojilerde tubalara yönelik cerrahi tedavi gündemdedir.

Ultrasonografi günümüzde Doppler değerlendirmeleri ile birlikte. Her ne kadar ana konu Doppler değilse de, kan akım değerlendirmelerinden yani Doppler ölçümlerinden yola çıkarak, incelenen organlarda metabolizmanın artışının ifadesi olarak damar direncinde azalma kimi işlevsel yaklaşımlara olanak sağlamaktadır. Overlerde görülen kistik yapıların damar direncinin artması, olayın kronik olduğunu, malignite düşündürmediği anlatır. Corpus Luteum gravidarum gibi aktif kistlerde damar direncinin azlığı bazen malign kitlelerdeki gibidir. Bu durumda sadece görüntü ve kan akımı değil, klinik bilgi ile de yorumlama gerekir. Renkli-Doppler altında, kan akım yönü, yoğunluğu ve damar direnci hesaplama olanağı varsa da, düşük akımlı yada düşük dirençli damarlarda, daha iyi değerlendirilme için Power-doppler incelemesi yapılmalıdır. Çok genel olarak Pülzilatite indeksinde 1 olan sınır değer, S/D oranında 2, Rezistans indekste 0.5 olarak alınabilir, yani, bu değerlerin altında ölçülen indekslerde metabolizma artışı, yani düşük damar direnci akla gelmeli, malignite, akut enfeksiyon, aktif (C. Luteum gibi) kistler akla gelmelidir. Damar bulunamayan yada yüksek indeks değerleri olan doppler incelemelerinde ise olayın kronik olduğu, aktivitenin az olduğu olayların damar direnci yani yüksek dirençler akla gelmektedir.

Sonuçta günümüzde, ultrason ve doppler incelemeleri, jinekolojide, hekimin en önemli muayene aracı olmuş, hatta laboratuvar bulgularına bile destek olacak bilgiler vermektedir.

### **KÖ-03 [10:30]**

#### **Pelvik tabanın USG ile değerlendirilmesi**

Ahmet Özgür Yeniel

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir*

Ultrasonografi diğer görüntüleme yöntemlerine göre çeşitli avantajlar taşımaktadır (ionze radyasyon yokluğu, maliyet etkinlik, hızlı ve etkin). "Ultrasonografi ve pelvik taban" içeren çalışmalardaki artış dikkat çekicidir.

Pelvik taban ultrasonografisinin klinik endikasyonları;

- Üriner inkontinans
- İşeme disfonksiyonu
- Rekürren üriner sistem enfeksiyonları
- Fekal inkontinans
- Pelvik organ prolapsusu
- Obstrüktif defekasyon
- Pelvik taban dissinerjisi
- Pelvik ağrı
- Pelvik taban cerrahi sonrası takip

Pelvik tabanın değerlendirilmesinde çeşitli ultrasonografik modaliteler ve tansduserler kullanılmaktadır. Transperineal Ultrasonografi: 2D/3D konveks transduser; 2D/3D transvaginal transduser. Endoanal/Endovaginal ultrasonografi: 2D/3D transduser. Ultrasonografi urojinekolojik değerlendirmenin önemli bir parçası olma yolundadır ancak pelvik tabanın değerlendirilmesinde hangi methodun en iyi olduğu belirsizdir. Ayrıca 3D/4D ultrasonografi ile elde edilen pelvik tabanın bütüncül değerlendirmesine ilişkin dalar yeni Tedavi alternatiflerine ilham verebilir.

## KÖ-04 [10:45]

### Baş-pelvis uygunsuzluğu: Ultrason?

Arif Güngören

*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay*

Baş-pelvis uygunsuzluğu(BPU), maternal pelvis ve fetal baş arasında dengesiz bir büyüklüğün olduğu gebeliklerde ortaya çıkar, mekanik sebeplerden dolayı fetusun doğum kanalından güvenli olarak ilerleyişindeki yetersizlikle sonuçlanır. Klinik sınıflaması 1961 de Cape Town'dan Craig tarafından önerilmiştir. Mutlak ve görel olarak iki gruba ayırmıştır. BPU'nun doğrudan klinik sonucu olan tıkanmış doğum eylemi, 2005 Dünya Sağlık Örgütü'nün rakamlarına göre, dünyada anne ölümlerinin %8'inden sorumludur. Tahmin edilen prevalansı, teşhis kriterlerine bağlı olduğu için çok değişkendir. BPU öngörme:

1. **Antepartum:** Klinik pelvimetri, X-ray pelvimetri, Ultrasonografik (USG) pelvimetri, Bilgisayarlı tomografi, Manyetik rezonans görüntüleme
2. **İntrapartum:** Klinik pelvimetri, USG pelvimetri, fetal başın inişi, moulding, kaput succedaneum, asinklitzim

### USG pelvimetri

Ultrasonik muayene, doğum eylemi başlangıcından önceki zamandan itibaren, doğum mekanizması komplikasyonlarını tespit etme ve sınıflandırmada, tarama metodu olarak çok uygundur. Ultrasonografik değerlendirme üç şekilde olur; transabdominal, transvajinal, transperineal. Orta pelvis çap ve çevre ölçümleri ve fetal baş ölçümlerinin karşılaştırıldığı Sefalopelvik index, baş-pelvis uygunsuzluğunu tespit etmede kullanılabilir. Fetal-pelvik index (fetal baş-karın çevresi ve pelvik girim-orta pelvis çevresi), fetal-pelvik uygunsuzluğunu orta derecede öngörür. Alana göre sefalo-pelvik indeks, baş-pelvis uygunsuzluğu öngörüsünde, özellikle normal doğurabilecek hastaları ayırt ederek kalanlar üzerinde yoğunlaşmayı sağlayabilir.

## KÖ-05 [11:00]

### İlk trimester muayene standardı nedir?

Murat Yayla

*International Hospital Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

Gebeliğin 11-12 ve13. haftalarında yapılan ultrasonografi muayenesi genelde "ense testi" incelemesi olarak bilinse de bu muayene gebelikte yapılacak ultrasonografi incelemelerinin temelini oluşturur. Örneğin daha önceden belirlenmemişse: fetüs, amniyon ve koryon sayısını ve muhtemel doğum tarihini belirlememize yardımcı olur. Bundan 1 ay sonra yapılacak olan sonografik inceleme, yukarıda değindiğimiz konularda 11-13 haftadaki kadar güvenilir değildir.

Muayene sırasında plasenta ve amniyon ile ilgili temel bulgular elde edildikten sonra aynı ikinci üç ay incelemesinde olduğu gibi fetal biyometri yapılmalı, CRL ölçümünün yanında BPD, HC, AC, FL ölçüleri de alınmalıdır. Buradaki temel amaç ölçüm değerlerinden ziyade fetal anatomisinin sistematik olarak incelenmesidir. Örneğin transvers planda kafa ölçümleri yapılırken kranyumun kemikleşmesi, hemisferler, arka çukur elemanları, gözler ve damak da incelenmelidir. Sagittal planda gerekli büyütme sağlandıktan sonra burun kemiği, yüzün açılması, çene, intrakranyal çizgilenmeler ve ense ödeminin yanı sıra vertebra bütünlüğü, diyafram, mide, umbilikusun insersiyonu, barsaklar ve mesane görülmelidir. Tekrar transvers plana geçilerek toraks, kalp odacıkları ve kalbin yönü, mide lokalizasyonu, böbrek lojları, mesane ve çevresinde umbilikal arterlerin varlığı incelenmelidir. Arterlerin varlığı renkli Doppler tetkiki ile daha kolay anlaşılabilir. Tüm ekstremitelerde üçer uzun kemik olup olmadığı, ayrıca parmakların mevcudiyeti de gözlenmelidir. Bu sistematik incelemedeki amaç fetüsün uzun ve organlarında normalden herhangi bir sapma olup olmadığının gözlenmesidir. Gözümüzün alışık olmadığı bir görüntü alta yatan bir malformasyonun habercisi olabileceği gibi geçici bir organ farklılaşma sürecini de işaret edebilir. Bu gibi durumlarda konsültasyon istenmesi esastır.

Eğer biyokimyasal tarama testleri de yapılacaksa ense saydamlığının uygun plan ve uygun büyütmede en az iki defa ölçülmesi gereklidir. Bu süreç tarama yapanların en fazla zorlandıkları ve kuralları uygulamadıkları zaman en fazla hata yaptıkları bölümdür. Gerekli eğitim alınmadan, taramaya yeterli zaman ayrılmadan veya ideal plan elde edilmeden yapılacak ölçümler ve verilecek sonuçlar taramanın verimini düşürür. Gerek transabdominal, gerekse transvaginal incelemelerde mesanenin boş olması ilk kuraldır. Fetusun amniyon zarına yapışık olmadığı, nötr durumda hareketlendiği, oksipital kemik, saydamlık ve cilt sınırının en rahat görüldüğü, görüntünün ekranın 3/4'ünü kapladığı plan ideal NT ölçüm planıdır. Saydamlık, en fazla olduğu bölgede uçtan uca ölçülmeli ve en yüksek değer not edilmelidir. İncelemeyi yapan uzman bulgusunu bir nomogram üzerinde değerlendirirse gereksiz endişelerden veya yanlış ölçümlerden kendisini korumuş olur. Gebe ve ailesi bu konuda bilgilendirilirken yüksek bulunmuş değerlerin doğrudan patolojiye işaret etmediği, sadece araştırmamanın bu yönde derinleştirilmesi gerektiği hatırlatılmalıdır.



Ense saydamlığının iyi tarandığının en iyi göstergesi, ölçülmüş olan ense planının resim ile belgelenmiş olmasıdır. Taramanın nasıl yapılması gerektiğini bilen ancak çeşitli nedenlerle bunu yapamayanlar, tarama sonrasında sadece bulunmuş olan risk rakamları ile ilgilenmeyip, çekimlere de mutlaka göz atmalıdırlar. Yetersiz özen ile yapılmış incelemeler tarama olarak kayıtlarda yer almamalı, gerekirse diğer tarama testlerine başvurulmalıdır. Bu kurallara uyulursa özenle yapılmış bir tarama testinden sonra ikinci bir tarama istenmesine de gerek kalmamış olur.

11-13 hafta incelemesinin sonunda uterin arter impedanslarının ve serviks uzunluğunun ölçülmesi ileride karşılaşılabilecek bazı sorunlar hakkında bizlere önceden bilgi verebilir. Bu nedenle şartların elverdiği ölçüde serviks ve uterin arterler de değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak 11-13 hafta sonografisi her gebede ihmal edilmemesi gereken, daha sonra yapılacak olan sonografi tetkiklerine temel oluşturacak, laboratuvar ve kliniği doğru yönlendirecek bir muayene şeklidir. Konuyla ilgili uzmanların ve uzman adaylarının yeterli donanıma sahip olabilmek için bu eğitimi almaya ve yeteneklerini geliştirmeye gayret göstermeleri, gerek medikal, gerekse medikolegal yönden vazgeçilmezdir.

## KÖ-06 [11:15]

### Preeklampsi öngörüsü ve önemi

Filiz Çayan

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

Preeklampsi, gebeliğe spesifik multisistemik hipertansif bir hastalıktır. Tüm gebeliklerde ~ %6-8 oranında görülür. Maternal ve neonatal mortalite ve morbidite yüksektir ve gelişmiş ülkelerde maternal mortalitenin %15-20'sinden sorumludur.

Klinik değişkendir, geç gebelik döneminde ortaya çıkan geçici HT ile karakterize hafif tipden, yaşamı tehdit eden nöbetlerin eşlik ettiği, HELLP sendromu, fetal hipoksi ve gelişme geriliği ile seyreden şiddetli tipe kadar farklı klinik şekillerde ortaya çıkabilir.

Preeklampsi, patogenezi farklı olan erken ve geç preeklampsi olarak da sınıflandırılabilir.

#### Erken PE (<34 gh)

- Erken gebelik haftalarında ortaya çıkar
- Plasentasyon bozukluğu sonucu oluşur
- Maternal ve fetal risk yüksektir

#### Geç PE (>34 gh)

- Geç gebelik haftalarında ortaya çıkar
- Plasentasyon normaldir
- Annenin gebeliğe verdiği normalden farklı reaksiyon sonucu oluşur

### İdeal tarama testi nasıl olmalıdır?

1. Hastalık önemli ve sık rastlanan sağlık problemi olmalı
2. Hastalığı erken, asemptomatik dönemde tespit edilebilmeli
3. Erken tedavi sağlık sonuçlarını değiştirebilmeli
4. Tüm topluma tarama yapılabilirmeli
5. Test basit, güvenilir ve kolay ulaşılır olmalı
6. Pahalı olmamalı

### PE Öngörü neden önemli?

- PE rekürrens riski %65
- Maternal ve perinatal komplikasyonlar yüksek
- Uzun dönem sağlık riskleri; persistan HT, kardiyovasküler hastalık, kalıcı serebrovasküler hasar riski bulunmaktadır.

Günümüzde PE'nin engellenmesi, profilaksi ve kesin tedavisi mümkün olmasa da; risk saptanan hastaların yakın izlemi ve erken müdahale ile komplikasyonlar engellenebilir ve azaltılabilir.

### Uterin arter doppleri

1. trimesterdeki yüksek uterine arter PI değeri, normalde progresif fizyolojik trofoblastik invazyon ile düşer. PE'de ise bozulmuş trofoblastik invazyon nedeni ile PI yüksek kalır. 1. ve 2. trimester uterin arter Doppler incelemeleri özellikle <34 hafta doğum gerektiren erken PE öngörüsünde etkindir. Yüksek risk grubunda UAD'in doğruluğu daha fazladır.

### Maternal kan basıncı (11-13 hafta)

Preeklampsi öngörüsünde MAP, sistolik ve diastolik kan basıncı parametrelerinden daha üstündür.

$$\text{MAP} = \text{Diyastolik KB} + (\text{Sistolik KB} - \text{Diyastolik KB}) / 3$$

### Biyokimyasal Belirteçler (Plasental Disfonksiyon)

Günümüzde plasental disfonksiyon belirteçlerinden hiçbirisi PE öngörmeye TEK BAŞINA YETERLİ DEĞİLDİR. Bu nedenle 1. ve 2. trimester biyokimyasal testlerini uterin arter Doppleri ile KOMBİNE edilerek testlerin prediktif değerleri artırılmaya çalışılmaktadır. Pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A), Plasental growth factor (PIGF), Plasental protein 13 (PP13), Inhibin-A, A disintegrin and metalloprotease 12 (ADAM12).

Erken PE'yi saptama oranı: %94.1 (%5 FPR)

Geç PE'yi saptama oranı: %35.7

GHT'u saptama oranı: %18.3

### Preeklampsi önlemek mümkün mü?

Yüksek risk grubundaki hastalarda, gebeliğin 16. haftasından önce başlanan düşük-doz Aspirinin PE, ağır PE ve IUGR'nin % 50 önlenilebileceğini ortaya koymuştur. "Bu sonuç, perinatal ve maternal sonuçların iyileştirecek gerekli önlemlerin alınabilmesi için risk grubundaki gebelerin erken dönemde belirlen-

mesinin önemini tekrar gündeme getirmiştir.” Gebeliğin erken döneminde (<16 hf) başlanan ASİRİN profilaksisi ve Ca supplementasyonu özellikle yüksek riskli olgularda preeklampsiyi önlemede etkilidir.

## Sonuç

PE'nin erken tanı ve önlenmesi için DÜZENLİ ANTENATAL TAKİP ESASTIR. Son yıllarda, özellikle ilk trimesterde maternal risk faktörleri, MAP, uterin arter Doppler ve serum belirteçlerini kullanan kombine algoritmalar preeklampsi öngörüsünde ümit vericidir. Kombine yöntemler maternal risk faktörlerini de dahil ettiğinden, düşük risk grubundaki hastaların taranmasında da kullanılabilir gibi gözükmemektedir; bu konuda yeni çalışmalara gerek vardır.

## KÖ-07 [13:30]

### Fetal anatomical evaluation in the first trimester

Reem S. Abu-Rustum

*Center for Advanced Fetal Care Najab Center, 1st Floor Aasbeer Al Dayeb Street, Tripoli, Lebanon*

With the widening global availability of NIPT, we shall now gradually witness a shift in the primary modality of choice for screening for aneuploidy in the first trimester. Nonetheless, it is critical that we do not lose the NT window which has given us access to over 70% of fetuses at 11-13 weeks, a time during which complete fetal assessment is possible providing reassurance against over 75% of major fetal abnormalities. And with the technological advances, it is now possible to evaluate the fetus with much more clarity, inclusive of the fetal heart, keeping in mind that an increased NT is the highest risk factor that a fetus may have for underlying congenital heart disease. As such, the aim of this presentation is to address the basics of carrying out a full fetal anatomical assessment in the first trimester illustrating what can be visualized, the techniques for optimal evaluation, the ability to detect structural and cardiac fetal abnormalities, and to discuss the limitations at this point in gestation.

## KÖ-08 [13:45]

### A biparietal / transverse abdominal diameter (BPD/TAD) Ratio $\leq 1$ : a potential hint for open spina bifida at 11–13 weeks scan

Georges Haddad, Emmanuel G. Simon, Chloé J. Arthuis, Philippe Bertrand, Franck Perrotin

*Tours University Hospital, Tours, France*

**Objective:** In the first trimester of pregnancy, a biparietal diameter (BPD) below the 5th percentile is a simple marker that makes it possible to detect half of all cases of open spina

bifida. We hypothesized that relating the BPD measurement to the transverse abdominal diameter (TAD) might be another simple and effective method. We assessed the performance of the BPD/TAD ratio during the first trimester of pregnancy in screening for open spina bifida.

**Methods:** A total of 20,551 first-trimester ultrasound scans (11–13 weeks of gestation) from 2000 to 2013 were analyzed retrospectively; they included 26 cases of open spina bifida and 17,665 unaffected pregnancies.

**Results:** The mean BPD/TAD ratio was 1.00 (SD  $\pm 0.06$ ) for the spina bifida cases and 1.13 ( $\pm 0.06$ ) for the control cases ( $P < 0.0001$ ). BPD  $\leq 5$ th percentile enabled the detection of 46.2% of the spina bifida cases, while a BPD/TAD  $\leq 1$  detected 69.2%, and the combination of one or the other identified 76.9%. In the latter case the false-positive fraction was 5.1%, while that for the combination of both (BPD  $\leq 5$ th percentile and BPD/TAD  $\leq 1$ ) was 0.6% (sensitivity was then 38.5%). The positive prediction value of the combination of BPD  $\leq 5$ th percentile and BPD/TAD  $\leq 1$  for spina bifida was 8.5%.

**Conclusion:** Between 11 and 13 weeks, relating the BPD to the TAD measurement considerably improves the diagnostic performance of a simple BPD in screening for open spina bifida. Screening for this marker is simple and applicable to a large population.

## KÖ-09 [14:00]

### Are the first trimester serum and US markers altered in pregnancies after ART?

Orion Gliozheni, Kreston Kati, Emi Gliozheni

*Department of Obstetrics & Gynecology, Medical University of Tirana, Tirana, Albania*

**Background:** Today, first-trimester screening, which combines maternal age, NT and maternal serum free  $\beta$ -hCG, and pregnancy-associated plasma-protein-A (PAPP-A), can achieve a detection rate 90% with a FPR of 5%. The pregnancies achieved after ART, has been shown to be associated with changes in biochemical serum screening second-trimester markers, but for the first-trimester screening there is a controversial issue. Some trials report altered serum markers and some others are unable to confirm it.

**Objective:** To evaluate distribution of US and biochemical first-trimester screening markers in ART pregnancies and to compare the results with the values of US and biochemical screening markers in spontaneous pregnancies. Material and Method: Prospective cohort study from January 2010 to September 2013. Blood sampling & NT thickness measurement in 478 singleton pregnant women. Study group: 187 pregnancies conceived after ART. Control group: 291 preg-

nancies conceived spontaneously. Screening performed between 11w.g - 13w+6d. Included only singleton pregnancies conceived after ICSI or FER (frozen embryo replacement) as well as in the control group.

**Results:** No difference in age between two groups. We found no difference in NT measurements in ART pregnancies compared with spontaneous conceptions and no influence on the screening performance and the FPR rate by combining maternal age and NT for Down syndrome risk assessment. We found a significant reduction in the PAPP-A concentration level in entire ART group when compared with controls, but no statistically significant differences in pregnancies conceived after spontaneous FET or HRT-FET, compared with the control group. We found no difference in the median free  $\beta$ -hCG MoM concentrations in between the ART and control groups. The FPR in ART pregnancy group compared with controls was higher.

**Conclusion:** Further studies are needed to establish standard values of biochemical markers for first trimester prenatal screening of ART pregnancies. Low PAP-A levels accompanied with normal free  $\beta$ -hCG levels and NT thickness may be primary associated with trophoblast invasion features and mother-placenta-fetus system problems but not fetus chromosomal abnormalities.

## KÖ-10 [14:15]

### İlk trimesterde ultrasonografik belirteçler: Neyi değiştirir?

Mehmet Okan Özkaya

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

Gebelikte kullanılan tarama testlerinin amacı, düşük riskli popülasyondan, belli oranda risk barındıran gebelerin ayrılmasını sağlamaktır. Bunun için günümüzde en sık kullanılan tarama testlerinden biri 1. Trimester biyokimyasal tarama testidir (iki-li test). Bu teste ultrasonografik marker olan nukal saydamlığın (NT) eklenmesi testin güvenilirliğini artırmaktadır. Ancak son yıllarda NT haricinde kullanılan bazı ultrasonografik markerlerde trizomi taramasında oldukça yararlı sonuçlar vermektedir. Bunlardan başlıcaları aşağıda özetlenmiştir.

### Nukal saydamlık (NT)

NT servikal spina yumuşak dokusu ile deri altındaki bölgede cilt altı sıvı toplanmasıdır. Bu sıvı toplanması 11 hafta ile 13+6/7 hafta arasında bütün fetuslarda izlenir. NT gestasyonel yaş ile artış gösterir. NT artışına yol açabilecek mekanizmalar; yapısal kardiyovasküler anomaliler, myokardiyal performans bozuklukları, konnektif doku bozuklukları (ekstrase-luler matriks anomalileri), lenfatik sistem oluşum gecikme-

si/anomalisi, artmış intratorasik basınç, fetal hareketlerde azalma, fetal hipoproteinemi, fetal anemi ve fetal infeksiyonlardır. Kromozomal defektlerde birçok mekanizma bir arada bulunur. Doğru ölçüm yapıldığında anöploidi taramasında en kuvvetli tek markerdir. NT ölçümüne maternal serum analizi eklendiğinde (PAPP-A ve serbest  $\beta$ -HCG) %5 yalancı pozitiflik ile %90 ve üzerinde tr - 21, 18, 13 ve monozomi X, triploidi saptama oranı elde edilir. Sonografik bulgulardan üçü (DV, TR ve NB ) araştırıldığında saptama oranı %93 ile %6'ya yükselirken yalancı pozitiflik oranı %2.5'a inecektir.

### Nazal kemik (NB)

Yakın zamanda tr-21'li fetuslarda yapılan postmortem çalışmalar frontonazal bölgedeki gelişimsel bozukluğa bağlı oluşan nazal kemik hipoplazisi veya yokluğunu 1. ve 2. trimesterde sonografik bulgu olarak kullanabileceğimizi gösterdi. 3D sonografi özellikle unilateral nazal kemik yokluğunda faydalıdır ve unilateral kemik yokluğu tr-21 ile ilişkili olduğu için bilateral kemik yokluğu gibi değerlendirilmelidir. Maternal serum analizi ve NB yokluğu kombine edilirse %3'lük yalancı pozitiflik oranı ile tr-21 için %92 ve tr 18, 13 ve monozomi X için %100 saptama oranı elde edilir.

### Fronto maksiller açı (FMF)

Down sendromlularında en sık gözlenen dismorfik yüz görünümü basık yüzdür. Mid-face hipoplazisini değerlendirmenin objektif yolu fronto-maxiller açının hesaplanmasıdır. Bu hipoplazinin nedeni konnektif doku bozukluğu ve dil hipotonisine bağlı kemik yapının bozulması olabilir. Trizomi 21, 18, 13 de FMF açısı 95 persentilin üzerinde bulunur. Yapılan bir çalışmada trizomi 21 için kombine test ile birlikte FMF açısı hesaplanması %3 yalancı pozitiflik ile %92 saptama oranı saptamıştır.

### Triküspit rejürtasyonu (TR)

Trizomi 21li fetuslarda görülen triküspitrejürtasyon varlığının kesin olarak nedeni açıklanamamıştır. TR varlığı artmış NT ölçümleriyle ve artmış konjenital kalp hastalığı riski ile beraberdir bu yüzden 2. trimesterde mutlaka fetal kalp incelemesi gerekir. TR prevalansı tr - 21, 18, 13 ve monozomi X'de sırasıyla %56, %33, %30 ve %38'dir. Öploidi fetuslarda %1 oranında saptanır.

### Duktus venozus (DV)

DV umbilikal venden aldığı oksijenize kanı sağ atriuma yakın bir noktada inferior vena cavaya boşaltır. Trizomi 21 de DV da oluşan "reverse a dalgasının" kesin nedeni bilinmemektedir. Ventriküler dilatasyondan çok kompliyansın azalması sonucunda oluştuğu düşünülmektedir. Reverse'a dalgasının görülme prevalansı tr. 21, 18, 13 ve monozomiX'de sırasıyla %66, %55, %58 ve %75'tir. Öploidi fetuslarda görülme oranı %3'tür.

### Kalp hızı

Anöploid fetusların kalp hızı paterni öploid fetuslara nazaran değişkenlik gösterebilir. Tr-13 ve monozomi X'de kalp hızının 95 persentil ve üzerinde olma olasılığı sırasıyla %69 ve %53'dür. Kalp hızı tr-21'de de artmakla beraber bu oran yalnızca %14'tür. Trizomi 18 ve triploidilerde bardikardi (kalp hızının 5. persentilin altında olması) sırasıyla %19 ve %36 oranında saptanmıştır.

### Diğer bulgular

Minör marker olarak adlandırılan (koroid pleksus kisti >1.5 mm, ekojenik intrakardiak odak, hiperekojen barsak, hidronefroz- A-P çapı 1.5 mm) fetusa zararı olmayan fakat anöploidi riskini arttıran ultrasonografi bulgularıdır. İzole minör marker bulunması muhtemelen anöploidi riskini arttırmıyor görünmektedir. Bunun nedeni diğer minör markerların bulunmamasının oluşan riski dengelemesidir. Bazı ultrason bulguları ise hem fetal anatomik bozuluk olup hem de anöploidi riskini artırır. Bunlara örnek olarak holoprozensefali (%50 tr-13 riski), diaframhernisi (%25 tr-18 riski), AVSD (%50 tr-21 riski), omfalosel (%25 tr-18 ve %10 tr-13 riski), megasistis (%10 tr-13 veya 18 riski) verilebilir.

### KÖ-11 [14:30]

#### First trimester ultrasonographic findings for spina bifida

Gökhan Göynüner

*İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

Open spina bifida (OSB) is associated with the Arnold-Chiari II malformation, which is thought to be the consequence of leakage of cerebrospinal fluid into the amniotic cavity and hypotension in the subarachnoid spaces, leading to caudal displacement of the brain stem and obliteration of the cistern magna, was reported in 2009 to be recognized by first trimester ultrasound scan.

Anechoic area in the fourth ventricle entitled as intracranial translucency by Chaoui et al. which is between two echogenic line anteriorly dorsal side of brainstem and posteriorly choroid plexus of the fourth ventricle at mid sagittal plane which is used for the examining nuchal translucency and nasal bone in normal fetuses. But, in their retrospective studies, they couldn't show this translucency area in few cases. Also prospective studies it is seen that same amount of fluid collection at this area on cases with open spina bifida but this collection is not clear as normal cases. Another first trimester ultrasonographic finding for Spina Bifida is increased brainstem thickness due to replacing of brain towards to occipital bone and decreased distance between brainstem and occipital bone. In other words, ratio of brain stem thickness to brainstem – occipital bone distance is

greater than 1.2 Another one for Spina Bifida is shortening of the distance between occipital bone and Aqueductus Sylvius at axial plane. Also decrease of biparietal distance due to the decrease of cerebrospinal fluid amount and facial degree shortening are seen.

As a result, absence or decrease of intracranial translucency, ratio of brain stem thickness to brainstem – occipital bone distance is greater than 1, shortening of the distance between occipital bone and Aqueductus Sylvius at axial plane, decrease of biparietal distance and shortening of facial degree are the major first trimester ultrasonographic findings for fetuses with open Spina Bifida

### KÖ-12 [16:45]

#### Ultrasound evaluation of anterior compartment defects

Giulio A. Santoro

*Head Pelvic Floor Unit, 1°Department of Surgery, Regional Hospital, Treviso, Italy; Director Italian School of Pelvic Floor Ultrasonography; Professor of Surgery, University of Padua, Italy; Honorary Professor Shandong University, China*

Transperineal ultrasound (TPUS) is recognized nowadays as a gold standard technique in the diagnosis of urinary incontinence (UI) and voiding dysfunction (VD) and is a very useful method, which allows overall assessment of all anatomical structures (bladder, urethra, vaginal walls, anal canal and rectum) located between the posterior surface of the symphysis pubis and the ventral part of the sacral bone.

Urinary incontinence (UI) has been defined by the International Urogynecology Association and the International Continence Society as: "involuntary loss of urine". This condition is exceptionally common and more than 40% of women over 40 are estimated to experience UI. The most common types of UI are: 1) Stress Urinary Incontinence (SUI), defined as the involuntary loss of urine during increased abdominal pressure. It is thought to be due to a poorly functioning urethral sphincter muscle (intrinsic sphincter deficiency) or to hypermobility of the bladder neck or urethra; 2) Urge Urinary Incontinence (UUI), defined as the complaint of involuntary urinary leakage accompanied or immediately preceded by urgency, due to detrusor overactivity. The key to understanding female UI is an assessment of the anatomy and physiology of the lower urinary tract. Ultrasonography can provide essential information in the management of SUI. Tunn et al. recommended the measurement of the retrovesical angle with TPUS in patients with SUI. For quantitative evaluation of urethral mobility, the Valsalva maneuver is preferable to the cough test. In patients with SUI or UUI, funnelling of the internal urethral meatus may be observed on Valsalva and sometimes even at rest. Marked funnelling has been shown to be associated with poor urethral closure pressures. Schaefer et al. reported that TPUS allowed the quantifica-

tion of depth and diameter of bladder neck dilation in incontinent women. Using Endovaginal Ultrasound (EVUS) to measure bladder wall thickness, Khullar et al. found that women with urinary symptoms and detrusor instability had significantly thicker bladder walls than women with SUI. Another study confirmed that bladder wall thickness greater than 5 mm at EVUS was a sensitive screening method for diagnosing detrusor instability in symptomatic women without outflow obstruction. TPUS and EVUS allow comprehensive evaluation of many abnormalities of the female urethra such as urethral diverticula, abscesses, tumors, and other urethral and paraurethral lesions. Multiplanar EVUS also gives the opportunity to assess the vascularity of the urethra which is believed to contribute to continence. Wiczorek et al. demonstrated that urethral vasculature is different along its entire length, with the mid-urethra, which includes the RS muscle, having the greatest intensity of perfusion. In females with SUI, urethral perfusion appeared significantly reduced.

Ultrasonography also allows the evaluation of tapes used in anti-incontinence surgery as improper positioning or dislodgement may be associated with failed surgery. Dietz et al. performed 3D-TPUS to assess the effectiveness of suburethral slings (TVT™, IVS™, Sparc™). All three tapes were visualized by ultrasound and showed comparable short term clinical and anatomical outcomes. Using 3D-TPUS, Ng et al. found that the midurethral position of the tension-free vaginal tape (TVT) may not be essential in restoring continence, a finding confirmed by Dietz et al., and that the TVT once inserted may not always remain in the midurethral position, likely due to shifting of the tape in the immediate postoperative period. Actual tape migration weeks, months or years after implantation, however, seems unlikely. It has been shown that over-elevation of the bladder neck after Burch colposuspension is associated with postoperative symptoms of the overactive bladder, and this is also observed after obstructive TVTs. Tighter placement of transobturator tapes seems to be associated with less UUI postoperatively, at least in the medium term.

Ultrasound is particularly useful in the assessment of postoperative voiding dysfunction. The minimal gap between implant and SP on maximal Valsalva seems the single most useful parameter in the postoperative evaluation of suburethral tapes as it is negatively associated with voiding dysfunction and positively associated with both SUI and UUI.

### **KÖ-13 [17:15]**

#### **Ultrasound evaluation of posterior compartment defects**

Giulio A. Santoro

*Head Pelvic Floor Unit, I<sup>o</sup> Department of Surgery, Regional Hospital, Treviso, Italy; Director Italian School of Pelvic Floor Ultrasonography; Professor of Surgery, University of Padua, Italy; Honorary Professor Shandong University, China*

Ultrasonographic imaging is gaining a key role in the understanding of pelvic floor disorders of the posterior compartment. Endoanal and endorectal ultrasonography (EAUS/ERUS), endovaginal ultrasonography (EVUS) and dynamic transperineal US (DTPUS) are nowadays increasingly used in clinical practice for patients suffering from fecal incontinence, pelvic organs prolapse, obstructed defecation and anorectal sepsis. These non-invasive techniques not only provide a superior depiction of the pelvic anatomy but also yield unique dynamic information.

Recently, several new ultrasound techniques have been developed that could significantly improve the diagnostic value of ultrasonography (US) in this field. Three-dimensional (3D) and real-time four-dimensional (4D) imaging have been introduced into routine medical practice. These techniques overcome some of the difficulties and limitations associated with conventional two-dimensional (2D) US. Although 2D cross-sectional images may provide valuable information, it is often difficult to interpret the relationship between different pelvic floor structures because the 3D anatomy must be reconstructed mentally. Three-dimensional reconstructions may closely resemble the real 3D anatomy and can therefore significantly improve the assessment of normal and pathologic anatomy. Complex information on the exact location, extent, and relation of relevant pelvic structures can be displayed in a single 3D image. Interactive manipulation of the 3D data on the computer also increases the ability to assess critical details.

It seems likely that these new diagnostic tools will be increasingly used in the future to provide more detailed information on the morphology and function of examined organs, to achieve better accuracy in the diagnosis of complex diseases, to facilitate planning and monitoring of operations, and for surgical training.

EAUS has become the gold standard for the morphological assessment of the anal canal. It can differentiate between incontinent patients with intact anal sphincters and those with sphincter lesions (defects, scarring, thinning, thickening, and atrophy). Tears are defined by an interruption of the circumferential fibrillar echo texture. Scarring is characterized by loss of normal architecture, with an area of amorphous texture that usually has low reflectivity. The operator should identify if there is a combined lesion of the internal (IAS) and external anal sphincters (EAS) or if the lesion involves just one muscle. The number, circumferential (radial angle in degrees or in hours of the clock site) and longitudinal (proximal, distal or full length) extension of the defect should be also reported. In addition, 3D-EAUS allows to measure length, thickness, area of sphincter defect in the sagittal and coronal planes and volume of sphincter damage. EVUS can assess the levator ani muscle. Avulsion of the levator ani from the inferior pubic rami can be accurately evaluated and the levator ani gap measured. Levator ani damage

is a risk factor for the development of pelvic organ prolapse and is correlated to recurrence after reconstructive surgery.

DTPUS has been shown to demonstrate rectocele, enterocele, and rectal intussusception with images comparable to defecography. The extent of a rectocele is measured as the maximal depth of the protrusion beyond the expected margin of the normal anterior rectal wall. On sonographic imaging, a herniation of a depth of greater than 10 mm has been considered diagnostic. The rectal intussusception may be observed as an invagination of the rectal wall into the rectal lumen or the anal canal during maximal Valsalva maneuver. Enterocele is ultrasonographically visualized as downward displacement of abdominal contents into the vagina, ventral to the rectal ampulla and anal canal. Small bowel may be identifiable due to its peristalsis. The extent of an enterocele is measured against the inferior margin of the symphysis pubis. Pelvic floor dyssynergy can be documented during Valsalva maneuver because the anorectal angle (ARA) becomes narrower, the levator hiatus (LH) is shortened in the anteroposterior dimension and the puborectalis (PR) thickens in evidence of a contraction. The most relevant utility of EAUS applies in the detection of localized EAS and/or IAS defects in patients with obstructive defecation disorders.

The configuration of perianal sepsis and the relationship of abscesses or fistulae with IAS and EAS are the most important factors influencing the results of surgical management. Preoperative identification of all loculate purulent areas and definition of the anatomy of the primary fistulous tract, secondary extensions, and internal opening plays an important role in adequately planning the operative approach in order to ensure complete drainage of abscesses, to prevent early recurrence after surgical treatment, and to minimize iatrogenic damage of sphincters and the risk of minor or major degrees of incontinence. EAUS has been demonstrated to be a very helpful diagnostic tool in accurately assessing all fistula or abscess characteristics. It can be easily repeated while following patients with perianal sepsis to choose the optimal timing and modality of surgical treatment, to evaluate the integrity of or damage to sphincters after operation, and to identify recurrence of fistula. It also gives information about the state of the anal sphincters, which is valuable in performing successful fistula surgery. A fistula tract affecting minimal muscle can be safely excised, but where the bulk of external sphincter muscle is affected, it is best treated by seton drainage or mucosal advancement flap.

#### **KÖ-14 [18:00]**

##### **What is future of perinatal imaging?**

Asim Kurjak

*Rector of DIU Libertas International University, Dubrovnik, Croatia*

Understanding the structure and function of the fetal nervous system has been the dream of physicians for centuries.

The pioneering efforts of Ian Donald in obstetric ultrasound in the latter part of the twentieth century have permitted this dream to become a reality.

The initial contribution of obstetric ultrasound focused on the normal and abnormal structure. As first neuro-sonographic diagnose, anencephaly was described, followed later by increasingly subtle central nervous system abnormalities such as agenesis of the corpus callosum. Now, 4D sonography in the functional evaluation of the fetal brain has become the challenge for investigators in obstetric ultrasound. There are many functional neurological abnormalities, with cerebral palsy (CP) as one of the most important, whose causes are still poorly understood. This etiological uncertainty makes CP a rewarding medico-legal field. Attorneys throughout the world want to relate neurological abnormalities exclusively to intrapartum events associated with suspected hypoxemia, such as usage of oxytocin, forceps or vacuum delivery, and failure to perform a timely Cesarean delivery.

While during the last two decades obstetricians have become a risk group in regards to medico-legal complications, there have been substantial advances in understanding the etiology of cerebral palsy: only 10% of later diagnosed CP are caused by intrapartum asphyxia. But many questions still remain open. The final goal of prevention may be more achievable after scientific comprehension of many collaborative factors involved in the origination of CP, this still mysterious entity. The new field of fetal neurology with the latest diagnostic tool KANET offers a professional challenge. With 4D sonography it is now possible to define reproducible parameters for the assessment of normal neurobehavioral development. There is urgent need for further multicentric studies until a sufficient degree of normative data is available and the predictive validity of specific aspects of fetal neurobehavior to child developmental outcome is better established. The role of obstetrician in the antenatal detection of CP is new exciting challenge.

#### **10 Ekim 2014, Cuma**

#### **KÖ-15 [08:30]**

##### **IUGR: the past, the present, the future**

Giampaolo Mandrizzato

*Trieste, Italy*

To know the past can make more complete the understanding of the present and facilitate the possible future. Intrauterine growth restriction represent also today an important issue in perinatal medicine. In fact this clinical condition is present in about 8% of the pregnancies and is the second cause of peri-

natal mortality and morbidity only second to prematurity. The two conditions are often associated. The relationship between birthweight expressed as percentile for gestational age and neonatal mortality and morbidity has been first documented more than 40 years ago by Lubchenko and others introducing the concept of newborns Small for Gestational Age (SGA). This occurrence has been attributed to defective fetal growth and the term Intrauterine retardation (IUGR) was introduced. For a long time SGA and IUGR became synonymous as the only possibility to assess the fetal growth was offered by checking the final result: the birthweight.

After the introduction in clinical practice of the ultrasonic fetal biometry it became possible to evaluate the fetal size estimating also the fetal weight but more important to monitor the characteristic of the growth by serial measurement. It became soon evident that the birthweight was not reflecting always the fetal growth. In fact it is possible to observe SGA newborns not growth retarded and others presenting BW over the 10th percentile that have suffered of growth restriction in utero. By using BW or fetal estimated weight the size of the clinical problem can be over- or under-estimated. The term "retardation" has been substituted by "restriction" and today the definition of IOUGR should be that of a fetus that presents a growth inferior to the individualized expectation. Surprisingly still now looking at the medical literature it is possible to find 30 different definitions of IUGR. It is evident that uniform and objective definition must be adapted.

## KÖ-16 [08:45]

### Prediction of adverse pregnancy outcome

Eva Meler Barrabes

*Metge adjunt del Departament d' Obstetrícia i Medicina Fetal, Institut Universitari Dexeus, Gran Via Carles III, Barcelona, Spain*

Two main groups of adverse pregnancy outcomes are nowadays of utmost interest in obstetrics: preterm labour (PL) and placental diseases including Preeclampsia (PE), Intrauterine Growth Restriction (IUGR) and Intrauterine Foetal Death.

A new concept of prediction in obstetrics has emerged in the 90's with Nicolaides K. et al.. An earlier identification of those patients at risk would allow an intensive and more accurate and personalized management algorithms of those, and it would allow initiating preventive strategies in those possible cases. There's wide evidence that preventive strategies should be applied early in the pregnancy in order to be more effective, especially in the case of aspirin and PE.

\*We will first focus on preterm labour. Several parameters have been described as risk factors of PL. Nevertheless, the most important risk factor is a previous preterm delivery. Earlier the previous delivery was, higher the risk of PL in the

current pregnancy would be. Moreover, the risk would be higher as more previous deliveries the patient had.

Nevertheless, only 10% of those patients with a preterm delivery presented risk factors at first trimester.

A prediction strategy at second trimester has been validated as a screening test in low-risk population. Cervical length, evaluated in the second trimester anomaly scan, has proved to identify patients at risk for preterm delivery. 1 out of 5 patients with cervical length below 25 mm will delivery before 35 weeks of gestation.

Prevention strategies mainly based on Progesterone and cervical pessary have proved their efficacy in those patients with short cervical length, reducing the incidence of preterm delivery and the incidence of perinatal morbidity almost 40%.

\*We will focus in a second term in the prediction of PE and IUGR.

In order to understand the recent evolution in the prediction algorithms of PE, it is essential to focus on the current classification of PE according to the gestational age at onset of the disease. In recent years it has been accepted that early-onset and late-onset PE are associated with different biochemical, histological and clinical features: whereas the early-onset form is almost invariably associated with placental insufficiency and growth restriction and it mostly contributes to adverse maternal and perinatal outcomes, the late-onset form is more prevalent and in general, placental involvement is minimally present. Moreover, it has been demonstrated that having a PE in a previous pregnancy considerably increases the risk in the following pregnancy.

There are multiple markers of PE, some of them are known at booking and some of them all along the first two trimesters of pregnancy. The former are based on demographic characteristics as medical or obstetric history and anthropometric maternal characteristics and they would generate a prior-risk patient. The latter markers are secondary to the pathophysiological changes preceding the onset of the disease, mainly due to a defective trophoblastic invasion. These markers are especially associated with early-onset PE. As there is no single test that predicts PE with sufficient accuracy to be clinically useful, the current strategies are based on multiparametric algorithms based on maternal history, biochemical markers and uterine Doppler evaluation.

As we have mentioned this approach will be useful in the prediction of early-onset PE but not for late-onset PE. A third trimester prediction strategy has been proposed for the more frequent form of PE. Prevention treatments would not be useful but those patients identified at high risk could benefit of a more intensive monitoring.

The prediction of IUGR would follow the same scheme as PE. Early IUGR could acceptably be predicted in the first trimester using a multiparametric strategy whereas the pre-

diction of late-IUGR could be hardly be made in third trimester.

Placental growth factor (PIGF) has recently emerged as a promising biomarker in the prediction of placental disease, including intrauterine foetal death.

Prediction of severe disease would be possible early in the pregnancy allowing to activating prevention strategies. Deeper investigation should be carried on for the prediction of late and mild placental disease.

## **KÖ-17 [09:15]**

### **The role of ultrasonography in prediction of obstetric hemorrhage**

Ahmet Yalınkaya

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

Obstetric haemorrhage is the single most significant cause of maternal mortality worldwide accounting for 25–30% of all maternal deaths. Life-threatening postpartum haemorrhage (PPH) occurs in approximately 1:1000 deliveries in the developed world. Although the risk of dying from pregnancy decreased dramatically during the last century, 60–90% of deaths from PPH are potentially preventable with better medical care.

Ultrasound is an unique diagnostic technique for many obstetric hemorrhage.

Types of obstetric hemorrhage:

#### **Antepartum (early and late) hemorrhage**

- Early pregnancy hemorrhage: abortion (medical or spontaneous) and ectopic pregnancy
- Late pregnancy (antepartum) hemorrhage: placenta previa, placental abruption, placenta accreta (accreta, increta & percreta) and vasa previa.

**Early pregnancy hemorrhage:** abortion (medical or spontaneous) and ectopic pregnancy. Vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy can be caused by several different factors. Bleeding affects 20% to 30% of all pregnancies. Transvaginal ultrasound is an excellent diagnostic imaging technique for early normal and complicated pregnancy. The hemorrhages arising from uterine anomaly, presence of subamniotic and subchorionic hematomas, abnormal placentation, abnormal embryonic location and the other pathological situations are well diagnosed by ultrasound in early gestational age.

**Late pregnancy (antepartum) hemorrhage:** Antepartum haemorrhage is defined as bleeding from the genital tract after 24 weeks of gestation and has an incidence of 2-5% of all preg-

nancies beyond 24 weeks. The most causes of antepartum bleeding are placental abruption, placenta previa, abnormal placentation and uterine rupture. Central and marginal subchorionic hemorrhages of placental abruption are well diagnosed by ultrasound examination. Placenta previa can be well diagnose by transvaginal ultrasound during all stages of pregnancy, especially in the second half of gestation. Abnormal placentation is also can be diagnosed by transvaginal ultrasound in early period, especially if placenta located on uterine scars, such as cesarean section. If the obstetric hemorrhage originated from uterine rupture, intra abdominal hematoma or fluid can be diagnosed by ultrasound examination.

#### **Intrapartum hemorrhage**

Intrapartum hemorrhage complicates about 5% of all deliveries. Uterine rupture, cervical rupture, episiotomy, abruption placenta, placenta previa variations and prolonged labor.

#### **Postpartum hemorrhage**

- Early postpartum hemorrhage: uterine atony, uterine rupture, uterine inversion, retained products, invasive placentation, intrauterine hematoma, myomas, coagulopathy and lacerations of genital tract (lower and upper)
- Late postpartum hemorrhage: retained products, uterine enlargement, infections, subinvolution of placental site, coagulopathy and uterine varix

#### **Postpartum haemorrhage (PPH)**

The incidence of postpartum hemorrhage is about 1 in 5 pregnancies, but this figure varies widely due to differential definitions for postpartum hemorrhage. PPH can be divided into 2 types: early (<24 hours after delivery) and late (24 hours to 6 weeks after delivery). Most cases of PPH (>99%) are early. PPH can be categorized as an abnormality of one or more of the following: uterine tone, retained tissue, trauma and coagulopathy. Uterine atony, defined as the lack of efficient uterine contractility after placental separation, is the most common cause of PPH and complicates approximately 1 in 20 deliveries. Diagnosis of uterine atony is difficult made by ultrasound, however, the ultrasound examination is useful for if presence intrauterine hematoma, retained tissue, uterine fibroids. Abnormal placentation is abnormal attachment of the placenta to the uterine wall and includes accreta, increta, and percreta, depending on the extent of uterine invasion. Important risk factors are the presence of placenta previa and a history of prior Caesarean deliveries. In generally, abnormal placentation can be diagnose by ultrasound antenatally. In addition, the ultrasound examination is useful for retained tissue, uterine infection and the other pelvic organs pathologic situations.



**KÖ-18 [09:30]****Ultrasound diagnosis of placenta accreta: yes we can!**

Giuseppe Cali

*Department of Obstetrics and Gynecology ARNAS Civico, Di Cristina e Benfratelli, Palermo, Italy*

The three forms of morbidly adherent placenta (MAP): placenta accreta, increta and percreta, present a significant obstetric challenge, at times resulting in life-threatening bleeding and/or peripartum hysterectomy. The increasing rate of Cesarean section (CS) deliveries correlates with the rising incidence of MAP. It occurs in 9.3% of women with placenta previa and in 0.04% of women without placenta previa<sup>4</sup>, the risk being 5% in placenta previa cases with no previous uterine surgery, 24% in those with a previous CS and 67% in those with four previous CS. In addition to previous CS, a maternal age over 35 years, multiparity, previous curettage and placenta previa are risk factors associated with MAP. This condition is often diagnosed during CS, upon placental removal, with unfavorable maternal outcome: attempts to remove the placenta can cause severe uterine bleeding. An accurate prenatal diagnosis is required to reduce the risk of maternal/fetal morbidity and mortality. Ultrasonography is used routinely for diagnosis of MAP, although diagnostic criteria and accuracy are still subject to debate. Magnetic resonance imaging (MRI) can be helpful when the placenta is difficult to visualize on ultrasound due to the patient's body habitus or to a posterior location of the placenta.

**KÖ-19 [09:45]****Uterus rüptüründe ve öngörüsünde sonografi**

Mertihan Kurdoğlu

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

Boş uterus ile birlikte uterin duvarda bir defekt ve uterin kavite dışında bir fetusun varlığı uterin rüptürün tipik ultrason görüntüsünü oluşturmaktadır. Bazen ekstra-peritoneal hematoma, intrauterin kan ve serbest peritoneal kan da gözlenebilmektedir.

Sezaryen skarlı olgularda alt uterin segment (LUS) kalınlığının ultrasonografi ile değerlendirilerek uterin rüptür/dehisens açısından riskli olanlarda vajinal doğumun denememesi uygun bir yaklaşım olarak görülmektedir. LUS kalınlığını değerlendirmek için transabdominal veya transvajinal yol olmak üzere iki ultrasonografik ölçüm yöntemi mevcuttur. Bu yöntemlerde, uterin duvar tam kat ölçülebildiği gibi sadece miyometrial tabakanın kalınlığı ölçülerek de değerlendirme yapılabilmektedir.

LUS kalınlığının ölçüm teknikleri hakkında bir konsensüs bulunmamaktadır. Bujold ve ark.'nın tanımladığı teknikte

hasta, mesanesinin dolu olduğunu hissettiği zaman en az 3 ölçüm yapılmakta ve en inceyi gösteren dikkate alınmaktadır. En yeni meta-analizler antenatal LUS ölçümlerinin, sezaryen sonrası vajinal doğum denemesi sırasında oluşabilecek bir uterin defektin tahmininde kullanımını desteklemektedir. Ancak tekniklerin uygulanabilirliğinin standart bir ölçüm metodunun kullanıldığı prospektif gözlemsel çalışmalarla değerlendirilmesi gerekmektedir.

Önceden sezaryen geçiren olgularda LUS normal, dehisens, miyometrial inceleme ile beraber dış tabakada artmış ekojenite ve aşırı derecede incelmış şekilde görülebilir.

LUS'un 35-40. haftalardaki sonografik kalınlığı ile uterin rüptür ya da dehisens riski arasında bir ilişki mevcuttur. LUS ne kadar ince ise risk o kadar fazladır. Bu haftalarda uterin rüptür veya dehisens öngörüsü için yapılan bir sistematik derlemede LUS'un sonografik kalınlığı için bir eşik değer saptanamamış olmakla birlikte, Rozenberg ve ark. tarafından önerilen 3.5 mm değeri, büyük bir çalışma olması ve çalışma dizaynının uygunluğu açısından şu an için en makul olanı gibi görünmektedir.

Gebe olmayanlarda sezaryen histerotomi skar defekti üzerinde kalan miyometriumun kalınlığı, takip eden gebelikte rüptür riski ile ilişkili gibi görünmektedir, ancak bu metod klinik kullanım için henüz hazır değildir.

Üç boyutlu ve iki boyutlu ultrasonografinin güvenilirlikleri benzerdir ve üç boyutlu ultrasonografi, sezaryen ile doğum hikayesi olanlarda uterin skarı değerlendirmek için ümit vaat eden bir klinik araç olabilir.

**KÖ-20 [10:45]****Different advanced ultrasonic methods in the assessment of early human development**

Asim Kurjak

*Rector of DIU Libertas International University, Dubrovnik, Croatia*

**Objective:** To evaluate the role of 3D, 4D and color Doppler ultrasound in the assessment of early human development.

**Methods:** three hundred eighty women with uncomplicated early pregnancy between 5 and 14 weeks were evaluated by 3D, 4D and color Doppler ultrasound.

**Results:** Regression analysis revealed exponential rise of the gestational sac volume with gestational age throughout the first trimester. An exponential rise of the yolk sac volume was noticed between gestational weeks 5 and 8, followed by gradual increase of the yolk sac volume between 8 and 10 weeks. After reaching the plateau from 10 to 11 weeks, yolk sac volume started to decrease. Three-dimensional ultrasound was used to study nuchal translucency in 120 patients between 10 and 14 weeks of gestation. Multiplanar imaging allowed

appropriate mid-sagittal section of the fetus and clear distinction of the nuchal region from the amniotic membrane in all the examined patients. This enabled us to obtain nuchal translucency measurements in 100% of cases. Rotation of the embryo and close scrutiny of the volume allowed systematic review of anatomic structures such as cord insertion, limb buds, cerebral cavities, stomach and bladder.

**Conclusions:** Three-dimensional ultrasound is advantageous for studying normal embryonic and/or fetal development, as well as providing information for families at risk for specific congenital anomalies by confirming normality. Three-dimensional ultrasound imaging complements pathologic and histological evaluation of the developing embryo rising a new term: 3D sonoembryology. It is expected that interesting data on fetal behavior will be collected with introduction of 4D sonography.

## **KÖ-21 [11:00]**

### **Does fetal neurorisk mean neonatal neurorisk?**

Milan Stanojevic

*Department of Obstetrics and Gynecology, Neonatal Unit, Medical School University of Zagreb, Zagreb, Croatia*

As the development of the brain is unique and continuing process throughout the gestation and after birth, it is expected that there is also continuity of fetal and neonatal movements which are the best functional indicator of developmental processes of the brain. Understanding the relation between fetal and infant behavior and developmental processes of the brain in different periods of gestation may make achievable the distinction between normal and abnormal brain development. Epidemiological studies revealed that many neurologically impaired infants belong to low risk population, which means that they seemed to be developmentally normal as fetuses and as infants, while later childhood neurological disability was diagnosed. Which methods of neurological assessment are available for that purpose? Prenatally we have not many possibilities for neurological assessment, while postnatally the repertoire of diagnostic possibilities is increasing. Among the postnatally available methods for neurological assessment, the most important are: clinical neurological assessment, neuroimaging methods, assessment of general movements (GMs) and combinations. Postnatal neurological assessment is probably easier to perform than prenatal, by using a simple and suitable for everyday work screening clinical test with good reliability, specificity and sensitivity.

Prechtl stated that spontaneous motility, as the expression of spontaneous neural activity, is a marker of brain proper or disturbed function. The observation of unstimulated fetus or infant which is the result of spontaneous behavior without sensory stimulation is the best method to assess its central nervous

system capacity. All endogenously generated movement patterns from un-stimulated central nervous system could be observed as early as from the 7-8 weeks of postmenstrual age, with developing a reach repertoire of movements within the next two or three weeks, continuing to be present for 5 to 6 months postnatally. This remarkable fact of the continuity of endogenously generated activity from prenatal to postnatal life is the great opportunity to find out those high risk fetuses and infants in whom development of neurological impairment is emerging. Kurjak and coworkers conducted a study by 4D ultrasound and confirmed earlier findings made by 2D ultrasonography, that there is behavioral pattern continuity from prenatal to postnatal life. Although it is assumed that follow up of GMs is a better method for early detection of neurological impairment than neurological examination alone, there are data that even when GMs are impaired, the prediction of CP development is easy to make. Although assessment tools for fetuses and neonates are almost the same, one should be aware that environments in which assessment is taking place are different for fetuses and for neonates. On the other hand prenatal neurorisk does not indicate that it will continue to be present postnatally, and new neurorisks can develop postnatally. These facts are complicating fetal neurological assessment for prediction of long term neurological outcome.

Are we approaching the era when there will be applicable neurological test for fetus and assessment of neonate will be just the continuation? This is still not easy question to answer, because even postnatally there are several neurological methods of evaluation, while in utero we are dealing with more complicated situation and less mature brain. Could neonatal assessment of neurologically impaired fetuses bring some new insights into their prenatal neurological status is still unclear and to be investigated. New scoring system for prenatal neurological assessment of the fetus proposed by Kurjak et al. gives some new possibilities to detect fetuses at high neurological risk, although it is obvious that dynamic and complicated process of functional CNS development is not easy to investigate.

## **KÖ-22 [11:15]**

### **NTD ve fetal cerrahi seçenekleri**

Ali Gedikbaşı

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

Miyelomeningosel, spina bifidanın en şiddetli formu olup yaklaşık olarak 2-3/1000 doğumda bir görülür. En önemli komplikasyonu hidrosefali gelişimi olup, daha sonraki süreçte ventrikülo-peritoneal şant konulmasını gerektirdiği gibi, motor ve kognitif defektlere, mesane ve barsak yaralanmalar ile emosyonel değişikliklere neden olur. Klinik bulguların şiddeti, miyelomeningoselin seviyesi ile ilişkili olup, yukarı

seviye lezyonlarda daha çok sinir etkilenip daha fazla defekt gelişimine neden olur. Miyelomeningoselli olarak doğan fetüslerin doğumu term süreçte gerçekleşir ve erken neonatal dönemde gerekli tedavisine başlanır.

Fetal cerrahi, anne ve fetusta gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle en son tedavi seçeneği olarak, fetal hayatı tehdit eden durumlarda düşünülür. Daha önce gerçekleştirilen hayvan deneylerinin sağladığı yararlar nedeniyle, lethal olmayan bu durumda da fetal cerrahi ameliyatlar gerçekleşmiştir. ABD’de MOM’s çalışması olarak isimlendirilen çalışmada, kabul edilen 183 hasta randomize edilmiş ve antenatal operasyon ile postnatal operasyon seçenekleri arasında randomizasyon gerçekleştirilmiştir. Prenatal cerrahinin postpartum şant gereksinimi, motor fonksiyon indeksleri, beyin arka kısım herniasyonu (12. ayda), kendi başına yürüyebilme (30. ayda) durumlarının yenidoğan açısından yararlı olduğu görülmüştür. Buna karşın 30. ve 37. gebelik haftalarından önce erken doğumun, maternal pulmoner ödem gelişiminin, oligohidramnios gelişiminin, dekolman plasenta gelişiminin yine antenatal fetal cerrahi grupta istatistiksel olarak olumsuz olduğu görülmüştü. MOM’s çalışması, yaygın prematürite komplikasyonları nedeniyle planlanan dan önce sonlandırılmak zorunda kalmıştır.

Laparoskopik yolla minimal invazif olarak gerçekleştirilen fetoskopik spina bifida cerrahilerinde Almanya ve yeni olarak Brezilya’dan örnekler var. Almanya’dan 51 gebelikte yapılan laparoskopik cerrahide girişim haftası 23. gebelik haftasıydı. Sadece bir fetusun kaybı girişime bağlı olarak prematürite nedeniyle gerçekleşti ve doğumların %90’ ı 30.gebelik haftası sonrası, %49’ u 34.gebelik haftası sonrası olarak gerçekleşti. Brezilya’da gerçekleştirilen 4 fetal girişimin 1 tanesinin uygun cerrahi yaklaşım sağlanamamış, diğer 3’ünde operasyon başarı ile tamamlanarak doğumların ortalama 32. gebelik haftasında gerçekleştiği görülmüştür. Bu girişimlerin hiçbirinde maternal komplikasyonlar görülmemiştir. Bu fetal girişimlerden sonra posterior fossada herniasyonu önlenerek hidrosefalus gelişimi önlenmiştir. Postnatal dönemde yenidoğanların ortalama %60’ nda şant benzeri ek cerrahi girişime ilk 12 aylık sürede gerek kalmamıştır.

Sonuç olarak spina bifida tanısı konan gebeliklerde, gebelik terminasyonu önerilebileceği gibi, bunu kabul etmeyen ailelere, intrauterin fetal cerrahi önerilebilecek ek bir alternatif yöntemdir.

### **KÖ-23 [11:30]**

#### **Fetal posterior fossa fluid collections**

V. D’Addario

*Department of Obstetrics and Gynecology, University Medical School, Bari, Italy*

The term “posterior fossa fluid collections” refers to different conditions characterized by the presence of “cystic” areas

in the posterior fossa ruled out during the second trimester anomaly scan. They include:

- Dandy Walker malformation (DWM)
- Cerebellar vermis hypoplasia (CVH)
- Blake’s pouch cyst (BPC)
- Megacisterna magna (MCM)
- Arachnoid cyst (AC)

The prognosis of these conditions is quite different: usually good in isolated BPC and MCM, frequently poor in DWM and CVH, depending on the cyst size in case of AC. For this reason the differential prenatal diagnosis is useful for a correct counseling.

The routine axial scan is can frequently be doubtful, particularly in differentiating DWM, CVH and BPC, which are all characterized by the presence of a median “cystic cleft” between the cerebellar hemispheres. In these case is extremely useful the midsagittal scan on the posterior fossa showing the brainstem and cerebellar vermis. This section allows evaluating the fourth ventricle, the shape and size of the vermis and its rotation in relation to the brainstem.

In DWM the vermis is severely hypoplastic and upward rotated; the posterior fossa is enlarged with high insertion of the tentorium.

In CVH the vermis is partially hypoplastic in its inferior area; it is slightly upward rotated; the size of the posterior fossa in normal as well as the insertion of the tentorium.

In BPC the vermis is normal with a slight upward rotation secondary to the posterior protrusion of a cystic dilatation of the forth ventricle, which is still not fenestred (Blake’s pouch). The insertion of the tentorium is normal.

For the differential diagnosis the measurement of the angle between the vermis and the brainstem may be useful.

### **KÖ-24 [11:45]**

#### **Korteks anomalileri**

Talat Umut Kutlu Dilek

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

Fetal beyin; hücre proliferasyonu, nöronal migrasyon ve kortikal organizasyon şeklinde birbirini takip eden 3 basamakta gelişir. İkinci trimester ortalarında fetal beyin düz ve agyrik bir görünümdeyken, 20-35. gebelik haftaları arasında; kıvrımlı, gyrus ve sulkus yapılarını içeren nihai görünümüne kavuşmaya başlar. Bu süreç sırasında karşılaşılan iskemik, enfeksiyöz veya gelişimsel sorunlar anormal kortikal gelişime sebep olacaktır.

Kortikal gelişim problemleri nöronal migrasyon anomalilerinden kaynaklanır. Kortikal gelişim anomalileri arasında Şizense-

fali, lizensefali, polimikrogyri, pakigyri yer almaktadır. Bunlara ek olarak intraparakimal kanamalar, tüberöz skleroz ve nadir izlenen tümörler eklenebilir. Fetal merkezi sinir sisteminin temel değerlendirmesi aksiyel düzlemlerde ultrasonografi ile yapılırken kortikal gelişimin değerlendirilmesi mutlaka koronal ve sagittal düzlemlerde; gerekirse transvajinal ultrasonografi ile yapılmalıdır. Sulkal gelişim 18. gebelik haftasından itibaren parieto-okspital, kalkarin ve sylvian fissürlerin izlenmesi ile değerlendirilebilir, ancak yeterli değildir. Kortikal gelişim anomalilerinin araştırılmasında, aşağıdaki ultrasonografi bulgularından biri ile karşılaşılmaması durumunda mutlaka ısrarcı olunmalıdır. Bu bulgular; hafif ventrikülomegali, orta hat simetrisinin kaybı, kavum septum pellucidumun (CSP) yokluğu, subkortikal veya periventriküler kistler, serebral fissürlerin izlenmemesidir.

**Şizensefali:** Nadir izlenen bir kortikal gelişim anomalisidir. Serebral kortekste meydana gelen yarıklar sonucu ortaya çıkar. İki farklı tipi vardır:

- Kapalı Tip (Tip 1): Gri madde belli bir bölgede bir yarık ile ayrılmıştır. Subkortikal ventriküler yapılar ile subaraknoid boşluk arasında bağlantı yoktur.
- Açık Tip (Tip 2): Gri madde belli bir bölgede bir yarık ile ayrılmıştır. Subkortikal ventriküler yapılar ile subaraknoid boşluk arasında bağlantı vardır.

Şizensefali, tek taraflı veya çift taraflı olabilir. Vakaların % 70' inde CSP yoktur. Ventrikülomegali sık karşılaşılan bulgulardan biridir ve ventrikül duvarı defekte doğru tenteleşme yapabilir. Şizensefali ile beraber olabilen beyin anomalileri arasında heterotopiler, polimikrogyria, septo-optik displazi ve pakigyri bulunmaktadır. Ultrasonografi küçük defektleri gözden kaçırabilir. MR beyin parankiminin değerlendirilmesini sağlar ve bu sayede yarığın gri madde ile döşeli olmasını ortaya koyabilir. Bu ise diğer destrüktif lezyonlardan ayırımı yapılmasını sağlayacaktır. Kromozomal anomaliler ve kromozomal olmayan sendromlarla birliktelik nadirdir.

**Lizensefali:** Lizensefalili fetuslarda beyin yüzeyi düz ve sulkal-gyral gelişim yoktur. Defektif nöronal migrasyon sonucunda normalde 6 tabakalı olması gereken Serebral korteks 4 tabakalıdır. Lizensefalinin tanısı çoğu zaman 2. trimester sonu, 3. trimester başında konabilmektedir. Lizensefali, 17. kromozom mutasyonları, X' e bağlı vakalar, Miller-Diecker sendromu, Walker-Warburg sendromu ile beraber olabilir. Hafif ventrikülomegali lizensefalinin ilk bulgusu olabilir. Ancak ağır formlar ultrasonografi ile tanınabilir. MRG, 22-24. gebelik haftasından sonra şüpheli vakalarda tanıda yardımcıdır. Prenatal tanı indeks vakaların yokluğunda güç olabilir. Rekürrens riskini belirleyen temel faktör ise etiyolojidir.

**Polimikrogyri:** Kortikal displazi olarak da adlandırılır. Nöronal organizasyon bozukluğu sonucunda serebral korteks irregüler bir görünüm alır. Çıplak gözle Serebral korteks sayısız mikroglyrus nedeni ile düz görünür. Kromozomal anomaliler, konjenital CMV enfeksiyonu, iskemi polimikrogyri'nin

başlıca nedenleridir. Polimikrogyri lizensefali ile beraber görülebilir. Polimikrogyri çoğu zaman ultrasonografi ile gözden kaçabilir. MRG tanıda yardımcıdır.

**Ensefalomalazi:** Ensefalomalazi, beyinde çeşitli hasarlandırıcı nedenlere (İskemi, enfeksiyon, tümör, inflamasyon gibi) bağlı ortaya çıkar. Ultrasonografi bulguları çoğu zaman silik olup ventrikülomegali çoğu zaman en çok dikkat çekici bulgudur. Parankimal hasar sonucu ortaya çıkan porensel prenatal dönemde oldukça nadirdir.

İntrakraniyal kanama, enfeksiyonlar, tüberöz skleroz ve enfeksiyonlar diğer kortikal beyin anomalileri arasında yer almaktadır.

### Sonuç

Kortikal beyin anomalilerinin tanısı geç saptanmaları, ultrasonografinin teknik ve uygulamasal kısıtlılıkları nedeni ile güç olabilmektedir. Hafif ventrikülomegali, Serebral simetrisinin bozulması, CSP yokluğu, sulkus ve fissür yapılarının izlenmemesi kortikal beyin anomalileri için MRG ile daha ileri değerlendirmeye gidilmesi gereken durumlardır.

### KÖ-25 [12:00]

#### Ultrasound examination in pregnancy Who - When - By whom?

Aris J. Antsaklis

*Prof. of Obstetrics & Gynecology, University of Athens, 35 Vas. Sofias str. Athens 10675, Athens, Greece*

Ultrasonography represents the most significant advance in obstetric diagnosis and clinical management in the past 40 years. Ultrasonography in pregnancy is a simple, painless and harmless examination used in everyday practice for the present diagnosis.

The largest risk of antenatal sonography is probably misdiagnosis. A false positive diagnosis of a malformation may lead to parental anxiety and these errors can be corrected by a second examination in a tertiary referral center. A missed diagnosis (false negative) remains undetected unless the patients undergoes for a second examination for another indication. These limitations are often gestational age dependent. But if a significant congenital anomaly is recognised at delivery one of the patients question is: «Could we have seen this on ultrasound before delivery?». Obstetrics sonography should be performed at an appropriate gestational age by an experienced practitioner.

The ACOG and the AIUM have published guidelines for the basic ultrasound examination in pregnancy. This basic examination is performed most often for the purpose of biometry and the establishment of gestational age. Various descriptive terms have been used to identify such a detailed study including level II comprehensive, extended and targeted.

This targeted study is performed for the detection of fetal anomalies in women at risk for having a malformed fetus. The pregnant patient expects to have information about baby's health and in case a congenital anomaly is present she wants to know the prognosis, the treatment and the recovery. Routine use of ultrasound in low pregnancies has been offered for the decrease of labour inductions performed for postdatism, for the early detection of multifetal gestations, for detection of placental implantation abnormalities and for the antenatal diagnosis of congenital anomalies.

There is good evidence to support the recommendation that the sensitivity of the ultrasound screening in detecting fetal malformations in low risk pregnancies cannot be established with precision it will continue to be decided on a local level and varies in different centers with different level of operators training and financial resources.

Sonography for fetal biometry and when precise estimation of gestational age is required (in cases such as planning a caesarean delivery), should be performed in the first trimester or as early in pregnancy as feasible.

Eighteen to 20 weeks is the traditional and appropriate time to perform a targeted scan. This ultrasound study allows a detailed review of fetal anatomy and is early enough so that amniocentesis or other diagnostic procedures can be performed prior to fetal viability.

The genetic sonogram is a targeted study with special emphasis on ultrasonographic markers that may indicate aneuploidy.

Targeted ultrasonography at 18-20 weeks allows the couple to consider all of their options and allows for appropriate referral and counselling.

However some malformations are not easily visualised at this period. Hydrocephalus, bowel atresias may develop after this period and may not be demonstrable until after 24 week's gestation while the optimal time for fetal echocardiography is probably somewhat later (20-22 weeks).

### By whom

Antenatal sonography is performed in different medical centers, doctor's offices, hospitals, by physicians of varying levels of experience or by technicians.

If a physician is unable to document formal residency, fellowship, or other postgraduate training, he or she must have completed 100 hours of American Medical Association category 1 continuing medical education in diagnostic ultrasound, with evidence of involvement at least 500 diagnostic examinations under the supervision of a qualified physician.

The experience of the obstetrician clinician with sonography must begin with detailed knowledge regarding fetal cross sec-

tional anatomy. It is important for the clinician to know his or her limits with regard to the use of ultrasound.

Limitations of obstetrical ultrasonography should be briefly reviewed with patients prior to the initiation of the procedure. Some major malformations are easily detectable whereas other malformations present subtle ultrasound images, and may not be diagnosable in the midtrimester.

Ultrasound is used not only for diagnosis but as a tool for the management of a complicated pregnancy and for this reason the perinatologist is perfectly the right doctor to provide sonographic diagnosis and plan the management of a high risk pregnancy.

### Conclusion

The issue of routine sonography for low risk pregnant women continues to be contentious even though, randomized trials have not been able to demonstrate a clear benefit. Although great progress is being made in the first trimester diagnoses of congenital anomalies, most targeted studies are performed at 18-20 weeks of gestation.

The highest rates of detection of congenital anomalies are seen in tertiary care settings such as a university medical center.

In high risk cases a consulting perinatologist is commonly the physician most likely to integrate the ultrasound findings.

### KÖ-26 [14:00]

#### Effective use of ultrasound for fetal heart evaluation

Oluş Api

*Perinatology Unit, Department of Obstetrics & Gynecology, Yeditepe University Hospital, Istanbul, Turkey*

Congenital heart defects have a multifactorial etiology and therefore their prenatal detection cannot be achieved solely by screening the high-risk population defined by medical history. Screening ultrasound is usually performed in the second trimester and is still the best means of detecting cardiac defects. Some technical aspects may contribute to unsatisfactory visualization of the heart, even at specialized centers, and include: gestational age, transducer frequency and some fetal and maternal factors. Maternal body habitus, previous abdominal surgery and early gestational age are the other major factors for suboptimal fetal heart scanning. An additional reason for inadequate examination is 'lack of time'. In some units the whole fetal examination usually has to be achieved within a short time period due to mass screening. Under these circumstances there may be no time to wait for the fetus to change its position or to change the different presets of the machine or use other transducers.

Two major problems are commonly encountered during fetal heart examination: firstly, the examiner may not be able to obtain an adequate four-chamber view with different fetal positions and, secondly, the image is not optimized for the analysis of the heart. It is of utmost importance to optimize imaging prior to fetal cardiac scanning.

Selection of the appropriate probe is the most important step in evaluating fetal heart. A transabdominal probe with a frequency range of 4-8 MHz is optimal for the first and second trimesters till 24 weeks of pregnancy. Due to the ossification of ribs after 24 weeks, the frequency range of the transabdominal probe should be lowered to 2-5 MHz to achieve better penetration. On the other hand, for patients with high body mass index, one must also use lower frequency probes. For transvaginal fetal heart examination, a 5-9 MHz probe would be the most appropriate one. However, in recent years high frequency linear transabdominal probes providing 6-12 MHz frequency ranges have become available.

After selection of the appropriate probe, time has come to achieve proper 2D image optimization. It is important to start by setting optimal 2D and color parameters. For heart scanning, we need high contrast images. Therefore, tissue harmonic imaging, higher levels of speckle reduction and lower levels of compounding yield better cardiac images.

The next step is one of the most important steps of fetal heart evaluation which is selection of a suitable acoustic window. In order to avoid shadowing from the fetal spine and ribs, it would be ideal to examine the fetus in a position where the ultrasound beam will insonate the fetus from the thorax anteriorly. An optimal insonation angle should also be assured in order to visualize the chambers, outflow tracts and interventricular septum of the fetal heart. This is best done by assuring an angle between the beam and interventricular septum of approximately 45 degrees.

Since the fetal heart is unique when compared to other fetal organs in terms of motion, one should select a narrow window of examination to achieve higher frame rates. Higher frame rates yield better images on the beating heart. The image should be zoomed to an appropriate level in order to visualize the structures. Optimal analysis of the heart may be achieved by magnification of the image, using the zoom function, so that the heart fills a third to half of the screen, and by the use of the cine-loop to assess different phases of the cardiac cycle.

The next step is the application of color Doppler. If color Doppler is available, it should be used routinely during the screening examination. For the first trimester, scale for color should be kept at levels of 30-40 cm/s, for the second trimester between 50-60 cm/s, and for the third trimester between 70-80 cm/s. Wall motion filtering should be kept at intermediate frequencies. When color mapping covers the walls of cardiac chambers and outflow tracts, color Doppler gain has to be reduced.

## KÖ-27 [15:00]

### CCCAM, sequestration, hydrothorax: fetal intervention

Ebru Çelik

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya*

Congenital cystic adenomatoid malformation (CCAM) is diagnosed prenatally when an ultrasound shows a cystic or solid lung tumor. Type I and II CCAM appear as cystic, fluid-filled masses while Type III appears as a solid mass.

Several researchers have demonstrated a survival rate of approximately 50% for hydropic fetuses with microcystic CCAM after surgery. Hydropic fetuses treated with steroids, however, have survival rates near 85%. If hydrops persists or emerges past 32 weeks, EXIT and neonatal resection remain options.

Macrocystic lesions that cause hydrops can be treated with catheter-based drainage techniques of the dominant cyst. Simple aspiration of the cyst is usually a temporizing measure but can slow down disease progression and help determine if a thoracoamniotic shunting will be effective. In lesions without a significant solid component, placement of a thoracoamniotic shunt can effectively decrease the CVR and reverse hydrops.

Bronchopulmonary sequestration (BPS) is a rare congenital malformation of the lower respiratory tract, consisting of a non-functioning mass of lung tissue lacking normal communication with the tracheobronchial tree. Its appearance on fetal ultrasound mimics a CCAM of the microcystic type. The diagnosis, however, can be made by identifying a separate systemic artery from aorta feeding the sequestration.

For a large BPS, the presence of the systemic artery, however, opens a less invasive treatment option: minimally invasive coagulation of the blood supply. This may result in shrinking of the lesion and recovery of the fetus.

The incidence of fetal hydrothorax is estimated to be 1 in 15,000 pregnancies. Isolated hydrothorax is most often caused by congenital chylothorax, a primary lymphatic abnormality. Accumulation of fluid in the pleural space may lead to pulmonary hypoplasia, compression of the heart and obstruction of venous return with subsequent development of hydrops and compression of the esophagus leading to polyhydramnios. Untreated, the reported perinatal mortality is 22-53%. By far the most described procedure for treatment of fetal hydrothorax is placement of a thoraco-amniotic shunt. The vast majority of fetal shunt procedures have been done using a silicone double pigtail shunt as described by Rodeck, which is inserted under ultrasound guidance. In bilateral hydrothorax, shunts are usually placed on both sides.

The most common complications of thoraco-amniotic shunting are either failure or the need for reintervention (ranging from 6 to 33% in various series), PROM (15% in the largest recent series), and direct fetal loss (5–10%).

Overall survival rate was 63%, ranging from 54% for single thoracocentesis to 80% in the 5 cases treated with pleurodesis. Survival rate was ranging from 61 to 67% for shunt-placement with or without prior thoracocentesis.

In conclusion, the fetus with a lung mass but without hydrops has an excellent chance for survival with maternal transport, planned delivery, neonatal evaluation and fetal surgery.

## 11 Ekim 2014, Cumartesi

### KÖ-28 [08:30]

#### Methods of screening and prenatal diagnosis in twins

Giovanni Monni, Ambra Iuculano, Maria Angelica Zoppi, Maurizio Arras, Alessandra Piras, Federica Mulas

*Department of Obstetrics and Gynecology, Prenatal and Preimplantation Genetic Diagnosis, Fetal, Therapy, Microcitemico Hospital, Cagliari, Italy*

Prenatal screening and testing for trisomy 21 in twin pregnancies poses a number of challenges: the exact estimate of the prior risk of trisomy 21, the choice of prenatal screening test and/or invasive techniques to employ for the diagnosis and the impact of the result on the options of treatment in case of discordant results within a twin pair.

The evaluation of the prior risk of trisomy 21 depends on the number of fetuses per pregnancy, on the gestational age and on the zigosity-chorionicity. A challenge in screening and diagnosis can include the underestimation of an ongoing twin pregnancy (“the appearing twin”) or the misdiagnosis of an ongoing singleton pregnancy as one that started as a twin pregnancy or more (“the vanishing twin” phenomenon). These two circumstances could affect the outcome of screening test so they are important to detect. The assessment of chorionicity is equally important in order to prepare the following tests and diagnosis and is fundamental for determining zigosity. The evaluation of chorionicity could be performed invasively, by direct collection of foetal cells, and by non invasive methods that include ultrasound evaluation (fetal sex), and, as recent studies suggest, maternal plasma DNA sequencing.

In twin monozygotic pregnancies, the risk of both fetuses being affected is similar to the maternal-age risk, while the risk of only one fetus being affected is virtually null. Therefore, in monozygotic pregnancies, the risk could be

calculated per pregnancy. In dizygotic pregnancies, the risk could be expressed per foetus and/or per pregnancy and special algorithms for calculation have been formulated. However, many issues regarding the estimate of the a priori risk of trisomy 21 in a twin or multiple pregnancy remain unresolved. Ultrasound and biochemical markers for screening in twin pregnancies are different from those in singleton ones. Literature published sofar suggests that monochorionic twins tend to have a higher percentage of increased nuchal translucency compared to dichorionic twins so the most effective screening method for trisomy 21 is using the average NT measure of the two fetuses, although others use also the average of the risk calculation in the two fetuses. The use of combined test, with biochemical markers, is not excluded in twins pregnancies although some screening test practice guidelines generally emphasise its low efficiency and that is not as accurate as desired to enable patients to make appropriate informed decisions about the pregnancy. Non invasive prenatal testing is possible applying the NIPT in twin pregnancy although problem issues may as well arise with twin dizygotic gestation. Invasive prenatal diagnosis in twins has certain peculiarities that are specific to this type of pregnancy and depending on corionicity.

### KÖ-29 [08:45]

#### Ultrasound management of twin pregnancies

Kaouther Dimassi

*Department of Obstetrics and Gynecology, Mongi Slim Hospital, La Marsa, Tunisia, Faculty of Medicine, University Tunis El Manar, Tunis, Tunisia.*

The rate of multiple pregnancies is showing a significant increase all over the world. Twin gestations are considered as high-risk condition because they are responsible for the increase of perinatal morbidity and mortality.

The monitoring of twin pregnancies is mainly based on ultrasound. Usually, ultrasound monitoring is based on chorionicity. Thus, every attempt should be made to determine and report amnionicity and chorionicity when a twin pregnancy is identified. Dating should be done with first trimester ultrasound.

Beyond the first trimester, a combination of parameters rather than a single parameter should be used to confirm gestational age. However, to avoid missing a situation of early intrauterine growth restriction in one twin, in our unit we consider dating pregnancy using the larger fetus.

In twin pregnancies, aneuploidy screening using nuchal translucency measurements should be offered. Detailed ultrasound examination to screen for fetal anomalies should be offered, preferably between 18 and 22 weeks' gestation, in all twin pregnancies. When ultrasound is used to screen for

preterm birth in a twin gestation, endovaginal ultrasound measurement of the cervical length should be monthly performed.

Singleton growth curves currently provide the best predictors of adverse outcome in twins and may be used for evaluating growth abnormalities. Increased fetal surveillance should be considered when there is either growth restriction diagnosed in one twin or significant growth discordance. Umbilical artery Doppler is routinely offered in complicated twin pregnancies.

For defining oligohydramnios and polyhydramnios, the deepest vertical pocket in either sac is used.

More frequent examinations are required in case of mono-chorionic pregnancies. Thus, a detailed ultrasound exam should be performed every two weeks to exclude any markers of specific complications (TTTS, TAPS...) including the measurement of the systolic blood flow in the MCA.

### KÖ-30 [09:30]

#### Gebeliklerde doğum zamanlaması ve yöntemi

İbrahim Polat

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

İkiz gebeliklerin %50'sinden fazlasında spontan veya medikal nedenle preterm doğum olur. Bu nedenle doğum zamanlaması zaten çoğu olguda doktorun kararı ile olmaz.

Dikoryonik/diamniotik (DKDA) ikizlerde, en uygun doğum zamanını öneren yüksek kalitede randomize çalışma yoktur. Bu gebeliklerde en uygun doğum zamanı hakkında fikir birliği yoktur. Mevcut bilgilere göre herhangi bir endikasyon yok ise 38 haftadan önce DKDA ikizleri elektif olarak doğurtmamalı. 38. haftadan önce doğum daha sonraki doğumlara göre daha yüksek yenidoğan morbiditesi ile birlikte olmaktadır. Yalnızca komplike olmayan DKDA ikiz gebelikler göz önüne alındığında, morbidite ve mortalite 39. haftada düşer. Kırkıncı haftaya kadar doğurmamış ve doğum için fetal-maternal endikasyonu olmayan nadir olgular vardır. Bunlara elektif olarak doğum yaptırılır. Otuzyedinci haftaya göre, ≥40 hafta gebelerde yenidoğan ölüm oranı artmıştır (OR 4.24, 95% CI 2.65-7.00). NICE rehberleri, 38 hafta sonrasına devam eden komplike olmayan gebeliklerde fetal ölümün arttığını belirtmektedir.

Monokoryonik/diamniotik (MKDA) ikizlerde en uygun doğum zamanını değerlendiren randomize çalışma yoktur. Komplike olmayan MKDA gebelerde 37. haftadan önce elektif doğumun gerekliliği açık olmamasına rağmen, riskleri tartışmak ve 36-37 haftalarda doğumu önermek gerekir. Bir çalışmada 36-37 haftada yakın takip edilen gebelerde perinatal morbidite riski %9 ve fetal ölüm prospektif riski %1 saptanmıştır.

Monoamniotik (MA) ikizlerde kordon dolanmasından kaçınmak için sezaryen önerilir. En uygun doğum zamanını tayin etmek için bilgiler yetersizdir. Yaklaşık 32. haftada doğum önerilir, çünkü üçüncü trimesterde perinatal mortalite riski artmaktadır: 32. hafta sonrasında %10 (32. haftada yenidoğan mortalitesi ise %1-2). Antenatal olarak kordon dolanması tanısı konan gebelerde, termden önce yaptırılan doğum ile perinatal sonuçlar iyileşmektedir. Preterm doğum riskleri, gebeliğin devam etme risklerinden daha azdır.

Doğum yönteminin morbidite ve mortalite üzerine etkileri tartışmalıdır. Bütün ikiz gebelere sezaryen önerilmemelidir. İkiz doğumların %60'ından fazlası sezaryendir. Prezantasyon ve bazı durumlarda gestasyonel yaş, vaginal ya da sezaryen doğum seçiminin etkileri.

**Verteks/verteks ikiz:** Genel konsensus verteks/verteks ikizlerde vaginal doğum amaçlı bir travay girişiminin, herhangi bir gestasyonel haftada uygun olacaktır.

**Nonverteks ilk ikiz:** İlk ikizin nonverteks olduğu durumlarda sezaryen önerilir, çünkü bu olgularda vaginal doğumun güvenliği randomize çalışmalar ile ortaya konulamamıştır ve tekil gebeliklerde bile makat prezantasyonda obstetrik toplum vaginal doğuma karşıdır.

Vertex/nonvertex ikiz: Her iki ikize sezaryen, ikinci ikize makat ekstraksiyon veya sefalik versiyon ile vaginal doğum seçenekleridir. İkinci ikize ekstraksiyon başarılı olmaz ise sezaryen yapılır.

Vaginal doğum girişiminde, acil sezaryen doğum olanaklarının bulunması önemli (kordon sarkması, güven vermeyen FHR, başarısız makat ekstraksiyon veya sefalik versiyon). İkinci ikize sezaryen gereksinim oranı %4-10 arasındadır.

### KÖ-31 [11:00]

#### Ektopik gebelik

Polat Dursun

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

Ektopik gebelik (dış gebelik), fertilize olan oositlerin endometrial kavite dışına yerleşmesi durumu olup sadece primatlarda görülür. Modern tanısal metodlar ile ektopik gebelikler çok erken dönemde teşhis ve tedavi edilseler de, yinede günümüzde hayatı tehdit eden ilk trimester morbiditeleri içerisinde en sık görülenidir. Son yıllarda ektopik gebeliklerin tedavilerinde önemli gelişmeler olmuştur. Bu yenilikleri takiben, bu hastalığa bağlı morbidite ve mortalitede ciddi düşüşler görülmüştür. Eskiden cerrahi tedaviler sıklıkla kullanılmışsa da, günümüzde trofoblastik hücrelerin proliferasyonunu inhibe eden sistemik metotreksat gibi tıbbi tedaviler en sık kullanılan tedavi şeklidir. Günümüzde cerrahi; medikal tedavinin kontraendike olduğu ya da medikal tedavinin fayda sağlamadığı hastalar ile ruptür nedeni ile intraabdominal kanamanın görüldüğü olgular gibi sadece belli bazı olgularda kullanılır.



Ektopik gebeliklere bağlı komplikasyonların önlenmesi, tedavi masraflarının azaltılması, fertilitenin korunması ve en önemlisi de ektopik gebeliklere bağlı mortalitenin de azaltılmasında erken teşhis ve optimal tedaviye karar verilmesi, bu hastaların yönetiminde en önemli faktörlerdir. Günümüzde metotreksat tedavisindeki optimal dozajlar halen tartışmalıdır. Benzer şekilde, medikal tedavilere yanıt alınmayan olgularda uygulanacak olan cerrahi tedavinin gerek zamanlaması gerekse de yapılacak olan operasyon tipi çoğunlukla amprik olarak uygulanmaktadır. Bu bölümde kanıta dayalı tıp perspektifinde ektopik gebelikler değerlendirilmiş ve bu ciddi hastalığın yönetiminde ki standartlar detaylı bir şekilde incelenmiştir.

### Ultrasonografi

Uterus ve adneksler her ne kadar abdomino-pelvik muayene ile de değerlendirilebilirse de, transvajinal sonografi çok erken haftalarda, yaklaşık olarak bir haftalık adet gecikmelerinde;  $\beta$ -hCG değerleri 1500-2500 MIU/ml (üçüncü IRP) aralığında iken intra-uterine gebelikleri saptayabilir. İntra-uterine bir gebelik  $\beta$ -hCG değerleri 2000 mIU/ml üzerinde iken hemen hemen her zaman görülmelidir.

Ektopik gebelik teşhisi sonografide yolk sak veya embryo içeren bir ekstra-uterine kesenin görülmesi ile de konulabilir. Bu bulguların saptanmasının, teşhiste %100'lük bir sensitivitesi olsa da, spesifitesi düşüktür (15-20%). İntra-uterine gebelik olmadan, kompleks bir adneksiyel kitlenin varlığı spesifiteyi biraz daha yükseltse de (%21-84), sensitiviteyi de biraz düşürür (%93-99.5). Literatür derlemelerine göre, intra-uterine gebelik kesesi olmayan hastalarda herhangi bir kistik olmayan ekstra-ovaryan kitlenin saptanmasının dış gebelik teşhisinde %98.9'lük sensitivite, %96.3'lük pozitif prediktif değer, %84.4'lük spesifite ve %94.8'lik bir negatif prediktif değeri olduğu saptanmıştır. Transvajinal sonografinin yüksek rezolasyonu olsa da, ektopik gebeliklerin özellikle erken evrelerinde %15-35 oranında adneksiyel bir kitleye rastlanmaz. Psödogestasyonel kese gibi bazı sonografik görüntüler de en tecrübeli ellerde bile bazen gestasyonel kese zannedilip yanlış teşhislere yol açabilir. Psödogestasyonel keseler endometrial kavitede sıvı kolleksiyonu olup uterus da merkezi (santral) bir yerleşimi vardır. Dış gebeliklerde, desidualize endometriyundan gelişen kanamalar sonucu oluşan kese benzeri görüntüler ise santral değil daha periferik (eksentrik) yerleşimlidir. Seri  $\beta$ -hCG takipleri ve transvajinal sonografi kullanımı ektopik gebelik teşhisinde %95'lik pozitif prediktif bir değere sahiptir. Ultrasonografi  $\beta$ -hCG değerleri ayırıcı eşığın üzerinde iken intrauterine bir gebelik olup olmadığına bakmak için kullanılmalıdır.

Ultrasonun net bir teşhis koyamadığı (indeterminate) olgularda %24 oranında ektopik gebelik görülür. Bu nedenle seri  $\beta$ -hCG ölçümü ve transvajinal sonografi ile tüm ektopik gebeliklerin teşhisi konulamaz. Kesin teşhis için ve de anormal intra-uterine gebelikler ile ektopik gebeliklerin ayırımı için

uterine küretaj ve doku tanısı gereklidir. Bu sırada, istenilen bir gebeliğin yanlışlıkla sonlandırılmasını önlemek için kürtaj öncesi sonografik ayırıcı eşik (*discriminatory cut off*) daha yüksek düzeyde seçilmelidir.

### KÖ-32 [14:15]

#### Selim over ve tuba hastalıkları; Doppler ultrasonografi

Samet Topuz

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

Pelvik kitlelerin değerlendirilmesinde ultrasonografi birinci basamak bir tanı aracıdır. Kolay uygulanması, radyasyon içermemesi, real-time olması ve ekonomik olması en önemli avantajlarındandır. Ultrasonografi pelvik kitlelerde kesin olarak bir histopatolojik tanı konmasına izin veremese de pelvik kitlelerde aşağıdaki konuların aydınlatılmasına yardımcı olur; Pelvik kitlenin varlığı ve yokluğunun teyit edilmesi, Kitlenin boyut ve iç yapısının ve sınırlarının gösterilmesi, Kitlenin orjininin ve diğer pelvik yapılarla ilişkisinin gösterilmesi, Asit ve metastaz gibi malign hastalıklara bağlı anomalilerin varlığı veya yokluğunun saptanması

#### Pelvik kitlelerde Doppler ultrasonografi

Doppler ultrasonografi pelvik kitlelerde malign benign ayrımını yapmada ve torsiyon düşünülen olgularda yardımcı olabilir. Genel olarak malign olgularda damarlanma artacak ve direnç düşecektir. Pulsatilite ve rezistans İndeksler kullanılarak, damarın periferik mi santral mı yerleştiğine bakılarak, maksimum sistolik hızı değerlendirilerek dalga şekli ve damar yoğunluğu birlikte değerlendirilerek kitlelerde malign benign ayrımı yapılabilir. Bununla birlikte Doppler ultrasonografi kesin bir tanı aracı olarak görülmemelidir. Tek başına hiçbir dalga formu benign malign ayrımını göstermede yeterli değildir. Klinik kullanımı en uygun hale getirmek için muayene sırasında saptanan bulguların, hastanın yaşının ve tümör markerlarının, ultrasonografi bulgularının Doppler ile birlikte değerlendirilmesi esastır.

### KÖ-33 [14:00]

#### Benign uterine pathologies and Doppler ultrasound

Aydın Özşaran

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir*

Uterine fibroids (also known as leiomyomas or myomas) are the commonest benign uterine tumors, with an estimated incidence of 20%-40% in women during their reproductive

years The gold standard diagnostic modality for uterine fibroids appears to be gray-scale ultrasonography, with magnetic resonance imaging being a close second option in complex clinical circumstances.

In a study investigating the relationship between ultrasound appearance, blood flow, and angiogenic gene expression in fibroids (F), perifibroid (PM), and distant myometrial (DM) tissues. They hypothesized that angiogenic gene expression would be increased in tissues and participants that showed increased blood flow by Doppler ultrasound. The study was performed using Doppler ultrasound to measure blood flow prior to hysterectomy, with subsequent tissue samples from the F, PM, and DM being investigated for angiogenic gene expression. Overall, PM blood flow (measured as peak systolic velocity [PSV]) was higher than F blood flow, although significant heterogeneity was seen in vascularity and blood flow between different Fs and their surrounding myometrium. They did not find any correlation between PSV and any other clinical or molecular parameter in their study.

#### **KÖ-34 [15:15]**

### **Gestasyonel trofoblastik hastalıklar ve Doppler USG**

Ateş Karateke

*Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, İstanbul*

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar (GTH), plasental koryonik villuslardan kaynaklanan tümörlerdir. Ultrason incelemesi, semptomları olan hastalarda tanıya yardımcı olması açısından standart uygulama haline gelmiştir. Vajinal kanaması ve hızlı uterus büyümesi olan,  $\beta$ -hCG değerleri belirgin olarak yüksek hastalarda GTH'dan şüphelenilir. Ayrıca, hiperemesis, anemi, preeklampsi ve hipertiroidizm de eşlik edebilir. Pelvik ultrason, tipik olarak uterin kaviteyi dolduran, kistik komponentli, solid ve hiperekoik kitle gösterir. Tek a lutein kistlerinin varlığı, tanıyı kuvvetlendirir. Doppler incelemesinde, kitle çevresinde düşük rezistanslı, yüksek sistolik ve diastolik frekanslarda ve yüksek hızlarda akım saptanır. Düşük dirençli arteriyel akım, myometriuma uzanıyorsa, invazyondan şüphelenilir.

İnvazif molar gebelikte, trofoblastlar, hipervaskularite gösterir. Uterin spiral arterler, genişlemiş alanları doğrudan besler. Düşük dirençli ve yüksek hızlı fonksiyonel arteriovenöz şantlar, anormal uterin hipervaskulariteyi oluşturur. Rezistiv indeks (RI), 0.5 veya altındadır (normali: 0.7). Tepe sistolik indeks ya da en yüksek hız, 50 cm/sn'den fazladır.

Sonuç olarak, GTH'da belirgin yüksek  $\beta$ -hCG seviyeleri ve USG tanıyı büyük ölçüde sağlar. Doppler, bu tanıyı konfirme etmede yardımcı olabilir. Bunun yanında, invaziv hastalığın

tanınması, tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi, rekürensın saptanması, Doppler ile mümkündür.

#### **KÖ-35 [16:00]**

### **Ultrasonographic markers of aneuploidy in second trimester**

Firas Abdeljawad

*Makassed Hospital, Mount of Olives, Jerusalem*

Chromosomal abnormalities occur in 0.1% to 0.2% of live births, and the most common clinically significant aneuploidy among live-born infants is Down syndrome (trisomy 21). Other sonographically detectable aneuploidies include trisomy 13, 18, monosomy X, and triploidy. Second-trimester ultrasound scan detects 2 types of sonographic markers suggestive of aneuploidy. Markers for major fetal structural abnormalities comprise the first type; the second type of markers are known as "soft markers" of aneuploidy. These latter markers are non-specific, often transient, and can be readily detected during the second-trimester ultrasound. The most commonly studied soft markers of aneuploidy include a thickened nuchal fold, rhizomelic limb shortening, mild fetal hydronephrosis, echogenic bowel, and echogenic intracardiac focus and choroid plexus cyst. There is a great deal of interest in the ultrasound detection of aneuploidy, as evidenced by the large number of publications in the literature on this topic.

Unfortunately, studies evaluating the significance of the soft markers of aneuploidy vary widely and show contradictory results. We review the most common ultrasonographic soft markers used to screen aneuploidy and discuss ultrasonographic technique and measurement criteria for the detection of soft markers. We also review the clinical relevance of soft markers to aneuploidy risk assessment and evidence-based strategies for the management of affected pregnancies with each of these markers in light of current literature.

#### **KÖ-36 [16:30]**

### **Umbilical cord abnormalities**

Nebojsa Radunovic

*Belgrade, Serbia*

The umbilical cord develops in close association with the amnion and serves a vital function during intrauterine fetal development. Evaluation of umbilical cord entities and function is an integral part of every sonographic examination. It includes cord measurements (diameter of cord vessels as well as estimation of cord length), analysis of cord anatomy (cord coiling, vessel number), estimations of cord abnormalities capable of impending blood flow and cord function (Cord Doppler).

Abnormalities of the umbilical cord may be related to cord length, diameter, cord coiling, vessel number, cord insertion, anomaly capable of impeding blood flow, funic presentation, and umbilical cord stricture.

Normal cord has 3 vessels: two arteries, one vein encased in Wharton jelly. Two arteries carry deoxygenated blood to placenta, one vein brings oxygenated blood back to fetus. Umbilical vein is the only conduit for oxygenated blood to return to fetus. Umbilical cord is fully formed by 9 weeks gestation when cord is already coiled, where arteries coil around vein. Abdominal wall insertion is surrounded by intact skin while placental insertion normally centered on placental disc. Clinically, hypo-coiling has been associated with fetal demise, while hyper-coiling is correlated to fetal-growth restriction and intrapartum fetal acidosis and asphyxia. Both entity (hypo & hyper coiling) have been linked to trisomies and single umbilical artery.

Antenatal determination of cord length has technical limitations therefore evaluation of cord diameter use as a predictive fetal marker. The lean umbilical cords have been associated with poor fetal growth while large-diameter cords have been associated with macrosomia. The clinical utility of this parameter is still unclear.

**Single umbilical artery (SUA)** or two vessel cord is associated with growth restriction but if additional anomalies are present then risk for aneuploidy increases. The incidence is increased considerably in women with diabetes mellitus, epilepsy, preeclampsia, antepartum hemorrhage, oligohydramnios or hydramnios. Imaging findings have free loop of cord with 2 vessels seen best on cross section where only one UA is adjacent to fetal bladder. In more than 70% left UA is absent. In addition SUA is bigger than normal UA, almost 15% develop IUGR but are not coupled with trisomy 21.

**Umbilical cord cyst (UCC)** is cyst associated with umbilical cord and may be: Umbilical cord pseudocyst, Allantoic cyst, Urachal cyst, or Omphalomesenteric duct cyst. By definitions it is cyst or cysts associated with umbilical cord with paraxial location (in 60% eccentrically) where umbilical cord vessels are not displaced. It may be seen anywhere along length of cord, with thin walled cyst or cysts, usually anechoic with 2% prevalence. Most often it is transient finding usually as pseudo cysts. However multiple UCC are with increased risk of anomalies and aneuploidy If UCC is near fetal end of umbilical cord it should look at fetal bladder. Allantoic cysts can grow. In different diagnosis UCC may be similar with normal yolk sac or umbilical cord aneurysm or mucoid or cystic degeneration of Wharton jelly or embryonic duct remnants. It has excellent prognosis if transient. Single UCC has better prognosis than multiple UCC. In addition single umbilical cord cysts found in the first trimester tend to resolve completely, whereas multiple cysts may indicate miscarriage or aneuploidy (T18 and T13).

**Umbilical cord aneurisms** may be 1) Umbilical vein varix or 2) Umbilical artery aneurysm.

**Umbilical vein varix** is seen as focal dilatation of umbilical vein larger than 9 mm in diameter or larger than 50% of intra-hepatic portion of umbilical vein. Best diagnostic clue for UV varix: is cyst-like space in upper abdomen with venous flow on Doppler. Umbilical vein varix in free floating loops of cord is much harder to see. UV varix is usually intra-abdominal but extrahepatic. It may also occur in free-floating loops of cord. Umbilical vein varix is usually seen as upper abdominal "cyst", oval or elongated shape, with thin walled, and anechoic.

It may occur in association with persistent right umbilical vein, may be large, must show continuity of "cyst" and presence of blood flow, usually runs between abdominal cord insertion site and inferior edge of liver with oblique orientation.

**Umbilical artery aneurysm** is dilatation of umbilical artery seen as sacular dilatation of umbilical artery with arterial flow. Umbilical artery aneurysm is a rare congenital thinning of the vessel wall with diminished support from Wharton jelly. Aneurysm is usually near placental end of cord, where this support is absent. UA aneurysm may have arterio-venous fistula to umbilical vein, usually associated with single umbilical artery, associated with multiple anomalies and trisomy 18. Cord "cyst" is near placental origin, wall may be calcified, it is much more rare than UV varix. Finally it is arterial malformation not venous

Differential Diagnoses: Abdominal cysts (UVA), Umbilical cord cysts (UAV)

Pathology: UV varix may be first manifestation of abnormal venous pressure. Expanding varix in cord may compress umbilical artery

Clinical Issues: Karyotype if other anomalies present, close fetal monitoring, consider early delivery for UV varix.

**Cord Entity** Capable of Impeding Blood Flow are mechanical and vascular abnormalities of the umbilical cord, capable of impairing fetal-placental blood flow like knots, loops, funic presentation, umbilical cord stricture, hematoma, cysts, thrombosis, vessel dilatation.

### **KÖ-37 [16:45]**

#### **Ultrasonic markers of fetal syndromes. Dysmorphic abnormalities detectable by ultrasound in the era of prenatal diagnosis**

Asim Kurjak, Sanja Zaputovic Brajnovic

*DIU Libertas International University, Dubrovnik, Croatia*

#### **From piece to a full puzzle**

A dysmorphic feature is a difference of body structure. It can be an isolated finding, part of normal human variation in an

otherwise normal individual, or it can be related to a congenital disorder, birth defect or genetic syndrome.

Dysmorphic features can vary from isolated, mild anomalies and minor cosmetic imperfections (such as polydactyly) to severe congenital anomalies (such as holoprosencephaly).

In some cases, dysmorphic features are part of a larger clinical picture, sometimes known as a sequence, association or syndrome.

A syndrome is a pattern of multiple anomalies thought to be pathologically related, particular combination of major (essential) and minor (may be absent) criteria.

So, why searching for fetal syndromes?

Early diagnosis is very important especially in the delineation of best care for the patient, prognosis, likelihood of other abnormalities, identifying correct recurrence risk and the best approach to monitor future pregnancies.

Being able to provide as clear information as possible is of great importance to avoid confusion in parents as well as healthcare providers, to make a management plan and to put everything in the perspective.

Recognizing the patterns of fetal malformations is extremely useful for sonologist, practitioners providing prenatal diagnosis.

Ultrasound findings of abnormalities and patterns of more common fetal syndromes as well as some less common fetal syndromes are lined up in this presentation.

Technological advances in ultrasonography, particularly the introduction of high definition 3D and 4D ultrasound allowed us to study fetal anatomy in great detail in very early stages of fetal life, which on their hand helped us to detect fetal abnormalities easier and even earlier than ever before.

Beside fetal anatomy, we are now even able to study a function of some systems and fetal behavior. Fetal behavioral patterns are directly reflecting development and maturational process of fetal CNS. KANET test is the first method that attempted to use 4D US in order to assess and combine different parameters of fetal behavior and form a scoring system in order to determine their neurological status. So, now we are being able to detect not only structural abnormalities, but also their functional and behavioral abnormality patterns related to a fetal syndrome in era of prenatal diagnosis.

### **KÖ-38 [17:00]**

#### **Antenatal diagnosis of urinary pathology/practice course**

Mounira Chaabene

*Department of Radiology, Mahmoud el Matri Teaching Hospital, Faculty of Medicine of Tunis, Tunisia*

Sonography is an extremely valuable technique for renal imaging. The congenital abnormalities of fetal kidney is sub-

divided in two dominant categories: those in which the fetal kidney appears hydro-nephrotic and those in which it does not. Among this in which the kidney appears hydro-nephrotic, the major task is to assign a level of obstruction (congenital uretero-pyelo-junction, congenital megaloureter, bladder outlet obstruction and posterior valves)

The approach to non hydronephrotic abnormalities is quite different. In this second category we have some devastating conditions including renal agenesis, multicystic dysplasia kidney, which are lethal when seen bilaterally. They also include many groups of disease commonly referred to as polycystic disease associated or not to a syndrome like Meckel-Gruber syndrome or Bardet-Biedel Syndrome.

On this topic we propose some clinical cases and demonstrate the approach to be followed to the analysis of different semiotic signs urinary and associated signs to make a diagnosis of the pathology. A family and of pregnancy women history can help to the approach of the diagnosis. We propose the follow up and the prognosis of different pathology.

### **KÖ-39 [17:15]**

#### **Obstructive uropathies**

S. Cansun Demir

*Çukurova University Faculty of Medicine, Adana, Turkey*

All or some of the urinary system is dilated. If the obstruction is complete and in early fetal period, hypoplasia and dysplasia may occur (Potter type II).

If it occurs in the 2nd half of pregnancy hydronephrosis may develop.

#### **Fetal urology society**

Grade O: No dilatation, Grade I: Renal pelvic dilatation, Grade II: Pelvic dilatation and calyx are visible, Grade III: Renal pelvis and calyx are dilated, Grade IV: Grade III and paracyme becomes thinner.

- <19 weeks:  $\geq 5$  mm.
- 20-29 weeks:  $\geq 8$  mm.
- >30 weeks:  $\geq 10$  mm (Mandell et al., 1991).

The risk of renal and urinary tract abnormality increases with:

- The severity of hydronephrosis,
- Persistence of hydronephrosis into the third trimester,
- Bilateral involvement, and
- The presence of oligohydramnios.

#### **Hydronephrosis**

There may be pelvicalicel dilatation in 1% of all fetuses.

There may be transient hydronephrosis as a result of high maternal hormone levels or excessive maternal-fetal hydration.

In hydronephrosis cases there may be ureteropelvic obstruction or vesicoureteric reflux.

If the antero-posterior pelvis renalis diameter is >10 mm and there is pelvicalicial dilatation, there is moderate hydronephrosis.

If hydronephrosis is diagnosed, dilatation in ureters and uretra must be detected. The size of bladder must be evaluated.

Urinary system abnormalities are generally bilateral, other kidney and amniotic fluid must be evaluated.

If it is diagnosed in 2nd trimester chromosomal abnormalities must be searched.

### Vesico amniotic Shunt

Lower urinary tract outflow obstruction may develop in a fetus from pathologies such as urethral atresia and posterior urethral valves, and can be partial or complete.

Severe obstruction may lead to oligohydramnios and pulmonary and renal dysplasia.

There is uncertainty about the criteria for appropriate selection of fetuses for treatment with vesico-amniotic shunting.

Fetal lower urinary tract outflow obstruction is usually managed expectantly or by repeat vesicocentesis.

Some cases are managed by termination of the pregnancy.

The aim of a fetal vesico-amniotic shunt for lower urinary tract outflow obstruction is to decompress the obstructed bladder and restore amniotic fluid dynamics and volume, thereby preventing oligohydramnios and consequent pulmonary and renal dysplasia.

Fetal blood is also sampled for chromosomal analysis to help diagnose or exclude concomitant chromosomal abnormalities that may influence management decisions or treatment choices.

**12 Ekim 2014, Pazar**

### KÖ-40 [08:45]

#### Fetal hiperekojenik barsak

Ebru Dikensoy

*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gaziantep*

Hiperekojenite bağırsağın çevredeki kemikle benzer veya daha fazla ekojenitede olması şeklinde tanımlanır. Bazı kaynaklar da akciğer veya karaciğer ekojenitesine göre karşılaştırma önermektedir. Normalin bir varyantı olabileceği gibi, primer gastrointestinal patoloji, konjenital viral enfeksiyonlar, kistik fibrozis, aneuploidi ve intraabdominal hemorajilerde de hiperekojen barsak karşımıza çıkabilmektedir. Rutin ikinci tri-

mestur antenatal ultrasonografisinde fetal hiperekojen barsak %0.6-1.4 oranında görülmektedir.16. haftadan itibaren parlak mekonyum lümende birikerek ince barsakları daha görünür hale getirmektedir. Mekonyum peritonitinde görülen fetal asit, intraabdominal kalsifikasyon ve intestinal dilatasyonun hiperekojen barsakta görülmemesi ayırıcı tanıyı kolaylaştırmaktadır.

20. gebelik haftasından önce görülen izole hiperekojen barsak genellikle geçicidir, ilerleyen haftalardaki seri ultrasonografilerde gözden kaybolmaktadır. Bu durum çoğu infantta normal barsak fonksiyonuyla sonuçlanmaktadır. 3. Trimesterde persiste eden hiperekojenik ince barsak daha çok altta yatan patolojiyi yansıtsa da normal bir sonuçla da karşılaşılabilmektedir.

**Prognoz:** İkinci trimesterde hiperekojen barsak görülen fetüslerin %60'ında doğumdan sonra anomali görülmez. Geriye kalanlarda karyotip anomalisi, IUGR veya perinatal ölüm görülebilmektedir. Aneuploidi insidansı %3-27 olup Down sendromu çoğunluğu oluşturmakla beraber, Turner ve triploidiler de görülebilmektedir. Nyberg ve ark. 2. trimesterde hiperekojen barsağın Down sendromlu hastaların %7'sinde bulunduğunu ve yarısının izole olduğunu vurguladılar. Yine de hiperekojen barsak 2. Trimesterde Trizomi 21 için sensitif veya spesifik bir markır değildir. Karyotip anomalileri dışlandığında %10'unda fetal ölüm görülür. Bu oran uteroplasental yetmezlik, prematürite ve fonksiyonel neonatal intestinal obstrüksiyondan kaynaklanır. İntestinal atrezi, imperfore anüs, volvulus, CMV ve maternal lupus diğer nadir nedenlerdir. Kistik fibrozisten etkilenen fetüslerin %60'ında hiperekojen barsak tespit edilebilmektedir.

**Yönetim:** Karyotip anomalisi, intrauterin enfeksiyonlar ve kistik fibrozis açısından detaylı bir aile anamnezi alınmalıdır. Olası striktürel problemlerin dışlanabilmesi için intestinal dilatasyon ve fetal asit açısından bir kez daha ultrasonografik değerlendirme yapılmalıdır. Seri ultrasonografik değerlendirmeler hiperekojenitenin rezolusyonu, fetal büyümenin takibi ve plental fonksiyonun değerlendirilmesi için gereklidir.

Daha invaziv araştırmalar; parental kistik fibrozis taşıyıcılığı ve fetal karyotip tayinidir. Persiste hiperekojen barsakta ve umbilikal arter kan akımı bozulmuş olan IUGR'da fonksiyonel neonatal intestinal obstrüksiyon riski bulunmaktadır. Parenteral nütrisyon, rektal yıkama, suda çözünür kontrast enema mekonyum tıkaçlarını açmak için gerekebilir. Sonrasında ter testi yapılabilir.

### KÖ-41 [09:00]

#### Hiperekojenik böbrek

Ebru Tarım

*Başkent Üniversitesi Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara*

Prenatal dönemde yapılan ultrasonografide ekojenik böbrek görülmesi, hem doktor hem de hasta için tanı ve tedavi yö-

nünden kafa karıştırıcı olabilir. Bu dönemdeki tanı etiyojisi net olarak ortaya koymayabilir ve postnatal dönemdeki seyri kestirmek her zaman kolay değildir. Tanı sıklıkla postnatal dönemde yapılan detaylı incelemelerle konulur.

Prenatal dönemde ayırıcı tanıda: mesanenin dilate olduğu vakalarda üreterlerde genişleme olsun ya da olmasın obstrüktif üropati düşünülmelidir. Otozomal resesif, otozomal dominant multistik böbrek (ODMKB) hastalığı ve renal displazi ekojenik görünümün en sık sebepleridir. Detaylı aile hikâyesi, ailenin renal ultrasonografisi ODMKB hastalığının ayırıcı tanısında kullanılabilir. Ekojen böbrek tespit edildiğinde ek anomali izlenirse, karyotip analizi önerilmelidir.

Amniyotik sıvının normal olması, altta yatan nedenler ve doğum sonrası seyirindeki farklılıklar nedeniyle önemlidir. 19 vakalık bir seride; doğum sonrası %21 fetusun böbreklerinde fonksiyon ve ultrasonografik görünüm normal izlenmiştir. Ancak kalan hastaların %26'sı otozomal resesif böbrek hastalığı ya da multistik displazi nedeniyle kaybedilmiş, %53'ünde postnatal ultrasonografik anomaliler tespit edilmiştir. Doğum sonrası yaşam prenatal ultrasonografideki normal amniyotik mayi ile ilişkilidir. Ekojenik böbreği olan ancak ultrasonografide normal piramidal görünüm ve amniyotik sıvıya sahip olan 8 fetusta postnatal dönemde normal oldukları görülmüştür. Postnatal dönemde %63 hastada ekojenite kaybolmuştur. Ancak 6 vakalık başka bir seride iki fetusta anormal karyotip, iki fetusta normal böbrek fonksiyonlarına sahip ancak basit kistler içeren böbrekler, ikisinde ise otozomal dominant böbrek hastalığı tespit edilmiştir.

Terminal evre böbrek yetmezliği, anüri ve ciddi oligohidramnios saptanan hastalarda etiyojisi bakılmaksızın seyri kötü olacağı söylenebilir. Viyabilite öncesi sonlandırılan vakalarda otopsi ve histolojik inceleme çok önemlidir. Doku örneklerinde DNA analizi ile genetik sendromların bir kısmının (ORPKB, ODPKB, Meckel-Grubel, Beckwith-Wideman sendromu gibi) tanısı konulabilir.

## KÖ-42 [09:30]

### Olgu sunumları: Tanınız ne olmalıdır?

Melih Atahan Güven

*Acıbadem Kadıköy Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

Spontan gebeliklerin yaklaşık %1.5-2'sinde doğumsal malformasyonlar izlenmekte olup, IVF gebeliklerinde bu oran %3-4'tür. Yurdumuzda sık görülen akraba evliliklerin de ise %4-6 oranında doğumsal- yapısal anomali gözlenmektedir. Bugünkü sunumda amaç; dinleyicilere rutin hayatlarında karşılaşacakları nadir ve sık görülebilecek anomalilerin tanısını kolaylaştırmaya yönelik bilgiler (video sunum eşliğinde) vermek olacaktır. Video sunumları 10 sn civarında olup izleyicilerden muhtemel tanılar istenecektir (inaktif sunum sırasında). Olgunun son tanısı ve olgu ile kısa bilgiler olgu su-

numu sırasında dileyiciye aktarılacaktır. Sunum sonunda dinleyici yaklaşık 10-12 farklı anomalili vakayı izleyecek, görececek, tanısını koyacak ve de tanıya giden yolda dikkat etmesi gerekenleri öğrenecektir.

## KÖ-43 [09:45]

### Ultrasonografi ve mesleki profesyonizm

Mekin Sezik

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

Profesyonel, “işini iyi bilen ve bunu çevresine kanıtlamış olan, bilgi düzeyini sürekli güncel tutan kişi” olarak tanımlanmaktadır. Mesleki profesyonizm ise Baltaş tarafından “çeşitli yetkinlikleri içeren bir tutum, bir bakış açısı ve bir davranış biçimi” olarak tanımlanmıştır. Ancak, özellikle tıpta profesyonizmin bu tanımlardan daha fazlasını içerdiği söylenebilir. Bunlar arasında altruizm (diğerkâmlık, özgecilik), hesap verebilirlik, mükemmeliyet, sorumluluk alma, hizmet sunma, haysiyet, dürüstlük ve diğerlerine saygı gibi birçok kavram bulunmaktadır. Başkalarının yararını da kendi yararı kadar gözetme ya da diğer insanlara maddi veya manevi kişisel çıkar gözetmeksizin yararlı olmaya çalışma, alınan karardan etkilenecek kişilere hesap verebilme ve hesap verebilirliğin ön şartı olan şeffaflık, aslında hekimlikte güven ilkesinin esaslarını oluşturmaktadır.

Günümüzde otonomiden hesap verebilirliğe, uzman görüşünden kanıt dayalı tıbbı, bireysel çalışmadan ekip çalışması ile sorumluluk paylaşımına doğru bir paradigma değişimi yaşanmaktadır. Obstetrik ve jinekolojik ultrasonografi de bu dönüşümün dışında değildir. Bu alanda da profesyonizm ilkelerinin daha özenli olarak uygulanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Ultrasonografik tanı, örüntü tanımaya dayanmaktadır; dolayısıyla, özellikle sosyal medyada görüntü ve benzeri paylaşımlara açık bir alandır. Ancak, sosyal medyanın sağlık çalışanları tarafından kullanımı, deyim yerindeyse iki ucu keskin kılıçtır. Hekimlerin interneti klinik dışı kullanımı (elektronik reçete, elektronik hasta dosyaları, çevrimiçi konsültasyonlar veya mesleki yazışma grupları dışındaki) sosyal ağlar, bloglar ve diğer bazı platformları içermektedir. Bu şekilde kullanım, yararlı olabilir; ancak, sınırlar bulanıktır ve internetteki paylaşımların içeriği önem taşımaktadır.

Hekimlerin şikayete konu olmasının tek sebebinin profesyonellik dışı davranışlar olmadığı açıktır. Ancak; son yıllardaki araştırmalarda, profesyonizm ihlalleri ile hekim şikayetleri arasında bağlantı gösterilmiştir. Yine de, sorun daha derinlerde olabilir. Ne yazık ki profesyonizm ihlallerinin, uzmanlık öncesi ve sonrası tıp eğitimi kökenli olduğu ve süreklilik kazandığı görülmektedir. Tıp fakültemizdeki öğrencileri içeren yeni bir çalışmada dönem 3 (preklinik) öğrencilerinin %56'sı, dönem 4'tekilerin ise %65'i hastalar veya diğer çalışanlar ile “alay

edildiğine” şahit olduğunu belirtmiştir. Yine, hastalar hakkında uygunsuz yorumlar yapıldığına (örneğin, lâkap takmak) şahit olanların oranı dönem 3’te %51, dönem 4’te %53’tür. Dönem 4 öğrencilerinin %68’i ortak alanlarda hastalarla ilgili konuları bizzat tartışıklarını belirtmektedir.

Sonuç olarak; profesyonizm ihlalleri, kökenleri tıp eğitimi-ne ve uygunsuz rol modeller ile örtük müfredata dayanan ve hekime yönelik şikayetlere önemli oranda katkısı olabilen ancak önlenabilir durumlardır. Bu konunun, kadın hastalıkları ve doğum pratiğinde ve eğitiminde daha fazla ele alınması gerekmektedir.

#### **KÖ-44 [10:30]**

##### **Fetal kraniofasial anomaliler**

Elif Gül Yapar Eyi

*Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara*

Uluslararası Obstetrik ve Jinekolojide Ultrasound Cemiyeti (ISUOG), 2010 yılında yayımladığı “İki Boyutlu Ultrasound ile II. Trimesterde Fetal Anomali Taraması”na ait yönergede “baş-yüz bölgesi ile ilgili olarak”: Baş şekli, talamuslar, lateral ventriküller, serebellum, sísterna magna ve üst dudak değerlendirilmesi gereken yapılar olarak belirtirken, medyan profil, orbitalar, burun, burun deliklerini “gri zon”a, opsiyonel tarama konuma almıştır.

11-136/7 haftalarda ilk trimester sonografik taramalara ait yayımlanan 2013 ISUOG yönergesinde baş ve yüz ile ilgili değerlendirmede: lensle birlikte gözler, nazal kemik, normal profil/çene, intakt dudaklar yine opsiyonel değerlendirmede yer almaktadır.

Fetal kraniofasial anomaliler ile ilgili olarak: “yüz, beyin için öngördürücüdür” ifadesi kullanılmaktadır.

##### **Yarık damak dudak**

700 canlı doğumun birinde görülebilen ve bütün anomalilerin %13’ünü oluşturan malformasyon, %20-50 olguda diğer anomaliler ile birliktelik gösterir. Online Mendelian Inheritance in Man’e (OMIM) göre 200’den fazla sendromun bir parçasıdır.

Yarık dudak çoğu kez üst dudakta görülür.

- Tek taraflı üst dudakta yarık dudak
- Çift taraflı yarık dudak
- Orta hatta yarık dudak(nadir)
- Oblik yüz yarığı(dudaktaki yarık orbitaya uzanır)
- Alt dudak yarığı
- İzole yarık damak şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Yarık damak dudak tanısı koyabilmek, normal yapılanmanın iyi bilinmesini gereklidir. Dudaklar, alveolar halka (primer damak), sekonder damak (sert damak) ve yumuşak damak ve uvu-

la birlikte değerlendirilmelidir, ancak kubbe şeklindeki yapılanma ve osseöz yapıların oluşturduğu görüntüleme ve değerlendirme zorluklarına bağlı olarak, sık görülmesine rağmen yarık damak dudakta prenatal tanı %0-1.4 oranlarında, oldukça düşüktür. Profil görüntüsü, yarık damak dudak için yanlıcıdır. Koronal, transvers ve sagittal kesit kombinasyonları doğru sonuca ulaşmada yardımcıdır. Daha iyi sonuç alınmasına yönelik olarak 2010 yılında Wilhem tarafından tanımlanan tekniklerde:

**Yöntem 1:** Boyun ve farink boşluğundan alınan frontal kesitte uvulanın belirlenmesinde “epiglottis” mirengi noktasıdır. Faringeal boşluk ön arka doğrultuda izlenerek uvula epiglottisin üst kısmında görüntülenir. Normal uvulanın eko patterni tipiktir ve “eşittir” işaretini andırır şekilde iki hiperekoik çizgi ve arada da hipoekoik ara alandan oluşur. Bu nedenle normal uvula “eşittir işareti” olarak da adlandırılır.

**Yöntem 2:** Talamus seviyesinden transvers kesit alınır; transduser bu hizadan ortada nazofarinks görüntülene kadar aşağıya kaydırılır; transduser daha da aşağıya doğru kaydırıldığında, yumuşak damak ve uvula karşımıza çıkar; uvula boylu boyunca prob hafifçe açılarak eğildiğinde görünür ve tipik “eşittir” işareti belirir. Bu, ikinci, transvers kesitten yararlanan yöntem, frontal yaklaşımdan daha iyi sonuçlar vermektedir.

#### **KÖ-45 [10:45]**

##### **Fetal böbrek anomalileri: Teşhis ve yönetim**

Deniz Cemgil Arıkan

*Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş*

Üriner sistem intermediate mezodermden gelişir. Mesonefrozdan gelişen üreterik tomurcuk, metanefrik blastema ile birleşir. Bu iki yapı arasında birleşme süreci 36. haftaya kadar devam eder ve nefrogenез tamamlanır. Böbrekler embriyoner hayatta geliştikçe pelvik yerleşimini bırakır ve 6. haftadan 9. haftaya kadar normal retroperitoneal yerleşim yerine çıkarlar. Böbrekler ve adrenaller mide seviyesinin altında, 2.lumbal vertebra seviyesinde, batının iki yanında, sağlı sollu lokalizedirler. Ultrasonla 9. gebelik haftasından itibaren (bütün fetuslarda 11 haftalık gebelikte vajinal USG’de, 12 haftada abdominal USG’de) görülebilirler. 9. gebelik haftasında renal ekojenite fazladır ve 2. trimesterde hiperekojen yapılarını kaybederler, 3. trimesterde korteks ve medulla ayırımı yapılabilir. Korteks medullanın periferinde daha ekojen olarak izlenir. Mesane 10-14. haftalarda (11. gebelik haftasında fetusların %80’inde, 13. gebelik haftasından itibaren fetusların %90’ından fazlasında) ultrasonografi ile gözlenebilir. Fizyolojik olarak mesane duvarları 2-3 mm’yi geçmez. Umbilikal arterlerin, mesane lateralinden geçişleri renkli Doppler ile saptanır, böylece mesane diğer kistik yapılardan ayrılabilir. Üreter ve uretra normal koşullarda ultrasonografik olarak izlenmezler.

Böbreklerin değerlendirilmesinde longitudinal ve transvers planlar kullanılır. Longitudinal planda böbrekler eliptik şekilde, transvers planda ise spinaların her iki tarafında yuvarlak yapılar halinde görülürler. Renal uzunluk büyümenin bir belirtisi olarak kullanılabilir; uzunluk, genişlik, kalınlık, ve çevre için standartlar geliştirilmiştir. Böbrek için basit bir kural; haftada 1,1 mm kadar büyümesidir. Gebelik boyunca böbrek çevresinin abdomen çevresine oranı 0,27-0,30 şeklinde sabittir. Ultra-sonda mesane 30-45 dakikada bir dolar ve boşalır.

#### **KÖ-46 [11:00]**

##### **Preterm doğum: TVS/TAS ile tarama ve yönetim**

Alev Atış Aydın

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği, İstanbul*

Serviks ne kadar kısa ise preterm doğum yapma riski o kadar fazladır. Servikal uzunluğun transvajinal USG ile ölçülmesi preterm doğum öngörüsünde kullanılır. Düşük riskli gebeliklerde universal transvajinal servikal ultrason taraması kost-efektif bir strateji gibi gözükmemektedir. Bu yüzden 18-24.gebelik haftalarında tek bir TVUS ile servikal uzunluk tayini tüm tekiz gebelere önerilebilir.

Daha önce erken doğum yapmış tekiz gebeler 16-23.gebelik haftalarında rutin öyküye dayalı serklaj yerine, güvenli bir şekilde TVusg ile 2 haftada bir (25-29 mm ise haftalık) serviks ölçülerek takip edilebilir.

TVusg ile servikal taramada saptanan kısa servikslerde (<25 mm) vajinal progesteron ile tedavi, y.d morbiditesi ve 34 haftadan önceki preterm doğum riskini %45 oranında azaltmaktadır. Çalışmalarda önceden erken doğum yapmış tekiz gebeliklerde serklaj, pesser ve vajinal progesteron benzer etkinlik gösterirken, çok kısa servikslerde (<15 mm) olduğunda serklaj daha üstün görünmektedir.

Düşük riskli popülasyonlarda TAUSG ile serviks taraması kost-efektif gözükülebilir. TAUSG ile serviks <30 mm saptananlarda TVUSg ile servikal tarama önerilebilir ancak universal tarama önermek için henüz yeterli kanıt bulunmamaktadır.

İkizlerde bu yöntemlerin hiçbiri etkin bir tedavi olmadığı için önerilmemektedir.

#### **KÖ-47 [11:15]**

##### **Skeletal system dysplasias**

Selahattin Kumru

*Düzce University Medical School, Department of Obstetrics and Gynecology, Düzce, Turkey; Department of Obstetrics and Gynecology, Health Ministry Antalya Education and Research Hospital, Antalya, Turkey*

Skeletal System Dysplasias are relatively rare conditions.

**Dysplasias may be classified as:** Achondrogenesis, Achondroplasia, Amelia, mycromelia, Campomelic Dysplasia,

Hypophosphatasia, Osteogenesis Imperfecta, Short rib Polydactyly, Thanatophoric Displasia

**Extremity Malformations classified as:** Clubfoot, Rockerbottom Foot, Sandal Gap Foot, Radial Ray Malformation, Polydactyly, Syndactyly, Clinodactyly, Ectrodactyly, Arthrogyposis Akinesia Sequence, Multiple Pterygium Syndrome.

##### **Achondrogenesis**

Achondrogenesis are a group of lethal Group of lethal osteochondrodysplasias due to failure of cartilaginous matrix formation and characterized by severe micromelia, unossified spine, short trunk, and disproportionally large head. There are 3 types of the disease: Type IA, Type IB and TypeII. The incidence of disease is reported about 1/40,000-1/50,000 livebirths and 1/650 perinatal death. Prognosis, IUFD, neonatal death, longest survivor less than 1 month

##### **Achondroplasia**

Most common heritable, non-lethal skeletal dysplasia. It is characterized by disproportionately short limb (rhisomelia), frontal bossing, depressed nasal bridge, and short digits. Autosomal dominant single gene disorder. The cause of the disease is Fibroblast Growth factor receptor-3 (FGFR-3) mutations and 80% of cases are new mutations (sporadic). The prevalence of the disease about 1/20,000-28,000 livebirths. While normal lifespan and normal intelligence are expected, neurological and orthopedic complications are common.

##### **Amelia, micromelia, phocomelia**

Amelia: Absence of 1 or more limbs.

Micromelia: Shortening of both proximal and distal segment of limbs.

Phocomelia: Shortening of the limb with hand/foot arising near trunk.

Hemimelia: Absence of distal limbs.

Disease is usually diagnosed with missing or severely shortened extremities 1st or 2nd trimester. Roberts Syndrome characterized by orofacial clefting with phocomelia/amelia.

Most chondrodystrophies with severe micromelia lethal in perinatal period and prenatal treatment is not possible. Survivors need orthopedic surgery spinal, limb surgery.

##### **Campomelic dysplasia**

Campomelia: Bowed limbs.

Rare, semi-lethal osteochondrodystrophy. It is characterized by bowed extremities with absence of fractures, cutaneous dimpling, hypoplastic scapulae, sex reversal in males (Ambiguous genitalia XY sex reversal (male to female))

The incidence of disease is 0.05-1.6/10,000 live births. It is sporadic autosomal dominant and caused by Haploinsufficiency of



SRY gene related gene (SOX9). There is no prenatal treatment change and most of the cases die in infancy due to respiratory insufficiency.

### Hypophosphatasia

Rare osteochondrodysplasia. Deficient mineralisation of the bones and caused by deficiency of tissue nonspecific alkaline phosphatase (ALP). Three types of the disease classified: Perinatal lethal, infantile and Late onset (adult) type.

Imaging findings are; micromelia (perinatal lethal type), Severe undermineralisation of bones and calvarium on mid-trimester USG, multiple rib fractures and short and thick tubular bones.

The cause of the disease is a mutation in tissue nonspecific ALP (TNSALP) gene and decreased enzyme activity impairs bone mineralization, dentinogenesis.

Prenatal diagnosis is possible. Aggressive dental care, calcium restricted diet, intramedullary rods may be helpful.

### Osteogenesis imperfecta (OI)

OI is inherited connective tissue disorder with many phenotypic presentations. The estimated incidence is approximately 1 per 20,000 births. Most commonly caused by mutations in genes encoding the alpha-1 and alpha-2 chains of type I collagen. However, proteins involved in posttranslational modification of type I collagen also cause the disease.

A useful classification of OI is presented as; Mild (radiologic type I), Moderate to severe (radiologic types III-IX), and Lethal perinatal form (radiological type II)

The clinical diagnosis of OI is based on the signs and symptoms; bone fragility and a positive family history or several extraskeletal manifestations (hearing loss, dark or bluish sclerae).

The fetal DNA is analyzed for gene mutations in a fetus known to be at risk for having skeletal dysplasia, preimplantation genetic diagnosis is also possible. However, genetic defects have been identified for approximately 70 percent of skeletal dysplasias and there is no definitive, readily available lab test for OI.

The structure and quantity of type I collagen can be determined in vitro from fibroblast culture using a small skin biopsy and abnormalities either in quantity or quality of type I collagen are present in about 90 percent of OI cases. So, negative studies do not exclude the diagnosis, because of the OI types that are not associated with type I collagen mutations (types II B and types V through IX) and the false negative rate of about 10 percent.

### Arthrogyposis and polydactyly

Arthrogyposis: two or more fixed joint contractures in multiple areas of the body.

Polydactyly indicates that one or more supernumerary digits are present in the hand or foot.

Prognosis of arthrogyposis and polydactyly depends on associated abnormalities and whether this finding is part of a syndrome. Perinatal morbidity and mortality related to an isolated limb defect is low.

### Clubfoot

The incidence of clubfoot is approximately 1-3/1000 live births; the male-to-female ratio is 2:1 and two thirds of cases are bilateral. Clubfoot deformity is diagnosed when both the tibia and the fibula are seen in coronal plane, with the sole of the foot visible in the same plane, and this persists during the course of the ultrasound examination. However, a false-positive rate for prenatal diagnosis of clubfoot is up to 30%.

Repeated ultrasound examination to reassess for other associated anomalies and to confirm the finding of clubfoot and prenatal pediatric orthopedic consultation may be helpful to discuss postnatal management and prognosis. Approximately 90% of clubfeet are found postnatally to have structural defects requiring orthopedic treatment; 10% are positional defects requiring no postnatal treatment.

Long-term prognosis of clubfoot depends on associated abnormalities; however, the prognosis for normal function with isolated clubfoot is excellent.

### Neural tube defects (NTD)

Open neural tube defect is an embryologic defect of the formation of the posterior vertebral arches of the spine, exposing the neural elements. Open NTD occurs in approximately 1/1000 live births.

- Myelomeningocele-sac containing spinal cord or other neural elements
- Meningocele-sac containing only protruding meninges and cerebrospinal fluid
- Myeloschisis-wide splaying of the vertebral arch with no visible covering (neural tube completely exposed)

Disease may be isolated or a part of multiple problem (such as VACTERL).

Prenatal neonatology and pediatric neurosurgery consultation to discuss postnatal management and prognosis. Fetoscopic intrauterine treatment is possible. Delivery in a tertiary care facility is recommended. Cesarean delivery is suggested before the onset of labor to improve functional neurologic outcome. Prognosis of NTD depends on the level and size of lesion, associated anomalies, ventriculomegaly, and type of surgical closure. Periconception folic acid supplementation can reduce the risk of recurrence by 70%.

## **KÖ-48 [11:30]**

### **Fetal abdominal duvar defektleri**

Faik Mümtaz Koyuncu

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Manisa*

Fetal Abdominal Duvar Defektleri içerisinde Gastroschisis (1/400) ve Omphalocele (1/1100) en sık görülen iki abdominal duvar defektidirler. Yaklaşık 1. Yüzyıldan bu yana literatürde tanımlanan bu problemler çok sıklıkla prenatal olarak tanınmaktadır.

Omphalocele barsakların, 6-10. gebelik haftasındaki normal umbilikal herniasyondan sonra abdominal kaviteye dönmemesi ile karakterizedir. Kесе içerisinde barsaklar dışında karaciğer, mesane, mide, testis gibi diğer visseral organlar da olabilir.

Gastroschisis etiolojisinde başlıca iki teori vardır; sağ umbilikal ven nekroza uğrar ve sağ abdominal duvarda defekt oluşur. Diğeri ise sağ omphalomesenterik arter prematur olarak içe kıvrılır. Bu durum abdominal duvarın zayıflamasına, sonrasında rüptürüne yol açar.

Maternal serum tarama ve fetal USG inceleme sonucu intrauterin dönemde tanı konabilmektedir. Buna rağmen Gastroschisis ve Omphalocele arasında çok önemli farklılıklar vardır. Gastroschisis’de fetus normal gelişme gösterebilmesine karşın ilişkili anomalilerin çok sık görüldüğü Omphalocele’de prognoz daha kötü seyredebilir. Her iki grupta da prognoz, ilişkili anomalilere dayalı olarak çok önemli farklılıklar içerebilir. İlişkili anomaliler iyi araştırıldıktan sonra, prognoza yardımcı olması açısından amniotik sıvının temizlenmesi önerilmesine karşın, izlem ile gebelik takipleri de çok sık kullanılan bir yöntemdir. Gebelik takibinde uzlaşma sağlayamayan birçok araştırmacı doğum şekli konusunda da değişik yaklaşımlar önerilmektedir.

Anabilim Dalımız Perinatoloji Bilim Dalında 2011-2014 tarihleri arasında 30 fetal abdominal duvar defekti saptanmış ve bunlardan 7 olgu Gastroschisis, 19 olgu ise Omphalocele olarak saptanmıştır. Bunlardan 4 tanesinde body stalk anomali- limb body Wall defekt saptanmıştır. İlişkili anomali, omphalocele’de %36.8 bulunurken gastroschisis’de ise %14.2 olarak saptanmıştır.

## Serbest Bildiri Özetleri

### (SB-01 — SB-12)

#### SB-01

#### Term düşük riskli gebelerde 2 ve 3 boyutlu ultrasound ile farklı tahmini fetal ağırlık formüllerinin karşılaştırılması

Hasan Energin, Elif Gül Yapar Eyi

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** 2 boyutlu ve 3 boyutlu ultrasound ölçümlerinde kullanılan formüllerin tahmini fetal ağırlık (TFA) doğruluklarının karşılaştırılması.

**Yöntem:** Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum salonunda doğum yapan 165 düşük riskli gebede, Etik Kurul onayı ve gebelerden bilgilendirilmiş onam sonrası yapılan prospektif çalışmaya. 37- 42 haftalar arasında, ve ultrasound ölçümünden sonraki 48 saat içinde doğuran gebeler dahil edildi. 2D ve 3D ultrasound ölçümleri aynı hekim (H.E.) tarafından yapıldı. Kayıt edilen 2D biometrik değerler ve 3D uyluk görüntüleri Viewpoint PIA programında işlenerek tahmini fetal ağırlıklar(TFA)'lar hesaplandı. 2D ölçümlerle TFA değerlerini bulmak için en yaygın kullanılan Hadlock I (BPD, AC, FL), Hadlock II (BPD, HC, AC, FL), Shepard (BPD, AC) formüllerinden yararlanıldı. 3D ölçümlerle TFA değerlerini bulmak için Lee I (TVol), Lee II (TVol, AC), Lee III (TVol, AC, BPD) kullanıldı. Çalışmanın istatistiksel veri analizleri SPSS 17 (SPSS, Chicago, IL USA) kullanılarak yapıldı. Formüller ile hesaplanan TFA ile bebek gerçek doğum ağırlığı arasındaki farklılık paired sample T-Test kullanılarak hesaplandı ve "p" değerlerine göre sıralama yapıldı.

**Bulgular:** Bebek doğum ağırlıkları ile tahmini fetal ağırlıkları her formül için istatistiksel olarak korele saptanmıştır. Bebek doğum ağırlıkları ile bu formüllerden elde edilen tahmini fetal ağırlıklar ayrı ayrı karşılaştırıldıklarında: Lee I, Hadlock II, Hadlock I ile bebek doğum ağırlıkları arasında anlamlı bir fark görülmezken, Lee II, Lee III, Shephard ile bebek doğum ağırlıkları arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı. "p" değerlerine bakıldığında; bebek doğum ağırlıkları ile en az fark sırasıyla: Lee I, Hadlock II ve Hadlock I' de (Plee1= 0.667, PHadlock2= 0.526, PHadlock1= 0.016) görüldü.

**Sonuç:** Ultrasonografik fetal ağırlık tahmini, obstetrisyenin doğum eylemi yönetiminde giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. 3 boyutlu ultrasoundlarla yapılan fetal ağırlık tahminleri içinde Lee, 1 diğer formüllere göre düşük riskli ve öl-

çümden sonraki 48 saat içinde doğuran term gebelerde daha doğru sonuçlar vermektedir.

**Anahtar sözcükler:** 2 boyutlu ultrasound, 3 boyutlu ultrasound, fetal ağırlık.

#### SB-02

#### İleum volvulus perforasyonuna sekonder akut mekonyum peritonitinin prenatal tanısı: Olgu sunumu

Ugur Keskin<sup>1</sup>, Kazım Emre Karavaşin<sup>1</sup>, Mustafa Öztürk<sup>3</sup>, Cüneyt Atabek<sup>2</sup>, Suzi Demirbağ<sup>2</sup>, Ali Ergün<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Pediatrik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara; <sup>3</sup>Etimesgut Askeri Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ankara

Çalışmamızda, çok erken tanısıyla ve doğum sonrası cerrahi girişimiyle, daha önce tanımlanan prenatal olgulardan oldukça farklı sıra dışı bir olgu sunduk. Kırk yaşındaki gravida hasta, fetal abdomende intestinal dilatasyonla uyumlu kistik yapı varlığı sergiledi. Gebeliğin 32. haftasında gerçekleştirilen kontrol ultrasonunda, bağırsak dilatasyonu kollapsı ve fetal abdomende hiperekojenik sıvı varlığı tespit edildi. Sezaryen gerçekleştirildi. Bu çalışmanın klinik önemi, mekonyum peritonitin tipik ultrason özellikli akut fazda tanı alabilecek olmasıdır ve azalmış fetal hareketli olguların ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Mekonyum peritonit olgularında morbidite ve mortalitenin gestasyonel yaşa bağlı olduğu görülmektedir ve olgu sunumumuz, problemin prenatal tanısı sonrasında uygun doğum zamanı ve tedavi seçeneği belirlemek üzere benzer olguları yönetmede yardımcı olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Mekonyum peritonit, prenatal tanı, ultrasonografi.

#### SB-03

#### Türkiye'de mezuniyet öncesi tıp eğitiminde obstetrik ve jinekolojik ultrasonografi eğitimi

Mekin Sezik

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

**Amaç:** Ultrasonografinin kadın hastalıkları ve doğum branşında kullanımı artmaktadır. Ultrasonografi yeterliliği genellikle

mezuniyet sonrası uzmanlık eğitiminde kazandırılmaktadır. Ancak, mezuniyet öncesi dönemde tıp fakültesi eğitiminde de belirli düzeyde bir aşinalık ve temel yeterlik kazanılması önemli olabilir. Mevcut araştırmada, Türkiye’de farklı tıp fakültelelerinin mezuniyet öncesi kadın hastalıkları ve doğum ders planları analiz edilerek, obstetrik/jinekolojik ultrasonografi eğitimine dair mevcut durumun saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Mevcut çalışma kesitsel ve betimleyici özelliindedir. Türkiye’de farklı coğrafi bölgelerde yer alan rastgele seçilen 10 adet tıp fakültesinin (Abant İzzet Baysal, Akdeniz, Atatürk, Başkent, Dicle, Ege, Hacettepe, İstanbul, Karadeniz Teknik, Süleyman Demirel Üniversiteleri) eğitim programlarına internet yolu ile ulaşıldı. Programlarda, mezuniyet öncesi dönemde kadın hastalıkları ve doğum konularındaki teorik ve pratik ders içeriğinin başlıkları incelendi. Ek olarak, çevrimiçi program metinlerinde “USG”, “ultrason”, “ultrasonografi” anahtar sözcükleri ile arama yapıldı. İncelenen programlarda obstetrik/jinekolojik ultrasonografi başlıkları analiz edildi.

**Bulgular:** Programların hiçbirinde jinekolojik ultrasonografiye dair teorik ders başlığı bulunmamaktaydı. Programların yarısında (n=5) ise “obstetrik ultrasonografi” başlıklı 1 saatlik teorik ders mevcuttu. Sadece 2 programda, pratik içerikli konu başlığı (“Gebe/jinekoloji ultrason izlem” ve “ultrasonografik kist aspirasyonu”) saptandı.

**Sonuç:** Türkiye’deki 10 tıp fakültesini içeren bu örnekte, mezuniyet öncesi dönemde obstetrik/ jinekolojik ultrasonografi yeterliliğine yönelik planlanan eğitimlerin kısıtlı olduğu söylenebilir.

**Anahtar sözcükler:** Program değerlendirme, mezuniyet öncesi tıp eğitimi, ultrasonografide yeterlik.

## SB-04

### Preeklampitik gebeliklerde umbilikal arter Doppler dalga formu ve yenidoğan sepsisi

Mekin Sezik<sup>1</sup>, Hülya Toyran Sezik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta; <sup>2</sup>Özel Isparta Hastanesi, Isparta

**Amaç:** Preeklampitik gebeliklerde umbilikal arter Doppler (UAD) incelemelerinde diyastol sonu akım kaybı veya geri akım varlığının (AREDV) yenidoğan sepsisi riskini artırdığına dair veriler bulunmakla beraber bu etkinin gebelik haftasından bağımsız olup olmadığı iyi araştırılmamıştır. Çalışmamızın amacı, ağır preeklampside AREDV’nin neonatal sepsisi öngörmedeki değerinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Beş yıllık dönemde ağır preeklampsi sonrası canlı doğum ile sonuçlanan ve doğum öncesi dönemde UAD verileri mevcut 284 gebelik çalışmaya alındı. AREDV ve laboratuvar ile kesinleştirilmiş yenidoğan sepsisi tanısı arasındaki bağıntı

ki-kare testleri ve lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** AREDV saptananlarda (n=34), saptanmayanlara göre (n=250) yenidoğan sepsis oranı anlamlı olarak yüksek bulundu (%17.6’ya karşılık %4, p=0.006). Ancak, preeklampsi başlangıç haftasının dahil edildiği lojistik regresyon modelinde bu etkinin yok olduğu saptandı (düzeltilmiş olasılık oranı = 3.07, güven aralığı = 0.97-9.63, p=0.055).

**Sonuç:** Preeklampitik gebeliklerde AREDV varlığı neonatal sepsis riskini artırmakla beraber bu ilişki, ağırlıklı olarak erken başlangıçlı hastalığıdaki sepsis oranı artışına bağlı gözükmemektedir.

**Anahtar sözcükler:** Doppler, preeklampsi, sepsis.

## SB-05

### Düşük riskli tekil gebeliklerde 20-24 hafta arasında fetal nazal kemik uzunluğunun değerlendirilmesi

Burcu Artunç Ülkümen, Halil Gürsoy Pala, Faik Mümtaz Koyuncu, Yıldız Uyar, Yeşim Baytur

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa

**Amaç:** Bu çalışmada, popülasyonumuzda düşük riskli tekil gebeliklerde fetal nazal kemik (NK) değerlerinin gebelik haftasına göre dağılımının saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Haziran 2014-Temmuz 2014 tarihleri arasında, 20-24 gestasyonel hafta arasında anomali taraması amacı ile perinatoloji polikliniğine başvuran 92 tekil gebelik çalışmaya alındı. NK, fetal biyometrik ölçümler, gebelik haftası, parite özellikleri değerlendirildi. Tüm ölçümler Voluson 730, RAB 3,5-MHz prob ile transabdominal olarak yapıldı. Yapısal yada kromozomal anomalisi olan gebelikler çalışma dışı bırakıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen gebelerin ortalama yaşı 28.08±5.62 (minimum 17, maksimum 43; median 29); gravidada ortalaması 2.36 ± 1.42 (minimum 1, maksimum 6; median 2); parite ortalaması 0.82 ± 0.99 (minimum 0, maksimum 3; median 1); gebelik haftası ortalaması 20.49±2.29 (minimum 20, maksimum 23; median 21); fetal nazal kemik ortalaması 6.2±0.9 mm (minimum 4.4 mm, maksimum 8.3 mm; median 6.1 mm) olarak tespit edildi. Gebelik haftası ile NK arasında korrelasyon mevcuttu (r=0.232).

**Sonuç:** Nazal kemik, 10.gebelik haftasından itibaren ultrason ile izlenebilir. Fetal pozisyon, maternal obezite, ultrason görüntü kalitesi değerlendirmeyi etkileyen en önemli etkenlerdir. Nazal kemik uzunluğu irksal ve genetik özelliklere göre değişiklik gösterebilir. Bu nedenle NK hipoplazisi tanısı için sözkonusu faktörleri göz önünde tutmak gerekir.

**Anahtar sözcükler:** Nazal kemik, ikinci trimester tarama, tekil gebelik.

**SB-06****Ektopia kordis ve omfalosel: Olgu sunumu**

Burcu Artunç Ülkümen, Halil Gürsoy Pala, Yıldız Uyar, Yeşim Baytur, Faik Mümtaz Koyuncu

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa*

**Amaç:** Ektopia kordis yaklaşık olarak 0.8/100.000 doğumda görülen çok nadir bir anomalidir. Tamamen toraks dışında olabileceği gibi, sternumun üst bölümünde defekte bağlı olarak servikal bölgede yerleşmiş yada torakoabdominal tiplerde olduğu gibi Cantrell sendromunun bir parçası olabilir. İntrakardiyak anomaliler de sıklıkla eşlik edebilir. Ayrıca abdominal duvar defekti, kranial yada yüz anomalileri, yarık damak-du-dak, kromozomal anomaliler izlenebilir.

**Olgu:** 31 yaşında primigravid hasta fetal anomali şüphesi ile polikliniğine yönlendirildi. Ultrasonografik muayenede 11-12 hafta ile uyumlu fetus izlendi. Anterior torakoabdominal defekt ve ekstra-toraksik yerleşimli kalp izlendi. Ayrıca yaklaşık 4 cm çapında omfalosel kesesi izlendi. Maternal sistemik hastalık yoktu. Perinatal dönemde bilinen herhangi bir teratojen maruziyeti tespit edilmedi. Aile öyküsünde yapısal yada kromozom anomalili bebek öyküsü yoktu. Karyotip incelemesi triploid olarak izlendi. Konsey kararı sonucunda ailenin onayı halinde terminasyon seçeneği anlatıldı. Gebeliğin terminasyonun isteyen aileye yazılı ve sözlü onam alınmasını takiben gebelik sonlandırıldı. Postabortal incelemede fetal kalbin tamamen toraks dışında olduğu ve aynı zamanda omfalosel kesesi izlendi. Aile otopsi yaptırmak istemedi.

**Sonuç:** İntrauterin 8-9. haftalarda toraks ve abdominal duvar oluşumları tamamlanmaktadır. Bu süreçte orta hat füzyonunda tam yada kısmi defektler ektopia kordisten komplet visseral evisserasyona kadar değişebilen bir spektrumda anomalilere sebep olabilir. Erken dönem ultrasonografi ile tanınması önemlidir, çünkü kötü prognozdan ötürü viabilite sınırını geçmemiş gebeliklerde terminasyon bir seçenek olarak sunulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Ektopia kordis, omfalosel.

**SB-07****Cantrell pentalojisi: olgu sunumu**

Aygun Akberova, Semir Köse, Sabahattin Altunyurt

*Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir*

Cantrell pentalojisi; orta hat supra-umbilikal karın ön yüzü defekti, sternum alt ucu defekti, perikardın diafragma yüzünün olmayışı, diafragma ön yüz eksikliği ve çeşitli intrakardiyak anomaliler ile tanımlanmıştır. Cantrell sendro-

mu ilk olarak Cantrell, Haller ve Ravitch tarafından 5 vakalılık bir seride 1958 yılında bildirilmiştir. 1/65.000-1/200.000 doğumda görülen nadir bir sendromdur.

**Anahtar sözcükler:** Ektopia kordis, Cantrell pentalojisi.

**SB-08****Monokoryonik ikizlerde selektif intrauterin büyüme geriliği: patofizyoloji, tanısal yaklaşım ve yönetim ikilemleri**

Kaouther Dimassi<sup>1</sup>, Meriem Ajroudi<sup>1</sup>, Asma Hamdi<sup>2</sup>, Dalenda Chelli<sup>2</sup>, Amel Triki<sup>1</sup>, Mohamed Faouzi Gara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mongi Slim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, La Marsa, Tunus; <sup>2</sup>Tunus Doğum ve Yenidoğan Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Rabta, Tunis, Tunus

**Amaç:** Monokoryonik (MC) ikizlerde selektif intrauterin büyüme geriliği (sIUGR), ikizlerin her birindeki perinatal mortalite ve morbidite riskini önemli derecede artırmaktadır. Klinik değerlendirme, plasental anastomozlar aracılığıyla ikizler arası kan transferi ile IUGR ikizdeki plasental yetersizliğin etkilerinin kombinasyonuna bağlıdır.

**Olgu 1:** İlk olgu, spontane monokoryonik ikiz gebeliği olan 30 yaşındaki bir kadındır. IUGR'li ikizin umbilikal Doppler incelemesinde persistan diastolik akış eksikliği ile 22. haftada tip 2 selektif intrauterin büyüme geriliği tanısı koyulmuştur. Gelişim, Doppler dalga formlarının bozulması ve 29. haftada tersine dönmüş bir uç diastolik akışın görünmesiyle işaretlenmiştir. Ardından, kesintiye uğrayan büyüme ve Duktus venozusta bir tersine atriyal akışın görünmesi nedeniyle 32. haftada sezaryen doğum gerçekleştirilmiştir. IUGR'li ikiz ve daha büyük diğer ikiz için doğum ağırlıkları, sırasıyla 1200 gram ve 1800 gramdı. İkincisi, 5 gün sonra akciğer zarı hastalığı nedeniyle kaybedilmiştir.

**Olgu 2:** İkinci olgu, 26. haftada tip 2 sIUGR tanısı alan spontane monokoryonik diamnionik bir ikiz gebeliğidir. Takip düzenliydi ve fetal büyüme çalışması ile Doppler dalga formlarını temel almaktaydı. Gelişim, sIUGR'li ikizin umbilikal Doppler incelemesinde persistan diastolik akış eksikliği ile işaretlenmiştir. Doğumun 34. haftada gerçekleştirilmesi planlandı. Doğum ağırlıkları 1300 gram ve 1700 gram olarak ölçüldü. 6 aylık olduklarında, pediyatrik muayenede her iki ikiz içinde hiçbir beyin hasarı ortaya çıkmadı.

**Sonuç:** sIUGR, monokoryonik gebelik ile ilişkili genel bir durumdur. Her iki ikiz için de önemli derecede intrauterin fetal ölüm ya da nörolojik advers sonuç riski ihtimaliyle birlikte giderek artan biçimde önemli bir monokoryonik ikiz komplikasyonu oldu düşünülmektedir. Fetoskopik tekniklerin gelişimiyle birlikte başarılı sonografik değerlendirmelerin ortaya çıkışı, farklı Doppler modellerinin ve monokoryonik

plasenta anatomisinin daha iyi anlaşılması, bu durumun bilimsel anlamda daha derinlemesine anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** İntrauterin büyüme geriliği, monokorionik, ikiz, Doppler dalga formları.

## SB-09

### Dört yıllık sürede rutin ilk üç ay taraması sonrası yapılan tanısal girişimler ve sonuçları

Rahime Nida Ergin Bayık<sup>1</sup>, Murat Yayla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>International Hospital, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Bu çalışmada gebeliğin ilk üç ayında kombine test yapılan gebelerde risk sonuçlarının dağılımının gösterilmesi, tarama sonrası yapılan diğer işlem ve girişimler ile tanısal test uygulanan hastaların genel demografik ve klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 2008-2011 yılları arasında ilk üç ay gebelik taramasına ait kombine test verileri retrospektif-kesitsel olarak değerlendirildi. NT ölçümü sonrasında aynı gün içinde kombine testi tamamlamak amacı ile ikili test yapıldı. Taramaların sonucunda yapılan kordosentez ve amniyosentez sayı, neden ve karyotip sonuçlarının dağılımları ile girişim yapılan gruba ait perinatal prognoz doğum sonrası tekrar araştırıldı ve amniyosentez ile kordosentez grupları karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Toplam 1109 gebe değerlendirmeye alındı. Takip edilen gebelerin ortalama anne yaşı 31,07±3,73 yıl olup birinci trimester ortalama biyokimyasal ölçümleri serbest β-hCG: 1.26±0.94 MoM ve PAPP-A 1.16±0.65 MoM idi. Birinci trimesterde NT ölçümü ortalama 1.60±0.67 mm olarak bulundu. Kombine test sonucu eşik değeri 1/250 olarak alındığında olguların %3.15'inde (35/1109) tarama testi sonucu (+) olarak belirlendi. İlk üç ay bilgilendirmesi ve sonunda ayrıca 22 olgu ve ikinci üç aydaki taramalar da dikkate alındığında ilave 19 olguya daha tanısal girişim yapıldığı gözlemlendi (Toplamda %6.4). Girişim yapılan hastaların %7.4'ünde karyotip analizinde anomali veya aberasyon saptandı. Bunların dağılımına bakıldığında 3 trisomi 21, 2 trisomi 18, 2 mozaik XXY, 1 inversiyon inv9(p11q12) ve 1 triploidi belirlendi. Karyotip anomalilerinin kombine test sonucu (+) olan grupta daha fazla sıklıkta görüldüğü, anne yaşı, anksiyete, 2. trimester biyokimya veya sonografik tarama sonucu (+) olan gruplarda ise daha az sıklıkta olduğu belirlendi. Tanısal girişimlerin sonunda toplamda %13'lere ulaşan kromozom anomalisi veya aberasyon ile %10'lara ulaşan sonlandırma gereksinimi ile karşılaşılmıştır. Anne veya hekim anksiyetesinden kaynaklanan girişimlerin hiçbirinde sonlandırma gerektiren bir anomaliye rastlanmamıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızdaki gebelik takiplerinde ilk üç ay taramasında kombine teste yanlış pozitiflik oranı %3.1 olmasına rağmen toplam girişim oranı iki katından fazladır (%6.4). Bazı gebelerde özellikle eski bir alışkanlık olan yaş sınırından kaynaklanan anksiyeteye bağlı girişim isteği tanısal işlem sayısını arttırmaktadır. Buna, takipleri yapan hekimlerin sadece ense kalınlığını veya ikili test sonucunu dikkate almaları da eklendiğinde girişim sayısının arttığı gözlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Birinci trimester tarama, amniyosentez, kordosentez.

## SB-10

### Mezoovaryumda nadir bir ektopik gebelik olgusu

Alev Atis, Özge Deniz Gunduz, Arzu Kublay, Tolga Karacan, Ali Gedikbasi

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği, İstanbul

**Amaç:** İntraligamenter gebelik nadir bir ektopik gebelik çeşididir. Sıklığı 1/300'dir.

**Olgu:** 34 yaşında, G3P3, Sat göre 8 haftalık gebe karın ağrısı ve kanama nedeniyle başvurdu. Usg de batında serbest sıvı ve 3x4 cm lik adneksiyel kitle ile uyumlu görüntü saptandı. Takip için hastaneye yatırılan hastanın takipte hematokrit seviyelerinin düşmesi üzerine yapılan laparotomide sol mezoovaryumda kanamalı 3x4 cm'lik rüptüre alan tespit edildi. Rüptüre alanın rezeke edilip kanamanın durdurulmasından sonra takipte β-hCG değerleri düştü, patoloji ektopik gebelik ile uyumlu saptandı.

**Sonuç:** İntraligamenter gebelik, primer abdominal gebeliğin bir çeşididir ve nadir bir ektopik formudur. Tanısı zor olup genellikle operasyonda konur gecikilirse hayatı tehdit edebilir. Preop tanı için klinik, sonografi gibi yöntemlerin kombine edilmesi tanıya yardımcı olabilir

**Anahtar sözcükler:** Ektopik, intraligamenter gebelik.

## SB-11

### Örnekleme sonrası 14 güne kadar spontane preterm doğumda (SPTD) sonografik servikal uzunluğu ve biyokimyasal belirteçler

Marija Hadzi Lega<sup>1</sup>, Ana Daneva Markova<sup>1</sup>, Milan Stefanovic<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Üniversite Kliniği, Üsküp, Makedonya; <sup>2</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Üniversite Kliniği, Niş, Sırbistan

**Amaç:** Bu çalışmada, örnek alımı sonrası 14 güne kadar spontane preterm doğum (SPTD) ile sonografik servikal

uzunluk, fetal fibronektin (fFN), phIGFBP-1 (Actim partus test) ve sitokinler (IL-6, IL-2R ve TNF-alfa) arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Preterm doğumu düşündüren semptom ya da şikâyetlerle Eylül 2013 ile Mart 2014 tarihi arasındaki 6 aylık dönemde başvuran hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara, fetal fibronektin, phIGFBP-1 (Actim partus testi) ve servikovajinal IL6, IL2R ve TNF-alfa için vajinal sürüntü alınmasının yanı sıra rutin hastane protokolü uygulanmıştır. Sonuç değişkeni, hastaneye başvuru gününden itibaren 14 gün içinde preterm doğumun gerçekleşmesi idi.

**Bulgular:** Başvurudan sonraki 14 gün içinde 36 hasta (%62.07) doğum yaptı. Fetal fibronektin testi, preterm doğumun önemli bir belirteçidir. Fetal fibronektin testi pozitif çıkan hastalarda preterm doğuma yönelik risk oranı 6.429 olarak bulunmuştur (95%CI 1.991-20.758). Başvurudan itibaren 14 gün içinde doğum yapan hastaların ayrıca, istatistiksel olarak pozitif phIGFBP-1 testi sonucuna sahip olma ihtimali bulunmaktaydı (p=0.02). Başvurudan itibaren hamileliği devam eden olgulardan biri hariç tümü, 500 U/mL'nin altında IL-2R serum seviyesine sahipti ve iki grubun konsantrasyonları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.044). Çalışma grubumuzda hastaneye başvurudan sonraki 14 gün içinde doğum yapan hastalarda ortalama servikal uzunluk 18.78±5.8 mm olarak ölçülmüş olup, 14 gün sonrasında da hamileliği devam eden hastaların ortalama servikal uzunluğundan (23.87±6.36 mm) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bulgularımız, servikal uzunluğun anlamlı derecede CVF'deki IL-6 konsantrasyonuyla ilişkili olduğunu (Spearman katsayısı R = -0.382, p<0.05) göstermiştir; örneğin iki parametre arasında negatif bir dolaylı korelasyon bulunmaktadır ve bu da, CVF'deki artmış IL-6 konsantrasyonlarının serviks kısılması anlamına gelmesi (ya da tam tersi) demektir. Servikal uzunluk ayrıca pozitif phIGFBP-1 testi ile ilişkiliydi; örneğin pozitif test sonucuna sahip hastalar ortalama 18.5±4.63 mm serviks uzunluğuna sahipti ve 23.43±7.39 mm ile negatif test sonucuna sahip hastalardan anlamlı derecede düşüktü (p=0.003).

**Sonuç:** Çalışmamızda araştırdığımız biyokimyasal belirteçler ile, preterm doğumun tahmininde sadece kısmi başarı elde edilmiştir. Düşük riskli grupta müteakip gereksiz müda-

haleleri önlemek ve yüksek riskli hasta gruplarında bu tür müdahalelerden fayda sağlamak amacıyla, bu tür bir testi kullanmanın fayda-maliyet değerlendirmesi bakımından ek araştırmalar gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Preterm doğum, servikal uzunluk, prediktif değer.

## SB-12

### Fetal baş angajmanı tanısı için doğumhanede ultrason kullanımı

*Kaouther Dimassi, Sana Mtimet, Anis Dhoubia, Anissa Ben Amor, Cyrine Belghith, Amel Triki, Mohamed Faouzi Gara Mongi Slim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, La Marsa, Tunus*

**Amaç:** Altın standart kabul edilmesine rağmen fetal baş angajmanının dijital muayene yoluyla değerlendirilmesi, oldukça subjektif bir yöntemdir. Ultrason, objektif ve uyarlanabilir ölçümlerle fetal baş angajmanının tanımlanmasına yönelik yeni bir yöntem olabilir.

**Yöntem:** Yüz vakalık bir seride prospektif bir çalışma gerçekleştirilerek, fetal angajmanın klinik değerlendirmesini ultrason ölçümleriyle karşılaştırdık. Ultrason muayenesi doğumhanede gerçekleştirildi. Prob anovulvar bölgeye yerleştirildi. Perineum ile fetal kafa kemiğinin eksternal levhası arasındaki mesafe ölçüldü.

**Bulgular:** Ultrason ölçümleriyle, perineum ile fetal kafa kemiğinin eksternal levhası arasındaki mesafe 13 ila 75 mm arasında bulundu; perineum ile suksadenum çıkıntısı arasındaki mesafe 22 ila 68 mm arasında bulundu. Perineum ve fetal kafa kemiğinin eksternal levhası arasındaki mesafe için angajman tanısının belirttiği değer üzerinde bir eşik değer elde etmeye çalıştık. %98.63 pozitif prediktif değere, %86.74 hassasiyetle ve %94.11 spesifite ile önerilen eşik değer 55 mm'dir.

**Sonuç:** Transperineal ultrason, perineum ve fetal baş arasındaki mesafeyi ölçerek fetal baş angajmanını tanımlada basit ve kolay bir yöntemdir. Bu yeni yöntem, örneğin suksadenum çıkıntısı ile klinik muayenenin sonuçsuz bir şekilde engellenmesi durumunda doğumhanede oldukça faydalı olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Ultrason, angajman, doğum.

## Poster Bildiri Özetleri

(PB-01 — PB-114)

### PB-001

#### İlk trimesterde fetal ön duvar defektinin üç boyutlu Doppler ultrasonografi ile görüntülenmesi

Mekin Sezik

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

**Amaç:** Geç birinci trimesterde patolojik omfalosel ve gastroşizis ayrımı önem taşımaktadır. Omfalosel saptandığında kromozom ve kalp anomalileri açısından dikkatli araştırma gerekirken, gastroşizise ciddi ek anomaliler nadiren eşlik etmektedir. Bu iki durumun erken dönemde ayrılmasında renkli Doppler destekli üç boyutlu görüntüleme tekniklerinden yararlandığımız olguyu burada sunuyoruz.

**Olgu:** G1P0, 20 yaşındaki kadın gebeliğin 13üncü haftasında değerlendirildi. Fetüste ön duvar defekti mevcuttu. Üç boyutlu Doppler ultrasonografide, umbilikal kordonun lateral seyri ve insersiyonu ile açığındaki bağırsak segmentleri net olarak görülmekteydi. Tomografik ultrasonografik görüntüleme (TUI) gastroşizis tanısının kesinleştirilmesine yardımcı oldu.

**Sonuç:** Geç birinci trimesterde, omfalosel-gastroşizis ayrımında TUI gibi üç boyutlu Doppler ultrasonografik yöntemlerin kullanımı yararlı olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Üç boyutlu ultrasonografi, gastroşizis, omfalosel.

### PB-002

#### Fetal cinsiyetin üç boyutlu ultrasonografi ile ölçülen plasental volüm üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Burcu Artunç Ülkümen, Halil Gürsoy Pala, Yıldız Uyar, Faik Mümtaz Koyuncu, Yeşim Baytur

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa*

**Amaç:** Çalışmanın amacı, üç boyutlu ultrasonografi tarafından ölçülen plasental volüm ve plasental ortalama gri değerinde fetal cinsiyetin etkisini değerlendirmek.

**Yöntem:** Bu prospektif olgu-kontrol çalışması; 29 erkek ve 31 kız olmak üzere gebelik yaşı, anne yaşı ve parite olarak eş-

leştirilmiş 60 sağlıklı tekil gebeyi içermektedir. Plasental volüm ve plasental ortalama gri değerleri değerlendirilmiştir. Umbilikal arter ve fetal orta serebral arter Doppler parametreleri hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Plasental volüm erkeklerde ve kızlarda sırasıyla  $296.93 \pm 108.08$  ve  $399.12 \pm 135.08$  cm<sup>3</sup> olarak tespit edildi ( $p=0.012$ ). Plasentanın ortalama gri değeri erkeklerde ve kızlarda sırasıyla  $39.68 \pm 7.83$  ve  $39.27 \pm 7.22$  ( $p=0.863$ ) olarak tespit edildi. Umbilikal arter pulsatilite indeksi erkeklerde ve kızlarda sırasıyla  $1.03 \pm 0.21$  ve  $1.00 \pm 0.24$  ( $p=0.761$ ) olarak bulundu. Orta serebral arter pulsatilite indeksi erkeklerde ve kızlarda sırasıyla  $1.84 \pm 0.85$  ve  $2.16 \pm 0.67$  olarak tespit edildi. Korelasyon analizinde, plasental volüm doğumdaki fetal ağırlık ile korele değildi ( $r=0.224$ ,  $p=0.164$ ). Plasental volüm ve umbilikal arter pulsatilite indeksi arasında anlamlı negatif korelasyon tespit edildi ( $r=-0.401$ ,  $p=0.006$ ).

**Sonuç:** Kız fetuslarda saptanan geniş plasenta volumü, kız fetusun olumsuz maternal çevre koşulları ile daha iyi başa çıkmasını sağlayabilir.

**Anahtar sözcükler:** Plasental volüm, üç boyutlu ultrasonografi, cinsiyet bağımlı değişiklik.

### PB-003

#### Komplike vajinal doğum ve sezaryen sonrası maternal sonuçların karşılaştırılması

Elif Ağaçayak<sup>1</sup>, Serdar Başaranoglu<sup>2</sup>, Senem Yaman Tunç<sup>1</sup>, Mehmet Sait İcen<sup>1</sup>, Fatih Mehmet Fındık<sup>1</sup>, Sibel Sak<sup>3</sup>, Talip Gül<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır; <sup>2</sup>İdil Devlet Hastanesi, Şırnak; <sup>3</sup>Sedef Tıp Merkezi, Diyarbakır*

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı normal vajinal doğum ve sezaryen sonrası ilk 24 saat içinde gelişen maternal komplikasyonların genel özelliklerini, laboratuvar verilerini karşılaştırmaktır. Bu şekilde, biz bu hastalarda doğum sonrası maternal komplikasyonların sonuçlarını tespit etmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Vajinal doğum ve sezaryen sonrası ilk 24 saat içinde bizim üçüncü basamak sağlık merkezine çeşitli komplikasyonların varlığı nedeniyle çevre hastanelerden sevk edilen hastaların verileri 2009 dan 2013'e geriye dönük olarak tarandı, klinik ve demografik özellikler, fizik muayene, laboratuvar



parametreleri (tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, elektrolit düzeyleri ve pıhtılaşma parametreleri), sezaryen endikasyonları, mortalite ve morbidite oranları, kan transfüzyonu ihtiyacı, annedeki sistemik hastalıklar, hastanemizde ve sevk edildiği hastanede yapılan cerrahi ve tıbbi tedaviler kaydedildi.

**Bulgular:** 330 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 45'i postpartum (vajinal doğum) grubu oluşturmakta, 285'i postoperatif (sezeryan) oluşturmaktadır. Gravida, parite, yaş, vital bulgular, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, hemogloblin düzeyleri, beyaz kan hücreleri sayımı ve canlı doğum sonuçları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Buna ek olarak, maternal morbidite ve mortalite oranlarında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İki grubun hemogloblin ve INR değerlerinde hastanemizde anlamlı farklılık olmamasına rağmen doğum sonrası taze kan transfüzyonu postoperatif grupta anlamlı olarak daha yüksekti (p:0.003). Postoperatif grupta, histerektomi 18 hastada (%6.3) uygulandı ve hipogastrik arter ligasyonu 16 hastada (%5.6) uygulandı. Postpartum grubunda, "histerektomi + hipogastrik arter ligasyonu" 1 (%2.2) hastada ve "hipogastrik arter ligasyonu" 4 hastada (%8.8) uygulandı (p:0.001). Relaparotomi postoperatif grupta anlamlı olarak daha yüksekti (p:0.007).

**Sonuç:** Sezaryen ve vajinal doğumun erken dönem komplikasyonları karşılaştırıldığında, grupların birbirlerine herhangi bir avantajı olmadan, benzer maternal morbidite ve mortalite oranları olduğu saptanmıştır. Bu düşünceyle, doğum şekli sezaryen endikasyonlarına ve hastaların genel sağlık durumuna göre seçilmelidir. Ancak, aynı zamanda bu çalışmada histerektomi ve relaparotomi gerekliliği postoperatif hastalarda istenmeyen bir durum olarak ortaya çıktığını belirtmek gerekir. Bu nedenle, maternal ve neonatal morbidite ve mortalite oranları üzerine doğum şeklinin kısa vadeli ve uzun vadeli etkilerini belirlemek için büyük çalışmalar gereklidir.

**Anahtar sözcükler:** Sezaryen, vajinal doğum, maternal komplikasyonlar.

## PB-004

### Gebelikte silahla yaralanma durumunda ultrason

Kazım Emre Karasahin, Ibrahim Alanbay, Ugur Keskin, Mustafa Ulubay, Ulas Fidan, Murat Dede, Mufit Cemal Yenen

*Gülbane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara*

**Amaç:** Çalışmamızda, hamilelikte ateşli silahlarla yaralanma durumunda tanılayıcı ultrason ve diğer radyolojik yöntemleri kullanma konusunu değerlendirdik. Askeri çatışmalar ve terörizm, içinde bulunduğumuz dönemde yükseliştir.

Sivillerin ve ayrıca hamilelerin de dâhil olabildiği toplu yaralanma durumlarıyla bugünlerde daha sık karşılaşılmaktadır, bu nedenle askeri silahlarla yaralanmalar, ateşli silahlarla kadına karşı şiddetteki artışla birlikte günlük hayatta artma eğilimindedir.

**Yöntem:** Konu üzerine literatür, Clinical Keys® ve PubMed® kullanılarak araştırılmıştır. Hamilelik esnasında ateşli silahlarla yaralanmanın değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir. Yaralanmanın kapsamı ve fetusun görmüş olabileceği zarar iyi değerlendirilmeli ve belgelenmelidir. Mermi, balistik inceleme için tanımlanmalı, yeri tespit edilmeli ve çıkarılmalıdır.

**Bulgular:** Konu üzerine literatürde sınırlı veri bulunmaktadır. Ancak bazı kılavuzlar oluşturulmaktadır. Travmalı gebe hastada ultrason, herhangi bir acil serviste kolaylıkla bulunabilir ve bu sayede önemli bilgiler edinilebilir.

**Sonuç:** Her ne kadar ultrason obstetrisyenler için birincil tanı aracı olsa da, bilgisayarlı tomografi veya düz röntgen dâhil ek radyolojik incelemeler tanıya yardımcı olabilir ve gerektiğinde, özellikle abdomen bölgesine yüksek hızla giren mermi yaralanmaları dâhil yaşamı tehdit eden durumlarda, tereddütsüz yapılması istenmelidir. Kılavuzda belirtildiği üzere: "Yüksek doz iyonize radyasyon maruziyetinin muhtemel etkileri, tıbbi olarak endike maternal tanılayıcı röntgen prosedürlerinin yapılmasını alkoymamalıdır. Gebelik esnasında, iyonize radyasyonla ilişkili olmayan diğer görüntüleme prosedürleri, mümkün olan durumlarda röntgen yerine düşünülmelidir." Fetüsün yaşayabilirliği de ayrıca fetal biyometrisi kullanılarak değerlendirilmeli ve belgelenmelidir ve hem fetüsün hem de plasentanın muhtemel vasküler yaralanmaları, renkli Doppler kullanılarak değerlendirilmelidir. Elbette anne ve fetüs stabilken, uterine penetre olmuş yaralanmadan şüphelenildiğinde herhangi bir yaralanmaya karşı fetüsün yüzey taramasını gerçekleştirmek üzere 3D/4D ultrasondan da faydalanılabilir. Ultrasonun plasental abrupsiyonu tespit etmek için güvenilir olmadığı fakat plasenta previaı ekarte etmede ve kritik kanamayı ortaya koymada yardımcı olabileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, ateşli silah, yaralanma.

## PB-005

### Fetüsün ellerinde anomaliler:

#### Ultrason tanısının önemi

Stevan Milosevic, Mirjana Bogavac, Mileva Orelj Popic, Ljiljana Mladenovic Segedi, Sladjana Koledin

*Novi Sad Üniversitesi Tıp Fakültesi, Vojvodina Klinik Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Novi Sad, Sırbistan*

**Giriş:** Skeletal sistem anomalilerinin insidansı 30-35/100.000 doğumdur. Sonografi sayesinde çok sayıda skeletal anomalisinin antenatal tanısı mümkündür. Dikkatli muayene sayesinde

de el ve ayak parmaklarının yanı sıra el ve ayağın sayısında, biçiminde ve hareketindeki bozuklukları fark etmek mümkündür. Prenatal tanı, ultrason muayenelerini ve prenatal invazif tanı yöntemlerini içerir. El anomalileri, triploidi ve 13, 18 ve 21 kromozom trizomileri ilişkili olabilir.

**Amaç:** Çalışmamızda, sağ elin fetal malformasyonu-anormal gelişimi prenatal olarak tanı almış bir olguyu ve bir gebeliğin sonlandırılma kararında ultrason bulgusunun önemini sunduk.

**Yöntem:** Gebeliğinin 21. haftasında olan, kürtajın indüklenmesiyle anında durdurulan, fetal anomaliye yönelik ultrason tanısının konduğu (fetal el malformasyonu) hasta sunuldu.

**Olgu:** Ultrason muayenesi (3 boyutlu) esnasında 21. haftalık hamile olan 25 yaşındaki hastada, sağ elin anormal şekilde geliştiği, başparmağında iki falanks olduğu, işaret parmağının olmadığı ve orta parmağın üst falanksında sadece bir parçanın olduğu ve küçük ve yüzük parmaklarında iki falanks olduğu tespit edildi. Ultrason muayeneleri esnasında bilek hareketleri normaldi. Fetüsün kalan morfolojisi normaldi. Hastanın medikal geçmişinden, sadece gebeliğin ilk trimesterinde hiperemezi semptomları yaşadığı öğrenildi. Bilgilendirilmiş onamın imzalanmasından sonra ultrason eşliğinde amniosentez gerçekleştirildi ve sitogenetik teste gönderilmek üzere 20 ml berrak amniyotik sıvı alındı. Amniyotik sıvı hücrelerinin analizinde, normal dişi karyotip 46,XX görüldü. Analiz, 16 metafazda iki flask ile gerçekleştirildi. Medikal kayıtlar ve ultrason bulguları incelendikten sonra, Novi Sad Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Etik Komitesi, gebeliğin sonlandırılması kararını aldı. Hasta, XXX için Vojvodina Klinik Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine yatırıldı (olgu geçmişinde kayıt numarası 3169/2014). Gebelik, 2 prepilid jel kullanılarak ve Prostin 15M uygulayarak kürtaj indüksiyonu ile tamamlandı. Fetüs çıkarıldı ve uterusun instrumental revizyonu gerçekleştirildi Antibiyotik tedavisi ve uterotonik terapisi uygulandı. Otopside, söz konusu anomalilerin ultrason tanısı doğrulandı. İndüklenmiş kürtaj sonrası hastanın takibinde gerçekleştirilen ultrason muayeneleri, normal uterin bulguları sergiledi.

**Sonuç:** Olgu sunumumuz, skeletal sistem anomalilerinin prenatal tanısında, sitogenetiklerin uygulanmasıyla dikkatli antenatal fetal testinde ve ilgili bozuklukların ve gebeliğin zamanında tamamlanmasında 3 boyutlu ultrasonun güvenilir bir yöntem olarak önemini göstermektedir. Günümüzde prenatal tanı, multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir ve böylece, sadece aile değil aynı zamanda toplum üzerinde de bir yük olan anomalili sahip çocukların ölümünü engeller.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal tanı, fetal skeletal sistem anomalileri, 3 boyutlu ultrason.

## PB-006

### Akut korionitis ile birlikte plasentomegali: Olgu sunumu

İlay Öztürk Gözükara<sup>1</sup>, Arif Güngören<sup>1</sup>, Kenan Dolapçoğlu<sup>1</sup>, Hasan Gökçe<sup>2</sup>, Raziye Keskin Kurt<sup>1</sup>, Oya Soylu Karapınar<sup>1</sup>, Ali Ulvi Hakverdi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay; <sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Hatay

**Amaç:** Plasentomegali plasentanın ortalamadan 2 standart deviasyon daha büyük olması olarak tanımlanır. Term gebelikte 40mm üzerinde olması gestasyonel diabetes, hidrops fetalis ve inrauterin enfeksiyon gibi patolojilerle ilişkili olabilir.

**Olgu:** 16 yaşında, Gravida 1 olan hasta 23 hafta plasentomegali nedeniyle bölümümüze refere edildi. Kan grubu ARh(+) olan hastanın yapılan ultrasonografik değerlendirmesinde 23 hafta ile uyumlu, canlı, tek, anatomik olarak normal fetus olduğu izlendi. Umblikal kordun giriş yerinden başlanarak uterusu dik olarak yapılan ölçümde plasentanın 6 cm ve homojen görünümde olduğu saptandı. Ayrıca uterusu tamamen kapladığı ve fetüsün intrauterin kavitede itildiği gözlemlendi. Hastanın klinik muayenesinde servikal açıklığın 3 cm, efasmanın %80 olduğu tesbit edildi. Takiplerinde aktif eylemi başlayan hastaya 530 gr erkek fetüs ex olarak doğurtuldu. Plasenta ve eklerinin patolojik incelemesinde akut korionitis ve fibrinoid nekroz saptandı.

**Sonuç:** Plasentomegali fetal hidrops, plasental hemoraji, eritroblastozis fetalis, sifiliz gibi intrauterine enfeksiyonlar, kromozomal anomaliler, molar gebelikler ve plasental koryoanjimomada görülebilir. Artmış plasental kalınlığın fetal anomali ve maternal mortalite ile ilişkili olduğu hatta düşük doğum ağırlıklı infant için prediktör olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Bu vakada akut korionitisle birlikte plasentomegali gelişmiştir. Ancak korionitis etiyojisi net olarak ortaya konulamamıştır.

**Anahtar sözcükler:** Plasentomegali, akut korionitis.

## PB-007

### Amniyotik band sendromuna bağlı tek taraflı üst ekstremitte amputasyonu: Olgu sunumu

Emre Ekmekçi, Seçil Kurtulmuş, Sefa Kelekçi

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Ünitesi, İzmir

Amniyotik band sendromu, amniyon zarının erken rüptürüne bağlı oluşan, geniş bir fetal anomali spektrumuna neden olan bir sendromdur. Sendrom basit dijital band konstrüksiyonu kaynaklı major kraniofasial, viseral defektler ve ölümle sonuçlanan anomalilere kadar geniş spektrumlu sonuçlara neden olmaktadır. Bu sendromda yaygın çeşitli malformasyonlar izlenmesine karşın ekstremiteler sıklıkla etkilenen kısımlardır. Prognoz anomalilerin şiddetine ve organ tutulumuna bağlıdır. 19 ya-

şında gravida 1 parite 0, son adet tarihine göre 16 haftalık gebe kliniğimize sağ üst ekstremitenin görüntülenmemesi nedeniyle dış merkezden refere edildi. Hastanın öyküsünde belirgin bir özellik saptanmadı. Son adet tarihine göre 16 haftalık gebeliği mevcut ve ultrasonografik ölçümleri gebelik haftası ile uyumlu idi. Geçirilmiş bir operasyon öyküsü yok ve ek sistemik bir hastalığı mevcut değildi. Akraba evliliği yok ve ilaç kullanım öyküsü mevcut değildi. Hasta birinci trimester tarama testi yaptırmamıştı. Birinci trimester 11-14 hafta taramasında nuchal kalınlık hakkında yeterli bir bilgi mevcut değildi. Yapılan anatomik taramada fetal sağ üst ekstremitede radius ve ulna distal 1/2'lik kısımdan itibaren izlenmedi. Sol üst ekstremitede ve her iki alt ekstremitede normal olarak değerlendirildi. Fetal ekokardiyografik inceleme normal olarak değerlendirildi. Anatomik taramada ek bir anomali saptanmadı. Hastaya karyotipleme önerildi ve amniyosentez ile prenatal tanı amaçlı amniyon mayi örneklemesi yapıldı. Karyotip sonucu beklenmeden hasta konseyde görüşülerek hastaya gebeliğin terminasyonu seçeneği sunuldu. Hastanın terminasyon istemi üzerine gebelik vajinal yoldan termine edildi. Abort materyalinin makroskobik görünümünde sağ radius ve ulna distal 1/2'sinden itibaren ampute şekilde gözlemlendi. Sağ önkolda amputasyon seviyesinde ultrasonografide seçilemeyen ince bir amniyotik zar katlantısının ön kolu sıkı bir şekilde sardığı ve diğer bir ucunun kraniumda sol parietal kemiğe yapışık olduğu ve kraniumda da yaklaşık 3-4 mm'lik bir defekte neden olduğu gözlemlendi. Bunun dışında makroskobik olarak gross bir anomali gözlenmedi. Fetal otopsi incelemesinde amniyotik band doğrulandı ve amniyotik band sendromuna bağlı gelişen sağ ön kol amputasyonu şeklinde tanı doğrulandı. Amniyotik band sendromunda major olarak üst ve alt ekstremitelere ait komplikasyonlar sık olarak gözlenmekle birlikte visseral anomalilere de neden olabilmektedir. Amniyotik bantlar ultrasonografide seçilmesi çok zor olan yapılar olmakla birlikte ekstremitelere ait anomalilerin saptanması durumunda daha dikkatli bir inceleme ile görüntülenebilmektedirler. Fakat bizim olgumuzda da olduğu gibi çok sıkı bir şekilde ekstremiteleri saran bir amniyotik band ultrasonografide görüntülenemeyebilir. Bizim olgumuzda da olduğu gibi ekstremitede amputasyonlarının yanında diğer kranial yapılarda ve visseral organlarda deformasyonlara gebelik yaşının ilerlemesiyle birlikte neden olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Amniyotik band sendromu, fetal amputasyon.

### PB-008

#### Beklenmedik bir izole fetal asit nedeni: Fetal over kist rüptürü

Emre Ekmekci, Seçil Kurtulmuş, Sefa Kelekçi

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Ünitesi, İzmir

Fetal asit, birçok faktöre bağlı olarak gelişebilen fetal hidropsun bir semptomu olarak tanımlanabilir. Fakat izole fetal asitin nedenleri net değildir. Bir çok fetal asit olgusu fetal hidropsa iler-

lemekle birlikte bazıları kendiliğinden gerileyebilmektedir. Kız yenidoğanlarda ovaryan kistler sık gözlenen abdominal kitlelerdir. Sıklıkla semptomatik değildir ve kendiliğinden kaybolurlar. Buna rağmen nadiren semptomatik olarak klinik önem arz edebilirler. 34 yaşında gravida 2, parite 0, abort 1 olan hasta gebeliğinin 32. haftasında fetal abdominal kistik kitle nedeniyle kliniğimize refere edildi. Gebeliğinin bu haftasına kadar belirgin bir özellik mevcut değildi. 32. hafta ultrasonografisinde fetal biyometrik ölçümler haftasıyla uyumlu ve amniyotik sıvı volumü normal idi. Ultrasonografide fetal sol batın alt kadranda 15 mm'lik dairesel düzgün kontürlü yapıda kistik oluşum gözlemledik. Kistik oluşum fetal böbrekler ve mesane ile ilişkili değildi. Doppler sonografide kistin içerisinde kanlanma saptanmadı. Fetusun kız olması ve genitouriner ve gastrointestinal ek anomali izlenmemesi nedeniyle ovaryan kökenli olarak düşünüldü. Hasta 2 hafta sonra kontrole çağırıldı. 34. hafta ultrasonografisinde fetal biyometrik ölçümler abdomen çevresi dışında gestasyonel hafta ile uyumlu saptandı ve amniyon mayi normal olarak değerlendirildi. AC %99 percentilde ölçüldü ve batın içi yaygın sıvı koleksiyonu gözlemlendi. Sol overdeki kistik oluşum 14 mm boyutlarında ve elipsoid şekilde regrese olarak izlendi. Barsaklar serbest sıvı içerisinde yüzüyor şekilde görüntüldü. Fetal toraks normaldi ve hidrotoraks izlenmedi. Subkutan ödem izlenmedi ve hasta primer fetal asit olarak tanımlandı. Buna rağmen fetal hidrops taraması yapıldı. Hemogram, HbA1c, VDRL, TORCH taraması, Parvovirus B-19 taraması, indirect coombs testi ve anticardiolipin IgM/ IgG bakıldı. Karyotipleme önerildi fakat hasta kabul etmedi. Tüm taramalar normal olarak sonuçlandı. Fetal ekokardiyografi normaldi. Hasta 36. haftada tekrar görüldü. Fetal ovaryan kist tamamen resorbe olmuş ve batın içi serbest mayi tamamen resorbe olmuş şekilde izlendi. Hasta gebeliğinin 40. haftasında sağlıklı 3400 gram ağırlığında bir bebek doğurdu. Fetal over kist rüptürü izole fetal asit olgularında etyolojik bir neden olarak akılda tutulmalıdır. Fetal overlerin ultrasonografide değerlendirilebilmesi güçtür ve sıklıkla diğer abdominal organlardan ayırt edilemezler. Fakat abdominal kistik bir kitle saptanması durumunda fetal over kisti akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Fetal asit, fetal over kist rüptürü.

### PB-009

#### Fetal lenfanjomaların prenatal tanısı ve gebelik sonuçları

Resul Arısoy<sup>1</sup>, Emre Erdogdu<sup>1</sup>, Pınar Kumru<sup>1</sup>, Oya Demirci<sup>1</sup>, Hatip Aydın<sup>2</sup>, Semih Tugrul<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Genetik Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Prenatal tanı almış lenfanjoma olgularının ultrason bulguları ve perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi

**Yöntem:** 2008-2013 yılları arasında prenatal tanı almış lenfanjioma olguları kliniğimizin ultrason datasında araştırıldı. Maternal, fetal ve perinatal veriler tanımlandı ve kayıt edildi.

**Bulgular:** 2008-2013 yıllarında lenfanjioma tanısı almış yedi olgu tespit edildi. Tüm olgular ikinci ve üçüncü trimesterde tanı almış olup; ortalama gebelik haftası 24±4 olarak saptandı. Tanı esnasında ortalama lenfanjioma çapı 58.4±22.5 mm olarak bulundu. Dört olguda (%57.1) lenfanjioma ensede lokalize olduğu; üç olguda (%42.9) diğer lokalizasyon alanlarında olduğu saptandı. Tüm olgularda karyotip analizi normal olarak saptandı. İki olguda gebelik termine edildi. Diğer kalan beş olgunun gebelik takibinde komplikasyon gözlenmedi ve distosi nedeni ile tüm olgular sezaryen ile doğum yapıldı.

**Sonuç:** İzole lenfanjioma olgularında kromozomal anomali riski çok düşüktür. Gebelik sonuçları ve prognoz genellikle iyi olup; lezyonun lokalizasyonuna bağlıdır.

**Anahtar sözcükler:** Kromozomal anomalileri, lenfanjioma, perinatal sonuç.

## PB-010

### Fetal intra-abdominal kist olgularının prenatal tanısı ve sonuçları

*Pınar Kumru, Resul Arısoy, Emre Erdogdu, Oya Demirci, Elif Tozkır, Sevcan Arzu Arıkan, Mesut Polat, Semih Tugrul Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Prenatal tanı almış lenfanjioma olgularının ultrason bulguları ve perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi

**Yöntem:** 2008-2013 yılları arasında Fetal abdominal kist tanısı almış olgular retrospektif olarak incelenmiştir. Renal sistem ve barsak obstruksiyonundan kaynaklı kistik görünümlü lezyonları olan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Maternal, fetal ve perinatal veriler tanımlandı ve kayıt edildi.

**Bulgular:** 18 fetal abdominal kist olgusu çalışmaya dahil edildi ve bu olgularında üçü (%16.7) erkek 15'ide (%83.3) kız fetus olarak saptandı. Prenatal tanı esnasında ortalama gebelik haftası 26.78±6.75 ve ortalama fetal abdominal kist çapı 39.81±20.47 mm olarak saptandı. 15 olgu canlı doğum ile sonuçlandı. Bir olgu multiple anomali nedeni ile termine edildi ve iki olguda intrauterin ölüm saptandı. Dört olguda fetal abdominal kistin intrauterin hayatta resorbe olduğu tespit edildi. Altı olguda (%40) cerrahi işlem gereksinimi oldu. Total mortalite %17.7 olarak saptandı (iki olgu intrauterin, bir olguda postoperatif).

**Sonuç:** Ultrasonografi fetal abdominal kistlerin orjinini saptamada yetersiz olup, fetal abdominal kistin görünümü, lokalizasyonu, fetal cinsiyet, kistin içinde peristaltizmin varlığı,

muskuler duvar varlığı ve ek anomalilerin varlığı prenatal tanı ve yönetimde önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Fetal abdominal kist, ultrason.

## PB-011

### 2. trimesterde saptanan servikal ektopik gebelik olgusunun sunumu

*Salih Burçin Kavak<sup>1</sup>, Ebru Kavak<sup>2</sup>, Özgür Arat<sup>1</sup>, Ekrem Sapmaz<sup>1</sup>, Raşit İlhan<sup>1</sup>, Selçuk Kaplan<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Fırat üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ; <sup>2</sup>Elazığ Özel Medikal Park Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Elazığ*

**Amaç:** Servikal ektopik gebelik insidansı 2.500 ile 10.000 gebelikte 1 arasındadır. Hayatı tehdit eden, en nadir görülen ektopik gebelik tiplerindedir. Servikal gebeliğin sonografik tanısı çeşitli zorluklar içerir. Tanıda endometriyal kavite ile gestasyonel kesesinin ilişkisi dikkatle değerlendirilmelidir. Nadir görülmesi ve önemli mortalite nedeni olmasından dolayı, 23. gebelik haftasında tanı alan bir servikal ektopik gebelik olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 29 yaşında, 2. gebeliği olan olgunun öyküsünde geçirilmiş bir sezaryen dışında, belirgin özelliği bulunmuyordu. Mevcut gebeliğinde dış merkezde düzenli kontrollerine giden olgu, kliniğimize 22W2D gebelik oligohidroamnios ve diastolik akım kaybı ön tanılarıyla gönderildi. Erken USG'lerine göre 22W2D gebeliği bulunan olgu, yapılan USG değerlendirmesinde fetus 19W ile uyumlu ölçülere sahipti. Oligohidroamnios+IUGR (AC:18W, FL:20W) ve diastolik akım kaybı tanılarıyla haftalık takibe alındı. Plasenta aşağı yerleşimli olup serviksle net ilişkisi ortaya konulamadı. Öyküsünde 1. Trimester kombine testi normal olan olgu, membran rüptürü tariflemiyordu, TORCH panelinde özellik yoktu. Vajinal değerlendirmeyi kabul etmeyen olgu kontrole çağrıldı. Bir hafta sonra kontrole gelen olgunun bakılan ultrasonografisinde, fetal kalp aktivitesi izlenmedi. Fetal karın çevresi 18 W 4D ile uyumluydu. 23w1D oligohidroamnios, IUMF, transvers geliş, Eski 1 C/S tanısı konuldu. USG'de Fundus postpartum görünümü andıracak şekilde ve boş olarak izlendi. Fetus istmik bölge hizasında izleniyordu. Servikal ektopik gebelikten şüphelenildi. Yatış verildi, preoperatif değerlendirmenin ardından laparotomiye alındı. Göbek altı ve üstü insizyonla batına girildi. Laparotomide, servikal ektopik gebelik tanısı doğrulandı. Oluşabilecek aşırı kanamayı önlemek için İnfrarenal Aort oklüzyonu uygulanmasına karar verildi. Kalp damar cerrahisi konsültan hekimi tarafından Aorta bifurkasyonu hizasından aort askıya alındı. Üroloji konsültan hekimi tarafından Sistoskopi eşliğinde her iki üretere, Double J kateter yerleştirildi. Ayrıca istmik bölgenin üzerinden pernöz ile turnike yapıldı. 1cc. heparin uygulandı ve 2 dk sonra aort kleplendi. Önce mesane diseksiyonu yapıldı. Uterus ön yüzde istmusun hemen altından, 3cm<sup>1</sup>-

lik transvers insizyon açılarak fetüs ve ekleri doğurtuldu. Fetüs 240 gr., 20 cm ve erkek idi. Plasenta ve ekleri temizlendi. İntraservikal, foley kondom yerleştirildi. 300cc SF ile şişirildi. Aort klempini açıldı. İşlem yaklaşık 25 dakika sürdü. Douglasa 1 adet foley dren yerleştirildi. Kanama kontrolü yapıldı. Olgu stabil bulgularla servisteki yatağına alındı.

**Sonuç:** Literatürde servikal ektopik gebelik tanısı genellikle 1. trimester olguları ile sınırlıdır. İleri gebelik haftalarında başvuran olgularda serviks, uterin fundus ve fetus lokalizasyonunun öncelikle değerlendirilmesi tanıma gecikmeleri önlemek için hayati öneme sahip gözükmektedir.

**Anahtar sözcükler:** 2. trimester, servikal ektopik gebelik.

## PB-012

### Edward sendromu: Olgu sunumu

Sevcan Arzu Arınkan, Resul Arısoy, Emre Erdoğan, Oya Demirci, Oya Pekin, Mesut Polat, Murat Muhcu

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

**Amaç:** Down sendromundan sonra ikinci sıklıkla görülen otozomal kromozomal hastalık olan Edward Sendromunda, olguların çoğu yaşamın ilk yılında ağır kardiyak patolojiler nedeniyle kaybedilmektedir. Biz de prenatal tanı almış Edward sendromu olgusunu sunmayı ve yönetimini tartışmayı amaçladık.

**Olgu:** Otuz beş yaşında gravida 2, parite 1 olan gebenin son adet tarihine göre 17 hafta 5 günlükken yapılan ultrason muayenesinde alobar holoprosensefali, probiosis, hipotelorizm, polidaktili ve orta hatta yarı damak dudak tespit edilmiştir. Karyotip analizi yapıp aile fetusun prognozu açısından bilgilendirilmiştir. Aileye gebeliğin terminasyonu seçeneği sunulup takibinde terminasyon yapılmıştır.

**Sonuç:** Holoprosensefali ile birlikte yüzün orta hat defektlerinin saptandığı olgularda, hastaya karyotip analizi ile birlikte terminasyon seçeneği sunulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Edward sendromu, trizomi 18, prenatal tanı.

## PB-013

### Prenatal tanı koyulan sağ aortik ark ve aberran sol subklavian arter anomalisi: Olgu sunumu

Şebnem Erol Türkylmaz<sup>1</sup>, Gürcan Türkylmaz<sup>2</sup>, Resul Arısoy<sup>1</sup>, Emre Erdoğan<sup>1</sup>, Oya Demirci<sup>1</sup>, Oya Pekin<sup>1</sup>, Pınar Kumru<sup>1</sup>, Murat Muhcu<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Beykoz Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Prenatal tanı almış sağ aortik ark ve aberran sol subklavian arter olgusunun sunulması ve tartışılması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 29 yaşında, gravida 2, parite 1 olan gebe 19. gestasyonel haftada yapılan üçlü tarama testinde Edward sendromu riski yüksekliği nedeniyle tarafımıza refere edildi. Yapılan 2. Düzey ultrasonografi ve fetal ekokardiyografide sağ aortik ark ve aberran sol subklavian arter anomalisi tespit edildi. Diğer sistemlerin incelenmesinde ek anomali saptanmadı. Yapılan kordosentez sonucunda karyotip analizi normal bulundu ve Di George sendromuna ait mikrodelesyon saptanmadı. Rutin gebelik takiplerine devam edildi ve 39. haftada spontan vajinal doğum ile 3240 gr sağlıklı erkek bebek doğurtuldu.

**Sonuç:** Prenatal sağ aortik ark ve aberran sol subklavian arter anomalisi tespit edilen hastalarda karyotip analizi yapılmalı ve diğer ilişkili sendromlar araştırılmalı, fetal ekokardiyografi ve diğer sistemlerin ayrıntılı incelemesi yapılmalıdır. İzole sağ aortik ark ve aberran sol subklavian arter anomalisi saptanan olgularda prognoz iyidir.

**Anahtar sözcükler:** Aberran sol subklavian artery, prenatal tanı, sağ aortik ark.

## PB-014

### İkiz gebelikte sirenomelia: Olgu sunumu

Selçuk Yazıcı<sup>1</sup>, Mine İslimye Taşkın<sup>2</sup>, Eda Üreyen<sup>3</sup>, Tanju Çelik<sup>4</sup>, Şenol Öztürk<sup>4</sup>, Betül Eser<sup>3</sup>, Ertan Adalı<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir; <sup>2</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Balıkesir; <sup>3</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Balıkesir; <sup>4</sup>Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

**Amaç:** Sirenomelia oldukça nadir görülen(1/600.000-1/1.000.000), kaudal regresyon sendromunun major formu olarak tanımlanan çeşitli malformasyonlarla karakterize konjenital bir anomalidir. Sirenomelia çoğunlukla ölümlü sonuçlanmaktadır. Bu olgu sunumunda ikiz gebelikte 2. trimesterde tanı konulan sirenomelia vakasını sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 32 yaşında hasta (G3P2), 31. gebelik haftasında ikiz gebelik ve fetal anomali tanısıyla polikliniğimize başvurdu. Hastanın ilaç kullanımı, alkol kullanımı yada aile öyküsü yoktu. Yapılan ultrasonografik muayenede 32w+5 günlük diamniotik, canlı ikiz gebelik saptandı. 2. fetusta oligohidramniyoz, tek umbilikal arter saptandı, alt ekstremiteler birbirine yapışık olarak izlendi. Fetal böbrekler ultrasonografik olarak ayırt edilemedi ve mesane izlenmedi. 37. gebelik haftasında elektif sezaryen doğum ile 1. bebek 3000 gr, 48 cm, erkek, apgar 1.dk 9, 5. dk 10. doğurtuldu 2. bebek 2000 gr, 38 cm, apgar 1.dk 6 5. dk 8 ile doğurtuldu. 2. bebekte fizik muayenede, alt

ekstremitelerinin birleşik olduğu, eksternal genitalyanın küçük bir tomurcuk dışında gelişmediği, anüsünün açık olmadığı, tek umbilikal arterinin olduğu saptandı. Bebek postpartum 6. saatte ex oldu. Bebeğin yapılan ultrasonografisinde pelvik yerleşimli multikistik displastik atnalı böbrek izlendi. Mesane gözlenmedi. Karyotip analizi normal 46XY idi.

**Sonuç:** Sirenomelia nadir görülen konjenital bir anomalidir. Sirenomelianın 2. trimesterde teşhisi renal ageneziye bağlı oligohidramnios nedeniyle zor olabilir. Bu yüzden 1. trimesterde amniyon sıvısı yeterli iken yada 2. trimesterin başında fetusun ultrasonografik olarak anatomik yapılarının değerlendirilmesiyle erken prenatal tanı konularak aileye danışmanlık verilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Sirenomelia, konjenital anomaliler, oligohidramnios.

## PB-015

### Anhidramnios ve/veya geçirilmiş sezaryenin medikal abortus süresine etkisi

Oya Soylu Karapınar, Arif Güngören, Kenan Dolapçoğlu, Raziye Keskin Kurt, Dilek Benk Şilfeler, Hanifi Şahin, Ali Ulvi Hakverdi

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay

**Amaç:** Bu çalışmada kliniğimize çeşitli tanılarla yatmış olup tıbbi tahliye gerektiren olgularda, anhidramnios ve/veya geçirilmiş sezaryen olguları ile normal amnion miktarına sahip olan ve/veya vajinal doğum yapmış gebelerde abort etme süresinde herhangi bir farklılık olup olmadığını tespit etmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmada kliniğimize 2010-2013 yılları arasında başvuran anhidramnioslu 32 gebe ve spina bifida, hidrosefali, ensefalosel, anensefali, hidrops fetalis, multiple anomali, kalp anomalisi (hipoplastik sol kalp), down sendromu, Beta talasemi, orak hücre anemisi, kistik higroma gibi çeşitli tanılarla başvurmuş olup amnion sıvı miktarı normal olan 67 hasta kayıtları retrospektif olarak incelendi. Her iki grupta yaş, gravida, gebelik haftası, önceki doğum şekli, medikal tedaviye başlama saati ve abort etme saati kaydedildi. Revizyon küretaj işlemi uygulanıp uygulanmadığı not edildi. Tedavi olarak sezaryen geçirilmiş olgulara 2x1 cytotec(Misoprostol-Prostaglandin E 1) vaginal ve oral, normal doğum yapmış olgularda ise 3x1 cytotec vaginal ve oral uygulandı.

**Bulgular:** İncelenen 99 gebenin yaş ortalaması 28.10±5.72 (15-47) olup gebelik haftası 17.94±3.40 (10-27) hafta saptandı. Hastalar anhidramniosu olan ve amnion maisi normal olup anomalisi mevcut olan kontrol grubundan oluşturuldu. 32 (%32.3) hastada anhidramnios, 67 (%67.7) hastada çeşitli

anomaliler mevcuttu. Hastaların doğum şekline bakıldığında 62 (%62.6) tanesi vajinal doğum yapmış, 28 (%28.3) tanesi sezaryen geçirilmiş, 9 (%9.1)'u primigraviddi. Hastalardan vajinal doğum yapmış ve primigravid olanlara 3x1 cytotec vaginal ve oral, sezaryen geçirilmiş olanlara ise 2x1 cytotec vaginal ve oral uygulanmıştı. Abort sonrası 78 (%78.8) hastaya revizyon küretaj gereksinimi oldu. Abort etme süreleri anhidramnios grubunda ortalama 71.93±47.51 saat, diğer kontrol grubunda ise 79.08±52.62 saat olarak hesaplandı. P değeri 0.516 olarak hesaplanıp her iki grupta abort etme süresi benzer bulundu. Önceki doğum şekli ile abort etme süresine istatistiksel değerlendirme yapıldığında vajinal doğum yapmış hastalarda ortalama 69.95±31.24 saat, sezaryen geçirilmiş hastalarda 87.07±74.38 saat, primigravidlerde ise 91.77±68.06 saat olarak hesaplandı. Gruplar arasında anlamlı fark görülmedi (p=0.220).

**Sonuç:** Tıbbi tahliye nedeni ile indüksiyon uyguladığımız hastalarda hastanın önceki doğum şekli (vajinal doğum veya sezaryen) veya primigravid olması, abort etme süresini etkilememiştir. Ayrıca anhidramnios varlığı abort etme süresini olumsuz etkilememiş olup normal amnion mayisine sahip hastalardaki süre ile benzerdir.

**Anahtar sözcükler:** Medikal abortus, anhidramnios, geçirilmiş sezaryen.

## PB-016

### Non-immün hidrops fetalis olgusu ve intrauterin transfüzyon: Olgu sunumu

Emre Ekmekçi<sup>1</sup>, Seçil Kurtulmuş<sup>1</sup>, Serpil Aydoğmuş<sup>2</sup>, Sefa Keleşçi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Hidrops fetalis, fetüsün vücut boşluklarında sıvı toplanması ve yaygın yumuşak doku ödemine yol açan ekstrasvasküler kompartımanda aşırı sıvı birikimidir. NİHF etiyolojisinde kromozom anomalileri, kardiyak yapısal malformasyonlar, aritmiler, fetal anemi ve TORCH enfeksiyonlarının sık görüldüğü mortalitesi yüksek bir tablodur. Gravida 2, parite 1 ve bir adet normal doğum öyküsü olan hasta kliniğimize ilk kez gebeliğinin 12.haftasında kombine test yaptırmak üzere başvurdu. Akriba evliliği yok ve kan grubu A Rh(+) idi. Kombine test sonucu 1/10.000 olarak sonuçlanan hastanın bir ay sonraki kontrolünde gebeliğin 17. haftasında yapılan ultrasonografisinde barsak hiperekojenitesi ve sol ventrikülde intrakardiyak ekojen fokus saptanması üzerine hastaya karyotipleme amacı ile amniyosentez yapıldı. TORCH taraması yapıldı ve negatif olarak sonuçlandı. Karyotip sonucu normal olarak gelen hastaya fetal ekokardiyografi yapıldı normal olarak

değerlendirildi. Hasta gebeliğinin 27. haftasında kliniğimizde tekrar görüldü. Barsak hiperkojenitesinin persiste ettiği ve ek olarak intraabdominal serbest sıvı birikimi gözlemlendi. Nukhal fold 8.3 mm olarak artmış ölçüldü. Umbilikal arterde enddiastolik ters akım saptandı. Scalp ödemli idi ve cilt kalınlığı 8 mm olarak ölçüldü. Fetal ekokardiyografide kardiyomegali izlendi. Triküspit septal kapakta 117cm/sn rejurjitasyon akımı izlendi. İndirek Coombs testi negatif olarak sonuçlandı. Parvovirus taraması negatif olarak raporlandı. Anatomik taramada ek bir anomali izlenmedi. Tetkiklerin sonuçlanması için geçen 5 günlük süre zarfında fetus hızlı bir şekilde hidropsa ilerledi ve batında yaygın asit gelişti, plevral efüzyon başladı ve cilt altı ödem gelişti. Hastaya 25 mg/gün dozundan digoksin başlandı. Fetal kalp atımının 188/dk olması ve MCA'da peak sistolik velositenin 53cm/sn (1.57 MoM) olarak ölçülmesi üzerine hastaya fetal anemi nedeniyle intrauterin transfüzyon planlandı. 250 cc 0 Rh negatif, ışınlanmış, lökosit filtre edilmiş, CMV negatif, %80 hematokritte eritrosit süspansiyonu hazırlandı. İşlem öncesi fetal hematokrit değeri 21 olarak sonuçlandı. Hasta için 180cc eritrosit süspansiyonu ile fetal intravasküler transfüzyon yapıldı. İşlem sonrası fetal hematokrit 54'e yükseldi, MCA'de peak sistolik velosite 0.82 MOM olarak ölçülüp belirgin olarak azaldığı gözlemlendi, fetal taşikardi geriledi. Hastaya 25 mg/gün digoksine devam edildi. İşlem sonrası ilk 20 saatte fetal kalp atımları normal seyreden hastanın 21. saatte bakılan fetal kalp atımı negatif olarak izlendi. Bunun üzerine gebelik vajinal yoldan termine edildi. Non immün hidropsta sıklıkla neden bilinmemektedir. Bu olgularda detaylı bir anatomik tarama ve fetal kardiyak incelemenin ardından fetal anemiye yönelik değerlendirme yapılmasında fayda vardır. Subgrup kan uyumsuzlukları ya da başka nedenlerle ortaya çıkan bir fetal anemi etyolojik neden olabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi her ne kadar tedavi verilse bile fetal hidrops geliştikten sonra prognoz kötü seyredebilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Hidrops fetalis, intrauterin transfüzyon.

### PB-017

#### Nadir bir spina occulta olgusu

Narjess Karmous, Kaouther Dimassi, Helmi Temessek, Thouraya Ammouss, Raouina Radhouani, Amel Triki, Mohamed Faouzi Gara

*Mongi Slim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, La Marsa, Tunus*

**Giriş:** Ayrık omurilik malformasyonu (AOM) olarak da adlandırılan diastematomiyeli, omurilikteki ayrıklıkla karakterize gizli spinal disrafizmin nadir bir biçimidir. Ultrasonografi ile prenatal tanı mümkündür ve fetal MRI (manyetik rezonans görüntüleme), diastematomiyelinin türünü tam olarak teşhis etmekte kullanılabilir. Bu anomali diğer disrafizimler-

den, vertebral cisimciklerin segmental anomalilerinden ya da visseral malformasyonlardan izole edilebilir ya da bunlarla ilişkilendirilebilir. İzole diastematomiyelide cilt sağlamdır ve prognoz mükemmeldir.

**Amaç:** Çalışmamızda, düşük bağlı spinal kordlu ve konus lipomlu AOM'a sahip ve kurumumuzda tanısı konulan bir olgunun yanı sıra bu sıra dışı duruma yönelik izole vakanın prognozunu belirlemek üzere literatür incelemesi sunmaktayız.

**Olgu:** 22 haftalık hamile bir olgunun rutin ultrasonunda, spinal fetus anomali tespit edilmiştir. Matür bir entegre posterior vertebra ve sağlam cilt yüzeyiyle birlikte, üçüncü lomber vertebranın karşısında bir intra spinal hiper ekojenite mevcuttu. Akustik gölge nedeniyle spinal kordu görmek zordu. Gebeliğin 33. haftasında manyetik rezonans görüntüleme gerçekleştirilmiş ve terminal AOM ile düşük bağlı spinal kord varlığı doğrulanmıştır. Miadında vajinal yolla doğum sonrasında çocuğun gelişimi normaldi. Manyetik rezonans görüntüleme 2 ay sonra gerçekleştirilmiş olup, şu prenatal tanıyı doğrulamıştır: Hiçbir serebral anomali yoktu, lomber diastematomiyeye bağlı düşük bağlı spinal kord içeren bir spinal disrafizm ve terminal konüsün spinal lipomu mevcuttu. Bu tip 2 AOM olgusunu iyi seyirli olarak sınıflandırdık.

**Sonuç:** Spinal kord anomalilerine yönelik prenatal bilgi, cerrahi tedavinin yanı sıra prenatal rehberlik bakımından da önemlidir. İster ultrasonla ister klinik ve laboratuvar kriterleri temelinde teşhis edilmiş olsunlar spinal anomalilerden şüphelenilen hastalarda, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) işlemi ile bu lezyonlar ultrasona kıyasla daha iyi ve daha az gözlemciler arası değişkenlikle görüntülendiğinden, fetal MRI ek yönetimden önce kullanılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Spina occulta, diastematomiyeli, konus lipomu.

### PB-018

#### Dev sakrokoksigeal teratomun prenatal tanısı

Onur Erol, Özgür Özdemir, Bekir Sıtkı İsenlik, Selahattin Kumru

*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya*

**Amaç:** Sakrokoksigeal teratoma, tüm fetal tümörlerin yarısından fazlasını oluşturur ve 4:1'lik kız-erkek oranıyla sadece 1/40.000 canlı doğumluk bir insidansı vardır. Başlangıç çizgisi embriyonik diskte mezodermal, ektodermal ve endodermal dokuları arasında farklılaşmadığında embriyonik gelişim esnasında oluşurlar. Neoplazm özellikleri, internal kalsifikasyonları, kanamayı, tümör nekrozunu ve kistik neoplazm dejenerasyonunu içerir. Kitle etkileri distosiye ve preterm doğuma yol açabilir. Yüksek derecede vasküler tümör, yüksek de-

bili kalp yetmezlikle ve sonunda fetal hidrops ile sonuçlanabilir. Ultrasonografideki gelişmeler, sakral bölgede oluşmaya başlayan karışık kitleler ya da kistik, solid formda var olduklarında ve perineum veya kalçadan çıkıntı yaptıklarında, sakrokoksigeal teratomun doğru şekilde erken tanısını mümkün kılmıştır. Ancak kistik sakrokoksigeal teratomalar, özellikle posterior kistik kitle şeklinde görüldüğünde, hatalı bir şekilde anterior sakral meningeomal olarak tanı alabilir.

**Yöntem:** Çalışmamızda, renkli Doppler ile birlikte iki boyutlu ultrasonografi sayesinde, gebeliğinin 18. haftasında tanısı konulmuş solid-kistik sakrokoksigeal teratoma olgusunu sunduk.

**Olgu:** Otuz dört yaşında gravida 2 para 1 hasta, rutin fetal muayene için gebeliğinin 18. haftasında kliniğimize başvurdu. Ultrasonik muayenede, predominant şekilde solid olan sakral bölgede hacimli bir kitle (89x59x67 mm) görüntülendi ve renkli Doppler'de internal akışı birkaç kistik bileşen mevcuttu. Başka hiçbir fetal anomaliye rastlanmadı. Hasta ve eşi, prognoz hakkında bilgilendirildi. Hasta fetal cerrahiye sevk edildi. Bu işlemden önce yeni bir ultrason muayenesinde fetal ölüm tespit edildi. Aile, gebeliğin sonlandırılmasını tercih etti. Postnatal makroskopik bulgular, prenatal tanıyı doğruladı.

**Sonuç:** Ultrasonografideki gelişmeler, sakrokoksigeal teratomaların doğru şekilde erken tanısını mümkün kılmıştır. Ultrason taramaları, tümör boyutunu, komşu yapılara olan genişlemesini, tümör vaskülaritesini ve kalp yetmezliği belirtisini takip etmede ve doğum zamanı ile şeklini belirlemede önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Fetal anomali, prenatal tanı, sakrokoksigeal.

## PB-019

### Dev koryoanjiyoma nedeniyle non-immün hidrops fetalis olgusu

Seçil Karaca Kurtulmuş<sup>1</sup>, Emre Ekmekci<sup>1</sup>, Serpil Aydoğmuş<sup>2</sup>, Alkım Yıldırım<sup>2</sup>, Sefa Keleşçi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Koryoanjiyoma, plasentaların yaklaşık %0.5 ila %1.0 kadarında görülür. Büyük ( $\geq 5$  cm) veya çoklu koryoanjiyomaların 1/3500 ila 1/16.000 doğumda gerçekleştiği bildirilmektedir. Çoğu küçük boyutludur ve genellikle klinik öneme sahip değildir. Ancak büyük koryoanjiyomalar ( $>5$  cm), sıklıkla polihidramniyoz, preterm gebelik, hidrops, fetal hemolitik anemi, fetal trombositopeni, kardiyomegali, intrauterin büyüme geriliği, plasental ayrılma ve preeklampsi ile ilişkilidir. Büyük hemaniyomalar, büyük olasılıkla arteriovenöz şant görevi görür-

ler ve komplikasyonlara neden olurlar. Yirmi dokuz yaşındaki G2P1 hasta, gebeliğinin 27. haftasında hidrops gelişmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın detaylı sonografik muayenesi yapıldı. Fetal biyometri, gestasyonel yaş ile uyumluydu. Sonografik muayenede, fetal abdomende aşırı sıvı birikimi, fetal toraks ve fetal subkütanöz doku, kardiyomegali, perikardiyal efüzyon ve hepatosplenomegali gözlemlendi. 93 mm x 100 mm boyutlarında sınırları belli olan ve plasentanın kalından farklı olan ekjenik kitlenin, plasenta yakınında fetal tarafta çıkıntı yaptığı belirlendi. Fetal kalbin ve diğer fetal organların anatomik sonogramı normaldi. Fetal aortta ve pulmoner arterde pik sistolik hız yüksekti ve hiperdinamik dolaşımı düşündürdü. Fetal MCA'da pik sistolik hız 72 cm/sn (2.04 MoM) idi ve fetal anemi düşündürdü. Dev koryoanjiyoma nedeniyle hidrops fetalis ve fetal anemi tanısı konuldu ve intrauterin fetal transfüzyon planlandı. Fetal transfüzyon kordosentez öncesinde fetal hematokrit %24 idi. 32 ml yayılan CMV negatif 0 Rh negatif eritrosit süspansiyonu transfer edildi. Transfüzyon sonrasında fetal hematokrit %33 olarak ölçüldü ve fetüs, kardiyotokogram ile görüntülendi. Transfüzyondan altı saat sonra tekrarlayan geç yavaşlamalar gerçekleşti ve gebelik C/S ile sonlandırıldı. 1100 gram kız bebek dünyaya getirildi. Birinci dakika Apgar skoru 5 ve beşinci dakika Apgar skoru 2'ydı. Agresif kardiyopulmoner resüsitasyona rağmen bebek doğumdan 1 saat sonra eks oldu. Bir pedikülle plasentanın fetal yüzeyine yapışık olan 90 mm x 100 mm boyutlarında lobuler bir kitle gözlemlendi. Koryoanjiyoma tanısı, patolojik muayeneyle konuldu. Tümörlerin çoğu asemptomatik ve küçük olduğundan, koryoanjiyoma genellikle gebe yönetimiyle tedavi edilir. Maternal veya fetal komplikasyonların müdahale gerektirdiği durumlarda çeşitli muhtemel tedaviler bulunmaktadır. Ancak bu vakaların çoğu kötü prognoza sahiptir. Muhtemel müdahaleler arasında seri fetal transfüzyonlar, tümörü besleyen damarların fetoskopik lazer koagülasyonu, saf alkolle kemokleroz ve endoskopik cerrahi devaskularizasyon yer almaktadır. Büyük tümör NHHF'li fetal hemodinamik değişikliklere neden olduğunda, büyük plasental koryoanjiyomalar nadirdir ve prognozu kötüdür. Genel prognoz, bir şekilde hidrops fetalis varlığına ve/veya gelişmesine bağlıdır.

**Anahtar sözcükler:** Koryoanjiyoma, fetal hidrops.

## PB-020

### Alobar holoprozensefali: Olgu sunumu

Seçil Karaca Kurtulmuş<sup>1</sup>, Emre Ekmekci<sup>1</sup>, Serpil Aydoğmuş<sup>2</sup>, Alkım Yıldırım<sup>2</sup>, Sefa Keleşçi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Alobar holoprozensefali (HPE), embriyonik dönemde her iki hemisfer ve ventriküllerin ayrılmamasına bağlı önbeyindeki



gelişimsel bir defekt sonucu oluşan nadir ve şiddetli bir konjenital beyin anomalisidir. Ayrışmanın şiddetine bağlı olarak holoprozensefali alobar, semilobar ya da lobar şeklinde sınıflandırılabilir. Alobar holoprozensefali en şiddetli formu olup, monoventriküler bir kavite oluşumu, talamusların füzyonu ve korpus callozum, falx serebri, optik yolların, olfaktor yapıların gelişmemesi ile sonuçlanır. Etiyolojisi multifaktöryeldir, kromozomal anormallikler ya da monogenik defektler %40-50'lik oran ile major nedenlerdir. Gravida 1, parite 0 30 haftalık gebe hasta kliniğimize lateral ventriküloomegali nedeniyle gebeliğinin 30. haftasında refere edildi. Hastanın öyküsünde her hangi bir risk faktörü mevcut değildi. Kombine tarama test sonucu normal idi. Ultrasonografisinde birleşik yapıda lateral ventriküller ve monoventriküler görünüm izlendi. Bilateral talamik füzyon izlendi. Vermian agenez saptandı. Inter orbital uzunluk 10,6mm olarak ölçüldü ve hipotelorizm saptandı. Üst dudakta orta hatta median yarık saptandı. Diğer sistemlerin değerlendirilmesi ve fetal kardiyak tarama normaldi. Kordosentez ile fetal karyotiplenme yapıldı ve karyotip normal olarak sonuçlandı. Hasta konseyimizde tartışıldı ve hastaya gebeliğinin gidişatı hakkında bilgi verildi. Hastaya gebeliğin terminasyonu bir seçenek olarak sunuldu ve hasta terminasyon seçeneğini kabul etti. Fetosid yapıldıktan sonra gebelik vajinal yoldan temrine edildi. Postpartum median yarık dudak ve hipotelorizm confirm edildi. Aile kabul etmediği için fetal otopsi yapılamadı. HPE'nin tanısı primer olarak monoventrikül yapısının, füzyone talamusların ve cavum septum pellusidinin izlenmemesi ile konulmaktadır. Çeşitli beyin anomalileri ve yüz anomalileri sıklıkla eşlik etmektedir. Bu olgumuzda biz monoventrikül yapısının varlığı, füzyone talamusların, vermian agenezi ve yarık dudak varlığı ile tanı alan bir alobar holoprozensefali olgusunu sunduk.

**Anahtar sözcükler:** Alobar holoprozensefali, yarık dudak, vermian agenezi.

## PB-021

### Prenatal tanı konulan fetal safra kesesi taşı:

#### Olgu sunumu

Süreyya Demir<sup>1</sup>, Bülent Demir<sup>1</sup>, Faruk Demir<sup>2</sup>, Selçuk Atalay<sup>1</sup>, Gülser Bingöl<sup>1</sup>, Barış Akcan<sup>2</sup>, Emel Ataoğlu<sup>3</sup>, Ahmet Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın; <sup>3</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Fetal safra kesesi taşı oldukça nadir görülür. Görülme sıklığı ortalama 1/2000'dir Obstetrik ultrasonografinin klinik pratikte kullanımının artması ile birlikte fetal safra kesesi taşı tanısı alan olgu sayısında artış olmuştur. Amacımız prenatal safra kesesi taşı tanısı alan olguyu sunmaktır.

**Olgu:** 20 yaşında, yabancı uyruklu, prenatal takibi olmayan, suları gelen sancılı gebe olarak kliniğimize başvurdu. Yapılan obstetrik USG'de; Ortalama 38 hafta, 1. gebeliği olan hastanın plasentası anteriorda, amnion mayisi yeterli, prezentasyon baş gelişti olarak tespit edildi. NST reaktif olarak değerlendirildi. AC transvers planda ölçümünde safra kesesi içinde hiperekejen bir adet taşla uyumlu görüntü izlendi. Hastaya spontan vajinal yolla 3230 g, 9/10 apgarlı bir kız bebek doğurtuldu. Postpartum 1. günde problemi olmayan anne ve bebek taburcu edildi. Anamnezinde etyolojik risk faktörleri saptanmayan olgu idiyo-patik fetal safra kesesi taşı olarak kabul edilip takibe alındı.

**Sonuç:** Fetal safra kesesi taşının etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber maternal ve fetal nedenler suçlanmaktadır. Maternal nedenler arasında ablasyo plenta, artmış östrojen seviyesi, narkotik kullanımı, diabetes mellitus, ilaç kullanımı (seftriakson, furosemid, prostoglanadin E2) yer almaktadır. Fetal nedenler ise Rh veya ABO uyumsuzluğu, konjenital anomaliler (kardiyovasküler, gastrointestinal, ürogenital), genetik anomaliler (Trizomi 21), gelişme geriliği, oligohidroamnios, hepatit, prenatal lökoid reaksiyon ve idiyo-patik nedenler olarak sıralanabilir. Fetal safra kesesi taşları genellikle benign bir durum olup sıklıkla doğumdan sonraki ilk aylarda veya en geç bir yıl içinde büyük çoğunluğu kendiliğinden kaybolmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal tanı, fetal safra taşı.

## PB-022

### Prenatal tanı konulan Fryns sendromu

Bülent Demir<sup>1</sup>, Süreyya Demir<sup>1</sup>, Faruk Demir<sup>2</sup>, Barış Akcan<sup>2</sup>, Selçuk Atalay<sup>1</sup>, Gülser Bingöl<sup>1</sup>, Emel Ataoğlu<sup>3</sup>, Ahmet Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın; <sup>3</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Fryns sendromu çok nadir görülen, otozomal resesif geçişli multipl konjenital anomaliler ile karakterize bir sendromdur. Yaklaşık olarak görülme sıklığı 10.000 doğumda 0.7'dir. Amacımız prenatal Fryns sendromu tanısı konulan olguyu sunmaktır. 25 yaşında, yabancı uyruklu olan hasta sularının gelmesi ve sancılarının başlaması nedeniyle kliniğimize başvurdu. İlk gebeliği olan hastanın antenatal takibinin düzenli olarak yapıldığı tespit edildi. Yapılan fetal ultrasonografik muayenede düşük kulak ve mikrognati mevcuttu. Abdominal çevre transvers kesitte incelenirken normal düzenli yapıda olmayıp ön duvarda çöküklük izlendi. AC'nin diğer ölçümlere göre ortalama 4 hafta küçük olduğu tespit edildi. Abdominal organların toraks kavitesine doğru geçiş gösterdiği diyafragma hernisi izlendi. Ekstremitelerinde sağ ayakta pes ekinovarus deformitesi, sol ayak başparmakta ileri derecede fleksiyon deformitesi mevcut-

tu. Ellerde parmaklar fleksiyonda kontrakte olarak izlendi. Hastanın sancılarının artmasından dolayı makat geliş nedeniyle sectio ya alındı. Sectio ile 1450 g, 41cm doğan bebek, doğar doğmaz entübe edildi. Postnatal 13. gününde olan bebek yenidoğan yoğun bakım ünitesinde entübe olarak takip ve tedaviye devam edilmektedir. Doğum sonrası yapılan muayenede prenatal tespit ettiğimiz bulgulara ek olarak, yüksek damak, hipertelorizm, inmemiş testis, mikropenis el parmaklarında kısalık ve tırnaklarında hipoplazi izlendi. Fryns sendromunun en önemli klasik bulgusu konjenital diyafragmatik herni, pulmoner hipoplazi, kraniofasial dismorfizm, yarık damak dudak, ekstremitte anomalileri, tırnak hipoplazisi ve çeşitli internal varyasyonlar ile karakterizedir. Genelde fatal seyreden bir sendromdur. Ayırıcı tanısında Pallister-Killian sendromu, trizomi 18, Cornelia de Lange sendromu ve izole diyafragmatik herni düşünülmelidir. Diyafragma hernisi veya ekstremitte anomalisi saptanan olguların ayırıcı tanısında, Fryns sendromu unutulmamalı ve eşlik edebilecek ek anomaliler taranmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal tanı, Fryns sendromu.

### PB-023

#### Amniotik band sendromu: Olgu sunumu

Süreyya Demir<sup>1</sup>, Bülent Demir<sup>1</sup>, Gülser Bingöl<sup>1</sup>, Merve Çalışkan<sup>1</sup>, Faruk Demir<sup>2</sup>, Mehmet Nafi Sakar<sup>3</sup>, Deniz Balsak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın; <sup>3</sup>Dişarbakır Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Dişarbakır

Amniotik band sendromu (ABS), amnion zarının erken rüptürü ile oluşan restriktif bantlar sonucu meydana gelen, tutulan organa bağlı olarak farklı bozukluklara yol açabilen bir sendromdur. Özellikle ekstremitelerde deformasyon, malformasyon, amputasyon ve kraniofasial anomaliler ile karakterizedir. Görülme sıklığı değişik serilerde 1/1234- 1/15.000 canlı doğumda bir değişmektedir. ABS'nun etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte birçok teori öne sürülmüştür. Etiyolojide enfeksiyon, iskemi, travma, amniosentez, uterin kan akımını azaltan vazokonstriktif madde kullanımı, gebeliğin ilk üç ayında antimitotik ilaç alımı ve bağ dokusu hastalıkları suçlanmaktadır.

Olgu; 20 yaşında ilk gebeliği olan hastanın birinci derecede akraba evliliği mevcuttu. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık veya ameliyat tarif etmeyen hasta sigara ve alkol kullanmıyor. Soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hariçte hidrosefali ön tanısı ile kliniğimize refere edilen hastanın yapılan fetal obstetrik USG muayenesinde ortalama 24 haftalık gebeliği mevcuttu. AFI normal, plasenta anteriorda, amnion zarının rüptüre ve serbest bir şekilde fetal dokularla direk temas halinde olduğu izlen-

di. Fetal baş muayenesinde hidrosefali, frontal ensefalosel ve yarık damak dudak tespit edildi. Her iki ayakta pes ekinovarus deformitesi mevcuttu. Hastaya gerekli bilgiler verildikten sonra gebeliğin devamına karar veren hasta tersiyer bir merkeze yönlendirildi. Hastanın hariçteki takibinde miada yakın sezeryan ile doğum yaptığı ve postpartum 15. dk yenidoğan bebeğin ex olduğu bilgisine ulaşıldı. Sonuç olarak ekstremitte anomalisi ve kraniofasial defektleri olan hastada ABS unutulmamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Amniotik band, ensefalosel, yarık damak dudak, pes ekinovarus.

### PB-024

#### Ensefalosel: Olgu sunumu

Süreyya Demir<sup>1</sup>, Bülent Demir<sup>1</sup>, Faruk Demir<sup>2</sup>, Gülser Bingöl<sup>1</sup>, Ecem Kaya<sup>1</sup>, Deniz Balsak<sup>3</sup>, Mehmet Nafi Sakar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın; <sup>3</sup>Dişarbakır Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Dişarbakır

Ensefalosel; kranial kemiklerin kaynama defekti sonucu intrakranial yapıların kalvaryal ve dural bir defektten kranium dışına "kese" biçiminde protrüze olduğu konjenital bir anomalidir. Orta hat defektidir ve sıklıkla oksipital bölgede görülür "sefalosel" olarak da adlandırılır. Kese içeriğinde sadece beyin omurilik sıvısı (BOS) ile dolu meninksler var ise meningeselden kesede meninksler ve BOS'dan başka beyin dokusu da varsa ensefaloselden bahsedilir. Ensefalosellerin görülme sıklığı 5000 canlı doğumda birdir. Büyük çoğunluğu (%85) oksipital yerleşimli ve %70'i erkek cinsiyete sahip fetuslardır. Ensefaloseller büyük çoğunluğu spontan abortusla sonuçlanır. Kranial defektlerin erken dönem fetal muayenede tanısı rahatlıkla konulup aileye prenatal danışmanlık verilebilir. Olgu; 28 yaşında, 6 gebeliği 4 yaşayan ve 1 abortusu olan hastanın prenatal takibi yapılmamıştı. Birinci derecede akraba evliliği mevcuttu. Özgeçmişinde özelliği olmayan hastanın aile hikayesinde anensefalili bebek doğurma öyküsü tespit edildi. İlaç kullanımı yoktu. Yapılan fetal muayenede ortalama 17 haftalık gebeliği mevcut olan hastanın, oksipital bölgeden kaynaklanan posteriora doğru protrüze olan 14\*12 mm. boyutlarında sefaloselle uyumlu görünüm mevcuttu. Ek anomali izlenmedi. Hastaya olası riskler anlatıldı, hasta gebeliğin devamına karar verdi. Takiplerinde sefaloselin gittikçe büyüdüğü izlendi. 36. gebelik haftasında sancılarının başlamasından dolayı tersiyer bir merkezde sezaryen ile doğum yapan hastanın bebeği postpartum 12. saatte ex oldu. Ensefalosellerin ilk trimester USG ile tanısını koymak mümkündür. Erken tanı konulup aileye gerekli danışmanlık verilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Oksipital ensefalosel.

**PB-025****Prenatal tanı konulan tek taraflı inmemiş testis ve hidrosel olgusu**

Süreyya Demir<sup>1</sup>, Faruk Demir<sup>2</sup>, Bülent Demir<sup>1</sup>, Barış Akcan<sup>2</sup>, Lale Vuslat Bakır<sup>1</sup>, Selçuk Atalay<sup>1</sup>, Hilal Aşık<sup>1</sup>, Mehmet Nafi Sakar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın; <sup>3</sup>Di-yarbakır Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır

**Amaç:** Hidrosel abdomenden skrotuma kadar uzanım gösteren sıvı koleksiyonudur. Nadir de olsa inmemiş testis olgularına hidrosel eşlik edebilir. Amacımız prenatal tanısı konulan, bilateral hidrosel ile beraber olan tek taraflı inmemiş testis olgusunu sunmaktır.

**Olgu:** 32 yaşında, 37. gebelik haftasında, G 4, P 3, Y 3 olan hastanın antenatal takibini düzenli olarak yaptırmadığı anlaşıldı. Yapılan obstetrik USG'de ortalama 37 hafta, plasenta anteriorunda, amnion mayi yeterli, canlı tek fetus izlendi. USG'de skrotumda bilateral hidrosel ve tek taraflı inmemiş testis tespit edildi. Fetusta başka anomali tespit edilmedi. Spontan vajinal yolla 3100 gram, 8-10 APGAR'lı doğan bebek, çocuk cerrahisi ile konsülte edilerek gerekli takip ve tedavisi sağlandı. Ultrasonografi ile fetal muayene yaparken, fetusun genital organlarının incelenmesi sırasında saptanan genital anomaliler bazı sendromların ayrıntı tanısında yol gösterici olabilmektedir. Özellikle erkek fetusun genital organlarına ait patolojilerin tanısı, kız çocuklarına göre USG ile daha rahat konulabilmektedir. Yenidoğanda inmemiş testis anormal bir bulgu olarak tanımlanır. İzole hidroselin varlığı ise çoğu zaman selim bir durumdur, ancak bu iki patolojinin birlikteliği çok nadirdir.

**Sonuç:** Gebeliğin son haftalarında fetal skrotumda, testisler karşılıklı olarak görülmelidir. Testislerin birinin veya her ikisinin gözlenmemesi, anormal boyutta olması veya hidrosel varlığının tespiti oldukça önemlidir. Özellikle inmemiş testis olgularının erken tanısının ileri dönemlerdeki malignite ve fertilitate potansiyeli açısından ne kadar önemli olduğu unutulmamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal tanı, inmemiş testis, hidrosel.

**PB-026****Prenatal tanı konulan kistik higroma ve hidrops fetalis olgusu**

Süreyya Demir<sup>1</sup>, Faruk Demir<sup>2</sup>, Bülent Demir<sup>1</sup>, Lale Vuslat Bakır<sup>1</sup>, Gülser Bingöl<sup>1</sup>, Tuğba Atalay<sup>1</sup>, Mehmet Nafi Sakar<sup>3</sup>, Deniz Balsak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın; <sup>3</sup>Di-yarbakır Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır

**Amaç:** Kistik higroma; kistik lenfanjiom olarakta adlandırılır. İnsan vücudunun herhangi bir yerinden kaynaklanabilen, kistik lenfatik lezyonlardır. Lenf damarları ile venöz sistem arasındaki bağlantıların tam olarak sağlanamaması sonucu oluşan, septalı veya septasız, lokalize veya yaygın olabilen bir konjenital malformasyondur. En sık baş boyun bölgesinde, daha çok sol tarafta görülür (%75). Görülme sıklığı 6000 doğumda 1 olmakla beraber, aborte edilen fetuslarda 1/875'dir. Prognoz karyotipe, kitlenin lokalizasyonuna, tanı konulduğu andaki gebelik haftasına, invazyonun derinliğine, septalı olup olmaması vb birçok faktöre bağlı olarak değişmektedir. İzole olabileceği gibi kromozom anomalileri ile birlikteliği siktir, en sık eşlik ettiği kromozomal anomali Turner sendromudur. Bunun yanında trizomiler, kardiyak anomaliler ve hidrops fetalis ile birlikteliği siktir. İlerleyici tarzda cilt ödemi, plevral efüzyon, perikardiyal efüzyon, asit ve plasental ödem izlenebilir. Olguların %43 ile %75'inde nonimmün hidrops fetalis gelişebilir. Bu olguda amacımız prenatal tanısı konulan kistik higroma ile beraber olan nonimmün hidrops fetalis olgusunu sunmaktır.

**Olgu:** 28 yaşında, gravidası 4, paritesi 2, abortus 1 olan hasta polikliniğimize başvurduğunda yapılan fetal muayenede ortalama 17 hafta canlı tekil gebeliği olan fetus mevcuttu. İlk olarak gebeliğinin 7 haftasında polikliniğimize gelmiş olup daha sonra 17 gebelik haftasında ikinci defa muayene olmak için gelen hastanın yapılan fetal USG muayenesinde boynun posteriorun bölgesinden kaynaklanan 60\*48 mm'lik septasyonlu kistik higroma ile uyumlu görünüm izlendi. Fetusta başka sistemik bir anomaliye rastlanmadı. Hastamızın hikayesinde özellik saptanmadı. Hastaya prenatal tanı ve kardiyak değerlendirme için tersiyer merkeze gitmesi önerildi hasta hiçbir öneriyi kabul etmeyerek gebeliğin devamına karar verdi. Takiplerinde 23. gebelik haftasında yapılan fetal muayenede hidrops fetalis geliştiği, kardiyak aktivitenin olmadığı fetus izlendi. Hastanın tersiyer bir merkezde gebeliği tahliye edildi. Fetal otopsi aile kabul etmediği için yapılamadı. Kistik higromanın ve nonimmünhidrops fetalisin tanısı ultrasonografi ile rahatlıkla konulabilir. Kistik higromalı ve hidrops fetalisli olgularda fetal kardiyak değerlendirmeyi de içeren fetal ultrasonografik muayene yapılmalı. Ailesel sendromlar açısından hasta değerlendirilmeli ve karyotipleme mutlaka önerilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal tanı, kistik higroma, hidrops fetalis.

**PB-027****Konjenital diyafraqmatik herninin fetal manyetik rezonans görüntülemesi**

Onur Erol, Cemil Gurses, Ozgur Ozdemir, Selahattin Kumru, Mert Koroglu

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

**Amaç:** Fetal manyetik görüntüleme (MRG), konjenital diyafragmatik herninin (KDH) değerlendirilmesinde ve yönetiminde birtakım rollere sahiptir. Fetal MRG, organların dâhil olduğu temelde spesifik KDH türünü ve herni içeriğinin komşu yapılar üzerindeki etkisini belirlemede, herniyle ilişkili komplikasyonların ve birlikteliği olan malformasyonların değerlendirilmesi ve hariç tutulması bakımından anatomik değerlendirmedeki değerini kanıtlamıştır. Ayrıca fetal MRG, deneysel fetal terapilere (örn. Trakeal balon oklüzyonu) yön vermede rol oynamaktadır.

**Yöntem:** Çalışmamızda, gebeliğinin 30. haftasında fetal MRG ile birlikte iki boyutlu USG aracılığıyla tanısı konulan bir KDH olgusunu sunduk.

**Olgu:** 31 yaşında olan ve tıbbi geçmişinde özellik bulunmayan ve herhangi bir önemli prenatal risk faktörü taşımayan nullipar hasta, detaylı ultrason muayenesi için gebeliğinin 30. haftasında kliniğimize başvurmuş, ultrasonda torasik kavitede sıvıyla dolu yapı gözlemlenmiştir. Ultrason muayenesinde, sıvıyla dolu mide ve sol toraksta intestinal peristalsisin yanı sıra aksiyel taramada sağa geçiş yapan kalp tespit edilmiştir. Fetal MRG’de ultrasonografik bulgular doğrulanmış olup, herniye organlar ve mediastinal kayma açıkça görülmüştür. Ultrasonografide, merkezi sinir sistemine, kalbe, böbreklere ve ekstremitelere eşlik eden anomali yoktu. Aile tanı hakkında bilgilendirildi ve hasta iki haftada bir takip edildi. Gebeliğin 36. haftasında, planlanan sezaryen gerçekleştirildi. Kız bebek, ciddi solunum yetersizliği belirtilerine sahipti ve ekstrakorporeal membran oksinejasyon desteğine ihtiyaç duydu. KDH üç günde başarılı şekilde iyileştirildi. Cerrahi sonuçlar, prenatal tanıyı doğruladı.

**Sonuç:** Bu nadir anomalinin prenatal sonografik tespiti, ter-tiyer bir merkezde planlanmış doğum ve erken düzeltmeye imkân tanyabilir. Sonografik bulgular belirsiz ya da atipik olduğunda, prenatal manyetik rezonans görüntüleme KDH tanısını doğrulayabilir.

**Anahtar sözcükler:** Fetal MRG, konjenital diyafragmatik herni, prenatal tanı.

## PB-028

### Parietal ensefaloselin prenatal tanısı: Olgu sunumu

Salih Serin, Deniz Cemgil Arıkan, Murat Bakacak, Önder Ercan, Bülent Köstü, Fazıl Avcı

*Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş*

**Amaç:** Çoğu nöral tüp defekti (NTD) sporadik olarak gerçekleşir ve köken olarak multifaktöriyeldir. Ensefalosel, anterior nöral tüpün defektif kapanışını içerir. Ensefalosel, deriy-

le kaplı kafatasındaki bir defektten beynin ve/veya meninkslerin protrüzyonuyla karakterizedir.

**Olgu:** Olgu sunumumuzda, prenatal dönemde tanısı konulan bir parietal ensefalosel olgusunu sunmayı amaçladık. İkinci gebeliği olan 26 yaşındaki hasta, son adet dönemine göre 18. haftasında olan tekil canlı fetüse sahipti. İki boyutlu ultrason taramasından elde edilen sonuçlarda fetüsün, muhtemelen fetal sağ parietal bölgeden köken alan ve hidrosefaliyle birlikte gelişen (10 mm lateral ventrikül) yaklaşık 49x41 mm boyunda bir ensefalosel kesesine sahip olduğu görüldü. Kürtaj sonrasında, yaklaşık 300 gram ağırlığında olan eks-fetüsün, belirgin nöral dokuya sahip, kafanın sağ tarafında kulak üzerindeki lokasyondan sağ gözü de kapsayarak ağız ile burun arasındaki sınıra doğru genişleyen parietal ensefalosel kitleye sahip olduğu görüldü.

**Tartışma:** NTD’ler arasında ensefalosel insidansının 10.000 canlı doğum başına yaklaşık 1-4 olduğu bildirilmektedir. Ensefaloselin en yaygın görüldüğü yer oksipital, frontoetmoidal ve parietal bölgedir. 2 boyutlu prenatal ultrason, ensefalosel vakalarının yaklaşık %80’ini tespit eder. Ensefaloselli hastaların prognozu, kesedeki herniye nöral dokunun kapsamına ve ilişkili anomalilerin varlığına bağlıdır. Parietal ensefalosel prognozu, oksipitalden daha kötüdür.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal tanı, parietal, ensefalosel.

## PB-029

### Nadir bir konjenital anomali: Ektopia kordis ve Cantrell pentalojisi

Salih Serin, Deniz Cemgil Arıkan, Önder Ercan, Bülent Köstü, Murat Bakacak, Fazıl Avcı

*Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş*

**Amaç:** Çalışmamızda, prenatal dönemde tanısı konulan iki ektopia kordis olgusunu sunmayı amaçladık.

**Giriş:** Ektopia Kordis (EK), orta hat defektinin gelişmesiyle ortaya çıkan oldukça nadir bir konjenital malformasyondur. EK, izole bir malformasyon ya da Cantrell pentalojisinin bir bileşeni olarak ortaya çıkabilir.

**Olgu 1:** Yirmi iki yaşındaki hasta, 15 hafta 1 günlük hamileyken fetal tıp merkezimize başvurdu. Prenatal ultrasonda, bilateral hidrotoraks, EK ve kalp eviserasyonlu büyük omfalosele sahip bir fetüs görüldü. Torakoabdominal EK’li Cantrell pentalojisi tanısı konuldu ve gebelik sonlandırıldı.

**Olgu 2:** Otuz iki yaşındaki hasta, 11 hafta 3 günlük hamileyken fetal tıp merkezimize başvurdu. Fetal tıp merkezimizde gerçekleştirilen ultrasonda eksik sternum, ektopia kordis, ek-sik diyafram ve omfalosel görüldü. Torakoabdominal EK’li

Cantrell pentalojisi tanısı konuldu ve 12 hafta 3 günlükken gebelik sonlandırıldı.

**Tartışma:** Prenatal dönemde EK tanısı, fetal kalbin toraks dışında görülmesiyle konuldu. EK, intrinsik kalp hastalığı ve diğer orta hat anomalileriyle ilişkili olabilir. Olguların büyük çoğunluğunda anöploidi, özellikle de Trizomi 18 bildirilmiş olup kromozom analizi önerilmektedir.

**Sonuç:** Ektopia kordis tanısı, gebeliğin erken haftalarında dikkatli bir ultrason muayenesiyle konulabilir. Ektopia kordis özellikle Trizomi 18 için yüksek risklidir. Bu durumun akılda tutulması ve amniosentez yapılması önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Ektopia kordis, Cantrell pentalojisi, prenatal tanı.

### PB-030

#### Erken doğum tehdidi olgularında tokolitik tedavi öncesi ve sonrası fetal ve uterin arter Doppler bulgularının karşılaştırılması

Alev Atis<sup>1</sup>, Gulden Tuncer<sup>2</sup>, Savas Ozdemir<sup>2</sup>, Nazlı Felek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın-Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın-Doğum Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Erken doğum, gelişmiş ülkelerdeki yenidoğan hastalık ve ölümlerinin en önemli nedenidir. çalışmanın amacı, erken doğum tehdidi ile kliniğimize başvuran preterm gebelere uygulanan nifedipin ve ritodrinin, fetal ve maternal doppler değişikliklerini inceleyerek etkinliklerini karşılaştırmak ve tedavi başarısı elde edilecek gebeleri önceden saptayabilmektir.

**Yöntem:** Çalışmamız Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ocak 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında preterm eylem tehdidi tanılı 64 gebede gerçekleştirildi. Olgular, 24-36. gebelik haftaları arasında, latent fazda, iki saatlik yatak istirahatine rağmen, elle muayene ya da tokokardiyografi ile 10 dakikada 2 veya daha fazla kontraksiyon tespit edilen ve bu kontraksiyonları devam eden tekiz gebelerden seçildi. Fetal distres, dekolman plasenta, koryoamnionit, preeklampsi ve fetal anomalisi olan gebeler çalışma dışı tutuldu. Çalışmaya her iki ilaç grubundan toplam 64 hasta randomize olarak dahil edildi. Randomize olarak iki gruba ayrılan bir grup hastaya ritodrin, diğer gruba ise nifedipin tedavisi uygulandı. Gebelerin klinik ve laboratuvar parametreleri, servikal uzunlukları, tedavi öncesi ve sonrası umbilikal, her iki uterin arterler, ductus venozus ve orta serebral arter Doppler ultrasonografi değerleri incelendi.

**Bulgular:** Çalışmanın sonuçları incelendiğinde; umbilikal arter, orta serebral arter ve ductus venozus Dopplerleri tedavi öncesi ve sonrası değerleri, ilaçların doğumu geciktirme süreleri açısından ikigrup arasındaki değerler istatistiki olarak anlamsız bulundu. Tek anlamlı değişiklik uteroplasental dolaşımında saptandı. Nifedipin kullanan grupta uterin arter PI değerleri tedavi sonrasında anlamlı olarak düşük bulundu.

**Sonuç:** Her iki ilacın etkinliğinin ve vasküler yan etkilerinin benzer olması nedeniyle tokolitik tedavide kullanılacak olan ilacın belirlenmesinde yan etki profili, ilacın maliyeti, kolay uygulanabilirliği ve hasta uyumu göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Doppler ultrasonografi, nifedipin, ritodrin.

### PB-031

#### Orta serebral arter / umbilikal arter oranı Doppler velosimetrisi ve preeklampside yenidoğanın durumu

Ana Daneva Markova<sup>1</sup>, Marija Hadzi Lega<sup>1</sup>, Milan Stefanovic<sup>2</sup>, Andrijana Sterjovska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Üniversite Kliniği, Üsküp, Makedonya; <sup>2</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Üniversite Kliniği, Niş, Sırbistan; <sup>3</sup>Tıp Fakültesi, İstip, Makedonya

**Amaç:** Plasental ve fetal dolaşıma yönelik Doppler velosimetri çalışmaları, fetal sonucunu geliştirmede bir fırsat sunarak, fetal sağlığına ilişkin önemli bilgiler sağlayabilir. Çalışmamızda, post-term gebe kadınlarda perinatal sonuçların bir belirteci olarak orta serebralden umbilikal artere kan dolaşım hızı dalga biçimi sistolik/diastolik oranını (MCA/UA) değerlendirmeyi amaçladık.

**Hastalar ve Yöntem:** Bu prospektif olgu-kontrol çalışmasına dâhil edilen yüz gebe, iki gruba ayrıldı. Üçüncü trimesterde olan elli gebe kontrol grubunu (grup A) oluştururken, preeklampsi elli gebe de olgu grubunu (grup B) oluşturdu. MCA/UA oranının sonuçları, perinatal ölüm, fetal distres nedeniyle sezaryen doğum, yenidoğan yoğun bakım ünitesine başvuru, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde geçirilen günler (NICU) ve düşük Apgar skoru şeklinde tanımlanan olumsuz perinatal sonuca ve infant sonuçlarına göre değerlendirildi.

**Bulgular:** Olguların %29'u anormal CPR oranına sahipken (<1.0), %78'i normal CPR oranına sahipti (≥1.0). Gebelerin %22'si vajinal doğum yaparken, %78'i sezaryen doğum yaptı. Yediden büyük APGAR skoru, CPR ≥1.0 değerine sahip olgulara kıyasla CPR <1.0 değerine sahip olgulara 66 kat daha yüksekti. Düşük doğum ağırlığı, CPR ≥1.0 değerine sahip olgulara kıyasla CPR <1.0 değerine sahip olgularda 4.7 kat daha yüksekti (%95 CI 2, 11.1; p<0.001). Yediden büyük APGAR skoru, sezaryen ile doğanlara kıyasla vajinal yoldan doğan neonatlar arasında 66 kat daha fazlaydı (%95 CI 1.3, 23; p=0.02).

**Sonuç:** CPR, tek başına kullanılan UA RI veya BPPS ile kıyaslandığında, gebeliğin hipertansif durumlarına sahip olguları incelemede olumsuz perinatal sonuca yönelik önemli bir

belirteçtir. CPR, olumsuz perinatal sonuca yönelik bir belirteçti (canlı doğum, APGAR skoru ve düşük doğum ağırlığı). Sezaryen doğum, hipertansif gebeler için tavsiye edilen doğum yöntemi olmalıdır. Çalışmamızın örneklem boyutu küçük olsa da sonuçlarımız, 1'den küçük MCA/UA Doppler oranının post-term gebelerde neonatal sonuç bakımından iyi bir belirteç olduğunu ve morbidite riski altındaki fetüsleri saptamada kullanılabileceğini göstermektedir.

**Anahtar sözcükler:** Orta serebral arter, umbilikal arter, preeklampsi.

### PB-032

#### Düşük ve orta derecede yüksek rakımlarda uterin, umbilikal ve orta serebral arterlerin Doppler parametreleri

Ayşe Nur Aksoy<sup>1</sup>, Gonca Batmaz<sup>2</sup>, Banu Dane<sup>2</sup>, Suna Kabil Kucur<sup>1</sup>, İlay Gözükarı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nenehatun Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Erzurum; <sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Bu çalışma, deniz seviyesinde yaşayan kadınlar ile orta derecede yüksek rakımda yaşayan miad gebeliği olan kadınlarda maternal ve fetal Doppler parametrelerindeki farklılıkları araştırmayı amaçladı. Bu amaçla, orta derecede yüksek rakımda ve deniz seviyesinde yaşayan term gebelerdeki uterin, umbilikal ve orta serebral arterlerdeki pulsatilete (PI) ve rezistans (RI) indeks değerlerini karşılaştırdık. Ayrıca, orta derecede yüksek rakımda ve deniz seviyesindeki doğum ve plasental ağırlıklardaki farklarını incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** İki enstitü Obstetrik Bölümü'ne kontrol için başvuran (40 hasta, Nenehatun Hastanesi, Erzurum, Türkiye, deniz seviyesinden 1890 m yükseklikte ve 40 hasta, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, deniz seviyesinden 31 m yükseklikte) yaşı 20-40 arasında değişen, term gebeliği olan ( $\geq 37$  gebelik haftaları) seksen kadını çalışmaya dahil edildi. Tüm kadınlar etnik olarak Türktü ve aynı rakımda sürekli ikamet etmekteydi. Başlangıçta, son adet dönemi sorgulandı ve gebelik yaşını onaylamak ve fetal anomalileri tespit etmek ultrasonografik değerlendirilme yapıldı. Term ve tekiz gebeliği olan (her grupta n=40) seksen kadına Doppler dalga analizi yapıldı ve uterin, umbilikal ve orta serebral arterler için pulsatilete ve rezistans indeksi değerleri kaydedildi. Ayrıca; cinsiyet, doğum ve plasental ağırlıkları tıbbi kayıtlardan elde edildi. Veriler SPSS programı 12.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, ABD) kullanılarak analiz edildi ve ortalama  $\pm$  standart sapma olarak sunuldu,  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi. Değişkenlerin normalitesini test etmek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı Veriler normal dağılıma uymuyorsa, karşılaştırmalar Mann-Whitney U-testi kullanılarak yapıldı. Veriler normal dağılıma uydığında

karşılaştırmalar independent samples t-test kullanılarak yapıldı ve Fisher testi yüzde değerlerini kıyaslamak için kullanıldı.

**Bulgular:** Gruplar arasında klinik özellikler açısından fark yoktu. Orta derecede yüksek rakımdaki ortalama plasental ağırlık değerleri deniz seviyesindekilerle benzer bulundu ( $p > 0.05$ ). Orta derecede yüksek rakımdaki doğum ağırlığı deniz seviyesi ile karşılaştırıldığında düşük olarak gözlendi ( $p < 0.05$ ). Umbilikal ve orta serebral arterlerin PI ve RI değerleri her iki grupta benzerdi ( $p > 0.05$ ). Ancak sağ ve sol uterin arterlerdeki PI ve RI değerleri, orta derecede yüksek rakımda deniz seviyesine göre daha yüksek bulundu ( $p < 0.05$ , sağ uterin arter PI için; diğerleri için  $p < 0.01$ ).

**Sonuç:** Rakımın bilateral uterin arter kan akışını arttırdığı görünmektedir ve bilateral uterin arter kan akımında bu değişiklikler kronik hipoksinin yol açtığı fizyolojik adaptasyon ile ilişkili olabilir. Bu adaptasyondaki yetersizlik, yüksek rakımda gebeliğe bağlı komplikasyonların insidansında artışa neden olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Doppler, rakım, gebelik.

### PB-033

#### Preterm erken membran rüptürünün umbilikal arter Doppler endeksleri üzerine etkisi

Ertugrul Karahanoglu, Oya Aldemir, Deniz Esinler, Safak Ozdemirci, Erdem Fadıloglu, Serdar Yalvaç, Omer Kandemir  
*Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

**Amaç:** Preterm erken membran rüptürünün sonuçlarından bir tanesinde subklinik enfeksiyon varlığı ve bu subklinik enfeksiyonun fetüste yarattığı metabolik cevaptır. Bu tablo FIRS (Fetal İnflamatuar Response Syndrome) olarak tanımlanmaktadır. PPRM sonrasında FIRS'ın bir sonucu olarak kardiyak fonksiyonlarda bozulma tespit edilmiştir. Erken membran rüptürü olgularında koryoamniyonit varlığında umbilikal arter doppler ve splenik arter dopplerinde rezistans artışı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda PPRM olgularında amniyon infüzyonu sonrası umbilikal arter parametrelerinde düzelme izlenmiştir. Biz çalışmamızda erken membran rüptürü sonrası fetüste oluşan sistemik cevabın ve değişen intra amniyotik hidrostatik çevrenin vasküler sistemi nasıl etkileyebileceğini araştırdık.

**Yöntem:** Çalışmamıza Ocak 2013-Temmuz 2013 tarihleri arasında PPRM nedeniyle Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yatırılarak PPRM nedeniyle takip edilen 42 hasta ve kontrol grubu olarak herhangi bir obstetrik patoloji tespit edilemeyen 58 gebe alındı. Çalışmaya 34 hafta altında 48 saatten uzun süreli pprom nedeniyle takip edilen, büyüme gelişme

geriliği tespit edilmeyen, klinik koryoamniyonit bulguları olmayan, konjenital anomalisi bulunmayan daha önce oligohidramnios tespit edilmemiş, karyotip anomalisi şüphesi ve preeklampsi, plasental patolojisi olmayan hastalar alındı. Hastaların umbilikal arter doppler rezistans endeksi ve sistol/diyastol oranları ve amniyotik mayi endeksleri doğum öncesi son yapılan ultrasonografideki değerlerden alındı. Sistol diastol oranı A/B şeklinde ifade edildi.

**Bulgular:** PPRM ve kontrol grubunun umbilikal arter rezistans endeksi ve S/D oranı karşılaştırıldığında pprom grubunun umbilikal arter rezistans endeksi  $0.59 \pm 0.06$ , A/B değeri  $2.55 \pm 0.38$  kontrol grubunun rezistans endeksi  $0.58 \pm 0.07$  A/B oranı  $2.43 \pm 0.41$  bulunmuş ve iki grup arasında fark tespit edilememiştir. PPRM olgularında pprom süresi ile doppler bulguları arasında ilişki incelendiğinde, PPRM süresinin umbilikal arter doppler endekslerinde herhangi bir değişikliğe neden olmamıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda PPRM olgularında umbilikal arter rezistans endeksi ve sistol diastol oranının aynı gebelik haftasındaki sağlıklı gebelerle karşılaştırdığımızda pprom olgularında rezistans endekste ve sistol diastol oranında bir artış tespit edilmemiştir. Yücel ve arkadaşları pprom olgularında histolojik koryoamniyonit varlığında umbilikal arter doppler endekslerinde histolojik koryoamniyonit olmayan olgulara göre anlamlı artış tespit etmişlerdir. Subklinik koryoamniyonit varlığı bu bulguları değiştiriyor olabilir bunu için daha geniş hasta serilerinde prospektif olarak plasental spesmenin değerlendirildiği çalışmalarının yapılması uygun olacaktır

**Anahtar sözcükler:** PPRM, umbilikal arter.

### PB-034

#### Doğum korkusu tanısı alan kadınlarda maternal ve fetal Doppler değerlendirmesi

Ayşe Nur Aksoy, Fatma Aydın, Suna Kabil Kucur, İlay Gözükkara

*Nenehatun Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Erzurum*

**Amaç:** Biz varsaydık doğum korkusu tanısı koyulan kadınların annedeki psikolojik strese bağlı olarak, maternal ve fetal vasküler yatakta artmış damar direncine sahip olabileceğini düşündük. Bu amaçla, term gebeliği olan doğum korkusu tanısı konulan kadınlardaki uterin, umbilikal ve orta serebral arterlerin pulsatilite (PI) ve rezistans (RI) indeks değerleri araştırdık ve doğum korkusu olmayan kadınların değerleri ile karşılaştırdık.

**Yöntem:** Miad tekiz gebeliği olan ( $\geq 37$  gebelik haftaları), 20-40 yaş arasındaki kadınlar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar Türkçe form Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) versiyon A ile sorgulandı. Annenin yaşı, gebelik

haftası, parite, vücut kitle indeksi ve toplam W-DEQ skorları kaydedildi. W-DEQ skorları  $\geq 85$  olan kadınlar doğum korkusu olarak tanımlandı. Doğum korkusu tanısı koyulan kırk kadın ve W-DEQ skorları  $< 85$ 'in altında olan 45 kadına (kontrol grubu) Doppler dalga analizi yapıldı ve uterin, umbilikal ve orta serebral arterlerdeki PI ve RI değerleri kaydedildi. Veriler SPSS programı 12.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, ABD) kullanılarak analiz edildi ve ortalama  $\pm$  standart sapma olarak sunuldu,  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi. Değişkenlerin normalitesini test etmek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı Veriler normal dağılıma uymuyorsa, karşılaştırmalar Mann-Whitney U-testi kullanılarak yapıldı. Veriler normal dağılıma uyduğunda karşılaştırmalar independent samples t-test kullanılarak yapıldı ve Fisher testi yüzde değerlerini kıyaslamak için kullanıldı.

**Sonuç:** Anne yaşı, parite, vücut kitle indeksi ve gebelik haftası değerleri açısından gruplar arasında fark yoktu. Kontrol grubu, doğum korkusu grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük W-DEQ skorlarına sahipti ( $p < 0.001$ ). Her iki grubun umbilikal ve orta serebral arterlerdeki PI ve RI değerleri benzerdi ( $p > 0.05$ ). Ancak sağ ve sol uterin arterlerdeki PI ve RI değerleri doğum korkusu grubunda kontrol grubuna göre daha yüksekti ( $p < 0.05$ , sağ uterin arter PI için;  $p < 0.001$ , sol uterin arter RI için ve  $p < 0.01$ , diğerleri için). Term gebelerde doğum korkusunun varlığının, uterustaki kan akım parametreleri üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu görünmektedir. Doğum korkusu tanısı alan kadınlar, korkusunu azaltmak ve korkunun fetus üzerindeki olumsuz etkisini en aza indirmek amacıyla, psiko-eğitim ve psikosomatik destek için bir uzmana yönlendirilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Doğum korkusu, fetüs, Doppler.

### PB-035

#### Çift çentik: Uterin arter çentik şekilleri ile fetal sonuçlar ve preeklampsi şiddeti ilişkisi

İbrahim Polat<sup>1</sup>, Ali Gedikbasi<sup>1</sup>, Huseyin Kiyak<sup>1</sup>, Bekir Gulac<sup>1</sup>, Alev Atis<sup>1</sup>, Gokhan Goynumer<sup>2</sup>, Oznur Dundar<sup>1</sup>, Cemal Ark<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; <sup>2</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Olumsuz obstetrik sonuçları değerlendirmek amacıyla 3. trimesterde uterin arter doppler dalga formları ve çentiklerin değerlendirilmesi

**Yöntem:** 24-36. gebelik haftalarında bulunan 490 preeklampsi gebenin 166 tanesi hafif preeklampsi, 324 tanesi ise şiddetli preeklampsi olarak tanımlandı. Fetal kayıtları her şeyi ile tamam olan olgular çentik yok (n:53), tek taraflı çentik (n:78, iki taraflı çentik (n:219 ve çift çentikli olgular (n:39) olmak üzere sınıflandırıldı.

**Bulgular:** İki taraflı çentik ve çift çentikli olgular, prematürürite, düşük 1.dakika Apgar skorları daha fazla yenidoğan yoğun bakım ünitesi gereksinimi ve daha yüksek perinatal mortalite açısından anlamlıydı.

**Sonuç:** Uterine arterde çift çentik bulgusu ileri patoloji ve olumsuz yüksek fetal sonuçlar açısından anlamlı

**Anahtar sözcükler:** Preeklampsi, çift çentik, fetal sonuçlar.

### PB-036

#### Çift çentik: Maternal sonuçların uterin arter çentik şekilleri ile ilişkisi

İbrahim Polat<sup>1</sup>, Ali Gedikbaşı<sup>1</sup>, Huseyin Kiyak<sup>1</sup>, Bekir Gulac<sup>1</sup>, Alev Atis<sup>1</sup>, Gokhan Goynumer<sup>2</sup>, Oznur Dundar<sup>1</sup>, Cemal Ark<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; <sup>2</sup>Istanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Olumsuz obstetrik sonuçları değerlendirmek amacıyla 3.trimesterde uterin arter doppler dalga formları ve çentiklerin değerlendirilmesi

**Yöntem:** 24-36. gebelik haftalarında bulunan 490 preeklampatik gebenin 166 tanesi hafif preeklampsi, 324 tanesi ise şiddetli preeklampsi olarak tanımlandı. Maternal obstetrik kayıtları her şeyi ile tamam olan olgular çentik yok (n:58), tek taraflı çentik (n: 93), iki taraflı çentik (n: 252) ve çift çentikli olgular (n: 39) olmak üzere sınıflandırıldı.

**Bulgular:** İki taraflı çentik ve çift çentikli olgularda, daha kısa klinik izlem, patolojik laboratuvar bulguları (ortalama 24 saatlik proteinüri, AST, LDH düzeyleri) ve HELLP sendromu, magnezyum sülfat gereksinimi, daha yüksek sistolik ve diyastolik tansiyon basıncı saptandı.

**Sonuç:** Uterine arterde çift çentik bulgusu ileri patoloji ve olumsuz maternal sonuçlar açısından anlamlı

**Anahtar sözcükler:** Preeklampsi, çift çentik, maternal sonuçlar.

### PB-037

#### Fetal cinsiyetin umbilikal arter ve orta serebral arter Doppler bulgularına etkisinin araştırılması

Burcu Artunç Ülkümen, Halil Gürsoy Pala, Yıldız Uyar, Yeşim Baytur, Faik Mümtaz Koyuncu

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa

**Amaç:** Fetal cinsiyetin, umbilikal arter ve orta serebral arter Doppler ölçümlerine etkisinin araştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** 2013-2014 yıllarında Celal Bayar Üniversitesi Perinatoloji Polikliniği'ne başvuran üçüncü trimesterde olan 60

sağlıklı tekil gebeliklerde yapılmış olan umbilikal arter (UA) ve orta serebral arter (MCA) Doppler ultrasonografik ölçümler retrospektif olarak görüntü ve dosya kayıtlarından tarandı. UA ve MCA Doppler endeksleri en az ardışık 3 dalga formu elde edilerek hesaplandı. Gebelikler fetal cinsiyete göre iki ayrı grupta değerlendirildi (kız fetuslar 31 ve erkek fetuslar 29 olgu) ve karşılaştırıldı. Her iki grup arasındaki fark SPSS v.20 ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Kız ve erkek fetuslarda sırası ile ortalama maternal yaş  $29.14 \pm 6.21$  ve  $31.88 \pm 5.16$  ( $p=0.162$ ), ortalama gestasyonel hafta  $31.71 \pm 3.77$  ve  $33.88 \pm 4.41$  ( $p=0.111$ ) olarak tespit edildi. UA PI kız ve erkek fetuslarda sırası ile  $1.00 \pm 0.24$  ve  $1.03 \pm 0.21$  olarak tespit edildi ( $p=0.761$ ). MCA PI kız ve erkek fetuslarda sırası ile  $2.16 \pm 0.67$  ve  $1.84 \pm 0.85$  olarak tespit edildi ( $p=0.197$ ).

**Sonuç:** Günümüzdeki yeni konsept intrauterin dönemde bebeğin cinsiyetin göz ardı edilmemesi yönünde olmaktadır. Erkek fetuslarda MCA rezistansında azalma daha büyük çalışmalarla değerlendirilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Fetal cinsiyet, Doppler, umbilikal arter.

### PB-038

#### Ocak 2014 ve Haziran 2014 tarihleri arasında Robson sınıflandırmasına göre Kanuni Sultan Süleyman Araştırma Hastanesi'ndeki doğumların değerlendirilmesi

Sebile Güler Çekiç, Levent Harun Gülcüler, Nihan İlhan, Nazlı Korkmaz, İbrahim Polat, Alev Atış Aydın, Ali Gedikbaşı

Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

Sezaryen doğumlar, dünya çapında en yaygın gerçekleştirilen operasyonlar olup zamanla sayıları artmaktadır. Sezaryen maliyetleri vajinal doğumlardan daha yüksektir ve maternal morbiditeyi artırabilir. Sezaryen oranlarını azaltmak için ilgili endikasyonları bilmemiz gerekmektedir. Robson'ın 2011 yılında önerilen 10'lu grup sistemi sınıflandırması, endikasyona göre değil hastaya göre yapılmaktadır. Kliniğimizde, Robson'ın ilk dört grubundaki sezaryen operasyonlarının endikasyonlarını belgeledik. Çalışmamızda, Ocak 2014 - Haziran 2014 tarihleri arasında kliniğimizde gerçekleştirilen doğumlara ilişkin istatistik bilgileri değerlendirdik. 2014'ün ilk yarısı boyunca toplam 7428 doğum gerçekleştirildi ve 7569 bebek doğdu. Bu doğumların 2779'u spontane vajinal olarak, 1793'ü vajinal episiotomi ve 2933'ü sezaryen yardımıyla gerçekleşti. Primer sezaryen oranı bu dönem boyunca %18.2 (534/2779) idi. Robson'ın sezaryen doğum sınıflandırmasına göre Grup 5 (daha önce uterin insizyon yaralı uterusu sahip



tüm multipara olgular) tüm sezaryenlerin %50.9'unu, Grup 1+2 (tüm tekil sefalik nulipar olgular) %16.4'ünü, Grup 3+4 (uterin insizyonu olmaksızın tüm tekil sefalik nulipar olgular) ise %14'ünü oluşturmaktaydı. Alt grup değerlendirmesi sonrasında, fetal distresin %16 oranıyla nulipar olgularda (Grup 1+2) en yaygın endikasyon olduğunu, bunu sırasıyla %8.9 ve %7.9 oranlarıyla preeklampsi ve aşırı kilolu bebeklerin izlediğini tespit ettik. Multipar olgularda (Grup 3+4) preeklampsinin %9.8 oranıyla en yaygın endikasyon olduğunu ve bunu, sırasıyla %7.5 ve %7.5 oranlarıyla fetal distres ve aşırı kilolu bebeklerin izlediğini tespit ettik. Robson sınıflandırma grupları genellikle, sınıflandırmada bir limit olan alt grup analizi için uygun olmayan durumlarda değerlendirilmektedir. Çalışmamızda, alt grupların endikasyonunun yanı sıra Robson sınıflandırmasını inceledik. Ülkemizdeki yüksek sezaryen oranları nedeniyle primer sezaryen oranlarını azaltmak önemlidir. Bu alt grup analizi, primer sezaryen oranlarını azaltmaya yardımcı olacak tek değerlendirme yöntemi olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Robson, sezaryen sınıflandırması.

### PB-039

#### Umbilikal Doppler: Uzamış eylem durumunda akut fetal distresin prediktif değeri

Chiraz El Fekih<sup>1</sup>, Chokri Hnifi<sup>1</sup>, Asma Fatnassi<sup>1</sup>, Faouzia Hmila<sup>1</sup>, Mounira Chaabene<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tunis Tıp Fakültesi, Mahmoud el Matri Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tunus; <sup>2</sup>Tunis Tıp Fakültesi, Mahmoud el Matri Eğitim Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Tunus

**Giriş:** Uzamış eylem yönetimini geliştirmek için, akut fetal distreste umbilikal Doppler'in prediktif değerine yönelik detaylı bir çalışma, gebeliğin iyi seyrine izin vermelidir.

**Amaç:** Bu çalışmada, yüksek umbilikal arter direnci indeksinin advers neonatal sonuca dair prediktif bir değer sunup sunmadığını araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Dört ay boyunca 41 hafta ve üzeri bir dönemde doğum için bölümümüze başvuran tüm kadınları içeren prospektif bir çalışma gerçekleştirdik. Umbilikal arterin direnci indeksini ölçen obstetrik ultrason, doğum yapmak üzere olan ve bölümümüze başvuran tüm olgulara uygulandı. Fetal distres için Doppler'in prediktif değerini belirlemek amacıyla bir korelasyon çalışması gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Ortalama 29.38 yaşında olan 139 hasta çalışmaya alındı. Başvuruların ortalama süresi 41 hafta ve 2 gün ya da 289 gündü. 33 hastada patolojik umbilikal Doppler izni alındı. Doğum esnasında toplam 13 yenidoğan akut fetal distres sergiledi ve bunların altısı neonatoloji servisine sevk edildi. %38.46 oranında düşük Doppler duyarlılığı ve %77.77 özgüllük tespit ettik. Pozitif prediktif değer %15.15 iken, negatif prediktif değer %92.45 idi.

**Sonuç:** Çalışmamızda, fetal distres için umbilikal Doppler'in kötü prediktif değeri gözlemlenmiştir. Özgüllüğü ve negatif prediktif değeri göz önüne alındığında, umbilikal Doppler'in uzamış gebelik durumunda iyi bir inceleme takibine sahip olduğu görülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Fetüs, Doppler.

### PB-040

#### Polihidramniyos ile komplike gebeliklerde fetal renal arter Doppler indekslerinin değerlendirilmesi

Yesim Bayoglu Tekin, Ulku Mete Ural, Senol Senturk, Emine Seda Guvendag Guven, Figen Kır Sahin

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Bu çalışmada, üçüncü trimesterde tanısı konan polihidramniyos ile komplike gebelerde fetal renal arter Doppler indekslerinin ve umbilikal arter ve duktus venozus indekslerinin değerlendirilmesini ve kontrol gruplarıyla eşleşen gestasyonel yaşı karşılaştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışma, bir üniversitenin antenatal polikliniğinde gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmadır. Üçüncü trimesterde polihidramniyos ile komplike gebeler bu çalışmaya dâhil edilmiştir. Gestasyonel diyabet, hipertansif bozukluklar, sistemik bozukluklar ve fetal anomaliler çalışmadan çıkarıldı. Kontrol grubu, gestasyonel yaşıyla uyumlu sağlıklı gebe kadınlardan seçildi. Doppler ultrasonografi muayenesi, 3.5 MHz konveks transabdominal prob kullanılarak gerçekleştirildi. Umbilikal arter sistol/diyastol (S/D), fetal renal arter pulsatilitesi (PI) ve resistif indeks (RI) ile duktus venozus PI Doppler indeksleri değerlendirildi. Değişkenler, student t testi kullanılarak karşılaştırıldı ve p<0.05, istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Polihidramniyos için Doppler indekslerinde umbilikal arter S/D: 2.5±0.4, renal arter PI: 2.3±0.9, renal arter RI: 0.9±0.2 ve duktus venozus PI:0.9±0.3 iken, kontrol grubunda bu değerler sırasıyla 2.7±0.6, 2.0±0.3, 0.8±0.1 ve 1.1±0.5 olarak bulundu. Polihidramniyos ile komplike gebelerde fetal renal arter Doppler indeksleri istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş sergiledi.

**Tartışma:** Fetal renal arter direnci, polihidramniyos ile komplike gebelerde düşmüştür. Dirençteki bu azalma, artmış fetal üre üretimiyle ilişkili olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Doppler, polihidramniyos.

## PB-041

### Fetal intra-abdominal umbilikal ven varisinin prenatal tanısı

Salih Serin, Deniz Cemgil Arıkan, Bülent Köstü, Önder Ercan, Murat Bakacak, Fazıl Avcı

Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş

**Amaç:** Fetal intra-abdominal umbilikal damar varisi (FİUV) umbilikal venin anevrizmatik dilatasyonudur ve umbilikal kord anomalilerinin yaklaşık %4'ünü oluşturur. FİUV varisi, umbilikal ven çapının 9 mm'den fazla olduğu bir durum olarak tanımlanmaktadır.

**Olgu:** İkinci hamileliğini yaşayan 26 yaşındaki hastanın detaylı anatomik taramasında, fetal umbilikal vende varikoz genişlemeler tespit edildi; umbilikal ven çapı 10.2 mm olarak ölçüldü. Fetusta umbilikal venin abdomene bağlantı noktasının altında 18 mm çaplı varikoz genişleme görüldü. Gebeliğin 32. haftasından sonra fetal büyüme geriliği gözlemlendi. Hastanın son adet dönemi dikkate alındığında, gebeliğin 39. haftasında beş haftalık intrauterin büyüme geriliği mevcuttu. Hasta sezaryen operasyon geçirdi. Doğumdan sonraki 7. günde gerçekleştirilen ultrason ve Doppler ultrasonografi muayenelerinde, yenidoğanın abdomenindeki venöz yapıların normal olduğu tespit edildi.

**Bulgular:** FİUV, insidans oranı 1/2300 olan nadir bir komplikasyondur ve tüm umbilikal kord malformasyonlarının yaklaşık %4'ünü oluşturur. Bu hastalarda gebelik prognozunun genel olarak iyi olduğu bildirilmesine rağmen, konkomitant fetal anomali riski nedeniyle FİUV bulgularının anomali taraması için bir gösterge olabileceği de belirtilmektedir. Olgumuzda gerçekleştirilen fetal taramada hiçbir konkomitan anomali görülmemiştir. Gebelik takiplerinde intrauterin büyüme geriliği bulunmuştur.

**Sonuç:** FİUV prognozu genel olarak iyidir. Çoğu olguda yakın sonografik takibin terme kadar yeterli olacağı ve gebeliğin sonlandırılmasının gerekli olmayacağı düşünülmektedir. Doğum zamanlaması, komplikasyonların seyrine göre değişebilir.

**Anahtar sözcükler:** Umbilikal ven, varis, prenatal tanı.

## PB-042

### Artmış ense kalınlığının total duktus venozus ageneziyle olan ilişkisi

Anis Dhouaibia, Kaouther Dimassi, Sana Mtimet, Raouia Radhouani, Amel Triki, Mohamed Faouzi Gara

Mongi Slim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, La Marsa, Tunus

22 yaşında, G1P0 bir hastada artmış ense kalınlığının etiyolojisini araştırırken, başlangıçta formülü normal olan bir karyotip uyguladık: 46xy. Gebeliğin 18 ila 22. haftalarında gerçekleştirilen

bir fetal ekokardiyografi normaldi ve beyin MRI (manyetik rezonans görüntüleme) ölçümü de normaldi. 22. gebelik haftasında yapılan ultrasonografide, diğer semptomlar olmaksızın hepatik bir vasküler anormallik gözlemlendi. Şüphelenilen tanı, umbilikal ven ile inferior vena kava arasındaki yüksek dereceli arteriovenöz şantın oluşumuyla birlikte duktus venozus ageneziydi. Genetik uzmanı, bir genetik sendromundan şüphelendi ancak hasta, herhangi bir inceleme yapılmasını istemedi. Duktus venozus agenezi, farklı muhtemel sistemik-portal-umbilikal anomalilerin bir ekspresyonu olabilir. Fizyolojik sonuçlar, ikame anastomozların tipine göre değişmektedir. Duktus venozus agenezi tam anlamıyla izole olabilir. NOONAN ve JOUBERT SENDROMU gibi genetik bir sendromun belirtilerinden biri de olabilir. Olgumuzda, duktus venozus agenezi, artmış ense kalınlığı ile ilişkiliydi. Literatürde benzer bir olguya rastlamadık.

**Anahtar sözcükler:** Ense kalınlığı, arantius.

## PB-043

### Down sendromun tek bulgusu olarak saptanan konjenital katarakt: Olgu sunumu

Alev Atis<sup>1</sup>, Burak Ozkose<sup>1</sup>, Basak Kaya<sup>1</sup>, Alper Gezdirci<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın-Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genetik Bölümü, İstanbul

**Olgu:** 42 yaşında gebe perinatoloji polikliniğimize ikili test için gönderildi. İlk trimester kombine testi 1/1240. Maternal yaş nedeniyle yapılan ikinci trimester ayrıntılı muayenesinde her iki gözde katarakt ile uyumlu sonografik görüntü saptanması üzerine hastaya genetik tanı önerildi. Hasta genetik tanı yaptırmayı kabul etmeyip rutin takiplerine devam etti. Mükkerrer c/s endikasyonu ile 39. haftada 3450 gr, kız bebek Apgar 8-9 doğurtuldu. Postpartum saptanan atipik yüz (çekik göz, konjenital katarakt ve makroglossi) nedeniyle istenen genetik test Down Sendromu ile uyumlu saptandı. Yenidoğanda yapılan diğer sistemik muayeneler normal saptandı. Bu yüzden katarakt için operasyon planlandı.

**Sonuç:** Down sendromu için risk gruplarında prenatal sonografide orbitalarda kontrol edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Down sendromu, göz, katarakt.

## PB-044

### Ellis-Van Creveld sendromu

Kaan Pakay<sup>1</sup>, Resul Arısoy<sup>1</sup>, Emre Erdoğan<sup>1</sup>, Oya Demirci<sup>1</sup>, Oya Pekin<sup>1</sup>, Hicran Acar<sup>1</sup>, Hatip Aydın<sup>2</sup>, Murat Muşcu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Genetik Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Prenatal olarak Ellis-Van Creveld (EVC) tanısı almış olguyu sunmak ve bu olgunun yönetimini tartışmak.

**Olgu:** 19 yaşında gravida 1, para 0 21 hafta gebe, fetusun tüm uzun kemiklerinin kısa olması nedeniyle ünitemize refere edildi. Ebebeyinler arasında akraba evliliği mevcuttu. Yapılan detaylı ultrasonografide tüm uzun kemikler 2.5 persantilin altında, kısa kosta ile birlikte aşikar toraks hipoplazisi, her iki elde postaksial polidaktili, atrioventriküler septal defekt ile birlikte aort hipoplazisi olan canlı bir fetus saptandı. Fetus ve prognozu danışıldıktan sonra kordosentez yapıldı ve gebelik termine edildi. Postmortem değerlendirmede Ellis-Van Creveld sendromu tanısı doğrulandı. Fetusun karyotip incelemesi 46XX olarak belirlendi.

**Sonuç:** İkinci trimester prenatal sonografisi ile EVC sendromu tanınabilir. Fakat EVC sendromunun torasik afsiktik distrofi (Jeune sendromu) ve kısa kosta polidaktili sendromları grubundan ayırıcı tanısının yapılması gerekir.

**Anahtar sözcükler:** Ellis-Van Creveld sendromu, prenatal tanı.

#### PB-045

##### İdiyopatik polihidroamnios olgularının erken neonatal sonuçları

Ertugrul Karahanoglu, Safak Ozdemirci, Erdem Fadiloglu, Ayşegül Akyol, Serdar Yalvaç, Ömer Kandemir

*Etilik Zubeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara*

**Amaç:** Polihidromanios olguları tüm gebeliklerin %0.4- %1.7'sinde görülmektedir. Bu olguların %45'inde etiyolojik neden bilinmemektedir. İdiyopatik polihidroamnios %5'inde postnatal yapısal anomaliler tespit edilmektedir. Ensik olarak GIS, renal ve CNS anomalileri görülmektedir. Bununla beraber anöploidi riskide artmaktadır. Yapılan çalışmalarda idiyopatik polihidroamnios olgularında kötü perinatal sonuçlarla ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Biz çalışmamızda idiyopatik polihidromanios olgularında post natal anomali ve erken neonatal sonuçlarını araştırmayı planladık.

**Yöntem:** Çalışma Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma Hastanesinde retrospektif vaka kontrol çalışması olarak planladı. Çalışmaya dahil olma kriterini sağlayan 207 idiyopatik polihidroamnios olgusu ve 336 kontrol grubu hasta alındı. Perinatal sonuçlar olarak postnatal anomali, 5 dakika apgar, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı, yenidoğanın geçici takipnesi, entubasyon ihtiyacı değerlendirildi.

**Bulgular:** İdiyopatik polihidromanios grubunda postnatal anomali oranı kontrol grubuna göre artmış bulundu (%5.3 vs %0.6, p=0.001). Erken neonatal sonuçlar değerlendirildiğinde yenidoğanın geçici takipnesi (%1.9 vs %0.0, p=0.021), yeni do-

ğan resusasyon ihtiyacı, (%3.4 vs %0.3, p=0.007), yeni doğan yoğun bakım ihtiyacı (%6.8 vs %0.3, p=0.00), ventilator ihtiyacı (%2.9 vs %0.0, p=0.03), yenidoğan sarılığı (%6.3 vs %0.9, p=0.00) and yenidoğan sarılığı (%5 vs %1.2, p=0.006) kontrol grubu ile karşılaştırıldığında artmış olarak bulundu.

**Sonuç:** İdiyopatik polihidroamnios olgularında antenatal takipler normal olmasına rağmen post natal dönemde yapısal anomali riski artmaktadır. Bizim çalışmamızda post natal dönemde yapısal anomali riski artmış bulundu. Daha önceki yapılan çalışmalarda idiyopatik polihidroamnios grubunda erken neonatal sonuçlarda kötüleşme bulunmamakla beraber bizim çalışmamızda erken neonatal sonuçlarda kötüleşme tespit edilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** İdiyopatik polihidroamnios, neonatal sonuçlar.

#### PB-046

##### Smith-Lemli-Opitz sendromunun prenatal tanısı

Nihal Şahin Uysal<sup>1</sup>, Çağrı Gülümser<sup>1</sup>, Filiz Fatma Yanık<sup>1</sup>, Esra Ünal<sup>1</sup>, Okan Öte<sup>2</sup>, Zerrin Yılmaz<sup>2</sup>, Ulaş Tuğcu<sup>3</sup>, Ayşe Ecevit<sup>3</sup>

*1Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; 2Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Ankara; 3Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Ankara*

**Amaç:** Multipl anomaliler ile ilişkili olan Smith-Lemli-Opitz (SLOS) sendromlu bir olguyu sunmak ve bu hastalığın prenatal tanısını tartışmak.

**Yöntem:** SLOS, otozomal resesif geçiş gösterir. 7-dehidrokolesterol reduktaz (DHCR7) eksikliği nedeniyle dokularda ve vücut sıvılarında 7- ve 8-dehidrokolesterol (7- ve 8-DHC) birikimine neden olur. Doğumda santral sinir sistemi, kalp, böbrek, genitalya ve ekstremitelerde değişik malformasyonlar görülebilir. Bu malformasyonlar hayatı tehdit edebilir. İlerleyen dönemlerde psikomotor ve mental retardasyon ve davranış anormallikleri ile birliktedir. Prenatal olarak SLOS'tan şüphelenilebilir. Malformasyonlar ve intrauterin gelişme geriliği olması ve maternal serum serbest östrojen düzeylerinin düşmesi ile birliktedir. Tanı koryon villus biyopsisi yada amniyosentez ile sterol analizi yapılarak konulabilir.

**Olgu:** 36 yaşında beşinci gebeliği olan olgumuz 27. gebelik haftasında kardiyak anomali nedeniyle kliniğimize refere edildi. Obstetrik hikayesinde ilk ve üçüncü gebeliğinde termde spontan vajinal yolla sağlıklı kız ve erkek bebekler doğurtulmuştur. İkinci gebeliği spontan abortus ile sonuçlanmıştır. Dördüncü gebeliği spontan ikiz olarak başlamıştır ancak, 6. gebelik haftasında ikizlerden biri kaybedilmiştir, diğer fetüsde ise antenatal ultrason ile büyüme gelişme geriliği, kol ve

bacaklarda kısalık olduğu tespit edilmiştir. Spontan vajinal yolla 3600 gr erkek bebek düşük APGAR ile doğurtulmuştur. Muayenesinde her iki ayakta başparmak duplikasyonu, ayakta içe dönüklük, konjenital kalp hastalığı, adrenal hipoplazi, ambigus genitalya ve küçük böbrekleri içeren multipl anomalileri varmış ve birkaç gün yaşamıştır. Beşinci gebeliğin takibinde üçlü teste yüksek risk nedeniyle amniyosentez yapılmış ve normal karyotip olarak raporlanmıştır. Fetal ekokardiyografide, komplet atrioventriküler septal defekt (AVSD), aortik ayrılma, aort hipoplazisi tespit edilmiştir. Hastanın tarafımızca 27. gebelik haftasında yapılan ilk muayenesinde, kalpte sol ventrikül hipoplazisi, sol atrium hipoplazisi, AVSD, hipoplastik aort ve erken intrauterin gelişme geriliği (IUGR) tespit edilmiştir. Bir önceki kaybedilen bebekle benzer bulgular olması nedeniyle genetik konsültasyonu önerildi. Hastanın haftalık takibine devam edildi, 37. gebelik haftasında IUGR, oligohidramniyos ve fetal distress nedeniyle sezaryene alındı. 2280 gr kız bebek doğurtuldu. Genetik bölümünde prenatal tanıyı doğrulamak için kordon kanı çalışıldı. Yenidoğanda telenjektazi ve rizomelik ekstremiteler gibi dismorfolojik bulgular ve metabolik bozukluklar vardı. Ekokardiyografik değerlendirmesi prenatal tanı ile uyumlu idi.

**Sonuç:** SLOS birden çok malformasyon ile birlikte olabilir. Ayrıca maternal serum serbest östrojen düzeylerinin düşmesi ikinci trimester kromozomal anomali risk taramasında yüksek risk ile sonuçlanabilir. Kötü obstetrik öyküsü olan bu tür hastalar genetik konsültasyon için yönlendirilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Smith-Lemli-Opitz sendromu, prenatal tanı.

## PB-047

### Bağırsak atrezisinin prenatal tanısı

Mustafa Ozturk, Aytekin Aydın

*Etimesgut Askeri Hastanesi, Ankara*

Çalışmamızda, gebeliğinin 33. haftasında bağırsak delinmesinin hemen sonrasında tanısı konan ve ayırıcı cerrahisi ani sezaryen doğumun ardından yapılan sıra dışı bir olgu sunduk. Gravid 3 para 2, 33 yaşındaki bir hasta, antenatal kontrol nedeniyle gebeliğinin 33. haftasında merkezimize başvurdu. Kabul sonrasında gerçekleştirilen ultrason muayenesinde, intestinal dilatasyon ile uyumlu, fetal abdomende kistik bir yapının varlığı gözlemlendi. Fetal büyüme parametreleri, plasental yapı ve amniyotik sıvı hacmi tamamen normaldi. Fetal anatomide yapılan detaylı ultrason muayenesinde hiçbir ek anomali saptanmadı. Bir hafta sonra tekrarlanan ultrason taramasında, fetal abdominal kavitede hiperekojenik sıvı varlığıyla birlikte bağırsak dilatasyonunun kollapsı gözlemlendi. Aileye, fetal bağırsak delinmesinin muhtemel tanısı ve mekonyum peritoniti hakkında bilgi verildi. Daha önceki sezaryenler nedeniyle doğum şek-

li olarak sezaryen tercih edildi. 2400 gram erkek bebek dünyaya getirildi. 1. ve 5. dakika Apgar skorları sırasıyla 8 ve 9'du. Doğumu izleyen ilk günde laparotomi ve bağırsak rezeksiyonu gerçekleştirildi. Operatif bulgular, distal segmentinde delinmeyle birlikte terminal ileumun atrezisi ve intraabdominal mekonyumdu. Problemin prenatal tanımlanması sonrasındaki uygun doğum süresi ve tedavi yöntemi net değildir. Ancak mekonyum, aseptik peritoniti indükleyen sindirim enzimleri içermektedir. Yoğun enflamasyon, delinmenin spontane yalıtımını inhibe edebilir ve enflamasyon indüklü bağırsak ödemi, altta yatan bağırsak tıkanıklığını ciddileştirebilir. Mekonyum peritoniti olgularındaki morbidite ve mortalite, gestasyonel yaşa, altta yatan lezyonun karmaşıklığına ve yapısına, işlem aralığına, kistik fibroz veya konjenital anomalilerin varlığına ve tedavi komplikasyonlarına ya da beklenen yönetimine bağlıdır.

**Anahtar sözcükler:** Bağırsak atrezisi, mekonyum peritoniti

## PB-048

### İkinci trimesterde tanı konulan fetal kardiyak rabdomyom: Bir olgu sunumu

Ebru Dikensoy<sup>1</sup>, Osman Başpınar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gaziantep; <sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Rabdomyom, primer fetal kardiyak tümörlerden en sık görülendir (%60-85) ve sıklıkla tuberoskleroz (TS) ile ilişkilidir. Tuberosklerozla fetal kardiyak rabdomyom %50-80 ilişkilidir, %0-100 perinatal mortaliteyle sonlanır. Diğer kardiyak tümörler fibrom, mixoma, teratom ve hemanjiomdur. Rabdomyomlar ultrasonografide ventrikül içinde yuvarlak, homojen ve hiperekojen bir kitle şeklinde görülür, bazen de ventrikül içinde veya septal duvarda multiple odaklar şeklinde görülür. Tümör 20 mm'den büyükse fetus perinatal ölüm için yüksek risk taşır. Bir kaç vakada ekstrakardiyak anomaliler (yarık damak, polikistik böbrek ve clubfoot) ile birlikte görülmüştür. Fetal MRI TS'nin belirlenmesinde ilave bir görüntüleme yöntemidir. Tuberoskleroz TSC1 ve TSC2 tumor supressor genlerindeki mutasyonlardan kaynaklanabilir. TS farklı ekspresyonlarla bir otozomal dominant herediter patern gösterir, çocukluk çağındaki vakaların çoğunluğu spontan mutasyonlardan kaynaklanmaktadır. Biz bu olguda vakamızda fetal ekokardiyografi ile 2. trimesterde (28. haftada) fetal kardiyak rabdomyom tanısı alan hastamızı göstermeyi amaçladık. Anne fetal kardiyak hiperekojen kitle nedeniyle kliniğimize sevk edilmişti. Sol ventrikül içinde 32x20 mm boyutlarında hiperekojen yuvarlak bir kitle görüldü. Büyük arter transpozisyonunu ekarte etmek için aorta ve pulmoner arter çıkış yolları görüldü. Aorta çıkışında obstrüksiyon izlenmedi. Fetal kalp atım hızı 136 atım/dak idi. Hidrops bulgusu yoktu. Biz hastayı renal hamartom, yarık damak ve club foot için yeniden ultrasonografi ile değerlendirdik. TS'a ait be-

Yin lezyonları için kranial MRI yapıldı. Yarık damak ve dudak gözlenmedi. TS için aile öyküsü yoktu. Doğumdan sonra TSC1 ve TSC2 tümör sopressör gen mutasyonlarına bakmayı planladık. 37. haftada hastanemizde doğum planlandı. Büyük damarların çıkış yolunda obstrüksiyon için hasta takibe alındı.

**Anahtar sözcükler:** Fetal kardiyak rabdomyom, fetal ekokardiyografi.

#### PB-049

#### Prenatal dönemde sol izomerizm tanısı alan hasta: Olgu sunumu

Didem Alkaş, Hakan Kalaycı, Cem Yalçınkaya, Tayfun Çok, Halis Özdemir, Ebru Tarım

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana*

**Amaç:** Heterotaksi visseral organların toraks ya da abdomende olması gereken yerden farklı bir yerde bulunmasıdır. Kliniğe iki şekilde yansır: sol izomerizm/polispleni, sağ izomerizm/aspleni. Sol izomerizm, her iki atriyumun kalbin sol tarafında izlenip, atrioventriküler septal defekt ya da yapısal kalp hastalığına, inferior vena kavanın devam eden azygosveni ile kesilmesi, kalp blokları ve viserokardiyak heterotaksinin eşlik ettiği bir hastalıktır. Fetal aritmi ve bradikardi nedeni ile fetal non-immun hidrops gelişen fetuslarda intrauterin kayıp oranı sık izlenmektedir. Bu çalışmada gebeliğin erken döneminde tanı alan sol izomerizm vakası sunulmuştur.

**Olgu:** 24 yaşında, 5 düşüğü ve iki yaşayan sağlıklı çocuğu olan gebe 11-13 hafta obstetrik ultrasonografisinde fetal ense kalınlığının 3.32 mm, ikili kombine testinde trizomi 13 ve trizomi 18 riskinin 1/50 olması nedeniyle merkezimize 15 hafta 2 günlük gebelik haftasında refere edildi. Yapılan ultrasonografide; mide sağda izlendi, fetal bradikardi (65 atım/dk) ve atrioventriküler septal defekt (AVSD) saptandı. Klinik seyir hakkında ebeveynlere ayrıntılı bilgi verilerek terminasyon önerildi. Terminasyonu kabul etmeyen hastanın 23. gebelik haftasında yapılan ultrasonografisinde fetal bradikardinin devam ettiği (67 atım/dk) görüldü. Aileye tekrar gebelik terminasyonu önerildi, ancak aile kabul etmedi. Hasta 35 hafta 1 günlük gestasyonel haftada fetal hareketleri hissetmeme şikâyeti ile başvurdu. Ultrasonografide fetal kalp atımının olmadığı saptandı ve termine edildi. 2.210 gr ağırlığında tek exfetus normal vajinal yolla doğurtuldu. Aile otopsiyi kabul etmedi.

**Sonuç:** Erken gebelik haftasında fetal midenin sağda izlenmesi, fetal bradikardi ve AVSD saptanması sol izomerizmin prenatal tanısında esastır. İzomerizm tanısı alan fetuslarda non-immun hidrops gelişebileceği ve fetal ölümle sonuçlanabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Sol izomerizm, bradikardi, atrioventriküler septal defekt.

#### PB-050

#### Erken fetal kardiyak değerlendirilmenin prenatal tanıda etkinliğinin değerlendirilmesi

Emre Ekmekçi<sup>1</sup>, Seçil Kurtulmuş<sup>1</sup>, Serpil Aydoğmuş<sup>2</sup>, Sefa Kelekçi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir;*  
<sup>2</sup>*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir*

**Amaç:** İnvaziv prenatal testler, ultrasonografi teknolojisindeki ilerlemelere ve maternal kandan fetal DNA elde edilmesiyle ilgili yapılan yoğun çalışmalara rağmen önemini ve vazgeçilmezliğini korumaya devam etmektedir. Birçok merkezde artık 35 yaş, karyotipleme endikasyonu olarak görülmemekle birlikte bazen maternal anksiyete nedeniyle bazen de hekimlerin tercihi ile 35 yaş üzeri gebelikler için invaziv prenatal tanı testleri halen sıklıkla uygulanmaktadır.

**Yöntem:** Biz çalışmamızda maternal anksiyete nedeniyle amniyosentez yaptığımız hastaları işlem öncesi fetal ekokardiyografi ile değerlendirdik. Maternal anksiyete nedeniyle amniyosentez yapılan hastaları normal fetal ekokardiyografi ve anormal fetal ekokardiyografi şeklinde karyotip sonuçlarına göre karşılaştırdık.

**Bulgular:** Ocak 2012 ve Temmuz 2014 tarihleri arasında kliniğimizde toplam 494 fetal karyotipleme amaçlı amniyosentez, koryon villus örnekleme ve kordosentez işlemi yapıldı. Toplam 43 anormal karyotip saptandı. İnvaziv test yapılması için endikasyonlarımız 251 hasta için anormal tarama test sonucu, 127 hasta için anormal ultrasonografi bulgusu, 11 hasta için anormal karyotipli gebelik öyküsü ve 105 hasta için maternal anksiyete idi. Maternal anksiyete nedeniyle amniyosentez yapılan 105 hastanın 5 tanesinde anormal karyotip saptandı (%4.7). 105 hastanın 82'sinde fetal ekokardiyografik inceleme yapılabildi ve 18 hastada anormal ekokardiyografik bulgular saptandı (%17.1). Fetal ekokardiyografik incelemesi normal olan 64 hastanın sadece bir tanesinde anormal karyotip saptanmışken (%1.5), anormal fetal ekokardiyografi saptanan 18 olgunun üç tanesinde anormal fetal karyotip saptanmıştır (%16.7). Normal fetal ekokardiyografisi olan bir olgunun karyotip sonucu Trizomi 21 olarak saptanırken, Trizomi 18 olarak sonuçlanan olguda işlemin gebeliğin 15. haftasında yapılması nedeniyle gebelik haftası nedeniyle fetal kardiyak değerlendirme yetersiz olmuştur ve bu hasta daha sonrasında takipten çıktığı için değerlendirilememiştir. AVSD saptanan iki olguda Trizomi 21 saptandı, aort koarktasyonu saptanan bir olguda Turner Sendromu saptandı. Çalışmamız halen sürmektedir. Elde edilen veriler ön sunum şeklinde sunulmuştur.

**Sonuç:** Biz bu çalışmamızda maternal anksiyete nedeniyle prenatal invaziv test yapılan olguları işlem öncesinde fetal ekokardiyografi ile değerlendirdik. Tarama testleri normal olan ya da tarama testi yapılmamış olgularda yapılacak fetal kardiyak değerlendirilmenin prenatal tanıdaki etkinliğini araştırmayı amaç-

ladık. Şu ana kadar elde ettiğimiz verilerle erken fetal kardiyak değerlendirmenin tarama programlarına eklenmesi ile başarı şansının artacağını gözlemledik. Çalışmamızın devam etmekte olup verilerimizin artması ile sonuçlarını yayınlayacağız.

**Anahtar sözcükler:** Amniyosentez, prenatal tanı, fetal ekokardiyografi.

## PB-051

### Maternal lupusa bağlı komplet kongenital fetal kalp bloğu: Bir olgu sunumu

Ebru Dikensoy<sup>1</sup>, Osman Başpınar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gaziantep; <sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Gaziantep

İzole konjenital kalp bloğu (KKB) yapısal olarak normal olan bir kalpte doğuştan kalp bloğu bulunmasıdır. Yapısal olarak normal bir kalpte konjenital kalp bloğu sıklıkla maternal Ro/SSA ve La/SSB otoantikörleri ile ilişkilidir. Ro/SSA kadınlar %2 KKB olan çocuk meydana getirme riskine sahiptir. KKB önemli bir mortalite (%20-30 primer fetal/neonatal) ve morbidite (%67 adolesan öncesi kalıcı paze gerektirme) taşır. Gebelik boyunca annedeki otoantikörler plaentadan geçer ve kardiyomyositlere bağlanır, atriyoventriküler ileti sistemini inflamasyonla bozar, sonradan kalsifikasyon ve fibrozis gelişerek komplet AV blok oluşur. Hayatı tehdit eden kardiyomyopati %10-15 hastada görülür. Ölüm için en önemli risk faktörü düşük doğum ağırlığı, prematürite, hidrops fetalis, endokardial fibroelastozis ve azalmış ventriküler fonksiyondur. Neonatal periyotta tanı ve tedavi uygulanan hastalarda survey %94'tür. Fetal Dopplerde PR aralığında uzama gibi ileri derecede bloğu gösterebilecek biomarkırlar kullanışı bulunmamıştır. KKB için mevcut profilaktik tedavi stratejileri maternal steroid, plazmaferez, sempatomimetik ve intrauterin kardiyak paze yerleştirilmesidir. Bizim olgumuz; 24.gebelik haftasında fetal kalp hızı düşüklüğü nedeniyle kliniğimize sevk edilmişti. Anne 28 yaşında ve ilk gebeliğiydi. Yapılan fetal ekokardiyografide yapısal kardiyak bir bozukluk saptanmadı. Kalp hızı 67-70 atım/dak idi. Atrium ile ventriküllerin uyumsuz çalıştığı, atrium hızının 80 atım/dak, ventrikül hızının 50 atım/dak olduğu görüldü ve 3. derece atrioventriküler blok olduğu düşünüldü. Anneye ait Anti Ro/SSA değerleri istendi ve pozitif olduğu görüldü. Hasta 15 günde bir fetal ekokardiyografi ile değerlendirildi, kalp atım hızında düzelme olmadı ancak yetmezlik bulgusu da saptanmadı. 35. gebelik haftasında erken membran rüptürü nedeniyle alt segment sezaryen yapıldı. Bir adet Apgar'1 9 olan 2500 gram erkek bebek doğurtuldu. Yapılan EKG'de kalp hızının 67/dak olduğu görüldü. Femoral venden girilerek geçici paze takıldı. Kalp atım hızı 87atım/dak olarak ayarlandı.

**Anahtar sözcükler:** Maternal lupus, kongenital fetal kalp bloğu.

## PB-052

### Prenatal tanı almış bir sağ arkus aorta olgusu

Seçil Karaca Kurtulmuş<sup>1</sup>, Emre Ekmekçi<sup>2</sup>, Alkım Yıldırım<sup>2</sup>, Sefa Kelekçi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Sağ yerleşimli arkus aorta ender görülen bir vaskular patolojidir. Sıklıkla asemptomatik seyretse de eğer trakea veya özefagusu basıyorsa kronik öksürük, dispne ve disfaji tablolarına neden olabilmektedir. Postnatal dönemde tanısı sıklıkla obstrüktif akciğer hastalıklarının ayırıcı tanısı sırasında konulmaktadır. Fetal kardiyak tarama, fetal anomali taramasının önemli kısımlarından biridir. Fetal kalp dört odacık görüntüsü, beş odacık görüntüsü ve üç damar trakea görünümü açısından değerlendirilmelidir. 31 yaşında gravida 3 parite 1 abort 1, dış merkez takipli, son adet tarihine göre 24 haftalık gebe kliniğimize fetal anomali tarama amaçlı başvurdu. İlk trimester kombine test taraması normaldi. Yapılan sonografik anatomik taramada fetal anatomi normal olarak değerlendirildi ve biyometrik ölçümleri gebelik haftası ile uyumlu idi. Fetal kardiyak muayenede 4 odacık ve 5 odacık planları ve büyük damar çıkışları normal olarak izlendi. Üç damar trakea planında aortanın trakeanın sağında yerleşimi izlendi. Ekokardiyografide sağ yerleşimli arkus aorta ile birliktelik gösteren ek anomali izlenmedi. Hastaya fetal karyotipleme ve Di George sendromu taraması yapılması planlandı. Kordosentez ile yapılan karyotip sonucu normaldi ve 22q11 mikrodeselesyonu saptanmadı. Hastanın perinatal izlemi kliniğimizde devam etmektedir. Burada fetal anomali ultrason taramasında sağ yerleşimli arkus aorta dışında başka fetal anomali saptanmayan bir hastayı sunduk. Bu durumlarda fetal karyotipleme ve ikinci trimester detaylı anatomik tarama yapılmalıdır. Yenidoğanda dispne, kronik öksürük ve disfaji yapabileceğinden sağ yerleşimli arkus aortanın antenatal tanısı önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Fetal ekokardiyografi, sağ arkus aorta.

## PB-053

### Holoprosensefaliye yönelik prenatal ultrason tanısı: olgu sunumu

Najeh Hsayaoui, Chaouki Mbarki, Youcef Cadhy, Banene Hamdi, Hedhili Oueslati

Ben Arous Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ben Arous, Tunus

**Giriş:** Holoprosensefali (HPE), evokatif yüz anomalileriyle birlikte seyreden şiddetli ve kompleks bir konjenital beyin malformasyonudur. Hastalığın prevalansı 10.000 canlı ve ölü doğumda 1 ve 250 gebelikte 1 olarak hesaplanmaktadır. Bu

malformasyonun erken antenatal tanısı, uygun ve erken obstetrik yönetim bakımından hayattır.

**Amaç:** Bu olgu sunumunda, ultrason muayenesinin prenatal holoprosensefali tanısındaki önemini vurgulamayı amaçladık.

**Yöntem ve Bulgular:** HN, belirli bir geçmiş hikayesi bulunmayan ve görünüşte iyi bir sağlığa sahip bir çocuğun annesi olan 32 yaşında bir hastaydı. Sistemik sonografi muayenesi için olgu, gebeliğinin 22 haftasında görülmüştür. Morfolojik ultrasonda şu intrakraniyal belirtiler gözlemlenmiştir: Büyük bir monoventriküler kavite, orta hat yapılarının eksikliği ve alobar holoprosensefaliye yönelik talamik kitlelerin füzyonu. Bu hastadaki glisemik değerler normaldi ve toksoplazmoz ve rubellaya yönelik edinilmiş immünite mevcuttu. Amniosentez gebeliğin 23. Haftasında gerçekleştirildi ve anormal karyotip teşhis edildi. Fetus, 21. kromozomda trizomiye sahipti. Aile, ultrason anomalileri nedeniyle gebeliği sonlandırmaya karar verdi. Gebeliğin başlatılmasından sekiz saat sonra vajinal yoldan misoprostol verildi. Daha sonra yapılan otopside, alobar HPE gözlemlendi.

**Sonuç:** HPE, sıklıkla yüz anomalileriyle ilişkili olan nadir bir konjenital beyin malformasyonudur. Alobar tipi için genellikle prognozu kötüdür. 14. – 16. amenore haftasından itibaren ultrason tanısı mümkündür.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal tanı, holoprosensefali.

#### PB-054

##### Prenatal sonografi ile diastematomiye tanısı konulabilir

Chaouki Mbarki, Najeh Hsayaoui, Hajer Bettaieb, Abir Karoui, Hedhili Oueslati

*Ben Arous Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ben Arous, Tunus*

**Giriş:** Diastematomiye, spinal kordun boylamasına (sagittal yönde) “ayrılmasıyla” sonuçlanan, oldukça nadir bir konjenital anomalidir.

**Amaç:** Çalışmamızda, izole diastematomiye olgusunda prenatal ultrason tanısının önemini belirlemek üzere literatür incelemesinin yanı sıra kurumumuzda prenatal olarak tanısı konulan bir diastematomiye olgusunu incelemeyi amaçladık.

**Yöntem ve Bulgular:** Diastematomiye olgusu, suprapubik yaklaşımla gerçekleştirilen ultrason muayenesi aracılığıyla gebeliğin 23. haftasında tespit edildi. Olguda, orta hat ekonojenik kemik dikenli, asimetrik yarı-kordlu vertebral kolonun kemik çıkıntısında dağılma görülmüştür. Canlı doğan fetus, pediatrik bir nörolog tarafından muayene edilmiştir. Ardından, literatürde daha önce bildirilen olguları incelemek üzere PubMed sisteminde bir araştırma gerçekleştirilmiştir.

**Sonuç:** Prenatal tanı, genellikle ikinci trimesterde konulmaktadır. Diastematomiyeinin intrauterin tanısı, etkilenen vakaların uygun yönetiminden faydalanmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal tanı, diastematomiye.

#### PB-055

##### Hatay ilinde akrania sıklığı

İlay Öztürk Gözükara, Arif Güngören, Kenan Dolapçioğlu, Raziye Keskin Kurt, Dilek Benk Şilfeler, Ali Ulvi Hakverdi  
*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay*

**Amaç:** Akrania kranial düz kemiklerin tam veya parsiyel yokluğu ile karakterize nadir görülen konjenital bir bozukluktur. Akraniada normal yüz kemikleri, normal servikal kemikler izlenir. %100 mortalitesi olan bu durum yaklaşık 20.000 canlı doğumda bir görülürken kız bebekleri daha fazla etkilenmektedir. Her zaman olmasada sıklıkla anensefali ile ilişkilidir. Sonraki gebeliklerde tekrarlama hızı oldukça düşük olduğu için genetik danışmanlık rutin yaklaşımda önerilmemektedir.

**Yöntem:** Mustafa Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğe 2010-2014 yılları arasında başvuran 10.616 gebe hasta taranmıştır. 19 hastada akrania saptanmıştır. Hastaların ortalama gebelik haftası 16 hafta 4 gün (12-28 arası) olup, hastaların tümüne gebelik terminasyonu uygulanmıştır.

**Sonuç:** Bizim çalışmamızda yaklaşık %0.2 sıklığında görülen akrania sıklığının reproduktif yaşta 0.4 mg folik asit desteği ile %0.03 e gerileyebildiği çalışmalarda gösterilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Akrania, insidans, Hatay.

#### PB-056

##### Diastometamiye'nin prenatal tanısı: Olgu sunumu

Resul Arısoy, Emre Erdogdu, Oya Demirci, Pınar Kumru, Oya Pekin, Murat Muhcu

*Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Prenatal tanı almış fetal diastometamiye olgusunun sunulması ve yönetiminin tartışılması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 26 yaşında gravida 1, parite 0 olan gebenin 21. gebelik haftasında yapılan detaylı ultrasonografi muayenesinde kanalı çaprazlayan ekonojenik kemik çıkıntı, etkilenen spinal segmentin üzerindeki cilt ve yumuşak dokuların intakt olduğu saptandı. Konus medullaris mesafesi 24 mm olarak ölçüldü ve gergin kord sendromu dışlandı. Diğer sistemlerin muayenesinde ek anomali saptanmadı. Aileye fetus hakkında danış-

manlık verildikten sonra gebelik takip edildi. 40. gebelik haftasında vajinal yolla 3280 gr ve 9/10 APGAR skoru ile doğurulan kız cins bebekte herhangi bir nörolojik defisit saptanmadı. Yenidoğan çocuk nöroloji kliniği takibinde kalmak üzere postpartum birinci günde taburcu edildi.

**Sonuç:** Fetal diastometamyeli olgularında gergin kord sendromu ve diğer sistem anomalilerin varlığı araştırılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Fetal diastometamyeli, gergin kord sendromu.

## PB-057

### Retroserebellar araknoid kist

Hicran Acar Şirinoğlu, Resul Arısoy, Emre Erdoğan, Oya Demirci, Kaan Pakay, Oya Pekin, Murat Muhcu

*Zeynep Kamil Kadın Doğum Hastalıkları ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Prenatal olarak retroserebellar araknoid kist tanısı konulan olgu sunumu ve bu olgu yönetiminin tartışılması

**Olgu:** 24 yaşında gravida 1, parite 0, 22 haftalık gebeliği olan kadın, fetusta retroserebellar araknoid kist saptanması üzerine ünitemize refere edildi. Yapılan detaylı ultrasonografide 28 mm\*22 mm büyüklüğünde kranial retroserebellar araknoid kist, 13.18 mm büyüklüğünde sisterna magna ve normal büyüklükte serebellumu olan canlı tek gebelik saptandı. Genetik konsültasyon sonrası amniosentez yapıldı. Fetal karyotip analiz sonucu 46XX bulundu.

**Sonuç:** Kistik anomaliler, fetusta aksiyal transserebellar kranial planda kolaylıkla tanınabilir. Ancak, ayırıcı tanısı güçtür. Retroserebellar araknoid kist serebrospinal sıvının birikimiyle oluşur, ultrasonografide hipoekojen kistik kitle olarak görülür. Retroserebellar araknoid kist tanısı ikinci trimesterde ultrasonografik olarak konabilir, ancak mega sisterna magna, Blake's poş kisti ve Dandy-Walker malformasyonundan ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Retroserebellar araknoid kist, prenatal tanı.

## PB-058

### Gebelikte karbonmonoksit zehirlenmesi

Nihal Şahin Uysal<sup>1</sup>, Çağrı Gülümser<sup>1</sup>, Filiz Fatma Yanık<sup>1</sup>, Esra Kuşçu<sup>1</sup>, Aslıhan Abbasoğlu<sup>2</sup>, Aylin Tarcan<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Ankara*

**Amaç:** Gebelik sırasında yaşanan karbon monoksit zehirlenme olgusunu sunmak ve karbon monoksitin maternal ve fetal etkilerini tartışmak.

**Yöntem:** 32 yaşında 15 haftalık gebeliği olan kadın, karbon monoksit zehirlenmesi nedeniyle senkop geçirmiştir ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'ne başvurmuştur. Hastanın ilk değerlendirmesi ve tedavisinin yanı sıra perinatal takibi sunulmaktadır.

**Bulgular:** Hastanın acil serviste yapılan fizik muayenesinde ek bir özellik bulunmamıştır. Hemen maske ile oksijen uygulanmıştır ve laboratuvar analizleri yapılmıştır. Karboksihemoglobin (Co-Hb) seviyesi %31 idi. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sonuç vermiştir. Hasta hastaneye yatırılmış ve yoğun bakım ünitesinde takip edilmiştir. Ultrasonda fetal kalp hızı 160/dakika tespit edilmiştir. Birkaç saat sonra, hasta hiperbarik oksijen tedavisi için başka bir hastaneye transfer edilmiştir. Vaka perinatoloji konseyinde tartışıldı, CO-Hb seviyesi % 15'den daha yüksek idi ve bu durumun ölüm ya da ağır nörolojik sekellere neden olabileceği belirtilti. 20. gebelik haftasında yapılan detaylı ultrasonda kranial anatomi ve yapısal taraması normaldi. Gebeliğin 23. haftasında fetal manyetik rezonans görüntüleme yapıldı ve sonuç normal olarak rapor edildi. Hasta ve kocası hamileliğin devamına karar verdi. Hasta Mayıs 2014'te gebeliğinin 39. haftasında 2.930 gram ağırlığında sağlıklı erkek bebeği vajinal yol ile doğurdu. Yenidoğanın 1. ve 5. dakika APGAR skorları sırasıyla 8 ve 9 idi. Kan gazı analizleri normal sonuçlandı. Laktat düzeyi (3.6 mmol/L), üst sınırdan daha yüksekti.

**Sonuç:** Gebelik sırasında CO zehirlenmesi olduğunda, CO başlangıçta hemoglobine bağlanarak annede, daha sonra fetal dokuda hipoksiye neden olur. Fetal hemoglobine daha yüksek afinitesi vardır böylece transplental geçiş özellikle beyin olmak üzere fetüse zarar verebilir. Hiperbarik oksijen tedavisi fetusün riskini azaltabilir. Akut maternal CO zehirlenmesi %19-24 maternal mortalite ve % 36-67 fetal mortalite ile ilişkilidir. Literatürde, maternal tutulumun ciddiyeti, zehirlenmenin olduğu gestasyonel hafta gibi fetal sonucu belirleyen bazı prediktörler tanımlanmıştır. Plösentel CO difüzyon kapasitesi gestasyonel yaş ile artar ve fetal ağırlıkla orantılıdır. Zehirlenme erken gebelikte olursa anatomik malformasyonlar, özellikle de ekstremit malformasyonları gibi iskelet anomalileri daha sık görülmektedir. Geç gebelik sırasında fetal beyin anoksik ensefalopatiye yol açan CO'e daha duyarlı görünmektedir. Ancak, gebeliğin herhangi bir aşamasında psikomotor ve mental gelişimde fonksiyonel bozukluklara neden olabilir. Bizim vakamızda, yenidoğanda CO maruziyetine atfedilecek herhangi bir belirti yoktu, ancak 3 ay psikomotor ve zihinsel gelişim hakkında konuşmak için henüz çok erkendir.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, karbonmonoksit, zehirlenme.



**PB-059****Dandy-Walker varyantı**

Aytekin Aydın<sup>1</sup>, Mustafa Öztürk<sup>1</sup>, Uğur Keskin<sup>2</sup>,  
Kazım Emre Kardeşin<sup>2</sup>, Ulaş Fidan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Etimesgut Askeri Hastanesi, Ankara;* <sup>2</sup>*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara*

**Amaç:** Dandy-Walker varyantı; serebellar vermisin değişken hipoplazisi ile kistik posterior fossa kitlesi ve posterior fossanın büyümemesi. Walker varyantının prenatal sonografik tanısı, 18. gebelik haftasından önce zordur. Çalışmamızda, 20. gebelik haftasında rutin antenatal ultrasonografi esnasında tanısı konulan bir Dandy-Walker varyantı olgusunu inceledik.

**Olgu:** 32 yaşındaki primigravid hasta, gebeliğinin 20. Haftasında rutin antenatal ultrason için kliniğimize başvurdu. Yapılan ultrasonografide, 20. gebelik haftasıyla uyumlu canlı tek intrauterin gözlemlendi. Fetal posterior fossa normal boyutlardaydı ancak 4. ventrikülle iletişimde olan büyük bir aneşik lezyonla birliktelik göstermekteydi. Serebellar vermisin hipoplazisini düşündürdü ancak hiçbir hidrosefali bulgusu yoktu. Detaylı fetal anatomi ultrason muayenesinde serebellar vermisi hipoplazisi dışında ek anomali görülmedi. Hasta istemediğinden amniyosentez yapılmadı. Hasta, termde 2.6 kg ağırlığında erkek bebek doğurdu. Yenidoğanın fiziksel muayenesinde hiçbir konjenital anomali gözlemlenmedi. Hiçbir konjenital intra veya ekstra-kraniyal malformasyon yoktu. Herhangi bir konjenital kardiyak defekte rastlanmadı. Dandy-Walker varyantının son tanısı konuldu.

**Sonuç:** Dandy-Walker malformasyonunun tahmini prevalansı yaklaşık 1/30.000 canlı doğumdur. Dandy-Walker malformasyonu sıklıkla, diğer intrakraniyal anomaliler, polikistik böbrekler, kardiyovasküler defektler, polidaktili ve yarık damak ile birliktelik gösterir. İzole Dandy-Walker varyantı, normal bir neonat için en yüksek şansa sahiptir.

**Anahtar sözcükler:** Dandy-Walker varyantı.

**PB-060**

**Ultrasonografik farklı tahmini fetal ağırlık formüllerinin doğum ağırlığını belirlemedeki prediktivite ve doğum ağırlığı ile korelasyonları**

Irfan Özer, Elif Gül Yapar Eyi, Selçuk Erkinç

*Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara*

**Amaç:** Doğum Ünitesinde yaygın kullanılan 2 boyutlu 8 farklı ultrasonografik tahmini fetal ağırlık modelinin gerçek doğum ağırlığını belirlemedeki doğruluğunu karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Bu prospektif kohort çalışma tek dal Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi'nde, Ekim 2013-Mart 2014 ayları arasında doğum salonuna yatırılan

1000 gebede yapıldı. Maternal obezite, oligohidramniyos, membran rüptürü mevcudiyeti ve 6 cm üzerinde açıklığı olan aktif doğum eylemindeki gebeler ultrasonografik değerlendirmeyi etkileyebilecek maternal ve fetal faktörler olarak değerlendirilerek çalışma dışı bırakıldı. Ultrasonografik tahmini fetal ağırlık ölçümlerinden doğum 24 saat içinde gerçekleşen değerler alındı; ölçümler tek bir operatör (İÖ) tarafından gerçekleştirildi. Fetal biyometri "Hadlock 1", "Hadlock 2", "Hadlock 3", "Hadlock 4", "Campbell", "Combs", "Ott", "Warsoff" olmak üzere 8 farklı tahmini fetal ağırlık modeli ile değerlendirildi. Bu formüllerin doğruluk değerlendirmesinde.

- Ortalama hata: Tahmini doğum ağırlığı (TDA) - Gerçek doğum ağırlığı (GDA) değerlerinin cebirsel toplamının ortalaması,
- Mutlak ortalama hata: TDA-GDA değerlerinin toplamının ortalaması
- Ortalama % hata: (TDA-GDA) / GDA x 100 değerlerinin cebirsel toplamının ortalaması
- Mutlak ortalama % hata: Gerçek doğum ağırlığının yüzdesine karşı gelen mutlak hata payı (TDA-GDA) / GDA x 100 değerlerinin toplamının ortalaması olmak üzere karşılaştırıldı.

İstatistiksel değerlendirmede SPSS 17 versiyonu kullanıldı. **Bulgular:** Doğum 24 saat içinde gerçekleşen 914 düşük risk grubundaki gebe, sonuçları ile değerlendirildiğinde 8 farklı tahmini doğum ağırlık formülü ve gerçek doğum ağırlıkları arasında anlamlı farklılıklar belirlenirken ( $p < 0.001$ ), her formülün gerçek doğum ağırlığı ile anlamlı korelasyon gösterdiği ortaya kondu ( $p < 0.001$ ). Gerçek doğum ağırlığına göre ultrasonografik tahmini fetal ağırlık formüllerinden ortalama mutlak hata yüzdesi en düşük olan Hadlock 4 formülü olarak değerlendirildi ( $0.97 \pm 1.37$ ). Tahmini doğum ağırlığını belirlemede düşük riskli gebe grubumuzda güven aralığı en dar olan formülü Hadlock 4 idi.

**Sonuç:** Ultrasonografi ile tahmini fetal ağırlığın doğru belirlenmesi maternal ve neonatal sonuçları olumlu etkileyebilir. Bu nedenle tüm araştırmacıların kendi popülasyonlarında gerçek doğum ağırlığına göre mutlak hata oranı ve mutlak hata yüzdesi en düşük formülü belirleyip ona göre ölçümlerini yapmaları gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Tahmini fetal ağırlık, ultrasound.

**PB-061**

**Konjenital diyafragma hernisinin prenatal tanısı**

Najeh Hsayaoui<sup>1</sup>, Chaouki Mbarki<sup>1</sup>, Eya Gharbi<sup>1</sup>,  
Abir Karoui<sup>1</sup>, Hedhili Oueslati<sup>1</sup>, Saoussen Melliti<sup>2</sup>,  
Sana Mezghani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Ben Arous Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ben Arous, Tunus;* <sup>2</sup>*Ben Arous Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Ben Arous, Tunus*

**Giriş:** Hernia diyafragma kubbesi (HDK), canlı doğan her 3000 bebekten birini etkilemektedir. Plöroperitoneal kanalın kapanmaması nedeniyle diyafragmanın çok erken kapanması defekti, bozuk akciğer gelişimi ve fizyolojisinden sorumludur. Toraks ve abdomen arasındaki basınç farkı nedeniyle toraks-taki abdominal organlar, yetersiz akciğer gelişimine neden olarak hareket etmektedir. Konjenital diyafragma hernisinin tanısı, çoğunlukla rutin bir ultrason esnasında konmaktadır.

**Amaç:** Bu çalışmada, iki hernia diyafragma kubbesi olgusunu açıklamayı ve bu durumun tanısında ultrason muayenesinin önemini göstermeyi amaçladık.

**Yöntem ve Bulgular:** Çalışmamızda, antenatal ultrason muayenesiyle tanı alan iki HDK olgusunu sunduk.

**Olgu 1:** Geçmiş hikâyesi olmayan 32 yaşındaki bir kadın, amenorenin 24. haftasında morfolojik ultrason muayenesi için Ben Arous Hastanesi'ndeki (Tunus) Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanımıza başvurmuştur. Ultrason muayenesi, suprapubik yaklaşımla gerçekleştirildi. Sol diyafragma hernisi mevcuttu. Sol toraksta mediastinal geçişle ilişkili mide ve sağa sapsmış kalp varlığına ek olarak sol süt kadranda abdominal bölgede midenin eksikliğini fark ettik. Fetal manyetik rezonans görüntüleme (MRI) sol diyafragma kubbesi görünmedi ancak mide sindirim kollarının yükselişi ve dalağın sol yarı toraksı kaplayışı gözlemlendi. Ultrason izlemi esnasında hiçbir polihidramniyoz gözlemlenmedi ve transvers abdominal çap ortalama değerlerdedi. Doğumhanede anında solunum güçlüğü sergileyen ve H1'de ölen, 33 haftalık bir erkek bebeğin doğal yollarla prematüre doğumuyla gelişim dikkat çekmiştir.

**Olgu 2:** İlişkili diğer hiçbir malformasyonla izole olmayan bir sol diyafragma hernisi tanısı alan 30 yaşındaki bir kadın için amenorenin 23. Haftasında morfolojik ultrason yapıldı. Hiçbir kromozom anomalisi bulunamadı. Doğum, pediyatrik cerrahlarla işbirliği içinde planlandı, bebek doğuruldu ancak iki ay sonraki ölümüyle sonuç olumsuzdu.

**Sonuç:** Çok sayıda ultrason belirteci, tanı ve sonuç kestirimi aracı olarak tanımlanmıştır. Manyetik rezonans görüntüleme, antenatal tanı koymaya ve perinatal sonucu doğru şekilde değerlendirmeye yardımcı olabilecek ek görüntüleme yöntemleri olarak tanımlanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Sonografi, antenatal tanı, konjenital diyafragma hernisi.

## PB-062

### Konjenital üst hava yolları obstrüksiyon sendromu (CHAOS): Prenatal tanı alan iki olgu sunumu

Selçuk Yetkinel, Tayfun Çok, Hakan Kalaycı, Halis Özdemir, Huriye Ayşe Parlakgümüş, Ebru Tarım

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana*

Konjenital üst havayolu obstrüksiyon sendromu (Congenital high airway obstruction syndrome- CHAOS) genellikle larinks ya da trakeanın atrezi ya da stenozu sonucu oluşan fetal üst hava yollarının komplet ya da parsiyel obstrüksiyonudur. Prenatal dönemde ultrasonografide bilateral genişlemiş hiperekojen akciğerler, dilate hava yolları, düzleşmiş ya da invert olmuş diyafram izlenir. Toraks içi basınç artışı ile venöz dönüş azalır. Fetal kalp yetmezliği ile birlikte asit, plasentomegali ve hidrops fetalis oluşur. Prenatal dönemde tanı konulamaması durumunda genellikle doğumda ya da doğumdan hemen sonra ölümle sonuçlanır. CHAOS tanısı doğum sonrası akut solunum sıkıntısı sonucu entübasyon güçlüğü ve direk laringoskopide pasaja izin veren noktasal açıklığın görülmesiyle de konulabilir. 1/50.000 doğumda görülen CHAOS' da hastanemizde tanısı konulan iki vakanın sunumunu amaçladık.

**Olgu 1:** 24 yaşında 17 haftalık gebeliği olan hasta dış merkezden fetal hidrops nedeniyle merkezimize sevk edildi. Yapılan obstetrik ultrasonografide bilateral akciğerler hiperekojen ve ileri derecede büyümüş görünümde, diyafram aşağı doğru itilmiş saptandı. Batında asit izlendi. Böbrek boyutları artmış saptandı. Bebeğin yaşam ihtimalinin çok az olduğu aileye anlatıldı. Gebeliğin sonlandırılması veya bekleme seçeneği anlatıldı. Hasta gebeliğinin devamını istedi. 2 hafta sonra 19/2 hafta büyüklükte hasta kontrole geldiğinde hidropsu artmış saptandı.

**Olgu 2:** 19 yaşında 14 hafta 5 gün gebeliği olan hasta dış merkezden fetal asit nedeniyle refere edilen hastaya yapılan obstetrik ultrasonografide bilateral akciğerler normalden büyük ve hiperekojen görünümdeydi. Genişlemiş akciğerler diyaframı invert ediyordu. Batında asit mevcuttu. Kalpte triküs pit regürjitasyonu izlendi. Bilateral club foot saptandı. Hastaya mevcut ultrasonografi bulgularıyla CHAOS tanısı konuldu. Hastaya sendromun kötü seyri hakkında bilgi verildi. Aile isteği üzerine terminasyon kararı alındı.

**Sonuç:** Erken dönemde bilateral diyaframı invert eden büyük ve hiperekojen akciğerlere eşlik eden hidrops, asit gibi bulgular saptandığında CHAOS akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Konjenital üst hava yolları obstrüksiyon sendromu, vaka.

## PB-063

### Konjenital kistik adenomatoid malformasyon: Olgu sunumu

Sevcan Arzu Arıkan, Resul Arısoy, Emre Erdoğan, Oya Demirci, Oya Pekin, Pınar Kumru, Murat Muhcu

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

**Amaç:** Prenatal tanı almış konjenital kistik adenomatoid malformasyon olgusunun sunulması ve yönetiminin tartışılması amaçlanmıştır.

**Olgu:** Yirmi altı yaşında gravida 1 olan gebenin son adet tarihine göre 20 hafta 3 günlükken yapılan detaylı ultrason muayenesinde sağ akciğerin içinde multipl sayıda sınırları düzgün hipoekojen kistik alanlar tespit edilmiştir. Sol akciğerde ve diğer sistemlerde bir özellik tespit edilmemiştir. Uterin arterler, umbilikal arter ve duktus venozus Doppler akımları normal sınırlarda izlenmiş olup triküspit yetmezlik ve hidrops bulguları izlenmemiştir. Tip 1 konjenital kistik adenomatoid malformasyon ön tanısı konularak; aile fetüsün prognozu açısından bilgilendirilip takibe alınmıştır. Kontrolde gelmeyen hasta iki ay sonra ağrı şikayetiyle acile başvurmuştur. Yapılan ultrason muayenesinde fetal kalp atımı izlenmemiştir. Vajinal yolla doğum gerçekleştirilmiştir.

**Sonuç:** Tip 1 konjenital kistik adenomatoid malformasyon olgularının ayırıcı tanısı ve eşlik eden diğer anomalilerin varlığı yönetim açısından önemlidir. Erken fetal hidropsun ve kalp yetmezliği bulgularının eşlik etmediği olgularda prognoz iyi olup hastalar belli aralıklarla kontrole çağrılarak konservatif olarak takip edilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Konjenital kistik adenomatoid malformasyon, prenatal tanı, yönetim.

## PB-064

### Cantrell pentalojisinin prenatal tanısı

Şenol Şentürk, Işık Üstüner

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Cantrell pentalojisi, 65.000 ila 200.000 canlı doğumda 1'lik tahmini prevalansıyla oldukça nadir bir heterojen torakoabdominal duvar kapanma defektidir. Çalışmamızda, birinci trimesterdeki hamile bir kadında görülen nadir Cantrell pentalojisi olgusunu sunduk.

**Olgu:** Son adet dönemine göre hamileliğinin 13+0. haftasında olan 26 yaşındaki G1P0 hastanın ultrason muayenesinde, fetüste anterior abdominal ve anterior torasik duvarlar gözlemlenmedi ve kalp ile karaciğerin orta hat defektinde büyük supraumbilikal omfalosel üzerinden çıkıntı yaptığı tespit edildi ve vertebral kolonun ekstrem deformiteleri olan kistik higroma mevcuttu (torakolumbar). Ultrasonografik bulgular, Cantrell pentalojisini destekliyordu. Aileye genetik ve obstetrik danışmanlık verildi. Aile, kötü prognoz ve düşük sağkalım oranı nedeniyle gebeliği sonlandırmak istedi. Hasta, gebeliğin sonlandırılması için kliniğe başvurdu ve tek doz mizoprostol verilerek doğum indüksiyonu başlatıldı. Hasta, indüksiyonun başlatılmasından 12 saat sonra medikal olarak geç kürtaj oldu. Kürtaj sonrası yapılan homojen fetüs muayenesinde supraumbilikal anterior abdominal ve anterior torasik duvarlar dâhil orta hat defektinin mevcut olduğu, kalp ve in-

traabdominal organların bu defekten çıkıntı yaptığı ve vertebral kolonun (torakolumbar) ekstrem deformiteleri olan kistik higromanın mevcut olduğu tespit edildi. Fetal karyotip değerlendirmesi için dermal biyopsi gerçekleştirildi ve fetüsün 46 XY olduğu belirlendi. Kürtajın ardından gerçekleştirilen takiplerde herhangi bir anormal bulguya sahip olmadığı belirlenen hasta taburcu edildi.

**Tartışma:** Cantrell pentalojisi ilk kez Cantrell ve ark. tarafından 1958 yılında abdominal duvar, diyafragmatik, perikardiyal, sternal ve kalp defektleri dâhil nadir bir torakoabdominal gelişim bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Sendromda açıklanan anomalilerdeki farklılıklar olabildiği gibi, literatürde eşlik eden çeşitli anomaliler de bildirilmiştir. Toyama ve ark. Cantrell pentalojisini 1972'de 3 kategoriye ayırmıştır: Bu kategoriler şöyle tanımlanmıştır: Grup 1, tüm defektlerin birlikte mevcut olduğu kesin tanı; Grup 2, sadece 4 defektin birlikte var olduğu muhtemel tanı; Grup 3, çeşitli defekt kombinasyonlarıyla eksik tanı. Çalışmamızda, sendroma özgü tüm beş anomali ve malformasyon belirlenmiştir.

**Sonuç:** Sonuç olarak, eğer ektopia kordis ve omfalosel mevcutsa, erken tanı ilk trimesterde olasıdır. Özellikle omfalosel ve ektopia kordis varlığında ve erken gestasyonel haftalarda tespit edildiğinde, yüksek mortaliteye sahip fetuslu gebeliklerin sonlandırılması daha kolay olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Cantrell pentalojisi, omfalosel, ektopia kordis.

## PB-065

### Fetal adrenal kanamanın prenatal sonografik tespiti

Şenol Şentürk<sup>1</sup>, Yavuz Metin<sup>2</sup>, Işık Üstüner<sup>1</sup>, Yeşim Bayoğlu Metin<sup>1</sup>, Figen Kır Şahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize; <sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Büyük bir kistik adrenal kitlenin prenatal bulgusunun tespiti, adrenal kanama ve kistik nöroblastoma arasındaki ayırıcı tanı bakımından bir ikileme neden olur. Çalışmamızda, ilk kez 43 hafta 4 günlük menstruel yaşta sonografıyla bir yenidoğanda tespit edilen adrenal kanama olgusunu sunduk.

**Olgu:** Yirmi üç yaşında G1P0 gebe, rutin takip için kliniğimize başvurdu. Daha önce düzenli bir adet döngüsüne sahip olan hastanın son adetinden bu yana 34 hafta 4 gün geçmişti. Hastanın akraba evliliği bulunmamaktaydı ve yapılan ultrasonografide, gebeliğin 34. Haftasında fetusun sağ böbrek bölgesinde 18.6x17.5 mm çapında net şekilde diferansiye edilmiş bir hipoekoik kistik lezyon saptandı. Ultrasonda fetal adrenal kanama ve kistik nöroblastoma ön tanıları konuldu ve

hiçbir ek anomali saptanmadı. Hastanın geçmişinden, daha önce ikinci trimester ve üçüncü trimester tarama testlerini yaptırdığı öğrenildi ve normal değerlere sahip olduğu düşünüldü. Hasta, ek bir anomali olabileceği yönünde bilgilendirildi. Hasta geç gestasyonel haftasında olduğundan ve istemediğinden amniyosentez yapılmadı. Rutin laboratuvar ve tümör belirteç seviyeleri normaldi. Rutin gebelik takibi boyunca tümörün boyutunun küçüldüğü gözlemlendi. Gebeliğin 39. haftasında normal bir doğum gerçekleşti. Yenidoğanda hiçbir patolojik bulguya rastlanmadı. Ultrason ve MR muayenelerinde böbrekte, karaciğerde ve safra kanallarında hiçbir patolojik bulgu gözlemlenmedi. Fetal adrenal bölgede, 5.8x4.7 mm çapında hafif heterojen eko dokusuyla birlikte bir fetal adrenal kanama bölgesi tespit edildi. Tam kan sayımı sonuçları, kan kimya testleri ve tümör belirteç değerleri normal aralık içinde olduğundan, bebek takibe alındı. Her iki haftada bir ultrason muayenesi yapıldı. Kanama bölgesinin kademeli olarak azaldığı görüldü. Ay sonunda bebekte kist görülmediğinden ve laboratuvar bulguları normal bulunduğundan takip sonlandırıldı.

**Tartışma:** Nöroblastoma düşüncesi, genellikle bu lezyonun cerrahi eksizyonu ile sonuçlanır. Ancak gereksiz bir cerrahi işlemden kaçınmak için, adrenal kanama tanısının zamanında konulması gerekmektedir. Büyük kütlelerde dâhi bu tür tümörlerin ayırıcı tanısını yapabilmek için, yakın postnatal takip seri ultrasonografi ile gerçekleştirilmelidir. Tümör boyutu küçülmedikçe, cerrahi tedavi gerekli değildir. Yine de, adrenal kanama ve spontane olarak çözülen nöroblastoma arasında ayırıcı bir tanı koymak mümkün değildir.

**Sonuç:** Olgumuz, adrenal kanamanın gebeliğin ikinci trimesteri gibi erken bir dönemde geliştirmiş olabileceğini akla getirmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Adrenal kanama, fetal adrenal kanama

## PB-066

### Akardiyak ikiz gebelik olgusunda ilk trimester intrauterin alkol tedavisinin başarısı

Melih Atahan Güven<sup>1</sup>, Harika Bodur Öztürk<sup>2</sup>, Önder Koç<sup>3</sup>, Serkan Erkanlı<sup>1</sup>, Deniz Usal<sup>2</sup>, Tayfun Bağış<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Acibadem Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>Acibadem Kadıköy Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul; <sup>3</sup>Memorial Ankara Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara

İkiz tersine arteriyel perfüzyon sekansı (TRAP) monokoryonik ikiz gebelikte ciddi bir durumdur. Monozigotik ikizlerin yüzde birinde, monozigotik üçüzlerin otuzda birinde ve 35.000 doğumda bir görülen oldukça nadir bir anomalidir. Bu durum, pompa ikiz için kalp yetersizliği nedeniyle yüksek perinatal ölüm riski ile birliktelik gösterir. Polihidramniyos

erken doğumu tetikleyebilir. Akardiyak ikiz gebeliklerin intrauterin tedavisinde bazı yöntemler önerilmiştir, akardiyak ikizin seçilmiş redüksiyonu, akardiyak ikiz gebeliğin intrauterin tedavisinde minimal invaziv ve etkili bir yöntem olarak sunulmuştur. İlk trimesterde akardiyak ikiz gebeliğin tedavisi yönüne bağlı yüksek komplikasyon insidansı nedeniyle tartışmalıdır. 12. gebelik haftasında intrauterin alkol enjeksiyonu ile tedavi edilen TRAP sekansı olgusu sunulmuştur. 12. gebelik haftasında proflaktik girişim, 16. gebelik haftasından önce pompa ikizin fetal kaybını engellerse yüksek sağkalım oranı ile sonuçlanabilir. TRAP sekansı olan hastalara ilk trimesterde proflaktik girişim önerilebilir. Daha sofistike invaziv yöntemlerin mevcut olmadığı tıbbi merkezlerde alkol ile ablasyon uygulanabilir.

**Anahtar sözcükler:** Akardiyak ikiz, ikiz gebelik, intrauterin girişim.

## PB-067

### Fetal ağırlıkta sonografik tahminin geçerliliği ve ikiz gebeliklerde ağırlık uyumsuzluğu

Kaouther Dimassi, Abir Karoui, Thouraya Ammous, Raouia Radhouani, Saida Belgacem, Nizar Ben Aissia, Amel Triki, Mohamed Faouzi Gara

Mongi Slim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, La Marsa, Tunus

**Giriş:** Ultrasonografi, ikiz gebeliklerinin yönetiminde çok önemli bir araçtır. Fetal ağırlık tahmini, prematürite, büyüme kısıtlılığı ya da büyüme uyumsuzluğu bakımından neonatal bakımı öngörmede faydalıdır.

**Amaç:** Bu çalışmada, ikizlerin tahmini fetal ağırlığının (TFA) doğruluğunu değerlendirmeyi ve doğum ağırlığı uyumsuzluğunu (DAU) tahmin etmede sonografik muayenenin doğruluğunu değerlendirmeyi amaçladık.

**Hastalar ve Yöntem:** Doğumdan sonraki 4 gün içinde en az bir kez ultrason muayenesi yapılan tüm ikiz gebelikler çalışmaya dâhil edildi. TFA, Hadlock2 formülüne göre hesaplandı. Standardize edilmiş hataların ortalaması ve %10 TFA içerisinde yer alan doğum ağırlığına (DA) sahip yenidoğan yüzdesi hesaplandı.

**Bulgular:** TFA ve DA arasındaki mutlak farklılıklar, her iki ikiz için benzerdi (İ1 için 187 gram [0-850] ve İ2 için 156 gram [0-600]). Ortalama mutlak yüzde hatası İ1 için %7.7 (0-32 gram) ve İ2 için %8.2 (0-27 gram) idi. Ortalama mutlak yüzde hatası, anlamlı hiçbir farklılık olmaksızın, İ1 için %42 ve İ2 için %46 oranlarıyla %10'dan yüksekti. Obezite, daha iyi bir ultrasonografi doğruluğuyla ilişkiliydi. Koryonisit, gestasyonel yaşı ve fetal prezentasyon, tahmini fetal ağırlığı etkilememiştir. Hipotrifi tanısında ultrasonografi, %90.32 hassasiyete, %78.94

özüllüğe, %83.5 pozitif prediktif değere (PPD) ve %87.5 negatif prediktif değere (NPD) sahipti. Büyüme uyumsuzluğu tahmini için hassasiyet %76.9, özüllük %81.8, PPD %50 ve NPD %93.5 idi.

**Sonuç:** Doğumdan sonraki dört gün içinde ikizler arası DAU için sonografik tahminin, rutin klinik kullanıma yetecek doğrulukta olduğu anlaşılmaktadır. Performans ve prediktif değerleri, TFA ve DA uyumsuzluğunu tanımlamak için seçilen eşik değerine bağlıdır.

**Anahtar sözcükler:** İkizler, uyumsuzluk, ağırlık.

### PB-068

#### İkiz anemi polisitemi dizisinin ultrasonla değerlendirilmesi

Fatma Douik, Kaouther Dimassi, Mariem Ajroudi, Raouia Radhouani, Nizar Ben Aissia, Amel Triki, Mohamed Faouzi Gara

*Mongi Slim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, La Marsa, Tunus*

**Amaç:** İkiz anemi polisitemi dizisi (İAPD), donörde kronik anemiye ve alıcıda polisitemiye yol açan küçük plasental vasküler anastomozlardan kaynaklanmaktadır. İAPD, şiddetli fetal veya neonatal hematolojik komplikasyonlarla, serebral hasarla ve perinatal ölümle sonuçlanabilir. Bu çalışmanın amacı, erken tanı konulmasına yardımcı olarak bu seyrek komplikasyonun sonuçlarını iyileştirmemizi mümkün kılan en alakalı ekografik belirtileri saptamaktır.

**Yöntem:** Tunus'taki Mongi Slim hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum bölümünde 2013 yılında tedavi edilen hastalar arasındaki iki olgu incelenmiştir.

**Bulgular:** İlk olgu, bir düşük ve bir doğum geçmişi olan, sıfır negatif kan grubuna sahip, gerçek gebeliği erken ilk trimester ekografisine göre spontane monokoryonik olan ve 31. haftada ikizlerden biri intrauterin ölü ve diğerinde hidrops fetalis olan 42 yaşında bir hastaydı. İkinci olgu ise, kazara keşfedilen hidramniozunun incelenmesi için 29. haftasındaki ilk gebeliğinde hastaneye yatırılan 28 yaşında bir hastaydı. Klinikimizde gerçekleştirilen ultrason muayenesinde ilk ikiz için şunlar gözlemlenmiştir: Mesane ve anamnioz yok, ikinci ikiz için: Polihidramniyosla birlikte büyük bir mesane var. Bu iki olguda da MCA'daki kan akışı 1.5 MoM'dan fazlaydı. Ayrıca ultrason, fetal transfüzyon rehberliğine imkân tanımıştır.

**Sonuç:** TAPS, acil bir fetal durumdur. Ultrason ise, tanısı ve fetal tedavisi için tek uygun araçtır.

**Anahtar sözcükler:** Fetal, anemi, ikiz.

### PB-069

#### Sefalotorakoomfalopagusun prenatal tanısı: nadir bir yapışık ikiz türü

Yasin Ceylan, Yasemin Doğan, Emre Kole, Gulseren Yucesoy, Sebiha Ozkan Ozdemir

*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmit*

**Amaç:** Yapışık ikizler, monoamniyotik ve monokoryonik gebeliğin nadir ortaya çıkan bir sonucudur. Çalışmamızda, prenatal ultrasonografik muayeneyle tanısı konmuş bir sefalotorakoomfalopagus yapışık ikiz olgusunu sunduk.

**Olgu:** 26 yaşında, gravida 2 para 1 kadın hasta, gebeliğin 24. haftasında yapışık ikiz şüphesi nedeniyle değerlendirme için perinatoloji bölümümüze başvurdu. Tıbbi geçmişi sıradandı. Aile geçmişinde hiçbir genetik anomali yoktu. Yapışık ikiz tanısı, prenatal ultrasonografik muayeneyle doğrulandı.

**Sonuç:** İki bebeğin anatomileri kısmen birleştiğinde ve bir veya daha fazla hayati organı paylaştığında yapışık ikizler ortaya çıkar. Yapışık ikiz insidansı 1:50.000 ila 1:250.000 canlı doğum arasında değişir. Çalışmamızda, oldukça nadir bir yapışık ikiz türü olan erkek sefalotorakoomfalopagus yapışık ikiz olgusunu sunduk. Paylaşılan organlara yönelik prenatal tanı, gebeliğin sonlandırılmasını veya muhtemel cerrahi ayırma stratejilerini gerektirmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Yapışık ikizler, sefalotorakoomfalopagus ikizler.

### PB-070

#### Heterotropik gebeliğin ultrason tanısı ve laparoskopik tedavisi

İsmet Hortu, Gökay Özçeltik, Deniz Şimşek, Ahmet Mete Ergenoğlu, Ahmet Özgür Yeniel

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir*

Heterotropik gebelik, intrauterin ve ekstrauterin gebeliklerin aynı anda mevcut bulunduğu nadir bir durumdur. Bu nadir durum, tanının geç konulması halinde kanama nedeniyle yaşamı tehdit eden ciddi bir acil durumdur. Tedavinin ana amacı, ekstrauterin gebeliği sonlandırırken intrauterin gebeliği korumaktır. Ekstrauterin gebeliğin sonlandırılması, cerrahi tedaviler ya da cerrahi olmayan tedaviler kullanılarak gerçekleştirilebilir. Yönetimi tartışmalıdır. Heterotropik gebeliğin tanısının hemodinamik olarak stabil olması durumunda konservatif yönetim düşünülebilir. Cerrahi olmayan tedaviler, ultrasonografik ya da laparoskopik kılavuz altında ekstrauterin gestasyonel keseye çeşitli ilaçların verilmesini içermektedir. Konservatif tedavi başarısız olduğunda ya da eşlik eden hemoperitoneum olduğunda cerrahi tedavi gerekli görülür. Cerra-

hi işlem, laparotomiyle ya da laparoskopik yaklaşımla gerçekleştirilebilir. Çünkü laparoskopik yaklaşım, azalmış iyileşme süresi ve antibiyotikler ile analjeziklere daha az gereksinim duyulması dâhil laparotomiye göre çeşitli avantajlara sahiptir. Çalışmamızda, gecikmiş adet ve vajinal kanama şikâyetleriyle acil servisimize başvurmuş 31 yaşındaki bir kadını inceledik. Ultrason taramasında, her ikisi de fetal kardiyak aktiviteye sahip, yaklaşık 7 haftalık bir intrauterin fetüs ve sol tübal bölgede yaklaşık 7 haftalık ikinci bir fetüs gözlemlendi. Olgu, prezentasyon esnasında hemodinamik olarak stabildi. Hastadan ve eşinden bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra hasta, laparotomi işlemi geçirdi ve sol salpingo-oofektomi uygulandı. Cerrahi operasyon sonrası ikinci günde olgu hastaneden taburcu edildi. Operasyondan iki hafta sonra hasta, kontrole çağrıldı ve ultrasonunda devam eden intrauterin canlı gebeliği ortaya konuldu.

**Anahtar sözcükler:** Heterotropik gebelik, laparoskopik cerrahi.

## PB-071

### Çoğul gebeliklerde seçici redüksiyon

Ebru Dikensoy, Emre Akçıl, Erdoğan Koca, Reyhan Gündüz  
*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gaziantep*

Çoğul gebeliklerin sıklığı dramatik olarak artmaktadır. İkiz veya daha fazla çoğul gebelikte özellikle erken doğum ve konjenital anomaliler gibi gebeliğin hemen her komplikasyonu için risk artmaktadır. Monokoryonik ikizlerde plasantal damarlanma şeklindeki değişiklikten kaynaklanan ilave komplikasyonlar için risk artmaktadır; ciddi discordant malformasyonlar, twin reversed arterial perfusion sequence, ikiden ikize transfüzyon sendromu veya ciddi selektif intrauterin gelişme geriliği gibi. Bu komplikasyonlar çoğul gebeliklerin yönetiminde değişikliklere neden oldu. İki den fazla çoğul gebeliklerin tüm seyrini düzeltmek ve gebelik ile ilgili riskleri azaltmak için redüksiyon güzel bir seçenektir. Kompleks monokoryonik gebeliklerde seçici terminasyon ikiz eşinin ölmesini veya çok erken doğmasını engellemek açısından hayat kurtarıcı olabilmektedir. Seçici redüksiyon yaklaşımından önce koryonisiteyi belirlemek bu nedenle çok önemlidir. İşlem 11 ve 14. haftalarda gerçekleştirilir çünkü hangi fetusun sonlandırılacağına yardımcı dair tüm bulgular bu haftada bize yardımcıdır. Redüksiyon işleminden önce ende kalınlığı taraması yapılmalıdır. Seçici redüksiyondaki riskler pek çok faktöre bağlıdır. Başlangıçtaki ve bitişteki fetus sayılarıyla, gebelik kaybı ve preterm doğum gibi kötü gebelik seyri arasında güçlü bir korelasyon vardır. İki den fazla çoğul gebeliklerde redüksiyonun ciddi yararı olsa da, geriye kalan embriyonun bir mi, iki mi yaks üç mü olması gerektiği konusunda kesinlik yoktur. Uzun süreli sonuç bilgileri olmadığı halde, daha az prematu-

rite daha sağlıklı yenidoğanla sonuçlanacağı belirlidir. Üçüzlerin tekile indirilmesi gebelik kaybı riskinde ciddi artışla ilişkili görünmemektedir. Biz üçüz gebelik olgumuzu göstermeyi amaçladık: Monokoryonik diamiyotik ikizler ve monokoryonik tekil gebelik 12. gebelik haftasındaydı. IVF gebeliğiydi ve 2 embriyo transferi yapılmıştı. Bir embriyo ikiye bölündüğü için üçüz gebelik oluşmuştu. Aile beş yıllık infertildi. Aile redüksiyon işleminin düşük riski oranı için oldukça stresliydi. Monokoryonik ikiz gebeliğin ikizden ikize transfüzyon, selektif IUGR ve erken doğum riski gibi olası komplikasyonları hakkında bilgilendirildi. Daha sonra aile tekil gebeliğe reüksiyonu kabul etti. Her bir fetusa ense kalınlığı, burun kemiği ve duktus venozus akım ölçümleri yapıldı. Ultrasonografi eşliğinde transabdominal yolla, 22 gauge iğne ikizlerin kalbine veya torax içine yönlendirildi ve potasyum klorid enjekte edildi. Hasta şu anda 28. gebelik haftasında, sağlıklı bir gebelik sürdürmekte.

**Anahtar sözcükler:** Çoğul gebelikler, selektif fetal redüksiyon.

## PB-072

### Bir ikiz gebelikteki tek bir fetüste tespit edilen izole omfalosel

Şenol Şentürk<sup>1</sup>, Ülkü Mete Ural<sup>1</sup>, Nurgül Orhan Metin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize; <sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Omfalosel, artmış perinatal morbidite ve mortaliteyle ilişkili olan konjenital orta hat abdominal duvar defektlerinin yaygın bir grubunu temsil etmektedir. Çoğu olgu, sporadik olarak gerçekleşir ve izole bir omfalosel, yaklaşık olarak her 5000 doğumda bir görülür. Çalışmamızda, omfaloselli bir hastayı tartışmayı amaçladık.

**Olgu:** Yirmi bir yaşında G2P0A1 ikiz gebe, rutin takip için kliniğimize başvurdu. Daha önce düzenli bir adet döngüsüne sahip olan hastanın son adetinden bu yana 21 hafta 2 gün geçmişti. Hastamızda akraba evliliği yoktu ve gerçekleştirilen ultrasonda, 21. haftada dikoryonik diamiyotik ikiz gebeliğine karar verildi. Fetüslerden biri normal gözlemlenirken, diğer fetüste omfalosel belirlendi. Omfalosel olduğu gözlemlenen fetüsün detaylı ultrasonunda hiçbir ek anomali saptanmadı. Hastanın geçmişinden, daha önce ikinci trimester ve üçüncü trimester tarama testlerini yaptırmadığı öğrenildi. Hasta, ek bir anomali olabileceği yönünde bilgilendirildi. Hasta geç gestasyonel haftasında olduğundan ve istemediğinden amniyosentez yapılmadı. Rutin laboratuvar test sonuçları normaldi. Hasta normal gebelik takibiyle takip edildi ve 37. gestasyonel haftada sezaryen doğum yaptı. Bebeklerin her ikisi de canlı doğdu. Omfalosel tanılı yenidoğan, pediyatrik cerrahiye sevk edildi. Herhangi bir ek anomalisi olmayan yenidoğanda omfalosel defekti düzeltildi.

**Tartışma:** Omfalosel ile doğan bebeklerin %40'ından fazlasında diğer sistemlerin eşlik eden konjenital anomalileri de görülmektedir. İzole omfaloselde prognoz daha iyidir. Omfalosel ile gastroşizis arasındaki ayırıcı tanıyı yapmak önemlidir. Olgumuzda, abdominal viseral organlar amniyotik sıvı içinde yüzmekteydi. Umbilikal kordon doğumda normal olduğu halde, abdominal iç organlar sağ ya da sol abdominal duvar defektine doğru çıkıntı yapmıştı. Omfalosel, sıklıkla ince ve kalın bağırsakları da içeren bir membran ile kaplanır.

**Sonuç:** Omfaloselin prenatal tanısı ultrasonografi kullanılarak konulabilir ve prognoz için ek anomali varlığını araştırmak önemlidir. Omfalosel tanısı konmuş olguların doğumlarının yönetiminde jinekologlar ve pediatrik cerrahların, neonatal komplikasyonların önlenmesi ve tedavi edilmesinde multidisipliner bir yaklaşımla işbirliği yapmaları gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Omfalosel, gastroşizis, prenatal tanı

### PB-073

#### İkiz gebeliklerde fetal ağırlık tahmininin katkısı: prospektif bir çalışma

Karoui Abir, Dimassi Kawther, Bouriel Ines, Amel Triki, Mohamed Faouzi Gara

Mongi Slim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, La Marsa, Tunus

**Giriş:** Ultrasonografi, ikiz gebeliklerinin yönetiminde çok önemli bir araçtır. Fetal ağırlık tahmini, prematürite, büyüme kısıtlılığı ya da büyüme uyumsuzluğu bakımından neonatal bakımı öngörmede faydalıdır.

**Amaç:** Çalışmamızda, ikiz gebeliklerde ultrason fetal ağırlık tahmininin doğruluğunu değerlendirmeyi amaçladık.

**Hastalar ve Yöntem:** Doğumdan dört gün önce ultrasona giren 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Tahmini fetal ağırlık (TFA), doğum ağırlığı (DA) ile karşılaştırıldı. Birinci ve ikinci ikiz arasında %25'e eşit veya daha fazla fetal hipotrofi ve büyüme uyumsuzluğu kaydedildi.

**Bulgular:** TFA ve DA arasındaki mutlak farklılıklar, her iki ikiz için benzerdi (İ1 için 155 gram [72-337.5] ve İ2 için 150 gram [100-266.5]). Ortalama mutlak yüzde hatası İ1 için %7.7 (2.5-14.76 gram) ve İ2 için %7.5 (3.37-11.85 gram) idi. Ortalama mutlak yüzde hatası, anlamlı hiçbir farklılık olmaksızın, İ1 için %20 ve İ2 için %18 oranlarıyla %10'dan yüksekti. Koryonite, gestasyonel yaşı ve fetal prezentasyon, tahmini fetal ağırlığı etkilememiştir. İ1 korelasyon katsayısı 0.87, İ2 korelasyon katsayısı 0.89'dur. PN de  $J1=415.57+0.846*PFE$  de  $J1$  PN de  $J2=65.68+0.963*PFE$  de  $J2$ . Hipotrofi tanısında ultrasonografi, %90.32 hassasiyete, %78.94 özgüllüğe, %83.5 pozitif prediktif değere (PPD) ve %87.5 negatif prediktif değere (NPD) sahipti. Büyüme uyumsuzluğu

tahmini için hassasiyet %76.9, özgüllük %81.8, PPD %50 ve NPD %93.5 idi.

**Sonuç:** Fetal ağırlık, ikiz gebeliklerde tam olarak tahmin edilebilir. Hipotrofi ve büyüme uyumsuzluğu tanısında ultrasonun katkısı, genellikle yüksek NPD nedeniyle.

**Anahtar sözcükler:** İkiz gebelikler, ağırlık tahmini.

### PB-074

#### Monokoryonik diamniyotik ikizlerde nöral tüp defekti ve hidrosefali için bipolar kord koagülasyonu: bir olgu sunumu

Ebru Dikensoy, Yasemin Dokuzoğlu Tanın, Reyhan Gündüz, Emre Akçıl, Erdoğan Koca

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

Fetusların dolaşımaları arasındaki vasküler bağlantıların varlığı nedeniyle monokoryonik plasentanın damarlanma yapısı farklıdır. Damarların tipi ve sayısının kombinasyonu her bir gebeliğe özgüdür. İkiz eşleri arasında dinamik iki yönlü akımın varlığı etkilidir. Vasküler bağlantıların bulunması selektif terminasyon için intra-fetal enjeksiyon yönteminin kullanılmasını kabul edilemez bir risk oluşturur. Bir fetus intrauterin ex olursa diğer ikiz eşinde ölüm veya serebral hasar riski artmaktadır, plasental anastomozlar aracılığı ile canlı fetustan ölen (dolaşımı düşük basınçlı) fetusa doğru akut kan kaybı olmaktadır. Hipotansiyon ve hipoksi ikiz eşinin perfüzyonunu düşürür, doku hasarına yol açar. Komplike monokoryonik gebeliklerde, selektif terminasyon gebeliğin terminasyonu yerine terapötik bir alternatif olarak kabul edilmektedir. Bipolar kord koagülasyonu, lazer kord koagülasyonu ve kord ligasyonu dahil monokoryonik ikizlerde selektif terminasyon için çeşitli kord kapama yöntemleri mevcuttur. Bu teknikler termine edilecek olan fetusun amniyon kesesi içine relatif olarak geniş çaplı bir 3.8 mm'lik bir operatif kılıf yerleştirmeyi gerektirir, bu ciddi bir membran komplikasyonu, hemoraji ve preterm doğum riski yaratır. Bipolar kord koagülasyonu trokarı ve diğer enstrümanları yerleştirebilecek yeterli amniyotik sıvı varlığında tavsiye edilmektedir. Monoamniyotik ikizler terminasyon tamamlandığında kord dolanmasını engellemek için yapıldığında çok iyi performans gösterir. Ölü fetusun kordu intakt kaldığında bir ağırlık gibi hareket edip yaşayan ikizin kordunda basıya yol açabilir. Bizim hastamız 18 haftada monokoryonik diamniyotik bir ikizdi. Bir fetusta NTD ve hidrosefali mevcuttu. Bu fetus için bu haftada kord koagülasyonu yaptık. Plasentanın olmadığı en kolay yaklaşımı seçtik, amacımız plasental insersiyoya 45 derece açı ile yaklaşmaktı. Trokar amniyotik sıvı içine yerleştirildi ve forseps açılarak kord yakalandı. 50 w gücüne 10-30 saniyede koagülasyon uygulandı. Korddan ekojenik balonlar geldiğinde

ve kordun kendisi hiperekojenik görününce işlem başarılı kabul edildi. Kordun distal kısmında renkli Dopplerde akım yokluğu, en azından 2 dakika asistolün devamı oklüzyonun tamamlandığını gösterdi. İşlem 15-40 dakika sürdü. Eş ikiz kardiyak aktivitesi işlem süresince ve hemen sonrasında monitörize edildi ve fetal anemi için MCA-PSV kaydedildi. İşlemden 2 hafta sonra yaşayan fetus için Serebral MRI yapıldı. Hasta şu anda 24. gebelik haftasında.

**Anahtar sözcükler:** Monokoryonik ikizler, ikiz eşinde anomali, bipolar kord koagülasyonu.

## PB-075

### Tek bir ikizde kistik higroma: Gebelik tanısı ve sonucu

Mirjana Bogavac<sup>1</sup>, Stevan Milosevic<sup>1</sup>, Žaklina Tatic Stupar<sup>1</sup>, Marijana Šašić<sup>2</sup>, Zoran Novakovic<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Novi Sad Üniversitesi Tıp Fakültesi, Vojvodina Klinik Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Novi Sad, Sırbistan; <sup>2</sup>Demiryolları Kurumu, Belgrad, Sırbistan; <sup>3</sup>Novi Sad Üniversitesi Tıp Fakültesi, Novi Sad, Sırbistan

**Giriş:** Kistik higroma, içindeki septayla birlikte ve genellikle gebeliğin birinci ve ikinci trimesterinde görülen sıvı lenfle dolu olarak en çok anormal şekilde artmış nukal kalınlık olarak görülmektedir. Özellikle gebeliğin birinci trimesterinde görülen bu bulgu, en yaygın Turner sendromu olmak üzere kromozom anomalileriyle ilişkilidir; ancak trizomi 21, 18 ve 13 de yaygındır.

**Amaç:** Çalışmamızda, gebeliğin 15. haftasında selektif embriyo-redüksiyon sonrasında diamiyotik-dikoryonik ikiz gebelikte (DDİG) prenatal olarak kistik higroma tanısı almış bir hastanın sezaryenle başarılı bir şekilde tamamlanmış gebeliğini sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** DDİG ikizlerinde doğrulanmış anomali nedeniyle 15 haftalık gebelikte gestasyonel diyabet, hipertansiyon ve embriyo-redüksiyonla komplike sezaryen tarafından başarılı şekilde tamamlanan gebeliği sunduk.

**Olgu:** Otuz üç yaşında, gebeliğinin 12 haftasında ve doğrulanmış diamiyotik dikoryonik ikiz gebeliği olan hasta, fetüslerden birinde şüphelenilen bir anomali nedeniyle Novi Sad Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Vojvodina Klinik Merkezi'ne başvurdu. Ultrason muayenesi esnasında, 12. haftasında ikiz gebelik (DDİG) belirlenmiş, fetüslardan birinde düzenli kalp aktivitesi ve 13 mm'lik transvers çapraz kesitte bölünmüş kistik higroma ile birlikte CRL değeri 44 mm olarak ölçülmüştür. Diğer fetüste ise CRL değeri 60 mm olup, normal morfoloji ve düzenli kalp aktivitesi mevcuttu. İki hafta sonra hasta, planlanan girişim (selektif embriyo-redüksiyon) için gebeliğinin 15. haftasında kliniğe

başvurdu. Girişim başarılıydı. Hasta, diğer canlı fetüsün erken amniosentezi için iki hafta sonra gelmek üzere taburcu edildi. Hasta amniosentezin yapılmasını istemedi. Gebeliğin 30. haftasındaki ultrason muayenesi esnasında polihidramniyoz tanısı konuldu ve diyabet yönünden ailenin pozitif geçmişi nedeniyle glikoz stres testi uygulandı. Diyabet diyeti 2200 kCal olarak başlatıldı. Hipertansiyon nedeniyle gebeliğin 36. haftasında metildopa tedavisi başlatıldı, hastanın reaksiyonu iyiydi. Düzenli kontraksiyonlar nedeniyle hasta kliniğe başvurdu; ultrasonla 3800 gram olarak ölçülen tahmini ağırlık, gestasyonel diyabet ve CTG kayıtlarındaki değişken yaşlamalarının gerçekleşmesi göz önüne alınarak, gebeliğin operatif olarak tamamlanmasına karar verildi. Apgar skoru 9/10 olan 3760 gram ağırlığında ve 21 cm boyunda kız bebek dünyaya getirildi. Postoperatif seyir iyiydi ve hasta bebeğiyle birlikte operasyondan sonraki dördüncü günde taburcu edildi.

**Sonuç:** Olgu çalışması, koryonistenin ikiz gebeliklerde olabildiğince erken tanı almasının önemini vurgulamaktadır. Çalışmamızda, ikizlerden birinin prenatal olarak anomali tanısı almasının önemini ve bir fetüsün anomalili ve diğer fetüsün sağlıklı olduğu ikiz gebeliğin tedavisinde ultrason invazif prosedürlerin başarısını belirtmektedir. Gebelik, sağlıklı bir bebeğin doğması bakımından ve birtakım ultrason muayeneleri ve tanılayıcı prosedürler sonrasında başarılı şekilde tamamlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** İkizler, kistik higroma, selektif embriyo-redüksiyon.

## PB-076

### Birinci trimesterde fetal megasistitle seyreden trizomi 21: Olgu sunumu

Elif Gül Yapar Eyi, Şahin Özkan, Deniz Oluklu

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Uzunlamasına mesane çapının 7 mm veya üzerinde olması olarak tanımlanan fetal megasistit, 1500 gebelikte bir görülmektedir. Uzunlamasına mesane çapının 7-15 mm aralığında olduğu durumlarda fetusta kromozom anomalisi oranı yaklaşık %25'tir. Mesane çapı 15 mm'in üzerinde ise, kromozomal anomali riski yaklaşık %10 olarak yayınlanmaktadır. Megasistis saptanan Trizomi 21'li bir fetusta ultrasonografi ve Doppler bulgularını sunuyoruz.

**Olgu:** Otuz bir yaşında, 5 yıl boyunca kimyasal maruziyeti olan, 1.5 yaşında patent duktus arteriosus nedeni ile operasyon geçiren ve kardeşinde Down Sendromu olan ziraat mühendisi, ilk gebeliğinde son adet tarihine göre 11. 4 hafta ve baş-popo mesafesi (CRL): 51 mm iken; kombine test riskinin 1/50'nin üzerinde olması (Ense kalınlığı 3.3 mm, gebelikte ilişkili plazma protein A (PAPP-A) düzeyi: 0.35 MOM ve serbest



$\beta$ -hCG düzeyi: 1.43 MOM) nedeni ile refere edildi. 13. haftada fetal sonografik muayenede: Ense saydamlığı 3.3 mm, mesaneninin uzun çapı: 16 mm, böbrekler ekojenik, renal pelvis dolgun, anormal duktus venosum akımı, kalpte ekojenik odak ve triküspit kaçağı saptanırken nazal kemik görüntülenemedi. Koryon villus örnekleme yapıldı. Karyotip analizi sonucu "Trizomi 21" olarak belirlendi. Gebe ve eşinin bilgilendirilmesi sonrası gebelik 14. haftada sonlandırılarak 9 cm, 20 gram erkek bebek doğurtuldu.

**Tartışma:** Fetal üriner sistemin 11 haftadan itibaren ultrasonik görüntülenebilmesi nedeni ile 11-14 haftalarda fetal megasistis tanısı mümkündür; fetal megasistitli olgularda kromozomal anöploidi açısından kapsamlı bir risk değerlendirmesi gerekmektedir. Standardizasyon sağlanması ile fetal nazal kemik, duktus venosus kan akım örnekleri, triküspid kapak fonksiyonları, fronto-maksiller yüz açısı, hiperekojen barsak, kalpte ekojenik odak, ve renal pelviste dolgunluk 11-13/6/7 hafta taramasının bileşenleri arasında yer alırken fetal megasistit durumunda invaziv testler ya da anne kanından fetal DNA değerlendirmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

**Sonuç:** Fetal megasistis artmış ense saydamlığı ile erken gebelikte kromozom anomalilerinin erken tanısı için ciddi bir bulgudur ve Trizomi 21'in ilk bulgularından biri olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Megasistis, Trizomi 21.

### PB-077

#### "Siklops" ve "proboscis"le birlikte alobar holoprosensefali, omfalosel ve tek ventrikül saptanan "trizomi 13"lü fetusta ilk trimester sonografi bulguları

Elif Gül Yapar Eyi, Şahin Özkan, Fatma Salih

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Alobar holoprosensefali - siklops- probiskus birlikteliği sıklıkla diğer malformasyonların eşlik ettiği, insidansı büyük değişimler gösteren nadir, ölümcül bir konjenital anomalidir. Bu anomali "mediobasal prosensefalon"dan türeyen yapıların oluşumundaki bozukluklara dahil edilir. Prosensefalon nöral tübün ön uç kısmıdır; prosensefalonun telensefalon ve diensefalon gelişir. Telensefalon serebral hemisferler ve striatuma kaynak oluştururken, thalamus, hipotalamus, globus pallidum ve göz diensefalonun köken almaktadır. Bu bölgenin anormal gelişimi farklı şiddette farklı malformasyonların nedenidir; bu malformasyonlar içinde en ağırı: siklops (tek göz), probiskus ile seyreden alobar holoprosensefaldır. Sunumda, 37 yaşında 5 normal çocuğu olan, bilinen teratojen ve ilaç maruziyeti ve eşi ile akrabalığı olmayan bir kadının 6. gebeliğinde 13. gebelik haftasında siklops, probiskus ve alobar holoprosensefali saptanan fetusun sonografik ve sonrasında da postmortem bulguları sunulmaktadır. Tek ventrikül ve

omfalosel de beyin anomalilerine eşlik etmektedir. Karyotip analizi trizomi 13 olarak bildirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Trizomi 13, holoprosensefali, siklopi.

### PB-078

#### Ultrasonografik belirteçlerin ilk trimester gebelik sonuçlarını öngörmedeki rolü

Ebru Ersoy, Ali Özgür Ersoy, Esra Yaşar Çelik, Sibel Özler, Metin Altay, Orhan Gelişen

Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** İlk trimester boyunca bazı ultrasonografik parametrelerin incelenmesi ve ilk trimester gebelik sonuçlarını öngörmedeki rolünü araştırmak

**Yöntem:** Ankara Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi gebe polikliniğinde 210 kadını içeren prospektif kohort çalışması gerçekleştirildi. Gestasyonel yaş, son adet tarihine (SAT) dayalı olarak hesaplandı. Embriyonal kalp atım hızı (EKAH) ve yolk kese çapı ilk 12 hafta boyunca değerlendirildi ve takiben gebelikler ilk trimesterin ötesinde devam edenler ve spontan abort ile sonuçlananlar arasında karşılaştırıldı. Tek yönlü varyans analizi yolk kese çapı ve menstruel yaş (SAT'a göre yaş) arası ilişkiyi, EKAH ve menstruel yaş arası ilişkiyi değerlendirmek için kullanıldı. SAT yaşı - OKÇ (Ortalama Kese Çapı) yaşı farkı, Yolk kese çapının OKÇ'na oranı, OKÇ-CRL [CRL (Crown-Rump Length). Baş-popo mesafesi] farkı abort eden ve etmeyen grupta bağımsız T-testi ile karşılaştırıldı. Parametreler için regresyon analizi uygulandı ve uygun eğrileri çizildi. Fisher Exact testi, EKAH <120 atım/dk ve SAT yaş-OKÇ yaş farkı >5.5 gün değerinin belirleyiciliği için kullanıldı.

**Bulgular:** Yolk kesesi çapı tüm gruplarda bakıldığında anlamlı farklılık 6-8 hf dışındaki gebelerde saptandı ( $p \leq 0.001$ ). Yolk kesesi çapı, gestasyonel kese çapı ve CRL uzunluğu arttıkça artmaktadır. EKAH açısından abort eden hastalarla, gebeliği 12 haftanın ötesinde devam edenler arasında anlamlı farklılık saptandı ( $p < 0.001$ ). EKAH <120 atım/dk abortu öngörmede değerli bulundu. SAT'a göre yaş ile OKÇ yaş farkı abort eden ve gebeliği devam eden grup arasında anlamlı olarak farklı bulundu ( $p:0.024$ ).

**Sonuç:** EKAH ilk trimesteri sağlıklı bir şekilde tamamlayan gebelerde progresif artış göstermektedir. Embriyonal bradikardi, kötü gebelik sonuçlarını öngörmede prognostik faktör olarak kullanılabilir. Yolk kesesi çapı ve yokluğu için daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır. SAT yaş ile OKÇ yaş arası fark arttıkça abort riski artmaktadır. Ancak, bu konuda kesin yargıya ulaşmak için daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** Belirteç, ilk trimester, embriyonik kalp hızı.

### PB-079

#### Gestasyonel hafta ve klavikula uzunluğunun korelasyonu

Fazıl Avcı, Salih Serin, Murat Bakacak, Önder Ercan, Bülent Köstü, Deniz Cemgil Arıkan

*Kabramanmaraş Sıtçii İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş*

**Amaç:** 27 gebelik haftasından kadar gebelik haftası ve fetal klavikula uzunluğu (CL) arasındaki korelasyonu değerlendirmek.

**Yöntem:** Bu çalışma, 14 ve 27 haftaları arasındaki hastalardan oluşan kesitsel bir çalışmadır. Alınma kriterleri: son adet tarihleri bilinen (erken hafta ultrasonografi ile doğrulandı), tekiz, normal fetuslar ve yeterli amniyotik sıvı ile intakt amniyotik membranı olanlardır. Bipariyetal çap (BPD), baş çevresi (HC), karın çevresi (AC), femur uzunluğu (FL), humerus uzunluğu (HL), tahmini fetal ağırlık (EFW), klavikula uzunluğu (CL) ve serebellum gibi ultrasonografik ölçümleri yapıldı. Klavikula uzunluğu ve diğer biyometri ölçümleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyonları ve P-değerleri hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Kliniğimizde 77 hasta değerlendirildi. CL değerlendiren tüm girişimler başarılı olmuştur. Ortalama maternal yaş  $29.11 \pm 5.85$  yıl, ortalama gravida 3 (0-10), ve ortalama parite 2 (aralık 0-5) idi. Fetal CL, BPD, HC, AC, HL, FL, fetal ağırlık ve serebellum çapı gebelik haftası ile anlamlı ve güçlü bir koreleydi ve ayrıca Pearson korelasyon değerleri sırasıyla, 0.965, 0.951, 0.917, 0.964, 0.959, 0.965, 0.925 ve 0.954 idi ( $p < 0.01$ ).

**Sonuç:** Ultrasonografi ile milimetre olarak clavícula çapı gebelik haftaları ile anlamlı pozitif korelasyon olduğunu gösterdik. Biz, 1 mm = 1 hafta kuralının serebellum ve vermiş anomalisi ve ayrıca son adet tarihi bilinmeyen hastalardan dolayı kullanılabilirliğini öneriyoruz. Klavikula uzunluğu gebelik haftası tespit etmek için kullanılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik haftası, fetal biyometri, klavikula.

### PB-080

#### Nadir görülen ektopik gebeliğin ultrason yönetimi

Meriem Ajroudi, Kaouther Dimassi, Fatma Douik, Nizar Ben Aissia, Amel Triki, Mohamed Faouzi Gara

*Mongi Slim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, La Marsa, Tunus*

**Giriş:** Kantitatif beta-human koryonik gonadotropine ( $\beta$ -hCG) kolay erişimin yanı sıra ultrason ekipmanlarındaki gelişmelerle birlikte ektopik gebelik tanısının zamanlaması, artık birinci trimesterin daha erken bir dönemine tekabül et-

mektedir. Nadir lokasyonlu ektopik gebeliklerle daha az sıklıkta karşılaşılmaktadır ancak bu tür gebelikler daha da morbid duruma gelmiş olabilir. Bu nadir ektopik gebeliklerin tedavisi, tubal gebeliklerin tedavisi kadar basit olmayabilir; ancak erken tanı ve etkin planlama sayesinde tedavileri eşit derecede etkili hale gelebilir.

**Amaç:** Bu çalışmada, ultrasonografi eşliğinde yapılan lokal KCI enjeksiyonuyla yönetilen ve uygun durumlarda bunu intramüsküler MTX enjeksiyonunun izlediği nadir ektopik gebelik vakalarını açıklamayı amaçladık. Çalışmamızda ayrıca, geleneksel tedavi yöntemlerinin açıklanması ve klinik biyolojik ve ultrasonla izlemenin detaylarının verilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamız, tedavisi geleneksel olan nadir implantasyon bölgesinde ektopik gebelikli hastaları içeren ve üç yıl aşan bir süreyle gerçekleştirilen retrospektif bir çalışmadır. Medikal tedavi, gebelik ölçülebilir olduğunda ultrason eşliğinde gestasyonel keseye KCI enjeksiyonunu içermiştir. Ardından, tedaviyi tamamlamak üzere bir veya daha fazla intramüsküler Metotreksat enjeksiyonuyla devam ettik.

**Bulgular:** Çalışma süresi boyunca, medikal olarak tedavi edilen nadir ektopik gebeliklere yönelik 4 gözlemlerde bulduk. 2 olguda interstisyel gebelik mevcuttu: Bir olguda servikal gebelik ve diğer olguda sezaryen skarlı gebelik. Tüm olgularda ultrasonla tanı konuldu ve 2 olguda MRI ile tanı doğrulandı. (Detaylar posterde sunulacaktır). Tanıda ortalama süre, 6. amenore haftasıydı. 2 olguda gebelik kalp aktivitesiyle gelişmişti. Ortalama MTX enjeksiyonu sayısı 1.3'tü. Tüm olgularımızda ektopik gebelik, cerrahi girişim ya da anestezi olmaksızın, ultrason eşliğinde ponksiyon ve KCI enjeksiyonu kullanılarak başarıyla yönetilmiştir.

**Sonuç:** Ultra-hassas serum  $\beta$ -hCG testleriyle birlikte gelişmiş ultrasonografinin kullanımı, bu tür gebeliklerin erken tanısına imkân tanınmalıdır. Erken tanı ve çoklu yöntemlerin kullanımı ve nadir lokasyonlu ektopik gebelik olgularının morbiditesini ve mortalitesini azaltabilir ve bu olgular, lokal KCI enjeksiyonu aracılığıyla cerrahi girişim olmaksızın başarıyla yönetilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Ektopik, gebelik.

### PB-081

#### Histeroskopik girişim öncesinde ve sonrasında habitual abortuslu ve primer sterilite gibi septat uteruslu hastalarda fertilitte ve doğum oranı

Aida Kumnova, Qamil Hamza, Luljeta Canhasi, Butrint Kusari, Ilir Kadiri

*Isa Grezda Bölge Hastanesi, Yakova, Kosova*

**Giriş:** Uterin malformasyonları, embriyojenez atan Müller kanallarının gelişiminden kaynaklanmaktadır. Semptomlar

arasında amenore, infertilite ve habitual abortuslar yer almaktadır. Uterin anomalilerinin prevalansı %6.7'dir. Varlığı, anormal prezentasyonlar ve artmış sezaryen oranlarının yanı sıra birinci ve ikinci trimester abortusun yüksek insidansı, (genellikle erken membran rüptürünün bir sonucu olarak) preterm doğum dâhil düşük reproduktif üreme performansı ile ilişkilidir (Heinonen ve ark., 1982; Buttram, 1983; McShane ve ark., 1983). Çalışmamızda, üç yıl süren ve iki jinekolog derneğinin ESHRE/ESGE ortak çalışması üzerinden 28.08.134'te ulaşılan uterin anomalilerinin son uterin sınıflandırılması sunulmuştur.

**Amaç:** Primer sterilite ve habitual abortuslu hastalarda uterin septumunun histeroskopik rezeksiyonunun etkinliğini değerlendirmek.

**Yöntem:** Septat uteruslu, primer fertiliteli ve habitual abortuslu 25 hasta değerlendirilmiştir. Habitual abortus ile art arda iki abortus anlaşılmaktadır. Araştırmaya farklı yaş gruplarından hastalar dâhil edilmiştir. Richard Wolf makaslarla yapılan mini histeroskopi ile, kısa intravenöz anestezi altında septum rezeke edilmiştir. Girişim anestezisiz gerçekleştirilebilir ancak hastalarımızın isteği, anestezi altında olmasıydı. Girişim prosedürü 20 ila 45 dakika arasında sürmüştür. Mini histeroskopili çalışma 01.01.2013 ile 31.12.2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Histeroskopili çalışma, 01.06.2013 tarihinde başlamış ve hastaların değerlendirilmesi 31.12.2013 tarihine kadar sürmüştür. Girişim gerçekleştirilen tüm hastalar arasında 6 hasta doğum yapmıştı ve 6 hasta gebeliklerinin üçüncü trimesterindeydi. Gebelik ve canlı doğum oranı %48 idi ve canlı doğumlar da dâhil edildiğinde genel başarı oranı %24'tü. Doğum yapan tüm hastaların sayısı 6 idi ve 6 hasta gebeliklerinin üçüncü trimesterindeydi. In percent's are 44%. Toplam iki hastada septum rezeksiyonu yapıldı ve over yetersizliği nedeniyle IVF'ye 3 hasta hazırlandı. Temel sonuç ölçümleri klinik gebelik ve canlı doğum oranlarıydı.

**Sonuç:** Elde edilen sonuçlar sayesinde, septat uterus fertiliteli hastalarda histeroskopi girişiminin klinik gebelik oranını ve canlı doğum oranını artırdığı kanıtlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Histeroskopi, uterin septum, habitual abortus.

## PB-082

### Tübal torsiyonlu ekstrem büyüklükte tübal ektopik gebelik: Sıra dışı bir olgu sunumu

**İbrahim Polat**, Ali Ekiz, Burak Ozkose, Batuhan Ustun, Alev Atis Aydın, Ali Gedikbasi

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Giriş:** Ektopik gebelik, döllenmiş yumurtanın uterin kavite dışındaki herhangi bir yerde implantasyonu olarak tanımlan-

maktadır. Ektopik gebelik insidansının, tüm gebelikler içinde %1 ila %2 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Çalışmamızda, tübal torsiyonlu büyük bir tübal ektopik gebelik bildirdik.

**Olgu:** Anamnezinde gravidası 4, paritesi 2, kürtajı 1 olan 36 yaşındaki bir kadın, şiddetli abdominal ağrı şikâyetiyle Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvurdu. Hafif vajinal kanaması ve bulantısı vardı. Fiziksel muayenesinde abdominal hassasiyet gözlemlendi. Hastanın kan basıncı 90/60 mmHg, nabızı 120 atım/dk, solunum hızı 16/dk ve vücut sıcaklığı 37.6°C idi. Yaygın abdominal hassasiyet, palpasyon esnasında fark edildi ve spekulum muayenesinde servikal osta hafif kanama gözlemlendi. Transabdominal sonografi, uterin fundusun superior yüzeyinde yer alan ve 12. gebelik haftasında ölçülen canlı fetuslu bir gestasyonel kese ortaya koydu. Ektopik gebelik kütle, çapın geniş yerinde 8x5 cm olarak ölçüldü. İlk acil inceleme sonrasında abdominal gebelik veya rüptür ampuller gebelik ön tanısıyla operasyon kararı verildi. Hemodinamik instabilite ve gross abdominal kanama nedeniyle laparotomiye karar verildi. İntraoperatif olarak 1 litre hemoperitonium görüldü. Sağ fallop tüpte 75x45 mm boyutlu ve tam bir tur kıvrılmış fallop tüplü ektopik gebelik gözlemlenmiştir. Salpingektomi materyali incelendiğinde, fetusun tepe-makat uzunluğu 59 mm olarak ölçülmüştür ve bu uzunluk, gestasyonel yaş bakımından 12 hafta 3 güne denk düşmektedir.

**Sonuç:** Ampuller ektopik gebeliklerin, gebeliğin 13. haftasına kadar ilerlemesi mümkündür. Kütlelenin aşırı büyümesinden kaynaklı torsiyonel tutulum, kasık ağrısının daha da kötüleşmesine katkı sağlayabilir. Abdominal gebeliklerde ayırıcı tanı, manyetik rezonans görüntüleme ile desteklenebilir ancak bazı vakalarda acil laparotomi hayati olduğundan işlevsel tanı düşünülebilir.

**Anahtar sözcükler:** Ektopik gebelik, tübal torsiyon, abdominal gebelik.

## PB-083

### Preterm erken membran rüptürüyle ortaya çıkan erken ikinci trimester sezaryen skarı gebeliği: olgu sunumu

**İbrahim Polat**<sup>1</sup>, Semra Yuksel<sup>1</sup>, Volkan Kasımogulları<sup>2</sup>, Merve Talmac<sup>1</sup>, Sebile Cekic<sup>1</sup>, Ali Ekiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul;

<sup>2</sup>Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Gebeliğinin 16. haftasında olan 23 yaşında gravida 2, parite 1 hasta, preterm erken membran rüptürü şikâyetiyle kurumumuzun acil kliniğine başvurdu. Hasta 5 yıl önce bir sezaryen doğum yapmıştı. Hastamız, bir başka hastanede 12. haftada er-

ken ultrason raporu almıştı. Hastanın, 8. gebelik haftasından itibaren düzensiz adet vajinal kanamasıyla hafif suprapubik ağrı şikâyeti bulunmaktaydı. Steril spekulum muayenesinde amniyotik sıvı serviksten akmaktaydı. Acil servisimizde gerçekleştirilen başlangıç transabdominal ultrasonunda, canlı tekil fetus ve azalmış sıvı (anhidro) gözlemlendi. Hasta, antibiyotik tedavisi ve takip için hastaneye yatırıldı. Ertesi gün, sagittal pozisyonda gerçekleştirilen transvajinal ultrasonda temiz bir uterin kavite, daha önceki gebeliğin uterin skarı üzerinde gestasyonel yaşına uyan canlı fetuslu boş servikal kanal görülmüştür. Endovajinal bir proba hafif basınç uygulandığında, fetus internal os seviyesindeki pozisyonundan ayrılmamıştır (negatif kayan organ belirtisi). Bu bulgular ışığında, sezaryen skarı gebeliği tanısı konulmuştur. Ardından, iyice dolmuş mesaneyle gerçekleştirilen transabdominal sonografi sezaryen skar gebeliğini doğruladı; mesane ve kese arasındaki miometriyum kalınlığı ölçülemeyecek kadar incedi. Retroplasental bölgenin hipoiik görünümünün kaybı ve plasentada lakünler bulunmaktaydı, plasenta akretadan şüphelenildi. Laparotomi gerçekleştirildi ve mesaneye yapışmış olan şişmiş alt uterin segmenti üzerinde uterus insize edildi. Konsepsiyon ürünleri alt uterin kaviteden derhal çıkarıldı. Plasenta previa ve fokal plasenta akreta (%30) gözlemlendi. Plasenta, çevresindeki miometriyum ile birlikte eksize edildi ve alt uterin segmentindeki kanlı bölgeye dikiş atıldı. Bilateral uterin arterleri, dikişlerle yeterli kanama kontrolü sağlayamadığından bağlanmıştı. Sonunda, uterin kaviteyi taponlamak ve minimal kanamayı kontrol etmek için intrakaviter bir Foley balon (30 cc) yerleştirildi. Histerektomi insizyonu kapatıldı ve potansiyel kan kaybını gözlemlemek üzere pelviste bir dren bırakıldı. Tamamen çıkarılmış plasenta, ek çalışma için patoloji laboratuvarına gönderildi. Histopatoloji, eski sezaryen bölgesi skarının fibromüsküler dokusu içinde plasental doku sergilemiştir. Hasta 4 ünite kan transfüzyonu ve antibiyotik tedavisi aldı. Dreni ve intraservikal balonu postoperatif 1. günde çıkarıldı. Sonraki klinik seyri olaysızdı. Postoperatif 7. günde herhangi bir komplikasyon olmadan taburcu edildi ve 3 ay boyunca takip edildi, ayrıca oral kontraseptif kullanması sağlandı.

**Anahtar sözcükler:** Sezaryen skar gebeliği, plasenta akreta, ektopik gebelik.

## PB-084

### Servikal kollajen ve hidroksi-prolin oranları: Gebeliğin ilk trimesterinde fizyolojik değişiklikler

Asuman Gedikbasi<sup>1</sup>, Ali Gedikbasi<sup>2</sup>, Oguz Arslan<sup>2</sup>, Murat Giris<sup>3</sup>, Semra Dogru Abbasoglu<sup>3</sup>, Ali İsmet Tekirdag<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Bölümü, İstanbul; <sup>2</sup>İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul; <sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Serviks dokusu, biyomekanik özellikleri sağlayan başlıca kollajenden zengin bir ekstraselüler matriks içermektedir. Normal gebelik sırasında, serviksin biyomekanik sağlamlığı kollajen tarafından sağlanır. Abort yapan gebelerdeki fizyolojik kollajen değişimleri ile yaş ve parite ile ilişkilerini göstermektedir.

**Yöntem:** Çalışmada ilk trimester gebelik kaybı (çalışma grubu) ve benign jinekolojik sebeplerle (kontrol grubu) kliniğimize başvuran 59 hastaya servikal biyopsi uygulandı. Birinci trimester abortu olan 45 hasta, gebelik haftalarına göre 3 gruba ayrıldı (<7. hafta, 7-9. hafta, >9. hafta). Biyokimyasal ölçüm yapılarak kollajen miktarı ( $\mu\text{g}$  OHP/mg kuru doku) hesaplandı. Bunun için, Switzer' in tanımladığı şekilde serviks dokusunda hidroksiprolin (OHP) ölçümü yapıldı. Son olarak, kollajen miktarının, yaş ve parite ile değişimi araştırıldı.

**Bulgular:** Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ( $24.48 \pm 12.87$   $\mu\text{g}$  OH-prolin/mg kuru doku), kollajen miktarı, çalışma grubunda ( $13.06 \pm 4.17$   $\mu\text{g}$  OH-prolin/mg kuru doku) olarak daha düşük bulundu ( $p=0.0001$ ). Veriler gebelik haftalara göre düzenlendiğinde, kontrol grubu ile <7 hafta grubu ( $17.01 \pm 1.11$   $\mu\text{g}$  OH-prolin/mg kuru doku) arasında kollajen değerlerinde farklılık izlenmemiştir ( $p=0.047$ ). Öte yandan, 7-9. hafta grubu ( $12.07 \pm 3.85$   $\mu\text{g}$  OH-prolin/mg kuru doku) ve >9. hafta grubunun ( $11.16 \pm 4.39$   $\mu\text{g}$  OH-prolin/mg kuru doku) değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p=0.0001$ ). İlk trimester grubunun sonuçları ayrıca yaş ve pariteye görede karşılaştırılmıştır. Lineer regresyon analizlerinin sonucuna göre, kollajen yaşla artmakta ve parite ile azalmaktadır.

**Sonuç:** Çalışmamız sonucunda, serviksin kollajen içeriğinin, gebeliğin ilk trimesterinden itibaren azalmaya başladığını tespit ettik. Buna göre gebeliğin 7. haftasından itibaren kollajen seviyeleri düşmeye başlamaktadır. Önceki literatür bilgisi ile uyumlu şekilde kollajen değerlerinin yaşla birlikte arttığını ve parite ile azaldığını tespit ettik.

**Anahtar sözcükler:** Servikal kollajen, 1. trimester fizyolojik değişiklikler.

## PB-085

### Tekil gebeliklerde ense kalınlığı değerlerinin dağılımı ve ortalamalarının saptanması

Burcu Artunç Ülkümen, Halil Gürsoy Pala, Yıldız Uyar, Yeşim Baytur, Faik Mümtaz Koyuncu

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa

**Amaç:** Bu çalışmada, Türk popülasyonunda düşük riskli tekil gebeliklerde Fetal ense kalınlığı (NT) değerlerinin dağılımı, ortalama ölçümlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ay-

rica NT değerleri ile gebelik haftası, baş-popo mesafesi (CRL), parite ve maternal kilonun etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Mart 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında, 11-14 gestasyonel hafta taraması amacı ile perinatoloji polikliniğine başvuran 351 tekil gebelik çalışmaya alındı. NT, CRL ölçümleri, gebelik haftası, maternal kilo, parite özellikleri değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen 351 olgu, CRL ölçümüne göre 4 gruba ayrıldı: CRL 45-54 mm arasında olanlar Grup 1 (n=62), CRL 55-64 mm arasında olanlar Grup 2 (n=133), CRL 65-74 mm arasında olanlar Grup 3 (n= 115) ve CRL 75-84 mm olanlar Grup 4 (n=41) olarak belirlendi. Gruplar arasında maternal yaş ve NT ortalaması açısından karşılaştırılma yapıldı.

**Bulgular:** Olguların ortalama yaşı  $28.76 \pm 5.51$ , ortalama gebelik haftası  $12.29 \pm 0.69$ , ortalama CRL değeri  $63.69 \pm 9.07$  mm, ortalama NT değeri ise  $1.23 \pm 0.48$  mm olarak tespit edildi. Gruplar arasında maternal yaş ve NT ölçümü açısından anlamlı fark izlenmedi (sırası ile  $p=0.817$  ve  $0.072$ ). Korelasyon analizinde, NT değerinin CRL ( $r=0.232$ ;  $p=0.001$ ) ve gebelik haftası ( $r=0.203$ ;  $p=0.001$ ) ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkili olduğu izlendi. Gravida, parite ve maternal kilo ile NT arasında ilişki bulunmadı.

**Sonuç:** İlk trimester taraması prenatal tanı açısından giderek daha yaygınlaşan bir yöntemdir. NT, bu taramanın bir parçasıdır. NT ölçümü standartlara uygun bir şekilde yapılmalı ve algoritmalara göre gebeliğin yönetimi planlanmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Ense kalınlığı, baş popo mesafesi, ilk trimester tarama.

## PB-086

### Gebeliğin erken döneminde tanı alan sirenomeli: Olgu sunumu

Selçuk Yetkinel<sup>1</sup>, Tayfun Çok<sup>1</sup>, Bermal Hasbay<sup>2</sup>, Hakan Kalaycı<sup>1</sup>, Halis Özdemir<sup>1</sup>, Ebru Tarım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana

**Amaç:** Sirenomeli alt ekstremitelerde füzyon, tek umbilikal arter, iskelet-kas anomalileri, ürogenital ve gastrointestinal sistem anomalileri ile karakterize nadir görülen bir sendromdur. Posterior kaudal blastem gelişimindeki ciddi defektler sonucu oluşur. 1/60.000-1/100.000 doğumda görülür. Çoğunlukla ölümcül seyredir. İkiz gebeliklerde ve kız fetuslarda daha sık izlenir. Literatürde alobar holoprosensefali, lumbur meningoşel ile birlikteliği olan olgular da bildirilmiştir. Bu çalışmada kliniğimize ilk trimesterde başvuran ve sirenomeli tanısı alan vaka sunulmuştur.

**Olgu:** 33 yaşında iki yaşayan sağlıklı çocuğu bulunan gebe 13. gebelik haftasında polikliniğimize başvurdu. Ultrasonografi-sinde baş popo mesafesi 52 mm, 12 hafta 5 gün ile uyumlu ve fetal ense kalınlığı 1.95 mm idi. Bilateral alt ekstremiteleri yapışık görünümdeydi. Her iki femur kemikleri net olarak izlendi. Ancak her iki femur alta füzyone olmuş tek tibial kemik ile devam ediyordu. Fetusun bilateral böbrekleri ve mesanesi izlenmedi. Tek umbilikal arter saptandı. Hastalığın doğum sonrası prognoz bilgisi aile ile paylaşıldı. Aile terminasyona karar verdi. Terminasyon sonrası çekilen direkt grafi prenatal ultrasonografi bulgularını destekledi. Otopside alt ekstremitte füzyonu, düşük kulak, imperfore anüs, iç ve dış genital organ yokluğu, dismorfik böbrek dokusu, gastroşizis, sol ayakta oligodaktili saptandı. Sirenomeli tanısı doğrulandı.

**Sonuç:** Sirenomeli ciddi renal anomaliler nedeniyle çoğunlukla yaşamla bağdaşmayan ciddi bir klinik antitedir. Ölümcül bir anomali olması nedeniyle erken tanı, olası gebelik terminasyonu açısından ebeveynlerin karar almasında önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Sirenomeli, birinci trimester, ultrason.

## PB-087

### Sezaryen skar gebeliği

Şenol Şentürk, Ülkü Mete Ural, Mehmet Kağıtçı, Gülşah Balık, Figen Kır Şahin

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Sezaryen skar gebeliği (SSG), nadir bir gebelik türüdür. Zamanında uygun tedavi olmaksızın, SSG majör kanamaya, uterin rüptürüne ve yaşamı tehdit eden diğer komplikasyonlara neden olabilir. Çalışmamızda, yetişkin bir kadında gerçekleşen CSP vakasını ve yönetimini sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Otuz dokuz yaşında G3P3 hasta, iki haftadır gecikmiş adet şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Hasta, daha önceki gebeliklerinin sezaryen ile gerçekleştiğini belirtti. Fiziksel muayenede vajina ve serviksin normal görünümde olduğu ve bimanuel vajinal muayenede servikal hareketlerin acısız olduğu görüldü. Transvajinal ve suprapubik ultrasonda, tepe makat uzunluğuna göre fetal kalp atışıyla 6 hafta 3 günlük gestasyonel kesenin daha önceki sezaryen skarı bölgesine yerleştiği gözlemlendi.  $\beta$ -hCG'nin serum seviyesi 12.388 mIU/ml ve hemoglobin seviyesi 12.2 g/dl idi. SSG tanısı bu bulgularla konuldu. Hasta bilgilendirildi. Hastanın preoperatif hazırlığı, eşinin aydınlatılmış onamı alındıktan sonra gerçekleştirildi. Ameliyathanedeki dilasyon ve kürtaj gerçekleştirildi. Hiçbir komplikasyon oluşmadı. Hasta, postoperatif 3. saatte taburcu edildi.

**Tartışma:** Sezaryen skar gebeliği (SSG), ektopik gebeliğin en nadir biçimlerinden biridir ancak SSG'nin insidans oranı, se-

zaryen doğum sayısındaki artış nedeniyle 2000 normal gebelikte 1'e yükselmektedir. SSG'nin tedavi yöntemleri, metot-reksat verilmesini (doğrudan veya sistematik olarak), laparotomi ve laparoskopik kullanılarak kama rezeksiyonunu, Dilatasyon ve Kürtajı, histeroskopi ve uterin arter embolizasyonu ile Kürtajı içermektedir.

**Sonuç:** Uterin skarı veya skar gebeliği geçmiş olan hastaların gebeliklerinde, gebeliğin yeni lokalizasyonları kullanılarak erken dönemde tespit edilmeli ve sezaryen skarı, bu riskli gebeliklerin ayırıcı tanılarında tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Sezaryen skarı gebeliği, ektopik gebelik.

### PB-088

#### Grandmultipar bir kadında rahim içi araçla kontrasepsiyon başarısızlığı:

#### Tanı konulmamış uterin septum varlığı

Raziye Keskin Kurt<sup>1</sup>, Nesrin Atıcı<sup>2</sup>, İlay Öztürk<sup>1</sup>, Oğuz Uyar<sup>1</sup>, Arif Güngören<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay; <sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Hatay

**Amaç:** Konjenital uterin anomaliler genellikle asemptomatiktir. Tanı almamış uterin anomalisi olan Kontrasepsiyon başarısızlığı yaşayabilirler. Bu vaka sunumunda, rahim içi araç (IUD) ve intrauterine gebeliği olan hastada tanı konulmamış uterin septum varlığını sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 28 yaşında, G7P6Y6 olan kadın hasta polikliniğe gebelik ve IUD şikayetiyle başvurdu. Hastanın hikayesinden 3 yıl önce yine IUD ile gebe kaldığı öğrenildi. Bunun dışında reproduktif hikayesi normaldi ve tüm doğumları vajinal yolla miadında prezentasyon anomalisi olmadan gerçekleşmişti. Son adet tarihini bilmiyordu. Jinekolojik muayenede IUD ipi izlenmedi. TV-USG'de uterus boyutları artmıştı ve görünüm uterin septum ile uyumluydu. Sol uterin kavitede IUD ve mikst sıvı ekosu, sağ uterin kavitede ise CRL: 7.7 mm (6h 5 g) canlı gebelik izlendi. Adnexler ve Douglas doğal izlendi. Gebeliğin devamını isteyen hasta poliklinik kontrolüne alındı.

**Sonuç:** Anomalili çoğu kadın tanı alamadığı için konjenital uterin anomalilerin kesin insidansını bilmek zordur. Fertil normal reproduktif hikayeye sahip kadınların %2-4'ünde uterin anomaliler görülmektedir. Uterin anomalilerin tipi ve sıklığı uterin septum (%90), bikornu uterus (%5), and uterus didelphis (%5) şeklindedir. Uterin anomaliler ayrıca intrauterin gelişme kısıtlılığı ve prezentasyon anomalisine neden olabilir. Bu gebelerde gebelik sonuçları spontan düşük (%21-44), preterm eylem (%12-33) ve canlı doğum (%50-72) şeklindedir. Bu vakada ise hastanın bir kez IUD ile gebe kalma-

sı dışında reproduktif hikayesi normaldi. Kolay uygulanan, ucuz ve güvenilir bir kontraseptif metod olan IUD yaygın olarak kullanılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde genel olarak ebeler tarafından uygulanmaktadır ve nadir olarak yanlış yerleştirilmesine bağlı komplikasyonlar görülebilmektedir. Asemptomatik kadınlarda dahil IUD uygulamasından önce pelvisin ultrason ile değerlendirilmesinin, uterin anomalilerle ilgili yanlış IUD yerleşimlerini önleyeceği kanaatindeyiz. IUD ile kontrasepsiyon başarısızlığı akla uterin anomalileri getirmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Uterin anomaliler, kontrasepsiyon başarısızlığı, rahim içi araç.

### PB-089

#### İntrauterin araçla anguler gebelik

Şenol Şentürk, Yeşim Bayoğlu Tekin, Gülşah Balık, Ülkü Mete Ural

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Anguler gebelik, gestasyonel kesenin uterin kavitenin lateral açısına implante olduğu nadir bir durumdur. Çalışmamızda, yetişkin bir kadında gerçekleşen anguler gebelik vakasını ve yönetimini sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Yirmi altı yaşında multigravid bir hasta, gecikmiş adet şikayetiyle kliniğimize başvurdu. 2 yıldır intrauterin araç (IUA) kullanan hastanın vajinal muayenesinde, vajina ve serviks normal görünümdeydi ve IUA teli gözlemlenmedi. Vajinal palpasyonda hiçbir ağrılı servikal hareket yoktu. Yapılan transvajinal ultrasonda, IUA'nın doğru pozisyonda yer aldığı gözlemlendi ve prob sol tarafa hareket ettirildiğinde, miyometriyal incelemeyle uterin fundusun sol tarafına fetal polün implante olmadığı 5 haftalık gestasyonel kese belirlendi. İnterstisyel hat (kornual gebelikte görülen ultrasonografik bulgu) gözlemlenmedi. Gestasyonel kese etrafındaki minimum miyometriyal kalınlık 4.3 mm olarak ölçüldü.  $\beta$ -hCG seviyesi 4421 mIU/ml ve hemoglobin seviyesi 12.1 g/dl idi. Anguler gebelik tanısı bu bulgularla konuldu. Hasta durumu hakkında bilgilendirildiğinde, bunun planlanmayan bir gebelik olduğunu ve gebeliği sonlandırmayı istediğini belirtti. Eşinin izni alındıktan sonra preoperatif hazırlık yapıldı. Ameliyathanede önce IUA çıkarıldı, ardından kürtaj yapıldı. Hiçbir komplikasyon oluşmadı. Hasta, postoperatif 3. saatte taburcu edildi.

**Tartışma:** Anguler gebeliklerle ilgili çeşitli raporlar yayınlanmaktadır. Yine de, klinik mutabakat eksikliği nedeniyle, anguler gebeliğin bir klinik tablo olarak görülmediği anlaşılmaktadır ve olguların çoğuna büyük olasılıkla tanı konulmamaktadır. Anguler gebelik, uterin kavitenin uterotubal birleşiminin sadece medial kısmında nidasyonun gerçekleştiği ve ektopik bir gebelik olarak düşünülmemen bir durumdur. Çalışmamızda,

kornual gebelikle karıştırılmaması dikkate değerdir. Anguler gebelikte geleneksel yaklaşım tercih edilir. Gebelik, olguların yaklaşık %60'ında canlı bir fetus doğana kadar sürer.

**Sonuç:** Sıradışı bir lokasyondaki ektopik gebeliğin tanısını koymak zor olabilir. Fallop tüpünün uterin ostium bölgesini dikkate alarak sağlam intrauterin ve ektrauterin gebelik arasındaki farkı ortaya koymak hassas bir çalışma gerektirebilir. Ayırıcı tanı dikkatlice konmalı ve tedavi stratejileri buna uygun olarak belirlenmelidir.

**Anahtar sözcükler:** İntrauterin araç, anguler gebelik, ektopik gebelik.

## PB-090

### Servikal ektopik gebelik olgusu

Şenol Şentürk, Mehmet Kağıtçı, Halit Arslan, Figen Kır Şahin

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Servikal ektopik gebelik (SEG), ektopik gebeliğin nadir bir formudur ve insidansı, tüm ektopik gebeliklerin %0.1'inden daha azdır. Erken aşamalarda bu gebeliklerin ultrason çözünürlüğü ve tespitindeki gelişmeler, morbiditeyi sınırlamaya ve fertilitiyi muhafaza etmeye çalışan daha geleneksel tedavilerin gelişimine yol açmıştır. Çalışmamızda, gebeliğinin altıncı haftasında servikal ektopik gebeliği olduğu öğrenilen 38 yaşında (gravida 1, para 0) bir olguyu sunduk.

**Olgu:** Otuz sekiz yaşındaki (gravida 1, para 0) multigravid bir hasta, gecikmiş adet şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın vajinal muayenesinde vajina ve serviks normal görünümdeydi. Vajinal palpasyonda hiçbir ağrılı servikal hareket yoktu. Transvajinal ultrasonda, fetal polün servikse implante olmadığı 5 haftalık gestasyonel kese gözlemlendi.  $\beta$ -hCG seviyesi 4023 mIU/ml ve hemoglobin seviyesi 11.8 g/dl idi. Servikal gebelik tanısı bu bulgularla konuldu. Hasta durumu hakkında bilgilendirildiğinde, bunun planlanmayan bir gebelik olduğunu ve gebeliği sonlandırmayı istediğini belirtti. Eşinin izni alındıktan sonra preoperatif hazırlık yapıldı. Ameliyathanede kürtaj işlemi gerçekleştirildi. Hiçbir komplikasyon oluşmadı. Hasta, postoperatif 6. saatte taburcu edildi.

**Tartışma:** Tarihsel açıdan servikal gebeliklerin tanısını koymak zordu ve tübal ektopik gebeliklere kıyasla daha geç gebelik dönemlerinde tespit edilmekteydi. Servikal doku görece büyük bir gestasyonel keseye ve daha yüksek vasküler yapıya sahip olduğundan, servikal gebelik tedavisi, sıklıkla histerektomiye ihtiyaç duyarak implantasyon bölgesinde büyük kanamayla ilişkiliydi. Matteo ve ark. tarafından 2006'da gerçekleştirilen bir çalışmada yazarlar da bir servikal gebeliği (hastada iki metoteksat tedavisi sonrasında) başarılı şekilde rezeke et-

mek için histeroskopiden faydalanmışlar ve kanayan damarların doğrudan histeroskopik koagülasyonu aracılığıyla hemostazın gerçekleştirilebileceğini bulmuşlardır.

**Sonuç:** Herhangi bir servikal ektopik gebeliğin yönetiminde birincil hedefler, kanamayı en aza indirmek ve gelecekteki fertilitiyi korumaktır. Bu nedenle, tedavi yöntemlerini seçerken bu amaçlar akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Servikal gebelik, ektopik gebelik.

## PB-091

### Preterm doğumun tanısı ve prognozunda servikal uzunluğun ultrasonda ölçümünün yararı

Chiraz Elfekih<sup>1</sup>, Mohamed Chokri Hnifi<sup>1</sup>, Asma Fatnassi<sup>1</sup>, Faouzia Hmila<sup>1</sup>, Mounira Chaabene<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tunis Tıp Fakültesi, Mahmoud el Matri Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tunus; <sup>2</sup>Tunis Tıp Fakültesi, Mahmoud el Matri Eğitim Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Tunus

**Giriş:** Preterm doğum, obstetride yaygın bir patolojidir. Doğumların %9'u prematüredir (2010). Prematürite problemleri, güvenilir tanıda önemli bir etkiye sahiptir. Servikal uzunluğun endo-vajinal ultrason ölçümü, bu amaca çok daha fazla hizmet eder.

**Amaç:** Servikal uzunluğun vajinal ultrason ölçümünün tanılayıcı ve prognostik doğruluğunu karşılaştırmak. Spontane preterm doğumun pozitif prediktif değerini belirlemek.

**Yöntem:** Mahmoud El Matri hastanesinde sağlam membranlı 100 MAP olgusu görülmüştür. Gebelik süresi 28 hafta ile 36 hafta 6 gün arasında değişmektedir.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 28.74, ortalama paritesi 1.79 idi. Ortalama gebelik süresi, 28 hafta ve 36 hafta aralığında olmak üzere 33 hafta 4 gündü. Başvuruda uygulanan vajinal muayenede, olguların %40'ında %50'den fazla delesyonla olguların %69'unda 1 parmak dilasyonundan fazlası gözlemlenmiştir. Hastaların %41'inde servikal uzunluk 255 mm'ye eşit veya daha küçüktü ve hastaların %59'unda 25 mm'den daha küçüktü. Ortalama boyun uzunluğu 26.85 mm idi. 25 mm'ye eşit boyun uzunluğu için negatif prediktif değer, 68.75'lik özgüllükle 86.27'e eşitti. 20 mm servikal uzunluğu için zayıf VPN gözlemlendi. 30 mm servikal uzunluğu için düşük özgüllük gözlemlendi. MAP 28 için başvuran 100 kadından 72'si sonunda prematüre doğum gerçekleştirdi.

**Sonuç:** Serviksin transvajinal ultrasonla ölçümü, gündelik obstetrik uygulamasının bir parçasıdır. Objektivite ve düşük operatörler arası değişkenlik, bu tür ek muayenelerin klinik muayenenin bir parçası olmasını sağlamıştır.

**Anahtar sözcükler:** Ultrason, servikal uzunluk, preterm doğum.

## PB-092

### Intrauterin inseminasyon sonrası ikiz gebeliğe eşlik eden tam mol hidatidiform olgusu

Ali Taner Anuk<sup>1</sup>, Turab Janbakhishov<sup>2</sup>, Ferruh Acet<sup>3</sup>,  
Ufuk Atlıhan<sup>4</sup>, Sabahattin Altunyurt<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>Bakü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bakü, Azerbaycan; <sup>3</sup>Gümüşhane Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Gümüşhane; <sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Çalışmamızda, klinik olarak oldukça ender olan intrauterin sonrası ikiz gebeliğe eşlik eden tam mol hidatidiform olgusunun yönetimini tartışmayı amaçladık.

**Olgu:** 33 yaşında gravida 1 para 0 hasta, bir başka tıp merkezinde mol hidatidiforma daha uygun olan ekojenik kitle ultrason bulgusuyla intrauterin inseminasyon ardından gebelikte kliniğimize başvurdu. İlk trimester ultrason muayenesinde, normal bir fetüs ve plasenta yakınındaki uterin duvarında büyük bir kistik ekojenik kitle görüntüledi. Fetal biyometri, 12 haftalık gebelikte uyumluydu ve ekojenik kistik kitle boyutu uterin duvarı önünde 4x5 cm idi. Hasta asemptomatikti. Kanıtatif serum insan koryonik gonadotropin değeri 1191602 mIU/ml idi. İki gün sonra serum  $\beta$ -hCG kontrol ölçümü 911901 mIU/ml olarak bulundu. Göğüs röntgeni normaldi. Manyetik rezonans görüntüleme, uterin kavitede iki gestasyonel kese ve multikistik ekojenik kiteli bir canlı fetüs görüldü. Trofoblastik invazyon manyetik rezonans görüntüleme ayırt edilmedi. Diğer sistemlerde radyolojik olarak başka bir patolojiye rastlanmadı. Perinatoloji konseyinde hasta, eşlik eden bulgular yönünden değerlendirildi ve gebeliğin sonlandırılmasına karar verildi. Ailenin onayının alınmasının ardından gebelik dilatasyon ve tahliye ile sonlandırıldı. Koryonik vili, desidua ve gestasyonel endometriyum içeren patolojik materyal hacmi 600 cc idi. Veziküler doku analizinde, tam mol ile uyumlu diploid (46XX) karyotip görüldü. İki hafta sonraki postoperatif dönemde  $\beta$ -hCG ölçümü 250 mIU/ml ve operasyondan 6 hafta sonraki  $\beta$ -hCG seviyesi 30 mIU/ml idi.

**Sonuç:** Günümüzde, ikiz gebeliğe eşlik eden tam mol hidatidiformun erken dönemde tanısı önemlidir. Çoğunlukla ultrason muayenesi tercih edilir. Gebeliğin devamıyla, persistan trofoblastik hastalık, preeklampsi, spontane abortus, ya da prematüre doğum gibi bazı artmış maternal riskler bulunmaktadır. İkiz gebeliğin persistan gestasyonel trofoblastik hastalığının kısmi mol hidatidiform ve tam mol hidatidiform ile birlikte olma riski, sırasıyla %4-14 ve %20 olarak bildirilmiştir. Olgumuzda, dört yıl boyunca primer infertilite tanısı mevcuttu ve önce maternal sağlığı düşünerek düşük komplikasyon riskine uyumlu biçimde gebeliği sonlandırmaya karar verdik. Son patolojik tanı, tam mol ile ikiz gebelikti. Bu has-

talara postoperatif dönemdeki yaklaşım, literatürde henüz netlik kazanmamıştır. Ancak Wee ve Jauniaux, ultrason muayenesinin ve  $\beta$ -hCG seviyesi ölçümünün ayda iki kez tekrarlanması önermektedir. Bu nadir olgunun yönetimi ve gebeliğinin sonlandırılması, teriyer tedavi merkezlerinde planlanmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Tam mol hidatidiform, ikiz gebelik, sonlandırma.

## PB-093

### Sezaryen skar gebeliğinin metotreksat uygulaması sonrası küretaj ile başarılı tedavisi

Yesim Bayoğlu Tekin, Ulku Mete Ural, Senol Senturk,  
Emine Seda Guvendag Guven, Figen Kır Sahin

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Sezaryen skar gebeliği tespit edilen, metotreksat uygulaması sonrası kavite içindeki gebelik materyalinin regrese olmaması üzerine ultrasonografi eşliğinde suction küretaj uygulanan ve komplikasyonsuz olarak tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** 27 yaşında gravida 2 parite 1 abortus 1 olan hasta 6 hafta adet gecikmesi sonrasında lekelenme şikayeti ile başvurdu. Yapılan transvajinal ultrasonografide istmus hizasında 57x45 mm boyutlarında gestasyonel kese ile uyumlu görüntü izlendi. Gestasyonel kesenin sezaryen skar bölgesinde lokalize olduğu ve myometriumu bu bölgede incelttiği gözlemlendi. Mesane ile komşu olan bölgede myometrial kalınlık 4.6 mm olarak ölçüldü.  $\beta$ -hCG değeri 1670 olan hastaya metotreksat 1 mg/kg dozunda intramuskuler olarak uygulandı. Metotreksat uygulaması sonrası 21. günde  $\beta$ -hCG değeri 0'a düşen ancak kavite içindeki kitlele regresyon gözlenmeyen hastaya ultrasonografi eşliğinde suction küretaj uygulandı. Küretaj sonrasında skar alanında yoğun kanlanması olan 24x22 mm boyutlarında plasental doku gözlemlendi. Olası uterin rüptür ve kanama ihtimali nedeniyle kitleye tekrar müdahale edilmedi ve ikinci kez metotreksat uygulandı. Tedaviden 2 ay sonra kitlenin tamamen regrese olduğu saptandı ve hasta spontan olarak adet görmeye başladı.

**Sonuç:** Sezaryen skar gebeliği erken tespit edilmez ve uygun yöntem ile tedavi edilmezse abondan kanama, uterin rüptür ve mesane perforasyonu gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Tedavi seçenekleri medikal ve cerrahi yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır. Ancak hastanın klinik prezentasyonu, kitlenin büyüklüğü, mesaneye uzaklığı, hastanın fertilitte istemini göz önüne alarak tedaviye yön vermek başarılı bir tedavinin en önemli anahtarlarıdır.

**Anahtar sözcükler:** Skar gebeliği, ultrasonografi.



**PB-094****Sezaryen skar gebeliği: Olgu sunumu**

Süreyya Demir<sup>1</sup>, Bülent Demir<sup>1</sup>, Gülser Bingöl<sup>1</sup>,  
Sahra Çavuşoğlu<sup>1</sup>, Mehmet Nafi Sakar<sup>2</sup>, Deniz Balsak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Diyarbakır Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır

Sezaryen skar gebeliği; sezaryen skarında oluşan gebeliğin zamanla myometriyumun içerisine invaze olması sonucu oluşan, nadir görülen bir ektopik gebelik çeşididir. Görülme sıklığı, tüm gebelikler için 1/1800-1/2216, geçirilmiş sezaryen öyküsü olanlarda ise %0.15'dir. En büyük risk faktörü geçirilmiş sezaryen öyküsüdür. Komplikasyonları nedeniyle yaşamı tehdit eden bir durumdur. Erken tanı ve tedavi çoğu zaman hayat kurtarıcıdır. Sezaryen skar gebeliğinde bekleme tedavisi, dilatasyon ve küretaj, lokal veya sistemik metotrekstat, cerrahi olarak trofoblastik dokunun çıkarılması ve uterin arter embolizasyonu gibi bir çok tedavi alternatifleri kullanılabilir. Bu olguda, dilatasyon ve küretaj sonrası Foley kateteri yöntemi kullanılarak tedavi edilen sezaryen skar gebeliğini sunmayı amaçladık. Olgu 36 yaşında, gravida 6 Para 4 abortus 1 olan hasta adet rötari şikayeti ile başvurdu. Yapılan TV USG'de 5 haftalık SAC ile uyumlu gebelik kesesinin alt uterin segmentte sezaryen skar yerine yerleşmiş olduğunu gördük. Hastanın özgeçmişinde 3 defa sezaryen operasyonu geçirdiği ve bir kezde abortus sonrası D C yapıldığını öğrendik. Hastaya olası bütün komplikasyonlar anlatılarak, ameliyathanede USG eşliğinde önce Hegar bujisi ile servikal dilatasyon sağlandı, daha sonra gebelik ürünü Karmen kanülü ile aspire edildi. Hastanın orta derecede bir kanaması olması üzerine intrakaviter Foley katater uygulandı. 25-30 cc SF ile kataterin balonu şişirilek operasyona son verildi. Postop kanama izlenmeyen hasta 24 saat sonra foley sonda çekilerek şifa ile taburcu edildi.

**Anahtar sözcükler:** Sezaryen skar gebeliği, dilatasyon ve küretaj, ektopik gebelik.

**PB-095****Birinci trimesterde prenatal exensefali tanısı: Olgu sunumu**

Süreyya Demir<sup>1</sup>, Bülent Demir<sup>1</sup>, Lale Vuslat Bakır<sup>1</sup>,  
Gülser Bingöl<sup>1</sup>, Sahra Çavuşoğlu<sup>1</sup>, Mehmet Nafi Sakar<sup>2</sup>,  
Deniz Balsak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Diyarbakır Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır

**Amaç:** Nöral tüp defektleri kardiyak anomalilerden sonra ikinci sıklıkta görülen konjenital anomalilerdir. Prevelansı ülkemizde yapılan bir çalışmada 3/1000 olarak bildirilmiştir.

Ultrasonografinin yaygın olarak kullanılması nedeniyle tanılarının çoğu ilk trimesterde konulabilmektedir.

**Olgu:** 38 yaşında G7, P6, A0, Y6 olan hastanın, polikliniğimizde yapılan ilk trimester fetal USG muayenesinde CRL 14 hafta ile uyumlu canlı tekil gebelik izlendi. Kraniumun bütünlüğünün bozulduğu ve beyin dokusunun fetal baş kısmının geliştiği bölgenin üzerinde düzensiz görünüm de izlenmesi üzerine eksensefali tanısı konuldu. Fetusta başka anomali izlenmedi. Özgeçmişinde özellik yok, ilaç kullanımı yok (folik asit kullanmamış). Soygeçmişinde özellik yok. Aileye anomali ile ilgili detaylı bilgi verildi. Aile terminasyona karar verdi. Tersiyer bir merkezde termine edildi.

**Sonuç:** Anensefali beyin dokusunun gelişiminin eksikliği veya yokluğu olarak tanımlansada, anensefalinin, eksensefali (kraniumun defektif gelişimi, Mickey Mouse görüntüsü) veya akrani (kraniumun yokluğu) olarak başlayıp, gebelik haftasının ilerlemesi ile beyin dokusunun sürekli olarak direkt amnion mayi ile teması sonucu oluşur. Kranial kemikler 10. Haftadan itibaren kemikleşmeye başlar 11. haftadan itibaren de USG'de görüntülenebilmektedir. Anensefalinin fatal sonuçlarının olması nedeniyle erken dönem birinci trimester fetal USG muayenesinde tanısının konulabilmesi, aileye erken dönemde terminasyon şansını vererek bu durumun aile üzerinde yaratacağı travmanın daha az olmasına olanak sağlar.

**Anahtar sözcükler:** Birinci trimester, eksensefali, prenatal tanı.

**PB-096****Genel hastanemizde 10 yılda ektopik gebelik-ultrason tanısı ve minimal invazif tedavi**

Boris Divic, Dragan Malobabic, Slavko Arbanas,  
Bratislav Mitrovic

Sremska Mitrovica Genel Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü,  
Sremska Mitrovica, Sırbistan

**Giriş ve Amaç:** Terim, döllenmiş ovumun endometriyum dışındaki herhangi bir doku üzerinde implantasyonunu takiben gebelik olarak tanımlanmaktadır. İnsidans oranı %0.94 ila %2.6 arasındadır ve artmaya devam etmektedir. Tübal prezentasyonu en yaygın olanıdır. Çalışmamızda, departmanımızda transvajinal ultrason gelişimi ve serbest β-hCG'nin erken tespitiyle daha iyi tanılarda bulunulduğunu ve daha erken aşamalarda bir ektopik gebeliği tespit edebilmenin mümkün olduğunu kanıtlamayı amaçladık.

**Yöntem:** 01.01.2001 ve 31.12.2010 arası dönemi kapsayan 10 yıllık süre boyunca ektopik gebeliklerin tanısında ve tedavisindeki yetkinliklerimizi inceledik. Çalışmamızdaki tablo ve grafikler, hastanede yatış almış hastalarımızda son 10 yıl boyunca

ektopik gebeliklerin sayılarını ve lokasyonlarını göstermektedir. Kişi başına ultrason muayenesi sayılarını ve tedavi öncesi ve sonrasında yatakta geçen ortalama gün sayısını sunduk. Transvajinal ultrason korelasyonu ve serbest beta alt-ünite hCG seviyelerini de inceledik. Tüm olgularda tedavi operatifti; çoğu durumda minimal invazif prosedürler tercih edilen yöntemdi.

**Bulgular ve Sonuç:** Çalışmamızda, ektopik gebeliklere yönelik olarak on yıllık bir dönem incelenmiştir. Klinik tablonun insidansında artan eğilim departmanımızda gözlemlenmiş olup, transvajinal ultrasondaki gelişmeler sayesinde ektopik gebeliklerin tanısı da iyileştirilmiştir. Yeni cihazlar almak ve transvajinal ultrason tekniğinde daha deneyimli olma yolunda sergilenen çaba, daha iyi sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Ektopik gebelik, transvajinal ultrason, beta alt-ünite HCG seviyeleri.

### PB-097

#### **Anormal uterin kanama nedeni ile MIRENA uygulanan hastalarda uterin, radial ve spiral arter dopler parametrelerinin incelenmesi**

Hanifi Şahin, Arif Güngören, Kenan Dolapçioğlu, Raziye Keskin Kurt, Orhan Nural, Oğuz Uyar

*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay*

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı 1 yıllık takipte levonorgestrel salgılayan intrauterin aracın (LNG-RIA) uterin arter, radial arter ve spiral arter kan akımına olan etkilerini araştırmaktır.

**Yöntem:** Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde menometroraji nedeniyle LNG-RIA kullanan 117 fertil hastaya ait uterin, radial ve spiral arter kan akımının 1 yıllık değişiminin incelenmesi.

**Bulgular:** 91 olgu 1 yıllık kontrolü tamamladı. Uterin arter rezistans indeks (RI) ve pulsatil indekslerde (PI) anlamlı bir değişiklik olmazken, radial arter ve spiral arter rezistans indekslerinde artma izlenmiştir. Ayrıca endometrial kalınlıkta azalma, hemogloblin, hematokrit değerlerinde artma tespit edilmiştir. Koagülasyon parametrelerinde (PT, PTT, INR) değişiklik izlenmemiştir.

**Sonuç:** LNG-RIA'nın uterin artere anlamlı bir etkisi tespit edilememiştir. Radial arter, spiral arter rezistans indekslerinde artış ve endometrium kalınlığını azaltarak endometrial baskılanma yapması ile menstrual kan kaybının azalması progesteronik lokal etkisini ön plana çıkarır. Koagülasyon parametrelerinde değişimin olmaması intrinsek ve ekstrinsek pıhtılaşma yollarına etki etmediği ve sistemik etki ile kanamayı durdurmaya yardımcı olmadığına işaret eder.

**Anahtar sözcükler:** LNG-RIA, arter doppleri.

### PB-098

#### **Preterm gebelikte transperineal ultrasonografinin kullanımı**

Helmi Temessek, Kaouther Dimassi, Narjess Karmous, Nizar Ben Aissia, Amel Triki, Mohamed Faouzi Gara

*Mongi Slim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, La Marsa, Tunus*

**Giriş:** Preterm gebelik yönetiminde (PG) transvajinal ultrason (TVU), tanı ve prognoz bakımından altın standarttır. Transperineal ultrason (TPU), güvenilir bir alternatif olabilir.

#### **Amaç:**

- Preterm gebelikte transperineal ultrason tekniğini sunmak.
- Servikal uzunluk ölçümlerinde ve internal os açılımının görselleştirilmesinde TVU ve TPU sonuçlarını karşılaştırmak.

**Yöntem:** Çalışmamız, preterm doğumlu 14 ila 36. gestasyonel haftası arasındaki hastalara yönelik prospektif bir ön çalışmadır. Tüm hastalara transperineal ve transvajinal servikal uzunluk değerlendirmesi uygulandı. Pearson korelasyon katsayısı ve Lin uyum katsayısı kullanıldı. Kabul edilebilir uyum >0.82 ve kabul edilebilir korelasyon >0.9 olarak tanımlandı.

**Bulgular:** 59 hastaya protokol uygulandı. Pearson korelasyon katsayısı 0.64'tü. Tüm servikal uzunluklar için transperineal ve transvajinal ölçümleri arasında yakın benzerlik gözlemlendi.

**Sonuç:** Transperineal ultrason, transvajinal ultrason kadar güvenilirdir. Ayrıca bu teknik, hızlı, kesin ve açık olup, anksiyete geliştiren hastalarda daha fazla konfor sağlamaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Preterm labor, serviks uzunluğu, transperineal.

### PB-099

#### **Histerektomi öncesi klitoral arter Doppler indekslerinin karşılaştırılması**

Yesim Bayoglu Tekin, Senol Senturk, Ulku Mete Ural, Emine Seda Guvendag Guven, Figen Kır Sahin

*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize*

**Amaç:** Çalışmamızda, selim uterus lezyonları nedeniyle histerektomi geçiren kadınların klitoral arter Doppler indekslerini değerlendirmeyi ve değişiklikleri kadın seksüel fonksiyon indeksiyle (KSFİ) karşılaştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamıza yirmi kadın katıldı. Selim uterin lezyonlu pre-menopozal kadın olmak, çalışmaya dâhil edilme kri-

teriydi. Klitoral arter Doppler ultrasonografi değerlendirmesi, 13.5 Mhz lineer proba gerçekleştirildi. Muayeneler, genital dokuya herhangi bir basınç uygulamaksızın litotomi pozisyonunda yapıldı. Pulsatilite (PI), direnç (RI) indeksleri ve sistol/diastol oranı (S/D) hesaplandı ve KSFİ skorları cerrahi işlemden önce ve 6 ay sonra değerlendirildi.

**Bulgular:** Kadınların ortalama yaşı  $45.2 \pm 31$  idi. PI, RI ve S/D indeksleri, cerrahi işlem öncesinde  $1.25 \pm 0.41$ ,  $0.65 \pm 0.10$  ve  $3.31 \pm 1.53$  olarak, cerrahi işlem sonrasında da  $1.01 \pm 0.41$ ,  $0.59 \pm 0.10$  ve  $2.69 \pm 1.01$  hesaplandı. Cerrahi öncesi ve sonrası Doppler indeksleri değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $p < 0.001$  for PI, RI and S/D). KSFİ skorları histerektomi öncesinde  $28.3 \pm 5.4$  ve cerrahi işlemden 6 ay sonra  $20.5 \pm 8.6$  olarak bulundu; KSFİ skoru, cerrahi işlem sonrasında anlamlı derecede azaldı ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Sonuçlarımız, klitoral arter kan akışının histerektomi sonrasında değiştiğini ve bu değişikliklerin, kadın seksüel fonksiyonlarını anlamlı derecede değiştirdiğini göstermektedir.

**Anahtar sözcükler:** Klitoral arter Doppler, seksüel fonksiyon, histerektomi.

## PB-100

### Intrauterin fokal lezyonların tespitinde Power Doppler USG'nin hassasiyeti: Doppler ultrason ve histeroskopik histopatolojiyle korelasyon

Ebru Çöğendez<sup>1</sup>, Meryem Eken<sup>1</sup>, Osman Temizkan<sup>2</sup>, Ecmel Işık Kaygusuz<sup>3</sup>, Dilşad Herkiloğlu<sup>1</sup>, Mustafa Eroğlu<sup>1</sup>, Murat Muşcu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul; <sup>2</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul; <sup>3</sup>Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

**Amaç:** Endometriyal poliplerle submukozal fibroidlerin Power Doppler akış haritalamasını karşılaştırmak ve farklı Power Doppler özelliklerinin bu fokal endometriyal lezyonları ayırt etmede yardımcı olup olamayacağını analiz etmek.

**Yöntem:** Anormal uterin kanaması ve transvajinal ultrasonda infertilite sergileyen ve sonohisterografide fokal endometriyal lezyonları olduğu görülen 58 kadın (medyan yaş: 37; aralık, 25-51 yıl) bu prospektif çalışmaya dâhil edildi. Üç farklı vasküler yapı tanımlandı: Yapı A: Tek damarlı yapı; Yapı B: Çıkıntı benzeri damar yapısı; Yapı C: çoklu damar yapısı. Bunlar, son histopatolojik tanıyla karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Histolojik tanıları şöyleydi: Endometriyal polip 40 (%69), submukozal miyoma 18 (%31). Power Doppler sinyalleri bunların 53'ünde gözlemlendi; endometriyal polipli beş hastada gözlemlenmedi. Vaskülarize poliplerde Yapı A'yı %75 oranında, Yapı B'yi %2.5 oranında ve Yapı C'yi %7.5 oranında

da bulduk; ayrıca submuköz miyomalarda Yapı A'yı %5.6 oranında, Yapı B'yi %66.7 oranında ve Yapı C'yi %27.8 oranında bulduk. Endometriyal polipleri tanılamada tekli damar yapısı için hassasiyet, özgüllük ve pozitif ile negatif prediktif değerlerini sırasıyla %27.78, %92.5, %62.5 ve %74 olarak bulurken, submukozal fibroidleri tanılamada çıkıntı benzeri damar yapısı için bu değerleri sırasıyla %72.22, %100, %100 ve %88.9 olarak bulduk.

**Sonuç:** Power Doppler kan akışı haritalaması, intrauterin fokal lezyonların tanısında kabul edilebilirdir ve endometriyal polipleri ve submukozal fibroidleri ayırt etmede pratik bir yöntemdir.

**Anahtar sözcükler:** Power Doppler, histeroskopi, fokal intrauterin lezyonlar.

## PB-101

### Ultrasonografiyle over kitle tanısında radyologların değerlendirme geçerliliği ve kategori ayırt etme becerisi

Gholamreza Babaei Rouchi

İslami Azad Üniversitesi, Kerec Bölümü, Kerec, İran

**Amaç:** Değerlendirme geçerliliği, herhangi bir hastalığı gözlemlemede ve tanısına karar vermede büyük öneme sahiptir. Bu inceleme, over kistlerini gözlemlemeyi ve ultrason imajlarını okumayı ve herhangi bir radyolog için kategorisini ayırt etmeyi amaçlamaktadır. Ayırt etme becerisi, bu konuyla ilgili şeylerden biridir ve radyologların doğru tanı koyma becerisi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, radyologun ultrasonda over kisti hastalıklarına yönelik sıralanmış kategorilerde (selim, sınırda, habis) ayırt etme becerisini değerlendirdik. Bunu yapabilmek için, Ağırlıklı Kappa katsayısıyla radyologların değerlendirme geçerliliğini ölçtük ve ardından "kare puanları birliktelik modeli" yardımıyla over kisti hastalıklarının şiddetine tanı koymada ayırt etme becerilerini değerlendirdik.

**Yöntem:** Bu analitik kesitsel çalışmada iki radyolog ve üç radyoloji asistan hekimi, (bir hafta arayla) iki ayrı dönemde ayrı ve bağımsız olarak 40 hastanın ultrasonunu değerlendirmiştir. Hastalar, Ocak 2012'de Mirza Kooock Khan Hastanesi'ne başvuranlardan seçilmiştir. Ultrason muayeneleri, uzman bir radyolog ve tek bir cihaz tarafından gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular:** Radyologlardan alınan veriler, üstün ayırt etme becerileri nedeniyle "kare puanları birliktelik modeli" ile değerlendirilmiştir. Radyologlarımız için Ağırlıklı Kappa katsayısı ortalaması 0.81, değerlendirme geçerliliği 0.99 idi; fakat asistan hekimlerimizin düşük sonuçları nedeniyle analiz için "geçerlilik artı kare puanları birliktelik modeli"ni kullandık ve asistan hekimler için bulduğumuz Ağırlıklı Kappa katsayısı ortalaması 0.65, değerlendirme geçerliliği ise 0.97 olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Radyologlar asistan hekimlerden daha iyi bir işleve sahip olsa da, over kisti hastalığının tanısı ve kategorilendirilmesi konusunda hepsi de uygun ayırt etme becerileri sergilemiştir. Selim kategoriyi sınır kategorisinden ayırt etmek, habis kategorisini sınır kategorisinden ayırt etmekten daha zordu ve radyologlar, bu konuda asistan hekimlerden daha iyi bir sonuç sergiledi.

**Anahtar sözcükler:** Over kisti, ultrasonografi, güvenilirlik.

## PB-102

### Üçüncü trimesterde karın ağrısı ile ortaya çıkan hiperreaksiyo luteinalis: Olgu sunumu

Harika Bodur Öztürk<sup>1</sup>, Gül Telci<sup>1</sup>, Deniz Usal<sup>1</sup>, Tayfun Bağış<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acibadem Kadıköy Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>Acibadem Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Hiperreaksiyo luteinalis overlerin iki taraflı genişlediği nadir, iyi huylu bir durumdur. Bu durum genellikle trofoblastik hastalık, hidrops fetalis ve çoğul gebelikler ile ilişkilidir. 28 yaşında G1 P0 33 haftalık spontan ikiz gebeliği bulunan hasta, iki taraflı pelvik ağrı ile hastaneye başvurdu. Ultrason değerlendirmesinde her iki overde birçok sayıda anekoik kistik lezyonlar tespit edildi. Hastaya 34 hafta 4 günde ikiz gebelik nedeniyle primer sezaryen uygulandı. Pelvisin intraoperatif gözleminde overlerin, çapı 2 ile 4 cm arasındaki birçok sayıda kist nedeniyle belirgin şekilde büyüdüğü izlendi. Perioperatif takiplerinde özellikli olmadı. Doğumdan 6 hafta sonra pelvik ultrason uygulandı ve overler residuel kist olmaksızın normal olarak tespit edildi. Hiperreaksiyo luteinalis gebelik sonrasında genellikle geriler. Over torsiyonu veya kontrol edilemeyen kanama gelişirse cerrahi müdahale gerekebilir. Histolojik tanısı yapılmayan, varsayma dayalı tanısı olan hastalarda postpartum takip önerilmektedir. Sunulan olguda, konservatif yaklaşım ile her iki overin korunması sağlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Adneksiyal kitle, hiperreaksiyo luteinalis, ikiz gebelik.

## PB-103

### Fetal over kistinin prenatal tanısı

Şenol Şentürk, Gülşah Balık, Zeynep Serdaroğlu Uzuner, Figen Kır Şahin

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** Fetal over kistleri, prenatal olarak tanısı konulan en yaygın abdominal tümörlerdir. Fetal over kistleri genellikle unilateral olup üçüncü trimesterde tanısı konulur ve yaygın değildir. Çalışmamızda, literatürdeki çalışmaların incelenmesi yoluyla fetal over kistinin antenatal tespiti bildirilmiştir.

**Olgu:** Yirmi yaşındaki primigravid hasta, prenatal sonografi-nde abdomen bölgesinde fetal kistik kitle tespiti üzerine gebeliğinin 24. haftasında prenatal merkezimize başvurdu. Geçmiş tıbbi hikayesinde önemli bir durum yoktu ve antenatal seyri olaysızdı. Ultrason muayenesi, 73x65 mm çapındaki kistin anekoik içeriğe sahip olduğunu ve kistin ince duvarının, fetüsün alt abdomen bölgesinde yer aldığını doğrulamaktadır. Bu bulgular, basit bir over kistine işaret etmektedir. Hasta durumu hakkında bilgilendirildi ve doğuma kadar her iki haftada bir kisti takip etmek amacıyla seri ultrason taramaları gerçekleştirildi. Kistin çapı, sırasıyla gebeliğin 34., 37. ve 39. haftalarında 58x50 mm, 69x53 mm ve 75x60 mm'ye yükseldi. Termde makat prezentasyon nedeniyle sezaryen operasyon gerçekleştirildi ve sağlıklı bir kız bebek dünyaya geldi. Yenidoğan 3040 ağırlığında ve 5. ve 10. dakika Apgar skorları sırasıyla 8 ve 10'du. 80x78 çapındaki kistik kitle, ilk postnatal günde gerçekleştirilen abdominal ultrason taramasında belirlendi. Şiddetli abdominal şişkinlik ve respiratuvar distres nedeniyle ikinci postnatal günde laparotomi yapılması önerildi. Cerrahi prosedür esnasında sağ abdominal kadranda, sağ overden çıkan sarı bir kistik yapı gözlemlendi. Kist pedikülü bükülü değildi ve sol over ile adneksal yapılar normal görünümdeydi. Laparoskopik sağ over sistektomisi gerçekleştirildi. Örneğin histopatolojik incelemesinde seröz sıvıyla dolu 80x80 mm çapında büyük sarrımsı bir kistik kitle ortaya konuldu. Son patolojik rapor, sağ overin seröz kistadenomu tanısını doğruladı. Yenidoğan, olaysız ve komplikasyonsuz bir postoperatif seyre sahipti ve postoperatif 5. günde annesiyle birlikte taburcu edildi.

**Bulgular:** Etiyoloji halen belirsiz kalırken, hastalıktan genellikle hormonal stimülasyonun (fetal gonadotropin, maternal östrojen ve plasental insan koryonik gonadotropini) sorumlu olduğu düşünülmektedir. Maternal ve fetal over kistleri aynı anda var olabilir ve potansiyel olarak benzer bir hormonal etiyolojiye sahip olabilir. Neonatal over kistleri neredeyse daima basit selim kistlerdir ve kendi kendilerini sınırlamaktadır, bunların çoğu bildirilmez.

**Sonuç:** Genel olarak fetal over kisti, yaşamı tehdit eden bir tablo değildir. Bu kistler genellikle basit kistlerdir ve küçük boyutludur Tanı sonrasında seri ultrason muayeneleri ile takipleri yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Fetal over kisti, over kisti, prenatal tanı.

## PB-105

### Tube-ovaryen varyen absenin ultrasonografi eşliğinde transvaginal drenajı

Yesim Bayoğlu Tekin, Ulku Mete Ural, Şenol Şentürk, Emine Seda Guvendag Guven, Figen Kır Şahin

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize

**Amaç:** İntravenöz antibiyotik tedavisine rağmen iyileşme sağlanamayan bir tubo-ovaryen absenin ultrasonografi eşliğinde başarıyla endovajinal drenajı sağlanmış bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** 45 yaşında gravida 6, parite 4 premenapozal hastadır. 7 yıldır rahim içi araç kullanan hastanın bir haftadır karın ağrısı ve yüksek ateş öyküsü mevcuttu. Akut batın tablosu ile acil servise başvuran hastaya yapılan ultrasonografide pelviste sağda 105x97 mm, solda 76x62 mm boyutlarında tubo-ovaryen abse ile uyumlu konglomere kitleler ve Douglas boşluğunda 50 mm derinliğinde serbest sıvı görüldü. WBC: 23.000, CRP: 16.8 olan hastanın ateşi 38.5 °C olarak ölçüldü. Batın hassas rebound ve defans mevcuttu. Vajinal muayenede posterior forniks dolgun ve fluktuasyon vermekte idi. Collum hareketleri ağrılı idi. Hastaya 5 gün boyunca metronidazol 1 gr 2x1 ve seftriakson 1 gr 2x1 iv olarak uygulandı. WBC ve CRP değeri düşmeyen hastaya ultrasonografi eşliğinde endovajinal drenaj uygulandı yaklaşık 700 cc pürülan mayi boşaltıldı. Drenajın ardından douglasta dren yerleştirildi. Drenaj sonrası pelvik kitleleri küçülen hasta WBC ve CRP değerlerinin düşmesinin ardından dren çekilerek bir hafta sonra taburcu edildi.

**Sonuç:** Pelvik abselerin ultrasonografi eşliğinde transvajinal boşaltılması güvenli ve etkili bir işlemdir. İntravenöz antibiyotik tedavisi başarısız olan hastalarda alternatif bir tedavi seçeneği olarak denenebilir.

**Anahtar sözcükler:** Tuboovaryen abse, ultrasonografi.

### PB-106

#### Dermoid kistte anormal yükselmiş CA 19-9: Over torsiyonu belirtisi mi?

Burcu Artunç Ülkümen, Aslı Göker, Halil Gürsoy Pala, Serçin Ordu

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Manisa*

Dermoid kist, çeşitli doku öğelerini içeren overin en yaygın üreme hücresi tümörüdür. Over torsiyonu, ultrasonografik tanısı kafa karıştırıcı olan en yaygın komplikasyondur. 14 yaşındaki bakire adolesan, 1 hafta süren pelvik ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Abdominopelvik ultrasonda, sağ adneksada 11 cm çaplı lobüle kistik bir lezyon gözlemlendi. Abdominopelvik MRI'da, heterojen solid yapılardan oluşan 16 cm'lik kistik bir lezyon tespit edildi. Sol over ve diğer intraabdominal yapılar normaldi. Tümör belirteçleri ise şöyleydi: CEA: 1.90?U/mL, AFP: 0.94?U/mL, CA 15-3: 13.4?U/mL, CA 19.9: 1983?U/mL ve CA 125: 217?U/mL. Bir diğer muhtemel gastrointestinal sistem patolojisi, görüntüleme yöntemleriyle ekarte edildi. Pfannenstiel insizyonu gerçekleştirildi ve nekrozlu sağ over torsiyonu tespit edildi.

Sağ salpingoofektomi gerçekleştirildi ve donmuş kısımda dermoid kist ortaya çıktı. Patolojik değerlendirme, dermoid kist ve over torsiyonuyla uyumluydu. Yüksek CA 19-9 ve CA-125 seviyeleri ile kist çapındaki hızlı artış, her zaman malignite ile ilişkili değildir. Ancak detaylı bir preoperatif değerlendirme gerekmektedir. Over torsiyonunun erken tespitine yönelik ihtiyaç nedeniyle CA 19-9, özellikle over torsiyonu ve over nekrozunun genişlemesi için iyi bir belirteç olabilir. Ancak bu hipotezi doğrulamak için daha geniş çalışmalar gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** CA 19-9, dermoid kist, over torsiyonu.

### PB-107

#### Postmenapozal malign adneksiyal kitle ile karışan ovaryen seröz kistadenofibrom olgusu

Ergül Demirci Bor<sup>1</sup>, Kadir Güzin<sup>1</sup>, Şeyma Özkanlı<sup>2</sup>, Gökhan Göynüner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul;* <sup>2</sup>*İstanbul Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

**Giriş ve Amaç:** Overin kistadenofibromu, 25-65 yaş arasında görülen, hem epitelial hemde fibröz stromal içeriği olan oldukça nadir bir benign ovarian tümördür. Kistadenofibromun ultrasonografik görünümü sıklıkla kistik ve solid içeriği olan adneksiyal kitledir ve sıklıkla malign over tümörü ile karışır. Bizim vakamız radyolojik görüntüleme ile postmenapozal malign adneksiyal kitle ön tanısı ile operasyona alındı ve intaoperatif patolojik tanısı seröz kistadenofibrom olarak tespit edildi. Malign adneksiyal kitle ön tanısı ile opera edilen hastalarda ayırıcı tanı olarak nadir de olsa kistadenofibrom da düşünülmelidir.

**Olgu:** Vakamız kasık ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurmuştur. 75 yaşında ve 25 yıldır menopozda olan multipar hasta daha önce hiç jinekolojik bir hastalık yaşamamıştır. Hastanın yapılan ultrasonografisinde sağ adneksiyal alanda bilobule solid-papiller alanlar içeren toplam 15 cm kistik kitle izlenmiştir. Hastanın Ca 125 değeri normal sınırlardadır. Yapılan MR incelemesinde T1'he hipointens T2'de hiperintens solid-kistik malignite şüphesi içeren sağ adneksiyal kitle görülmüştür. Hastaya yapılan intraoperatif patoloji sonucu seröz papiller kist adenofibrom gelmesi üzerine total histrektomi ve bilateral salpingoofektomi yapılmıştır ve hasta postoperatif sağlıklı taburcu edilmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Over kistadenofibromu epitelial ve fibroz içerikli nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Tüm benign over tümörleri içerisinde görülme sıklığı %1.7'dir. Bu tümörler solid ya da papiller komponentler içeren kistik kitlelerdir ve bu yüzden preoperatif ultrasonografik ya da MR görüntüleme malign kitleler olarak değerlendirilebilirler. Bizim hastamızda

da gerek ultrasonografik gerekse MR öntanımları malign adneksiyal kitle lehine idi. Kistadenofibromlar ameliyat esnasında gross olarak da malign tümöre benzerler ve doğru tanıya varabilmek için frozen ile intraoperatif patolojik tanı yapılmalıdır. Çünkü her ne kadar bizim hastamız postmenopozal dönemde olsa da bu kistler reproduktif çağda da izlenebilir ve preoperatif malign görünüm nedeni ile radikal cerrahi yaklaşım planlanabilir. Malign adneksiyal kitlelerin ayırıcı tanısında her ne kadar preoperatif görüntüleme bulguları malignite yönünde olsa da klinik olarak tümör markerları negatif olan olgularda nadir görülen benign over kistik tümörü olan seröz papiller kistadenofibrom akla gelmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Adneksiyal kitle, kistadenofibrom, over.

### PB-108

#### Peritoneal psödo ve over kistleri sıklıkla karşılaşılan ultrasonik ikilemdir: Mısır deneyimi

Mohammad Ahmad Emam

*Mansure Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mansure, Mısır*

**Giriş:** Peritoneal psödo kistler (PPK), overden çıkan sıvının peritoneal kavitedeki post-enflamatuvar veya postoperatif yapışkan ceplere sıkışması ve bu ceplerde birikmesiyle oluşur. Sonografide kompleks multikistik adneksal kitleler olarak görünürler. Ne yazık ki, sezaryen gibi artmış pelvik cerrahisi nedeniyle oldukça yaygın olsa da, pek çok jinekolog ve ultrasonografi uzmanı bunların farkında değildir ve bu da kadın pelvisinin görüntülenmesinde daha az tanılamaya veya gerçek over kistlerinin yanlış tanılanmasına yol açmaktadır. Bu durum, gereksiz cerrahi müdahaleye yol açabilmektedir.

**Amaç:** PPK tanısı için gerekli kılavuzlara ilişkin Mısır (Mansure) deneyimini vurgulamak ve onları gerçek over kistlerinden ayırt etmek.

**Yöntem:** Over kistli toplam 223 kadına, Doppler'le ve cerrahi öncesi CA 125 plazma konsantrasyonlarıyla birleştirilmiş transvajinal sonografi uygulandı. PPK'lı 62 kadına cerrahi girişimle tanı konuldu ve transvajinal sonografiyle korele sonuç elde edildi. Kistlerin çapı, şekli, marjinleri, içeriği, lokasyonu ve septa ve ekojenisite varlığına ilişkin olgu serisi çalışması analiz edildi.

**Bulgular:** PPK'lar, 40 (%65) olguda unilateral, 22 (%35) olguda bilateral idi. İyi tanımlanmış kistik yapı sadece 12 (%19) olguda bulunurken, diğer 50 (%81) olguda PPK'lar bulanık, belirsiz sınırlı ve acayip bir morfolojiye ve pütürlü bir şekle sahipti. Kiste eksternal olarak ya da içinde hapsedilmiş şekilde, 52 (%84) olguda ipsilateral over tespit edildi.

**Sonuç:** Peritoneal psödo kistler, over kanseri dâhil uzun ayırıcı tanıları listesiyle karıştırılabilecek çeşitli görüntüleme yak-

laşımlarıyla sunulmaktadır. Preoperatif tanı, peritoneal boşluğa uygun lokule sıvıyla çevrili normal ipsilateral over varlığına bağlıdır. Transvajinal sonografi tanı için yeterli olsa da, normal CA125 ve Doppler transvajinal sonografinin hassasiyetini artırmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Peritoneal psödo kist, over kisti, ultrasonik.

### PB-109

#### Nadir bir molar gebeliğin tanısında ultrason muayenesinin önemi: Olgu sunumu

Chaouki Mbarki<sup>1</sup>, Najeh Hsayaoui<sup>1</sup>, Ines Bouriel<sup>1</sup>, Hajer Bettaieb<sup>1</sup>, Saoussen Melliti<sup>2</sup>, Salma Gharbi<sup>2</sup>, Sana Mezghani<sup>2</sup>, Hedhili Oueslati<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ben Arous Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ben Arous, Tunus, <sup>2</sup>Ben Arous Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Ben Arous, Tunus

**Giriş:** Kornual gebelik, uterus duvarının derinlerine gömülü yumurtalık tüpünün ilgili kısmına döllenen yumurtanın implante olmasıyla gerçekleşen, oldukça nadir bir ektopik gebelik türüdür. Hidatiform mol (molar gebelik), nadir bir kitle ya da büyümedir. Molar kornual ektopik gebelik, oldukça nadir görülen bir durumdur.

**Amaç:** Bu çalışmada, molar kornual gebeliğin oldukça nadir görülen bir formunu açıklamayı ve bu durumun tanısında ultrason muayenesinin önemini göstermeyi amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışmada, ultrason muayenesiyle, insan koryonik gonadotropinin seri serum beta alt-ünitesi ve tanıyıcı laparoskopiyi teşhisi konan bir molar kornual gebelik vakasını inceledik. Astum hikâyesi olan 32 yaşındaki bir kadın, amenorenin 8. haftasında ultrason muayenesi için Ben Arous Hastanesi'ndeki (Tunus) Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanımıza başvurmuştur. Ultrason muayenesi, suprapubik ve endovajinal yaklaşımla gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Ultrason muayenesinde, uterus boştu ve 0.96 cm'lik kraniokaudal uzunlukta embriyolaşmış ektopik gestasyonel kesese gözlemledik (bu da 7 haftalık amenore anlamına gelmektedir). Kese plasentayla çevriliydi, genişlemişti ve çok sayıda difüze aneikoik lezyon alanlar içermekteydi. Kornual gebelik tanısı, ultrason muayenesinden elde edilen verilerle konuldu.  $\beta$ -hCG (85843.4 mUI/ml), tanıyıcı laparoskopi ve patolojik analiz (kısmi molar gebelik ile tutarlı özelliklere sahip plasental doku) ile doğrulandı. Hasta, başarılı bir laparoskopi geçirdi.

**Sonuç:** Molar kornual gebelik nadiren gerçekleşir. Çoğu zaman tanısı konulmaz. Çoğunlukla rüptür aşamasında fark edilir. Endovajinal ultrason muayenesi, erken bir aşamada kornual gebeliğin fark edilmesine yardımcı olur.

**Anahtar sözcükler:** Molar gebelik, ultrason muayenesi, kornual gebelik.

**PB-110****Bilateral ektopik gebelik:****Olgu sunumu**

Najeh Hsayaoui, Chaouki Mbarki, Youcef Cadhy, Banene Hamdi, Hedhili Oueslati

*Ben Arous Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ben Arous, Tunus*

**Giriş:** Bilateral tubal gebelik, ektopik gebeliğin en nadir biçimidir. Sıklıkla, yardımcı üreme tekniklerine başvuran kadınlarda görülmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmada, ultrason muayenesinin bilateral ektopik gebelik tanısı için önemini vurguladık.

**Olgu:** Geleneksel yöntemlerle tedavi edilmiş sağ tübal gebelik hikayesi bulunan, primigravid, 23 yaşında bir olguyu inceledik. Hasta, 2 gün boyunca abdominal ağrı çeken 6 haftalık ektopik gebeliğe sahipti. İnsan koryonik gonadotropinin seri serum beta alt-ünitesi değeri 3206 mUI/ml idi. Bilateral ektopik gebelik tanısı, ultrason muayenesinden elde edilen verilerle konuldu: Trans-vajinal ultrasonda, sol ve sağ tuboovaryen hipoeoik kitlelere sahip boş uterus gözlemlendi. Culdasacta minimum düzeyde sıvı birikmesi mevcuttu. Laparoskopik cerrahi gerçekleştirildi. Bilateral ektopik gebelik olduğu sonucuna varıldı. Sol ektopik gebelik için geleneksel cerrahi ve sağ ektopik gebelik için salpenjektomi uygulandı.

**Sonuç:** Bilateral ektopik gebeliğin tanısı zordur. Ektopik bilateral gebeliği gözden kaçırmamak için, gebeliğe yönelik yüksek derecede şüpheye ihtiyaç vardır. Ultrason muayenesi tanıya yardımcı olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Ektopik gebelik, ultrason muayenesi.

**PB-111****Postpartum vaginal omentum sarkması ile tanısı konulan skarsız bir multigravid uterus rüptürü:****Olgu sunumu**

Alev Atis, Burak Ozkose, Verda Alpay, Aysegul Atalay, Ali Gedikbasi

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın-Doğum İstanbul*

**Amaç:** Doğumda skarsız uterus rüptürü bir obstetrik acildir. Tanısı zordur ve klinik şüphe ile ortaya çıkar. Anne ve bebeğin mortalitesine yolaçabilen bir obstetrik bir durumdur. Çok sayıda klinik şekli ve risk faktörü vardır.

**Olgu:** 34 yaşında bir grandmultipar gebenin doğum sonrası, omentum sarkması ile tanısı konulan bir uterus rüptürü literatür eşliğinde tartışılmıştır.

**Sonuç:** Uterin rüptür teşhisinin gecikmesi anne ve bebeğin mortalitesi ile sonuçlanabilir.

**Anahtar sözcükler:** Uterin rüptür, postpartum.

**PB-112****Gebelik döneminde görülen elongasyo colli'nin obstetrik ve postpartum sonuçları**

Ergül Demirci Bor<sup>1</sup>, Orhan Sahin<sup>3</sup>, Gokhan Goynumer<sup>1</sup>, Cemal Ark<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>İstanbul Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul; <sup>2</sup>İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; <sup>3</sup>Trabzon Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon*

**Amaç:** Uterin prolapsus, ileri yaş ve doğum yapmış hastalarda görülebilen jinekolojik bir patolojidir. Literatürde elongasyo colli ile birlikte görülen uterus prolapsus olgularının genellikle, önceki doğumlar sonrası olduğu belirtilmiştir. Gebelik sonrası oluşan prolapsusun etiolojisi gebelik esnasında artmış olan hormonların uterusu destekleyen ligamanları etkileyerek uterusu relaksasyona sebep olmasıdır. Biz vakamızı pre ve post partum periodları boyunca izledik ve özellikle post partum perioddaki spontan iyileşmeyi gözlemledik.

**Olgu:** Vakamızın nedeni ile acilimize başvuran 37 yaşında gravida 2 parite 1 olan 33 haftalık bir gebedir. Öyküsünde altı yıl önce miadında normal spontan doğum ile 2850 gram sağlıklı bir bebek dünyaya getiren hasta, vajen dışına sarkan bir kitlenin önceki doğumundan sonra oluştuğunu ve bu durum için tedavi olmadığını belirtmektedir. Hastanın yapılan vajinal muayenesinde serviks introitusdan yaklaşık 10-12 cm dışarıya sarkmış, elle redükte edilebilir (POP-Q Evre 3) ve yumuşamış multipar açıklık vasfında yoğun eroze idi. Hastaya erken doğum tehdidine yönelik gerekli tedavi uygulandıktan sonra mevcut prolapsusuna yönelik halka pesser ve profilaktik antibiyotik uygulaması, ayrıca mevcut servikal erazyonuna yönelik smear örnekleme sonrası tedavi uygulanmıştır. Pesser uygulamasının başarısız olması üzerine hasta yatak istirahatine alınmıştır. Hasta elektif sezaryen doğum ile 3050 gr sağlıklı bir bebek dünyaya getirmiştir, postpartum komplikasyon izlenmemiştir. Post partum ikinci yılda hastanın prolapsus derecesinde gerileme olmaması ve elle redüksiyon da zorluk ortaya çıkması üzerine hastaya cerrahi tedavi tekrar önerilmiştir fakat hasta reddetmiştir.

**Sonuç:** Vakaların çoğunda hastalar multipardır ve uterus prolapsus gebeliklerinden öncede mevcuttur. Bu hasta grubunun gebeliklerinde abort, erken doğum tehdidi ve üriner infeksiyon gibi komplikasyonlar izlenmektedir. Hastaların terne doğru servikslerinde oluşan ödem ve geçirilmiş enfeksiyonlara bağlı oluşan servikal hipertrofi ve fibrosis nedeni ile normal spontan doğum başlasa bile distosi veya duraklama gibi komplikasyonlar izlenmektedir. Bu nedenle bu tip hasta-

lara elektif koşullarda sezaryen doğum önerilmekte ve uygulanmaktadır. Post partum atoni ise morbiditesi oldukça yüksek olan ve prolapsus hastalarında sık izlenen bir komplikasyondur. Literatürde uterin prolapsus derecesinde spontan gerileme nadiren de olsa izlenmektedir. Fakat çoğu hastanın prolapsus derecesi değişmediğinden hastalara cerrahi tedavi önerilmekte ve uygulanmaktadır. Bizim vakamız da ise hastanın rutin jinekolojik muayenelerinde Kegel egzersizlerine rağmen prolapsus derecesindeve elongasyo colli de gerileme olmamış hatta ilerleyen dönemde elle redüksiyonda güçlüç ortaya çıkmıştır. Hasta cerrahi tedavi önerilerini sosyal sebeplerden dolayı reddetmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, uterin prolapsus, elongasyo colli.

### PB-113

#### Honokiöl rat modelinde intra-abdominal adezyon oluşumunu azaltır

Elif Ağaçayak<sup>1</sup>, Senem Yaman Tunç<sup>1</sup>, Mehmet Sait İcen<sup>1</sup>, Ulaş Alabalık<sup>2</sup>, Fatih Mehmet Fındık<sup>1</sup>, Hatice Yüksel<sup>3</sup>, Talip Gül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır; <sup>2</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır; <sup>3</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, Diyarbakır

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı rat modelinde intra-abdominal yapışıklık oluşumunun önlenmesinde antioksidan etkilere sahip doğal bir molekül olan honokiölün etkinliğini araştırmaktır.

**Yöntem:** Bu çalışma 40 gebe olmayan Sprague-Dawley ratların sham, kontrol, saline ve honokiöl diye 4 gruba ayrılmasıyla yapılmıştır. Kontrol, saline ve honokiöl grubundaki ratların her iki uterin boynuzunun anti-mezenterik yüzeyinde 2 cm segmentine bir bisturi ile travmatize edildi. Salin grubuna ameliyattan sonra 5 gün süreyle intraperitoneal 2 ml salin/gün uygulanmıştır. Diğer taraftan Honokiöl grubuna, ameliyattan sonra 5 gün boyunca 1 mg/kg/gün dozunda intraperitoneal honokiöl uygulanmıştır. Ameliyat sonrası 14. günde, intrakardiyak 3 ml kan örneğinin biyokimyasal analizler için ratlardan alındı ve fareler bu şekilde sakrifiye edilmiştir. Kan örneklerinden total antioksidan seviye (TAS) ve Total oksidan seviye (TOS) düzeyleri araştırıldı. Adezyonlar Zühlke ve arkadaşlarının mikroskopik yapışıklık sınıflandırma sistemine göre değerlendirildi. Cilt dokuları da inflamasyon, granülasyon, fibrozis varlığı açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** Adezyon ve inflamasyon skorları saline ve kontrol grupları ile karşılaştırıldığında honokiöl grubunda anlamlı olarak daha düşüktü ( $p<0.008$ ). Benzer şekilde, fibrozis skoru saline grubu ile karşılaştırıldığında honokiöl grubunda anlamlı olarak daha düşüktü ( $p<0.008$ ). Ancak, TAS ve TOS düzeyleri karşılaştırıldığında; gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu.

**Sonuç:** Honokiölün rat modelinde intra-abdominal adezyon oluşumunun önlenmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Ancak intra-abdominal yapışıklık oluşumunun önlenmesinde honokiölün rolüne ışık tutacak ve bu çalışmada bulunan umut verici sonuçların moleküler yönlerini belirlemek için daha büyük çalışmalar gereklidir.

**Anahtar sözcükler:** Honokiöl, intra-abdominal adezyon, rat.

### PB-114

#### Glob vezikaleye neden olan imperfore himen olgusu

Süreyya Demir<sup>1</sup>, Bülent Demir<sup>1</sup>, Faruk Demir<sup>2</sup>, Gülser Bingöl<sup>1</sup>, Tuğba Atalay<sup>1</sup>, Mehmet Nafi Sakar<sup>3</sup>, Deniz Balsak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın; <sup>3</sup>Diyarbakır Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır

İmperfore himen Müllerian gelişimin tam olarak tamamlanmamasından kaynaklanan, oldukça nadir görülen konjenital bir anomalidir. İnsidansı tam olarak bilinmemekle birlikte yaklaşık olarak %0.014-0.01'dir. Menstrual siklus başlayana kadar asemptomatik olarak seyreder. Menstrüasyonların başlamasıyla siklik pelvik ağrı ve zamanla oluşan hematometrokolposun pelvik bası yapmasına bağlı olarak farklı semptomlar ortaya çıkabilir. Çoğunlukla primer amenore nedeniyle başvururlar. Karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran 13 yaşındaki hastaya yapılan fizik muayene ve USG tetkikleri sonucunda glob vezikale ön tanısı konuldu. Yapılan jinekolojik muayenesinde aşırı derecede bombeleşmiş imperfore himen izlendi. Bizim yaptığımız pelvik USG'de pelviste yaklaşık 11\*12 cm boyutunda hematokolpos ile uyumlu görünüm mevcuttu. Hastaya hime-notomi işlemi uygulandı postop 1. gün hasta sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Sonuç olarak adolesan dönemdeki kız çocuklarında akut idrar retansiyonunun nedeni araştırılırken ayrıntı tanıma imperfore himende unutulmamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Glob vezikale, imperfore himen, hematokolpos.





# 11th Congress of the Mediterranean Association for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology

9-12 Ekim 2014, Belek, Antalya

## 9. Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi Yazar Dizini

<b>A</b>		<b>B</b>	
Abbasoğlu A.	PB-058	Aşık H.	PB-025
Abdeljawad F.	KÖ-35	Atabek C.	SB-02
Abir K.	PB-073	Atalay T.	PB-026, PB-114
Abu-Rustum R.S.	KÖ-07	Atalay A.	PB-111
Acar H.	PB-044	Atalay S.	PB-021, PB-022, PB-025
Acar Şirinoğlu H.	PB-057	Ataoglu E.	PB-022, PB-021
Acet F.	PB-092	Atci N.	PB-088
Adalı E.	PB-014	Atış Aydın A.	KÖ-46, PB-038, PB-082
Ağaçayak E.	PB-003, PB-113	Atis A.	SB-10, PB-030, PB-035, PB-036, PB-043, PB-111
Ajroudi M.	SB-08, PB-068, PB-080	Atlıhan U.	PB-092
Akberova A.	SB-07	Avcı F.	PB-028, PB-029, PB-041, PB-079
Akcan B.	PB-021, PB-022, PB-025	Aydın A.	PB-047, PB-059
Akçil E.	PB-071, PB-074	Aydın F.	PB-034
Aksoy A.N.	PB-032, PB-034	Aydın H.	PB-009, PB-044
Akyol A.	PB-045	Aydoğmuş S.	PB-016, PB-019, PB-020, PB-050
Alabalık U.	PB-113		
Alanbay I.	PB-004	<b>B</b>	
Aldemir O.	PB-033	Bağış T.	PB-066, PB-102
Alkaş D.	PB-049	Bakacak M.	PB-028, PB-029, PB-041, PB-079
Alpay V.	PB-111	Bakır L.V.	PB-025, PB-026, PB-095
Altay M.	PB-078	Balık G.	PB-087, PB-089, PB-103
Altunyurt S.	SB-07, PB-092	Balsak D.	PB-023, PB-024, PB-026, PB-094, PB-095, PB-114
Ammous T.	PB-017, PB-067	Barrabes E.M.	KÖ-16
Antsaklis A.J.	KÖ-25	Başaranoğlu S.	PB-003
Anuk A.T.	PB-092	Başpınar O.	PB-048, PB-051
Api O.	KÖ-26	Batmaz G.	PB-032
Arat Ö.	PB-011	Bayoğlu Tekin Y.	PB-040, PB-089, PB-093, PB-099, PB-105
Arbanas S.	PB-096	Bayoğlu Metin Y.	PB-065
Arıkan S.A.	PB-010, PB-012, PB-063	Baytur Y.	SB-05, SB-06, PB-002, PB-037, PB-085
Arısoy R.	PB-009, PB-010, PB-012, PB-013, PB-044, PB-056, PB-057, PB-063	Belgacem S.	PB-067
Ark C.	PB-035, PB-036, PB-112	Belghith C.	SB-12
Arras M.	KÖ-28	Ben Aissia N.	PB-067, PB-068, PB-080, PB-098
Arslan H.	PB-090	Ben Amor A.	SB-12
Arslan O.	PB-084	Benk Şilfeler D.	PB-015, PB-055
Arthuis C.J.	KÖ-08	Bertrand P.	KÖ-08
Artunç Ülkümen B.	SB-05, SB-06, PB-002, PB-037, PB-085, PB-106	Bettaieb H.	PB-054, PB-109
		Bingöl G.	PB-021, PB-022, PB-023, PB-024, PB-026, PB-094, PB-095, PB-114

Bodur Öztürk H.	PB-066, PB-102	Emam M.A.	PB-108
Bogavac M.	PB-005, PB-075	Energin H.	SB-01
Bor E.D.	PB-107, PB-112	Ercan Ö.	PB-028, PB-029, PB-041, PB-079
Bouriel I.	PB-109	Erdogdu E.	PB-009, PB-010, PB-012, PB-013, PB-044, PB-056, PB-057, PB-063
Brajnovic SZ	KÖ-37	Ergenoğlu A.M.	PB-070
<b>C</b>		Ergin Bayık R.N.	SB-09
Cadhy Y.	PB-053, PB-110	Ergün A.	SB-02
Cali G.	KÖ-18	Erkanlı S.	PB-066
Canhasi L.	PB-081	Erkılınç S.	PB-060
Cekic S.	PB-083	Eroğlu M.	PB-100
Cemgil Arıkan D.	KÖ-45, PB-028, PB-029, PB-041, PB-079	Erol O.	PB-018, PB-027
Ceylan Y.	PB-069	Erol Türkyılmaz Ş.	PB-013
Chaabene M.	KÖ-38, PB-039, PB-091	Ersoy A.Ö.	PB-078
Chelli D.	SB-08	Ersoy E.	PB-078
<b>Ç</b>		Eser B.	PB-014
Çalışkan M.	PB-023	Esinler D.	PB-033
Çavuşoğlu S.	PB-094, PB-095	<b>F</b>	
Çayan F.	KÖ-06	Fadıloğlu E.	PB-033, PB-045
Çekiç S.G.	PB-038	Fatnassi A.	PB-039, PB-091
Çelik E.	KÖ-27	Felek N.	PB-030
Çelik E.Y.	PB-078	Fındık F.M.	PB-003, PB-113
Çelik T.	PB-014	Fidan U.	PB-004, PB-059
Çetin A.	PB-021, PB-022	<b>G</b>	
Çok T.	PB-049, PB-062, PB-086	Gara M.F.	SB-08, SB-12, PB-017, PB-042, PB-067, PB-068, PB-073, PB-080, PB-098
Çöğendez E.	PB-100	Gedikbasi A.	KÖ-22, SB-10, PB-035, PB-036, PB-038, PB-082, PB-084, PB-084, PB-111
<b>D</b>		Gelişen O.	PB-078
D'Addario V.	KÖ-23	Gezdirici A.	PB-043
Dane B.	PB-032	Gharbi E.	PB-061
Daneva Markova A.	SB-11, PB-031	Gharbi S.	PB-109
Dede M.	PB-004	Giris M.	PB-084
Demir B.	PB-021, PB-022, PB-023, PB-024, PB-025, PB-026, PB-094, PB-095, PB-114	Gliozheni E.	KÖ-09
Demir F.	PB-021, PB-022, PB-023, PB-024, PB-025, PB-026, PB-114	Gliozheni O.	KÖ-09
Demir S.	PB-021, PB-022, PB-023, PB-024, PB-025, PB-026, PB-094, PB-095, PB-114	Goynumer G.	KÖ-11, PB-035, PB-036, PB-107, PB-112
Demir S.C.	KÖ-39	Gökçe H.	PB-006
Demirbağ S.	SB-02	Göker A.	PB-106
Demirci O.	PB-009, PB-010, PB-012, PB-013, PB-044, PB-056, PB-057, PB-063	Gözükara I.	PB-032, PB-034
Dhouaibia A.	SB-12, PB-042	Gulac B.	PB-035, PB-036
Dikensoy E.	KÖ-40, PB-048, PB-051, PB-071, PB-074	Gunduz O.D.	SB-10
Dilek T.U.K.	KÖ-24	Gurses C.	PB-027
Dimassi K.	KÖ-29, SB-08, SB-12, PB-017, PB-042, PB-067, PB-068, PB-080, PB-098	Guvendag Guven E.S.	PB-040, PB-093, PB-099, PB-105
Divic B.	PB-096	Gül T.	PB-003, PB-113
Dogru Abbasoglu S.	PB-084	Gülcüler L.H.	PB-038
Doğan Y.	PB-069	Gülümser Ç.	PB-046, PB-058
Dokuzoğlu Tamın Y.	PB-074	Gündüz R.	PB-071, PB-074
Dolapçioğlu K.	PB-006, PB-015, PB-055, PB-097	Güngören A.	KÖ-04, PB-006, PB-015, PB-055, PB-088, PB-097
Douik F.	PB-068, PB-080	Güven M.A.	KÖ-42, PB-066
Dundar O.	PB-035, PB-036	Güzin K.	PB-107
Dursun P.	KÖ-31	<b>H</b>	
<b>E</b>		Haddad G.	KÖ-08
Ecevit A.	PB-046	Hadzi Lega M.	SB-11, PB-031
Eken M.	PB-100	Hakverdi A.U.	PB-006, PB-015, PB-055
Ekiz A.	PB-082, PB-083	Hamdi A.	SB-08
Ekmekci E.	PB-019, PB-008, PB-016, PB-020, PB-050, PB-052, PB-007	Hamdi B.	PB-053, PB-110
El Fekih C.	PB-039, PB-091	Hamza Q.	PB-081
		Hasbay B.	PB-086
		Herkiloğlu D.	PB-100
		Hmila F.	PB-039, PB-091

Hnifi C.	PB-039	Kurtulmuş S.	PB-007, PB-008, PB-016, PB-050
Hnifi M.C.	PB-091	Kusari B.	PB-081
Hortu I.	PB-070	Kuşçu E.	PB-058
Hsayoui N.	PB-053, PB-054, PB-061, PB-109, PB-110		
<b>I</b>		<b>M</b>	
Ines B.	PB-073	Malobabic D.	PB-096
Iuculano A.	KÖ-28	Mandrizzato GP	KÖ-15
<b>İ</b>		Mbarki C.	PB-053, PB-054, PB-061, PB-109, PB-110
İçen M.S.	PB-003, PB-113	Melliti S.	PB-061, PB-109
İlhan N.	PB-038	Mete Ural U.	PB-040, PB-072, PB-087, PB-089, PB-093, PB-099, PB-105
İlhan R.	PB-011	Metin Y.	PB-065
İsenlik B.S.	PB-018	Mezghani S.	PB-061, PB-109
<b>J</b>		Milosevic S.	PB-005, PB-075
Janbakhishov T.	PB-092	Mitrovic B.	PB-096
<b>K</b>		Mladenovic Segedi L.	PB-005
Kabil Kucur S.	PB-032, PB-034	Monni G.	KÖ-28
Kadiri I.	PB-081	Mtimet S.	SB-12, PB-042
Kağıtçı M.	PB-087, PB-090	Muhcu M.	PB-012, PB-013, PB-044, PB-056, PB-057, PB-063, PB-100
Kalaycı H.	PB-049, PB-062, PB-086	Mulas F.	KÖ-28
Kandemir O.	PB-033	<b>N</b>	
Kandemir Ö.	PB-045	Novakovic Z.	PB-075
Kaplan S.	PB-011	Nural O.	PB-097
Karaca Kurtulmuş S.	PB-019, PB-020, PB-052	<b>O</b>	
Karacan T.	SB-10	Oluklu D.	PB-076
Karahanoglu E.	PB-033, PB-045	Ordu S.	PB-106
Karazahin K.E.	SB-02, PB-004, PB-059	Orelj Popic M.	PB-005
Karateke A.	KÖ-34	Orhan Metin N.	PB-072
Karmous N.	PB-017, PB-098	Oueslati H.	PB-053, PB-054, PB-061, PB-110, PB-109
Karoui A.	PB-054, PB-061, PB-067	Ozdemir O.	PB-027
Kasimogulları V.	PB-083	Ozdemir S.	PB-030
Kati K.	KÖ-09	Ozdemirci S.	PB-033, PB-045
Kavak E.	PB-011	Ozkan Ozdemir S.	PB-069
Kavak S.B.	PB-011	Ozkose B.	PB-043, PB-082, PB-111
Kawther D.	PB-073	Ozturk M.	PB-047
Kaya B.	PB-043	<b>Ö</b>	
Kaya E.	PB-024	Öner S.R.	KÖ-01
Kaygusuz E.I.	PB-100	Öte O.	PB-046
Kelekçi S.	PB-007, PB-008, PB-016, PB-019, PB-020, PB-050, PB-052	Özçeltik G.	PB-070
Keskin Kurt R.	PB-006, PB-015, PB-055, PB-088, PB-097	Özdemir H.	PB-049, PB-062, PB-086
Keskin U.	SB-02, PB-004, PB-059	Özdemir Ö.	PB-018
Kır Sahin F.	PB-040, PB-065, PB-087, PB-090, PB-093, PB-099, PB-103, PB-105	Özer I.	PB-060
Kiyak H.	PB-035, PB-036	Özkan Ş.	PB-076, PB-077
Koca E.	PB-071, PB-074	Özkanlı Ş.	PB-107
Koç Ö.	PB-066	Özkaya M.O.	KÖ-10
Kole E.	PB-069	Özler S.	PB-078
Koledin S.	PB-005	Özsaran A.	KÖ-33
Korkmaz N.	PB-038	Öztürk Gözükkara İ.	PB-006, PB-055
Koroglu M.	PB-027	Öztürk İ.	PB-088
Koyuncu F.M.	KÖ-48, SB-05, SB-06, PB-002, PB-037, PB-085	Öztürk M.	SB-02, PB-059
Köse S.	SB-07	Öztürk Ş.	PB-014
Köstü B.	PB-028, PB-029, PB-041, PB-079	<b>P</b>	
Kublay A.	SB-10	Pakay K.	PB-044, PB-057
Kumnova A.	PB-081	Pala H.G.	SB-05, SB-06, PB-002, PB-037, PB-085, PB-106
Kumru P.	PB-009, PB-010, PB-013, PB-056, PB-063	Parlakgümiş H.A.	PB-062
Kumru S.	KÖ-47, PB-018, PB-027	Pekin O.	PB-012, PB-013, PB-044, PB-056, PB-057, PB-063
Kurdoğlu M.	KÖ-19	Perrotin F.	KÖ-08
Kurjak A.	KÖ-14, KÖ-20, KÖ-37	Piras A.	KÖ-28

Polat İ.	KÖ-30, PB-035, PB-036, PB-038, PB-082, PB-083	Topuz S.	KÖ-32
Polat M.	PB-010, PB-012	Toyran Sezik H.	SB-04
<b>R</b>		Tozkır E.	PB-010
Radhouani R.	PB-017, PB-042, PB-067, PB-068	Triki A.	SB-08, SB-12, PB-067, PB-017, PB-042, PB-068, PB-073, PB-080, PB-098
Radunovic N.	KÖ-36	Tugrul S.	PB-009, PB-010
Rouchi G.B.	PB-101	Tuğcu U.	PB-046
<b>S</b>		Tuncer G.	PB-030
Sahin O.	PB-112	Türkyılmaz G.	PB-013
Sak S.	PB-003	<b>U</b>	
Sakar M.N.	PB-023, PB-024, PB-025, PB-026, PB-094, PB-095, PB-114	Ulubay M.	PB-004
Salih F.	PB-077	Usal D.	PB-066, PB-102
Santoro G.A.	KÖ-12, KÖ-13	Ustun B.	PB-082
Sapmaz E.	PB-011	Uyar O.	PB-088, PB-097
Šašić M.	PB-075	Uyar Y.	SB-05, SB-06, PB-002, PB-037, PB-085
Serdaroğlu Uzuner Z.	PB-103	<b>Ü</b>	
Serin S.	PB-028, PB-029, PB-041, PB-079	Ünal E.	PB-046
Sezik M.	KÖ-43, SB-03, SB-04, PB-001	Üreyen E.	PB-014
Simon E.G.	KÖ-08	Üstüner I.	PB-064, PB-065
Soylu Karapınar O.	PB-006, PB-015	<b>Y</b>	
Stanojevic M.	KÖ-21, SB-11, PB-031	Yalçinkaya C.	PB-049
Sterjovska A.	PB-031	Yalınkaya A.	KÖ-17
<b>Ş</b>		Yalvaç S.	PB-033, PB-045
Şahin H.	PB-015, PB-097	Yaman Tunç S.	PB-003, PB-113
Şahin Uysal N.	PB-046, PB-058	Yanık F.F.	PB-046, PB-058
Şentürk Ş.	PB-040, PB-064, PB-065, PB-072, PB-087, PB-089, PB-090, PB-093, PB-099, PB-105, PB-103	Yapar Eyi E.G.	KÖ-44, SB-01, PB-060, PB-076, PB-077
Şimşek D.	PB-070	Yayla M.	KÖ-05, SB-09
<b>T</b>		Yazıcı S.	PB-014
Talmac M.	PB-083	Yenen M.C.	PB-004
Tarcan A.	PB-058	Yeniçel A.Ö.	KÖ-03, PB-070
Tarım E.	KÖ-41, SB-049, PB-062, PB-086	Yetkinel S.	PB-062, PB-086
Taşkın M.İ.	PB-014	Yıldırım A.	PB-019, PB-020, PB-052
Tatic Stupar Ž.	PB-075	Yılmaz Z.	PB-046
Tekin B.	KÖ-02	Yucesoy G.	PB-069
Tekirdağ A.İ.	PB-084	Yüksel S.	PB-083
Telci G.	PB-102	Yüksel H.	PB-113
Temessek H.	PB-017, PB-098	<b>Z</b>	
Temizkan O.	PB-100	Zoppi M.A.	KÖ-28



# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com

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

## Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi

Perinatoloji Dergisi yayın etiğini en yüksek standartlarda uygulamayı ve Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi'nin aşağıdaki ilkelerine uymayı taahhüt eder. Bu bildirme Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) adlı kuruluşların dergi editörleri için geliştirdikleri öneri ve kılavuzlar temel alınarak hazırlanmıştır.

Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce başka bir dergide yayınlanmamış (bilimsel toplantılarda sunulmuş ve tam metin yayımlanmış bildiriler dahil) veya yayınlanmak üzere eşzamanlı olarak herhangi bir dergiye gönderilmemiş olmalıdır. Dergiye gönderilen yazılar, bir editör ve en az iki danışman (hakem) tarafından incelenmek suretiyle çift kör eş değerlendirme (*double-blind peer review*) sürecine alınır. Gönderilen yazıların herhangi bir aşamada, amaca yönelik bir yazılım aracılığıyla intihal açısından incelenebileceği hakkı saklıdır. Bu amaçla intihale yönelik izinsiz alıntı ya da düzmece veriler, sahtecilik (tablo şekil ya da araştırma verilerinin uydurma ya da manipüle edilmiş olması) ve araştırmada uygunsuz insan ya da hayvan materyali kullanımına yönelik incelemelerin söz konusu olduğu ve standartlara uygun olmayan yazılar dergide yayımlanmaz. Bu kural, standart ve uyumsuzluğunun yayın sonrası aşamada saptandığı durumda da geçerlidir ve yazının yayından geri çekilmesini gerektirir. Dergimiz, yayın etiği gereği, intihal ya da çifte yayın şüphesi durumlarını rapor edebilme sorumluluğunu hatırlatır.

Dergimiz, yayın etiğinin kötüye kullanımı ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda COPE tarafından geliştirilen Yayın Etiği Akış Şemalarını temel alır.

## Yazar Sorumlulukları

Yazarlar gönderdikleri yazıların özgünlüğünü teminat altına almalıdır. Yazının daha önce herhangi bir yerde, herhangi bir dilde yayımlanmadığı ya da yayımlanmak üzere değerlendirmeye alınmış olmadığını beyan etmelidirler. Geçerli telif hakkı sözleşme ve yasalarına uymalıdır. Dergimizde tablo, şekil ya da diğer katkı sunan alıntılar gibi telifli materyal ancak geçerli izin ve telif onayı ile yayımlanır ve bu sorumluluk yazarlara aittir. Yazarlar; başka yazarlara, katkı sağlayıcılara ya da kaynaklara uygun bir biçimde atıf yapmalı ve ilgili kaynakları belirtmelidir.

Araştırma türü yazıların (kısa raporlar dahil) yazar(lar); "çalışmayı tasarlama", "verileri toplama", "verileri inceleme", "yazıyı yazma" ve "verilerin ve analizlerin doğruluğunu onaylama" aşamalarından en az 3 tanesine katılmış olmak ve bu durumu beyan etmek zorundadır.

Yazarlar, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken ve çalışmanın bulgularını ya da bilimsel sonucunu potansiyel olarak etkileyebilecek bir mali ilişkiyi ya da çıkar çakışması (*conflict of interest*) veya rekabet (*competing interest*) alanlarını açıklamakla yükümlüdür. Çalışmaya yapılan tüm mali katkıları, sponsorlukları ya da proje desteklerini açıklıkla bildirmelidirler.

Yazar yayımlanmış yazısında anlamlı bir bilimsel hata ya da uygunsuzluk saptadığında, yazıyı geri çekme ya da hatayı düzeltme amacıyla olabildiğince hızlı bir şekilde editör ile temasa geçme yükümlülüğünü taşır.

Yazarlık ve yazar sorumlulukları konusundaki ICMJE yönergelerine <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities> adresinden ulaşılabilir.

## Hakem Sorumlulukları

Hakemler gelen yazıları, yazarlarının etnik köken, cinsiyet, tabiiyet, dini inanış ya da politik felsefelerini dikkate almaksızın bilimsel içerik açısından değerlendirir. Hakemler açısından; araştırma, yazarlar ya da destekleyiciler ile ilgili bir çıkar veya rekabet çakışması bulunmamalıdır. Hakem kararları nesnel olmalıdır.

Hakemler yazar tarafından atıf yapılmamış yayımlanmış ilintili yayınları belirtmelidir. Gönderilen yazı ile ilgili tüm bilgilerin gizli tutulması ve yazar tarafından yapılan telif hakkı ihlali ve intihal durumlarının farkına vardığında editöre bildirilmesi ile yükümlüdürler.

Hakem, gönderilen bir yazının içeriğinin kendi bilimsel alanı ya da birikimi ile uyumsuz olduğunu düşündüğünde ya da hızlı bir değerlendirme yapamayacağı durumlarda editörü bilgilendirmeli ve değerlendirme sürecinden affını istemelidir.

## Editör Sorumlulukları

Editörler gelen yazıları, yazarlarının etnik köken, cinsiyet, cinsiyet tercihi, tabiiyet, dini inanış ya da politik felsefelerini dikkate almaksızın bilimsel içerik açısından değerlendirir. Gönderilen yazıların yayımlanması için adil bir çift kör eş değerlendirme süreci sağlarlar. Gönderilen yazı ile ilgili tüm bilgilerin yayımlanana kadar gizli tutulmasını garanti altına alırlar.

Editörler yayının içeriği ve toplam kalitesinden sorumludur. Erratum sayfaları yoluyla gerektiğinde düzeltme yayımlarlar.

Editör; yazarlar, editörler ve hakemler arasında olabilecek herhangi bir çıkar veya rekabet çakışmasına olanak vermemelidir. Perinatoloji Dergisi'nde hakem atamasında sadece editör tam yetkiye sahip olup yazıların yayımlanması ile ilgili sonuç kararından da kendisi sorumludur.

# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

Cilt 22 | Supplement | Ekim 2014

## İçindekiler

### **11th Congress of the Mediterranean Association for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology** 9-12 Ekim 2014, Belek, Antalya **9. Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi**

Bilimsel Program	v
Konuşma Özetleri (KÖ-01 — KÖ-48)	S1
Serbest Bildiri Özetleri (SB-01 — SB-12)	S31
Poster Bildiri Özetleri (PB-01 — PB-114)	S36
Yazar Dizini	S85