

# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com



Cilt 23 | Supplement | Ekim 2015

## 15. Ulusal Perinatoloji Kongresi

15-18 Ekim 2015, Muğla

### 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 Perinatal Dergi, 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 Perinatal Dergi'nin okuyucu kitlesi perinatal uzmanları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, radyologlar, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, ebeler, ultrasonografi ve diğer ilgili dalların uzmanlarından oluşmaktadır.

## Amaç ve Hedef

Perinatal Dergi'nin amaç ve hedefi, perinataloji ile ilgili konularda disiplinlerarası bir bilimsel tartışma zemini oluşturmak ve içerdikleri birikimi uluslararası bilimsel paylaşımına sunmaktır.

## Telif Hakları

Perinatal Dergi, bünyesinde yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, basılı ve çevrimiçi sürümlerinde yayınladığı hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayınlanan 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.

Perinatal Dergi'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 karşılığında yerine getirilir.

**Deomed Yayıncılık**  
Gür Sok., No: 7B  
Kadıköy 34720 İstanbul  
Telefon: +90 216 414 83 43 (Pbx) Faks: +90 216 414 83 42  
e-posta: medya@deomed.com • www.deomed.com

Perinatal Dergi, yazarlardan devraldığı ve çevrimiçi (*online*) sürümünde yayımladığı içerikle ilgili telif haklarından, bilimsel içeriğe evrensel açık erişimin (*open access*) desteklenmesi ve geliştirilmesine katkıda bulunmak amacıyla, bilinen standartlarda kaynak olarak gösterilmesi koşuluyla, ticari kullanım amacı ve içerik değişikliği dışında kalan tüm kullanım (çevrimiçi bağlantı verme, kopyalama, baskı 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 yineviden 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 Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi

Derginin "Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi" ile ilgili ayrıntılı bilgi için www.perinataldergi.com adresini ziyaret edebilirsiniz.

## 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 Perinatal Dergi, Perinatal Tıp Vakfı adına Deomed Yayıncılık tarafından yayımlanmaktadır (Telif Hakkı © 2015, Perinatal Tıp Vakfı).

**Yayın Koordinatörü:** İlnur 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 2015).



# 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 Şemaları'nı temel alır.

## Yazar Sorumlulukları

Yazarlar gönderdikleri yazıların özgünlüğünü teminat altına almalarıdır. 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

www.perinataldergi.com

**Cilt 23 | Supplement | Ekim 2015**

## 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*  
Lous Cabero Roura, *Barselona, İspanya*  
Manuel Carrapato, *Porto, Portekiz*  
Jose M. Carrera, *Barselona, İspanya*  
Julene Carvalho, *Londra, İngiltere*  
Rabih Chaoui, *Berlin, Almanya*  
Frank Chervenak, *New York, NY, ABD*  
Bülent Çakmak, *Tokat, Türkiye*  
Filiz Çayan, *Mersin, Türkiye*  
Ebru Çelik, *Malatya, Türkiye*  
Vincenzo D'Addario, *Bari, İtalya*  
Nur Danişmend, *İstanbul, Türkiye*  
Cansun Demir, *Adana, Türkiye*  
Jan Deprest, *Leuven, Belçika*  
Ebru Dikensoy, *Gaziantep, Türkiye*  
Gian Carlo DiRenzo, *Perugia, İtalya*  
Tony Duan, *Şanghay, Çin Halk Cumhuriyeti*  
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*  
İschiro Kawabata, *Osaka, Japonya*  
Selahattin Kumru, *Düzce, Türkiye*  
Mertihan Kurdoğlu, *Ankara, Türkiye*

Asım Kurjak, *Zagreb, Hırvatistan*  
Nilgün Kültürsay, *İzmir, Türkiye*  
Malcome Levene, *Leeds, İngiltere*  
Narendra Malhotra, *Agra, Hindistan*  
Giampaolo Mandrizzato, *Trieste, İtalya*  
Alexandra Matias, *Porto, Portekiz*  
Ratko Matijevic, *Zagreb, Hırvatistan*  
Israel Meizner, *Tel Aviv, İsrail*  
Mohammed Momtaz, *Kahire, Mısır*  
Giovanni Monni, *Cagliari, İtalya*  
Ercüment Müngen, *İstanbul, Türkiye*  
Kypros Nicolaides, *Londra, İngiltere*  
Lütfü Önderoğlu, *Ankara, Türkiye*  
Soner R. Öner, *İzmir, Türkiye*  
Okan Özkaya, *İsparta, 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*  
Stephen Robson, *Newcastle, İngiltere*  
Roberto Romero, *Detroit, MI, ABD*  
Levent Saltık, *İstanbul, Türkiye*  
Haluk Sayman, *İstanbul, Türkiye*  
Mekin Sezik, *İsparta, Türkiye*  
Jiri Sonek, *Dayton, OH, ABD*  
Yunus Söylet, *İstanbul, Türkiye*  
Milan Stanojevic, *Zagreb, Hırvatistan*  
Florin Stomatian, *Cluj, Romanya*  
Turgay Şener, *Eskişehir, Türkiye*  
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*  
Ivica 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: 1305-3132) www.perinataldergi.com

deomed®





## Kapsam

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

- Özgün Araştırma
- 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
- Rapor
- Uygulama Kılavuzu
- 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 kurallarına uymayan yazıları yayımlanmamak, düzeltmek üzere yazara geri göndermek, biçimce düzenlemek, iletişimden sorumlu yazarın izni ile düzeltmek ya da kısaltmak yetkisine sahiptirler. Dergi Editörlerinin bir makaleyi, yazar tarafından yerine getirilen düzeltmelerin sonrasında da reddetme hakkı vardır. Bunun yanı sıra yazarlardan gönderdikleri makale ile ilgili ek veri, bilgi ve belge istenebilir; yazar(lar) gereğinde bu editöryal talepleri karşılamak zorundadır.

## Etik ile İlgili Konular

Yazar(lar), insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcı bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formu alındığını yazılarında belirtmeli ve çalışmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu veya eşdeğeri bir kuruldan alınan onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunumlarında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayın amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösterir bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalarda 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 çatışması (*conflict of interest*) veya rekabet (*competing interest*) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmaya ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel örtüşme konuları yayının gönderildiği sırada başvuru mektubunda belirtilmelidir. Derginin Çıkar Çatışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çatışması durumunda kullanılacak Çıkar Çatışması Beyan Formu için bkz. [www.perinatologidergi.com](http://www.perinatologidergi.com).

Perinatoloji Dergisi, yayın etiğini en yüksek standartlarda uygulamayı ve Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesinin aşağıdaki ilkelerine uymayı taahhüt eder. Bu bildirge 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 birlik ve inisiyatifleri, dergi editörleri için geliştirdikleri öneri ve kılavuzlar temel alınarak hazırlanmıştır. Derginin "Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi" ile ilgili ayrıntılı bilgi için [www.perinatologidergi.com](http://www.perinatologidergi.com) adresini ziyaret edebilirsiniz.

## Yazıların Hazırlanması

Perinatoloji Dergisi'ne gönderilecek Türkçe yazı metnininin 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, tanısal doğrulama çalışmaları için STARD ve sistematik derleme ya da meta analizler için PRISMA kılavuzlarına uygun bir şekilde sunulmuş olması arzu edilmektedir.

## Yazarlık ve Yazıların Uzunluğu

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

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

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

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

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

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

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

## Yazıların Bölümleri

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

**Sayfa 1** - Başlık sayfası

**Sayfa 2** - Özet ve Anahtar Sözcükler

**Sayfa 4** ve sonrası - Temel Metin

**Sonraki Sayfa** - Kaynaklar

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

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

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

## Başlık Sayfası

Başlık sayfasında makalenin başlığı bulunmalıdır. Başlık dikkatle seçilmeli ve makale içeriğini en iyi şekilde yansıtmalıdır. Standart dışı kısaltma kullanılmamalıdır. Başlık sayfasında ayrıca yazının, dergide 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 bölümlenmesi yazı tipine göre değişmektedir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— **Editöre mektuplar** başlıklarınımsızın hazırlanmış düz metin şeklindedir. 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 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 bekletilir.

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 dergiyeye gönderilmelidir. Hastanın kimliğinin anlaşılacağı resimlerde, hastanın ya da kanuni temsilcisinin imzalı onayı gönderilen yazıya eklenmeli, aksi halde söz konusu kişi ya da kişilerin isimleri ya da gözleri bantla kapatılmalıdır. Histolojik resimlerde büyütme oranı ve kullanılan boyama tekniği belirtilmelidir.

Tablolar her biri ayrı sayfa olarak, üstünde başlığı olacak şekilde yazının sonuna eklenebilir veya bütünlüğü dosya olarak gönderilebilir. Bütünlüğü 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](http://www.perinataldergi.com) adresini ziyaret ediniz.

### Yazı Kontrol Listesi

Hazırlanan yazıların dergiyeye 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)



# **15. Ulusal Perinatoloji Kongresi**

## **15-18 Ekim 2015, Muğla**

### **Bildiri Özetleri**

<b>Bilimsel Program</b>	<b>v</b>
<b>Konuşma Özetleri</b> (KÖ-01 — KÖ-17)	<b>S1</b>
<b>Poster Bildiri Özetleri</b> (PB-001 — PB-129)	<b>S17</b>
<b>Yazar Dizini</b>	<b>S81</b>



## 15. Ulusal Perinatoloji Kongresi

15-18 Ekim 2015, Muğla

### Bilimsel Program

15 Ekim 2015, Perşembe	
08:00-19:00	<b>Kayıt</b>
09:00-09:30	<b>Açılış Töreni</b> Türk Perinatoloji Derneği – 33 yıla bir bakış
10:00-11:00	<b>Erken gebelik / Oturum Başkanları:</b> C. Şen, O. Api
10:00-10:15	Erken gebeliğin değerlendirilmesi: Normal / patolojik ayırıcı tanı nasıl olmalı? S. Öner
10:15-10:30	PUL (yeri bilinmeyen gebelik) yönetimi ve tedavisi A. Güngören
10:30-10:45	Birinci trimesterde saptanan subkoryonik hematoma ve 'koryonik bombeler (BUMPS)': Önemi? Progesteronun yeri? F. Koyuncu
10:45-11:00	Sezaryen skar gebelik: Tanı ve yönetim E. G. Yapar Eyi
11:00-11:30	Tartışma
	<b>WORKSHOP-I</b> <b>Medikolegal sorunlar ve çözümleri</b>
11:30-13:00	Eylem takibi ve doğum: Nasıl yapsaydık hata yapmazdık? S. Uludağ, S. Bayrak, S. Kaleli
11:30-15:00	Öğle yemeği
15:00-16:30	<b>Birinci trimester / Oturum Başkanları:</b> M. Yayla, B. Funduk Kurja
15:00-15:25	3D-HD live silhouette ve HD live flow: Embryonik gelişimin görüntülenmesinde çığır açan gelişmeler R. Pooh
15:25-15:50	1. ve 2. üç ay fetal ultrasonografik değerlendirme: Paradigma değişiyor mu? A. Ebrashy
15:50-16:15	Birinci trimesterde spina bifidanın tanı ve tedavisi G. Göynüner
16:05-16:30	Tartışma
16:30-17:00	Kahve arası

17:00-18:10	<b>Gebelikte beslenme / Oturum Başkanları:</b> O. Özkaya, E. Çalışkan
17:00-17:15	Antenatal bakımda multivitamin ve demir desteği N. Gül Hilali
17:15-17:35	Antenatal bakımda probiyotiklerin yeri R. K. Pejaver
17:35-17:50	Antenatal bakımda D vitamini, iyot ve omega-3 desteği E. Çalışkan
17:50-18:10	Maternal obezitenin gebelik üstünde olumsuz etkileri var mıdır? A. Tanrıverdi
17:50-18:10	Tartışma
18:10-19:10	<b>Doğum / Oturum Başkanları:</b> A. Kurjak, E. Tarım
18:10-18:30	Neonatal sepsis M. Degytrevva
18:30-18:45	Borderline ultrasonografik belirteçlerde ne yapalım?: Kısa femur, hiperekojenik barsak, ekojenik intrakardiyak fokus E. Tarım
18:45-19:00	Yüksek çözünürlüklü görüntüleme: 2. ve 3. trimesterde 4D yüksek çözünürlüklü tarama A. Kurjak
19:00-19:20	Tartışma
20:00	Açılış kokteyli
	Sosyal program

## 16 Ekim 2015, Cuma

08:20-09:00	<b>Kahvaltı oturumu</b> Before the medicine... Hasta ve doktor iletişimi için ipuçları Y. Varol Şen
09:00-10:15	<b>Merkezi sinir sistemi / Oturum Başkanları:</b> U. Dilek, R. Pooch
09:00-09:15	20. haftada santral sinir sistemi değerlendirmesi: Nöroanatomik işaretlerin tanımlanmasının önemi U. Dilek
09:15-09:35	Fetal nörosonografi – 4D ultrasonun yeri? E. Merz
09:35-09:55	Prenatal nörolojik görüntüleme yöntemleri ve postnatal prognoz R. Pooch
09:55-10:15	Fetal ultrasonografi ile serebral palsi öngörüsü mümkün müdür? A. Kurjak
09:55-10:15	Tartışma
10:15-10:35	Kahve arası
10:35-11:55	<b>Neonatal sağlık &amp; anne sağlığı / Oturum Başkanları:</b> E. Tarım, T. Şener
10:35-10:55	Gelişmekte olan ülkelerde perinatal sağlık hizmetlerinin durumu ve ihtiyaçlar R. K. Pejaver
10:55-11:15	Gelişen dünyada neonatal ölümler: Ciddi bir sağlık sorunu M. Stanojevic
11:15-11:35	Türkiye'deki perinatal sağlık durumu S. Zergeroğlu
11:35-11:55	Tartışma
12:00-15:00	Öğle yemeği



12:30-13:30	<b>Uydu sempozyumu / Moderatör: O. Api</b> Kadınlarda demir eksikliği anemisi
12:30-13:00	Kadınlarda demir eksikliği anemisi: Teşhis, tedavi seçenekleri, öneriler ve vakalar <i>D. Surbek</i>
13:00-13:20	IV demir tedavisinin güvenliği <i>M. Çetiner</i>
13:20-13:30	Soru-Cevap
15:00-15:55	<b>Maternal kanda hücre dışı fetal DNA testi / Oturum Başkanları: K. Nicolaidis, C. Şen</b> Fetal DNA testini klinik pratiğe nasıl entegre edebiliriz? <i>K. Nicolaidis</i>
15:00-15:30	
15:30-15:45	Maternal kanda hücre dışı fetal DNA testi: Tarama testi? Tanı testi? <i>C. Şen</i>
15:45-16:00	Tartışma
16:00-16:15	Kahve arası
16:15-17:15	<b>Doğum ve kordon kanı / Oturum Başkanları: C. Demir, C. Şen</b> Post-term gebeliklerde doğum indüksiyonu ne zaman ve nasıl yapılmalıdır?: 41. hafta-42. hafta ikilemi <i>A. Atış Aydın</i>
16:15-16:30	
16:30-16:45	Primer sezaryen oranlarını azaltmak mümkün mü? <i>C. Demir</i>
16:45-17:00	Kordon kanı saklanmalı mıdır? Son durum <i>F. Çayan</i>
17:00-17:15	Tartışma
17:15-18:25	<b>Preeklampsi &amp; postpartum kanama / Oturum Başkanları: İ. Polat, A. Yalınkaya</b> Preeklampsinin tanısı ve yönetimi: Ne değişti? <i>S. B. Kavak</i>
17:15-17:30	
17:35-17:55	Postpartum kanama: Tedavi ve yönetim <i>A. Sungkar</i>
17:55-18:10	Plasenta yapışma anomalilerinde postpartum kanama ve histerektomi nasıl önlenebilir? <i>A. Yalınkaya</i>
18:10-18:25	Sezaryen sırasında myomektomi: Güvenli mi? <i>İ. Polat</i>
18:05-18:25	Tartışma
	Sosyal program

## 17 Ekim 2015, Cumartesi

08:20-09:00	<b>Kahvaltı oturumu</b> Doğuma hazırlık eğitiminin ve doğumda bire bir desteğin önemi <i>P. Mallı</i>
09:00-10:30	<b>Erken doğum / Oturum Başkanları: B. Ülkümen, E. Fonseca</b> Gelişmekte olan ülkelerde erken doğumun önlenmesi: En iyi uygulama hangisi? <i>A. Sungkar</i>
09:00-09:20	
09:20-09:40	Kısa servikte tedavi: Progesteron? Serklaj? <i>E. Fonseca</i>
09:40-10:00	Erken doğumun önlenmesinde progesteron: Neredeyiz? <i>E. Fonseca</i>
10:00-10:30	Erken doğum tehdidinde tokoliz ve kortikosteroid kullanımı: Hangi ajan etkili ve güvenli? <i>B. Ülkümen</i>
10:00-10:30	Tartışma
10:30-11:00	Kahve arası

---

11:00-12:30	<b>Fetal cerrahi ve fetal kalp / Oturum Başkanları:</b> C. Berg, O. Api
11:00-11:20	Fetal cerrahi: Kanıta dayalı uygulamalar C. Berg
11:20-11:40	Perinatal kardiyak muayene O. Api
11:40-12:00	Sık görülen kalp anomalilerinin tanısı ile ilgili ipuçları L. Saltık
12:00-12:30	Fetal kardiyak girişimler: Doğru yolda mıyız? C. Berg
12:30-15:30	Öğle yemeği
15:30-16:35	<b>Fetal &amp; maternal gastrointestinal sistem / Oturum Başkanları:</b> T. Şener, E. Dikensoy
15:30-15:45	Görüntülenemeyen safra kesesi: Ne yapmalı? M. Yayla
15:45-16:00	Özofagus atrezisi: Prenatal tanı mümkün müdür? D. Arıkan
16:00-16:15	GIS anomalilerinin prenatal tanısı: Ultrasonografi? MRI? A. Gedikbaşı
16:15-16:35	Gebeliğe bağlı intrahepatik kolestazda tedavi: Ursodeoksikolik asit? Doğum zamanı? E. Dikensoy
16:15-16:35	Tartışma
16:35-17:00	Kahve arası
17:00-18:40	<b>Fetal yüz &amp; merkezi sinir sistemi / Oturum Başkanları:</b> E. Merz, F. Çayan
17:00-17:20	3D / 4D ultrason: Fetal yüz anomaliler E. Merz
17:20-17:40	Prefrontal boşluk (prefrontal space) oranı: Durum güncellemesi J. Sonek
17:40-18:00	Fetal serebral ventrikülomegalinin tanısı ve yönetimi V. D'Addario
18:00-18:20	Posterior fossa anomalilerinin sınıflandırılması V. D'Addario
18:20-18:40	Tartışma
18:40-19:30	<b>Genitoüriner sistem &amp; iskelet displazileri / Oturum Başkanları:</b> E. G. Yapar Eyi, F. Koyuncu
18:40-18:55	Ekojenik böbrek: Önemi ve yönetimi E. Çelik
18:55-19:10	Cinsiyet gelişme bozuklukları (ambiguous genitalia): Görüntüleme ve klinik stratejiler T. Şener
19:10-19:30	İskelet displazilerinin tanısında basit bir yaklaşım B. Çakmak
19:10-19:30	Tartışma
	Sosyal program

---

18 Ekim 2015, Pazar	
08:30-10:10	<b>Fetal cerrahi / Oturum Başkanları:</b> S. Kumru, A. Gedikbaşı
08:30-08:55	Fetal cerrahi seçenekleri S. Kumru
08:55-09:25	Diafragmatik hernide fetal cerrahi: FETO çalışması sonuçları J. Deprest
09:25-09:50	Monokoryonik ikizlerde fetal tedavi J. Deprest
09:50-10:10	Tartışma
10:10 -10:30	Kahve arası
10:30-12:00	<b>Vajinal doğum-ikizler-anormal plasentasyon / Oturum Başkanları:</b> E. Tarım, T. Şener
10:30-10:50	Vajinal doğumdaki tehlikeler: Elektif sezaryen bir çözüm mü? J. Deprest
10:50-11:10	Çoğul gebelikler nasıl takip edilmelidir? V. D'Addario
11:10-11:30	Plasental mezenkimal displazi J. Sonek
11:30-11:45	İntrauterin büyüme kısıtlılığının (IUGK) tanısı ve yönetimi M. A. Güven
11:45-12:00	Tartışma
12:00-13:00	<b>Tarama testleri / Oturum Başkanları:</b> C. Şen, M. Sezik
12:00-12:15	Maternal subklinik hipotiroidi taraması: Herkese? Risk grubuna? M. Kurdoğlu
12:15-12:30	Trombofili ile ilişkili obstetrik komplikasyonlar: Heparin tedavisinin rolü O. Özkaya
12:30-12:45	GDM taraması: Herkese? Risk grubuna ? Hangi test? C. Şen
12:45-13:00	GDM'de yeni tedavi stratejileri M. Sezik
12:45-13:00	Tartışma
13:00-13:15	Akılcı ilaç sunumu S. B. Kavak
13:15	Kapanış töreni



## 15. Ulusal Perinatoloji Kongresi

15–18 Ekim 2015, Muğla

### Konuşma Özetleri

(KÖ-01 — KÖ-17)

15 Ekim 2015, Perşembe

**KÖ-01** [10:15]

#### Yeri bilinmeyen gebelik

Arif Güngören

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

#### Tanım

Gebelik testi pozitif olmasına rağmen transvajinal ultrason ile görülebilir bir gebeliğin ve intra veya ekstrauterin bir gebeliğe veya konsepsiyon ürünlerine ait bir delilin olmaması halidir.

#### İnsidans

%7–31 arasında

#### Sınıflama

Temel ultrason bulgularına göre 5'e ayrılır

- Kesin dış gebelik: Yolk kesesi ile birlikte ekstrauterin gebelik kesesi ve/veya embriyo
- Yeri bilinmeyen gebelik-olası dış gebelik: Homojen adneksiyel kitle veya ekstrauterin kese benzeri yapı
- Gerçek yeri bilinmeyen gebelik: TVS'de ne iç ne de dış gebeliğe ait bir işaret yok
- Yeri bilinmeyen gebelik-olası intrauterin gebelik: İntrauterin kese benzeri yapı
- Kesin intrauterin gebelik: Yolk kesesi ile birlikte intrauterin gebelik kesesi ve/veya embriyo

#### Klinik sonuçlar

Yeri bilinmeyen gebelikte 4 olası sonuç vardır:

- İntrauterin gebelik (%30–47)
- Yetersiz yeri bilinmeyen gebelik (düşük riskli komplikasyonlar)

- Ekstrauterin gebelik(%6–20)
- Kalıcı yeri bilinmeyen gebelik (yüksek riskli komplikasyonlar): B-HCG değerleri kendiliğinden düşmez, USG, L/S veya uterin küretajla gebeliğin yerinin konfirmasyonuna gerek kalmaksızın metotreksat ile tedavi edilmelidir. Düzelmeyen vakalarda optimal yönetim bilinmemektedir.

#### Prediksiyon

Seri B-HCG ölçümleri viabiliteyi belirlemede oldukça etkili bir testtir. İlk olarak Kadar N ve Romero R, Lancet'te 1981 yılında çalışmalarında 48 saatte HCG'nin %66 artmasının viable bir gebeliği gösterdiğini ortaya koymuşlardır. Seeber SB ve ark., Fertil Steril dergisinde 2006 da 48 saatte HGC'nin %35 yükselmesinin bile viable gebeliği göstereceğini kanıtlamıştır.

Serum progesteronu erken canlı gebeliği göstermede iyi bir belirteç olmasına karşılık, yeri belirlemede zayıf bir belirteçtir. 20 nmol/l'nin altı gebeliğin olmadığını 60 nmol/l nin üstü ise canlı bir gebeliği gösterir.

Çalışılan diğer serum belirteçleri: Kreatin kinaz, CA-125, aktivin A, inhibin A, insülin benzeri büyüme faktörü bağlayan protein, PAPP-A, SP-1,HPL, VEGF,PIGF, LIF, musin-1, glikodelin, adrenomedullin, ADAM-12, fibronectindir.

Vajinal kanama miktarı ve endometrial kalınlık, serum HCG ve progesteron seviyeleri gibi değişkenleri temel alan Bayesyan yazılımı ve lojistik regresyon modelini içeren matematiksel bir modelin yeri bilinmeyen gebelik sonuçlarını öngörmeye yüksek sensitiviteye sahip olduğu bazı araştırmacılar tarafından gösterilmiştir.

#### Tedavi

Laparoskopi çok nadiren kullanılmakta, uterin küretaj bazı kliniklerde uygulanmaktadır.

Takip ve tedavi konusunda bir çok kurumun ve hastanenin kendine ait kılavuzları mevcuttur.

## KÖ-02 [10:45]

### Sezaryen skar gebelik: Tanı ve yönetim

Elif Gül Yapar Eyi

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

Sezaryen (C/S) skar gebelik insidansı, C/S artışına bağlı yükselmekte, konu ile ilgili başta Çin olmak üzere, dünya ve ülkemizde artan bilgi birikimi, skar gebeliklerde tanı, yönetim ve sonuçlar ile ilgili yayınlarla ortaya konmaktadır.

C/S sonrası gebelikler, gebelik kesesinin skara yakınlığına göre: düşükler, morbidite yaratan plasenta adezyon anomalileri (plasenta akreta-inkreta, perkreta) uterus rüptürü, dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) ve anne ölümleri gibi komplikasyonlarla karşımıza çıkabilmektedir. Klasik olarak tanımlanan şekli ile C/S skar gebeliklerde sonografik bulgular;

- Gebelik kesesinin isthmus yakınlarında uterusun ön duvarına yerleşmesi.
- Gebelik kesesi, embryo, yolk sak ve kalp atımlarının ekto-pik yerleşim içinde görülmesi.
- Renkli Doppler muayenede ekto-pik yerleşim kesesi etrafında peritrofoblastik vaskülarite artışı olarak belirtilmektedir. C/S skar gebeliklerde, mesane ve gebelik kesesi arasında sağlıklı myometriyumun mevcut olmaması serviko-istmik implantasyondan ayrımı sağlar.
- C/S skar gebelikte gebelik kesesi ve uterus skarı arasındaki teorik olarak etyolojide yer verilen fistüloz kanalın sonografik görüntüsü 2015’de literatüre geçmiştir. Transvaginal sonografide implantasyon skardan ayrı, skara yakın, skarın üzerinde ya da skarın içerisinde olabilmektedir

C/S sonrası gebelikler; gebelik kesesinin yerleşim yeri, internal servikal os hizasından fundusa çizilen çizgi ile skarla ilişkisi açısından değerlendirilmeli, ve çizginin tamamen önünde yer alan olgulara, özellikle abortus ve uterus rüptürü açısından risk taşıması nedeni ile en erken dönemde müdahale edilmelidir. Skarın üstünde ya da yakınındaki gebelikler ise, morbidite yaratan plasenta yapışma anomalileri açısından risk taşır.

**Ayrırcı tanı:** Servikal gebelik

Düşük ayrımı yapılmalıdır.

**Yönetim:** Skar gebeliklerde ekspektan yaklaşım ile doğum yaptırıldığı bildirilse de, zamanına ulaşan gebelik nadirdir. Gebelik sonucu, skar gebeliklerle birlikte gelişen plasenta previa/akreta ve beraberindeki masif hemoraji ve %71’e ulaşan histerektomi oranları nedeni ile olumsuz neticelenmektedir

İlk trimesterde skar gebelik nedeni ile gebelik sonlandırması yapılan olguların %20–%40’ında hemoraji gelişirse de, bu dönemde histerektomi oranları daha düşüktür; bu nedenle müdahale, mesane ve karın boşluğuna yayılımın erken bulgularının belirlenebildiği bu evrede, yaşamı tehdit eden komplikasyonlar gelişmeden ve fertilitte kaybı yaşanmadan yapılmalıdır ancak

hangi tedavinin seçileceği kanıta dayalı olarak ortaya konamamıştır. Tedavi, gebeliğin viabilitesine, gebelik yaşına, gelecekteki aile planlanmasına göre belirlenir. Tıbbi ve cerrahi yaklaşımlar, gebelik kesesinin ortadan kaldırılarak fertilitenin korunmasını amaçlamaktadır.

Skar gebeliklerde tek başına, çoğu kez de birlikte uygulanan yaklaşımları:

- Sistemik farmakolojik tedavi,
- Gebelik kesesi içine lokal metotreksat (MTX), potasyum klorid ve hipertonic glukozun lokal injeksiyonu,
- Gebelik kesesinin cerrahi aspirasyonu, cerrahi seçenekler laparotomi/laparoskopi ile gebelik dokularının çıkarılması, histerektomi laparoskopik bilateral uterin arter bağlanması, uterin arter embolizasyonu, histeroskopik/laparoskopik gebelik kesesi ile skarın çıkarılarak geri kalan dokuların onarımı, transvaginal yol ile gebelik dokusunun ve yaranın rezeksiyonu ve robotik yardımla laparoskopik onarım bir ya da birden fazla olarak özetlemek mümkündür.

Mesane-uterus sınırına trofoblastlar eriştiğinde uterusun ön duvarının kalınlığının değerlendirilmesi ile cerrahi olmayan bir yaklaşımın, invaziv, fertilitte kaybına yol açacak cerrahi yerine uygulanabilmesi mümkündür. Tek başına ya da aspirasyon ve/veya lokal injeksiyonlarla birlikte medikal tedavi, gereksiz laparotominin önlenmesi ile fertilitenin korunmasını sağlar. Bu yaklaşımlar, hemodinamik açıdan stabil, 8 haftadan küçük, rüptüre olmamış, mesane ve gebelik kesesi arasında 2 mm’den az mesafe olan skar gebeliklere uygulanabilir.

Sistemik MTX tedavi başarısı %38–%80 olarak bildirilirken, bu olguların %6–62’sinin histerektomi ile sonuçlandığı bildirilmektedir. En iyi sonuçlar human koryonik gonadotropin düzeyi 5000 mU/mL altında olan olgulardır; ancak gebelik kesesini çevreleyen skar içindeki, fibroz doku sistemik MTX absorpsiyonunu geciktirebilir. MTX’ın kısa yarı ömrü nedeni ile, sıklıkla birden çok doz uygulanması gerekmektedir. Embryosid ajanlarla lokal injeksiyon sistemik MTX’a göre ek girişimleri azaltmaktadır. Histeroskopik rezeksiyon, dilatasyon ve küretaj Tip II skar gebeliklerde lezyonun lokalizasyonu nedeni ile tedavide kullanılmamalıdır. Gonadotropin (hCG) düzeyi, peritrofoblastik akım, gebelik kesesinin önündeki myometrial kalınlık tedavi seçimlerini belirleme amacı ile literatürde yer almakta ise de, tedavinin bireyselleştirilmesi önemlidir. Hasta yararına en kolay uygulanabilecek ve en az invaziv yöntemin seçimi üzerinde durulmalıdır.

Gebelik kesesi içine ve sistemik metotreksat (MTX) uygulamaları literatürde yer alan minimal invaziv yaklaşımlardandır. Embryonik kalp atımı mevcut, hCG değerinin 118.000 mIU/ml olduğu Tip II skar gebelik olgusunda embryosid sonrası, gebelik kesesi içine MTX verilmesi ve sistemik MTX ile skar gebelik rezolüsyonu literatürde mevcuttur.



**KÖ-03 [11:30]****Doğum ve prenatal tıpta etik ve hukuki sorunlara kısa bakış**

Seyfettin Uludağ

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

Günümüz yeryüzünde yaşayan tek insan türü olan bizler için “Etik ve hukuk” en az güzel sanatlar kadar insan olmanın önemli öğelerindedir. Hayvan toplumlarında sanatsal faaliyet olmadığı gibi etik ve hukuksal bir düzen de bulunmamaktadır. Tüm insanlık ve insanlarla bu dünyayı paylaşan canlı cansız her nesne için etik ve hukuk önemli bir yer tutmuş olsa da, gebelik ve doğum sürecinde çok daha ağırlıklı bir önem kazanmaktadır.

Çok hücreli türlerin çeşitlenmesi ve bu çeşitliliğin günümüze ulaşmasında ve devamlılığın sürdürülebilmesinde “cinsellik” önemli bir yer ve ilahi işlev üstlenmiştir. Yaşamın değişimci ve devindirici gücü olan “cinsellik” aynı zamanda eşler arasında toplumsal bağları da kurmaktadır. Gebelik ve doğum sayesinde, “yaşam”, her defasında kendisini yeniden üretmektedir. Üstelik bu kadar mükemmel bir olayın oluşunda tek geçerli kuramın, fizyolojik ve biyolojik bakımdan sağlıklı birey olmanın yeterli olduğu görülmektedir. Hatta bedensel ve işlevsel sakatlıkları olan insanlarda bile cinsellik ve üreme en doğal fizyolojik hak, işlev ve ihtiyaç olmaktadır. Doğal bir işlev ve fizyolojik ihtiyaç olan cinselliğin yaşanması sonrasında ortaya çıkan gebelik sürecinde, her şeyin normal ya da eksiksiz olmasını beklemek, aile ve kadın için bir hak olarak karşımıza çıkmaktadır. İşte bu noktada, gebelik ve doğum sürecinde yaşanan her olağan dışı durum, etik ve hukuki sorunların kaynağını oluşturmaktadır. Gebelik, fizyolojik bir süreç olarak kabul edilmesine rağmen kadın hayatını kökten etkileyen son derece değişik bir süreçtir. Bu süreç içerisinde fiziksel değişikliklerin yanı sıra pek çok psikolojik değişiklik de ortaya çıkar. Normal süreçteki patolojik sapmalar sonucunda anne ya da fetusta istenmeyen sonuçların ortaya çıkması her zaman beklenen bir durumdur. Böylesi durumlarda daima hekim ve sağlık personeli hukuken sorumlu tutulmaktadır.

Her insan için ihtiyaç olan üreme alanında kadın doğum hekiminin sorumluluğunun diğer hekimlik alanlarından daha fazladır.

Toplumun yargıları arasında yanlış bilgi olarak; 1. Günümüzde gelinen noktada, “doğum” olayına ait tüm risklerin ortadan kaldırılabileceği ya da önlenebileceği yanılgısı ya da öyle gösterilmesi, 2. Gebe kalan bir kadında sağlıklı çocuk beklentisinin yüksek olması, 3. Her gebeliğin mutlaka başarı ile sonlanması gerektiği gibi bir düşüncesi, kabul edilmektedir. Bütün bunlara ek olarak ve gene yanlış bir bilgilenme olarak “gebelik ve doğum” doğal bir olay olarak görüldüğünden hataların hoş görülemeyeceği yargısı, doğum hekiminin sorumluluğunu aşırı derecede artırmaktadır. Halbuki yukarıda saydığımız yargıların hiçbirisi doğru değildir.

Bu yanlış yargıların karşıtı olarak; 1. Doğum hekimin karşısındadır daima “anne ve bebek” olmak üzere “iki can” vardır. Bu iki

candan birini diğerine feda etmek mümkün değildir. Bu iki can arasında karmaşık ilişkiler vardır. Bu patolojik ilişkileri tıbbi kural ya da tıbbi bilgiler ile her zaman açıklamak olanaklı olmadığı gibi bazan olanaksız da olabilir. Bu bakış açısı ile doğum hekiminin aldığı risk ve sorumluluğu iki kat artmıştır. 2. Doğum hekimliğinde karar vermek, mühendislik ya da matematik biliminde olduğu gibi değildir. Dolayısıyla, doğum hekimliğinde her yönü ile doğru ve her yönü ile yanlış verilmiş bir karardan söz edilemez. Tedavide ve tedavi sonuçlarında daima iyi ve kötü olasılıklar vardır. Ayrıca, amaca ulaşmak için hastanın ve hastahanenin mevcut koşulları da kararları etkiler ve girişim tercihlerinin değişmesine sebep olabilir. Bu durumda, iyi sonuçlar olabileceği gibi hasta için istenmeyen sonuçlar da oluşabilir. Mevcut kanı, hukuki olmasa bile kötü sonuçlardan daima hekimin kusurlu olduğu yönündedir.

Yukarıda belirtilen neden ve koşullara bağlı olarak en çok hakkında dava açılan hekim grubunun Doğum Hekimleri olduğu görülmektedir. Ülkemizde, “Adli Tıp Kurumu”na gönderilen dava dosyaları içinde en yüksek payın, son yıllarda yaklaşık 1/3’ünün doğum” hekimlerine ait olduğu belirlenmiştir. Bu oran Amerika Birleşik Devletlerinde %50 düzeyindedir. Ülkemizde, gelecekte, mevcut sağlık koşulları ve yasalara göre, kadın doğum hekimlerinin dava edilme oranının artması beklenmelidir. Böyle giderse doğum yaptıran hekim ya da ebe bulmanın zor olacağına, bir gerçek olduğunu vurgulamak isterim.

**16 Ekim 2015, Cuma****KÖ-04 [09:00]****20. haftada santral sinir sistemi değerlendirmesi: Nöroanatomik işaretlerin tanımlanmasının önemi**

Talat Umut Kutlu Dilek

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

MSS anomalileri prenatal dönemde tanı alan yapısal anomalilerin yaklaşık %10’unu meydana getirir. Eurocat veri tabanının 2008–2012 verilerine göre tüm MSS anomalileri 10.000 canlı doğumda 25.6 oranında izlenmektedir. Öte yandan prenatal tanı konma oranları anensefalide %96’larda iken bu oran migrasyon anomalilerinde %14’lere kadar düşmektedir. Anomalinin ismi, yerleşimi kadar, MSS gelişim sürecinin devamlılığı, USG’nin MSS gelişimindeki laminasyon ve migrasyonu değerlendirmedeki yetersizliği de bazı MSS anomalilerinin tanısını zorlaştırmaktadır. Fetal anatomisinin başlıca değerlendirildiği zaman dilimi 18–23. gebelik haftalarıdır. Fetal MSS değerlendirilmesi temel ve nörosonografik değerlendirme olarak 2 ana grupta ele alınabilir. Temel değerlendirmede özellikle

ultrasonografide transtalamik, transventriküler ve transserebellar kesitler kullanılır. Orta hat yapıları, posterior fossa, ventriküler sistem, kalvaryum, merkezi sinir sistemi yapılarının simetrisi değerlendirilir. Mutlaka vertebral kolonun incelenmesi ile tamamlanmalıdır. Nörosonografik değerlendirmede ise genellikle yüksek rezolüsyonlu ve frekanslı proplar kullanılır. Fetal başın pozisyonuna göre eğer verteks prezantasyonda ise transvajinal teknik, makat prezantasyonda ise transabdominal konveks veya lineer yüksek rezolüsyonlu proplar kullanılarak değerlendirme yapılabilir. Nörosonografik değerlendirmede koronal ve sagittal kesitlerde değerlendirmeye eklenir. Özellikle kortikal, periventriküler yapılar, BOS alanları, korpus kallozum, interhemisferik fissür, gyruslar, serebellar vermis incelemeye dahil edilir. Fetal MSS'nin 2. trimester değerlendirilmesi ile aşağıdaki anomalileri saptayabiliriz.

- Nöral tüp defektleri
- Hidrosefali /ventrikülomegali
- Dandy-Walker kompleksi
- Korpus kallozum agenezisi
- Holoprosensefali
- Mikrocefali/makrocefali
- Destruktif serebral lezyonlar
- Gallen veni anevrizması

Bununla beraber 2. trimester değerlendirmesi ile tanı konamayan anomaliler arasında nöronal migrasyon anomalileri, serebral kistler, mikrocefali, parsiyel korpus kallozum anomalileri ve intrakraniyal kanama bulgularıdır.

20. haftada yapılan bir muayenede aşağıdaki yapılar mutlaka gözlenmeli ve temel ölçümler yapılmalıdır.

- Falks serebri
- Cavum septum pellucidum (18–37 hafta arasında izlenmeli)
- Talamik çekirdekler
- Lateral ventriküller (Posterior horn'da <10 mm)
- Serebellar hemisferler ve vermis (TSC 14–24 hafta arasında gebelik haftası ile korele)
- Parieto-okspital fissür
- Kalkarin fissür
- Sylvian fissür
- Sisterna magna (2–10 mm)

Fetal MSS anomalilerinin yaklaşık %12'si 3. trimesterde tanı alır. Bu nedenle normal sınırlardaki bir merkezi sinir sistemi muayenesi hiçbir zaman normal bir MSS anatomisinin garantisidir. İkinci trimesterde normal lateral ventrikül genişliği saptanan fetusların %7.2'sinde ilerleyen gebelik haftalarında ventrikülomegali ile karşılaşılabilir. Benzer şekilde 24–26. haftadan sonra açık nöral tüp defektli fetuslarda da klasik kraniyal bulgular olan muz ve limon bulguları kaybolabilmektedir.

Bazı MSS bulguları (Hafif ventrikülomegali, geniş posterior fossa) beraber olabilen MSS bulguları için uyarıcı olmalıdır.

Özellikle nöronal proliferasyon/migrasyon anomalileri ultrasonografide silik bulgularla (primer fissürlerin izlenmemesi, hafif ventrikülomegali) ortaya çıkabilir. Fetal MSS gelişiminde bazı anahtar yapıların (serebellar vermis, korpus kallozum gibi) gelişiminin tamamlanmasının 20 haftaya kadar zaman alabileceği unutulmamalı, 20 hafta altı bir gebelikte geniş izlenen bir posterior fossa da, Dandy Walker malformasyonu veya vermis hipoplazisi tanısı koymak için acele edilmemelidir. MSS anomalileri %50'ye yakın kısmı ekstrakraniyal anomaliler ve karyotip anomalileri ile beraber olabilir bu nedenle karyotipleme ve titiz bir anatomik değerlendirme yapılmalıdır. MRG (Manyetik rezonans görüntüleme) migrasyon anomalileri, parankim hasarı, enfarkt, germinal matriks kanamalarında ultrasonografiye üstündür. MRG'nin rolü ve katkıları tartışılmaz olmakla beraber 24 hafta altında hekime sağlayacağı katkı sınırlı olabilir.

Sonuç olarak MSS yapısal gelişim sürecinin tüm bir gebelik dönemi boyunca devam ettiği gerçeğinin 2. trimester muayenelerinde akıldan çıkarılmaması ve hastaya danışmanlık verirken bu noktanın mutlaka üzerinde durulması gereklidir.

## KÖ-05 [16:15]

### Geç term–postterm indüksiyon zamanlaması

Alev Atış Aydın

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul*

Gebelik 41H +0 ile 41H + 6 g arası geç term kabul edilmektedir. 42. haftadan itibaren ise postterm'dir. Sıklık geç term %15–20, postterm ise %1–7 arasındadır. Geç term veya postterm gebelik süresi tanısı için ilk trimester gebelik sonografisi önemlidir. 8 RKC'ye göre malformasyonlar ve SGA (<10.p) ve maternal komplikasyonlar dışlandığında 41. haftada indüksiyonun beklemeye göre perinatal mortalite, sezaryen oranı ve neonatal mortalite oranları açısından fark yoktur. Rutin indüksiyonun 41. Gh'da yararlı olduğunu gösteren güçlü kanıtlar yoktur. Perinatal Mortalite oranı çok düşük (%0.05). 1 olası Perinatal kaybı önlemek için 41. Gh'da 527 indüksiyon yapmak gerekmektedir. 41. haftaya ulaşan gebelerin %75'i spontan olarak 42. haftaya ulaşmadan zaten kendiliğinden doğurlar.

Düşük riskli, geç term bir gebeliğin yönetiminde annenin tercihi, indüksiyon veya beklemenin yarar ve riskleri göz önüne alınmalıdır. 41. haftada indüksiyon; beklemeye göre sezaryen oranlarını arttırmaksızın, perinatal mortalite, neonatal ve maternal riskleri az da olsa azaltır. 41. hafta ve sonrasında doğanlarda fetal morbiditeyi etkileyen mekonyum aspirasyon oranları artmaktadır. Eğer beklemek için bir kontrindikasyon yoksa, 41. haftadan sonra uzmanlara göre haftada 2 kez biofizik profil veya modifiye biofizik profil (NST + AFIndex) ile takip edilmelidir. Beklemenin fetal morbiditeyi arttırdığına dair risk çok düşük olduğu için hasta isterse ve takip güven verici ise indüksiyon 42. haftaya ertelenebilir.

**KÖ-06 [17:15]****Preeklampsinin tanısı ve yönetimi**

Salih Kavak

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

Preeklampsi multisistemik bir hastalıktır ve normotansif bir kadında, gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyona (HT); proteinüri veya end-organ hasarının eşlik etmesi olarak tanımlanır. Etkilenen kadınların büyük kısmı term veya terme yakın olup, iyi fetomaternal sonuçlar ile doğum yapsa da bu gebelikler maternal ve/veya fetal mortalite ile ciddi morbiditeler açısından artmış risk taşır. Ciddi hipertansiyon ve end-organ hasarının belirti ve bulguları, hastalığın ciddi spektrumu olarak kabul edilir. 2013 yılında ACOG ciddi bulguları olan hastalarda Preeklampsi tanısında, Proteinüriyi temel kriterlerden biri olmaktan çıkarmıştır. Aynı zamanda masif proteinüriyi (5 g/24 saat) ve fetal gelişme geriliğini (İUBK) de ciddi hastalığın muhtemel özellikleri olmaktan çıkarmıştır. Çünkü masif proteinürinin fetomaternal sonuçlarla ilişkisi zayıftır ve fetal gelişme kısıtlılığı da benzer şekilde preeklampsinin mevcut olup olmamasından bağımsız olarak takip edilir. Aynı guidelinelerde oligüri de ciddi hastalığın bir bulgusu olmaktan çıkarılmıştır.

**Kronik HT'na süperimpoze preeklampsi**

Süperimpoze preeklampsi 20. gebelik haftasından sonra kronik veya önceden HT'ü olan hastada, proteinürinin veya end-organ hasarının ortaya çıkması olarak tanımlanır. Önceden veya erken gebelik döneminde proteinürisi olan kronik HT'ü olan kadınlarda süperimpoze preeklampsi tanısı, özellikle gebeliğin 2. yarısında kötüleşen HT veya dirençli HT (özellikle akut olan) veya ciddi hastalık bulgu ve belirtilerin ortaya çıkmasıyla konur.

**Prevalans**

Preeklampsinin tüm dünyadaki gebelerin %4.6'sında görüldüğü tahmin edilmektedir. Prevalanstaki varyasyon kısmen de olsa toplumlardaki anne yaşı dağılımından ve primipar kadınların topluma olan oranından kaynaklanır. ABD'de preeklampsi prevalansı %3.4'dür ancak ilk gebeliklerde bu oran 1.5-2 kat daha fazladır. Geç ortaya çıkan hastalık ( $\geq 34W$ ), erken başlayan hastalıktan (34W altı) daha yagındır. (popülasyon tabanlı bir çalışmada bu oran sırasıyla 2.7 ve 0.3 olarak bulunmuştur.

**Preeklampsi tanısı**

Ulusal guidelineler, önceden normotansif olan bir kadında gebeliğin 20. haftasından sonra başlayan HT'a proteinürinin veya end-organ hasarının eşlik etmesini preeklampsi tanısını koyarken gerekli olduğu konusunda anlaşmışlardır. Tanı için gerekli kriterler;

1. Sistolik kan basıncının  $\geq 140$  mmHg veya diastolik kan basıncının  $\geq 90$  mmHg olması

2. 24 saatlik idrar örneğinde proteinürinin  $\geq 0.3$  gr veya protein/creatinin  $\geq 0.3$  veya end-organ hasar bulgularının izlenmesi (Platelet sayısı  $< 100.000$  / $\mu$ l, serum kreatinin  $> 1.1$  mg/dl. veya serum kreatinin 2'ye katlanması, serum AST ve ALT'nin normalin 2 katına çıkması).

Ciddi HT ve end organ hasarının belirti ve bulguları; ciddi hastalık olarak kabul edilir. Proteinürinin ilk değerlendirmesi taze, temiz orta akım idrar örneğine dipstick batırılmasıyla konur.  $\geq +1$  proteinüri tespit edildiğinde, 24 saatlik idrar toplanarak veya protein/cre. oranına bakılarak kantitatif değerlendirme yapılmalıdır. Hafifçe artmış kan basıncı 4 saat aralıkla yapılan en az 2 ölçümle dokümente edilmelidir; hafif HT'ü olan asemptomatik hastalar 3 veya 7 gün içerisinde tekrar değerlendirilmelidir.

Eğer Sistolik kan basıncı  $\geq 160$  mmHg veya diyastolik basıncı  $\geq 110$  mmHg ise dakikalar içerisinde konfirme edilmesi yeterlidir (Obstetrik acil durum olarak kabul edilir).

Kronik/önceden mevcut HT'ü olan proteinürinin eşlik ettiği hastalarda süperimpoze preeklampsi tanısının net olarak konulması zordur. Fakat gebeliğin 2. yarısında HT'da özellikle akut olarak belirgin kötüleşme olduğunda veya ciddi hastalık belirti ve bulguları eşlik ettiğinde şüphelenilmelidir.

Kadınlarda preeklampsi varlığı açısından değerlendirirken gebelikte yeni başlamış HT'ü, tüm tanı kriterleri mevcut olmasa ve kan basıncı sadece hafifçe yükselse bile, Preeklampsi olarak kabul etmek güvenli bir yaklaşımdır. Çünkü preeklampsi kısa zaman periyodu içinde eklampsiye veya hastalığın diğer ciddi formlarına ilerleyebilir. Preeklampsi kriterlerine uymayan kan basıncında hafif artışların olduğu gebelerde gestasyonel HT vardır. Bunlar yakın takip edilmelidir, çünkü %25'inde preeklampsi gelişecektir.

**Tanı sonrası değerlendirme**

Tanı sonrası değerlendirmenin amacı hastalığın ciddiyetini belirlemek ve anne ve fetusun iyilik halini ortaya koymaktır. Gebelik yaşı ile bu bulgular preeklampsinin yönetimine rehberlik eder. Aşağıdaki bulgulardan herhangi birinin varlığında preeklampsiye ciddi bulguların eşlik ettiğini söyleyebiliriz;

1. Ciddi HT ( $\geq 160$  mmHg Sistolik veya  $\geq 110$  mmHg Diyastolik TA)
2. End organ hasarı belirti ve bulguları (Trombositopeni, bozulmuş KC fonksiyonu, ilerlemiş renal yetmezlik, AC ödem, yeni başlangıçlı serebral veya vizüel bozukluklar)

Bundan dolayı hastanın hikaye ve fizik muayenesinde şunlar değerlendirilmelidir;

1. Persiste ve/veya ciddi başağrısı
2. Görme anomalileri (Skotom, fotofili, bulanık görme, geçici körlük)
3. Üst abdominal veya epigastrik ağrı
4. Bulantı kusma

5. Dispne
6. Değişmiş mental durum

Tanı sonrası minimum laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri şunları içermelidir;

- Trombosit sayımı
- Serum cre.
- AST, ALT
- Osbtrik USG (Fetal biyometri,AMV)
- Fetal değerlendirme (BPP veya NST)

Tanıda bilgi verebilecek diğer testler; LDH, bilirubin ve periferik yaymadır. Preeklampside hemokonsantrasyon olur, ancak hemoliz varsa Htc.'i normal veya anemik seviyelere çekebilir.

Koagülasyon testleri (Protrombin zamanı, aPTT, fibrinojen) trombositopeni veya KC fonksiyon bozukluğu olamyanlarda genelşde normal olup bakılmamalıdır.

### **Preeklampsi hastasının yönetimi**

Preeklampsi; spektrumu hafiften şiddetliye uzanan progresif multisistem hastalıdır. Şiddetli preeklampsiye geçiş yavaş ve ya hızlı olabilir. Doğum ile hastalığın semptom ve bulgularında düzelme olur. Rutin prenatal bakımın anahtar noktalarından biri de, gebelerde preeklampsinin semptom ve bulgularını araştırmaktır. Tanı konulduktan sonra doğum yaptırılması, hastalığın ilerlemesinin getireceği olumsuz maternal ve fetal sonuçları önler. Ancak doğumun başlatılması gebelik haftası, hastalığın şiddeti, maternal ve fetal duruma bağlıdır.

≥37 W gebeliği olanlar doğurtulmalıdır. Ancak termden önce, preterm doğum riski ile progresif hastalığın getireceği ciddi sekel riski arasında denge kurulmalıdır.

Hangi gebelik haftasında olursa olsun, ciddi maternal end-organ disfonksiyonu olan ya da fetal iyilik hali testleri güven vermeyen olgularda gebelik termine edilmelidir. Öte yandan anne ve fetus stabil olduğunda ve ciddi end-organ disfonksiyonu bulunmadığında, hastalığın progresyonunu gösteren bulgular yakın takip edilip yapılacak bir konservatif yaklaşım fetal büyüme ve matüriteyi arttırması açısından önemlidir.

### **Hastalığın ciddiyetine bağlı yaklaşım**

Şiddetli hastalık bulgularına sahip preeklampsi (Ağır Preeklampsi); Aşağıdaki durumlarda şiddetli preeklampsi varlığı nedeniyle doğum yaptırılmalıdır;

- Fetal viabilite öncesi (<24W)
- ≥34W
- Gestasyonel yaştan bağımsız olarak Maternal ve Fetal durum instabil ise

Doğum ciddi maternal ve fetal komplikasyonların (serebral kanama, KC rüptürü, renal yetmezlik, pulmoner ödem, nöbet, trombositopeniye bağlı kanama, İUBK, plasenta dekolmanı) gelişim riskini minimize eder. Yukarıdaki durumlardan İUBK dışındaki herhangi biri, ağır preeklampsi hastada ani-

den ortaya çıkabilir. Viabiliteden sonra ve 34. haftadan önce anne ve fetus stabil ise 3. basamak bir merkezde veya maternal fetal tıpla ilgilenen bir uzmandan konsültasyon alınarak gebeliği uzatmak Preterm doğuma bağlı morbiditeyi azaltır. Gözlemsel datalara göre, şiddetli Preeklampside doğumu hızlandırmak için sezaryen yaptırılması zorunlu değildir. Cx uygun değilse olgunlaştırıcı ajanlar kullanılabilir. Bununla birlikte uzamış indüksiyonun ve başarı ihtimalinin düşük olduğu indüksiyonlardan kaçınmalıdır.

32 haftanın altındaki, düşük Bishop skorlu şiddetli Preeklampsi bulguları olan hastalarda, Cx'in sıklıkla dilate olmaması ve fetal kalp atım trasesinin istenilen düzeyde güven vermemesi nedeniyle sezaryen ile doğum mantıklı olabilir. Bu durumda preterm indüksiyonların 1/3'den azı vaginal yolla doğum yapar.

Ağır preeklampsi bulguları olmayan olgularda ise uzmanlar ≥37 hafta ise doğumu önerirler. (Önceden hafif preeklampsi olarak adlandırılan olgular dahil) Cx'in uygun olmadığı durumlarda, Cx olgunlaştırıcı ajanlar kullanılmalıdır.

≥37 W'dan sonra indüksiyonun faydaları, multisenter (HYPI-TAT) çalışmasında gösterilmiştir. Bu çalışma hafif Preeklampsi veya gestasyonel HT'lu ≥36W olan 756 gebeyi randomize etmiş, bir grubu indüklemiş diğer grubu da monitorize ederek izlemiştir. Rutin indüksiyon olumsuz maternal sonuçları önemli ölçüde azaltmış, indüklenmiş grup ortalama 1.2 hafta daha erken doğurmuştur ve ciddi şekilde düşük sezaryen oranlarına sahiptir. (%14'e karşı %19). Neonatal sonuçlar açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Çalışmanın ekonomik analizi indüksiyonun maliyetinin daha az olduğunu da göstermiştir. Diğer bir çalışmada uygunsuz Cx'in indüksiyondan kaçınmak için bir neden olmadığını göstermiştir.

Ciddi preeklampsi bulguları olmayan, anne ve fetusun stabil olduğu 34–36W gebeliği olan olgularda optimum yaklaşım net değildir. Ekspektan yönetimle ciddi maternal riskler olsa da biz tamamen bilgilendirilmiş hastalarda ekspektan yönetimin mantıklı olduğunu düşünüyoruz. Çünkü bunlarda olumsuz sonuçlara bağlı maternal risk düşüktür ve termde doğumla oluşacak neonatal kazanımlara ulaşılmış olunur. HYPITAT 2 çalışmasının sonuçları ve gözlemsel çalışmalar, geç ortaya çıkan hastalığa sahip birçok gebenin olumsuz maternal sonuçlar (tromboembolik hastalık, pulmoner ödem, eklampsi, HELLP, ablasyo plasenta, maternal ölüm) oluşmadan termde ulaştığını göstermiştir. Bu çalışmada ciddi preeklampsi bulguları olmayan gebeler randomize edilmiş ve hemen doğurtulan 165 hastanın ikisinde görülen olumsuz sonuçlar (%1.2) ekspektan yaklaşım izlenen 159 hastanın 4'ünde (%2.5) ortaya çıkmıştır. Çalışmanın sonunda maternal ölüm ve pulmoner ödem oluşmamıştır. Yenidoğanlar uterusu geçen ekstra zamandan olumlu etkilenmişlerdir. RDS hemen doğurtulan grupta %5.7 oranında izlenirken, ekspektan grupta %1.7 oranında izlenmiştir. Ekspektan yönetilen hastalarda hastalar, 37. haftada veya preeklampsinin ciddi bulgularını gösterdiğinde veya eklampsi geliştiğinde doğurtulmuşlardır.



34. haftadan önce ciddi hastalık bulguları olmayan preeklampsi gebelerde, guidelinelar prematüritenin olumsuz etkilerinden korunmak için ekspektan yönetimi önerir.

Ciddi Preeklampsi bulgusu olmayan gebelerde expectan antepartum yönetim; Bu gebeler Preterm (<37 W) ise yakın maternal ve fetal monitorizasyon eşliğinde antihipertansif tedavi almadan takip edilir (hastanede veya evde).

Preeklampsi tanısı alan gebeler yakın takip edilmelidir. Hastaneye kabul, bu değerlendirmeleri yapmak ve hızlı ilerleyen hastalık varlığında hızlı müdahale açısından önemlidir. Başlangıç değerlendirmeden sonra ciddi preeklampsi olmayan stabil hastalar hastane dışındaki bakım cost efektif bir yaklaşımdır.

Hastane dışı bakım evde veya antenatal gündüz bakım evlerinde verilebilir. Preeklampsi kadınların hastane dışındaki takiplerinin sonuçlarıyla ilgili bilgiler sınırlıdır. Randomize bir çalışma olumlu sonuçlardan bahseder ancak hasta sayısı sınırlıdır. 504 hastayı kapsayan bir metaanalizde hastanede yatış ile gündüz bakım evlerinde takip arasında klinik sonuçlar açısından major fark tespit edilmemiştir. Hastane dışı izlem yapılacaksa gebe sık takibe uyum göstermelidir ve medikal bakım alacağı merkeze hızla ulaşabilmelidir. Aktivite kısıtlaması önerilebilir çünkü dinlenen hastalarda kan basıncı daha düşüktür, bununla birlikte yatak istirahatinin gebelik sonuçlarını düzelttiği ve hastalığın progresyonunu düzelttiğine dair kanıt yoktur. Sol lateral dekübit pozisyonu kanlanmayı arttırdığından önerilmektedir. Sırt üstü yatmaktan kaçınılmalıdır.

Hastalığın progresyonunun belirti ve bulguları tespit edildiğinde, yakın monitorizasyon için hastaneye yatırılmalıdır. Hastane dışında takip edilen hastalar bulgular hakkında bilgilendirilmeli ve fetal hareket takibi yaptırılmalıdır. Ciddi baş ağrısı, görme bulanıklığı, nefes darlığı, epigastrik ağrı olması halinde hastaneye başvurulmalıdır. Azalmış fetal hareket, kanama, karın ağrısı, su gelmesi durumunda yine aynı yolu izlemelidir.

#### **Laboratuvar takibi**

Trombosit sayısı, serum kreatinin ve KC enzim testleri bazal testlerdir. Bu değerler ciddi bulgu göstermeyen olgularda haftada bir kez istenmelidir. Semptom ve bulguların kötüleştiği gebelerde test istem sıklığı artırılır. Diğer testler hastalığı tanımlamada daha az değerlidir. Örneğin artan Htc. intravasküler volüm azalmasını, daha ciddi hastalık boyutuna geçildiğini düşündürürken, azalan Htc.; hemoliz bulgusudur. İndirek bilirubin artışı hemolizi daha hassas olarak gösterir. Artan LDH düzeyleri HELLP sendromu ya da ciddi hastalık için belirteçlerdir. Hemoliz periferik yaymada şistositlerin, helmet hücrelerinin gösterilmesiyle de ortaya konabilir. Pek çok çalışma proteinürinin artış hızı ve artış miktarının maternal ve fetal sonuçlara etki etmediğini göstermiştir. Bu nedenle 24 saatlik idrarda bir kez 300 mg. veya daha fazla protein, tespit edilmişse ya da protein/cre. oranı  $\geq 0.3$  mg/dl ise, tekrarlayan 24 saatlik proteinüri ölçümlerine gerek yoktur. Renal fonksiyonları izlem için serum kreatinin ölçümü yeterlidir.

#### **Hipertansiyon tedavisi**

Kan basıncı en azından haftada 2 kez ölçülmelidir. Hafif hipertansiyonu kontrol için antihipertansif ilaç alımı, hastalığın gidişatını etkilemez, perinatal morbiditeyi azaltmaz, bu nedenle kullanımından kaçınılmalıdır. Diyetle sodyum kısıtlaması veya diüretik kullanımının rutin tedavide yeri yoktur. İntravasküler volüm azalsa da, plazma genişleticilerin fetal ve maternal sonuçları iyileştirdiği randomize çalışmalarda gösterilememiştir.

#### **Fetal iyilik halinin değerlendirilmesi**

Fetal biyofizik monitorizasyonun optimal bir yolu veya sıklığı yoktur. Yine de önerilen günlük fetal hareket takibi ve haftada iki kez AMV ile NST değerlendirmesidir (BPP'de kullanılabilir). Anne sağlığında ani değişim olursa testler hızla tekrarlanmalıdır.

Umbral arter doppler incelemesi özellikle doğum zamanlaması açısından faydalı olabilir. 16 randomize çalışmanın meta-analizinde preeklampsi ve/veya IUBK ile komplike olmuş gebelerde umbral arter doppler kullanımı ile perinatal ölümler %29 azaltılmıştır. Doppler değerlendirmesi normal olan olgularda haftalık inceleme uygundur.

#### **Fetal büyümenin değerlendirilmesi**

Erken fetal büyüme kısıtlılığı, preeklampsinin ilk işareti olabilir. Preeklampsi tanısı esnasında, AMV ve fetal büyüme değerlendirilmelidir. İlk değerlendirme normal ise, fetal büyüme açısından bir sonraki değerlendirme 3 hafta sonradır.

#### **Antenatal steroidler**

Preeklampsi fetal akciğer gelişimini olumlu etkilese de, preeklampsi annelerden doğan prematüre bebeklerde en yaygın sorun RDS'dir. Antenatal steroid uygulaması yine 34. haftanın altındaki fetuslara önerilmektedir. Çünkü bu haftalarda ciddi hastalık gelişme ve buna bağlı erken doğum riski yüksektir.

#### **KÖ-07 [17:55]**

#### **Plasenta yapışma anomalilerinde postpartum kanama ve histerektomi nasıl önlenir?**

Ahmet Yalınkaya

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

#### **Plasental implantasyon anomalileri (PIA)**

**Tanım:** plasentanın endometriumun bazal tabakasını geçmesi, miyometriuma yapışması ve hatta tüm uterus tabakalarını geçip komşu organlara yapışmasıdır. Genel olarak plasenta akreta olarak adlandırılır ve invazyonun derinliğine göre 3 tip plasental yapışma anomalisi mevcuttur. Plasental yapışma anomalileri tipleri ve görülme sıklığı:

- Plasenta akreta %75
- Plasenta inkreta %15
- Plasenta perkreta %5 oranında görülmektedir.



**İnsidans:** Plasental implantasyon anomalileri 1960’larda 1/30.000 gebelikte görülürken, 2000’lerde 3/1000 doğuma yükseldiği ve günümüzde giderek arttığı kabul edilmektedir. Placenta previa olgularında plasenta akreta %15 olguda gelişirken, 35 yaş üzeri, placenta previa ve sezaryenli olgularda %40 plasenta akreta gelişebilir (ACOG Committee opinion 2002).

**Risk Faktörleri:** Aşağıdaki durumlarda plasental implantasyon anomalileri artar:

- Geçirilmiş uterin cerrahiler:
  - Tekrarlayan sezaryen seksiyon (CS) sayısı ve placenta akreta:
    - İlk CS %3
    - İkinci CS %11
    - Üçüncü CS %40
    - Dördüncü CS %61
    - Beşinci ve üzeri CS %67 oranında artar.
  - Geçirilmiş miyomektomi
  - Endometrial hasar: Asherman sendromu gibi
  - Thermal ablation
  - Uterin arter embolizasyonu
- Maternal yaş ve multiparite
- Submukozal fibroidler

#### **Plasental implantasyon anomalisi olgularında konservatif cerrahi teknikler**

Postpartum kanamalarda organ ve hayat kurtarıcı koruyucu cerrahi kadın doğumun en hassas konusudur. Gerekli ön hazırlıklar yapıldıktan ve anestezi verildikten sonra batin ve vaginal iyodaj yapılır. Spinal anestezi (tercihen) altında Pfannenstiel insizyonla nazikçe batına girilir. Eğer abdominal duvar, uterus, mesane ve diğer komşu organlar arasında adezyonlar varsa kontrollü bir şekilde ayrıştırılır. Alt uterin segment transvers kesi ile placenta içinden uterin kaviteye girilir ve hızla fetüs doğurtulur, arkasından derhal placenta uterus ile birlikte dışarı çıkarılır. Uterus alt segment serviks üzerinden asistan tarafından elle tutulup sıkılır. Placenta yapıştığı yerden hızlıca temizlenir. Placenta yatağı, mesane ve kanayan alanlar hızlıca düz pensetler veya over pensleri ile klemplenir. Bu tekniğin temel amacı mümkün olduğu kadar masif kanamayı en kısa zamanda kontrol altına almaktır. Eğer placenta serviksin alt ucuna kadar inmemişse Foley kateter ile uterus servik üzerinden bağlanabilir ve masif kanama durdurulduktan sonra açılır. Bilateral insizyon köşelerine birer sütür konular. Mesane arka yüzü serviksin ön yüzüne sütüre edilir ve insizyonun alt kenarı oluşturulur. Sezaryen insizyonu iki taraftan dikilir, ortada 2 cm kalacak şekilde kanama kontrolü yapılır. Eğer alt segmentte kanama varsa  $\geq 20$  Foley kateter konur 10–20 ml salin solüsyon ile şişirilir. Balon bir tarafa itilir ve insizyon tamamen kapatılır. Lateral köşe sütürleri önden yatay çaprazlanır ve kenarda uterin arterlerin medialinden girilerek posterior duvardan çıkarılır. Ön-arka duvar iki parmak arasında sıkıştırılıp iğne geçirilir. Eğer

doku çok kalınsa iğne düzleştirilir. Sütür atarken balon patlatılmamalıdır. Uterus ön arka duvarı bu kısımlarda incedir, ancak damar oranı fazladır. Sütürler bimanüel kompresyon altında uterus arkasında bağlanır. Balon salin solüsyonu ile şişirilir, ancak balonun kapasitesi aşılmamalıdır. Balon serviks ile sütür arasında kalır, böylece hem internal hem de eksternal kompresyon uygulanmış olur ve ertesi gün Foley çıkarılır.

Cerrahi tekniğin başarılı olabilmesi şu durumlara bağlıdır:

- Antepartum plasental implantasyon anomalisinin doğru tanısını koymak
- Hasta ve yakınlarına konunun ciddiyeti hakkında bilgilendirmek, ancak ürkütmemek gerekir
- Hastaya psikolojik destek ve güven vermek
- Hastanın hastaneye kısa sürede ulaşabilme mesafesinde veya hastanede tutmak
- Deneyimli cerrahi ekip, uygun cerrahi ortam ve koordineli çalışmak gerekir
- Yeterli cerrahi enstrümanların bulundurulması gerekir
- Uygun ve yeteri kadar sütür (sütür iğnesi  $\geq 45$  mm 1 veya 2 nolu sütürler gerekir)
- Gerektiğinde kan bankasından yeterli destek alabilmek
- Gerektiğinde diğer branşlardan da destek alabilmek, özellikle üroloji desteği gerekebilir.

**“Anormal plasental implantasyon ve uterin atoniye bağlı masif obstetrik kanamalar için konservatif cerrahi teknikler”** başlıklı çalışmamızda yukarıdaki cerrahi teknik detaylı anlatılmıştır. Çalışmamıza Nisan 2013 – Ocak 2015 tarihleri arasında 24 olgudan 22’sine plasental implantasyon anomalisi nedeniyle yukarıda bahsedilen teknik uygulandı. Diğer 2 olgu komplet placenta previa nedeniyle farklı teknik uygulandı. Bu olgulardan hiç birine histerektomi, damar bağlanması veya başka radikal bir cerrahi uygulanmadı. Yalnız bir hastada 10 mm mesane yaralanması dışında hiçbir hastada komplikasyon, morbidite ve mortalite izlenmedi. Bu hastada postoperatif 3. gün Foley kateterinin tıkanması sonucu glob gelişti. Foley kateterinin değişmesinden sonra ani dekompresyona bağlı masif mukozal kanama gelişti ve 6. günde de Foley kateter değiştirilmesi sırasında masif kanama tekrarladı için 3. ve 6. günlerde 4 ve 5’er ünite eritrosit verildi. Her iki defada da sistoskopi de mukozal kanama odakları seçilemedi. Diğer hiçbir hastada komplikasyon olmadı, kan transfüzyonu ise diğer hiçbir hastada 3 ünite eritrositi aşmadı. Gebeliğin komplike ettiği sistemik hastalıkları olan (preeklampsi gibi) hastalar hariç çoğu postoperatif 1. gün ve 2. günde taburcu edildi. Hiçbir hasta yoğun bakım ünitesine gereksinim duymadı ve normal servislerde takip edildi.

**Sonuç:** Bu cerrahi teknik doğru uygulandığı takdirde postpartum masif kanamaları için hem kan kaybını ve hem de organ kaybını önemli ölçüde önlemektedir. Ancak bu tekniğin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi, cerrahi ekibin deneyimine, eğitimine ve kabiliyetine bağlı değişebilir.

**KÖ-08 [18:10]****Sezaryen sırasında myomektomi: Güvenli mi?**

İbrahim Polat

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Myom kadında %10–15 sıklıkta. 30 yaş sonrası pelviste en sık görülen tm. Subseröz (%50 den fazlası serozal yüze protrude), intramural (%50'den azı serozal yüze protrude), submüköz olabilir. Serviksde bulunabilir. Saplı-sapsız olabilir. Gebede sıklık, gebenin yaşına ve myomun büyüklüğüne göre % 1.6-10.7 arasında görülür (ortalama %2). Son yıllarda bu oran artmakta, çünkü gebelik ileri yaşa kaymakta ve USG cihazları ile daha küçük myomları tanıyabilmekteyiz.

Son yıllara kadar sezaryen sırasında myomektomi (sezaryen myomektomi, SM), korkulan komplikasyonları nedeniyle çoğu otör tarafından önerilmezken, günümüzde seçilmiş olgularda yapılabileceği vurgulanmaktadır. Özellikle deneyimli cerrahlar tarafından alt segment ve ön duvardaki saplı ve intramural myomlar çıkarılabilir. Operasyonda kanamayı azaltıcı önlem olarak elektrokoter kullanmak, bilateral uterin arter ligasyonu veya embolizasyonu, turnike uygulamak ve yüksek doz oksitosin vermek gibi yöntemler uygulanabilir. SM yapmak hastayı ikinci bir anestezi almaktan korur ve kost-efektifdir. Ayrıca elektif yapılan hastalarda daha önceden kan ve kan ürünlerini hazırda bulundurmamak uygundur.

Sonuç olarak seçilmiş olgularda, tersiyer merkezlerde, deneyimli cerrahlar tarafından birçok olguda histerektomiye gitmeden SM yapılabilir.

**17 Ekim 2015, Cumartesi****KÖ-09 [10:00]****Erken doğum tehdidinde tokoliz ve kortikosteroid kullanımı: Hangi ajan etkili ve güvenli?**

Burcu Artunç Ülkümen

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

Erken doğum, günümüzde halen neonatal morbidite ve mortalitenin en önde gelen nedenlerindedir. Perinatal ölümlerin yaklaşık olarak %75'i preterm doğumlar nedeni ile olmaktadır. Bunun dışında, erken doğan bebeklerin karşılaştığı uzun dönem morbiditeler de önemli sağlık giderleri arasındadır. Erken doğum temel olarak 3 ana sınıfta değerlendirilebilir: 1. Zorunlu preterm doğumlar (%30–35): Bu grupta kötü maternal ya da fetal koşullardan ötürü doğum kaçınılmazdır ve ertelenemez (preeklampsi, dekolman, IUGR, maternal renal hastalık gibi). 2. Preterm prematür membran rüptürü (%30–35) (gebe-

lik haftasına göre yönetim planlanır). 3. Spontan erken doğum (intakt membran) (%40–45).

Özellikle spontan erken doğumun önceden tespit edilmesine yönelik olarak pek çok çalışma yapılmıştır, ancak ne yazıkki preterm doğum sıklığında bir düşme elde edilememiştir. Erken doğum sıklığı, gelişmiş ülkelerde yaklaşık olarak tüm doğumların %12'sini oluşturmaktadır. Son 20 yılda preterm doğum oranlarında artma görülmektedir. Preterm doğum oranlarının artmasının nedenleri arasında çoğul gebeliklerin artışı, jinekolojik ve obstetrik girişim sıklığında artış (konizasyon sonrası gebelik, gebelikte invaziv işlemler gibi) ve gestasyonel yaş tayini için ultrason kullanımında artış sayılabilir. Randomize çalışmalar tokolitik tedavinin erken doğumu 7 güne kadar uzatabildiğini, fakat perinatal mortalite ve morbiditede belirgin düşüş yaratmadığını göstermiştir. Erken doğumu önleme çabalarına karşın, zeminde yatan patofizyolojiyi anlamadaki güçlükler, yetersiz tanı yöntemleri ve etkin olmayan tedaviler nedeniyle her zaman istenen sonuçlar alınamamaktadır. Ayrıca tokoliz amacı ile kullanılan ilaçların ciddi fetal ve maternal yan etkileri mevcut olabilmektedir.

Klinisyenlerin konu ile ilgili sorunlardan bir tanesi; preterm eylem tehditi olarak tanı alan olguların insidansı, gerçekten preterm doğum insidansından çok daha fazla olmasıdır. Gerçekte, erken doğum tehdidi olarak takip edilen hastaların %10'dan azı 7 gün içerisinde doğum yapmaktadır. Yani gerçek erken doğum riski olan olguların belirlenmesi, etkin tedavi açısından önem arz eder.

İdeal olarak kullanılacak tedavinin gebeliği terme yaklaştırması, en azından 34 haftayı geçirmesi umulmaktadır. Ancak günümüzde hiç bir tedavi ile gerçek erken doğum klinik olarak anlamlı süre durdurulamamıştır. Tokolitik tedavi, uterin kontraksiyonların inhibe edilmesi için geliştirilmiş ilaçlardır; ancak uzun süre kullanımının faydası olmadığı gibi maternal ve fetal yan etkileri nedeni ile endikasyon dışı, ısrarcı ve uzamış kullanımları da uygun değildir. ACOG (2012), düzenli uterin kontraksiyonlar ile birlikte servikal değişiklikler oluşuyor veya belirgin efasman ve dilatasyon varlığında tokolitik tedavinin uygulanması gerektiğini belirtmektedir. Bu koşullarda uygulanacak tokolitik tedavi de, fetal kortikosteroid tedavisinin tamamlanması ve magnezyum ile nöroprotektif etkinin elde edilmesi amacı ile sınırlandırılmalıdır.

Tokolitik tedavide sık kullanılan ajanlar siklooksijenaz inhibitörleri, kalsiyum kanal blokörleri,  $\beta$ -adrenerjik reseptör agonistleri, oksitosin reseptör antagonistleri, magnezyum sülfat olarak sıralanabilir. Her bir ajanın etkinliği farklı mekanizmalar ile oluşmaktadır; tedaviler hastanın bireysel tıbbi risk faktörleri ile birlikte gebelik haftası ve gebelik özellikleri göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmelidir. Prensip olarak tek ajan ile tokoliz yapılmalıdır; kombine tedaviler ile yan etkiler daha da belirginleşeceğinden tokolitik ajanlar birlikte kullanılmamalıdır (örneğin; nifedipin ile birlikte magnezyum kulla-

nımı nöromusküler blokaj yapıp kardiyak yan etkileri iyice belirginleştirebilir). Eğer kullanılan ajan ile eylem durmuyorsa, tokolitik ajan değiştirilebilir. Oral yolla kullanılan  $\beta$ -mimetik veya magnezyum kullanımının tokolitik etkisi bulunmamaktadır. Uzamış kalsiyum kanal blokörlerinin kullanımının bir faydası gösterilememiştir.

Günümüzde kalsiyum kanal blokörleri, daha az maternal ve fetal yan etki profili, kolay uygulanması nedeni ile en tercih edilen tokolitik ajan gibi görünmektedir. Indometazin, yapılan çalışmalarda nifedipin kadar etkin olduğu gösterilmiştir. Ancak ciddi fetal yan etkileri kullanımını kısıtlamaktadır. Ancak seçilmiş hastalarda (gebelik haftası <31–32; 48 saati geçmeyecek şekilde) kullanıldığında yan etkiler açısından dikkatli bir şekilde monitörize edilerek kullanılabilir. Magnezyum sülfat, tokolitik etkinlikten çok nöroprotektif etkisi ile umut vermektedir. B-mimetikler, yaygın olarak görülen yan etki profili nedeni ile, dikkatli seçilmiş hasta grubunda, dikkatli bir takip ile ancak 2. sıra tedavi olarak görülmektedir.

Tokolitik tedavide temel amaç, antenatal steroid dozlarının tamamlanması ve annenin, yenidoğan yoğun bakım ünitesinin olduğu bir merkeze sevki için zaman kazanmaktır. Kortikosteroid uygulaması 24–34 gebelik haftaları arasında fetal pulmoner matüriteyi hızlandırmak amacı ile yapılmaktadır. Gerçekten doğması muhtemel fetüsler için kullanılmalıdır. Temel olarak RDS, NEK ve IVK gibi sekelleri azaltmaktadır. Tekrarlayan dozların faydası olmadığı gibi, fetal kafa çevresinin küçük kalması, neonatal sepsis, psikomotor gelişim bozukluğu gibi yan etkilere sebep olabilmektedir. Erken doğum tehdidi olarak hastaneye yatırılan gebeliklerin yaklaşık %10'unun bir hafta içerisinde doğum yaptığı düşünülürse, gereksiz tedavi yaparak fetusu gereksiz metabolik strese maruz bırakmadan, doğru endikasyonlar doğrultusunda kortikosteroid uygulanmalıdır. Betametazon 12 mg IM 24 saat arayla 2 doz ya da Dexametazon 6 mg IM 12saat arayla 4 doz şeklinde uygulanabilir. Rejimler arası üstünlük saptanmamıştır. Maksimum etki son dozdan 24 saat sonra oluşmaktadır.

## **KÖ-10 [15:30]**

### **Görüntülenemeyen safra kesesi: Ne yapılmalı?**

Murat Yayla

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

Prenatal dönemde saptanan fetal safra kesesi ile ilgili sorunların çoğu selim tabiatlıdır (safra kesesi yokluğu, malformasyon, dupleksiyon, taş, tortu...). İkinci trimester incelemelerinde görüntülenemeyen safra kesesi son trimesterde veya doğumdan sonra görüntülenebilir.

Safra kesesinin görülebilmesi oldukça nadir olmakla birlikte araştırılması gereken bir durumdur. Öncelikle fetusta morfolojik inceleme detaylandırılmalı ve eşlik edebilecek patolojiler

araştırılmalıdır. Serilerde %25'lere varan ek anomali olasılığı bildirilmiştir. Ek bulguların varlığında karyotip analizine başvurulmalıdır.

İzole safra kesesi yokluğu selim bir bulgu olmasına rağmen yine nadir bir durum olan biliyer kanal atrezisi ile birlikte ise prognozun kötü olabileceği hatırlanmalı ve araştırma bu yönde sürdürülmelidir. Gebeliğin 22. haftasından önce amniyon sıvısında sindirim enzimleri araştırılması en etkili tanı yöntemidir.

Kistik fibrozlu olguların %75'inde safra kesesi yokluğu bildirilmiştir. Amniyon sıvısında kistik fibroz mütasyon analizinin yanısıra sindirim enzimlerinin araştırılması bu hastalığın tanısı için yol gösterici olmakla birlikte, ebeveynlerde spesifik genetik araştırma yapılması invaziv girişimi kabul etmeyen ailelerde yardımcı olabilir.

## **KÖ-11 [15:45]**

### **Özofagus atrezisi: Prenatal tanı mümkün müdür?**

Deniz Cemgil Arıkan

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

Özofagus atrezisi (OA), özofagusun bir bölümünün oluşmamasıdır. Özofagusun normal oluşmaması sonucu yutak ile mide arasında geçiş olmaz. Özofagusun oluşmayan yerleri kör boşluk şeklindedir. Özofagusatrezisi 1/ 3000–4500 canlı doğumda görülür. Erkek fetüslerle dişi fetüslerde görülme sıklığı eşittir. Diyabetik anne çocuklarında, talidomid kullananlarda, östrojen ve progesterona maruz kalanlarda daha sık görülür.

Olguların %50–70'inde mortalite üzerine de önemli etkisi olan ek anomaliler mevcuttur. En sık görülen ek anomaliler kalp (%25), ürogenital sistem (%15), iskelet sistemi (%14), ince barsak atrezileri ve diğer sistemlerle ilgili anomalilerdir. Olguların %10'luk bölümünde VACTERL (Vertebra, Anal atrezi, Cardiacanomali, Trakeo-Esophageal fistül, Renal anomali ile Limb anomalileri) adı verilen anomali birlikteliği görülür. Ayrıca başta trizomi-21 ve trizomi-18 olmak üzere kromozomal anomalilerde daha sık görülebilir. Değişik çalışmalarda kromozomal anomali görülme sıklığı %5 ile %44 arasında bildirilmiştir. Kromozom anomalilerinin sık görülmesi nedeniyle OA'ndan şüphelenilen bütün gebelerde karyotip analizi önerilmektedir. Ek anomaliler açısından 2. düzey fetal ultrasonografi ile birlikte fetal ekokardiografi yapılmalıdır.

Özofagus atrezilerinin %90'ından fazlasında özofagus ve soluk borusu (trakea) arasında açık kalan bir kanal (fistül) vardır. Bu fistüllerin büyük bölümü (%80'den fazlası) özofagusun mide tarafında kalan alt bölümü ile trakea arasında oluşur. Böyle durumlarda ağız boşluğu ile mide arasında trakea aracılığıyla geçiş oluşur. Özofagus atrezisi tiplerinin tanımlanması da bu kanalın yerine göre yapılır. Beş tip OA vardır;

- İzole özofagusatrezi (%8)
- Özofagusatrezi+ proksimal trakeo-özofageal fistül (%1)
- Özofagusatrezi+distal trakeo-özofageal fistül (%86)
- Özofagusatrezi+proksimal ve distal fistül (%1)
- İzole trakeo-özofageal fistül (H fistül) (%4)

Ultrasonografi ile prenatal dönemde OAtanısı koymak mümkün olmakla beraber oldukça zordur. Ultrasonografide OA düşündürülen bazı belirteçler;

- Midenin küçüklüğü veya yokluğu
- Polihidramnios
- Özefagial kör uçta poş (kese) bulgusu

Bu sonografik bulgular özefagial atrezinin kesin olmayan, yalnızca indirekt bir bulgusu olarak kabul edilebilirler.

Ultrasonografide midenin görülmemesi akla öncelikle OA getirir. Ancak OA'lerinin büyük bölümünde trakea ile özofagusun mide tarafındaki alt bölümü arasında fistül olduğundan midede sıvı görülebilir. Ayrıca trakea yoluyla sıvı geçişi olmasa bile midenin kendi sıvılarında mideyi bazen görünür yapabilir ancak bu durumda mide çok daha küçük görünür.

Mide görüntüsünün dışında amniotik sıvının artması olan polihidramniosta OA akla getirebilir. Ancak gebeliğin ikinci yarısından önce genellikle polihidramniosun oluşamayacağı da bilinmelidir. Genellikle 24. gebelik haftasından sonra tanı konabilir. Buna karşılık trakea ile alt özofagus arasındaki fistüllerde mide görünümü ve amniotik sıvı miktarı normal olabilir. Özefagial atrezi için prediktif değeri küçük mide ile birlikte polihidramnioslu olgularda %39 ve mide izlenmeyen polihidramnioslu olgularda %56 olarak bildirilmiştir.

Son yıllarda özofagusun kör dilate ucunu belirten poş işaretinin tanı koymada prediktif değerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Fakat saptanması basit değildir. Çünkü poş muhtemelen fetal yutmayla uyumlu olarak periyodik olarak dolar ve boşalır. Bu nedenle şüphelenilen olgularda detaylı ultrasonografinin 20–30 dakika sürmesi gerekebilir.

Yapılan çalışmalarda fetal MR OA şüphesi olan hastaların %78'inde doğru olarak var veya yok olduğunu tespit etmiştir. Fetal MR da özefagial poş görülmesinin OA tanısının konmasında anlamlı bir prediktif değeri vardır. Özefagial atrezinin prenatal tanısı ve polihidramniosun obstetrik yönetimi prematürite ve prematüriteye bağlı komplikasyon riskini azaltmada faydalıdır.

## KÖ-12 [16:00]

### GIS anomalilerinin prenatal tanısı: Ultrasonografi? MRI?

Ali Gedikbaşı

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Fetal abdominal gelişim defektlerini, abdominal duvar defektleri, gastrointestinal sistemin anomalileri ve genitoüriner yolun

anomalileri ile fetal batında gelişebilen kistik ve tumoral yapılardan oluşturmaktadır. Gastrointestinal anomalileri özefagus, duodenum ve ince barsakların atrezisi/obstrüksiyonu, mekonyum peritoniti, anorektal malformasyonlar ve megasistis-mikrokolon-intestinal hipoperistlsis sendromu gibi başlıklarda toplanabilir.

MRI ile intestinal yapıların dilatasyonunu ve obstrüksiyonun geliştiği seviyeyi saptamak mümkündür. Gastrointestinal anomalileri daha iyi değerlendirebilmek için fetal barsakların MRI'sı konusunda bilgi sahibi olmak gerekir. 20. gebelik haftasından sonra mekonyumun birikimine bağlı olarak rektum yüksek T1 ve düşük T2 sinyali verir. İnce barsaklar tipik olarak yüksek T2 sinyali verir. Bununla ilişkili olarak MRI ile rektum içinde anormal sıvı birikimi, patolojik bir üro-rektal ilişkinin belirteci olabilir.

MRI ayrıca enterik kistleri mekonyum psödokistlerden ayırt etmede yararlıdır; burada enterik kistlerde T1 görüntülerde düşük T1 sinyali alınırken ve mekonyum psödokistleri ortalama T1 sinyali verir.

Tamamlayıcı muayene ve tanı yöntemi olarak fetal gastrointestinal MRI, prenatal USG'ye ek olarak antenatal oklüzif patolojilerin tanısında yardımcıdır.

## KÖ-13 [19:10]

### İskelet displazilerinin tanısında basit bir yaklaşım

Bülent Çakmak

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

#### Giriş

Fetal iskelet displazileri nadir görülen anomalilerdir. Sıklığı 2.4–4/10000 canlı doğum, 7.5/10000 gebelik olarak bildirilmiştir. Perinatal ölümlerin %0.9'unun nedenidir. Çoğu letal seyretmekte olup terminasyon yapılmayan olguların %25'i ölü doğum, %30'u erken neonatal ölüm ile sonuçlanmaktadır. Nosology and Clasification of Genetic Skeletal Disorders 2010 revizyonunda 456 iskelet sistemi bozukluğu bildirilmiştir. Fetal iskelet displazilerine de novo mutasyonlar neden olabileceği gibi otozomal (dominant / resesif), X-linked (dominant / resesif), kromozomal bozukluklar (Trizomi 18, 13), teratojen kullanımı (Talidomid) ve maternal otoimmün hastalıklar da neden olabilir.

#### Prenatal tanı

Prenatal tanıda ultrasonografi (USG; 2D veya 3D), bilgisayarlı tomografi (BT), magnetik rezonans görüntüleme (MRI), direkt radyografi ve genetik/kromozomal incelemeler kullanılabilir. Fetal iskelet displazilerinin tümüne prenatal dönemde tanı konulamamaktadır. Bunun nedeni ise bazı displazilerin geç



gebelik döneminde, bazılarının ise postnatal hayatta bulgu vermesidir; diğer bir neden ise bazı displazilerin minor bulgularla seyretmesidir. USG-2D ile fetal iskelet displazisi tanısı %31–78 oranında değişmektedir.

Her ne kadar fetal iskelet displazileri nadir görülen anomaliler olsa da; (prenatal dönemde tanı alabilecek displazilerin) rutin fetal USG muayenesinde her hangi bir anormallik saptandığında sebep-sonuç ilişkisinin kurulması durumunda iskelet displazisi tanısı konulabilmesi kolay olmaktadır. Rutin USG değerlendirilmesinde birinci trimester (11–14 hafta muayenesi), ikinci trimester (detaylı fetal inceleme) ve üçüncü trimester (rutin biyometri değerlendirmesi) fetal muayenede iskelet displazilerin tanısı konulabilir.

### **Rutin USG-2D ile iskelet displazilerinin prenatal tanısı**

Fetal iskelet displazilerinin tanısında birçok farklı yaklaşım planı sunulmuş olmakla birlikte en basiti rutin sonografik incelemede birkaç noktanın üzerinde durulması esas noktayı (köşe taşı) gösterir. Bunlar sırasıyla; (1) kranium, (2) toraks-spine, (3) ekstremitelerin incelenmesidir.

**(1) Kranium incelemesi:** Kraniumun rutin sonografik incelemede en sık kullanılan plan (i) axial transtalamik kesit olup fetal biyometri için BPD ve HC ölçümü yapılmakta olup diğer sık kullanılan plan ise (ii) midsagittal kesit olup fetal yüzün değerlendirilmesinde rutin olarak kullanılmaktadır. (i) Axial transtalamik plan: Bu kesitte iskelet displazisi için çok önemli olan (a) mineralizasyon ve (b) kafa kemik yapısı incelenebilir. (a) Bu planda parietal kemik nedeniyle (sonografik dalgaların kemiği geçemeyip kemik arkasında gölge yaptığı için) USG probuna yakın olan lateral ventrikül net olarak değerlendirilememektedir. Kafa içi yapıların “çok rahat görünür” olması veya probun kafaya bası yapılması durumunda kafa yapısının değişmesi “hipomineralizasyon”un en önemli belirtisidir. Hipomineralizasyon; osteogenesis imperfekta tip-II, hipofosfatasya, akondrogenesis, kısa kosta polidaktili sendromu ile ilişkilidir. (b) Kafa yapısının anormal görüntüsü (yonca yaprağı, akrosefali, brakisefali gibi) veya proba yakın lateral ventrikülün görünlümemesi (sonografik dalgaların lambdoid fissürden geçişinin sağlanamaması) “kraniosinostosis” belirtileridir. Kraniosinostosis; Apert sendromu, tanatoforik displazi ile ilişkilidir. (ii) Midsagittal plan: Bu kesitte iskelet displazilerinin tanısında sık kullanılan bir bulgu olan “mikrognati” değerlendirilir. “Mikrognati” tanısı zor olup şüphelenilen olgularda akondrogenesis, camptomelik displazi, distrofik displazi ve FADS ile ilişkili olabilecek diğer bulguların değerlendirilmesi için ipucu oluşturmaktadır.

**(2) Toraks-spine incelemesi:** (i) Toraks incelemesinde en sık kullanılan plan (a) kalbin “4-odacık görüntüsü” olup “toraks hipoplazisi” açısından önemli bulgu vermektedir. “Normal anatomide büyümüş kalp” varlığında (KTO artışı) kardi-

omegali dışında “toraks hipoplazisi” akla gelmesi önemlidir. Bu durumda gebelik haftasına göre toraks çevre/alan ölçümü nomogramları kullanılabilir. Toraks hipoplazisi; tanatoforik displazi, Jeune sendromu, hipofosfatasya, akondrogenesis, kısa kosta polidaktili sendromu ile ilişkilidir. (b) Midsagittal ventral planda toraks-abdomen birleşme noktasında “dip” / “çukurluk” görülmesi yine toraks hipoplazisi ile ilişkilidir. (c) Parasagittal planda kostalar değerlendirilerek “mineralizasyon” hakkında bilgi alınabilir. Ayrıca kosta yapısı ve kırık varlığı görülebilir. Kostalarda hipomineralizasyon, kısalık varlığı ile birlikte toraks hipoplazisi kısa kosta polidaktili sendromu ile ilişkilidir. (ii) Spine incelemesinin en sık kullanımı NTD araştırılmasıdır. Midsagittal, coronal ve axial planlar NTD araştırılmasında kullanılan kesitlerdir. İskelet displazisi açısından bu planlar incelenirken “hipomineralizasyon” ve “skoliosis” gibi spine anomalileri ve kemikleşme düzensizliği, yassı vertebra, sakral agenezi de görünür hale gelir ki; bunlar tanatoforik displazi, osteogenesis imperfekta, akondrogenesis gibi iskelet displazileri ile ilişkilidir.

**(3) Ekstremitelerin incelemesi:** Ekstremitelerin incelemesi (a) kemik ve (b) eklem incelemesi olarak iki alt grupta değerlendirilir. (i) Regional incelemede sagittal kesit alınarak uzun kemiklerin varlığı ve şekilleri değerlendirilir. Bu kesitte rizo, mezo ve acromeli tanıları konulur. Ayrıca kemiklerde eğrilik ve kırık varlığı değerlendirilir. Rizomeli, mikromeli, kırık varlığı tanatoforik displazi, osteogenesis imperfekta, akondrogenesis, akondroplasia ve Jeune sendromu gibi birçok iskelet displazisinin tanısında önemli yere sahiptir. (ii) Fokal incelemede ise el ve ayakların varlığı değerlendirilir. Eklem anomalileri genellikle nöromusküler bozukluklarda görülmekte olup alt ekstremiteler etkilendiğinde bacaklarda hiperekstansiyona (kuadriseps kaslarının daha güçlü olması nedeniyle) bağlı olarak “makas” görüntüsü, üst ekstremitelerde ise (biceps kaslarının daha güçlü olması nedeniyle) hiperfleksiyon görülmektedir. Ayaklarda “talipes”, ellerde ise “clenched hand” görüntüsü olması durumunda iskelet displazisinin akla gelmesi tanı koydurucu olabilir. Bunun yanında kalp değerlendirmesinin ekstremiteler nedeniyle yeterli derecede yapılamaması (üst ekstremitenin fleksiyonuna bağlı olarak eller ve kolun toraks önüne doğru gelmesi nedeniyle) durumunda iskelet displazisinin akla gelmesi tanı koydurucudur.

Bunlara ek olarak ilk trimester incelemede Down Sendromu için anlamlı olan NT artışı ve kistik higroma varlığında, ikinci trimesterde kısa femur saptanması durumunda Down Sendromu yanında iskelet displazisinin de akla gelmesi, ikinci-üçüncü trimesterde polihidroamnios saptanması durumunda yine iskelet displazisinin akla gelmesi tanı konulmasında önemli ipuçlarıdır.

Sonuç olarak, fetusun rutin olarak yapılan USG-2D değerlendirmesi esnasında rutinin dışına çok fazla çıkmadan bazı noktaların göz önünde bulundurulması iskelet displazisi tanısı konulmasının en basit ve etkili yöntemidir.



18 Ekim 2015, Pazar

**KÖ-14 [08:30]****Fetal cerrahi seçenekleri**

Selahattin Kumru

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

Fetal görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi, ultrasonografi (USG) ve Magnetic Resonans (MR) gibi non-invazif görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşması konjenital anomalilerin tanısında ve takibinde Perinatoloji alanında ilerlemelere fırsat vermiş, bu sayede konjenital anomalilerin doğal seyri hakkında bilgi birikimimizin artmasına olanak sağlamıştır. Endoskopik yöntemlerin hızlı bir şekilde cerrahi tedaviler içerisinde yer alması ve ilerlemesi sayesinde de fetal tedaviler içerisinde endoskopik girişimlerin yeri olup olmadığı konusunda çalışmalara dayanak oluşturmuştur.

Fetal cerrahi uygulamalarından önce fetal bazı hastalıkların tedavisi için USG eşliğinde kan fetüse kan transfüzyonu gibi göreceli olarak basit işlemler yapılırken günümüzde fetoskopik yöntemler ile de bazı fetal konjenital anomalilere intrauterin girişimler yapılabilir hale gelmiştir. Non-invazif prenatal görüntüleme işlemlerindeki gelişmelere ilave olarak yenidoğan yoğun bakım alanındaki gelişmeler sayesinde prematüre doğan bebeklerde mortalite ve morbiditenin azalması, intrauterin tedavilerin onunun açılmasına yardımcı olmaktadır.

Fetal cerrahi uygulamaları acık ya da fetoskopik yöntemler kullanılarak gerçekleştirilebilmektedir. acık cerrahi uygulamalarına örnek sakrokoksigeal teratom eksizyonları, acık nöral tüp defektlerinin tamiri gibi uygulamaları kaspamaktadır. Açık fetal cerrahi uygulamalardan en iyi bilinen, etkinliği postpartum tedaviden daha üstün olduğu ortaya net olarak konulan myelomeningosel tamiridir. Amerika Birleşik Devletleri'nde çok merkezli randomize çalışma ile intrauterin myelomeningosel tedavisinin postpartum tedaviden daha üstün olduğu sonucuna varılmıştır.

Fetal cerrahi uygulamalarından fetoskopik cerrahi ile yapılanlardan en çok uygulananlardan birisi Konjenital Diyafragma Hernisi (KDH) için uygulanan Fetal Trakeal Okluzyon (FETO)'dur. Bu girişim sayesinde bası altında kalan akciğerin küçülmesi engellenmekte akciğer gelişimi için potansiyel korunmaya çalışılmaktadır.

Fetoskopik cerrahi ile yaygın olarak yapılan uygulamalardan bir diğeri de ikizden ikize transfüzyon sendromu olgularında uygulanan fetoskopik lazer fotokoagülasyonu ya da nadiren uygulanan kord koagülasyonu işlemleri olup, fetoskopik lazer koagülasyonu, ikizden ikize transfüzyon sendromlarında standart tedavi haline gelmiştir.

Fetoskopik cerrahinin diğer bir uygulamaya konulmaya çalışılan alanı açık nöral tüp defektleridir. Çoklu port ile gerçekleştirilen tamir işlemlerinin postpartum tedaviye üstünlüğü net olarak gösterilememiş ve üzerinde tartışmalar devam etmekte olsa da komplikasyonlarının azaltılabilmesi halinde bir tedavi seçeneği olarak potansiyelle sahip görünmektedir.

Son olarak (Posterior Uretral Valv) olgularında son bir kaç yılla kadar vesikoamniyotik shunt kateterleri standart yaklaşım olarak önerilmekte iken, son zamanlarda bu olgularda valfin fetoskopik ve sistoskopik yaklaşımla lazer ile tahribi üzerinde de olgular yayımlanmaya başlamıştır.

Sonuç olarak fetal cerrahi uygulamaları acık ya da fetoskopik cerrahi seçenekleri ile insan fetusların intrauterin olarak tedavisine olanak hazırlamaktadır. İşlemlerde komplikasyonların azaltılması ve yeni doğan yoğun bakım koşullarının daha da iyileştirilmesi sayesinde bazı sorunların tedavisinin intrauterin dönemde gerçekleştirilmesi standart tedavi haline gelecek gibi görünmektedir

**KÖ-15 [12:00]****Maternal subklinik hipotiroidi taraması: Herkese? Risk grubuna?**

Mertihan Kurdoğlu

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

Sağlık alanında bir tarama programının uygulanabilirliği, aşağıdaki hususlar göz önüne alınarak değerlendirilmektedir:

- Taranacak hastalık sık görülmesi ve önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Tarama yapılan toplumda insidans %5'in üzerinde olmalıdır
- Tarama ile hastalık erken dönemde belirlenebilmeli, hastalar tarafından kabul edilebilir olmalı, genel klinik pratik uygulanabilirliği olmalıdır.
- Hastalığın tedavisi olmalıdır.
- Tarama sonrası tanı konarak yapılan tedavinin bilinen yöntemlerle tanı konarak yapılan tedavi ile karşılaştırılmasında üstünlük gösterilmiş olmalıdır.
- Taramanın potansiyel yararı, potansiyel zararlarının ve tarama maliyetinin üzerinde olmalıdır.

Bu temel ilkeler doğrultusunda maternal subklinik hipotiroidi taramasının gerekli olup olmadığını değerlendirmek üzere mevcut literatür incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmaktadır:

Subklinik hipotiroidizm (yüksek TSH, normal serbest T4), aşikar hipotiroididen daha yaygın olup ABD'nin iyot bakımından yeterli bölgelerinde taranan kadınların %2-2.5'inde görülmektedir. Subklinik hipotiroidili kadınlarda gebelik sırasındaki komplikasyon riski aşikar hipotiroidi ile ilişkili olanlardan daha düşüktür. Ancak, bazı çalışmalarda subklinik hipotiroidili kadınların ağır preeklampsi, preterm doğum

ve/veya gebelik kaybı açısından artmış riske sahip olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmalara biraz daha detaylı bakacak olursak, prenatal bakım için 17.298 kadının dahil edildiği yüksek olgu sayılı prospektif bir çalışmada, gebelik haftası için 97.5'inci persentili sınır kabul ederek tanımlanan (TSH aralığı 2.74–11 mU/L) subklinik hipotiroidizm oranı %2.3 olarak saptanmış ve bu olgularda preterm doğum riski 2 kat, ablasyo plasenta riski ise 3 kat daha fazla bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, subklinik hipotiroidili olguların yenidoğanlarının yoğun bakım ünitesine kabul ve respiratuvar distress sendromu olma oranları da TSH'sı normal olanlara kıyasla 2 kat daha fazla bulunmuştur. Wilson'un çalışmasında ise, subklinik tiroid hastalıklı gebelerde tüm hipertansif hastalıklar için genel insidans %10.9 bulunmuş ancak sadece şiddetli hipertansiyon için anlamlı bir risk artışı gösterilmiştir (OR=1.60, %95 CI (1.08–2.379)). Antitiroid peroksidad negatif kadınlarda gebelik sonuçlarını karşılaştıran bir başka çalışmada, normal serbest T4'ü olan ve birinci trimester serum TSH'ı 2.5–5.0 mU/L olan kadınlarda TSH'ı 2.5 mU/L'nin altında olanlara göre gebelik kaybı oranı daha yüksek bulunmuştur (%6.1'e karşın %3.6). Ancak preterm doğum oranlarında herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgularla örtüşmeyecek şekilde, tekil gebeliği olan obstetrik popülasyonunda Down sendromu riskini değerlendiren prospektif, çok merkezli bir çalışma olan FASTER çalışması sonuçlarının bir alt grup analizinde maternal subklinik hipotiroidizm ile kötü gebelik sonuçları (preterm eylem, preterm doğum, düşük, prematür membran rüptürü) arasında bir ilişki göstermemiştir. Çin'de yapılan toplum tabanlı bir prospektif kohort çalışmasında, gebeliğin ilk 20 haftasındaki maternal tiroid fonksiyonu ile takip eden fetal ve bebeklik dönemi gelişimi değerlendirilmiş ve subklinik hipotiroidinin artmış fetal distress, preterm doğum, görme kaybı ve nöral gelişim geriliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak bu çalışmadaki subklinik hipotiroidili olgu sayısının 41 olması sonuçların geçerliliği konusunda soru işaretleri oluşturmaktadır. Yakın zamanda yayınlanan ve pek çok çalışmayı bir arada değerlendiren bir meta-analizde, subklinik hipotiroidili olgularda ötiroid kontrollerine kıyasla gestasyonel diyabetes mellitus, gebeliğin indüklediği hipertansiyon, sezaryenle doğum, düşük ve yüksek doğum ağırlıklı doğum riskinin artmadığı, sadece preeklampsi, ablasyo plasenta, perinatal mortalite riskinin sırasıyla OR=1.68, (%95 CI, 1.09–2.40), OR=1.68 (%95 CI, 1.09–2.60) ve OR=2.73 (%95 CI, 1.59–4.70) olacak şekilde arttığı gösterilmiştir. Sonuç olarak, kohort çalışmalarında subklinik hipotiroidi ile kötü gebelik sonuçları arasında bir ilişki gösterilirken, randomize kontrollü çalışmalarda böyle bir ilişki ortaya konmamıştır.

Miller ve ark.'nın 2011 yılında yayınlanan derlemesinde ise rutin tarama için düşünülen testin bazı kesin kriterleri sağlaması gerektiği yorumu yapılmıştır. Bunlar aşağıdaki şekilde sunulmuştur:

- Hastalığın insidansı taramayı haklı çıkaracak şekilde yüksek olmalıdır. Subklinik tiroid hastalığının literatürde erken gebelikte rapor edilen prevalansı bu kriteri sağlamaktadır.
- Taramanın maliyet-etkinlik dengesi uygun olmalıdır. Tedavinin subklinik tiroid hastalığı olan kadınların çocuklarında nörolojik gelişimi iyileştireceği farz edilirse subklinik hipotiroidi için yapılacak taramada bu denge var denilebilir.
- Kötü sonuçlar hastalık durumu ile ilişkili olmalıdır. Subklinik tiroid hastalığının kötü gebelik sonuçlarıyla ilişkili olduğuna dair literatürde bazı tutarsızlıklar mevcuttur. Ek olarak, subklinik hipotiroidinin gecikmiş nörokognitif gelişim ile ilişkisi hakkındaki veriler yetersizdir.
- Müdahalenin sonuçları iyileştireceğine dair deliller olmalı. Mevcut literatür ile bunu söylemek mümkün değildir.

Bu veriler ışığında, Miller ve ark., bahsedilen veriler elde edilene kadar gebelikte tiroid hastalığı için rutin bir taramayı öneren veya rastlantısal olarak saptansa dahi subklinik hipotiroidizm tedavisi için yeterli delillerin olmadığı sonucuna varmışlardır.

Gebelik ve tiroid taraması ile ilgili olarak mevcut veriler incelendiğinde, yakın zamanda yayınlanmış ve geniş kapsamlı literatür taraması ile birlikte sunulmuş olan bir konsensus raporu dikkati çekmektedir. Bu konsensus raporu İspanyol Endokrinoloji ve Beslenme Derneği'nin İyot Eksikliği Hastalıkları ve Tiroid Disfonksiyonu Çalışma Grubu ile İspanyol Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'nin ortak çalışmasıdır. Raporun sonuç kısmındaki öneriler arasında, akabinde verilecek tiroksin tedavisinin yararını gösteren veriler henüz mevcut olmadığından, subklinik hipotiroidiyi saptamak için taramanın yararlılığının kanıtlanamadığına dair bir ifade yer almaktadır:

Genel olarak değerlendirildiğinde; bütün gebelere subklinik hipotiroidi taraması, bu gün için tarama programında olması gereken şartları yerine getirememektedir. Dolayısıyla, bütün gebeler için tiroid fonksiyon bozukluğunu belirlemek ve tedavi etmek için tarama gerekip gerekmediği, hastalığın prevalansı ve komplikasyonları, tanısal doğruluğu ve pratik uygulanabilirliği, potansiyel yararları, potansiyel zararları, tarama maliyeti değerlendirildiğinde ihtilafıdır. Tarama, ancak aşikar hipotiroidi açısından yüksek riskli grupta (geçirilmiş tiroid fonksiyon bozukluğu/cerrahisi, ailede tiroid hastalığı öyküsü, guatr varlığı, tiroid antikorları pozitifliği, klinik hipotiroidi bulgu/semptomlarının varlığı, Tip I diyabet, düşük ve preterm doğumlar, otoimmün tiroid disfonksiyonu ile ilişkili vitiligo, adrenal yetmezlik, hipoparatiroidizm, atrofik gastrit, pernisiyöz anemi, sistemik sklerozis, SLE, Sjögren sendromu mevcudiyeti, infertilite varlığı, baş-boyun ışınlanması geçirenler, VKİ (vücut kitle indeksi) >40 olan morbid obezler, 35 yaş üzeri kadınlar, amiodarone tedavisi uygulamaları, lityum kullanımı, iyodlu kontrast ajanlara maruziyet, iyod eksikliğinin orta şiddetli olduğu bölgelerde yaşamak), gebelik öncesi ve erken gebelikte serum TSH ölçümü yapılmak suretiyle önerilebilir.

**KÖ-16** [12:15]**Trombofil ile ilişkili obstetrik komplikasyonlar: Heparin tedavisinin rolü**

M. Okan Özkaya

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

Trombofililer arteriyel ve/veya venöz tromboembolik olayların arttığı bir grup hastalıktır. Toplumlara göre sıklığı değişmekle beraber yaklaşık %15 oranında görülmektedir. Gebeliklerde %0.1 oranında tromboembolik olaylar olurken, bunların yaklaşık %50 nedeni kalıtsal ve akkiz trombofililerdir. Trombofililer kalıtsal ve akkiz olmak üzere iki grupta incelenir.

Akkiz trombofililerden en önemli olanı lupus antikoagülan ve antikardiyolipin antikorun neden olduğu antifosfolipid sendromdur (APS).

Normal gebeliklerde tromboembolik olaylarda artış vardır. Bunun önemli nedenlerinden biri gebeliklerde fibrinojen, F VII, VIII, X ve vWF oranlarındaki artıştır. Yine doğal antikoagülan sistem olan protein S ve C düzeylerinde azalma ve aktive protein C rezistans artışı olmasındır.

Uzun zamandır kalıtsal ve akkiz trombofilinin kötü gebelik sonuçlarıyla olan ilişkisi incelenmektedir. Literatürde erken ve geç dönem gebelik kayıpları, tekrarlayan gebelik kayıpları, gebelikteki hipertansif hastalıklar, İUGK, plasental dekolmanı ve venöz tromboemboli ile olan ilişkiyle ilgili çok sayıda çalışma vardır.

- **Venöz tromboemboli:** Özellikle kalıtsal trombofililerde ve bunlardan da FV ve protrombin gen defektinde (G20210A) venöz tromboemboli oranları 6–35 kat artmaktadır. Özellikle risk faktörü olan hastalarda hem tarama hem de tromboemboli profilaksisi önemlidir.
- **Gebelik kaybı:** Tekrarlayan gebelik kayıpları (TGK) başta olmak üzere akkiz trombofililerin gebelik kayıplarıyla ilişkisi ve LMWH – aspirin tedavisi ile canlı doğum oranlarının arttırıldığı gösterilmiştir. Ancak kalıtsal trombofililerin TGK ile olan ilişkisi tartışmalıdır. 2011 yılında Visser J ve arkadaşlarının yaptığı “HABENOX” çalışmasında ve Mantaha S ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde kalıtsal trombofililer ile TGK arasında ilişki bulunamamış ve heparin tedavisinin etkinliği gösterilememiştir. Akkiz trombofililerden özellikle APS’un tekrarlayan gebelik kayıplarıyla ilişkisi olduğu, LMWH ve aspirin tedavisi ile canlı doğum oranlarının arttığı gösterilmiştir. Bu nedenle tekrarlayan gebelik kayıplarında APS taraması ve tedavisi önerilmektedir.
- **Pre-eklampsi:** Genellikle FV leiden mutasyon başta olmak üzere herediter trombofililerin orta derecede pre-eklampsi riskini arttırdığı ileri sürülmektedir. 2003 yılında yapılan Kosmas IP ve arkadaşlarının meta analizinde faktor V leiden mutasyonun hipertansif hastalıkları 2.25 x arttırdığı vurgulanmıştır. Ancak daha sonra yapılan birçok çalışma trombofililer ile pre-eklampsia arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır.

- **Intrauterin gelişim kısıtlanması (İUGK):** 2001 yılında Martinelli P ve arkadaşlarının çalışmasında FV leiden mutasyon ile 6.9 kat, protrombin gen mutasyonu ile 5.9 kat İUGK olduğu bulunmuştur. Yine Howley HE ve arkadaşlarının 2005, Robertson L ve arkadaşlarının 2006 yıllarında yaptıkları meta analizlerde FV ve protrombin gen mutasyonları ile İUGK arasında ilişki saptamışlardır. Ancak ACOG 2011 yılında yaptığı önerilerinde halen tedavinin etkinliğinin net olmadığı ve İUGK, pre-eklampsi ve diğer kötü gebelik sonuçlarıyla trombofililer arasında kesin etyolojik bir bağlantı olmadığı için trombofililerin bu durumlarda taranmasının gereksiz olduğunu belirtmiştir.

- **Plasental dekolman:** Robertson ve arkadaşları 2005 yılındaki meta-analizlerinde FV leiden heterozigot mutasyon ile 4.7 kat, protrombin heterozigot mutasyon ile 7.71 kat dekolman riskinde artış bulmuşlardır. Prochazka M ve arkadaşları 2003 yılındaki çalışmalarında ise FV mutasyon ile dekolman arasında bağlantı bulunamamışlardır.

2011 yılında 115 gebenin dahil edildiği bir vaka-kontrol çalışmasında kalıtsal trombofililer ile kötü gebelik sonuçları arasında bir bağlantı saptanmamıştır. Sadece FV – leiden heterozigot mutasyon ile dekolman ve ölü doğum arasında bağlantı olabileceği belirtilmiştir.

**Sonuç**

ACOG 2011 yılı trombofil ile kötü obstetrik öykü ilişkisini değerlendirdiği açıklamasında ailede kalıtsal trombofil ile gebelik veya öncesinde tromboemboli öyküsü varsa tarama önerirken, diğer kötü gebelik sonuçları için tarama önermemektedir. Sadece tekrarlayan gebelik kayıplarında veya geç gebelik kayıplarında antifosfolipid taraması önerilmektedir.

**KÖ-17** [12:45]**Gestasyonel diyabette yeni tedavi stratejileri**

Mekin Sezik

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

Gestasyonel diyabet (GDM), gebelikte esnasında başlayan veya gebelikte ilk olarak tanınan glikoz intoleransı olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de GDM sıklığı, %1.2–4.5 olarak saptanmıştır. Tedavi edilmeyen GDM’de makrozomi (doğum ağırlığı > 4000 g), distosi, sezaryen, ölü doğum, preeklampsi ve neonatal hipoglisemi riskleri artmaktadır.

**GDM tedavisi**

Günümüzde GDM, ilk aşamada diyet ve egzersiz ile tedavi edilmekte; bunlara cevap alınmazsa (açlık kan şekeri (AKŞ) >95 mg/dL veya 2. saat tokluk kan şekeri (TKŞ) >120 mg/dL) insülin tedavisine geçilmektedir. İnsülin tedavisi ile makrozo-

mi ve preeklampsi riskleri azalırken (sırası ile risk oranı, 0.47 ve 0.61) sezaryen, perinatal mortalite, doğum travması, preterm doğum ve düşük persentilde doğum ağırlığı (SGA) oranları değişmemektedir. Ayrıca insülin enjeksiyonları, diyabet hemşireliği ile gebe eğitimi gibi hizmetler ve ekip çalışması gerektirmektedir. İnsüline ikincil maternal hipoglisemi atakları ve maternal vücut ağırlığında artış da görülebilmektedir. Bu nedenlerle, GDM tedavisinde insüline alternatif yeni tedavi stratejileri gündeme gelmiştir.

#### **GDM tedavisinde metformin**

Mevcut sunum kapsamında GDM tedavisinde metformin'in yerine dair güncel bilgiler verilecektir. Metformin, tip 2 diyabet tedavisinde ilk seçenek olarak kabul gören biguanid türü bir oral antidiyabetiktir; hepatik glikoneogenezi inhibe etmekte ve periferik insülin hassasiyetini artırmaktadır. Metformin, 4–8 saatlik yarılanma ömrüne sahiptir ve renal yoldan değişikliğe uğramadan atılmaktadır. Metformine bağlı en sık bulantı, kusma, metalik tat ve diyare gibi gastrointestinal yan etkiler görülmektedir; daha az sıklıkta B12 vitamini emilim sorunları, deride döküntüler ve laktik asidoz ile karşılaşılabilir. Gebelerde metformin tedavisine çoğunlukla günde 500 mg tek doz ile başlanmakta, glisemik cevap ve yan etkilere göre (2–3'e bölünmüş şekilde) 1500–2500 mg/gün dozlara çıkılabilmektedir. Gebelikte metformin kullanımı FDA-B kategorisindedir (hayvanlar üzerinde yapılan deneylerde fetal risk ortaya çıkarmayan ancak insan gebeliklerinde yeterli kontrollü çalışma yapılmamış ilaç).

#### **GDM tedavisinde insülin ve metformin kullanımının karşılaştırılması**

Bu konudaki 7 adet klinik ilaç çalışmasının sonuçları aşağıda özetlenmiştir. Anılan çalışmalarda, metformin 500–3000 mg/gün doz aralığında kullanılmıştır.

- **Maternal sonuçlar:** Glisemik kontrol (HbA1c, AKŞ ve TKŞ), sezaryen oranları, preeklampsi ve hipertansif bozukluk sıklıkları açısından fark yok. Metformin ile maternal kilo alımı daha az.

- **Neonatal sonuçlar:** Doğum ağırlığı, makrozomi, LGA (>90 persentil), SGA, yenidoğan ünitesine yatış ve konjenital malformasyon oranları arasında fark yok.
- **Neonatal komplikasyonlar:** Yenidoğan hipoglisemisi, insülin alanlarda daha sık. Doğum travması, respiratuvar distress sendromu, fototerapi ihtiyacı açısından fark yok.
- **Preterm doğum (PTD):** Bir çalışmada, metformin grubunda ortalama doğum haftası daha düşük (38.3'e karşılık 38.5, p=0.02) ve 37 hafta altı PTD daha sık (%12'ye karşılık %7) iken diğer çalışmalarda fark saptanmamış.
- **Orta dönem sonuçlar:** Metformine maruz kalan fetüslerin 2 yaşında toplam vücut yağ oranında fark olmamakla beraber, metformin verilenlerde daha olumlu yağ dağılımı (biseps ve subskapular deri kıvrım kalınlıklarında azalma) saptanmış.

#### **Sonuç**

Diyet ve egzersiz ile kontrol edilemeyen GDM'de metformin, insülin kadar etkin gözükmemektedir. Metformin alanlarda (insülin kullananlara göre) gebelikte maternal kilo alımı ve yenidoğanda hipoglisemi riski daha az olmakla beraber metformin ile erken doğum arasındaki ilişkinin daha ayrıntılı araştırılması gerekmektedir. Metformin, GDM'li gebeliklerden doğan çocukların orta-uzun dönem metabolik profillerinde de bazı üstünlüklere sahip olabilir.

Dikkat edilmesi önerilen hususlar: Bu olumlu etkilerine rağmen GDM tedavisinde metformin kullanımı, takibin yapılacağı kurumun imkanları da göz önünde tutularak, olgu bazında kişiselleştirilmelidir. Gebelikte metformin kullanımının mevcut durumda, endikasyon dışı ilaç kullanımı olarak ele alınacağı da değerlendirilmelidir. Ayrıca, tolere edilen dozlarda hedeflenen glisemik düzeylere metformin alan gebelerin yaklaşık %50–60'ında ulaşılacağı; yani metformin tedavisi başlananların kabaca yarısında ek olarak insülin tedavisine ihtiyaç duyulacağı da unutulmamalıdır.



## Poster Bildiri Özetleri

### (PB-001 — PB-129)

#### PB-001

#### Sezaryen skar gebeliği: Metotraksat tedavisi ve vajinal kanama

Sükran Esra Özkaplan, İbrahim Özduvak, Ayşe Özboz

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

**Amaç:** Sezaryen skar gebeliği (SSG) nadir görülen dış gebelik çeşitlerinden. Skar gebeliğinin görülme oranı 1/1800 ile 1/2216 arasında değişir. Oluş mekanizması muhtemelen myometriyumun mikroskopik invazyonudur. Myomektomi, geçirilmiş sezaryen (c/s), dilatasyon küretaj (D/C) gibi uterus cerrahileri sonrası oluşur. Erken tanı ve tedavi, komplikasyonlardan korunmak ve fertilitenin devamı için önemlidir. Olgumuzda cerrahi yaklaşımı reddeden hastada metotreksat (MTX) tedavisi sırasında gelişen uzun süreli vaginal kanamanın yönetimini paylaşmak istedik.

**Olgu:** 38 yaşında bir kez C/S öyküsü olan hastanın son adet tarihine göre 9w gebeliği olması gerekiyordu. Hasta hastanemize başvurudan 12 gün önce dış merkezde ektopik gebelik öntanısı ile diagnostik laparoskopisi (L/S) ve D/C olmuş, adneksler ve uterus normal olarak değerlendirilmiş, ovarian ektopik gebelik şüphesiyle overden wedge rezeksiyon yapılmış. Hastanın patoloji sonuçları corpus luteum kisti ve proliferatif endometriyum olarak rapor edilmişti. Hasta kanama ve ağrı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan abdominal ve trans vajinal ultrasonografisinde; mesane ön yüzüne protrüze 32 mm çapta fetal kalp atımı (FKA) (-) CRL 7w Tip 2 scar gebeliği mevcuttu. Hastaya operasyon önerildi ancak ikinci kez operasyonu kabul etmedi ve yatırılarak MTX (50 mg/m<sup>2</sup>) tedavisi başlandı 11843 beta-hCG değeri ile kabul edilen hasta 7. gün değerini 5778 e düşmesi üzerine taburcu edildi. Günde 3 ped kanaması olan hastaya günde 2 kez progesteron tedavisi başlandı. MTX tedavisinden 20 gün sonra hasta bol vajinal kanama ile acile başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın Hb değeri 8.2, beta-hCG değeri ise 2345 idi. Hastaya üç ünite eritrosit süpsansiyonu verildi. Progesteron tedavisinin yanına kombine oral kontraseptif (KOK) 2x1 ve demir tedavisi verilerek hasta externe edildi. Poliklinik takibinde hastanın kanamasının azalarak da olsa devam etmesi üzerine metilergonovin 2x1 verildi ve rutin aralıklarla poliklinikte takip edildi. Hasta kabulden tam 2 ay sonra beta-hCG değeri (0) oldu. Kanamasının azalması nedeniyle sırasıyla önce metilergonovin, progesteron tedavisi basamaklı olarak ke-

sildi. 1x1 KOK tedavisi ile hastanın kanaması kontrol altına alındı. Mevcut kitlenin transvajinal ultrasonografi görüntüsünden kaybolması ise 5 ay sürdü. 5 ayın sonunda KOK tedavisi de sonlandırılarak takibine son verildi.

**Sonuç:** SSG tedavisinde L/T veya L/S ile wedge rezeksiyon, D/C, metotraksat uygulanması (sistemik ya da lokal), histerektomi eşliğinde küretaj ve uterin arter embolisi kullanılmaktadır. Kese ağırlıklı olarak fibröz doku ile çevrili olduğundan beta-hCG değeri geç düşecektir. D/C uygulaması ile hastaların %76'sında masif kanama olduğu bildirilmektedir. Fertilitenin korunması ve rekürrens önlenmesi açısından ise wedge rezeksiyon önerilmektedir. Bu olguda hasta opere olmayı ve histerektomi riskinden dolayı, kanamayı kontrol altına alma açısından teklif edilen küretajı red ettiği için vajinal kanamayı kontrol altına almak uzun sürmüştür. Mevcut gebelik zaten mesaneye protrüze Tip 2 SSG olduğundan D/C mümkün değildi. Vajinal kanama ise muhtemelen sac etrafındaki arteriovenoz malformasyon dolayısıyla olduğundan da küretajla fayda alınamayabilirdi. Hastanın tedavisinin kısa sürede tamamlanabilmesi için operasyon iyi bir seçenek olarak gözükmektedir.

#### PB-002

#### 20. haftada rüptüre olan bir nonkomünikan rudimenter horn olgusu

Sükran Esra Özkaplan, Ayşe Özboz, İbrahim Özduvak

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

**Amaç:** Gerçek sıklığı tam bilinmemekle birlikte konjenital uterin anomalilerin insidansının %0001 ile %10 arasında olduğu tahmin edilebilmektedir. Bu kadınların %25'inde fertilitenin problemleri mevcuttur. Gebe kalanlarda ise perinatal mortalite ve morbidite artmıştır. Rudimenter hornun sıklığı tam olarak bilinmese de 1/1600 kadardır. Gebelik öncesi ya da ilk trimesterde tanımak zordur. Biz bu vakada gebeliğin erken döneminde tanı almamış, 20. hafta da akut batın tablosu ile karşımıza gelen rüptüre bir rudimenter horn olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 24 yaşında ilk gebeliği olan ve il dışında düzensiz takibi olan hasta polikliniğe idrar yaparken ağrı şikayetiyle başvurdu. Fetal ultrason parametreleri 20. hafta ile uyumlu idi ve vital bulguları normal olan hastanın Hb değeri 12.5 g/dl ve

bol lökositürisi mevcuttu. Hastaya idrar yolu enfeksiyonu tedavisi verildi. Bir hafta sonra hastanın Hb 5.9 g/dl, beyazkürresi 37 bin, sistolik/diastolik kan basıncı 90/60 mmHg ve kalp atım hızı 110 atım/dk ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenesinde batın distandü idi, vajinal kanama yoktu ve collum kapalı idi. Transabdominal ultrasonografide: batın içi yaygın mai ve koagulum, fetal kalp atışı olmayan 20 w ile uyumlu fetus, uterus sınırları normal ve overler normal olarak rapor edildi. Hasta cornual gebelik, ektopik gebelik rüptürü ön tanısı ile eritrosit replasmanı yapılarak sipinal anestezi altında laparotomiye alındı. Batın içinde üç litre kadar kan ve koagulum mevcuttu. Plasenta ve fetus abdomende idi, her iki over ve tubası sağlam kendine ait ligamentum rotundumu olan sol rüptüre rudimenter horn görünümü mevcuttu. Adnexler korunarak rudimenter horn exize edildi ve batın temizliği sonrası vaka sonlandırıldı. Klinik olarak stabil olan hasta postoperatif dönemde servise alındı.

**Sonuç:** Litaretürde non-komünikan horn gebeliklerin %70'inin rüptüre olduğu ve maternal mortalitenin %0.5'e ulaştığı belirtilmiştir. Malforme uterus, normal uterus kadar genişlemeyeceği için terme ulaşan birkaç olgu bildirilmişse de genelde ikinci trimester başında rüptür oluşur. Bu tür gebeliklerin rüptür öncesi tanı alması çok nadirdir. Bu olgudada olduğu gibi fetal ultrasonografi yapılırken fetus dışındaki oluşumları değerlendirme dışında tutmak rüptür öncesi tanını mümkün kılmamaktadır. Horn gölgelemesi ise pelviste boş uterusu görmek mümkün olabilir. Sonuç olarak bu vakadaki gibi acil laparotomi gerektiren durumlardan kaçınmak için, gebelik öncesi ve gebeliğin özellikle ilk trimester muayenesinde şüpheli bir yaklaşımla ayrıntılı ultrasonografi yaparak hasta değerlendirilmelidir.

### PB-003

#### Gebelikte akut batın olgu sunumu: Rüptüre non-komünikan rudimenter horn gebeliği

İlay Gözükar<sup>1</sup>, Nesrin Atcı<sup>2</sup>, Oya Karapınar<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:** Unikornuat uterusda rudimenter horn gebeliği oldukça nadir görülen bir klinik durumdur. Literatürde 76.000–150.000 gebelikte bir bildirilmiştir. Biz bu yazıda 15 hafta non-komünikan rudimenter horn gebelik rüptürü olgusunu sunduk.

**Olgu:** Yirmi üç yaşında kadın hasta akut batın ve hipovolemik şok tablosunda acil servise getirildi. Hastanın hikayesinden 3 saat önce başlayan bulantı, kusma ve sonrasında genel durumda bozulma olduğu öğrenildi. İki vajinal doğum hikayesi olan ve son adet tarihini bilmeyen hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Sistemik değerlendirmesinde genel durumu

kötü, tansiyon arteriyel 70/40 mmHg, nabız 115/dakika olarak saptandı. Acil şartlarda yapılan abdominal ultrasonografide batında yaygın mayi ve batın içerisinde 15 hafta ile uyumlu tek ex fetus izlendi. Uterus pelviste fetal yapılardan ayrı, konturları düzenli olarak görüldü. Adneksiyel yapılarda patolojik görünüm izlenmedi. Tam kan sayımında Hb 6.4 g/dl ve Htc %24 bulundu. Hastaya acil şartlarda laparotomi planlandı. Peroperatif 3 ünite eritrosit süspanasyonu ve 1 ünite taze donmuş plazma verilen hastada göbek altı vertikal insizyonla batına girildi. Batın içerisinden yaklaşık 2000 cc kanama aspire edildikten sonra sağ rudimenter hornun rüptüre olduğu ve solda unikornuat non-komünikan uterus olduğu görüldü. Batın içerisinden fetus ve ekleri çıkarıldı. Rudimenter horn eksize edildi Postoperatif takiplerinde ek problemi olmayan hasta Hb 9 g/dl ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Müllerian anomaliler ilk kez 1979 da Buttram ve Gibbons tarafından tanımlanmış ancak daha sonra Amerikan Üreme Tıbbı Derneği tarafından 1988 de revize edilmiştir. Anomaliler arasında unikornuat uterus asimetrik müllerian füzyon defektidir ve genellikle normal bir kaviteye eşlik eden tuba, over mevcuttur. Etkilenen müllerian kanal gelişmeyebilir veya parsiyel gelişim göstererek rudimenter horn olarak izlenebilir. Bu rudimenter yapıların çoğu uterusla iletişim göstermemekte ve çoğunlukla asemptomatik seyretmektedir. Genel popülasyonda 4000 kadında bir görülen bu klinik durum infertil kadınlar arasında daha sık görülmesine rağmen obstetrik komplikasyonlar da bu hastalarda izlenebilir. Literatürde unikornuat hastalarda ki obstetrik komplikasyonlar arasında %2.7 ektopik gebelik, %24.3 ilk trimester abort, %9.7 ikinci trimester kaybı, %20.1 preterm eylem, %10.5 intrauterin fetal kayıp bildirilmiştir. Bu vakada da uterin rüptür ile ilk kez tanı alan non-komünikan rudimenter horn gebeliği olan hasta değerlendirilmiştir. Hastanın daha önce iki normal doğumu olmasına karşılık 3. gebeliği rudimenter hornunda yerleşmiş ve gebeliğin 15. haftasında rüptüre olarak masif kanamaya sebep olmuştur. Bu durum intraperitoneal sperm ve ovum migrasyonu veya karşı tubadan fertilize ovumun peritoneal kaviteye geçmesiyle açıklanabilir. Rüptür zamanı çalışmalarda 5–35. haftalar arasında değişmekle birlikte çoğu vaka 20. haftanın altında katastrofik klinik tablo ile tanı almıştır. Tanıda ultrasonografi yardımcı olsada duyarlılığı %26 civarında ve bunun da gebelik haftası ilerledikçe azaldığı bildirilmiştir. Bu sebeple tanıda klinisyenin şüphesi öne çıkmaktadır. Bu vakada da ayrı uterus USG'de görülmüş ancak rudimenter horn görülememiştir. Bu hastalarda klasik yaklaşım rudimenter horn gebeliğinin tanısının konmasıyla birlikte cerrahi uygulanmasıdır. Vajinal doğumun kontraendike olduğu bu durumda hastalara laparotomi ile rudimenter hornun çıkarılması böylece tekrarlayan ektopik gebelikten kaçınılması tavsiye edilmektedir. Rudimenter horn gebeliğinde; klinik şüphe, erken tanı ve uygun zamanlı laparotomi maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltabilir.



**PB-004****Prenatal tanı alan vasa previa: Olgu sunumu**

İlay Gözükara<sup>1</sup>, Dilek Şilfeler<sup>1</sup>, Oya Karapınar<sup>1</sup>, Nesrin Atcı<sup>2</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:** Vasa previa nadir görülen ciddi fetal distress veya fetal ölüme sebep olabilen bir durumdur. Bu yazıda prenatal tanı alan bir vasa previa hastası değerlendirildi.

**Olgu:** 30 yaşında gravidası 1 olan hasta, 28. haftada rutin gebelik muayenesi için ilk kez polikliniğe başvurdu. Soygeçmişinde 1. derece akrabalarda MTHFR homozigot mutasyon hikayesi olan hastanın özgeçmişinde MTHFR mutasyon veya ek bir hastalık öyküsü yoktu. Genel durumu iyi ve kan grubu ARh (+) olan hastanın TA 110/80 mmHg olarak değerlendirildi. Ultrasonografik değerlendirmede 28 hafta ile uyumlu tek canlı fetus, amnion mayı yeterli ve servikal yerleşimli kord izlendi. Kordonun plasentanın servikal osa yakın marjinden insersiyonu olduğu renkli akım doppler USG ile doğrulandı ve vasa previa düşünüldü. Hastada ilerleyen haftalarda da plasenta değerlendirildi ve internal servikal os hizasında kordonun görüntüsü persiste etti. Hastaya 38. haftada planlı sezaryen ile 3000 g canlı erkek bebek baş gelişle doğurtuldu. Plasenta ve ekleri tamamen ayrıldı. Plasentanın vasa previa ile uyumlu olduğu doğrulandı. Takiplerinde ek problem olmayan hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi.

**Sonuç:** Vasa previa yaklaşık 5000 doğumda bir görülen nadir bir durumdur. Başlıca iki sebebinden birincisi kordon membranlara velamentöz insersiyonu ikincisi bilobule plasenta ya da plasenta succentriata varlığında plasental lobların arasından vasküler yapıların geçmesiyle ortaya çıkabilir. Çok nadir olarak marjinal plasenta previada plasentanın yukarı çıkmasıyla bu durum görülebilir. Bu damarlar doğum sırasında kompresyona ve yırtılmaya eğilimlidirler ve bu durumda fetüse ait kanamalar görülebilir. İntrapartum sinusoidal patern veya ciddi variable deselerasyonlar izlenebilir. Vasa previa sonuç olarak ciddi perinatal mortalite ile ilişkilidir ve vakaların büyük çoğunluğu antenatal olarak tanı almamaktadır. Prenatal tanı alan vakalarda sağ kalımın %44'den %97'e yükseldiği bu plasental insersiyon anomalisinde, özellikle 3. trimesterde hekimlerde bu konuda farkındalık oluşmalıdır.

**PB-005****Postpartum kanamaya neden olan uterin inversiyon olgu sunumu**

Feyza Özçelik, Kaddafi Özçelik, Arzu Aydın

Niğde Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Niğde

**Amaç:** Uterine inversiyon (ters dönme) doğumun üçüncü evresinin sık rastlanmayan ve hayatı tehdit edebilen bir kompli-

kasyonudur. Puerperal inversiyon sıklığı çalışmalarda 550'de bir ile bir kaç binde bir arasında değişmektedir. Doğumdan sonra meydana gelen uterus inversiyonu acilen tanınmalı ve tedavi edilmelidir, aksi halde anne ölümlerine kadar gidebilen uterin atoni, kanama ve şok tablosuna neden olabilir. Biz bu vakada primipar bir hastada normal doğum sonrası inversiyon olup kanama nedeni ile atoniye girip operasyon ile uterusun normal haline getirilmesi ve atoniye yaklaşım olgusunu sunduk.

**Olgu:** Hasta 20 yaşında nullipar olup gebeliğin 40. haftasını doldurmuş düzenli kasılmaları olması üzerine doğumhaneye alınmıştır. Bilinen bir hastalığı olmayan, gebeliğinde takipli ve tüm tetkikleri normal olan bir gebedir. Doğum oksitosin verilmesi sonucu 12 saat sonra gerçekleşmiştir. Sağlıklı 3000 kg erkek çocuk doğmuştur. Plasenta yaklaşık yarım saat sonra tamamen ayrılmış olup doğum sonrası normal bir kanama hali mevcuttur. Daha sonra yapılan spekulum muayenesinde servikal os izlenmeyip inversiyon şüphesine düşmemizi sağlayan vajinal muayenede elle palpe edilebilen kitle görünümü ve kanamanın artması görülmüştür. Yapılan batın ultrasonografide fundus yerinde izlenmemiştir. Elle müdahaleye uygun olmayan ve kanamanın artmış olması atoni hali görülmesi üzerine hasta operasyona alınmıştır. batın phansitel kesi ile açılarak uterin inversiyon hali görülmüştür. Elle alttan kontrollü bir şekilde uterus normal seyrine getirilmiştir. Sonrasında uterusun gevşek olması üzerine uterin masaj yapılıp, oksitosin enjeksiyonu ve mayi içinde verilmesi ile toplaması sağlanmıştır. Yapılan hemogloblin kontrolü 7 hgb olup 2 ünite eritrosit replasmanı yapılmıştır. Hastanın genel durumunun iyi olması üzerine 3 gün sonra şifa-en taburcu edilmiştir.

**Sonuç:** Uterin inversiyon uterus fundusunun ters dönüp serviksten dışarı çıkması halidir. Genelde doğumun 3. aşaması olan plasenta ayrılması esnasında görülür. Sık rastlanmayan bir komplikasyondur. Serviksi geçme derecesine göre 3 gruba ayrılır. Nedeni henüz tam olarak bilinmemektedir. Uterin inversiyon vakaları sonucu ortalama kan kaybı yapılan çalışmalara göre 500–2500 ml arası olup yapılan 11 inversiyon vakası sonrası replasman yaklaşık 2 veya 5 ünite arasındadır. Tek bir vakada kardiyak arrest görülmüştür. İversiyon yönetimi cerrahi olmayan ya da cerrahi olarak elle redüksiyon şeklindedir. Bizim bu olgumuzda cerrahi olarak elle redüksiyon yapılıp, atoni haline müdahale edilmiş olup histerektomiye gerek duyulmamıştır.

**PB-006****Monoamniotik ikiz gebelikte Fallot tetralojisi açısından diskordans**

And Yavuz, Mehmet Özgür Akkurt, Mekin Sezik

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

**Amaç:** Fertilize olan oositin fertilizasyondan 8–12 gün sonra bölünmesiyle oluşan monoamniotik monokoryonik (MKMA)

ikiz gebelikler 10.000 gebelikte 1 görülürler. Genetik olarak birbirlerinin benzeri olan fetüsler aynı cinsiyete ve tek placentaya sahiptir. Bu gebeliklerde fetal mortalite oranı %20'dir. Bu yüksek mortalite oranının sebebi kordon kazalarıdır. Bu nedenle MKMA ikiz gebeliği olan kadınlara 28. gebelik haftasında hospitalizasyon, günlük 2–4 saat arayla monitorizasyon ve 32. gebelik haftasında sezaryen ile doğum önerilmektedir. Fallot tetralojisi (TOF) sağ ventrikül hipertrofisi, ventriküler septal defekt, sağ ventrikül çıkış darlığı, aortanın dekstropozisyonu ve "overriding" ile kendini gösteren 10.000 canlı doğumda 3.9 oranında görülen bir kardiyak anomalidir. TOF, genellikle sporadiktir ve başka anomaliler eşlik etmemekle beraber Down sendromu gibi genetik bir hastalığın parçası olarak da görülebilir. Bu yüzden antenatal dönemde TOF saptanan gebelere genetik inceleme önerilmelidir. TOF'a %40 oranında diğer kardiyak anomaliler eşlik edebilmektedir. Semptomlar, pulmoner stenozun derecesi ve pulmoner kan akımının miktarı ile ilgilidir. Hastaların çoğu doğumdan itibaren siyanotiktir. Anoksik speller genellikle ağlama ve beslenme sırasında görülür. Kardiyopulmoner by pass yardımı ile yapılan bu ameliyatın mortalitesi günümüzde %5 civarındadır. Olguların %1'inde blok nedeniyle kalıcı "pacemaker" uygulanması gerekebilir. Kliniğimizde detaylı fetal ultrasonografi esnasında ikiz eşlerinden birinde TOF saptadığımız, MKMA ikiz gebelik olgusunu sunmaktayız.

**Olgu:** Dış merkezden 22. gebelik haftasında detaylı ultrasonografi için sevk edilen 24 yaşında ilk gebeliği olan kadının fetal ekokardiografik incelemesinde monoamniyotik fetüslerden birinde TOF ile uyumlu görünüm saptandı. Bu fetüste kardiyak anomali dışında başka bir sorun izlenmedi. Diğer fetüsün fetal ekokardiografisi, nörosonografisi ve ayrıntılı ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Aileye amniyosentez ve selektif fetosit önerildi fakat aile kabul etmedi. Haftada bir fetal büyüme ve Doppler incelemesi planlandı. Yirmisekizinci gebelik haftasına herhangi bir komplikasyon olmadan gelen gebeye hospitalizasyon önerildi; fakat aile bunu kabul etmedi. Gebe 28+4 gebelik haftasında fetal hareket yokluğu nedeniyle dış merkezde hastaneye başvurdu. Alınan bilgiye göre fetüslerin hastaneye başvurduğunda ex olduğu ve makat-baş prezentasyonunu nedeniyle sezaryen ile doğurtulduğu öğrenildi. Sezaryen esnasında fetal kordonların birbirine dolanmış olduğu ve "gerçek düğüm" saptandığı belirtildi.

**Sonuç:** MKMA ikiz gebeliklerde artmış konjenital anomali insidansından dolayı ayrıntılı fetal ultrasonografi ve fetal ekokardiografi endikasyonu bulunmaktadır. Her ne kadar MKMA ikiz gebeliklerde fetüslerin genetik uyumu beklense de fetal anomali taramasında sadece tek bir fetüsün incelenmesi, fetüslerde diskordans olabileceğinden, yeterli değildir. MKMA ikiz gebelikler yüksek perinatal mortalite oranına sahip oldukları için erken dönemde hospitalizasyon ve preterm doğum planlanmalıdır.

## PB-007

### Yapışık ikizliğin nadir bir formu: Terata anadidyma olgusu

Oya Soylu Karapınar, İlay Gözükara, Arif Güngören, Orhan Nural

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

**Amaç:** Yapışık ikizlik 1/50.000–1/100.000 sıklıkta görülen ağır morbidite ve mortalite ile seyreden çok nadir bir anomali. Etiyolojisinde tek bir embriyonik kistin 13.–15. günlerde komplet ayrılmasının gerçekleşmemesinin rol oynadığı düşünülmektedir. 3 gruba klasifiye edilir: Terata catydidymus, Terata anadidyma, Terata anacatadyma. Bu gruplar arasında terata anacatadidyma varyasyonları (%59.3) en sık görülen tipi olup diğer formlar nadirdir. En erken intrauterin 12. haftada yapılan antenatal ultrason (USG) ile tanı konulabilirken, 20. hafta sonrası yapılan ayrıntılı USG'de paylaşılan organlar ortaya konabilir. Yaklaşık %40'ı abortusla sonlanır. Olguların 1/3'ü ise 24 saatten daha kısa sürede ölürlür. Burada kliniğimizde terata anadidyma olarak değerlendirdiğimiz yapışık ikiz olgusunu vaka olarak sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 22 yaşında G:4 P:2 Y:1 olan olgunun SAT'e göre 17 haftalık gebeliği mevcut idi. Yapılan rutin obstetrik incelemede tek amniyon kesesi içinde tek baş, tek gövde (tek kalp) ve iki pelvik bölge (ikiside kız cinsiyet) ve 4 alt ekstremitte görülen yapışık ikiz vakası izlendi. Daha ayrıntılı ultrason yapıldığında craniumda lemon sign, ensefalosel, toraksta tek kalp, iki vertebral kolon, abdomende umblikustan köken alan kistik lezyon mevcuttu ve göbekten itibaren iki ayrı pelvis (ikiside kız cinsiyet) ve dört ekstremitte izlendi. Ayrıca, CRL: 14 hft±5 gün, plasentanın fundal posterior yerleşimli, suyunun normal olduğu gözlemlendi. Fetusun amniyosentez sonrası karyotiplenmesi normal olarak tespit edildi. Olgunun soy geçmişi ve özgeçmişinde özellik yoktu. İlaç kullanımı, sigara ve alkol hikayesi yok idi. Eşle akrabalık yok idi. Laboratuvar bulgularında patolojik bir değer saptanmadı. Bu bulguların değerlendirilmesinden sonra hasta ve esine 14–15 haftalık yapışık ikiz bir gebeliğinin olduğu, tek bir kalbin bulunduğu beklenirse doğacak çocuğun hayatla bağdaşamayacak bir anomalisinin olduğu anlatıldı. Gebeliğin sonlandırılması tavsiye edildi. Hastanın ve ailesinin bu teklifimizi kabul etmesi üzerine cytotec tablet (misoprostol) tablet ile abortus sağlandı. Fetus ultrasondaki bulgularımız gibi tek kafa, çift pelvis (cinsiyetleri kız) idi ve üst yandan bir bölümlü birleşik, iki abdomeni olan ikizler idi. 4 adet üst ekstremitte vardı, torakal yanlardan yapışık idi göbekten itibaren ayrı ikizler idi. İmperefor anüs mevcuttu. Fetus bu haliyle alt gövde yarısı çift üst gövde yarısı tek veya üst yandan bir bölümlü birleşik ikizlik olan terata anadidyma olgusu idi.

**Sonuç:** İkiz gebelik takiplerinde ilk trimesterde yapılan ultrasonografide koryoniste tayini (kaç amniyos kesesi, kaç placentaya olduğu) son derece önemlidir. Doğumdan önce koryoniste, monozigotik monoamniyotik ikizleri veya yapışık ikiz-

ler olup olmadığı sadece ultrasonografi ile belirlenebilir. İntrauterin yapışık ikiz tanısı konulan olgularda öncelikle aile doğum sonrası riskler konusunda bilgilendirilmeli ve ilk trimesterde tanı konulan olgularda aileye terminasyon seçeneği sunulmalıdır.

### PB-008

#### Preterm doğum ve postpartum hemorajiye neden olan bir plasental koryoanjioma olgusu

Ebru Çelik Kavak, Salih Burçin Kavak, Behzat Can, Selçuk Kaplan, Helin Bağcı, Özgür Arat

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

29 yaşında, evli, ev hanımı ve 2. gebeliği olan olgumuz, daha önceden bir kez miadında makat geliş nedeniyle sezaryen ile doğum yapmıştı. Mevcut gebeliği 30 hafta 3 gün olup, polihidramnios ve plasental kitle ön tanısıyla kliniğimize yönlendirildi. Yapılan obstetrik ultrasonografide 30–31 hafta ile uyumlu, tek canlı gebelik tespit edildi. Amnion sıvısı hafif artmış olup, plasentadan amnion boşluğuna doğru protrude olmuş, yer yer hipoekojen alanlar içeren 80x80 mm'lik solid kitle tespit edildi. Placenta anterior yerleşimli idi ve lateralinde arteriyo-venöz vaskülarizasyon mevcuttu. Fetusta gros anomali saptanmadı. Plasental koryoanjioma ön tanısı ile gebelik takibe alındı. Üç gün sonra spontan ağrıları başlayan olguya yatış verildi. Servikal dilatasyon ve efesman gelişmesi üzerine tokoliz tedavisi başlandı ve 48 saat ara ile steroid uygulandı. Steroid tedavinin bitişinden yaklaşık 20 saat sonra eski insizyon hattında ağrı hisseden olgu, servikal dilatasyonun artması nedeniyle sezaryen ile doğurtuldu. Plasental kitle doğum sonrası görüntülendi. Plasentanın ayrılmasından sonra abondan kanama gelişti. Tıbbi tedaviye cevap vermemesi üzerine Bakri Balon uygulandı. Uygulama sonrası kanama durdu. Postpartum 24 saat Bakri balon takılı bırakıldı. Postoperatif 1. gün Bakri Balon dreninden 250 ml. hemorajik mavi geldi. Bunun dışında ek problemi olmadı. Olguya 2 Ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Postoperatif 3. gün Hb: 10 ve Htc: 32 olan olgu taburcu edildi. Plasentanın patolojik incelemesinde koryoanjioma tanısı doğrulandı.

### PB-009

#### Postpartum preeklampsi gelişen bir dilate kardiyomiopati olgusunun sunumu

Ebru Çelik Kavak, Salih Burçin Kavak, Selçuk Kaplan, Behzat Can, Helin Bağcı, Özgür Arat

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

30 yaşında, evli, G: 4, P: 3 ve 37 haftalık gebeliği bulunan olgu, 20 günden beri devam eden halsizlik, yorgunluk ve nefes

almada güçlük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde özellik yoktu. Vajinal muayene ve ultrasonografi incelemesi de makat geliş dışında sorunsuz idi. Olgunun Hb: 7.8 g/dl, Htc: %23 olması dışında laboratuvar parametrelerinde özellik yoktu. 2 Ü Eritrosit süspansiyonu verildi ve Hb: 9.1 g/dl, Htc: %27.1'e yükseldi. Kliniğe yatışının 2. gününde ortopne ve taşikardi gelişmesi üzerine yapılan kardiyoloji konsültasyonunda ekokardiografi normal olarak değerlendirildi, ek öneride bulunulmadı. Beşinci gün spontan ağrıları başlayan olgu 2700 g, tek canlı erkek fetusu makat geliş ile doğdu. Apgar skoru 5. dakikada 8 idi. Postpartum birinci günde TA: 170/100 mmHg, idrarda proteinüri (++) olması üzerine preeklampsi kabul edilerek, MgSO<sub>4</sub> infüzyonu ve antihipertansif tedavi başlandı. Klinik takiplerinde genel durumu iyi olan olgu, postpartum 4. günde öneriler ile taburcu edildi. Taburcu edildikten 3 gün sonra ani başlangıçlı çarpıntı, yatmakla artan nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile tekrar kliniğe kabul edildi. Olgunun ilk değerlendirilmesinde; bilinç açık, aşırı ajitasyon ve belirgin dispne mevcuttu. Kan basıncı 100/60 mmhg, ateş 37.4, nabız 102/dk, solunum sayısı 28/dk, dinlemekle S3 ve akciğer alanlarında yaygın kreptan raller saptandı. Akciğer grafisinde yoğun infiltrasyon paterni ve kardiyotorasik indekste artış görüldü. Tekrarlanan ekokardiografi incelemesinde sol ventrikül boşluk çapları ve duvar kalınlığı atılmış, ejeksiyon fraksiyonu %28, birinci derece mitral ve aort yetmezliği bulguları ile peripartum dilate kardiyomiopati tanısı ile koroner yoğun bakım ünitesine alındı ve destek tedavisine başlandı. Yatışının 10. günde genel durumu düzelen olgu taburcu edildi.

### PB-010

#### Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis during pregnancy

Hale Göksever Çelik, Engin Çelik, Selin Dikmen, Alev Atış Aydın

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

**Objective:** Acute pancreatitis is a sudden inflammation of the pancreas. It is related with severe complications and high mortality despite treatment. One of the most common causes of acute pancreatitis is hypertriglyceridemia (HTG). Hypertriglyceridemia is a rare underestimated cause for acute pancreatitis. Hypertriglyceridemia is defined as triglycerid levels more than 150 mg/dl. In normal pregnancy, lipid profile can change in response to estrogen levels. But it is important to distinguish normal from abnormal rise. There are effective treatment choices during pregnancy such as dietary restriction of fat, intravenous heparin and insulin and plasmapheresis. We presented a patient with severe HTG induced pancreatitis during pregnancy. She was consulted

with preeclampsia and epigastric pain in the 31st weeks of gestation. After birth, she was treated successfully with heparin, insulin and cessation of oral intake and total parenteral nutrition.

**Case:** The patient was admitted with epigastric pain, nausea and preeclampsia in the 31st weeks of gestation. Fetal heart beats were present. On admission, her vital signs were normal except blood pressure which was 150/100 mmHg. She had diabetes mellitus and hepatosplenomegaly in history. Her liver function tests had increased occasionally during pregnancy. Cesarean delivery was performed and a 1375-g female infant was delivered with 1-minute Apgar score 7 and 5-minute Apgar score 9. Her laboratory studies showed hematocrit 30.6% (normal range 35–45%), white blood cell count 19900 cells/ $\mu$ L (normal range 3700–10000 cells/L), triglycerid 1108 mg/dL (normal range <150 mg/dL), amilase 252 U/L (normal range <100 U/L), lipase 1146 U/L (normal range <60 U/L), lactate dehydrogenase 3954 U/L (normal range <448 U/L) and normal liver and renal function tests. Urinalysis showed 2+ proteinuria. So these results was compatible with preeclampsia and suspicious HTG induced acute pancreatitis. We started magnesium sulfate treatment for seizure prophylaxis. During operation, there was accumulation of chylous ascites in abdomen. Also there was a lipemic appearance of blood sample. We ceased oral intake and started total parenteral nutrition with restriction of fat post-operatively. She continued insulin treatment and heparin was started to decrease lipoprotein lipase activity. There was no need for plasmapheresis. Conservative treatment was effective and successful for our patient. The white blood cell count, serum amylase, lipase and triglycerid levels decreased respectively. The patient's clinical condition subsequently improved. On day 15, nutrition with medium chain triglycerides was initiated.

**Conclusion:** Acute pancreatitis is a sudden inflammation of the pancreas. Severe complications and high mortality may be encountered despite treatment. The most common causes of acute pancreatitis are alcohol, gall Stones, metabolic disorders (hereditary pancreatitis, hypercalcemia, hyperlipidemia, malnutrition), abdominal trauma, carcinoma, drug abuse according to the order of frequency. Hypertriglyceridemia is a well-established but underestimated rare cause of acute pancreatitis. Pancreatitis secondary to HTG is typically seen in the presence of one or more secondary factors (uncontrolled diabetes mellitus, alcoholism, medications, pregnancy) in a patient with an underlying common genetic abnormality of lipoprotein metabolism. Hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis is a rare complication in pregnancy but when it occurs, it can result in high fetal and maternal morbidity and mortality. Hypertriglyceridemia is defined as triglycerid levels more than 150 mg/dL. It can be mild

(150–199 mg/dL), moderate (200–999 mg/dL), severe (1000–1999 mg/dL) or very severe (>2000 mg/dL). There are primary and secondary causes for HTG. Deficiency of lipoprotein lipase or apoprotein C-II leading to chylomicronemia syndrome can be result in primary HTG. Secondary HTG is associated with pregnancy, diabetes mellitus, drug abuse and exogenous estrogen or tamoxifen use. Also chylomicronemia syndrome is obvious clinically when secondary factors (such as pregnancy, diabetes mellitus, etc) exacerbate the underlying abnormality. In normal pregnancy, lipid profile can change due to increased liver synthesis of triglycerid and very low density lipoprotein-C (VLDL-C) and decreased lipoprotein lipase activity and clearance of VLDL-C in response to estrogen levels. Total plasma cholesterol and triglycerid levels increase but triglycerid levels rarely exceed 300 mg/dL by third trimester. If it exceeds, there should be an underlying defect in lipid metabolism. The most common symptoms of the disease are severe epigastric pain (radiating to the back in 50% cases), nausea, vomiting, loss of appetite, fever and then hemodynamic instability leading to shock. Previous history of increased lipid profile or family history of lipid abnormality is very important in diagnosis of acute pancreatitis. Severe HTG (serum level of triglycerid >1000 mg/dL) is significant in laboratory tests. Liver function tests (AST, ALT) may increase. Severe HTG include lipemic appearance of blood sample, hepatosplenomegaly and xanthomas over external surfaces of arms, legs and buttocks. Differential diagnosis of labor, perforated peptic ulcer, biliary colic, acute cholecystitis or appendicitis. In that point, symptoms, examination findings and laboratory studies are helpful. Clinical course and management of acute pancreatitis during pregnancy is similar to that of pancreatitis of other causes. But if there is any risk factor about HTG, the main aim should be prevention of the acute pancreatitis. Main treatment of HTG induced pancreatitis during pregnancy is dietary restriction of fat, intravenous heparin and insulin together with glucose infusion and lipid-lowering medications. Insulin and heparin stimulate lipoprotein lipase activity which is functioned as clearance of triglycerid from the plasma. Also plasmapheresis is an effective alternative to decrease high triglycerid levels and risk of maternal and fetal mortality. Acute pancreatitis itself or associated preeclampsia-eclampsia or HELLP syndrome lead to fetal and maternal death. There is a prediction of maternal mortality as 20% and fetal mortality as 50% if HTG induced acute pancreatitis develops. So delivery time is very important that should be individualized to minimize its potential risks. Our patient was admitted with epigastric pain, nausea and preeclampsia to our clinics in the 31st weeks of gestation. She had lipid abnormality, diabetes mellitus and hepatosplenomegaly in her history. Pregnancy had induced aggravation of hypertriglyceridemia and associated pancre-



atitıs. Her blood sample had lipemic appearance. Plasma triglycerid level was 1108 mg/dL, lipase level was 1146 U/L and amilase level was 252 U/L. Liver and renal function tests were normal. Her previous reports showed us mild HTG (triglycerid levels ranging between 200 and 250 mg/dL) and occasionally high liver function tests (AST ranging between 70–100 U/L, ALT ranging between 130–150 U/L). We observed chylous ascites in abdomen and milky-pink blood was noticed during cesarean section. We managed our patient conservatively in postoperative period. We put a drainage catheter into abdomen to prevent accumulation of fatty fluid. We cessate oral intake and start total parenteral nutrition with heparin. She continued insulin treatment. The patient's clinical condition subsequently improved. Hypertriglyceridemia is a known bur underestimated cause of acute pancreatitis. Incidence is low but related morbidity and mortality is high. So early diagnosis and good management is the key point for success.

#### PB-011

#### Hiperkoil umbilikal kord ve battledore plasenta

Ayşe Nur Çakır Güngör, Servet Hacivelioglu, Evren Çavuş, Merve Atar

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale*

36 yaşında G1 P0 embryo transfer tarihine göre 35 hafta 6 gün in vitro fertilizasyonla gebe kalmış olan hasta acil servise su gelişi ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde gestasyonel diabetes dışında özellik olmayan hastanın ultrasonografisinde BPD: 34 hafta 3 gün AC: 33 hafta FL: 32 hafta ile uyumlu olduğu izlendi. Tahmini fetal ağırlığı 1900 gram idi. Amniyon mayi miktarı azalmış, NSTleri reaktif olan hastanın bebek hareketleri iyi, vajinal muayenesinde %70 silinme ve 4 cm açıklığının olduğu ve defleksiyon geldiğinin tespiti üzerine sezaryenle doğumuna karar verildi. Sezaryende bebek çıkarıldıktan sonra umbilikal kordun hiperkoil halde olduğu ve plasentanın battledore plasenta olduğu tespit edildi. Bebeğin 3. ve 5. dakika APGAR skorları 7 ve 9 idi. 1830 gram olan bebeğin yenidoğan muayenesinde düşük doğum ağırlığı dışında problem yoktu. In vitro fertilizasyon ile oluşan gebeliklerde olumsuz gebelik sonuçlarıyla karşılaşma riski spontan gebeliklere göre artmıştır. Bizim hastamızda da düşük doğum ağırlığının nedeni olarak battledore plasenta ve hiperkoil umbilikal kord dışında özellik yoktu. Literatürde hiperkoil kordla intrauterin gelişme geriliği arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olmakla birlikte hastamız literatürde tanımlanan hem Battledore plasenta hem de hiperkoil umbilikal kordun olduğu ilk vakadır.

#### PB-012

#### Ağır hidrotorakslı fetüse torako-amniotik şant takılması ve postnatal kardiyopulmoner gelişiminin 3 yıllık takibi

Arda Saygılı<sup>1</sup>, Elif Uğurlu<sup>2</sup>, Gülşah Güven<sup>3</sup>, Murat Yayla<sup>4</sup>, Cihat Şen<sup>5</sup>

*<sup>1</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul; <sup>3</sup>Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul; <sup>4</sup>Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul*

**Amaç:** Fetal hidrotoraks nadir, doğal seyri sırasında spontan iyileşebileceği gibi hidrops fetalise ve intrauterin fetal kayba yol açabilen oldukça riskli bir durumdur. Günümüzde fetal hidrotoraks tedavisinde torasentez ile genellikle şilotoraks karakterindeki efüzyon boşaltılmakta ve torako-amniotik şantlarla amniyotik alana drenaj sağlanmaktadır. Bu yazıda 19. gebelik haftasında ağır hidrotoraks, sol pulmoner hipoplazi saptanan fetüste, girişimsel olarak torasentez, torako-amniotik şant takılan olgu sunuldu ve postnatal 3 yıllık süreçte kardiyopulmoner gelişim süreci incelendi.

**Olgu:** 28 yaşındaki annenin antenatal takiplerinde 19. gebelik haftasında izole, tek taraflı, mediastinal şiften de geliştiği fetal hidrotoraks tespit edilmişti. Plevral efüzyon sıvısı önce 20. haftada ultrasonografi eşliğinde torasentez ile boşaltıldı ve sol hemitoraksta torako-amniotik şant takıldı. Aspire edilen sıvının şilotoraks olduğu tespit edildi. Etiyolojik araştırmada patolojik özellik belirlenmedi. Eşzamanlı USG ve fetal ekokardiyografik takiplerinde 23. gebelik haftasında hidrotoraksın, tek taraflı mediastinal şiften yaparak tekrarlaması üzerinde ilk şantın fonksiyonel olmadığı düşünülerek ikinci bir torako-amniotik şant takıldı. Kısmi dengenin sağlanması üzerine takiplerinde plevral efüzyonunun persiste etmesi üzerine 35. haftada sezaryenle doğumu gerçekleştirildi. Doğum sonrası, solunum sıkıntısı ve sol akciğerin hipoplazik ve yeterli derecede genişlememesi üzerine mekanik ventilasyon ve torakal drenaj yapıldı, diyet başlandı. Üç haftalık yenidoğan ünitesinde takip sonrasında hemodinamik ve solunumsal olarak stabilize olan yenidoğan, oral beslenme yeterli olması üzerine taburcu edildi. Ekokardiyografi ve telekardiyografi ile yapılan takiplerinde sol akciğer parankim yapısının oluştuğu ve bu gelişime paralel olarak sol pulmoner arterin ve pulmoner akımın normale geldiği izlendi. Ayrıca atriyal sitüsün solitüs, ancak kalbin dekstrokardi pozisyonu aldığı, PDAnın kapanmadığı belirlendi. PDAnın hemodinamik olarak etkin olması üzerine 2.5 yaşında amplatzer duct occluder 2 cihazı ile kapatıldı. Daha sonraki takiplerinde rezidüel şant saptanmadı.

**Sonuç:** Fetal hidrotoraks tedavisinde torasentez ve torako-amniotik şant takılması etkin, hayat kurtarıcı ancak palyatif

bir tedavi yöntemidir. Hidrotoraks mayi genellikle şilotoraks içeriğindedir. Ağır formlarda pulmoner hipoplazi en önemli risktir. Hidrotoraksın kardiyak sitüs pozisyonunu maskeleyeceği göz önünde bulundurulmalıdır. Etkin ve yakın takip ile tekrarlayan durumlarda torasentezin yapılması ve ikinci şantın takılması, fetal akciğer gelişimini ve mortaliteyi belirler.

### PB-013

#### Gebede yanıklı hastaya yaklaşım

Uğur Keskin, Ferdi Kıncı, Mustafa Ulubay, Ulaş Fidan, Kazım Emre Kardeş, Müfit Cemal Yenen

*GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara*

**Amaç:** 20 yaşında Gravidası 1 Paritesi 0 olan 33 hafta 2 günlük gebe, total vücut alanının %40'ını kapsayan 2. ve 3. derece cilt yanıkları nedeniyle ilk müdahalesi dış merkezde yapıldıktan sonra ambulans uçak ile hastanemizin yanık merkezine sevk edildi. Vücudun geniş kısmını kapsayan yanıklı gebelere klinik olarak yaklaşımımızı sunuyoruz.

**Yöntem:** Hastanın yapılan obstetrik ultrasonografisinde 33 hafta ile uyumlu makat presentasyonda vital fetüs izlendi. Tahmini fetal ağırlık 1825 gram, amniyotik sıvı ölçümü ve umbilikal arter doppler akımı normal, fetal biyofizik profili 8/10 olarak değerlendirildi. Karın bölgesinde yanık olduğu için NST değerlendirilmesi yapılamadı. Vücudunda kol, bacak, gövde ve yüzünde çeşitli bölgelerde yaklaşık yüzde 40'ı bulan 2. ve 3. derece yanıklar mevcuttu. İnhalasyon ve genital sistem yanıkları izlenmedi.

**Olgu:** Hasta yanık merkezinde yatarak takip edildi. Akciğer maturasyonu için, 12 saat aryla iki doz maternal intramuscular betametazone (Celestone Chronodose 1 Ml 1 Ampul Schering Plough) uygulandı. Akciğer maturasyonu takiben gebe sezaryen ile doğurtuldu. 1850 g ağırlığında, APGAR' 1 8/10 erkek bebek doğurdu. Doğum sonrası anne yanık ünitesinde takip edilerek agresif antibiyoterapi ve yanık pansumanları ile takip edilerek 42 günlük takip sonrasında şifa ile taburcu edildi. Yenidoğan bir hafta süreyle yenidoğan ünitesinde takip edilerek komplikasyonsuz taburcu edildi.

**Sonuç:** Geniş vücut yanıklarının mortalitesi ve morbiditesi yüksektir. Aynı zamanda gebelik sırasında geniş vücut alanını kapsayan yanıklar hem fetal hem de maternal kayıplara ya da ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Özellikle inhalasyon yanıkları ve genital bölge yanıkları artmış mortaliteye neden olmakla birlikte gebelerde fetal kayıplara sıklıkla eşlik etmektedir. Yanık nedeniyle nekroze alanlardan salınan sitokinler plasental bariyeri aşarak fetal strese neden olabilmektedir. Bu nedenle özellikle 3. trimesterdeki gebelerde meydana gelen yanıklarda fetusun bir an önce doğurtulması fetusun sağ kalım ihtimalini arttıracaktır. Bununla birlikte birinci ve erken trimester dönemlerinde ise anneyi birinci planda tutarak fe-

tüs göz ardı edilebilmektedir. Biz olgumuzda fetusun akciğer maturasyonu sağlandıktan sonra doğurtulması ile annedeki yanığın agresif tedavisinde gerekli olan uygun sıvı idamesi ve antibiyoterapi ile tedaviyi kolaylaştırdık. Bununla birlikte yanıklı hastalardaki temel problem olan sitokin salınımı ve fetusun etkilenmesi ihtimali de ortadan kaldırılmıştır. Ayrıca yanıklı hastalardaki diğer önemli durum artmış permabilite ve uygun sıvı replasmanıdır. Böbreklerdeki crush injury nedeniyle renal yetmezlik gelişebilmekte ve uygun sıvı idamesi gerekmektedir. Yanık hastalarda sekonder enfeksiyonlar için geniş spektrumlu antibiyoterapi gerekirse antifungal kullanımı içinde fetüsün göz ardı edilmesi ya da doğurtulması annenin sağkalımı için uygun yaklaşım olacaktır.

### PB-014

#### Gebelikte ileusa neden olan kolon kanseri: Olgu sunumu

Çiğdem Kunt İşgüder<sup>1</sup>, İlhan Bahri Delibaş<sup>1</sup>, Hatice Yılmaz Doğru<sup>1</sup>, Bülent Çakmak<sup>1</sup>, Selim Gülcü<sup>1</sup>, Emin Daldal<sup>2</sup>, Asker Zeki Özsoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat; <sup>2</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Tokat

**Amaç:** Gebelikte kolorektal kanser nadir olup bildirilen insidansı %0.001–0.1'dir. Literatürde gebelik sırasında ortaya çıkan kolorektal kanserle ilgili yaklaşık 275 olgu bulunmakta, bunların sadece 41 tanesi peritoneal refleksiyonun üst seviyesinden kaynaklanmaktadır. Kolorektal tümör tedavisinde sağlanan gelişmelere rağmen gebelikte prognozun kötü olmasının sebebi, kanser semptomlarının gebeliğin neden olduğu şikayetler olarak değerlendirilip geç tanı konulması ve gebelik etkisiyle bu tümörlerin hızlı büyümesi olabilir. Birinci seçenek halen cerrahi olup, canlı fetusun varlığı tedavideki en büyük sorunu oluşturmaktadır. Biz burada gebelikte kolon kanseri nedeniyle ileus tablosu ile başvuran olguyu sunduk.

**Olgu:** 24 yaşında ikinci gebeliğinde retroplental hematoma ön tanısıyla kliniğimize sevk edilen hastanın sağ alt kadran ağrısı, bulantı kusma şikayeti vardı. Ultrasonunda 31–32 haftalık, transvers prezentasyonunda tek fetus, sağ yan duvarda plasenta, sağ adneksial alanda 15×10 cm'lik semisolid kitle gözlemlendi. Preterm fetus nedeniyle semptomatik tedavi başlandı, takiplerinde servikal açıklığı oluşan hasta transvers geliş nedeniyle sezaryana alındı. Batında minimal seröz sıvıya rastlanıldı. 1715 gram, 7–9 apgarlı kız bebek doğurtuldu, plasenta normaldi. Sağ overden kaynaklanan çekuma yapışık kitle gözlemlendi, sol over normaldi, pelvik peritonda implantasyon odağına rastlanılmadı, sağ salpingoofektomi yapıldı. Batın eksplorasyonunda karaciğerde multiple tümöral odaklar gözlemlendi, çekumda tümöral dokuya rastlanılmadı. Adneksial kitle ve karaciğerdeki metastazlar nedeniyle postoperatif bakılan CA 19–9, CE-



A ve CA 125 seviyeleri yüksekti, tomografi de kolon anslarında dilatasyon izlenen hastanın kolonoskopisinde, inen kolonda ülserevejetan kitle görüldü, biyopsiler alındı.

**Sonuç:** Sonuçları adenokarsinomla, yapılan sağ salpingoofektominin sonucu ise primeri kolon kanseri olan yüksek dereceli seröz adenokarsinoma olarak raporlandı. Postoperatif 16. günde hastada ileus tablosu gelişti, anastomoz kaçak riskinin yüksek olması nedeniyle kolostomi açıldı ve sonrasında kemoterapi başlandı. Kolorektal kanser, kadınlardaki kansere bağlı ölümlerin üçüncü nedenidir. Gebelikte kolorektal kanser varlığını ilk olarak 1928'de Evers tarif etmiştir, semptomları bulantı, kusma, karın ağrısı, şişkinlik, konstipasyon, anemi ve rektal kanamadır. Bunların normal gebeliğin seyrinde de sık görülmesi, büyüyen fetusla birlikte oluşan abdominal distansiyonun intraabdominal tümörleri maskeleyebilmesi ve gençlerde kanser insidansının azlığı nedeniyle belirgin tümör semptomlarını gözardı etmek tanının gecikmesine yol açabilir. Tedavi hastanın yaşı, gestasyonel yaş, kanserin evresi, dini prensipler, operatif ve teknik zorlukların yanında cerrahi gerekliliğin acil veya elektif oluşuna göre değişmektedir. İlerlemiş hastalık ve gecikmiş tanıya bağlı olarak prognozu genellikle kötüdür. İlk trimester obstetrik ultrasonda mutlaka adneksial alan değerlendirilmeli patoloji tespit edildiyse ileriki tetkiklerle tanı netleştirilmelidir. Tümörden şüphelenilmemiş akut batın tablosu olan gebelerde cerrahi sırasında eksplorasyon tam olarak yapılmazsa tümör kolaylıkla atlanabilir. Neticede surviye katkıda bulunmanın ve tanıyı koymanın en önemli yolu tümör olabileceğinden şüphelenmektir.

## PB-015

### Gebelikte tekrar eden intihar girişimlerine rağmen fatal seyretmeyen obsesif-kompulsif bozukluk vakası: Olgu sunumu

Hatice Yılmaz Doğru<sup>1</sup>, Asker Zeki Özsoy<sup>1</sup>,  
Çiğdem Kunt İşgüder<sup>1</sup>, Filiz Özsoy<sup>2</sup>, İlhan Bahri Delibaş<sup>1</sup>,  
Bülent Çakmak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat; <sup>2</sup>Tokat Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tokat

**Amaç:** Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) DSM-5 kriterlerine göre tekrarlayan ve persiste olan, dürtüler, hayaller, tekrarlayan davranışlar ve obsesyonların yol açtığı mental reaksiyonlar olarak tanımlanır. Gebelik süresince ve sonrasında obsesif-kompulsif bozuklukların tanı ve tedavisi, bu durumun sadece yaşam kalitesini bozduğu için değil, aynı zamanda postpartum dönemde annenin yenidoğana odaklanması ve anne-bebek arasındaki bağlanma üzerine negatif etkileri olduğundan dolayı da oldukça önemlidir. Bu olgu sunumundaki amacımız gebelik öncesi remisyona girmiş ancak gebelik ile beraber tekrar alevlenen ve tekrarlayan intihar girişimleri olan olguyu literature eşliğinde tartışmaktır.

**Olgu:** 26 yaşında üçüncü gebeliği olan hastanın hikayesinde, önceki iki gebeliği sezaryen ile sonlandırılmış olup iki sağlıklı çocuğu vardı. Hastaya iki yıl önce OKB tanısı konulmuştu. Farmakolojik tedavi ile semptomlarında gerileme olması ve gebelik isteği olduğundan kullandığı ilaçlarını kesmiş. Gebeliğin ilk üç ayında rahat olduğu herhangi bir yakınmasının olmadığı hastanın öyküsünden öğrenildi. Gebeliğin ilk üç ayından sonra tekrar eden dinsel içerikli olumsuz düşüncelerin olduğunu, saçma olduğunu bildiği halde aklından atamadığını, bu düşüncelere engel olamadığını, bunlardan dolayı duyduğu suçluluk ve ceheenneme gideceği korkusundan dolayı sıkıntılarının ve intihar düşüncelerinin arttığını ifade eden hastanın tedavisi psikiyatri kliniği tarafından düzenlendi. Hasta ilk intihar girişimini gebeliğin 15. haftasında, ikinci intihar girişimini 17. haftada ve üçüncü intihar girişimini 21. haftada ilaç içerek gerçekleştirdiği hastane kayıtlarından öğrenildi. Üçüncü intihar girişiminden sonra hasta psikiyatri servisi tarafından yatırılarak serotonin geri alım inhibitörleri ve davranışsal terapiler ile tedavisi düzenlenmiş. Ancak tedavinin 5. gününde psikiyatri servisinde yatarak tedaviyi ret etmesinden dolayı ayaktan tedavisine devam edilmiş. 38. gebelik haftasında devlet hastanesine başvuran hastanın değerlendirilmesinde intrauterin gelişme geriliği ve anhidramniyoz tespit edilmesi nedeni ile tarafımıza sevk edildi. Sezaryen doğum ile 2250 g ağırlığında dismorfik görünümde canlı kız bebek doğurtuldu. Bebek fenotip olarak; malnütre görünümde, kaba yüz görünümü, dar alın, seyrek kaşlar, düşük kulak çizgisi, azalmış deri turgoru mevcuttu. Bebeğin yapılan değerlendirmelerinde iç organ anomalisine rastlanmadı. Anne doğumdan sonra bebeği emzirmeyi ve bakımını yapmayı reddetti. Dismorfik görünümü nedeni ile yapılan genetik konsültasyonun normal olduğu aileden öğrenildi. Hastanın doğumdan iki ay sonra OKB semptomlarından kurtulmuş olduğu bebeğin bakımını yapabilir şekilde olduğu görüldü.

**Sonuç:** OKB'li hastalarda intihar riski eşlik eden psikiyatrik hastalık yokluğunda düşük olsa da bu hastalarda intihar girişimlerinin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Gebelik döneminde OKB'li anne ve bebeğinin sağlığının korunması için psikiyatrist ve obstetrisyenlerin multidisipliner olarak bu hastaların takip ve tedavisinde bulunması gerekir.

## PB-016

### Hidrocefali ile prezente olan VACTREL sendromu: Olgu sunumu

Hatice Yılmaz Doğru, Çiğdem Kunt İşgüder,  
Asker Zeki Özsoy, İlhan Bahri Delibaş, Bülent Çakmak

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

**Amaç:** VACTREL birlikteliği vertebral defekt, anal atrezi, kardiyak anomaliler, trakea özefageal fistül, radial kemik hipoplazisi, renal anomaliler, ektremite anomalilerinin en az üçünün

bulunması olarak tanımlanır. Canlı doğumların 1/10.000–1/40.000’inde gözlenir. Bu olgudaki amacımız; antenatal olarak sadece hidrosefali ile presente olan bir olguyu sunmaktır.

**Olgu:** 22 yaşında ikinci gebeliği olan, ilk gebeliği 8. haftada missed abortus nedeni ile sonlandırılmış olan annenin ikinci gebeliğinde 38. haftada canlı doğan hastanın, anne ve baba arasında akrabalık ilişkisi vardı (teyze çocukları). İlk trimester tarama testi normal NT kalınlığı 1.9 mm idi. İkinci trimester tarama zamanında lateral ventrikül 14 mm olarak ölçüldü ayrıca belirgin oligohidramniyo vardı. Böbrekler hiperektojen görünümde idi ve mesane izlenmedi. Oligohidramniyodan dolayı fetal anatomi sınırlı olarak değerlendirildi. Sitogenetik analiz raporu konstitüsyonel karyotip olarak rapor edildi. 23. haftada karın çevresinde 3 haftalık gelişme geriliği vardı. Amniotik sıvı indeksi 27 mm idi. Hasta 37 hafta beş günde hidrosefali, gelişme geriliği ve oligohidramniyo nedeni ile C/S ile doğdu. 1600 g ağırlığında, 1. dk APGAR skoru 6, beşinci dakikada 8 idi. Fizik muayenede; anal atrezi ve eşlik eden perine fistülü, özefagus atrezisi, omuzda antevort pozisyon, ellerde 4 parmak, bilekten ellerde eksternal rotasyon, bilateral radial hipoplazi izlendi. Postpartum genel durumu kötü spO<sub>2</sub> değerleri düşük seyreden bebek entübe olarak yeni doğan yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Özefagus atrezisi ve anal atrezi nedeni ile enteral beslenme yapılamayıp parenteral beslenme yapıldı. Pnömotoraks nedeni ile göğüs tüpü takıldı. EKO; kardiyak fonksiyonlar kötüydü, ejeksiyon fraksiyonu: %18 idi. Transfontanel usg; sağ ventrikül çapı; 47 mm sol ventrikül çapı 24 mm olup artmıştı. İntrakranial hemorajiye rastlanmadı. Postpartum 4. gününde derin bradikardi nedeni ile yapılan kardiyak resusitasyona yanıt vermeyen hasta yaşamını kaybetti.

**Sonuç:** VACTREL birlikteliğine hidrosefalinin eşlik etmesi VACTREL-H olarak isimlendirilir. Bu sendrom otozomal resesif ya da X’e bağlı geçişli olabilir Bu sendrom özellikle radial aplazi olmak üzere bilateral radial kemik anomalileri, anal atrezi genital anomalileride içerebilir. Sonuç olarak multipl anomaliler ile seyreden bir tablo olan VACTREL birlikteliğinin tüm komponentlerine intrauterine tanı konulamaz. Ancak antenatal tanı konmuş izole hidrosefali olgularında bu sendromunda ayırıcı tanı düşünülmesi gerekir.

### PB-017

#### Mekonyum ileuslu bir fetal kistik fibrosis olgusunda intrakranial periventriküler kalsifikasyon

Murat Aksoy, Oya Demirci

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

Dilate barsak ansları ve hiperektojen barsak görünümü, birlikte, prenatal ultrasonografik değerlendirmede öncelikle me-

konyum ileusu ve kistik fibroz tanısını akla getirmektedir. 2. düzey ultrasonografi için kliniğimize başvuran 34 yaşında ilk gebeliğini yaşayan 22 haftalık gebenin ultrasonografisinde bu bulgulara ek olarak intrakranial periventriküler kalsifikasyonlar saptanmıştır. Hastanın perinatal enfeksiyonlar açısından taraması negatif saptanmıştır. Genetik danışma sonrasında kordosentez ile fetal kan örneği alınarak kistik fibrosis tanısı doğrulanmıştır. Durumu hakkında bilgilendirildikten sonra miadında doğumu gerçekleştiren hastanın bebeği postpartum 3. ayda exitus olmuştur. Periventriküler kalsifikasyonlar, sıklıkla perinatal enfeksiyonların bulgusudur. Kistik fibrozda da görülebilmektedir.

### PB-018

#### Myomektomi sonrası posterior uterin ve intestinal rüptür

Nur Betül Tekiner, Doğan Yıldırım, Merve Aldıkaçtıoğlu Talmaç, Alev Atış Aydın

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Amaç:** Gebelikte uterus rüptürü; uterusun kaslar duvarının bütünlüğünün bozulmasıyla karakterize, nadir görülen ancak yüksek fetal ve maternal morbidite ile birlikte seyreden bir olaydır. Uterus rüptürü, tipik olarak komplet ve inkomplet olarak ikiye ayrılmaktadır. Laparotomik yol ile gerçekleştirilen myomektomi hikayesi olan gebelerde rüptürlerin neredeyse tamamı üçüncü trimesterde ya da doğum eylemi sırasında gerçekleşmektedir. Olgumuzda laparotomi ile myomektomi olan hastanın miadında gerçekleşen uterin ve intestinal rüptürünü anlatmayı amaçladık.

**Olgu:** 23 yaşında primer infertilite nedeniyle polikliniğimize başvuran hastanın yapılan tetkikleri neticesinde uterus posterior duvarda intramural yerleşimli 40\*42\*38 boyutlarında myom olduğu tespit edildi. Hastaya laparotomi ile myomektomi kararı alındı. Şubat 2014’de opere olan hastanın operasyon sırasında uterin kaviteye girildiği ve hastaya en az 6 ay korunması gerektiği bilgisi verilmiştir. Hasta miadında haziran 2015’de defekasyon sonrası karın ağrısı ile başlayan ve ilerleyen saatlerde omuz vuran ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde uterus kontrakte, kardiyotokografide geç deselerasyon ve variabilite kaybı izlenmesi üzerine acil sezaryen kararı alındı. APGAR’ı 4/7 olan 2690 gram ağırlığında canlı bir erkek bebek doğurtuldu. Gözlemlenilen batin içerisinde koagulumla karışık 1500 cc mayi, uterus posterior duvarda 3 cm’lik komplet rüptür alanı ve jejunumda yaklaşık 3 cm’lik mukozayı da içeren perforasyon izlendi. Uterus-taki rüptür alanı separe sutureler ile onarıldı. Barsaktaki perforasyon alanı rezeke edilerek uç uca anastomoz yapıldı. Batın yıkaması sonrası dren konularak operasyona son verildi. Hastanın post-operatif dönemdeki takibinde herhangi bir komplikasyon tespit edilmedi. Post-op 7. günde taburcu edildi.

**Sonuç:** Uterin rüptürün klasik belirti ve bulguları; fetal kalp hızı anomalileri ile ortaya konan fetal distres, uterin kontraktilete kaybı ve azalmış bazal uterin basınç, abdominal ağrı, prezente olan fetal kısmın geri çekilmesi, kanama ve şoktur. Aniden başlayan bir gros hematüri de rüptür belirteçlerindedir. Bu tablo daha sıklıkla komplet uterin rüptürlerde ortaya çıkmakta ve pek çok benign obstetrik durumla karışabilmekte, uterin dehisans ise daha sessiz kalabilmektedir. Olgumuzda hasta omuza vuran ağrı şikayeti ile aslında bize batin içerisinde sıvı olduğunu, bunun da diyafragma irritasyonuna neden olduğunu söylemektedir. Muhtemelen myomektomi sonrası posterior duvara barsak adheze olmuş ve uterin rüptür sırasında perfore olmuştur. Myomların sayı, büyüklük ve lokalizasyonlarının; uterin insizyonların sayı ve lokalizasyonlarının; uterin kaviteye girilip girilmemesinin ya da kapatma tekniği gibi faktörlerin takip eden gebelikte uterin rüptür gelişmesi açısından önemi tam olarak ortaya konamamıştır. Laparoskopik myomektomiden 8 yıl sonra bile uterin rüptür gerçekleşebildiği bildirildiğinden, myomektomi skarlı kadınların uzun dönem takip sonuçlarına ihtiyaç vardır.

#### PB-019

##### Gebeliğin 13. haftasında tespit edilen Varicella zoster enfeksiyonu

Ece Öcal<sup>1</sup>, Burcu Artunç Ülkümen<sup>1</sup>, Halil Gürsoy Pala<sup>1</sup>, Şebnem Şenol<sup>2</sup>, Faik Mümtaz Koyuncu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa; <sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

Varicella Zoster virüs enfeksiyonu; kaşıntıyla seyreden kendine özgü spesifik veziküler lezyonlarla karakterize klinik bir tablodur. Gebelikte virüse maruz kalındığında konjenital varicella sendromu, maternal varicella pnömonisi ve mortal seyreden yenidoğan varicella enfeksiyonuna neden olması nedeniyle önem arz etmektedir. Yenidoğanda neden olduğu klinik seyir virüse maruz kalınan gebelik haftasıyla ilişkilidir. 21 yaşında, gravida 2, parite 1 olan ve 13. gebelik haftasında olan hasta; kliniğimize vücudunda döküntü olması şikayetiyle başvurdu. Alınan anamnezinde 12. gebelik haftasında iken kendi çocuğunun su çiçeği geçirdiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde boynunda ve sırt bölgesinde varicella zoster enfeksiyonu ile uyumlu olduğu düşünülen kaşıntılı multiple veziküler lezyonlar izlendi. Yapılan obstetrik ultrasonografide 13 hafta ile uyumlu fetusta gross fetal anomali ayırtedilmedi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından gebelik kategorisi B olan asiklovir tedavisi başlandı. Perinatoloji konseyinde görüşülen hastaya ultrasonografik takip yapılması planlandı. Varicella zoster virüsünün neden olduğu suçiçeği hastalığı solunum yolu ile bulaşan yüksek düzeyde bulaşıcılığı olan ve kendine özgü cilt lezyonlarıyla tanısı konabilen kaşıntılı vezi-

küler döküntülerle seyreden bir hastalıktır. Gebeliğin ilk 20 haftasında ya da doğumdan 5 gün önce veya 2 gün sonra virüse maruziyet ciddi fetomaternal komplikasyonlara yol açar. İlk iki trimesterde primer Varicella zoster enfeksiyonu saptanan gebelerde, olguların %25'inde intrauterin enfeksiyon görülmektedir. Enfekte fetusların da yaklaşık %12'sinde fetal gelişimin kısıtlanması, ekstremitaplazisi, nörolojik hasar ve oküler anomaliler gibi konjenital anomaliler beklenmektedir. Maternal bulaş olan olguların fetuslarının yaklaşık %0.91'inde konjenital varicella sendromu görülmektedir. Perinatal varicella enfeksiyonunda, annenin geçirdiği enfeksiyon ile doğum arasında geçen süre, VZV'ye özgü maternal Ig G geçişi için yeterli süre oluşturduğundan fetusa pasif antikor geçişi olmakta ve ağır hastalık gelişmemektedir. Gebelikte geçirilen su çiçeğinin yaklaşık %10-20'si yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden maternal pnömoni ile komplike olmaktadır. Viral maruziyeti olan gebelere antiviral tedavi başlanmalı ve özellikle ateş ve pnömoni açısından yakın takip edilmelidir. Yenidoğan bebeklere antiviral tedavi başlanmalı ve Varicella zoster immünoglobulin yapılmalıdır.

#### PB-020

##### Hidrops fetalisin nadir bir nedeni olarak geniş ventriküler septal defektin eşlik ettiği hipoplastik sol kalp sendromu

Halil Gürsoy Pala, Burcu Artunç Ülkümen, Ece Öcal, Yeşim Bülbül, Faik Mümtaz Koyuncu

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

Fetal ultrasonografide vücut boşluklarında sıvı birikimi ile tanınan hidrops fetalisin, son yıllarda çoğunlukla non-immun nedenlerle oluşan klinik bir tablodur. Kardiyak nedenler vakalarının %20-25'ini oluşturmaktadır. Hipoplastik sol kalp sendromu; mitral atrezi, aortik atrezi, aortik stenoz ve aort koarktasyonunun eşlik edebileceği kalbin sol tarafının yapısal hipoplazisi olarak tanımlanmaktadır. 31 yaşında, gravida 2, parite 1 olan hasta gebeliğin 18. haftasında kliniğimize hidrops fetalisin nedeniyle refere edildi. Kan grubu AB Rh (+) olarak tespit edilen gebenin yapılan ultrasonografide biyometrik ölçümler 18. gebelik haftası ile uyumlu olduğu, özellikle ekstremiteler, toraks ve batında olmak üzere tüm vücutta yaygın ciltaltı ödem, kistik higroma izlendi. Yapılan kalp muayenesinde hipoplastik sol kalp ile uyumlu bulgular ve geniş ventriküler septal defekt izlendi. Hastaya karyotip analizi önerildi. Yaşamın ilk haftasında kardiyak nedenli ölümlerin %25'inden sorumlu olan hipoplastik sol kalp sendromu için gebeliğin devamı veya terminasyon kararında erken tanı çok önemlidir. Optimal tanı 18-24. gebelik haftalarında fetal kalbin ultrasonografi ile değerlendirilmesi sonucu konulur. Doppler ultrasonografi incelemesinde 4 odacık görünümünde, sol

ventrikül boşluğunun dolmadığı izlenebilir. Hastalığa Turner sendromu gibi çeşitli kromozomal hastalıklar veya Noonan, Smith-Lemli-Opitz, Holt-Oram gibi sendromlar eşlik edebilir. Omfalosel, korpus kallosum agenezisi ve olgumuzda görüldüğü üzere hidrops fetalis gibi ekstrakardiyak anomaliler gözlenebilir. Tedavi olanaklarının da gelişmesine rağmen eşlik eden ekstrakardiyak ve karyotip anomalilerin varlığı; ailelerin ve hekimlerin fetusun prognozu ile ilgili karar almasında etkili olacaktır.

## PB-021

### İlk trimesterde tespit edilen talasemi intermedia olgusuna yaklaşım

Ece Öcal<sup>1</sup>, Halil Gürsoy Pala<sup>1</sup>, Burcu Artunç Ülkümen<sup>1</sup>, Safiye Uluçay<sup>2</sup>, Betül Gerik<sup>2</sup>, Sırrı Çam<sup>2</sup>, İsmet Aydoğdu<sup>3</sup>, Faik Mümtaz Koyuncu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa; <sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Manisa; <sup>3</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Manisa

Beta talasemi, beta globulin zincir sentezinin azalması ya da yokluğu ile karakterize otozomal resesif kalıtımı olan bir kan hastalığıdır. Türkiye’de sık rastlanan bir hastalık olan beta talasemi hastalığının prenatal tanısında ilk yapılması gereken, her iki ebeveynin de talasemi taşıyıcısı olduğunun genetik analizlerle gösterilmesidir. Hastalığın gebelikte fetal durumun tayininde en çok tercih edilen invaziv girişim koryonik villüs örneklemesidir (CVS). CVS yönteminin ilk tercih edilmesinin sebebi, tanının daha erken konulabilmesidir. Böylece gereklilik halinde gebelik terminasyonu daha erken ve kolay olarak gerçekleştirilebilir. 36 yaşında gravida 5, parite 2, abort 1 ve 11 hafta gebeliği olan ve talasemi taşıyıcısı olduğunu ifade eden hasta kliniğimize başvurdu. Alman anamnezinde daha önce talasemi minör tanısıyla bir kez 12 hafta gebelik sonlandırması olduğu, yaşayan bir tane sağlıklı çocuğu olduğu ve eşinin de talasemi taşıyıcısı olduğu öğrenildi. Aralarında akrabalık yoktu. Hasta ve eşi moleküler genetik laboratuvarına yönlendirildi. Aileye genetik talasemi taraması yapıldı. Annede IVS1. 6T >C (c. 92+6T>C) homozigot mutasyon; babada IVS1. 6T>C (c. 92+6T>C) heterozigot mutasyon saptandı. Gebeye CVS önerildi. Yapılan CVS analizinde fetüsta homozigot mutasyon saptandı ve talasemi major olduğu bildirildi. Anneye yapılan hemogram testinde RBC: 4.01\*106 m/l, Hb: 7.3 g/dl, MCH: 18.2 pg MCV: 57.6 fl saptandı. Yapılan Hemogloblin Elektroforezi’nde HbA: 71, HbA2: 7.6, HbF: 12.5 olarak izlendi. Perinatoloji konseyinde hasta görüşüldü. Bu bulgularla annenin kliniğinin talasemi intermedia ile uyumlu olduğu ve fetüste saptanan mutasyonun anne ile aynı bölgede olduğu ve fetüsün ileriki kliniğinin anneninki

gibi intermediate olabileceği düşünülerek gebeliğin takibi yönünde görüş birliğine varıldı. Beta talasemi, beta globulin zincir sentezinin azalması ya da yokluğu ile karakterize kalıtsal bir hastalıktır. IVS I-110 (G>A), Türkiye’de en sık görülen mutasyondur (%40). Türk popülasyonunda diğer sık görülen mutasyonlar; IVS I-6 (T>C), IVS I-1 (G>A), IVS II-745 (C>G) olarak bildirilmiştir. Talasemi major saptanan fetuslarda fetal kayıp, intrauterin gelişme geriliği, prematur eylem, kalp yetmezliği gibi çeşitli komplikasyonlar gelişebilir ve postnatal hayatta agresif tedavi gerektirerek hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir. Tedavi maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır. O nedenle prenatal tanı önem kazanmaktadır. Talasemi intermedia olgularında ise klinik çok heterojendir ve erişkin hayata kadar tamamen asemptomatik kalabilirler. Hastaların büyük çoğunluğu genellikle transfüzyon gereksinimi olmaksızın sadece hafif bir anemi ile karakterizedirler. Daha ağır klinik ile karakterize Talasemi İntermedia’lı hastalar ise genellikle 2–6 yaş arası tanı alarak nadiren veya transfüzyon gereksinimi olmaksızın yaşamlarını devam ettirirler ancak büyüme ve gelişmelerinde gecikmeler eşlik edebilir.

## PB-022

### Ultrasonographically normal fetus with trisomi 13 karyotype by chorion villus sampling; is a confined placental mosaisizm case?

Safiye Uluçay<sup>1</sup>, Betül Gerik<sup>1</sup>, Halil Gürsoy Pala<sup>2</sup>, Burcu Artunç Ülkümen<sup>2</sup>, Faik Mümtaz Koyuncu<sup>2</sup>, Sırrı Çam<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Manisa; <sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa

Chorion villus sampling (CVS) is a first trimester prenatal invasive fetal karyotyping procedure. Although this method provides the earliest information about fetal karyotype, unexpected results may occur due to fetal-placental discrepancy results from confined placental mosaisizm (CPM). CPM is defined as the presence of chromosomal abnormality only in the extraembryonic tissue although fetal karyotype is normal. According to placental cell type, three subtypes are defined. Type 3 CPM is characterized abnormal chromosomal cytotrophoblastic and mesenchymal cell from CVS sampling. Different chromosomal anomaly may involve in CPM cases. Trisomy 13 is one of the chromosomal anomaly which is reported in CPM cases. A 32 year-old woman at 12th gestational week was referred for prenatal diagnosis because of positive first trimester maternal serum screening. Chorion villus sampling were performed for fetal karyotyping. 20 cell were analyzed with GTG banding at 550 band levels. Fetal karyotype was reported as 47,XX,+13. At 18th gestational week fetal ultrasonography (USG) was normal and no major conge-



nital anomaly was present. Family was informed about karyotype and amniocentesis was recommended for excluding CPM type 3 because of normal USG findings. But family rejected other procedures and pregnancy is being monitored by USG. After delivery chromosome analysis and physical examination was planned from the fetus. True fetal trisomy 13 syndrome results in severe, multi-systemic congenital anomalies so such as this case CPM must exclude with other prenatal invasive test because of normal USG findings before decision of pregnancy termination.

### PB-023

#### Antenatal vasa previa tanı ve takibi

Ece Öcal, Burcu Artunç Ülkümen, Halil Gürsoy Pala, Faik Mümtaz Koyuncu

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

Nadir görülen vasa previa, fetal damarların servikal os üzerinden velamentöz insersiyosu olarak tanımlanmaktadır. Fetal damarlar wharton jölesiyle korunmadığı için rüptüre yakındır. Damarların rüptüre olması halinde fetüste masif kan kaybı riski vardır. Ortalama perinatal mortalite %58-%73 arasındadır. Vasa previa için en önemli risk faktörleri; bilobüle, Succentriate loblu ve alt segmente uzanan plasenta, çoğul gebelikler, in vitro fertilizasyon sonrası oluşan gebelikler ve gebeliğin ikinci üç ayında plasenta previa öyküsüdür. Vasa previa, membran rüptürü sonrası, rüptüre fetal damarlardan kaynaklanan vaginal kanama ile karakterizedir. 23 yaşında gravida 1 parite 0 ve 30 hafta gebeliği olan hasta kanlı vaginal akıntısı olması üzerine tarafımıza başvurdu. Yapılan spekulum muayenesinde koyu kırmızı renkli yoğun akıntı hali izlendi. Serviks olağan görünümde, kapalı forme idi. Ultrasonografi incelemesinde fetal biometri 25-26 hafta ile uyumlu; fetal kalp hızı olağan, anterior yerleşimli plasenta, amnion volümü yeterli ve presentasyon baş olarak izlendi. Servikal uzunluk 310 mm olarak ölçüldü. İnternal servikal os ile baş arasında doppler akımda sinyal veren alanlar izlendi. İzlenen görüntü klinik ile birleştirildiğinde hasta vasa previa olarak değerlendirilerek kliniğimizde takibe alındı. Akciğer maturasyonu için bethametason dozları yapıldı. Non-stres test takiplerinde reaktivite iyi, kontraksiyon izlenmedi. Ped takibine alınan gebenin takiplerinde aktif kanaması olmadı. Geçmişte, vasa previa genellikle doğum eylemi esnasında vaginal tuşede membranlar içinde fetal damarların palpasyonu ya da akut başlangıçlı vaginal kanama görülmesi ve takibinde fetal bradikardi gelişimi ya da membranların rüptürü sonrası ölüm ile saptanırdı. Ancak günümüzde sonografi ve doppler ultrasonografinin kullanımı ile vasa previa antenatal olarak saptanır hale gelmiştir. Transabdominal, transvaginal ya da translabial yaklaşımlarla görüntüler alınabilir. Doppler ultrasonografide

umbilikal arter dalga formlarının, fetal kalp hızıyla uygunluk göstermesi ile tanı konfirme edilir. Antepartum tanı, intrapartum tanıyla karşılaştırıldığında fetal sağkalım oranlarının artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle vasa previa tanısı erken konulmalı ve programlı sezaryen planlanmalıdır.

### PB-024

#### Ebstein anomalisi antenatal tanı ve yönetimi

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

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

Ebstein anomalisi, triküspid kapağın septal ve posterior lifletlerinin sağ ventrikül içerisinde inferiora doğru kaymış olduğu ve sağ ventrikülün çeşitli düzeylerde hipoplazi ve disfonksiyonunun olduğu bir hastalıktır. 30 yaşında gravida 2 parite 1 ve 27 hafta gebeliği olan hasta hidrops fetalis nedeniyle tarafımıza refere edildi. Öyküsünde ilaç kullanımı olmayan ve diğer gebeliğinde problem tespit edilmeyen gebeye yapılan ultrasonografi incelemesinde fetal biometri 26-27 hafta ile uyumlu; fetal kalp hızı olağan, sağ atrium geniş, triküspit kapak apikal yerleşimli, kardiomegali ve batında asit tespit edildi. Hasta Perinatoloji Konseyi'nde görüşüldü. Karyotip analizi ve gebeliğin takibi önerildi. Karyotip analizini kabul etmeyen aile; ayrıntılı olarak bilgilendirilerek doğum için yenidoğan yoğun bakım prostaglandin tedavisi gerekebileceği, ciddi aritmilerin gelişebileceği, medikal tedaviye cevap olmaması halinde hastaya operasyon gerekebileceği vurgulandı ve kalp yetmezliği açısından yakın takibe alındı. Ebstein anomalisi'nde, sağ atriumdaki mega dilatasyon fizyopatolojiyi açıklayan en önemli anatomik patoloji unsurudur. Eğer tanı fetus viable olmadan önce konmuşsa gebeliğin sonlandırılması önerilmektedir. Bu durumda kalple ilgili ya da kalp dışı anomalilerin olup olmadığı araştırılmalı, karyotip tayini uygulanmalıdır. Konjestif kalp yetmezliği olup olmadığı araştırılmalıdır. Konjestif kalp yetmezliği ve ek anomali yoksa standart obstetrik yaklaşımı değiştirmeye gerek yoktur. Ancak anne ve babalar mortalitenin yüksek olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

### PB-025

#### Aylarca intrauterin retansiyon halinde kalan missed abortus

Ayşe Beyaz, Berfin Ökmen, Alev Atış Aydın

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Missed abortus gebeliğin 20. haftasından önce fetusun intrauterin ölümüne rağmen takip eden haftalar ya da aylar süresince gebelik kesesini terk etmediği durumları anlatılmaktadır. Re-



tansiyon sebepleri olarak uterusun uyarılmasını azaltan peritonit, kanser, uterus fibroidleri, laktasyon, fiziksel şok, kas hastalıkları, servikal atrezi ve stenozis gibi durumlar belirtilmekle beraber henüz hiçbir açıklama tatmin edici değil. 39 yaşında Suriye vatandaşı S.A. isimli, G3P2 sezaryenle doğum yapan hasta 05.02.2015 tarihinde hastanemize başvurup 8 aylık gebe olduğunu ifade etmiştir. Hastanın yapılan ultrasonografisinde intrauterin bozulmuş kalsifiye gebelik materyali, 3\*4 cm hiperekojen yapı izlenmiştir. Son adet tarihini bilmeyen hastanın gebelik haftası iki aylık iken başka bir merkezde yapılan USG kaydına göre (07.07.2014 CRL:8w+3d) 39w+1d olarak belirlenmiştir. Rutin gebelik kontrollerine gitmeyen hasta bugüne kadar gebeliğe bağlı hiçbir şikayeti olmadığını belirtmiştir. Missed abortus ön tanısıyla hasta ileri tetkik ve tedavi için hastanemize interne edilmiştir. Hasta Perinatoloji Kliniğinde perinatologlar tarafından değerlendirilmiştir, USG bulguları: 70\*20\*63 mm heterojen ekojenitede pıhtılı alan, içinde hipokoik alanlar bulunduran, eşliğinde belirlenebilir fetal yapı buldurmeyen, en derin cebinde 3.6 cm sıvısı bulunan yaklaşık intrakaviter hacmin 3/4'ünü kaplayan kitle saptandı. Myometrium 0.8 cm olarak ölçüldü. Renkli Doppler Ultrasonda kitlenin içinden sinyal alınamadı. Laboratuvar bulguları: tam kan sayımı normal, APTT 30,3 sn, PT 12,5 sn, INR 1, BHCG 583.7 mIU/ml. 06.02.2015 tarihinde misoprostol ile indüksiyon başlatıldı. Abort materyalinde 50 g altında cinsiyeti belli olmayan fetüs gözlemlendi, patolojik incelemeye gönderildi. Patoloji sonucu missed abortus ile uyumlu geldi. Ölü fetüs uzun süreden beri retansiyona uğramışsa koagülasyon mekanizmasında önemli değişiklikler olduğu görülmüştür. 16–18 gebelik haftalarında veya 5 haftaya kadarki retansiyonlarda bu değişikliklerin nadiren görülmesi dolayısıyla önlem alınmasına gerek görülmemiştir. Bu olgu bu kadar uzun süreli retansiyonda kalmış missed abortus olması dolayısıyla sunulmuştur.

### PB-026

#### Down sendromu ve unilateral pelviyektazi: Olgu sunumu

Ebru Çelik Kavak<sup>1</sup>, Salih Burçin Kavak<sup>1</sup>, Yakup Baykuş<sup>2</sup>, Raşit İlhan<sup>1</sup>, Helin Bağcı<sup>1</sup>, Behzat Can<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ; <sup>2</sup>Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kars

27 yaşında, evli ev hanımı olan olgu dış merkezde unilateral pelviyektazi tespit edilmesi üzerine kliniğimize gönderildi. İlk gebeliği olan ve eşi ile akrabalığı bulunmayan olgunun son adet tarihine göre 20 hafta 4 gün gebeliği mevcuttu. 1. trimesterde kombine test yaptırmayan olgu düzenli olarak takibe gittiği dış merkezde tek taraflı böbrek pelvis genişlemesi tespit edildiğinden kliniğimize gönderildi. Yapılan genetik sonogramda fetal nukal kalınlıkta artma (NK: 9.6 mm), lateral ventrikül içerisinde

de sağ tarafta 5.85 mm'lik koroid pleksus kisti ve sol böbrekte pelviyektazi (AP Çap: 16 mm) tespit edildi. Diğer organ ve sistemlerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Mevcut bulgularla olası kromozomal anomalileri dışlamak üzere olgu bilgilendirildi ve amniosentez yaptırmak istedi. Konvansiyonel karyotipleme sonucu Down sendromu olarak tespit edilmesi üzerine olgu 23 hafta 1 gün gebe iken isteği üzerine termine edildi.

### PB-027

#### Trizomi 18 olgusunda ultrasonografi bulgularımız: Olgu sunumu

Ebru Çelik Kavak<sup>1</sup>, Salih Burçin Kavak<sup>1</sup>, Yakup Baykuş<sup>2</sup>, Numan Çim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ; <sup>2</sup>Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kars; <sup>3</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van

36 yaşında, evli ev hanımı ve 7. gebeliği olan olgu dış merkezde tek umblikal arter tespit edilmesi üzerine kliniğimize gönderildi. Önceden 2 abortusu ve yenidoğan döneminde nedeni bilinmeyen bir kaybı olan olgunun eşi ile akrabalığı bulunmuyordu. Son adet tarihini bilmeyen olgunun 1. trimester CRL ölçümüne göre 18 hafta 2 gün gebeliği mevcuttu. 1. trimesterde kombine test yaptırmayan olgunun yapılan Üçlü tarama testinde trizomi 18 riski 1/50 olarak tespit edildi. Yapılan genetik sonogramda plasenta posteriorda yerleşmiş olup, hafif polihidramnios (tek kadranda 82 mm) tespit edildi. Umblikal kord incelendiğinde tek umblikal arter tespit edildi. Yapılan kardiyak incelemede geniş AVSD tespit edildi. Diğer organ ve sistemlerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Mevcut bulgularla olası kromozomal anomalileri dışlamak üzere olgu bilgilendirildi ve amniosentez yapıldı. Konvansiyonel karyotipleme sonucu Edward sendromu olarak tespit edilmesi üzerine olgu 21 hafta 5 gün gebe iken isteği üzerine termine edildi.

### PB-028

#### Meckel-Gruber sendromu: Olgu sunumu

Hilal Sakallı<sup>1</sup>, Deniz Cemgil Arıkan<sup>1</sup>, Hasan Büyükaşık<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş; <sup>2</sup>Elbistan Özel Yaşam Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kabramanmaraş

**Amaç:** Çalışmamızda, prenatal dönemde tanısı konulan Meckel-Gruber sendromu (MGS) olgusunu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Meckel-Gruber sendromu 17q21-24, 11q13 ve 8q24 kromozomlarda lokalize, otozomal resesif geçişli, letal bir konjenital anomalidir. Klasik triadında polistik böbrekler (%100), ensefalosel (%90) ve polidaktili (%83) vardır. Tanı için 3 bulgunun 2'si bulunması gerekmektedir.

**Olgu:** 32 Y, G 2 P 1 Y 1 olan hasta SAT'ne göre 16 hf 0 g gebeliği varken ilk kez başvurdu. Obstetrik özgeçmişinde özellik olmayan hastanın yapılan USG incelemesinde fetal biyometri 16 hafta ile uyumlu idi. Detaylı incelemede bilateral polikistik böbrekler, oligoanhidramnios, oksipital bölgede kemik defekti ve ensefalosel izlendi. Ultrasonografi bulguları ile MGS tanısı konan hastaya medikal gebelik tahliyesi önerildi. Hasta ve eşinin terminasyonu kabul etmesi üzerine gebelik sonlandırıldı.

**Sonuç:** Meckel-Gruber sendromu gebelikte 1/12.000–1/140.000 arasında değişen oranda görülmektedir. Sonuç olarak, MGS letal bir bozukluktur ve mortalitesi %100'dür. Ayrıca tekrarlama olasılığı olduğu ve en erken prenatal tanısı 11–14. haftalar arasında kromozom anomalisi için yapılan ultrasonografi taramasında konulabildiği için aileye sonraki gebeliğinde erken dönemde ultrasonografi yaptırması önerilmektedir.

## PB-029

### Önceki çocuğunda Van Der Knaap sendromu tespit edilen gebeye perinatal yaklaşım

Ece Öcal<sup>1</sup>, Halil Gürsoy Pala<sup>1</sup>, Burcu Artunç Ülkümen<sup>1</sup>, Safiye Uluçay<sup>2</sup>, Sırrı Çam<sup>2</sup>, Yeşim Bülbül<sup>1</sup>, Faik Mümtaz Koyuncu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa; <sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Manisa

Van Der Knaap hastalığı çok nadir görülen ve genellikle MLC1 genindeki mutasyon nedeniyle gelişen bir hastalıktır. Yaygın beyin beyaz cevher tutulumu ve subkortikal yerleşimli kistlerin varlığı karakteristikdir. İnfantil başlangıçlı makrosefali ve yavaş ilerleyici nörolojik bulgular klinik tanıda yardımcıdır. Otozomal resesif kalıtımı olan bu sendromda tanı konan hastanın anne ve babası heterozigot taşıyıcıdır, genetik dizilimde bir adet mutant allel taşımaktadırlar. Bu nedenle hastalık bulgusu yoktur. Bu hastalıkta ek olarak erken çocukluk döneminde normal ya da normale yakın psikomotor gelişme, epileptik nöbetler, ataksik yürüyüş ve spastisite görülebilmektedir. Olguların çoğunluğu ikinci dekada kaybedilmektedir. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yaygın beyaz cevher tutulumu ve ön temporal bölgelerde daha belirgin olmak üzere subkortikal kistler görülmektedir. Tipik klinik ve radyolojik bulguların varlığında tanı konulabilmektedir. MLC1 ve MLC2A mutasyonlarının gösterilmesi tanıya katkıda bulunmaktadır. 29 yaşında gravida 2, parite 1 (Normal spontan vaginal doğum); 23 hafta gebeliği olan ve tarafımıza anomali taraması yapılmak üzere gönderilen hastanın alınan anamnezinden bir önceki çocuğunda Van Der Knaap sendromu olduğu öğrenildi. Eşiyle 1. derece akraba olduğunu ifade etti. Bir önceki gebelik takiplerinde ultrasonografik anormallik izlenmemiş ve doğum sırasında herhan-

gibir komplikasyon yaşanmamıştı. Postnatal dönemde çocuğunda denge bozukluğu, gelişme geriliği olması üzerine yapılan tetkiklerde Van Der Knaap sendromu olduğu tespit edilmiş. Tanı klinik veriler doğrultusunda konulmuş, genetik analiz yapılmamış. Gebeden alınan anamnez sonrası yapılan anomali taramasında beyin yapıları olağan izlendi ve gross fetal anomali saptanmadı. Hasta ve eşi genetik kliniğine yönlendirildi. %25 oranında bu fetusta aynı sendromun saptanabileceği ve riskler anlatıldı. İnvaziv işlem önerildi. Ancak aile bu gebelik ve fetüs için invaziv işlemi kabul etmedi. Yaşayan ve Van Der Knaap sendromu saptanan çocuğundan genetik analiz ve ileri inceleme yapılmasını kabul etti. Şu anda 7 yaşında olan hastadan MLC gen mutasyonu için kan örneği alınarak genetik laboratuvarına gönderildi. Çocukta MLC gen mutasyonu saptanması halinde aile taramasına geçilmesi planlandı. Van der Knaap hastalığı, çok ender görülen bir megalensefalik lökoensefalopati formudur ve bireylerde, 22. kromozomda yerleşmiş bulunan MLC1 geni mutasyonları sık görülmektedir. Ender olgularda MLC2A mutasyonları da tanımlanmıştır. Makrosefali doğumda da bulunabilmekle birlikte, genellikle yaşamın ilk birkaç yılında belirginleşmektedir. Beyin MRG görüntülemelerindeki dramatik bulgulara rağmen, klinik bulgulardaki yavaş ilerleyici seyir dikkat çekicidir. Psikomotor gerilik, yürüyüş ataksisi, spastisite, distoni ve koreatetoz gibi nörolojik bulguların belirginleşmesi geç dönem bulgularıdır. Otozomal resesif geçişli olan bu hastalıkta sendromlu bebek hikayesi olan aile bireyleri heterozigot taşıyıcı olarak değerlendirilir ve genetik dizilimde bir adet mutant allel taşımaktadırlar. Bu nedenle hastalık bulgusu yoktur. Her konsepsiyonda %25 sendromlu,%25 tamamen sağlam ve %50 taşıyıcı fetüs olma ihtimali vardır. Ailelere hastalığın genetik geçişi, seyri ile ilgili bireysel ve ailesel genetik danışmanlık verilmeli ve ileri genetik inceleme yapılarak riskler belirlenmelidir. Perinatal dönemde nadir olarak ultrasonografik olarak kranialbulgular saptanması, hastalığın infantil dönemde ve klinik olarak yavaş bulgu vermesi nedeniyle inta-uterin dönemde fetuslardagenetik mutasyonun saptanması ve prognozun belirlenebilmesi amacıyla invaziv işlem önerilmektedir. Prenatal taşıyıcılık saptanan ailelerde Preimplantasyon Genetik Tanı (PGD) bir seçenek olarak düşünülebilir.

## PB-030

### Terme ulaşmış sirenomaeli vakası: Nadir vaka sunumu

Çağdaş Özdemir<sup>1</sup>, Burak Özköse<sup>1</sup>, Ali Ekiz<sup>2</sup>, Zeynep Gedik Özköse<sup>1</sup>, Berfin Ökmen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Sirenomeli sekansı, aynı zamanda mermaid sendromu olarak bilinen, en çok bilinen yanı sıra alt ekstremitte füzyonu-

nun (çoğunlukla veya tamamen komplet) bir parçası olduğu (ancak tamamı değil) polymalformatif sendromdur. Sirenomeli alt ekstremitte füzyonu ve ya ciddi gastrointestinal, genitouriner, kardiyovasküler ve kas iskelet sistemi anomalisiyle beraber tek umbilikal arterin tek alt ekstremitte ile birlikte olduğu ölümcül, nadir (0.8 ile 4.2/100.000 doğum) bir kongenital anomalidir.

**Olgu:** 19 yaşında gravida 3 parite 1 abort 1 (normal spontan doğum) olan hasta sancı hissetmesi nedeniyle kanuni sultan süleyman eğitim araştırma hastanesi kadın doğum acil servisine başvurdu. hastanın yapılan ilk muayenesinde usg de makat geliş karın çapı: 31+1 w ile uyumlu olması üzerine ilk trimester ultrasonografi ile yapılan teyitte 36 olduğundan dolayı hasta makat geliş, intrauterin gelişme geriliği (36/31+1) ve anhidramnios endikasyonu ile sezaryen amaçlı doğumhaneye yatırıldı. kliniğimizden takipsiz olan hasta 6. gebelik ayından sonra tansiyonlarının yüksek seyretmesi üzerine gestasyonel hipertansiyon olarak izlenmiş. Hastanın akraba evliliği yok. Hastanın yapılan değerlendirilmesinde anhidri olması nedeniyle femur uzunluğu (fl) net değerlendirilemedi. Hasta sezaryen doğum ile aparar1-2.1570 g ağırlığında canlı bir cinsiyeti belirsiz multiple anomalisi olan bebek doğuruldu. Materanl bir komplikasyon olmazken, bebek solunum sıkıntısı ve multiple anomali nedeniyle yenidoğan 3. düzey yoğun bakım yatışı yapıldı. Bebekte atipik yüz görünümü (ön fontanel önde burun köküne kadar uzanıyor arkada arka fontanel ile birleşiyor), kısa boyun, tortikollis, genital gelişim yok, cinsiyet belirsiz, anal atrezi mevcut, sağ uyluk, bacak ve ayak gelişimi yok. Solda yalnız femur mevcut, diz bacak ayak gelişimi yok. Yoğun bakım takiplerinde entübe olan bebek ilk 24 saat içinde resustasyona rağmen ex oldu. Prognoz sirenomeli pulmoner hipoplazi ve renal agenezi nedeniyle birçok vakada mortal seyretmektedir. Gebeliklerin %50'si 8 veya 9. gebelik ayından sonra doğmaktadır. Ölümler çoğunlukla doğumdan sonraki beş gün içinde olmaktadır. Postnatal bakım disgenetik olsa bile böbrek olmasını gerektirir. Sirenomeli yönetimi zor, maliyetli ve sonucu tahmin edilemeyen çok sayıda müdahale gerektirir. Antenatal tanı antenatal tanı morfolojik (oligohidramnios, bilateral renal agnezi, tek alt ekstremitte, tek umbilikal arter, mesane yokluğu, tanımlanamayan external genitalya, anorektal atrezi, lumbosakral agenezi) ultrason çalışmasına dayanır. Sirenomelik fetuslarda bilateral renal ageneziye bağlı oligohidramnios, ikinci ve üçüncü trimester alt ekstremitte değerlendirmesini zorlamaktadır. Bazı vakalarda bilateral renal agenezi tek bulgudur.

**Sonuç:** Erken tanı daha az risk ve ağrı ile gebeliğin erken aşamada terminasyonuna izin verebilir.. mrı incelemesi aynı zamanda visceral lezyonların tanımlanmasında yardımcı olmaktadır. Teröpatik karar, tanı anındaki gestasyonel hafta, malformatif sendromun ciddiyetine ve ailenin isteğine bağlıdır. genetik danışma tekrarlama riskinden dolayı (%3–%5) tavsi-

ye edilmelidir. terme ulaşan vakalarda amniotik sıvının azlığı nedeniyle vakaların seçilmesini zorlaştırmakla, 3 düzey yenidoğan yoğun bakım merkezlerinin olmadığı merkezlerde mortaliteyi daha da arttırabilmektedir.

### PB-031

#### 21 haftalık EMR olan hastada kontinü amnioinfüzyon

Fatih Mehmet Fındık, Ahmet Yalınkaya, Mehmet Sait İçen, Senem Yaman Tunç, Elif Ağaçayak

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

Gestasyonel yaştan bağımsız olarak amnion sıvısının sızması erken membran rüptürü-PROM (prematur ruptur of membranes) olarak adlandırılırken, 37. haftadan önce amnion sıvısının sızmasına PPRM (preterm prematur ruptur of membranes) olarak adlandırılır. İnsidansı tüm gebeliklerde yaklaşık %8–10'dur. Maternal ve fetal morbidite-mortaliteyi arttırmaktadır. Maternal komplikasyonların en önemlisi koryoamniyonittir. Diğer komplikasyonlar kordon sarkması, pulmoner hipoplazi, ekstremitte deformitesi, prematürite, asfiksi fe fetal ölümdür. Tedavide temel yaklaşımlar erken doğum ve fetal hipoksiyi önlemekle birlikte, enfeksiyon gelişimini önlemek ve amniotik sıvıyı yerine koymaktır. Bu hastalarda bekle gör yaklaşımının yanında, amniopatch uygulaması, kontinü amnioinfüzyon ve acil doğum tedavi seçenekleri arasında yer alır. 33 yaşında G1P0 olan hasta suyunun gitmesi şikayetiyle hastanemize başvurdu. Hastaya yapılan ultrasonografide 21 hafta 2 gün ile uyumlu FK (+) fetüs izlendi. Amnios sıvısı toplamda 3 cm'den az idi. Spekulum muayenesinde aktif amnion sıvısı geldiği gözlemlendi. Servikal açıklık yoktu. Hastanın başvuru laboratuvar değerleri ise; WBC:10.25, HGB: 7.42, PLT: 314000, CRP:0.95 idi. Enfeksiyon bulguları olmadığı ve hastanın çocuk istemi nedeniyle hastaya kalıcı kateter takılarak kontinü amnioinfüzyon yapılmasına karar verildi. Ultrasonografi eşliğinde steril koşullarda 18 G'lik epidural kateterle amnion sıvısının uygun bir dikey cebine transabdominal olarak girildi. İğne çekildikten sonra kanül uterus içinde kaldı. Kanülün dışarda kalan kısmı çevresi steril spançla sarıldıktan sonra cilde flaster ile sabitlendi. Hastaya ampisilin+sulbaktam 1 g 4\*1 IV, ornidazol 500 mg 2\*1 IV, antianemik, Bemiparin sodyum 3500 IU subkutan tedavisi başlandı. Hastaya günlük 1000 cc izotonik solüsyon kateterden verildi. Bu arada hastanın aktif su gidişinin olduğu gözlemlendi. Aralıklı yapılan CRP ve WBC değerleri ile hasta takip edildi. Ayrıca günlük olarak ultrasonografi ile hem fetal iyilik hali ve gelişimi takip edildi hemde amnion sıvı durumu gözlemlendi. Amnion sıvıda miktarda değişiklik olmadı. 25. haftasında hastaya betametazon 12 mg 12 saat arayla yapıldı. Hastanın takiplerinin 42. gününde şiddetli sancılarının olması ve WBC değer-

lerinin 19.000'e yükselmesi üzerine sezaryen kararı alındı. 1 ve 5. dakika apgarı 8-8 olan 1080 g bir erkek bebek doğurtuldu. Bebeğin ilk muayenesinde hipotonik olduğu gözlemlendi ve RDS bulgularının olması üzerine yenidoğan yoğun bakıma yatırıldı. Yenidoğan yoğun bakımda 2 aylık tedavi sürecinden sonra bebek taburcu edildi. Bebek şu an 9 aylık olup, bu aya kadar hastaneye yatışını gerektirecek bir sağlık sorunu olmadan sağlıklı yaşantısına devam etmektedir. Bu olguda viabilite sınırının altında amnion sıvı gelişimi olan hastalarda epidural kateter yardımıyla kontinü amnioinfüzyon yapılarak fetüsün intrauterin yaşam sürecini birkaç hafta daha iletme- nin ucuz ve nisbeten kolay bir yöntemini göstermek istedik.

### PB-032

#### Uterus anomalisi ve uterusun asimetric gelişmesine bağlı postpartum hemoraji ve yönetimi: Vaka serisi ve literatür derleme

İbrahim Alanbay<sup>1</sup>, Mustafa Öztürk<sup>2</sup>, Emre Kardeşahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara;

<sup>2</sup>Etimesgut Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

**Amaç:** Obstetrik acilerden biri olan postpartum kanama hali maternal mortalitenin en önemli sebeplerindedir. Uterin atoni, bu kanamaların %80'ini oluşturur. Uterine malformasyonlarda postpartum kanamalara sıklıkla yol açmaktadır. İlk vakamızda fetus ve plasenta çıkartıldıktan sonra uterusun detaylı incelemesi yaptık ve uterin septum ve septumun ikiye bölündüğü iki kavite saptadık. Kavitenin birinde plasenta gelişip, sağlıklı gebelik devam ederken septumun diğer yarısı normal gebelik uterusu olarak devam etmiştir. İkinci vakamızda angular gebelik tanısı ile takip edilmekteydi ve fetus ve plasenta çıkartıldıktan sonra uterusun sağ cornual kısmının plasenta lokalizasyonundan dolayı asimetric olarak, bulging yapacak şekilde büyüdüğü saptandı. Uterine malformasyonlara bağlı olarak atoni kanaması oluşan olgularda, kanama riskini, yaklaşımı ve tedavisini tartıştık.

**Olgu 1:** Olgumuz 28 yaşında olup, G2P1 geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttur. Bir önceki gebeliği term olup, sezaryen sırasında uterin anomali olduğu bildirilmiştir. Postpartum kanama öyküsü de bildiren olgunun anamnezinden kan transfüzyonu dışında anomali tipi ve tedavisi, ve PPK için yapılan tedaviler ile ilgili yeterli bilgi elde edilememiştir. Bu gebeliğinde de elektif olarak 39. haftada alt segment insizyonu ile sezaryen yapılmıştır. Fetus ve plasenta çıkartıldıktan sonra uterusun detaylı incelemesi yapıldı ve uterin septum ve septumun ikiye bölündüğü 2 kavite saptandı. Kavitenin birinde plasenta gelişip, sağlıklı gebelik devam ederken septumun diğer yarısı normal gebelik uterusu olarak devam etmiştir. Plasenta yerleşen kavite, plasenta çıkartıldıktan sonra yumuşak olarak izlendi ve buradan bol kanama izlendi.

**Olgu 2:** Olgumuz 35 yaşında Gravida 2, Parite 1, geçirilmiş sezaryen olup, 27. gebelik haftasında vaginal kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Olgumuz gebeliğin erken haftalarından itibaren Angular gebelik tanısı takip edilmekteydi. İntermittent vaginal kanama nedeniyle yaklaşık 5 hafta takip edildi, ve bu süre sonunda gelişen uterin kontraksiyonları ve geçirilmiş sezaryen nedeni ile sezaryene alındı. Fetus ve plasenta çıkartıldıktan sonra uterusun sağ cornual kısmının plasenta lokalizasyonundan dolayı asimetric olarak, bulging yapacak şekilde büyüdüğü saptandı. Uterin malformasyonlar veya plasentanın uterusun global kontraksiyonunu bozacak şekilde asimetric yerleştiği olgular atoni için risk faktörü olarak kabul edilmelidir.

### PB-033

#### Üçüncü trimesterde masif preplasental ve subkoryonik hematom: Antenatal kanama ve hematomların tanımlarına genel bakış

İbrahim Alanbay<sup>1</sup>, Mustafa Öztürk<sup>2</sup>, Emre Kardeşahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara;

<sup>2</sup>Etimesgut Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

**Amaç:** Gebelik sırasında saptanan kanamalarda doğru tanı için en önemli kriter kanamanın plasenta ile olan ilişkisidir. Doğru yaklaşım için doğru anatomik tanı, gebelik kanamalarında önem taşır. Koryonik plak altında, myometriyum ile plasental membran ve/veya plasenta sınırı arasında oluşursa subkoryonik hematom adı verilir.

**Olgu:** Olgumuz nadir bir vaka olarak, 3. trimesterde masif subkoryonik hematomla preplasental hematomun aynı olguda görülmesidir. Subkoryonik ve preplasental kanamalar benzer patogeneze ve klinik özellikleri taşır. Bizim olgumuzda masif subkoryonik kanama 3. trimesterde fetal perfüzyonu etkilemeden 5 haftadan fazla persiste etmiştir.

**Sonuç:** Masif subkoryonik kanamalar doğuma kadar persiste olarak sağlıklı doğum ile sonuçlanabileceği gibi, kötü gebelik prognozlarına da yol açabilir. Masif subkoryonik kanamalarda sabırlı, fetal ve maternal hemodinaminin yakın takibi önem arz etmektedir.

### PB-034

#### Pomeroy tekniği tubal ligasyon sonrası intrauterin gebelik: olgu sunumu

Mustafa Ulubay<sup>1</sup>, Mustafa Öztürk<sup>2</sup>, Fahri Fıratlıgil<sup>1</sup>, Ulaş Fidan<sup>1</sup>, Aytekin Aydın<sup>2</sup>, Müfit Yenen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara;

<sup>2</sup>Etimesgut Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

Pomeroy tekniği, en sık kullanılan tubal sterilizasyon yöntemi olup; fallop tüpünün bir kısmının laparoskopik, mini laparotomi veya sezaryen ile eş zamanlı çıkarılması işlemidir. Literatürü in-



celediğimizde, tubal sterilizasyon yöntemleri sonrası, en sık tubal ektopik gebelik oranlarında artış izlenirken, intrauterin gebelikler ise pearl indeksine göre, yılda 1000’de birden daha az vakada izlenebilmekte iken; bu oran 10 yılda 1000’de 7.5’lara çıkabilmektedir. Bu olguda, 3. gebeliği sonrası sezaryen ile eş zamanlı pomeroiy tekniği ile tubal ligasyon uygulanmış ancak 2 yıl sonunda yöntem başarısızlığı nedeniyle spontan gebe kalan hastadan bahsedildi. 38 yaşında multipar bayan hasta (gravida 3; parite 3), 4. çocuğuna gebe iken polikliniğimize rutin kontrol muayenesi amacıyla başvurdu. Hastanın anamnezinden, 2 yıl önce dış merkezde 3. gebeliği sonrası sezaryen ile eş zamanlı pomeroiy yöntemi ile tubal ligasyon uygulandığı anlaşıldı. Hastanın 4. doğumu sezaryen ile gerçekleştirildi. Operasyon esnasında bilateral Fallop tüplerinin pomeroiy yöntemi ile ligate edildiği görüldü. Sonuç olarak pomeroiy tekniği uygulanarak tubal ligasyon uygulanmış hastaların, tekniğin olası komplikasyonları ve başarısızlık oranları hakkında detaylı olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir.

### PB-035

#### Sezaryen sonrası izlenen vulvar tromboflebit: Olgu sunumu

Mustafa Ulubay<sup>1</sup>, Mustafa Öztürk<sup>2</sup>, Uğur Keskin<sup>1</sup>, Fahri Fıratlıgil<sup>1</sup>, Aytekin Aydın<sup>2</sup>, Müfit Yenen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara;

<sup>2</sup>Etimesgut Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

Vücudun herhangi bir kısmında yüzeysel damarlarda veya varislerde pıhtı oluşumu ile karakterize ağrı, kızarıklık ve hassasiyet ile seyreden akut/subakut lezyonlardır. Obstetride özellikle gebeliğe bağlı artan venöz staz ve pıhtılaşma faktörleri yanında oluşan varisler tromboflebit riskini arttırmaktadır. Özellikle sezaryen ile doğum yapanlarda da geç mobilizasyon bu risk faktörlerine daha da katkı sağlamaktadır. Tromboflebitin en ciddi komplikasyonu pulmoner embolidir ki postpartum anne ölümlerinin en önemli sebepleri arasında yerini almaktadır. Bu olguda, postpartum birinci haftada izlenen vulvar tromboflebit vakasından bahsedildi. 32 yaşında bayan hasta (gravida 2; parite 2) polikliniğimize vulvar ve sağ femoral bölge iç yüzünde ağrı, şişlik ve kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Hastanın anamnezinden bir hafta önce kliniğimizde sezaryen ile doğum yaptığı, daha önce herhangi bir kronik hastalık öyküsü olmadığı ancak gebeliğinin son bir ayında vulvar bölgede artan varislerinin olduğu anlaşıldı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ labium majus ve sağ femur medialinde hiperemi, palpasyonda hassiyet ve şişlik izlenmesi üzerine yüzeysel tromboflebit ön tanısıyla sağ alt ekstremitte venöz renkli doppler USG (RDUS) planlandı. Venöz RDUS’ta sağ uyluk proksimal kesim medialinde ve inguinal bölge yüzeysel variköz venler içerisinde hiperekoik – kompresyona yanıtız materyaller izlenmiş olup subakut tromboflebit olarak değerlendirildi. Bunun üzerine hasta, kardiyovasküler cerrahiye refere edilerek antibiyoterapi, enoksaparin sodyum

0.4 ml, asetilsalisik asit 100 mg ve analjezik tedavisi planlanarak ayaktan takip edildi. 1 hafta sonra yapılan kontrol muayenesinde hastanın şikayetlerinin gerilediği gözlemlendi. Sonuç olarak gebelik pıhtılaşmaya yatkınlığı arttıran fizyolojik bir durumdur.

### PB-036

#### Sezaryen esnasında insidental olarak rastlanan over tümörü

Mustafa Ulubay<sup>1</sup>, Mustafa Öztürk<sup>2</sup>, Fahri Fıratlıgil<sup>1</sup>, Emre Karşahin<sup>1</sup>, Ulaş Fidan<sup>1</sup>, Uğur Keskin<sup>1</sup>, Müfit Yenen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara;

<sup>2</sup>Etimesgut Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

Overin müsinöz tümörleri, seröz over tümörlerinden sonra en sık karşımıza çıkan epitelyal over tümörlerindedir. Gebelik esnasında en sık karşımıza çıkan benign over tümörü matür kistik teratom iken, malign olarak ise en sık disgerminom ile karşılaşmaktayız. Ancak yine de gebelik esnasında over tümörleri ile nadir olarak karşılaşmaktayız. Olguların bir kısmı, rutin antenatal takipler sırasında ultrasonografi ve fizik muayene ile tanı alırken, diğer bir kısmı ise insidental olarak sezaryen sırasında karşımıza çıkmaktadır. Bu olguda, 30 yaşında nullipar hastada, baş-pelvis uyumsuzluğu endikasyonu nedeniyle sezaryen ile doğumu gerçekleştirildiği esnada insidental olarak tespit edilen over tümöründen bahsedildi. Olguda da sağ ovaryan yaklaşık 3 cm olarak izlenen kistik kitle sezaryen esnasında eksize edilerek intraoperatif frozen incelemeye gönderilmiş olup, sonucun atipik proliferatif (non-invaziv) musinöz over tümörü olarak rapor edilmesi üzerine oofektomi uygulanarak operasyon sonlandırılmıştır.

### PB-037

#### Tubal ectopic monochorionic monoamniotic twin pregnancy

Dilek Pınar Özer, Müjde Uygur, Zehra Nihal Dolgun, Cihan İnan

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

Ectopic pregnancy (EP) is the implantation of the fertilized ovum in somewhere other than the uterine cavity. The incidence of developing a unilateral tubal twin pregnancy is almost 1 in 125,000 of all pregnancies and 1:200 of ectopic pregnancies with majority being monochorionic and monoamniotic. A 20year old gravida 2, para 1 woman was admitted to our emergency service with a complaint of severe lower abdominal pain and vaginal spotting lasting for 10 days. On her physical examination there was a mild muscle guarding but no rigidity or rebound tenderness. During bimanual examination there was pain on cervical movement and tenderness on the right adnexal site. Her transvaginal ultrasound revealed but a large heterogeno-



us lesion in the right adnexa with one gestational sac with two fetal poles in it. These ultrasound findings were concordant with monochorionic monoamniotic twin ectopic pregnancy with crown rump length (CRL), one with 0.74 cm (6 weeks and 4 days) and the other 0.65 cm (6 weeks and 4 days). There was no amniotic border or band between two embryos so they are accepted as monochorionic monoamniotic gestation. The patient underwent an exploratory laparotomy via Pfannenstiel incision and an intact ectopic pregnancy sac with dimensions of 4x3 cm in the ampullary region of the right tuba was seen. A right salpingectomy was performed, which confirmed a twin tubal ectopic pregnancy. The patient was discharged from the hospital on her 3rd postoperative day without any complications.

### PB-038

#### İzole yarık dudak damak olgusu

Mustafa Öztürk, Aytekin Aydın

*Etimesgut Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara*

**Amaç:** Yarık dudak ve dudak tanısı konulduğunda eşlik eden başka anomalileri araştırmak ve karyotip tayini için karar vermek gerekmektedir. Bu olgu sunumuyla izole yarık dudak damak olgularını ve eşlik eden anomalileri değerlendirmeyi amaçladık.

**Olgu:** 21 yaşında, gravida 1 parite 0, 18 haftalık gebe kontrol muayenesi için merkezimize başvurdu. Ultrason muayenesi yarık dudak ve damak varlığını tespit edildi. Fetal büyüme parametreleri, plasental yapısı ve amniyotik sıvı hacmi normaldi. Fetal anatominin detaylı ultrason muayenesi hiçbir ek anormallik saptandı. Amniyosentez yapıldı ve karyotip analizi normal karyotip olarak rapor edildi. Makad prezentasyon nedeniyle elektif sezaryen yapılan gebe 2400 gram erkek bebek doğurdu. Apgar skorları sırasıyla 1 ve 5 dk, 8 ve 9 idi.

**Sonuç:** İzole yarık dudak ve/veya damak yarığı (diğer malformasyonlar veya sendromlar olmadan), prevalansı 10/10.000 gebeliktir. Kardiyovasküler sistem ve konjenital kalp hastalığı en sık izole malformasyonlardır. Ekstremitelerde veya vertebrada malformasyonlar, mental retardasyon, kromozomal anomalisi izole yarık dudak ve/veya damak yarığı ile birlikte izlenebilir.

### PB-039

#### İleri düzeyde serebellar herniasyonu olan Chiari tip I malformasyonlu gebe bir kadının doğum şekli ne olmalıdır: Olgu sunumu

Keziban Doğan, Hakan Güraslan, Nadire Sevda İdil, Murat Doğan, Ammar Kanawati

*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

35 yaşındaki olgumuz 62 kg ağırlığında, 156 cm boyunda, gravida 1, parite 0 olup; 37 haftalık gebeliği mevcuttu. Doğum ağrılarının başlaması üzerine acil pokliniğimize başvurdu, eylem-

de gebelik tanısıyla takibe alındı. Özgeçmişinde 4 yıl önce klinik olarak asemptomatik olmasına rağmen boyun kısalığı ve kifoskolyoz nedeniyle yapılan incelemelerde Chiari tip I tanısı konulduğu öğrenildi. Hastanın geliş vital bulguları normaldi ve laboratuvar çalışmalarında anormal bir bulgu saptanmadı. Obstetrik muayenesinde fetal kalp atım trasesi reaktif ve düzensiz uterin kontraksiyonları mevcuttu. Vajinal muayene de açıklık ve silinme yoktu. Ultrasonografide 37 hafta ile uyumlu, fetal kalp atımı pozitif, baş geliş pozisyonunda fetus, amion sıvısı yeterli ve plasenta fundus yerleşimliydi. Obstetrik açıdan patoloji tespit edilmeyen olgunun özgeçmişinde asemptomatik Chiari tip I tanısı olması nedeniyle nöroloji, nöroşirürji ve anestezi kliniğine konsülte edildi. Yapılan nörolojik muayenede bilateral dışa bakış kısıtlılığı dışında patoloji tespit edilmedi. Göz dişi muayenesi normaldi. Hastanın gebelik öncesi çekilen torakal MRI da kifoskolyoz mevcuttu. Servikal manyetik rezorans görüntülemesinde ise C2-C3 vertebra korpuslarında gelişimsel füzyon, foramen magnum genişlemesi mevcut ve serebellar tonsiller foramen magna doğru yaklaşık 25 mm'lik ektopi göstermekteydi. C4 düzeyinden itibaren servikal kot formasyonu izlendi. Hastaya normal doğum sırasında ıkmayla birlikte oluşabilecek intrakranial basınç artışı sonucu ani kardiyak arrest, spinal kord yaralanmasına bağlı kuadrupleji gibi riskler ayrıntılı biçimde anlatıldı. Olgunun sezaryenle doğum istemesi üzerine sezaryen kararı verildi. Epidural anestezi ile işleme başlandı ancak başarısız olunca genel anestezi altında sezaryen yapıldı. Birinci dakika apgarı: 8, beşinci dakika apgarı:9 olan, 46 cm boyunda, 2620 g kız bebek baş geliş ile doğurtuldu. Muayenesinde vücudunda yaygın nevüsleri ve bülleri olan kız bebek yeni doğan ünitesinde takip amaçlı interne edildi. Takibinde bebeğin cilt bulgularına dev melanositik nevus tanısı konuldu. Hastamız ise postoperatif ikinci gününde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

### PB-040

#### 9 haftalık fetal kalp atımı (+) olan horn gebelik: Olgu sunumu

Fatih Mehmet Fındık, Mehmet Sait İçen, Adem Yoldaş, Senem Yaman Tunç, Mehmet Sıddık Evsen, Talip Gül

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

Müllerian kanal anomalileri yaklaşık %4.3 oranında görülürken, rudimente horn müllerian anomalilerin nadir görülen bir tipidir (%0.4). Unikornuat uterus ile birlikte rudimente horn, iki müllerian kanalın tamamlanmamış füzyonu sonucu oluşur. Amerikan Fertilite Derneğinin müllerian anomali sınıflamasında tip 2 sınıfında yer alır. Rudimente horn ektopik gebelik 76.000-140.000 doğumda bir görülen oldukça nadir bir durumdur. Sperm veya zigotun transperitoneal göç ile rudimente horna ulaştığı düşünülmektedir. Komplikasyon oranı oldukça yüksektir. Genellikle 1. veya 2. trimesterde rüptü-

re olurlar. Ultrasonografi ile rudimente horn gebelik tanısı konması oldukça zordur. Hastaların sadece %8'inde hasta semptom vermeden tanısı konulabilir. 27 yaşında G3P2, 2 normal spontan vajinal doğumu olan hasta dış merkezden 9 haftalık FK (+) ektopik gebelik tanısıyla hastanemize sevk edildi. Hasta geldiğinde genel durumu iyi vital bulguları stabil idi. Hastaya yapılan abdominal ultrasonografide uterus sağ tarafında sağ adneksiyal alanda son adet tarihi ile uyumlu, 9 hafta 2 günlük FK (+) ektopik gebelik odağı tespit edildi. Uterus ve her iki over tabii izlendi. Batında serbest mayi izlenmedi. Yapılan vajinal muayenesi normal olan hastaya ektopik gebelik tanısıyla laparotomi kararı alındı. Spinal anestezi altında mini laparotomi ile batına birildi. Gözlemlerde uterusun sağ tarafının rudimente olduğu, her iki over ve tubanın normal olduğu ve gebeliğin rudimente tarafta olduğu gözlemlendi. Sağ tuba rudimente hornndan köken alıyordu. Rudimente olan kısmın sağ tuba ile birlikte alınmasına karar verildi. Rudimente hornun köküne klemp konularak tuba ile birlikte çıkarıldı. Kalan uterus dokusu sütüre edildi. İşlem sonrası rudimente horn açılarak gebelik ürünü gözlemlendi. Hasta postoperatif 2. gününde şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak rudimente horn ektopik gebeliğin tanısı laparotomi olmadan konulması oldukça güçtür. Ektopik tanısı koyarken nadirde olsa horn gebelik durumu olabileceği akıldaki bulundurulmalıdır. Tedavisinde ise rudimente hornla birlikte bu hornndan kaynaklanan tuba çıkarılmalıdır. Bu olguda çok nadir görülen bir ektopik gebelik türü olan rudimente horn gebeliği paylaşmak istedik.

#### PB-041

##### 18 haftalık gebelikte izole Fallop tüp torsiyonu: olgu sunumu

Oya Soylu Karapınar<sup>1</sup>, İlay Gözükkara<sup>1</sup>, Kenan Dolapçioğlu<sup>1</sup>, Arif Güngören<sup>1</sup>, Fatma Öztürk<sup>2</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:** İzole tubal torsiyon oldukça nadir görülen bir patoloji olmakla birlikte akut batın tablosuyla karşımıza çıkması nedeniyle önemlidir. Prevalansı yaklaşık 1/1.500.000'dir. Gebelikte Fallop tüp torsiyonu insidansı ise tüm vakaların %12'sini oluşturduğu bildirilmiştir. Etiyolojide en sık rol oynayan faktörler hidrosalpinks, tubal cerrahi, pelvik konjesyon, ovarian ve paraovarian kistlerdir. Vakalar genellikle ani başlayan künt- sürekli veya paroksizmal, keskin tarzda alt kadran ağrısı ile başvururlar. Ayırıcı tanıda over torsiyonu, over kist rüptürü, apandisit, ektopik gebelik rüptürü, PID, intestinal cerrahi patolojiler, ürolitiazis, akut sistit akla gelmelidir. Tubal torsiyon daha sıklıkla sağ tarafta oluşur. Tanısı genellikle akut batın nedeniyle yapılan eksploratif laparotomi veya laparoskopide konur.

**Olgu:** 24 yaşında, gravida 6, parite 3, yaşayan 2, 18 haftalık gebe hasta, kliniğimize bir gün önce başlayan sol kasık ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bulantı ve kusması olmayan hastanın 1 haftadır kabızlık şikayeti de mevcuttu. Ağrı sol kasık bölgesinde kramp tarzında aralıklı devam etmekteydi. Yapılan fizik muayenesinde özellikle sol adneksiyel bölgede hassasiyet saptandı. Şüpheli defans ve rebound vardı. Rektal muayenede ele gelen kitle saptanmadı. Transabdominal ultrasonografik (USG) incelemede 18 haftalık fetal kalp atımı (FKA) + olan gebelik izlendi. Servikal uzunluk 5 cm ölçüldü. Ayrıca sağ adneksiyal alan normaldi, sol adneksiyel alanda 30x37mm basit kist izlendi ve dopplerde sol overde normal kan akımı izlendi. Douglasda serbest mayi yoktu. Laboratuvar incelemelerinde, hemogram ve biyokimyasal tetkikler normaldi. Tam idrar tahlilinde (+) lökosit saptandı, tüm batın USG sol böbrek 61x27 mm olup normalin altında izlendi, batın sol orta kadranda uterus sol komşuluğunda 35x17 mm kistik lezyon izlendi, diğer bulgular normaldi. Hastadan istenilen genel cerrahi konsültasyonunda bir anormallik tespit edilmedi. Hasta antibiyoterapi ve hidrasyon verilerek 2 gün takip edildi. 3. gün hastanın ağrısında artış olması nedeniyle hasta tekrar değerlendirildi. Yapılan USG'de sol paraovaryan bölgede 44x16 mm serbest sıvı izlendi ve torsiyon veya rüptür ön tanısı ile diagnostik laparoskopik kararı verildi. Laparoskopik batın içi gözlemlerde uterus fundusa kadar uzanıyordu, her iki over, sağ adneks normal izlendi; sol tuba izole şekilde ampulla bölgesinden itibaren kendi etrafında 3 defa torsiyone olmuş, hidro-pik ve nekrotik görünümdeydi. Ardından mini laparotomi ile sol salfenjektomi yapıldı. Postoperatif 3. gününde şikayeti olmayan hasta taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu torsiyone seröz kist ve yaygın kanama odakları içeren tubal doku ile uyumlu geldi.

**Sonuç:** Klinik olarak sadece ağrı bulgusu olan, kalıcı infarktın oluşumunu önlemek için erken tanı gerektiren ve genellikle geç kalınıp nadiren pre-operatif tanı konabilen jinekolojik acildir. Nadir bir durum olmakla birlikte akut batın ile başvuran gebelerde mutlaka akla gelmelidir.

#### PB-042

##### Miada ulaşılmış non-kommunike rudimenter uterin horn gebeliği: Olgu sunumu

Elif Ağaçayak, Senem Yaman Tunç, Mehmet Sait İçen, Ahmet Yalınkaya, Talip Gül

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

**Amaç:** Nonkommunikan uterin horn gebeliği çok nadir olup genellikle ikinci trimestere rüptürle sonuçlandığı için hayatı tehdit eden bir durumdur. Görülme sıklığı 1/100.000'dir. Bu yazıda: gebelik boyunca ultrasonografi incelemelerinde tanı ko-

nulamamış 38. haftaya kadar ilerlemiş nonkomunikan uterin horn gebeliği sunulmuştur. Olgu hariçte tanısı konulamamış ve acil olarak kliniğimize sevk edilmiştir ve kliniğimizde rudimenter hornun eksizyonu yapılmıştır. Birinci trimester ultrasonografi incelemesi deneyimli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılmalıdır. Plasenta perkreta öntanımlı olgularda rudimenter horn gebeliği akla getirilmelidir.

**Olgu:** 24 yaşında kliniğimize ilk defa 38 hafta gebelik +plasenta previa totalis+plasenta perkreta+servikal myom+ kanamalı gebe ön tanısıyla hasta sevk edildi. Hastanın şu ana kadar ki takipleri hariçte yapılmış olup gravide 3, parite 2, yaşayan 2 idi. Daha önce 2 kez sezaryen olmuştu. Tansiyon 110/70 mmHg, nabız: 110 atım/dk. ve ritmik olduğu saptandı. Vaginal spekulum muayenesinde collum kapalı, kanamalı idi. Transabdominal ultrasonografide batin içi normal izlendi, herhangi bir sıvı izlenmedi. İnrauterin kavitede biyometrik ölçümleri 38 haftaya uyan fetus izlendi. Obstetrik incelemede, fetusun canlı olduğu, amnion kesesinin intakt ve amniyon sıvı volümünün normal olduğu izlendi. Hafif düzeyde anemi ve lökositoz saptandı (Hb:10 g/dl, Htc:%31.1, Wbc: 10.000/mm<sup>3</sup>, Plt: 280.000/mm<sup>3</sup>, Plt: 280.000/mm<sup>3</sup>). Koagülasyon parametreleri, trombosit değeri ve kan biyokimyası normal sınırlarda idi. Hastanın preşok tablosunda olması ancak obstetrik USG'de fetus normal ancak plasenta invazyon anomalisi görüntüsü olması üzerine acil sezaryene alındı. Sezaryene alınan hastanın 3710 g, 50 cm, 8-9 apgarlı erkek çocuğu dünyaya geldi. Annenin gebeliğinin sezaryen esnasında sol uterin hornunda meydana geldiği görüldü. Preoperatif servikal myom diye tarif edilen yapı uterusun kendisi olduğu tespit edildi. Normal uterin kaviteye karmen kantilleriyle girildi. Uterin hornun non-kommunike olduğu tespit edildi. Dilatasyon-küretaj yapıldı. Servix ile uterin hornun hiçbir bağlantısı yoktu. Sol rudimenter uterin horn exize edildi. Sol salpenjektomi yapıldı. Sol over korundu. Operasyon başarılı bir şekilde sonlandırıldı. Anne ve fetus şifayla postoperatif 2. günde taburcu edildi.

**Tartışma:** İlk trimester ultrasonu extrauterin gebeliği tanımak için iyi bir fırsat sağlamasına rağmen erken tanı konamayan çok sayıda olgu literatürde bildirilmiştir Bizim hastamız ilk trimesterden itibaren farklı obstetrisyenlere muayeneye gitmiş olmasına rağmen tanı doğru değildir. Bunun sebebi rudimenter uterin hornun nadir görülmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ultrasonografide servikal kanal ile gebeliğin olduğu korn lümeni arasında doğrusal ilişkinin olmaması, amnion zarını ya da gestasyonel keseyi çevreleyen myometriyumun ince olması ve burada placenta akreatayı düşündüren hipervaskülarizasyon saptanması rudimenter horn gebeliğini destekleyen bulgulardır. Bizim hastamızda ultrasonografik olarak plasenta perkreta tanısı konmuştur. Non-kommunike rudimenter uterin hornlar tespit edilir edilmez exizyon yapılmalıdır. Bizim hastamızın daha önceki 2 gebeliği sezaryen yapılmış olup sezaryen esnasında uterin horn eksizyonu yapılmamıştır.

**Sonuç:** Bizim çalışmamızla vurgulamak istediğimiz plasenta perkreta ön tanısıyla gelen hastalarda bir rudimenter horn gebeliğide olabileceği akılda tutulmalıdır. Rudimenter horn gebeliği nadir bir durum olsada ilk trimesterde uterus ayrıntılı değerlendirilmelidir. Tespit edilen horn gebelikleri exize edilmelidir. Bizim vakamız literatürde çok nadir olan bir vaka olup miada ulaşmış anne ve fetus açısından komplikasyon gelişmeyen bir vakadır.

#### PB-043

#### Intrapartum transperineal ultrasonografi ile 'angle of progression' (ilerleme açısı) ve 'head-perineum distance' (baş-perine mesafesi) ölçümlerinin birbirleriyle ve klasik vajinal muayene ile korelasyonu ve doğum şekli prediksyonundaki yeri

Erdoğan Sarıdoğan, Özlem Moraloğlu, Salim Erkaya, Burak Ersak, Nurten Asmalı

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

**Amaç:** İntrapartum transperineal ultrasonografi (ITU) ile 'angle of progression' (AOP) ve 'head-perineum distance' (HPD) ölçümü yapmak; bu değerlerin birbirleriyle, klasik vajinal muayeneyle ve yenidoğan apgar skorlarıyla korelasyonunu test etmek ve doğum şekli prediksyonundaki önemini belirlemek.

**Yöntem:** Termde, aktif doğum eyleminde, membran rüptürü olan, sefalik prezentasyonda ve tekil 67 nullipar ve multipar gebeyi araştırdık. Sagittal ve transvers düzlemde transperineal ultrasonografi ölçümlerini yaptık. Hemen ardından yapılan klinik vajinal muayene bulgularını, doğum şeklini ve yenidoğan bilgilerini kaydettik. Verileri, uygun analiz yöntemlerini kullanarak kıyasladık.

**Bulgular:** AOP ile HPD ölçümleri birbirleriyle korelasyon gösterdi ( $r=-0.569$ ,  $p<0.001$ ). Baş seviyesi ile AOP ( $r=0.606$ ,  $p<0.001$ ) ve HPD ( $r=-0.730$ ,  $p<0.001$ ) ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. AOP ve HPD ile 1. ve 5. dakika apgar skorları arasındaki ilişki anlamsızdı (AOP ile 1. dakika apgar skoru arasında  $r=-0.118$ ,  $p=0.343$ ; AOP ile 5. dakika apgar skoru arasında  $r=0.165$ ,  $p=0.181$ ; HPD ile 1. dakika apgar skoru arasında  $r=0.226$ ,  $p=0.066$ ; HPD ile 5. dakika apgar skoru arasında  $r=-0.073$ ,  $p=0.555$ ). Sezaryen ile doğumlarda AOP'de azalma ( $p=0.004$ ) ve HPD'de artma ( $p<0.001$ ) lehine bulgular saptandı. ROC analizinde doğum şekli prediksyonunda AOP (AUC=0.815 ve  $p=0.004$ ) ve HPD (AUC=0.881 ve  $p=0.001$ ) ölçümleri anlamlı sonuçlandı.

**Sonuç:** ITU ile ölçülen AOP ve HPD hem birbirleriyle hem de fetal baş seviyesi ile korelasyon gösterdi. Bu parametreler doğum şekli prediksyonunda da anlamlı yer aldı.

## PB-044

### Thanatophoric displasia

Seyfettin Uludağ<sup>1</sup>, Ebru Alici Davutoğlu<sup>1</sup>, Sezin Uludağ<sup>1</sup>,  
Figen Aksoy<sup>2</sup>, Ayşegül Özel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul;* <sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

**Objectives:** Thanatophoric dysplasia (TD) is a lethal congenital anomaly with skeletal dysplasia. It is characterized by short limb dwarfism, enlarged head with frontal bossing, short neck, protuberant abdomen because of thoracic dysplasia. Fibroblast growth factor receptor 3 (FGFR3) is the only gene known to cause thanatophoric dysplasia. We report a prenatal diagnosis of TD to highlight the importance of an accurate diagnosis in counselling and plan of management.

**Case:** A 27-year-old G3P2 woman in a non-consanguineous marriage was referred at 18 weeks' gestation for fetal skeletal evaluation. Ultrasound examination showed markedly shortened long bones and bowed femur, bilateral clubfeet, short ribs, narrow thorax and platyspondyly and increased nuchal fold (7.4 mm). The head was enlarged with bulging of forehead, eyes were prominent and were widely spaced, Thanatophoric dysplasia was suspected. The couple were counselled regarding the lethality of the condition. Amniocentesis was accepted by the couple, performed during the 18th gestational week showed normal karyotypes (46, XY) We counseled the couple extensively, and explained that this genetic condition causes type-1 TD. Thereafter, they decided to proceed with fetal termination. At the 19th gestational week, pregnancy was terminated. Laboratory investigations: After termination, fetal radiologic surveying and autopsy was performed. The findings on fetal autopsy were short and stubby femur, tibia, fibula, humerus, ulna and radius, curved femora, bilateral talipes, micrognathia. The ribs were short and horizontally placed. To further support the diagnosis, histopathological examination of section from femur revealed disorganized physal growth zone with disordered proliferation and hypertrophy of chondrocytes and peripheral band of horizontally oriented fibrosis. The final diagnosis with the anatomical abnormalities, radiological and histopathological findings was TD type 1. Histopathology: The epiphyseal cartilage in the long bones did not differ clearly from those of the age-matched controls. The growth plate showed a variable disorganization, the rows of the proliferative and the columns of the hypertrophic chondrocytes were well formed in some areas, but nearly absent in other areas. The primary and secondary trabeculae of the metaphysis were plump and haphazardly arranged. Most striking, however, were tufts of fibrous tissue scattered along the growth plate, especially at the periphery of the growth plate, as an extension of the so-called ossification groove of Ranvier. This mesenchymal tissue penetrated the growth plate and transformed into irregularly formed plump

bony trabeculae. At the periphery of the growth plate, the periosteal ossification far exceeded the plane of the endochondral ossification. This tissue penetrates the growth plate and shows atypical ossification.

**Conclusion:** Skeletal dysplasias constitute a heterogeneous group of bone growth disorders resulting in abnormal shape and size of the skeleton. TD is the most common lethal osteochondrodysplasias with a prevalence of 1:20,000 to 1:40,000 births. It is characterized by marked underdeveloped skeleton and short-limb dwarfism. The term 'thanatophoric' derived from the Greek word "thanatophorus", means "death bringing" and was first described by Maroteux. TD is caused by activation of FGFR3 gene leading to negative regulation of bone growth. The activation of FGFR3 in a majority is due to denovo mutations. There are two clinical types of TD which closely resemble in their clinical features; however have distinct radiological features and genetic mutations. Type I, the more commonly encountered form is characterized by a normal-shaped skull and curved (telephone receiver shaped) long bones, especially seen in femur bone, whereas type II is associated with a cloverleaf-shaped skull and straight femurs. The close differential diagnoses of TD, includes other skeletal dysplasias characterized by micromelia and severe thoracic hypoplasia, namely osteogenesis imperfecta type II, which is characterized by fracture of long bones and achondrogenesis characterized by extreme hypomineralization and micrognathia. Hypophosphatasia is characterized, in addition to micromelia and thoracic hypoplasia, by ubiquitous hypomineralization. Other rarer differentials include achondroplasia, perinatal hypophosphatemia, campomelic dysplasia and hypochondrogenesis. Accurate diagnosis of fetal skeletal abnormalities is important for patient counselling and to plan the management. In spite of the very poor prognosis, some patients might opt to continue with the pregnancy. In such patients, ultrasound follow-up examination is important to detect early changes that might complicate delivery. Thanatophoric dysplasia is always lethal, due to the severe pulmonary and thoracic hypoplasia. Both types are due to de novo mutations. Therefore, the recurrence risk is trivial.

## PB-045

### İntrauterin ikiz eşi ölümü olan gebeliklerin koryonisite ve ikiz eşi ölüm zamanına göre gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi

Sevcan Arzu Arıkan, Resul Arısoy, Murat Api

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

**Amaç:** Çoğul gebelikler, tekil gebeliklere kıyasla artmış perinatal mortalite riskine sahiptir. Monozigotik ikizlerde, dizigotik ikiz gebelikle kıyasla her iki fetusun kaybı rölatif riski 20, bir



fetusun kaybı rölatif riski 1.63 ve yaşayan fetusun neonatal dönemde kaybı rölatif riski ise 2.26'dır. İkinci ve üçüncü trimesterde ikiz eşi ölümü, ikiz gebeliklerin yaklaşık %0.5–6'sında görülür. Fetustan birinin intrauterin ölümü, yaşayan fetusun mortalite ve morbidite riskini belirgin olarak arttırmaktadır. İkinci trimester veya 3. trimesterde ikiz eşi ölümü olup yaşayan ikiz eşinin erken doğumu olmadığı durumlarda, yaşayan ikizin prematür doğurtulması veya gebeliğin devamıyla birlikte devam edecek olan morbidite ve mortalite riskinin iyi değerlendirilmesi gerekir. Yaşayan ikiz eşinin prognozunda koryonisit ve ikiz eşi ölümünün olduğu gestasyonel hafta önemlidir. İkiz eşi ölümü, yaşayan ikiz için hemodinamik instabiliteye bağlı olarak morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır. Biz de çalışmamızda; ikiz eşi ölümü olan ikiz gebeliklerin, koryonisit ve ikiz eşi ölüm zamanlarına göre yenidoğan ve gebelik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışmaya, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2008–Aralık 2014 tarihleri arasındaki tüm doğumlar retrospektif olarak incelenerek intrauterin ikiz eşi ölümü olan gebelikler dahil edilmiştir. Olguların demografik özelliklerine, medikal ve obstetrik hikayelerine ve gebelik sonuçlarına hasta dosyaları taranarak, elektronik kayıtlardan ve Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi kayıtlarından ulaşılmıştır. Monokoryonik monoamniyotik ikiz gebeliği olanlar, her iki fetal kayıp olanlar ve gebeliği başka bir merkezde sonuçlananlar, koryonisitinin belirlenemediği olgular ve doğum bilgisi eksik olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. İkiz eşi ölümü olan 78 olgu çalışmaya dahil edilerek koryonisitelerine ve fetal ölümün olduğu trimestere göre gruplandırılarak (0–13, 14–28, 29–34. gebelik haftaları) maternal ve neonatal özellikleri açısından karşılaştırıldı. Koryonisit, ilk trimester ultrasonografide amniyon ve koryon, ikinci ve üçüncü trimesterdeki ultrasonografide amniyon zarı veya plasentanın incelenmesi sonucunda belirlendi. Ayrıca, koryonisit bilgileri doğum sonrası yapılmış olan patolojik incelemeyle teyit edildi. Olgular; preeklampsi, gestasyonel diyabet, dekolman plasenta, preterm doğum (34. ve 37. gebelik haftasından önce doğum), erken membran ruptürü, intrauterin gelişme geriliği (IUGR), neonatal ölüm gelişimi yönünden değerlendirildi. Yenidoğanlar ise, ilk 48 saatte gelişen hipoglisemi, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı (YDYBÜ), intrakraniyal kanama, fototerapi alması, polistemi, respiratuar distres sendromu (RDS) ve sepsis gelişimi yönünden değerlendirildi. İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) (IL, Chicago, IBM) programı kullanıldı.

**Bulgular:** Hastanemizde, Ocak 2008–Aralık 2014 tarihleri arasında toplam 73.911 doğum, 1693 tane ikiz doğum olmuştur. Çalışmaya ikiz eşi ölümü olan 78 tane olgu dahil edilmiştir. İkiz eşi ölümü, ikiz gebeliklerin yaklaşık %4.9'unda, ikinci ve üçüncü trimesterde ikiz eşi ölümü ise %4.01'inde görülmüştür. Olguların %74'ü dikoryonik diamniyotik, %26'sı ise

monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliktir. Fetal kayıpların %17.9'u ilk trimesterde, %39.7'si ikinci trimesterde ve %42.3'ü üçüncü trimesterde olmuştur. Dikoryonik grupta ortalama doğum haftası (34.16±4.65) monokoryonik ikiz gebeliklerde ortalama doğum haftasından (31.1±3.83) büyük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p 0.022). Doğum şekli açısından koryonisiteye göre her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Monokoryonik grupta 37. gebelik haftasından önce doğum yapanların oranı %95 iken dikoryonik grupta ise bu oran %62.5'tir. Buna göre monokoryonik ikiz gebeliklerde ikiz eşi ölümü sonrası 37. haftadan önce doğum yapma sıklığı dikoryoniklerden 11 kat daha fazla bulunmuştur (OR: 11.40, p 0.008). Buna ilaveten, monokoryonik grupta 34. gebelik haftasından önce doğum yapan olguların oranı %70 iken dikoryonik grupta bu oran %35.7'dir ve monokoryonik grupta ikiz eşi ölümü sonrası 34. gebelik haftasından önce doğum yapma sıklığı dikoryoniklerden 4 kat daha fazla bulunmuştur (OR: 4.20, p 0.010). Dikoryonik grupta; ikinci trimester ikiz eşi ölümü olanlarda (%81) 37 hafta öncesi erken doğum yapma sıklığı, üçüncü trimester (%59) ve ilk trimester (%38) ikiz eşi ölümü olanlardan fazla saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p 0.041). Monokoryonik grupta ise ikiz eşi ölüm zamanına göre preterm doğum görülmesi açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05). Preeklampsi, erken membran ruptürü, IUGR ve oligohidramnios görülme oranları açısından monokoryonik ve dikoryonik ikiz gebelikler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Monokoryonik ikiz gebeliklerde dekolman plasenta görülme oranı (%20), dikoryoniklerden (%3.6) fazla saptanmış ve monokoryonik ikiz gebeliklerde dekolman plasenta görülme sıklığı dikoryoniklerden 6 kat daha fazla bulunmuştur (OR: 6.75; p 0.038). Dikoryonik grupta yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı oranı %62.5 iken monokoryonik grupta %85'tir. Monokoryonik gruptaki yenidoğanlarda, dikoryonik grubundakilere oranla yoğun bakım ihtiyacı 3.4 kat, RDS gelişme riski ise 3.3 kat yüksek bulunmuştur. Dikoryonik grupta RDS görülen olguların %90'ı ikinci trimester ikiz eşi ölümü olan grupta yer almıştır. Monokoryonik gruptaki RDS görülen olguların dağılımı ise %75'i ikinci trimester, %25'i ise üçüncü trimester ikiz eşi ölümü olan grup şeklindedir. Dikoryonik ve monokoryonik gruplarda, ikiz eşi ölüm zamanına göre RDS görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p 0.002 ve p 0.019). Sepsis görülme oranı dikoryonik grupta %17.2 (n=5), monokoryonik grupta ise %33.3 (n=4) olarak bulunmuştur. Fakat sepsis, hipoglisemi gelişimi ve fototerapi tedavisi açısından koryonisiteye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Dikoryonik grupta; fototerapi alan 10 olgunun dağılımı ise şu şekildedir; %57.9'u ikinci trimester, %26.3'ü ise üçüncü trimester ikiz eşi ölümü olan gruptadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p 0.025). Monokoryonik grupta fototerapi



pi alan hastaların %50'si ikinci trimester, %50'si ise üçüncü trimester ikiz eşi ölümü alan grupta saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Monokoryonik grupta 6 hastada ikizden ikize transfuzyon sendromu (TTTS) görülmüştür. 2 tanesine laser koagülasyon tedavisi uygulanmıştır. TTTS gelişen olguların 4 tanesinde preeklampsi, 2 tanesinde ise erken membran ruptürü saptanmıştır. Bu olguların ortalama doğum haftası 31 haftadır ve hepsinde yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı olmuştur. Bir olguda postpartum ex olmuştur. Çalışmamızdaki hiçbir olguda tüketim koagülopatisi izlenmemiştir.

**Sonuç:** İkiz eşi ölümü yaşayan ikiz eşi için morbidite ve mortalite açısından ciddi risk oluşturmaktadır. Yaşayan ikiz eşinin prognozunda koryoniste ve ikiz eşi ölümünün olduğu gebelik haftası etkilidir. Çalışmamızda, ortalama doğum haftasını 34 hafta olarak saptadık. İkiz eşi ölümü olan monokoryonik ikiz gebeliklerde 37. ve 34. haftadan önce doğum yapma sıklığını dikoryoniklerden daha yüksek bulduk. Ayrıca, ikiz eşi ölümü olan monokoryonik ikiz gebeliklerdeki dekolman plasenta, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı ve RDS gelişme sıklıklarının ikiz eşi ölümü olan dikoryonik gebeliklerden daha yüksek olduğunu saptadık. İkiz eşi ölümü olan ikiz gebeliklerin koryoniste ayrımı yapılmadan erken doğum açısından takiplerini önermekteyiz. İkiz eşi ölümü olan monokoryonik gebeliklerin, 34 hafta öncesi erken doğum, dekolman plasenta, yenidoğanın yoğun bakım ihtiyacı, RDS ve diğer perinatal sonuçlar açısından yakın takibi önerilir. İkiz eşi ölümü olan ikiz gebeliklerin takibi ve doğumlarının 3. Basamak sağlık merkezlerinde planlanmasını önermekteyiz. Literatürde, konu ile ilgili yapılan çalışma ve derlemelerde; daha çok perinatal mortalite, yenidoğan yoğun bakım ünitesine başvuru, özellikle monokoryonik ikiz gebeliklerde nörolojik hasarın değerlendirildiğini görmekeyiz. Ayrıca, literatürde ikiz eşi ölümü sonrası yaşayan ikiz eşlerinin gebelik ve perinatal sonuçlarının koryoniste ve ikiz eşi ölüm zamanına göre subgruplara ayrılarak değerlendirildiği bir çalışma bulunmamıştır. Çalışmamızın bu açıardan kendine özgü ve katkı sağlayıcı olduğu kanısındayız.

#### **PB-046**

### **Bebek doğum kilosu ile gebelik sırasındaki maternal kan glukoz düzeyleri arasındaki ilişkinin ve bebek doğum kilosu 4000 gramın üzerinde olan doğumların yenidoğan sonuçlarının değerlendirilmesi**

Vakkas Korkmaz, Zehra Kurdoğlu, Yetkin Karasu, Elif Ozan Şahin, Mustafa Burak Akselim, Yusuf Ergün  
*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara*

**Amaç:** Her trimesterdeki maternal kan glukoz düzeyleri ile bebek doğum kilosu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, bebek

doğum kilosu 4000 gramın üzerinde olanlar ile 4000 gramın altında olanların gebelik ve neonatal sonuçlarının karşılaştırılması.

**Yöntem:** Çalışmaya; 2010–2015 yılları arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapmış, 192 tanesi bebek doğum ağırlığı 4000 gramın üzerinde ve 31 tanesi 4000 gramın altında olmak üzere toplam 223 gebe dahil edildi. Dahil edilen tüm hastalar yaş, gravida, parite, doğum şekli, ek hastalık varlığı, birinci trimester açlık kan şekeri, ikinci trimester 50 gram ve 100 gram glukoz yüklemesi sonuçları, üçüncü trimester açlık kan şekeri düzeyleri, doğumdaki bebek kilosu, birinci dakika apgar, beşinci dakika apgar skoru ve kord kanı pH düzeyi açısından değerlendirildi. Elde edilen veriler makrozomiye öngörmesi açısından incelendi.  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 4000 gramın üzerindeki 192 gebenin 14 tanesinde ikinci trimesterde yapılan 50 ve 100 gram glukoz yükleme testleri ile gestasyonel diabetes saptandı. Bebek doğum kilosu 4000 gramın üzerinde olanlar ile altında olanlar karşılaştırıldığında OGTT 1. saat, 2. saat kan şekeri düzeyleri ile beşinci dakika apgar skoru 4000 gramın üzerinde doğum yapmış gebelerde daha yüksek saptandı ( $p<0.005$ ). Gestasyonel diabetes gelişen ve bebek doğum kilosu 4000 gramın üzerinde olan hastalarda birinci ve üçüncü trimester açlık kan şekeri düzeyleri gestasyonel diabetes gelişmeyen hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olup birinci dakika apgar skoru anlamlı olarak daha düşüktü ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Gestasyonel diabetes, 4000 gram üzerinde doğum kilosu ve getireceği neonatal komplikasyonlar ilk vizit (1. trimester) açlık kan glukoz düzeyi ile ilişkilidir. Bu ilişkinin araştırılması için daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

#### **PB-047**

### **Should we change our mind in biochemical parameters in the second trimester aneuploidy screening test in the patients with polycystic ovary syndrome?**

Vakkas Korkmaz, Zehra Kurdoğlu, Yusuf Ergün

*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara*

**Objective:** Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a common reproductive and metabolic disorder. Patients with PCOS present with clinical signs of hyperandrogenemia (ie, hirsutism and acne), menstrual irregularities and infertility.

**Methods:** Changes in some enzymatic activities such as 17 $\alpha$ hydroxylase, 17.20-lyase in the ovary and adrenal were showed in PCOS. Malique et al. Also showed that there are differences in activities of some enzymes essential for placental steroid synthesis in patients with PCOS. They detected lower androstenedione and higher estriol concentrations in female

newborns of women with PCOS in the cord blood samples. Estriol is synthesized in the placenta and secreted into the maternal circulation in the second trimester. 16 alpha-hydroxy dehydroepiandrosterone sulphate is formed in the fetal liver by hydroxylation of dehydroepiandrosterone sulphate and transported to the placenta where it undergoes desulphation by steroid sulphatase and aromatization to estriol.

**Results:** Maternal serum level of unconjugated estriol is lower in Down syndrome pregnancies than in healthy pregnancies in the second trimester. Serum unconjugated estriol level is used as parameters of second trimester screening test with serum human chorionic gonadotropin and alphafetoprotein. However, the detection rate of the second-trimester screening test for trisomy 21 was reported about 60–70%, with 5% false positive rate. Although second trimester screening test doesn't have the advantages for early diagnosis in Down Syndrome compared to combined test, it is still used since some of the patients apply firstly in the second trimester. Therefore, quadruple test has started to use for Down syndrome screening in the second trimester of pregnancy. In addition to triple test parameters, quadruple test includes inhibin-A. However, Segal et al. Found serum inhibin-A concentration in women with PCOS was lower than normal-ovulatory women. In addition, Karsli et al. Investigated biochemical parameters in the first trimester aneuploidy screening test in the pregnant women with and without PCOS. They revealed that the biochemical components PAPP-A and  $\beta$ -hCG were significantly lower in the PCOS group compared with the control group.

**Conclusion:** In the literature, although there was a study about first trimester aneuploidy screening test to detect Down Syndrome, we could not encounter the study associated with biochemical parameters in the second trimester aneuploidy screening test in patients with polycystic ovary syndrome. We suggest to analyse enzymatic steps in the synthesis of estriol and inhibin-A, serum levels of biochemical parameters in the pregnant women with PCOS. These biochemical parameters are affected also by multiple gestation, in vitro fertilization, maternal weight, ethnicity, smoking and parity. The validated softwares can make adjustments to calculate of Down Syndrome risk for these parameters. PCO should be added among the parameters.

#### PB-048

##### Gebelik tanısı ile birlikte saptanan anemi prevalansı

Mustafa Öztürk<sup>1</sup>, Özlem Öztürk<sup>2</sup>, Mustafa Ulubay<sup>3</sup>, Emre Karasahin<sup>3</sup>, Taner Özgürtaş<sup>2</sup>, Müfit Yenen<sup>3</sup>, Aytekin Aydın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Etimesgut Asker Hastanesi, Ankara; <sup>2</sup>GATA Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara; <sup>3</sup>GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Gebelikte ilk trimesterde anemi, hemoglobin (Hb) düzeyinin 100 cc kanda 11 g'dan daha düşük olduğu durumdur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre ise gebelikte anemi, her üç trimester için Hb değerinin 11 g/dl'nin altında olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyadaki gebe kadınların yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir. Gebelikte anemi global bir halk sağlığı problemidir. Bu problemin görülme prevalansı gelişmiş ülkelerde (%18) ve gelişmekte olan ülkelerde (%35–75) olarak bildirilmiştir. Bu çalışmalar gebelik boyunca saptanan anemi prevalansı olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde gebe olan popülasyonda gebelik saptandığı birinci trimesterde mevcut anemi prevalansı hesaplamayı amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışma; 2012–2014 yılları arasında adet gecikmesi nedeniyle başvuran ve gebelik tanısı konulan 5225 gebe kadında, anemi prevalansının saptanması için düzenlenmiş kesitsel tipte bir araştırmadır. Hb değeri 11–9.5 mg/dL hafif, 9.5–8 mg/dL orta ve 8 mg/dL altında ağır anemi olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Gebe popülasyonumuzda gebelik tespit edildiğinde hafif anemisi olan gebelerin oranı %16.6'dır. Orta anemi olan gebe oranı ise %3'dür. Hb değeri 8 mg/dL altında olan ağır anemi ise %0.28'dir. Genel popülasyonda gebelik tespitinde anemi prevalansı ise %19.98'dir.

**Sonuç:** Anemi gelişmekte olan ülkelerde maternal mortalite için önemli bir risk faktörüdür. Erken gebelikte düşük Hb değeri erken eylemi 3 kat, gestasyon yaşına göre küçük bebek olaması olasılığını 2 kat artırdığı literatürde belirtilmiştir. Çalışmamız ile ülkemizde gebelik tespitinde anemi olan hastaların prevalansını saptamış olduk. Anemik olguların ideal olarak prekonsepsiyonel dönemde tanınması ve gebeliğin, uygun koşullar elde edilince önerilmesi daha uygundur.

#### PB-049

##### Reliability of "post-la space index" measurements during second trimester in structurally normal fetuses

Mehmet Özgür Akkurt, And Yavuz, Mekin Sezik

Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Perinatology, Faculty of Medicine, Süleyman Demirel University, Isparta

**Objective:** We aimed to evaluate the correlation between clinical parameters and the post-LA space index, which is a candidate screening marker for total anomalous pulmonary venous connection (TAPVC). We also calculated inter- and intra-observer variability of measurements for this parameter.

**Methods:** The left atrium–descending aorta distance/ descending aorta diameter ratios (post-LA space index) were obtained from 165 fetuses between 20–24 weeks of gestation.

Regression analyses were utilized to evaluate the correlations across clinical parameters and the post-LA space index. Intraclass correlations coefficients were calculated for intra- and inter-observer agreements of three examiners with different sonographic experience.

**Results:** The mean ( $\pm$ SD) maternal and gestational age was  $28.6\pm 4.9$  y and  $21.7\pm 0.9$  wk, respectively. In multivariate analyses, there was no correlation between post-LA space index and maternal age, fetal gender, or gestational age at cardiac scan. There were moderate to strong correlations across the measurements by different examiners, indicating good inter- and intra-observer agreement.

**Conclusion:** The post-LA space index is a simple and reliable marker that is not affected by gestational age in the late second trimester. Its potential as a screening tool for TAPVC warrants further clinical investigation.

## PB-050

### Fetal abdomen volume: preliminary results for fetal weight estimation

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

*Department of Obstetrics and Gynecology, Perinatology Division, Faculty of Medicine, Celal Bayar University, Manisa*

**Objective:** To compare the accuracy of birth-weight predicting model derived from two-dimensional (2D) ultrasound parameters and from total fetal abdomen volume measured by three-dimensional (3D) ultrasound imaging.

**Methods:** Healthy late third-trimester 80 fetuses within 5 days of delivery were prospectively examined using 2D and 3D ultrasound. Measurements were performed using 2D ultrasound for standard fetal biometry and 3D ultrasound for fetal abdomen volume. Estimated fetal weight (EFW) was obtained using Williams formula. Fetal abdomen volume was analyzed using the VOCAL imaging analysis program.

**Results:** Based on 80 pregnancies, mean maternal age was  $26.07\pm 5.63$ . Mean gestational age was  $38.4\pm 1.35$  weeks at birth. Mean estimated fetal weight was  $3223.64\pm 513.07$  grams in Williams formula and mean neonatal birth weight was  $3239.89\pm 540.97$  grams. Mean fetal abdomen volume was  $885.54\pm 205.69$  cm<sup>3</sup>. Correlation analysis revealed that fetal abdomen volume was significantly correlated with neonatal birth weight ( $p=0.0001$ ;  $r=0.575$ ).

**Conclusion:** The precision of fetal weight estimation can be improved by adding fetal abdomen volume measurements to conventional 2D biometry. New models that consider fetal abdomen volume may offer new insight into the contribution of soft tissue development to weight estimation.

## PB-051

### MPV/trombosit oranı preeklampitik annenin aşırı düşük doğum ağırlıklı bebeklerinde mortalite öngörüsünde anlamlı bir belirteçtir

Hatice Tatar Aksoy<sup>1</sup>, Nilüfer Güzoğlu<sup>2</sup>, Zeynep Eras<sup>3</sup>, F. Emre Canpolat<sup>3</sup>, Nurdan Uraş<sup>3</sup>, S. Suna Oğuz<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara; <sup>2</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Yenidoğan Bilim Dalı, Kırıkkale; <sup>3</sup>Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, Ankara*

**Amaç:** Aşırı düşük doğum ağırlıklı bebeklerde (DA<1000 g) (ADDA) preeklampitik anne bebeği olan ve olmayanlar arasında tam kan sayımı parametrelerini karşılaştırmak ve bu parametrelerin prognoz tayininde belirteç olarak rollerini belirlemek.

**Yöntem:** Zekai Tahir Burak KSEA Yenidoğan Kliniğine Ocak 2010–Aralık 2011 arasında yatan 115 ADDA bebeğin 6. saatinde tam kan sayımı alınarak karşılaştırıldı. Bunların 38'i preeklampitik anne bebeği 77'si preeklampitik olmayan anne bebeği idi.

**Bulgular:** Ortalama hemoglobin değeri preeklampitik anne bebeği grubunda daha yüksek idi ( $16.4\pm 2.4$  vs  $15.3\pm 2.4$ ;  $p=0.02$ ). Ortalama trombosit sayısı preeklampitik anne bebeği grubunda belirgin olarak düşüktü ( $168\pm 65$  vs  $206\pm 78$ ;  $p=0.008$ ). Genel ve 7. gün sağkalım iki grup arasında farklı değildi ancak trombosit sayısı ile ilk 7 gündeki mortalite ve genel mortalite arasında preeklampitik anne bebeği grubunda belirgin bir korelasyon vardı ( $r=-0.38$ ,  $p=0.023$  and  $r=-0.36$ ,  $p=0.029$ ). Cut-off değeri olarak saptanan  $<100.000/\text{mm}^3$  değeri mortalite öngörüsü hesabında önemli bir prediktör olduğu ve bu değer %84 sensitivite ve %91 spesifite ile mortalite ve ilk 7 gündeki mortalite ile korele olduğu saptandı. Ayrıca MPV/Trombosit sayısının preeklampitik annenin ADDA bebeklerinde mortalite ve ilk 7 gündeki mortalite ile belirgin korele olduğu belirlendi ( $p=0.05$ ,  $r=0.319$ ;  $p=0.04$ ,  $r=0.336$ , sırasıyla). Cut-off değeri olarak saptanan  $>0.4$  değerinin %91 sensitivite ve %66. spesifite ile mortalite öngörüsü hesabında önemli bir prediktör olduğu saptandı.

**Sonuç:** Sonuçlarımız göstermiştir ki, hemoglobin düzeyi ve trombosit sayısı preeklampitik anneden doğan ve preeklampitik olmayan anneden doğan ADDA bebeklerde farklıdır. İki grup arasında sağkalım değişmese de trombosit sayısı ve MPV/trombosit sayısı oranı mortalite ile korelasyon göstermektedir ve mortalite öngörüsünde anlamlı belirteç olabilir. İleri çalışmalara ihtiyaç vardır.

## PB-052

### Akrofasial disostozların ayırıcı tanısında klinik bulgular, ekzom sekans, mikroarray gen ve tam genom değerlendirme

Elif Gül Yapar Eyi

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

**Amaç:** Akrofasial disostozlar(AFD) eş zamanlı baş yüz anomalileri ile birlikte ekstremitelerde defektlerini kapsayan bozukluklar için kullanılan tanımdır. AFD ler içerisinde, AFD tip1 Nager sendromu (NS), prototip konumundadır. Mandibular ve üst ekstremitelerde defektleri, özellikle çift taraflı radius agenezisi, el pozisyonu anomalileri, başparmak hipoplazisi/aplazisi,, kulak anomalileri ile seyredir. Sendroma özel karyotip anomalisi ve gen defektleri tanımlanmamıştır; ancak Spliceosomal Faktör 3 B4 (SF3B4) genindeki heterozigot mutasyonlar NS ile ilişkilendirilmiştir. Heterozigot SF3B4 gen mutasyonu olguların %60'ında raporlanmıştır, ancak akraba evliliği sonucu oluşmuş olgularda veya fenokopilerde SF3B4 negatif sonuç verebilir. Çalışmada sonografik AFD ön tanılarında klinik tanımlar, ayırıcı tanımlar ve genetik değerlendirme sonuçları olgu değerlendirmeleri ile gözden geçirilmektedir.

**Yöntem:** AFD açısından prenatal sonografik ön tanı alan 6 olguya karyotipleme için CVS (2), fetal DN A analizi (1), amniosentez (3) uygulandı. Trizomi 13 ve 18 olarak bildirilen iki olgu haricinde kalan ve NS düşünülen bir olguya SF3B4 gen analizi yapıldı. SF3B4 için primer dizaynı Forward Revers 5-AAGTGGAAAGTCGTGCTGAGG-3 5- CATGAAGATGGAACCCAACC-3 (Ekzon 1) 5-TTCCCTTCCTTCCCCTTACAC-3 5-TTGTGAATACTGCTGGGACC-3 (Ekzon 2) 5-TGAATTTTACCCCATTTTCAGTC-3 5- GGACGGTTACAGAGGTAAGTGC-3(Exon 3) 5-TGGGGTCATC-TTACAAACCC-3 5-TTTCTTCTTCCCTCCTGACCC-3 (Exon 3) 5-AGGCCAGATCAGGACAGG-3 5-CTGT TGAGGAACAAAGGGCA-3 (Exon 4) 5-GCCAGCC-TTATTTTCTATACCC-3 5-TAGTAAGGGCACGGGA-CAAG-3 (Exon 5) 5-TCTAGCCACCTCCCTCATCT-3 5-GGATTAGTACCTTTGCCCA-3 (Exon 6) şeklinde NCBI/Primer-BLAST software), Metabion (International AG, Martinsried, Deutschland sistemi) ile yapıldı. PCR reaksiyonları standard koşullarda gerçekleştirildi. Direkt sekanslar ABI PRISM BigDye Terminator v3.1 Cycle Sequencing Kit (Life Technologies, Foster City, Calif. , USA) ve standard protocol ile yapıldı. Elektroferogramlar SF3B4 mRNA reference sekansı ile karşılaştırıldı

**Bulgular:** AFD düşünülen 6 olgudan ikisinde karyotip anomalisi belirlenirken diğer üç olgu TAR (Trombositopeni, Radius yokluğu), RETT sendromu ve VATER birlikteliği olarak değerlendirildi NS düşünülen ve iki taraflı I. derecede akrabalığı olan olguda SF3B4 gen mutasyonu negatif olarak değerlendirildi; 6 ay sonra bu hastada tekrar 6 haftalık düşük gerçekleşti.

**Sonuç:** Genetik değerlendirme sonuçları ile desteklenmeyen klinik AFD tanımlarında tam genom değerlendirmesi maliyet ve pratik açıdan yük getirmesine rağmen etyolojinin ortaya konamadığı olgularda gerekebilir.

### PB-053

#### İlk trimesterde koroid pleksus ölçümleri. Belirgin asimetri sonrası midtrimesterde bilateral ventrikülomegali: Ardışık 35 olgu analizi

Elif Gül Yapar Eyi, Burçin Salman Özgü

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Ventriküllerin içerisinde yer alan koroid pleksuslar, beyin omurilik sıvısı üretimi, beyin metabolitlerinin temizlenmesi yanında çok sayıda peptid, büyüme faktörü ve sitokin salgılayarak santral sinir sisteminin erken gelişiminde kritik rol alır. Hücre içi glikojen içeriği yüksek telensefalik koroid pleksusların şişmesi, ilk trimesterde koryoid pleksusların görüntülenmesini sağlar. Sepulveda ve arkadaşları tarafından tanımlanan, koroid pleksusun oluşturduğu ultrasonografik "kelebek bulgusu" yapısal serebral anomali tespitinde de kullanılan bir belirteçdir. Çalışma ilk trimester koryoid pleksus ölçümlerinde referans değerlerin belirlenmesini hedeflemektedir.

**Yöntem:** 11-14 gebelik haftaları arasında toplam 35 hastanın verileri çalışmaya alındı. Fetal yapısal anomali ve kombine tarama testi için başvuran gebelerin sonografik muayenelerinde fetal situs belirlendi; ikisi dizigotik ikiz olmak üzere toplam 33 gebeden koroid pleksus ölçümleri sağ ve sol koryoid pleksustan en uzun boy, en geniş en, çevre ve alan olmak üzere iki uygulayıcı tarafından alındı. Biparyetal çap (BPD), baş-popo mesafesi (CRL), ense saydamlığı (NT) ve kafa içi saydamlıklar, mid-serebral arter akımları (MCA) görüntülenerek kaydedildi. Verilerin analizi SPSS 21 ve Techplot programında eşleştirilmiş örnekli t testi, varyans analizi, grafikler ile gerçekleştirildi. p<0.05 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** 35 fetusun sağ ve sol koryoid pleksus ölçümleri arasında, en-boy, çevre ve alan değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı fark kaydedilmedi. Sağ koryoid pleksusun ileri derecede küçük olduğu bir olguda 24. haftada 11 mm bilateral ventrikülomegali tespit edildi

**Sonuç:** İlk trimesterde her iki koryoid pleksusun görüntülenmesi ve ölçümü geniş olgu serilerinde ve ilerleyen gebelik haftaları ile değerlendirilmelidir

### PB-054

#### Primigravid gebelerde yüksek doz oksitosin indüksiyonu ile düşük doz oksitosin indüksiyonu protokollerinin doğum eylemi evrelerinin sürelerine, fetal ve maternal komplikasyonlar üzerine olan etkisinin karşılaştırılması: Prospektif randomize kontrollü çalışma

Ümit Taşdemir, Elif Gül Yapar Eyi

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Doğum eylemi indüksiyonu, doğum eyleminin kendiliğinden başlamasından önce, uterus kontraksiyonlarının uyarıl-



masıdır. Doğum induksiyonu kullanım oranı yıllar geçtikçe artmaktadır, bu oran 1990–2011 yılları arasında %9.5'den %23.2'ye yükselmiştir, fakat hangi protokolün daha güvenli ve ya daha etkili olduğu literatürde hala netlik kazanmamıştır. Bizim amacımız yüksek doz oksitosin protokolü ile düşük doz oksitosin protokolünü güvenilirlik ve etkinlik açısından karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya tekil, canlı, verteks prezentasyonunda, doğumu spontan başlamayan, daha önce geçirilmiş uterin cerrahisi olmayan, konjenital anomali saptanmayan, 37–41 gestasyonel hafta arasındaki 150 primigravid gebe dahil edildi. Bu gebeler oksitosin başlama dozuna ve oksitosin artış dozuna göre iki gruba ayrılarak 75 yüksek doz oksitosin uygulanan grup ve 75 düşük doz oksitosin uygulanan grup oluşturuldu. Yüksek doz oksitosin uygulanan grupta, oksitosin 4 mü/dk dozunda başlanarak, etkili kontraksiyonlar oluşturana kadar her 15 dakikada bir 4 mü/dk arttırılarak infüze edildi. Düşük doz oksitosin uygulanan grupta, oksitosin 2 mü/dk dozunda başlanarak, etkili kontraksiyonlar oluşturana kadar her 15 dakikada bir 2 mü/dk arttırılarak infüze edildi. İstatistiksel depremlendirmeler SPSS 21 versiyonu ile gerçekleştirildi;  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Yüksek doz indüksiyon protokolü, doğum eyleminin I.–II. ve III. evrelerinin sürelerini kısaltmadı. Sezaryen doğum oranları, maternal ve perinatal komplikasyonlar açısından her iki grupta da anlamlı bir fark izlenmedi. Yüksek doz indüksiyon protokolünde koyu mekonyum oranının yüksek olmasına rağmen fetal hipoksi/asidoz ve neonatal sonuçlar açısından istatistiksel farklılık belirlenmedi.

**Sonuç:** Yüksek ve düşük doz indüksiyon yöntemleri arasında sezaryen doğum oranı, maternal ve perinatal komplikasyonlar açısından farklılık görülmemiştir; yüksek doz indüksiyon yöntemi doğum süresini düşük doz indüksiyona göre kısaltmamıştır; bu nedenle iki yöntemin birbirine üstünlüğü gösterilememiştir.

## PB-055

### Percutaneous minimally invasive fetoscopic surgery for spina bifida aperta: first cases in Turkey

İbrahim Alataş<sup>1</sup>, Hüseyin Canaz<sup>1</sup>, Ali Gedikbaşı<sup>2</sup>, Kerem Özel<sup>1</sup>, Ayten Saraçoğlu<sup>3</sup>, Tolga Saraçoğlu<sup>3</sup>, Nursu Kara<sup>4</sup>, Thomas Kohl<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Spina Bifida Research Center, Florence Nightingale Hospital, Istanbul Bilim University, Istanbul; <sup>2</sup>Department of Perinatology, Kanuni Sultan Süleyman Hospital, Istanbul; <sup>3</sup>Department of Anesthesiology and Reanimation, Florence Nightingale Hospital, Istanbul Bilim University, Istanbul; <sup>4</sup>Department of Neonatology, Florence Nightingale Hospital, Istanbul Bilim University, Istanbul; <sup>5</sup>German Center for Fetal Minimal Invasive Surgery, Justus Liebig University, Giessen, Abmany

**Objective:** Myelomeningocele (MMC), one of the most common congenital malformations, can result in severe lifelong

disabilities, including paraplegia, hydrocephalus, Chiari II malformation, incontinence, sexual dysfunction, skeletal deformations and mental impairment. MMC was the first nonlethal anomaly to be treated by fetal surgery. The first fetoscopic approaches for spina bifida closure in humans by maternal laparotomy, uterine exteriorization, and transuterine trocar placement were reported in the United States by Bruner et al. and Farmer et al. Both teams abandoned their fetoscopic approaches because early results were disappointing due to technical difficulties. Since then, fetoscopic fetal surgery for spina bifida has been replaced by an open surgical approach performed currently for several hundreds of human fetuses in North America and also for some fetuses in Brazil, Poland, Spain and Switzerland. Percutaneous minimally invasive fetoscopic approach was defined by Thomas Kohl, to minimize maternal trauma from the open fetal surgical approach. Our aim is to present the first two cases of Turkey and their short term results.

**Methods:** Percutaneous fetoscopic patch closure was attempted for repair of myelomeningocele in two fetuses with L5 and L4 lesions respectively, by a surgical team consists of a perinatologist, pediatric neurosurgeon and a pediatric surgeon.

**Results:** Procedures were performed at 25+2 and 25+4 weeks of gestation, respectively. Follow-up of pregnancies continued for 4 and 5 weeks. Fetuses were delivered at 31+1 and 31+3 weeks of gestation, respectively. Their neural cords were completely covered although in small areas skin closure was incomplete. Complete skin closure occurred beneath an occlusive draping within 4 to 6 weeks.

**Conclusion:** Both neonates showed reversal of hindbrain herniation, near-normal leg function, and satisfactory bladder and bowel function. Ventriculoperitoneal shunt insertion was not required for both neonates.

## PB-056

### Conservative surgical techniques for treatment of massive obstetric hemorrhage in abnormal placental implantation and uterine atony

Ahmet Yalınkaya

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Dicle University, Diyarbakir

**Objectives:** The aim of this study was to discuss the use of new conservative surgical techniques in cases of postpartum massive hemorrhage in abnormal placentation and uterine atony, and to discuss our experience and thereby contribute to the literature.

**Methods:** We prospectively designed this study to include 24 patients and collected the data during the 21-month period between April 2013 and January 2015. The patients' char-

acteristics, antepartum diagnosis methods, gestational age and fetal weight, as well as the surgical techniques used, technical details, blood transfusion, maternal morbidity, complications, and mean duration of hospitalization were assessed.

**Results:** The new conservative surgical techniques were used in 24 patients during the 21-month period. Placenta accreta was diagnosed in 22 patients who had previous cesarean sections. The mean maternal age was  $34.54 \pm 4.28$  (23 to 43) years, the mean gestational age was  $36.68 \pm 1.80$  (30+ to 38+) weeks, and the mean infant weight was  $2,787.82 \pm 640.12$  (800 to 3.695) grams, with the exception of two fetuses that were terminated in early gestation. All patients were operated on using Pfannenstiel and lower uterine segment transverse incision. Yalinkaya's techniques were used to treat all patients for hemostasis. Compression sutures and balloons were required for 12 patients. Uterine atony occurred in three patients. A surgical complication (bladder injury) occurred in only one case. A total six patients required blood transfusions; 2 units of blood were each given to four patients, and 3 units were each given to two patients. The average preoperative and postoperative hemoglobin (Hb) and hematocrit (Htc) levels were calculated as  $11.21 \pm 1.63$  g/dl and  $9.68 \pm 1.13$  g/dl and as  $34.81 \pm 4.35\%$  and  $29.82 \pm 3.39\%$ , respectively. The mean duration of hospitalization was  $1.79 \pm 1.38$  days. Serious maternal complications or maternal mortality did not occur.

**Conclusion:** We suggest that Yalinkaya's techniques are the most effective for massive postpartum hemorrhage. Therefore, if obstetric surgeons and their teams perform these techniques, the number of serious maternal complications and rates of mortality can be decreased. However, these medical professionals will need to improve their experiences and abilities in order to perform these techniques successfully

## PB-057

### Gebelerde demir eksikliği anemisi tedavisinde parenteral demir sükröz tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi

Sertaç Esin, Bülent Yirci, Tuğba Zengin, Ertuğrul Karahanoğlu, Serdar Yalvaç, Ömer Kandemir

*Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

**Amaç:** Oral demir tedavisi, demir eksikliği anemisi tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Ancak hastaların yaklaşık %70'inde görülen yan etkiler ve tedavi süresinin uzunluğu nedeniyle sıklıkla tedavi yarım kalmaktadır. Demir eksikliği ve demir eksikliği anemisi tedavisinde intravenöz demir preparatlarının kullanımı giderek artmaktadır. Çalışmamızdaki amacımız demir eksikliği anemisi olan ve intravenöz demir sükröz tedavisi alan hastaların sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Ocak 2012 ve Nisan 2014 tarihleri arasında demir eksikliği anemisi nedeniyle Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji kliniğinde intravenöz demir sükröz (Venofer) tedavisi alan hastalar retrospektif olarak değerlendirmeye alındı. Hemogloblin düzeyi 6–11 g/l olup oral demir demir tedavisini tolere edemeyen veya düzenli kullanıma rağmen tedaviye yanıt vermeyen hastalardan tedaviye onam verenler çalışma grubuna alındı. Hastalara hemogloblin düzeyleri ve kilolarına göre uygun dozda intravenöz sükröz tedavisi uygulandı. Hastalar takip edildi ve doğum öncesi ve doğum sonrasında değerlendirildiler.

**Bulgular:** 117 hasta çalışmayı tamamladı. Ortalama anne yaşı  $26.6 \pm 5.2$  idi. Venofer uygulamasında medyan gebelik haftası 31.1 haftaydı (26.8–34.3). Venofer tedavisi öncesinde ortalama hemogloblin, hematokrit ve ferritin düzeyleri sırası ile  $8.0 \pm 0.6$  g/l,  $25.7 \pm 2.0$  and  $12.3 \pm 0.9$  µg/L idi. Ortalama 9.1 (6–12) ampül Venofer uygulandı. 99 (85%) hastada 1 günden daha uzun Venofer tedavisine ihtiyaç duyuldu. 75 (64.1%) hastada normal spontan vajinal doğum gerçekleşti. Doğum öncesi ve sonrasında hemogloblin, hematokrit ve ferritin düzeyleri sırası ile  $10.8 \pm 1.3$  g/l;  $9.9 \pm 1.3$  g/l.  $33.5 \pm 4.0$ ;  $30.8 \pm 4.0$  ve  $89.6 \pm 0.7$  µg/L;  $98.1 \pm 0.9$  İg/L idi. Ortalama doğum haftası 39.2'ydi (38.2–40.2). Venofer uygulamasından doğuma kadar geçen süre ortalama 7.4 (4.1–11.5) haftaydı. Venofer tedavisini tamalayan hastalardan sadece 2 kişide hemogloblin düzeyinde artış gözlenmezken diğer tüm hastalarda artış gözlemlendi. Venofer tedavisi öncesi ve doğum öncesi değerler karşılaştırıldığında hemogloblin ve hematokrit değerlerinde sırası ile 2.8 g/l ve %7.8 artış saptandı ( $p=0.001$  and  $p=0.001$ ). 5 hastada infüzyon yerinde hafif kaşıntı şikayeti dışında başka yan etki gözlenmedi.

**Sonuç:** Çalışmamız sonuçlarına göre, gebelerde demir eksikliği anemisi tedavisinde, intravenöz demir sükröz oldukça etkili ve güvenlidir. Daha sağlıklı sonuçlara ulaşabilmek için daha fazla gebe üzerinde oral-intravenöz ve değişik intravenöz demir ürünlerinin karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## PB-058

### Düşük riskli gebeliklerde modifiye Robson kriterleri ile sezaryen oranlarının dağılımı: Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi 2013–2015

Elif Gül Yapar Eyi

*Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

**Amaç:** Dünya Sağlık Örgütü herhangi bir ülke, ya da etnik grup için, sezaryen (C/S) oranının %15'in üzerine çıkmamasını hedeflemektedir. İstatistiksel değerlendirmelerde %52 ile,

Avrupa içerisinde sezaryen oranı en yüksek, OECD ülkeleri içinde de Brezilya ve Çin den sonra üçüncü sırada gelen Türkiye için önümüzdeki dekatta C/S oranı öngörüsünde, Robson sınıflandırmasındaki basit obstetrik parametreler (parite, önceki C/S, gebelik haftası, eylem başlangıcı, fetal prezentasyon ve fetus sayısı) üzerinden model oluşturmak ve artışı kesecek önlemler alınmasına çalışmak ülkemizin sağlık politikalarına yanıtımlıdır. Bu çalışma, düşük risk grubundaki gebelerde Robson sınıflandırması ile C/S oranlarının değerlendirilmesi ve yorumlanması amacı ile gerçekleştirilmiştir.

**Yöntem:** Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi Doğum Ünitesi C/S oranları 2013 Ocak–2015 Temmuz dönemleri arasında prospektif kohort çalışma ile Robson klasifikasyonu ile hasta üzerinden ve doğum kayıtları esas alınarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Düşük risk grubunda ve 37 hafta ve üzeri gebeler için: nullipar, baş gelişi prezentasyonu olan, indüksiyon uygulanmayan Robson 1 grupta C/S oranları 2013 için %30.2, 2014 için %26.9 ve 2015 için %38.6 ile en yüksek bulunurken, Robson 2 grubu, nullipar, baş gelişi prezentasyon, indüksiyon uygulanan gruba bu değerler yıl sıralarına göre: %28.2, %20.8 ve %26.5 olarak bulundu. Multiparite, Robson 3 ve 4 klasifikasyonunda C/S oranlarını %15'in altına çeken en önemli faktördü. Hem multipar ve hem de nulliparlarda makad prezentasyon ve geçirilmiş C/S (Robson 5,6,7), tanı konan her olguda C/S ile sonuçlanmakta idi.

**Sonuç:** Düşük risk grubunda primer C/S oranlarının düşürülmesi öncelikli hedef olmalı; nullipar grup için normal vaginal doğum desteklenmeli, makad prezentasyonlarda eksternal versiyon uygulamaları başlatılmalıdır.

#### PB-059

##### Plasenta akreta ön tanısı ile histerektomi uygulanan 25 olgunun değerlendirilmesi

Elif Gül Yapar Eyi, Sema Zergeroğlu, Ali Turhan Çağlar

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Türkiye, Avrupa içerisindeki %52 ile en yüksek sezaryen (C/S) oranına sahip ülke olması nedeni ile anne yaşamını tehdit eden, histerektomiye götüren başta plasenta akreta olmak üzere C/S ile ilişkili komplikasyonlar açısından risk altındadır. Geçirilmiş C/S nedeni ile myometrial harabiyet oluşmuş, C/S skarı üzerine yerleşen ön ya da arka plasenta previa, plasenta akreta açısından riskli grubu oluşturur. Gri skala ultrasonografi, plasenta akreta tanısı için sensitif ve hem de spesifik olarak tanımlanmışsa da, C/S sırasında plasenta akreta/inkreta ön tanısı ile histerektomi uygulanan olgularda, histopatolojik tanı farklılıklar gösterebilmektedir. Çalışma, plasenta akreta/inkreta/perkreta ön tanısı ile histopatolojik değerlendirme için patolojiye gönderilen 25 histerektomi spesimeninin değerlendirilmesini içermektedir.

**Yöntem:** Plasenta akreta tanısı histopatolojik değerlendirme ile, koryon villuslarının desidua bazaliste sınırlı olarak yerleşmesi yerine plasentanın tamamının ya da bir kısmının uterus duvarının kas tabakasına (myometrium) anormal tutunması ile belirlenir. “Plasenta akreta” invazyon derinliğine göre sınıflandırılır. Plasenta akreta koryon villüsleri myometriuma tutunmuştur Plasenta inkreta: Koryon villüsleri myometrium içindedir. Plasenta perkreta: Koryon villüsleri myometrium boyunca yayılmış, serozaya uzanmıştır. Plasenta akreta/inkreta ön tanısı olan 21 ve plasenta perkreta tanısı olan 4 olgunun histerektomi spesimenleri değerlendirildi.

**Bulgular:** Olgular içinde ön tanı olarak plasenta akreta/inkreta olan 21/25 (%84), plasenta perkreta 4/25 (16%) idi. Plasenta akreta ve inkreatada ön tanı-histopatolojik tanı uyumu 4/21 (%16), plasenta perkretada 4/4 (%100) idi.

**Sonuç:** Özellikle geçirilmiş C/S sonrası myometrial tabakanın defektli olduğu olgularda, plasentanın tutunma anomalileri yanında, endomyometrit, uterin arter ve dallarının yaralanmaları, uterin atoninin farmakolojik tedavisi, sıvı replasmanı, kan kan ürünleri ve fibrinojen replasmanının, tampon uygulamalarında gecikme ve eksikliklerin, eş zamanlı cerrahi hemostazın yeterli olmamasının ve “histerektomi için geç olması endişesinin” histerektomi nedeni olabileceği düşünülmüştür.

#### PB-060

##### İzole fetal plevral efüzyon -hipogenetik akciğerler-, sağa itilmiş, aksı değişmemiş kalp: Scimitar sendromu (pulmoner venolobar sendromu). Prenatal sonografik bulgular

Elif Gül Yapar Eyi

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Scimitar sendrom ya da pulmoner venolobar sendromu, nadir, sağ akciğerden doğrudan sol atriuma dönüş yerine sistemik venöz sisteme, en sık olarak vena kava inferior (VCI)'a, sağ atriuma ya da portal vene dönüş anomalisidir. Pulmoner venöz dönüş anomalisi kısmi ya da tam olabilir. Venöz dönüş anomalili pulmoner venlerin görüntüsü eğrisel, pala şeklindedir. Kalbin sağda oluşu ve soldan sağa şantla karakterize malformasyon 4. gebeliğinde, daha önce normal gelişimde üç çocuğu olan, ilaç kullanımı ve akrabalık öyküsü ve kendisinde ve ailesinde bilinen konjenital malformasyon olmayan, Çorumdan tarama ultrasonografisi için refere edilen 20 haftalık gebede belirlendi. Sendrom, ayırıcı tanı, gebelik ve neonatal yönetim ve prognoz tartışılmaktadır.

**Yöntem:** Prenatal değerlendirme gri-skala ultrasonografi, renkli akım, pulsed wave Doppler ve power Doppler anjiyografi ile yapıldı.

**Bulgular:** Tanısal açıdan kalp malpozisyonu pulmoner venöz drenaj anomalisi şüphesi ile birleştiginde scimitar sendromu

akla gelebilirdir; ancak pulmoner venöz drenaj anomalisinin prenatal tanısı zorluklar arz edebilir.

**Sonuç:** Situs inversus olmaksızın fetal kalpte dekstropozisyonun en sık nedeni diafragma hernisidir. Diafragma hernisi ya da sol akciğerde bronkopulmoner sekestrasyon düşündürecek hiperekojenik kitle yok ise, scimitar sendromu akla gelmelidir.

## PB-061

### Preeklampside pendrin ekspresyonu

Ali Taner Anuk<sup>1</sup>, Sabahattin Altunyurt<sup>1</sup>, Semir Köse<sup>1</sup>, Erdener Özer<sup>2</sup>, Canan Fırat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Günümüzde kabul gören preeklampsisi patogenezi algoritmasında eksik bağlantıların olduğu bilinen bir gerçektir. Özellikle neredeyse başka hiçbir hastalıkta görülmeyen bir şekilde akut olarak ortaya çıkan hipertansiyonun preeklampsisiye özgü karakterinin ve homeostatik değişikliklerin kökeni halen aydınlatılmamıştır. Plasentada varlığı gösterilmiş ve kan basıncı kontrolünde kritik rol oynadığı bilinen pendrinin preeklampside çalışılması kaçınılmaz olmuştur ve bu alandaki ilk çalışma 2013 yılında ülkemizden çıkmıştır. Çalışmamızın amacı Karataş ve ark.<sup>1</sup>'nin plasentada yaptıkları çalışmanın devamını, asıl belirleyici olduğunu düşündüğümüz plasental yatakta tekrarlamak ve plasental fonksiyonun temel hücreleri olan sinsityotrofoblastlardaki pendrin ekspresyon durumunu değerlendirmek idi.

**Yöntem:** Çalışmamız olgu-kontrol türünde bir araştırma olup Mart 2014–Mart 2015 tarihleri arasında kliniğimizde yatırılarak takibe alınan, preeklampsisi ve gestasyonel hipertansiyon tanısı ACOG 2002 kılavuzuna uygun olarak konulan ve doğumu yine kliniğimizde sezaryen doğum ile gerçekleştirilen olguların dahil edilmesi planlandı. Sezaryen doğum sırasında fetusun doğumunu takiben plasental yatak biyopsileri standart servikal punch biyopsisi pensisi ile uluslararası kabul görmüş rehberlerdeki teknik tarifler kullanılarak alındı. Örnekler olgu başına 2 örnek olmak üzere 0.5–1 cm küp boyutlarında, desidua bazalisi içerecek şekilde toplandı. Örnekler %10 formol içerisinde fikse edildi. Ardından immunohistokimyasal analiz uygulandı. Mikroskopik inceleme iki patolojik gözlemci (EÖ ve CF) tarafından, kesitlerin alındığı olgunun özelliklerine karşı kör şekilde çalışıldı. Yapılan yarı niceliksel skorlama ile pendrin ekspresyonu boyanma yoğunluğuna göre negatif (-), zayıf boyanma (+) orta şiddette boyanma (++) ve şiddetli boyanma (+++) olarak kategorize edildi. Elde edilen veriler preeklampsisi ve gestasyonel hipertansiyon olgularındaki ve kontrol grubundaki pendrin ekspresyonları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmamızda 65 adet plasental yatak biyopsisi dahil edilme kriterlerine uygun bulunarak analiz edildi. Preeklampsisi ve gestasyonel hipertansiyon grubunda 35 olgu, sağlıklı kontrol grubunda 30 olgu mevcuttu. Erken başlangıçlı preeklampsisi grubunda 13 olgu mevcuttu; 3 olguda boyanma negatif (-), 8 olguda hafif boyanma (+), 1 olguda orta şiddette boyanma (++) ve 1 olguda yoğun boyanma (+++) izlendi. Geç başlangıçlı preeklampsisi grubunda 15 olgu mevcuttu; 11 olguda negatif boyanma (-), 2 olguda hafif boyanma (+), 2 olguda da orta şiddette boyanma (++) izlendi. Geç başlangıçlı preeklampsisi olgularında yoğun boyanma izlenmedi. Gestasyonel hipertansiyon olgularında 7 olgu mevcuttu; 4 olguda negatif boyanma (-) ve 3 olguda hafif boyanma (+) izlendi. Kontrol grubunda 22 olguda negatif boyanma (-) ve 8 olguda hafif boyanma (+) izlendi.

**Sonuç:** Preeklampsinin merkezinde yer alan hipertansiyonun ortaya çıkış mekanizması çok sayıda araştırmaya konu olmuş ancak halen aydınlatılmamıştır. Son yıllarda özellikle Nefroloji alanında yayınlanan makalelerde pendrinin aldosteron bağımlı hipertansiyonda önemli rol oynadığı ortaya çıkmıştır. Aldosteron ve klor bağımlı hipertansiyon patogenezi pendrin ekspresyonunun önemli bir düzenleyici mekanizma (adaptasyon veya kompensasyon) olduğu yönünde kanıtlar biriktirmektedir. Çalışmamızda özellikle erken başlangıçlı preeklampsisi olgularındaki ekspresyon artışı pendrinin preeklampsisindeki yeri konusundaki araştırmalara katkıda bulunmuştur. Pendrin, preeklampsisi halen etkili bir tedavinin olmadığı hipertansiyonun kontrolünde yeni geliştirilecek antihipertansif tedaviler için hedef molekül olmaya adaydır.

## PB-062

### Düşük riskli multipar gebelerde yüksek ve düşük doz oksitosin indüksiyonu protokollerinin doğum eylemi evrelerinin sürelerine, fetal ve maternal komplikasyonlar üzerine etkisinin karşılaştırılması: Prospektif randomize kontrollü çalışma

Kadriye Erdoğan, Elif Gül Yapar Eyi

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Giderek oranı artan doğum eylemi indüksiyonu, eylem başlamadan önce uterus kontraksiyonlarının mekanik ve farmakolojik ajanlarla uyarılmasıdır. Eylem indüksiyonundan en çok kullanılan ajan oksitosin için bile hangi dozların uygulanması gerektiği, hangi protokolün daha güvenli veya daha etkili olduğu literatürde hala netlik kazanmamıştır. Çalışmamızın amacı, düşük riskli multipar gebelerde yüksek doz oksitosin protokolü ile düşük doz oksitosin protokolünü güvenilirlik ve etkinlik açısından karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Canlı, tekil, 37–41 gestasyonel haftaları arasındaki verteks prezentasyonunda, geçirilmiş uterin cerrahisi olmayan,



konjenital anomali belirlenmeyen, doğumu başlamamış 150 multipar gebe, oksitosin başlama ve artış dozuna göre randomize edilerek iki gruba ayrıldı. 75 gebeye yüksek doz oksitosin, 75ine düşük doz oksitosin infüzyon pompası ile uygulandı. Yüksek doz oksitosin uygulanan grupta, oksitosin 4 mIU/dk dozunda başlanarak, etkili kontraksiyonlar oluşturana kadar her 15 dakikada bir 4 mIU /dk arttırılarak infüze edildi. Düşük doz oksitosin uygulanan grupta, oksitosin 2 mIU /dk dozunda başlanarak, etkili kontraksiyonlar oluşturana kadar her 15 dakikada bir 2 mIU /dk arttırılarak infüze edildi.

**Bulgular:** Yüksek doz indüksiyon protokolü,ile düşük doz indüksiyon protokolü arasında vajinal doğum ve C/S doğum oranları, C/S indikasyonları, maternal komplikasyonlar açısından farklılık izlenmedi. Yüksek doz indüksiyon, doğum eyleminin I. , II. ve III. evrelerinin süreleri kısalmadı. C/S doğum oranları, maternal ve perinatal komplikasyonlar açısından her iki grupta da anlamlı farklılık izlenmedi. Yüksek doz indüksiyon protokolü ile koyu mekonyum oranında artış belirlendi; ancak yenidoğan umbilikal kordon kan gazı değerlerine yansıma tespit edilmedi.

**Sonuç:** Multipar gebelerde, yüksek doz ve düşük doz indüksiyon yöntemleri arasında sezaryen doğum oranı, indikasyonları, maternal komplikasyonlar açısından farklılık gösterilemedi.

### PB-063

#### Doğum eylemi indüksiyonu: Farmakolojik ve mekanik 4 farklı yöntemin advers etkileri

Elif Gül Yapar Eyi, Şevki Çelen, Ümit Taşdemir, Mehmet Ş Özkan, Burçin Salman Özgü

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Doğum eyleminin indüksiyonu, spontan doğum eylemi öncesi ya da membranlar tüptüre olmaksızın uterus kontraksiyonlarını oluşturmak için kullanılan mekanik ve farmakolojik teknikleri ifade eder. Sezaryen (C/S) oranlarının yüksek ve eylem öncesi C/S'e alınan gebelerin çok olduğu kliniklerde indüksiyon, C/S oranlarını düşürebilir. Nullipar gebelerde mekanik ve farmakolojik indüksiyon yöntemlerini karşılaştırarak advers etkilerin ve C/S oranlarının değerlendirmesi prospektif randomize çalışmanın amacını oluşturmaktadır.

**Yöntem:** Çalışma 37 veya üzerinde gebelik haftalarında, fetal kardiyak aktivitesi pozitif, baş prezentasyonunda ko-morbid hastalığı olmayan, ilaç kullanmayan ve doğum eylemine girmemiş (membran rüptürü olmayan) toplam 240 primigravid gebe üzerinde gerçekleştirildi. Transvajinal ultrasonografide servikal açıklık 1 cm ve servikal uzunluk 20mm üstünde olan olgular çalışma harici bırakıldı. Major uterus operasyonu geçirenler, sefalopelvik uygunsuzluk, fetal malprezentasyonlar, düzenli uterin kontraksiyonları olanlar, çoğul gebelik, plasenta pre-

via veya vaginal kanama, koryoamnionit, tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Randomizasyon ile gebeler dört alt gruba ayrılarak yavaş salımlı vaginal dinprostone (80 hasta), yüksek doz oksitosin (60 hasta), düşük doz oksitosin (53 hasta), servikal olgunlaştırıcı balon (CRB) (47 hasta) uygulandı. Eylem süresince sürekli eksternal fetal kardiyotokografik monitorizasyon gerçekleştirildi Etkin kontraksiyonların sağlanması, dilatasyonunun olmaması ya da dilatasyonda durma, başın inimesi ya da inişinin durması, 6 cm'e kadar servikal dilatasyon, vaginal doğumun gerçekleşmesi, advers etkiler: "Kategori II fetal kalp atımları", "Kategori III fetal kalp atımları", takisistoli, ya da fetal kalp atımlarında Tip II Tip III değişimlerle uterin takisistoli, mekonyumlu amniyon mevcudiyeti, koryoamnionit, 7nin altında Apgar skorları,yenidoğan resüsitasyonu, yenidoğan doğum ağırlığı, fetal asidoz, yenidoğan ensefalopatisi, yenidoğan yoğun bakım ünitesi kabülü, doğum sonrası kanama her grup için değerlendirilerek karşılaştırıldı.

**Bulgular:** C/S oranları yüksek doz oksitosin ile %22.3 (14/60), düşük doz oksitosin ile %26.4 14/53 dinprostone ile %26.3 (21//80), CRB balon ile %24.6 (12/47) idi, 6 cme kadar servikal dilatasyon, advers etkiler: Kategori II fetal kalp atımları, Kategori III fetal kalp atımları, takisistol ya da fetal kalp atımlarında Tip II Tip III değişimlerle uterin takisistol,, koryoamnionit, 1. ve 5 dakika 7'nin altında Apgar skorları, yenidoğan resüsitasyonu, yenidoğan doğum ağırlığı, fetal asidoz, yenidoğan ensefalopatisi, yenidoğan yoğun bakım ünitesi kabülü açısından fark belirlenmedi. Mekonyumlu amniyon mevcudiyeti yüksek doz oksitosin uygulanan grupta anlamlı farklılık gösterirken, CRB uygulaması sırasında ani fetal bradikardi 3 (üç) hastada gelişti.

**Sonuç:** Hasta takibinin sıkı kurallarla gerçekleştirilebildiği C/S oranı yüksek kliniklerde, kabul edilebilir bir neden ile ve mutlaka hasta ile mutabakat sağlanarak yapılan eylem indüksiyonu C/S oranlarının düşürülmesine katkı sağlayabilir.

### PB-064

#### The impact of intrahepatic cholestasis of pregnancy on fetal cardiac and peripheral circulation

Esra Bahar Gür<sup>1</sup>, Seçil Kurtulmuş<sup>1</sup>, Deniz Öztekin<sup>1</sup>, Ebru Şahin Güleç<sup>2</sup>, Duygu Okyay<sup>2</sup>, İbrahim Gülhan<sup>2</sup>

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

**Amaç:** The aim of this study was to evaluate changes in fetal cardiac and peripheral circulation in pregnancies complicated with intrahepatic cholestasis

**Yöntem:** The Doppler examination results of 22 pregnant subjects complicated with intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP) and 44 healthy controls were compared. The pa-

rameters of fetal cardiac circulation were pulmonary artery and aortic (Ao) peak systolic velocity (PSV), pulmonary vein (Pv), peak velocity index (PVI) and pulsatility index (PI), mitral valve (MV) and tricuspid valve (TV), early diastole (E)- and atrial contraction(A)-wave peak velocity ratio (E/A), and isthmus aortic peak systolic velocity (IAo PSV). The parameters of fetal peripheral circulation weremiddle cerebral artery (MCA) and umbilical artery (UA) PI, resistance index (RI), systolic/diastolic (S/D) ratio. Fetal obstetric Doppler monitoring wasconducted weekly before 36 weeks and biweekly after that, and the results were compared with the normal reference values for gestational age.

**Bulgular:** The Doppler parameters of fetal cardiac and peripheral circulation did not significantly differ between the two groups. S/D ratio readings in the ICP group were significantly above 2 SD before 35 weeks of gestation. Women with ICP had increased risks of preterm delivery, neonatal unit admission, and meconium-stained amniotic fluid compared with those in the controls.

**Sonuç:** Fetuses of pregnant women with ICP showed no differences in the evaluation of cardiac and peripheral Doppler measurements compared with fetuses of healthy mothers. The Doppler investigation of the umbilical artery may be useful in monitoring of pregnancies complicated by early onset intrahepatic cholestasis.

### PB-065

#### Yenidoğan ölüm nedenleri (Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi 2012–2014) eksik bıraktıklarımız

Elif Gül Yapar Eyi

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** III. basamak yenidoğan ölüm kayıtları, yenidoğan ölüm nedenlerinin belirlenmesi, antenatal ve yenidoğan dönemine ait değerlendirmeler, tanı- takip-tedavi protokollerinin geliştirilmesi açısından önem arz eder.

**Yöntem:** 2012, 2013 ve 2014 yıllarında 20 hafta ya da 400 gram üzeri neonatal ölüm kayıtları önceden tanımlanan kriterlere göre değerlendirilerek; 1. Konjenital malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozomal anomaliler, 2. Prematürite ve düşük doğum ağırlığına bağlı nedenler, 3. Ani bebek ölüm sendromu, 4. Annedeki gebelik komplikasyonlarından etkilenen yenidoğan, 5. Plasenta, kordon ve zarlardaki komplikasyonlardan etkilenen yenidoğan 6. İstenmeyen yaralanmalar, Yenidoğanın solunum sıkıntısı, 7. Yenidoğanının bakteriyel sepsisi, 8. Neonatal hemoraji, 9. Yenidoğanın nekrotizan enterokoliti olarak ayrıldı. Ölümüne yol açan neden/durum belirlenirken fetusun ağırlığı, fetal ölüm zamanı, otopsi uygulanıp uygulanmaması, plasentanın histolojik değerlendirmesini yapı-

lıp yapılmaması göz önüne alındı. Değişkenler arasındaki korelasyonlar ölüm nedenlerini aydınlatmaya yönelik olarak multiple lojistik regresyon modeli üzerinden değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmelerde SPSS 22 versiyonu kullanıldı.

**Bulgular:** Hastane kaynaklı neonatal mortalite oranları başta prematürite ve prematüriteye bağlı komplikasyonlara bağlı olarak 2012’de 11.64%, 2013’de 9.48% ve 2014’de 10.1% idi. Ölümler içinde 2500 gram üzeri neonatal ölümler olguların %13.6 sını oluştururken, en fazla ölüm olan grubun 500–999 gram arasında %47’lik grup olduğu, ikiz ve üçüz gebeliklerde kayıp oranlarının yüksek olduğu, C/s oranlarının %50’lerin üzerinde olduğu ve erkek fetuslarda ölüm oranlarının yüksek olduğu, diafragmatik herniaya bağlı ölümlerde prenatal tanı açısından sorunlar yaşandığı ve otopsi sayılarının 2012’de 28, 2013’de 18 ve 2014’de 10 olarak kayıtlara geçtiği belirlendi

**Sonuç:** Nedenler değerlendirildiğinde: yenidoğan ölümlerinin azaltılmasına yönelik koruyucu stratejilerin, özellikle erken doğum öyküsü olan gruba progesteron profilaksisi verilmesinin, çoğul gebeliklerin önlenmesinin, planlı bir gebelik takibinin ve ultrasonografik fetal anomali taramasının sistematik ve doğru yapılmasının neonatal ölümlerin azaltılmasında yararlı olacağı kanısındayım.

### PB-066

#### Kaybedilmek üzere olan obstetrik hastaların değerlendirilmesi

Muhittin Eftal Avcı<sup>1</sup>, Fatih Şanlıkan<sup>2</sup>, Sümeyra Okur<sup>2</sup>, Ahmet Göçmen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Kliniğimize neredeyse kaybedilecek düzeyde ağır morbiditelerle gelen gebe hastaların demografik özelliklerini, klinik ve laboratuvar bulgularını ve bu olgulara uygulanan tedavi yaklaşımları ve sonuçlarını değerlendirmek.

**Yöntem:** Bu çalışmada Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı’na 01 Ocak 2008 ve 01 Eylül 2014 tarihleri arasında başvuran toplam 20.403 doğum vakası geriye yönelik incelendi. Kaybedilmek üzere olan hasta profilleri için WHO 2011 yılı “Dünya Sağlık Örgütü maternal sağlık için kaybedilmek üzere olan hasta takip kılavuzu” tarafından kabul edilen tanımlamalara göre incelenmiştir ve olguları belirlemek için yoğun bakım ünitesi kayıtlarından ve ICD kodları taranmasından yararlandı. Gebeler için ölümle sonuçlanmasa da ölüm riski ile yüz yüze kalıp iyileşmiş olgular tespit edildi.

**Bulgular:** Kaybedilmek üzere olan hasta profiline sahip hastaların oranı %0.37 idi. Olguların yaş, gravida ve parite orta-

lamaları sırasıyla  $28.87 \pm 6.78$ ,  $2.45 \pm 1.48$ ,  $1.12 \pm 1.2$ 'dir. Olguların gestasyonel hafta ortalaması  $35.25 \pm 3.97$  (24–41 hafta). Olguların gebelik sonlanma şekli; 68 vaka (%88.3) sezaryen (C/S) ile 4 vaka (%5.2) normal spontan vajinal doğum ile sonlanmış, 5 hastaya da (%6.5) peripartum histerektomi yapılmıştır. Olguların 54'ünde (%70.1) preeklampsi, 18'inde (%23.4) eklampsi görülmüştür. 11 hastada (%14.5) HELLP sendromu izlenmiştir. Olguların 21'inde (%27.3) postpartum kanama görülmüş olup, 13 hastada (%16.9) atoni, 3 hastada (%3.9) plasenta invazyon anomalileri, 2 hastada (%2.6) uterin rüptür, 1 (%1.3) hastada da rest plasenta görülmüştür. Post partum kanamaya yapılan müdahaleler incelendiğinde; 11 (%14.3) olguda 7 üniteden fazla kan transfüzyonu, 8'inde (%10.4) postpartum kanamada lynch sütürasyonu, 7'sinde (%9.1) postpartum hipogastrik arter ligasyonu, 1 (%1.3) olguda rest partiküllerin temizlenmesi ve 1'inde (%1.3) postpartum balon tampon kullanımı görülmüştür.  $\leq 18$  yaş normal doğum görülme oranı, 19–34 yaş arasında sezaryen,  $\geq 35$  yaş postpartum histerektomi görülme oranı yüksektir. Gebelik sonucuna göre NSVD, C/S ve postpartum histerektomi açısından değerlendirildiğinde postpartum kanama görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ).

**Sonuç:** Neredeyse kaybedilecek obstetrik hasta, mortaliteye doğru hızla yol alan akut hastadır ve bu nedenle obstetrik bakımı kolaylaştırmak için “near miss” kaybedilmek üzere olan hasta profilini tanımak, tanımak için de pratik, kullanımı kolay, basit bir tanımlama yapılması gerekmektedir. Bu hastaların belirlenmesinin kritik hastaların takibinin kalitesini artırmak bu sayede hastaların uygun kriterlere (organ-sisteme dayanan kriterler daha faydalı olabilmektedir) göre tanısının konulması ve zamanında tıbbi-cerrahi bakım ile mortaliteden döndürülmesi büyük oranda mümkün olabilir.

#### PB-067

##### Gebe hastada posterior reversibl ensefalopati sendromu

Deniz Kulaksız, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu, Turhan Aran

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

**Amaç:** Posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) sıklıkla eklampsi ile birlikte izlenen radyografik klinik bir tanıdır. Kan basıncındaki ani artışla birlikte baş ağrısı, nöbet, görsel kayıp, görmede bulanıklık görülür. Manyetik rezonans görüntüleme ile beyin dokusunun değerlendirilmesi tanıda altın standarttır. Bir vaka nedeniyle gebelikte görülen PRES tanısı ve tedavisi konusunda literatür incelemesi yapmak istedik.

**Yöntem:** Retrospektif dosya taraması olarak olgumuzu inceledik.

**Bulgular:** Gebe hasta acil servise yakınları tarafından aniden olan kasılma ve titremeden oluşan nöbet ile getirildi. Uterin fundus ksifoidin 4 cm aşağısındaydı, status epileptikus halinde olan hastanın kontraksiyonlarının olması ve berrak amniyon mai gelişi izlenen hasta fetal iyilik hali değerlendirildikten sonra güven vermeyen fetal durum nedeni ile hasta acil sezaryene alındı. TA:160/90 civarında seyretmekteydi. 1. dakika apgar skoru 3, 5. dakika apgar skoru 5 olan erkek bebek doğurtuldu. Kan gazı pH'sı 7.36 ve BE: -2.3 idi. Doğum sonrası hastanın bilinci açıldı. Hasta 20 yaşında ve ilk gebeliğiydi. Tip 1 DM nedeni ile insülin tedavisi almaktaydı. TA: 120/80 ve nabız sayısı:104 idi. Rh uyumsuzluğu tespit edilen hastaya anti Rh D immunglobulin uygulandı. Hasta acil servise başvurduktan sonra magnezyum tedavisi başlandı. Postoperatif dönemde idrar çıkımı, derin tendon refleksleri ve magnezyumun kandaki seviyesi aralıklı olarak takip edildi. 24 saat boyunca idrar biriktirildi ve beyin MR çekildi. 24 Saatlik idrarda protein miktarı 2.4 gramdı. Beyin MR incelemesinde bilateral frontoparietookcipital loblarda multipl ve simetrik lezyonlar saptandı. Bulgular posterior reversibl ensefalopati sendromunu destekler nitelikteydi.

**Sonuç:** Sonuç olarak posterior reversibl ensefalopatının yaygın bir sebebi olan eklampsinin yönetimi acil ve uyanık olunması gereken bir durumdur. Nöbet ile başvuran her gebe eklampsi ön tanısı ile izlenmeli ve müdahale edilmelidir.

#### PB-068

##### Plasenta previa ve akretada konservatif ve cerrahi yönetim: 5 yıllık klinik tecrübe

İlay Gözükara, Oya Karapınar, Ali Ulvi Hakverdi, Kenan Dolapçioğlu, Dilek Silfeler, Mustafa Doğan Özçil, Raziye Kurt, Ayşe Okyay, Arif Güngören

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

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı plasenta previa yönetiminde 5 yıllık klinik sonuçlarımızın değerlendirilmesidir

**Yöntem:** Retrospektif olarak yapılan çalışmada, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde 2009 ve 2014 yılları arasında sezaryen uygulanan total plasenta previa tanılı hastalar dahil edilmiştir. Hastaların dosya kayıtları incelenmiş ve demografik özellikleri, cerrahi yaklaşımlar ve sonuçları değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 67 hastanın değerlendirilmesinde, 32 hastaya postpartum histerektomi, 40 hastaya hipogastrik arter ligasyonu, 12 hastaya uterin sütürler ve 3 hastaya Foley sonda uygulanmıştır. Uterin sütür ve Foley sonda uygulanan hastaların tamamı histerektomi yapılmayan grupta yer almaktadır. Hipogastrik arter ligasyonu yapılan 40 hastanın 27'sine (%67.5) takiben postpartum histerektomide yapıldığı,

Hipogastrik arter ligasyonu yapılmayan 27 hastanın 5 inde postpartum histerektomi yapıldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu izlenmiştir (p 0.001). Histerektomi yapılan hastaların patoloji sonuçları 8 (%25) hastada akreata, 11 (%34.4) hastada inkreata, 10 (%31.3) hastada perkreta ve 3 (%9.4) hastada plasental invazyon yok olarak rapor edilmiştir. Komplikasyonlar incelendiğinde 9 hastada mesane yaralanması, 1 hastada vajen cuff hematomu ve 1 hastada dissemine intravasküler koagülopati gelişmiştir. Neonatal sonuçlarda ortalama doğum haftası 35.2, doğum ağırlığı 2674 g ağırlığında ve APGAR skorları 6.7/7. 8 izlenmiştir. İki yenidoğanda fetal anomali izlenmiştir.

**Sonuç:** Plasenta previa ve akreatada konservatif yaklaşımlar seçilmiş vakalarda alternatif yöntem olabilir. Ancak HAL'nin bu hastalarda organ koruyucu etkinliği şüpheli görünmektedir.

## PB-069

### Obstetrik ikilem: Mirror sendromu

Emre Zafer, Sümeyra Nergiz Avcıoğlu, Burcu Bıçakçı, Selda Demircan Sezer, Alper Tanrıverdi

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

**Amaç:** Olgu sunumu aracılığıyla ender görülen Mirror sendromunun riskleri nedeniyle obstetrik hasta yönetimindeki zorlukları vurgulamak.

**Yöntem:** İleri maternal yaşta primigravid IVF ikiz gebelikte hızla gelişen Mirror sendromu.

**Bulgular:** 44 Yaşında, G1, P0, 22 hafta 2 günlük ikiz gebeliği olan hasta bacaklarda ödem, halsizlik, şiddetli kasık ve sırt ağrısı şikâyetleri ile başvurdu. Son 18 saattir idrar çıkışı olmadığı ve son üç günde 10 kg kilo alımı olduğu öğrenildi. Değerlendirmede tansiyon 110/60 ve kalp hızı 110/dk bulundu. Ancak dış merkezde nifedipin verildiği öğrenildi. Fizik muayenede vulvar ve 4+ bilateral alt ekstremitte ödemi dikkati çekti. Akciğer oskültasyonunda bazal raller duyuldu. Supin dispne farkedildi. Obstetrik ultrasonografide fetus A 21 hafta 6 gün, fetus B ise 20 hafta 1 gün ile uyumlu, tek plasentalı canlı ikiz gebelik izlendi. Fetus A'nın tahmini fetal ağırlığının (EFW) normal sınırlarda, ancak fetus B'nin EFW 'sinin 10. persentilin altında IUGR ile uyumlu olduğu saptandı. Amniyotik sıvı, IUGR olan fetusta oligohidramniyotik, haftasıyla uyumlu gelişim gösteren fetusta polihidramniyotik ölçüldü. Plasenta ödemli olarak değerlendirildi. Fetus A'da genişlemiş umbilikal kordon çapı ve minimal perikardiyak efüzyon izlendi. Umbilikal kordon Doppler değerlendirmesinde indeksler normal bulundu. Laboratuvar incelemesinde anemi, hiponatremi, karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme, hiperbilirubinemi ve spot idrar örneğinde 1+ proteinüri, 2+ ürobilinojen varlığı dikkati çekti. Ayrıca protrombin zamanı ve aktive par-

siyel tromboplastin zamanı hafif artmış bulundu. Özgeçmişinde ise endometriozis ve hidrosalpinks için iki ayrı cerrahi geçirdiği ve bu gebeliğin in vitro fertilizasyon sonucu gerçekleştiği öğrenildi. Bu bulgular ışığında olası ikizden ikiz transfüzyon sendromu (TTTS) temelinde Mirror sendromu tanısıyla gebelik terminasyonu önerildi. Gelişme geriliği gösteren fetus doğumdan birkaç saat sonra, diğer fetus ise bir gün sonra öldü. Postoperatif dönemde hızla klinik ve laboratuvar parametreleri düzelen hasta ise 4. günde taburcu edildi.

**Sonuç:** Mirror sendromu fetustaki genellikle non-immün nedeni gelişen hidrops kliniğini taklit eden maternal hızlı kilo alımı, akciğerler dahil yaygın ödemle seyreden progresif bir tablodur. Bazen preeklampsiye benzer bir klinikle ortaya çıkabilir ancak preeklampside farklı olarak hemodilüsyon, polihidramniyos, ve fetal hidrops dikkati çeker. Patogenezi henüz çözülemeyen Mirror sendromunda sFlt1 (soluble fms-like thyrosine kinase) molekülünün hidropik plasenta tarafından aşırı üretiminin rolü öne sürülmüştür. Parvovirus ile gelişen olgularda enfeksiyonun gerilemesiyle veya diğer etiyolojilerde ise etkilenen fetusun in utero ölümü ile spontan düzelen maternal olgular bildirilse de Mirror sendromu genellikle progresiftir. Preeklampsi bulguları olan olgularda ise tablo çok hızlı ilerleyebilir. Mirror sendromunda maternal klinik tablo, laboratuvar ipuçları, fetal hidropsun etiyolojisi, tek veya çoğul gebelik, koryonite, gestasyonel hafta gibi parametreler göz önünde bulundurulmalı ve klinik yönetim her olguya göre kişiselleştirilmelidir.

## PB-070

### Is maternal vitamin D associated with gestational diabetes mellitus in pregnant women in Cyprus?

Serap Soytaç İnançlı, Eyüp Yaycı, Tijen Ataçağ, Murat Uncu  
*Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, KKTC*

**Objective:** The aim of the study was to determine the association between 25 hydroxy vitamin D levels and gestational diabetes mellitus in Turkish Cypriot pregnant women. Study design: We conducted a prospective case-control study.

**Methods:** We analysed serum 25OHD concentrations in 230 pregnant women between 2013–2014 in the winter period (November–April). 25 hydroxy vitamin D was measured at the time of glucose tolerance testing at mid-gestation (24–26 weeks of pregnancy), a population at increased risk for gestational diabetes. Patients were then divided into two groups; pregnant women with gestational diabetes mellitus and pregnant women without gestational diabetes mellitus.

**Results:** The mean level of 25 hydroxy vitamin D in the study group was 21.9±10.4 ng/ml. Pregnant women were diagnosed as having vitamin D insufficiency. The level of 25



hydroxy vitamin D in women with and without gestational diabetes mellitus were  $22.3 \pm 10.7$  ng/dL and  $20.3 \pm 9.3$  ng/dL respectively ( $p=0.262$ ).

**Conclusion:** The present study showed 25OHD insufficiency in pregnant women at midgestation which was not associated with gestational diabetes mellitus.

## PB-071

### İniensefali olgu sunumu

Hicran Acar Şirinoğlu, Kaan Pakay, Sevcan Arzu Arınkan, Pınar Kumru, Faik Uzun, Gökhan Göynümer

Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Çocuk Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** İniensefali birinci trimesterde tespit edilebilen boyunun aşırı ve kalıcı hiperekstansiyonu ile karakterize krani-oservikal bir deformitedir. Oksipital kemikteki defekt sebebiyle beyin dokusu dışarı doğru protrude ve boyun bölgesindeki lordoz nedeniyle göz çukurları yukarı doğrudur. İniensefali seyrek görülen ve hayatla bağdaşmayan mortal bir nöral tüp defektidir. Erken tanı ve terminasyon maternal riskleri azaltmak nedeniyle gereklidir.

**Bulgular:** **Olgu 1:** 34 yaşında primipar bir gebe ilk trimester tarama testi yaptırmak için kliniğimize başvurmuştur. Son adet tarihine göre 13 hafta 6 gün gebeliği olan hastanın tıbbi ve obstetrik özgeçmişinde bir özellik bulunmamaktadır. Yapılan ultrason muayenesi 11 hafta ile uyumlu olup, ense ve vücutta belirgin ödem, oksipital kemik defekt ve ensefaloel izlenmiştir. Gözlerde “yıldızlar izler” görünümü mevcuttur. Servikal/toraksik vertebrada füzyone görünüm ve bu nedenle başta hiperekstansiyon saptanmıştır ve sonografik tanı iniensefali olarak konulmuştur. Hastaya genetik danışma önerilerek koryon villus örnekleme yapılmıştır. Karyotip analizi sonucu 46XX olarak gelmiştir. Terminasyon seçeneği sunulmuştur. Terminasyon isteği olan hastanın gebeliği vaginal yolla sonlandırılmıştır. Abortus materyalinin makroskopik incelemesi ile tanı doğrulanmıştır. Hasta postpartum 2. gün şifa ile taburcu edilmiştir. **Olgu 2:** 20 yaşında Gravida 2, parite 1 olan gebe, ağrı şikayetiyle hastanemiz doğum acile başvurmuştur. Son adet tarihine göre 31 hafta 1 gün gebeliği olan hasta gebeliğinde hiç takip yaptırmamıştır. NST de kontraksiyonları olan ve vaginal muayenesi %80 efase 5–6 cm olan hasta erken doğum tehdidi ön tanısıyla doğumhaneye yatışı yapılmıştır. Yapılan ultrason muayenesinde ağır ventrikülomegali, pes ekinavrus ve polihidramnios saptanmıştır. Biyometrik ölçümleri 30 hafta 6 gün ile uyumlu bulunmuştur. Hasta spontan takibe alınmıştır. Dilataşyon ve efasmanı ilerlediği halde baş mobil olduğu için hidrocefaliye bağlı sefalopelvik uyumsuzluk düşünülerek sezaryen ile doğum yapılmıştır. Sezaryende, alt transvers kesi ile bebek çıkartılmadığı için T insizyona geçilmiştir. Bebek baş gelişimi doğurtulmuş, başta hiperekstansiyon, servikal vertebralarda

füzyon, gözlerde yukarı bakma, fetal kraniumda oksipital kemik defekt bulguları gözlenmiştir. İniensefali tanısıyla Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine çıkartılan bebek 1 saat sonra exitus olmuştur. Bebek doğurtulduktan sonra T insizyon kesisi ve kehr insizyon kontinue suture edilerek hemostaz sağlanmıştır. Hasta postop yoğun bakımda yakın takibe alınmıştır. Vital bulguları stabil seyreden hasta postop 2. gün şifa ile taburcu edilmiştir.

**Sonuç:** İniensefali seyrek görülen, etiyojisi henüz açıklanmamış bir nöral tüp defektidir. İniensefali prognozu hayatla bağdaşmaz ve mortal seyir izler. Prenatal ultrason muayenesinde vertebral kolumn aksında bozulma, oksipital kemik defekt, ensefaloel, fetus başında hiperekstansiyon ve vertebral yapılarla füzyon dikkat çekicidir. Erken tanı ve terminasyon maternal morbidite ve mortaliteyi azaltması açısından önem taşır.

## PB-072

### The evaluation of nesfatin-1 levels in patients with and without intrauterine growth restriction

Salih Serin<sup>1</sup>, Murat Bakacak<sup>2</sup>, Deniz C. Arıkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tatvan Devlet Hastanesi, Bitlis; <sup>2</sup>Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş

**Objective:** To evaluate nesfatin-1 levels in patients with and without intrauterine growth restriction and to analyze the correlation between nesfatin-1 levels and fetal birth weights.

**Methods:** The study comprised a total of 81 cases; 41 patients with IUGR and 40 healthy cases. Demographic data, pregnancy weeks, fetal birth weights and nesfatin-1 levels were all recorded. The nesfatin-1 levels were compared between the groups and the correlation between fetal birth weights and nesfatin-1 levels was analyzed.

**Results:** No statistical significant difference was determined between the groups in terms of demographic data ( $p>0.05$ ). Average birth weights were determined as  $3420 \pm 259$  g in the control group and  $2041 \pm 350$  g in the IUGR group, which was found to be statistically unequal ( $p=0.001$ ). The average nesfatin levels in the control group were  $0.069 \pm 0.011$ , and  $0.094 \pm 0.042$  in the IUGR group. This difference was statistically unequal ( $p=0.001$ ). While no correlation was determined between nesfatin levels and fetal birthweights in the control group ( $r=-0.034$  ve  $p=0.836$ ), in the IUGR group and when all the cases were evaluated together, a statistically moderately significant negative correlation was determined ( $r=-0.469$ ,  $p=0.002$  and  $r=-0.251$ ,  $p=0.024$  respectively).

**Conclusion:** Although intrauterine growth is a multifactorial process, the effect mechanism has not yet been established. The results of this study offer some indications about the possible effect of nesfatin-1 on fetal growth.

**PB-073****Kliniğimizde uygulanan fetosid vakalarının retrospektif değerlendirilmesi**

Oya Soylu Karapınar, İlay Gözükara, Arif Güngören, Fatma Sevra Bastacı, Ahmet Beyazıt

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

**Amaç:** Kliniğimizde canlı ektopik gebelik, üçüzden ikize reduksiyon, ikiz eşinde major anomali olan vakalarda uygulanan selektif fetosid işleminin perinatal sonuçlarını ve ektopik gebeliklerin akibeti ile ilgili retrospektif verileri sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Selektif fetosid için ultrason eşliğinde 2–3 ml KCL (potasyum klorid) intrakardiyak uygulanmıştır.

**Bulgular:** İkiz eşi majör fetal anomalili 3 DKDA ikiz gebeliğe ve reduksiyon amacı ile 1 üçüz gebeliğe toplam 4 vakaya ultrasonografi eşliğinde intrakardiyak KCL uygulandı. İkiz eşinde fetal anomalisi olan anensafali (n: 1), ensefalosel (n: 1), Patau sendromu (trizomi 13) (n: 1), ve monokoryonik triamniotik üçüz gebeliğe (n:1) reduksiyon amaçlı selektif fetosid uygulandı. Ayrıca 3 tubal canlı ektopik gebelik vakasına da fetosid yapıp ardından tek doz methotreksat uygulandı. İşlem sırasında maternal komplikasyon gözlenmedi. Üçüz olgunun işlem sırasında gebelik haftası 13–14 hafta idi ve doğumdaki ortalama gebelik haftası 36 hafta idi. Üçüz olguda reduksiyon işlemi sonrası komplikasyon gelişmedi ve 36 haftada sağlıklı ikiz bebekler doğurtuldu. İkiz eşinde major anomalisi olan grupta ensefaloseli ikiz eşi olan gebelikte 16. haftada fetosid yapıldı, 1 gün sonra diğer fetusta fka görülmedi ve 2 gün sonra hasta abort etti. Anensefalili ikiz eşi olan gebelikte 14 haftada fetosid uygulandı. Redüksiyon uygulanan fetustan aynı gün su gelmesi oldu ve diğer ikiz FKA +, suyu normal izlendi. 1 hafta sonraki kontrolde biri ex diğeri canlı 15 haftalık, suyu normal gebelik izlendi. Bu hasta daha sonra kontrollere gelmedi. Patau sendromlu olan ikiz eşine 16 haftada fetosid uygulandı ve şuan ise yapılan USG'de hastada 34 haftalık, amniyon mayi normal canlı gebelik ve ex fetus sol üstte olarak izlendi. Bu vakada şimdiye kadar herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Canlı tubal ektopik gebeliklere ise tek doz MTX (methotreksat) öncesi ultrason eşliğinde intrakardiyak KCL uygulandı. İşlem sırasında maternal komplikasyon olmadı. Olgular 6–7 gebelik haftalarında, fka pozitif olup HCG değerleri yüksek idi (10.000, 27.000 ve 50.000 idi). Bu olgularda ise HCG değerleri 3–4 hafta arası geriledi ve operasyona gerek kalmadı.

**Sonuç:** Dikoryonik diamniyotik ikiz eşi majör fetal anomalili gebeliklerde, monokoryonik triamniyotik üçüz eşine tıbbi terminasyon ya da sağlıklı fetüsün yaşam şansını arttırmaya ve morbiditeyi azaltmaya yönelik selektif fetosid için ultrasonografi eşliğinde intrakardiyak KCL uygulanabilen bir yöntemdir ve muhtemel komplikasyonları tartışılarak ailelere

prenatal tedavi seçeneği olarak sunulmalıdır. Ayrıca yüksek serum B-HCG titresine sahip canlı ektopik gebelikte, sistematik MTX ile eş zamanlı intrasac hipertonic KCL kullanımı potansiyel olarak tedavi sonucunu iyileştirmektedir. Rüptüre olmayan canlı ektopik gebeliğin birçok tipi lokal KCL ile cerrahi müdahale olmadan başarılı bir şekilde yönetilebilir.

**PB-074****Modified transabdominal cervico-isthmic cerclage in cervical incompetence: 16-case experience****16-case experience**

Ebru Çelik Kavak<sup>1</sup>, Salih Burçin Kavak<sup>1</sup>, Hüsnü Çelik<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ; <sup>2</sup>Adana Başkent Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Adana*

**Objective:** To retrospectively analyze 16 cases who had modified transabdominal cervicoisthmic cerclage.

**Methods:** Cases who had abdominal cervicoisthmic cerclage in the last 11 years were retrospectively analyzed. In this context, records of sociodemographic characteristics, operation and pregnancy results of the cases who had undergone cervicoisthmic cerclage were reviewed.

**Results:** The rate of obtaining pregnancy in and after week 34 was found 78.5%. None of the cases had any intraoperative complication. Two cases developed chorioamnionitis on day 3 of week 17 and day 4 of week 20, while one case had an unstoppable preterm labor in week 29. Cerclage stitch was removed and abortus was performed in cases who developed chorioamnionitis. Pregnancy was ended with a cesarean section in all other cases.

**Conclusion:** Modified transabdominal cervicoisthmic cerclage is a substantial alternative which is reliable and has high success rates in cases who are not suitable for transvaginal cerclage.

**PB-075****İkinci trimester oligohidramnios vakalarında transabdominal amniyoinfüzyon:****34 olgunun analizi**

Arif Güngören, İlay Gözükara, Oya Karapınar, Orhan Nural

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

**Amaç:** Oligohidramnios gebelik haftasına göre amnion sıvı miktarının azalmasıdır. Yeterli miktarda amnion sıvısının olmaması fetüsün hareketi, büyümesi, akciğer gelişimi ve kord kompresyonu ile ilişkili olarak fetal kayıptan intrauterin asfiksiye kadar çeşitli komplikasyonlara sebep olabilir. Yaklaşık gebeliklerin %1'inde ikinci trimesterde oligohidramnios göz-

rılmektedir. Geçmişte erken başlangıçlı oligohidramnios çoğunlukla terminasyon sebebi olarak ortaya çıkmaktaydı. Ancak her ne kadar randomize kontrollü çalışmalar olmasa da, amniyofüzyon ile amnion sıvı restorasyonunun en azından pulmoner maturite sağlanan kadar gebeliğin uzatılmasına faydası olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Biz bu çalışmada ikinci trimester oligohidramnios vakalarında amniyofüzyon tecrübemizi sunduk.

**Yöntem:** Retrospektif yapılan çalışmada Ocak 2013 ve Mart 2015 yılları arasında Mustafa Kemal Üniversitesi, Perinatoloji Bölümünde amniyofüzyon yapılan hastalar tarandı. Hastaların tamamının amniyofüzyon sonrası ultrasonografik anatomik değerlendirmesi mevcuttu. Hastaların yaşları, gravidaları, pariteleri, amniyofüzyonun yapıldığı ve doğum yaptıkları gebelik haftaları kaydedildi. Hastalar aranarak bebeklerin perinatal sağ kalımı ile ilgili bilgi alındı.

**Bulgular:** Amniyofüzyon yapılan 34 hastadan 6'sının takip bilgilerine ulaşamadığı için, 1'inde amniyofüzyon sonrası fetal anomali ve karyotiplemede Trizomi18 çıkması üzerine gebelik sonlandırıldığı ve 1 hastada 31. haftada amniyofüzyon yapıldığı için çalışmadan çıkarıldı ve kalan 26 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama hasta yaşı 29.2, gravida 2.9, parite 1.1 ve abortus sayısı 0.7 olarak bulundu. İşlem yapılan ortalama gebelik haftası 21.5 (15.3–27.2), amnion sıvı indeksi 2.1 (0.5–4), işlem sayısı 1.6 (1–5) ve ortalama doğum haftaları 26.4 (18–35.4) olarak bulundu. Hastaların takiplerinde, 4 hastaya işlem sırasında veya hemen sonrasında aktif amnion sıvı gelişimi olması üzerine hasta ve yakınlarının onamı alınarak terminasyon uygulandı. Dokuz fetüs doğumda ex oldu, 10 fetüste canlı doğum oldu ve 2 fetüste işlem sonrası kontrolde intrauterin ex olarak saptandı. Bir gebelikte abortus ile sonuçlandı. Canlı doğumların 6'sının perinatal dönemde kaybedildiği rapor edildi. Toplam 4 bebeğin canlı olduğu öğrenildi. Ortalama işlem ve doğum arasındaki süre 5.1 (0–17) hafta olarak bulundu.

**Sonuç:** Çalışmamızda ikinci trimester gebeliklerinde amniyofüzyonun %18 oranında perinatal sağ kalım oranı ile ilişkili olduğu ve ortalama 5 hafta gebeliği uzattığı görülmektedir.

## PB-076

### Geç preterm fetuslarda nörogelişimsel sorunlar ve nörolojik morbiditeye etki eden faktörler

Adil Barut<sup>1</sup>, İsmail Burak Gültekin<sup>1</sup>, Elif Akkaş Yılmaz<sup>1</sup>, Fatih Karlı<sup>1</sup>, Osman Fadıl Kara<sup>1</sup>, Ömer Kandemir<sup>2</sup>, Tuncay Küçüközkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; <sup>2</sup>Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Bu çalışmada geç prematüre bebeklerin (32–37 hafta arası) nöro-gelişimsel prognozunu araştırmak, prognoza etki

eden antenatal, natal ve postnatal risk faktörlerini belirlemek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma, Sağlık Bakanlığı Dr. Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Çocuk Polikliniğinde rutin takibi olan, aynı hastanenin kadın doğum kliniğinde Ocak 2008–Ocak 2013 tarihleri arasında doğan, 6 ay–6 yaş arası, bilinen herhangi bir kronik hastalığı olmayan, 100 adet prematüre ve 100 adet matür doğmuş çocuk olmak üzere toplam 200 çocuk üzerinde gerçekleştirildi. Çocuğa ait bilgiler birinci derece yakınlarının doldurduğu anket formu ile elde edildi. Antenatal ve natal risk faktörleri dosyalar incelenerek çıkarıldı. Çalışmaya alınan çocukların psiko-sosyal ve motor gelişimleri Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) ile değerlendirilerek prematür ve matür bebekler nörolojik gelişim açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmamızda gruplar arasında kronolojik yaş, 1. ve 5. dakika apgar skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamışken ( $p>0.05$ ), doğum haftası ve doğum ağırlığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Geç prematürelerin daha sık RDS, hipotermi, hipoglisemi, sarılık ve apne yaşadıkları ve hastanede kalış sürelerinin termlerden anlamlı ölçüde yüksek olduğu izlendi ( $p<0.05$ ). Gestasyonal hafta, doğum ağırlığı, antenatal steroid profilaksisi, 1. ve 5. dk Apgar skoru, anne eğitim düzeyi ve ailelerin sosyo-ekonomik düzeyi ile AGTE arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). Gruplar arasında genel gelişim, dil gelişimi, ince ve kaba motor gelişim ve kişisel-sosyal gelişim açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Geç prematüre ve matüre gruplar arasında nörolojik gelişim açısından anlamlı fark bulunmamış olmakla birlikte, geç prematüre bebekler neonatal morbidite ve mortalite açısından risk taşımakta ve birçok sorunla karşılaşmaktadır. Dolayısıyla doğum zamanlamasına prematürünün getireceği risklere karşılık gebeliğin devam ettirilmesi halinde anne ve fetusta oluşabilecek komplikasyonların riskini düşünerek karar verilmelidir. Bunun yanı sıra geç prematürelerin ya anne yanında izlem süreleri uzatılmalı ya da taburculuk sonrası ilk günlerde yakından izlenmeleri sağlanmalıdır.

## PB-077

### Intrauterin gelişme kısıtlılığı olan fetusların Doppler akımlar ile doğumdaki fetal kan pH değerlerinin karşılaştırılması

Hasan Süt<sup>1</sup>, Sevcan Arzu Arınkan<sup>1</sup>, Nurşah Yeniay<sup>2</sup>, Murat Muhcu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul;

<sup>2</sup>Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Amaç:** İntrauterin gelişme kısıtlılığı (IUGR) anlamlı perinatal morbidite ve mortalite oranlarıyla ilişkilidir. Bu fetuslarda; normal nörolojik gelişim, fetal ölüm, doğum asfiksisi, mekonyum aspirasyonu, neonatal hipoglisemi ve hipotermi prevalansı artmaktadır ve ideal doğum zamanlaması hakkında kesin bir fikir birliği bulunmamaktadır. Biz de çalışmamızda intrauterin gelişme kısıtlılığı olan fetusların Doppler akımları ile doğumdaki kan pH değerlerinin perinatal ve neonatal sonuçlar açısından değerlendirilmesini amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamıza hastanemiz perinatoloji servisinde Temmuz 2014 ve Ocak 2015 tarihleri arasında IUGR tanısı konan 32 hasta dahil edildi. IUGR tanısı tahmini fetal ağırlığın 10. persantilin altında olmasına göre konulmuştur. Doppler ölçümleri doğumdan önce 24 saat içerisinde yapıldı ve doğumda fetal kord kan gazı alındı. Hastalar umbilikal arterde akım kaybı olmayan (n=17) ve umbilikal arterde akım kaybı (n=11) veya ters akım olan (n= 4) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Ayrıca 3 hastada duktus venozusta ters a dalgası saptandı. Doğum kararı anormal fetal kalp atım hızı paterni veya düşük skorlu biyofizik profil varlığında verildi. Neonatal sonuçlar doğumdan sonra 3 aya kadar izlendi. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmamıza IUGR'ı olan toplam 32 olgu dahil edilmiştir. Olguların yaş ortalaması 27.53±6 yıl, gebelik sayıları ortalaması 1.63±0.98, parite sayıları ortalaması ise 0.47±0.80'dır. Gebelik süreleri ortalaması 239.31±29 gün, doğum ağırlıkları ortalaması 1595.47±727 gram, yenidoğan yoğun bakım yatış süreleri ortalaması ise 22 gündür. Olguların 8'inde (%25) umbilikal arter 0.5–1 PI, 9'unda (%28.1) 1–1.5 PI, 11'inde (%34.4) end diastolik akım kaybı ve 4'ünde (%12.5) ters akım görülmüştür. Olguların 3'ünde (%9.4) duktus PI 3 ve üzerinde iken, 29'unda (%90.6) duktus PI değerinin 3'ün altında olduğu görülmektedir. Umbilikal arterde akım kaybı olmayan grupta neonatal mortalite görülmezken, umbilikal arterde akım kaybı veya ters akım olan grupta %40 (n=6) mortalite izlendi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.039). Akım kaybı olmayan grubun doğum ağırlıkları ortalaması (2118 g), patolojik akım grubundan (968 g) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.001). Akım kaybı olmayan grubun Apgar 5. dk skor ortalaması (7.65), patolojik akım grubundan (6.27) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.001). Akım kaybı olmayan grubun yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış süreleri (6,58 gün), patolojik akım grubundan (39.93 gün) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (p:0.001). Akım kaybı olmayan grupta baz açığı ortalaması (-0.75), patolojik akım grubundan (-5.76) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.004). Akım kaybı olmayan grubun pH ortalaması (7.33), patolojik akım grubundan (7.24) istatis-

tiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.016). Duktus venozusta ters a dalgası bulunan 3 hasta postpartum 1., 9. ve 110. günlerde exitus oldu.

**Sonuç:** Umbilikal arterde akım kaybı veya ters akım olan grupta, umbilikal arterde endiyastolik akım olan gruba göre neonatal mortalite daha yüksek, yenidoğan yoğun bakımda yatış süresi daha uzun, 5. dakika Apgar skorları, doğum kilo-ları, fetal kord kan gazı pH değerleri ve baz açığı daha düşük görüldü. Duktus venozus PI değeri 3 ve üzerinde olan fetuslarda neonatal ölüm görüldü. Bu fetuslarda aynı zamanda duktus venozusta ters a dalgası mevcut idi. Miyadını tamamlamış intrauterin gelişme geriliği olan ve akciğer maturitesini tamamlamış umbilikal arterde akım kaybı veya ters akım izlenen fetuslarda doğum düşünülmelidir. Daha küçük fetuslarda umbilikal arterde akım kaybı veya ters akım saptananlarda duktus venozus hız dalga paterni ile takip edilebilir. Çalışmamızda hasta sayısının az olması sebebiyle fetusların doğurtulması için en uygun duktus venozus PI değerini saptanama-mıştır, daha geniş hasta sayılı çalışmalar gerekmektedir.

## PB-078

### Amniyotik bant sendromu: Olgu sunumu

Hicran Acar Şirinoğlu, Işıl Turan Bakırcı,  
Sevcan Arzu Arınkan, Murat Aksoy, Oya Pekin,  
Gökhan Göynümer

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

**Amaç:** Amniyotik band sendromu, amniyotik zar kalıntısının fetusun ekstremite ya da baş bölgesine dolanması ile oluşan fetal deformasyon, malformasyon ve amputasyon üçlüsüyle karakterize bir sendrom olarak tanımlanır. Amniyotik band sendromu basit parmak konstriksiyonlarından, kraniofasial ve viseral defektlere kadar değişiklik gösteren ve ölümlere yol açabilen anomaliler spektrumudur. Etiyolojisi ve patogenezi hala açıklanamamıştır. Gebeliğin erken evresinde amniyon ruptürü gelişmesi ve bunun sonucunda mezoblastik proliferasyon ile oluşan fibröz mezoderm bandlarının çeşitli embriyonik veya fetal yapıları sıkıştırarak boğulmasına yol açması “eksojen” teoriyi desteklemektedir. Ancak amniyotik band sendromunda gözlenen holoprosensefali ve hidrosefali gibi malformasyonlar eksojen teori ile açıklanamamakta bu da germinal disk defekti ile açıklanan “endojen” teorinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

**Bulgular:** 24 yaşında gravida 1 gebe ilk trimester tarama testi yaptırmak için kliniğimize başvurmuştur. Son adet tarihine göre 13 hafta 4 gün gebeliği olan hastanın tıbbi ve obstetrik özgeçmişinde bir özellik bulunmamaktadır. Akriba evliliği ve ilaç kullanım öyküsü yoktur. Yapılan ultrason muayene-



si 13 hafta ile uyumlu olup, sol üst ekstremitte humerus distalinden itibaren ampute ve çevresinde amniyotik doku bandı izlenmiştir. Hastaya terminasyon seçeneği sunulmuştur. Terminasyon isteği olan hastanın gebeliği vaginal yolla termine edilmiştir. Bulguları postmortem doğrulanmış, abort materyalinin makroskopik incelemesinde asimetrik ekstremitte hipoplazisi ve amputasyon seviyesinde ince bir amniyotik zarın kolu sıkı bir şekilde sardığı görülmüştür. Başka gross anomali izlenmemiştir. Vital bulguları stabil olan hasta postpartum 1. gün şifa ile taburcu edilmiştir.

**Sonuç:** Antenatal sonografide fetusa yapışık aberran doku bandı ile birlikte karakteristik deformiteler ve hareket kısıtlılığı gözlenmesi amniyotik band sendromu tanısının konulmasını sağlar. Bu vakada erken haftada gelişen asimetrik ekstremitte hipoplazisi ve amniyotik doku bandı ile tanı konulmuştur. Ancak band görülmesi bile, asimetrik ensefeloel ve distraktif kalvaryum defekti ile gastropleroşizis gibi karakteristik anomalilerin varlığı amniyotik band sendromunun göstergesi olabilir. Teratojenik ve genetik kökenli ekstremitte amputasyonları simetrik ve bilateraldir. Amniyotik band sendromuna bağlı amputasyonlar ise genellikle asimetriktir. Bu vaka da bu durumun bir örneğidir. Rutin ultrason muayenesinde amniyotik band sendromunun minör defektlerini içeren olguların atlanabildiği ve prenatal tanının koyulamadığı bilinmektedir. Amniyotik bandın görülmesi kesin tanı için gerekmediği gibi sadece amniyotik bandın görülmesi de tanı koydurucu değildir. Normal olarak 16. gestasyonel haftaya kadar koryon ile birleşmemiş amniyotik band gözlenebilir. Ancak bu vakada amniyotik band ile birlikte hipoplazik sol üst ekstremitte mevcudiyeti tanıyı koydurmuş, terminasyon sonrası görüntüler de tanıyı doğrulamıştır.

## PB-079

### İzole korpus kallozum agenezisi:

#### Olgu sunumu

Hicran Acar, Sevcan Arzu Arınkan, Kaan Pakay, Oya Pekin, Gökhan Göynüner

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

**Amaç:** Korpus kallozum; iki serebral hemsiferi bağlayan geniş miyelinize fiberlerden oluşur ve agenezisi toplumda %2–3 oranında görülür. Kromozom anomalileriyle birlikte ilgi yüksektir. Tanı, ultrasonografik muayene ile konulur ancak standart aksiyal planlar tanı koymak için yeterli olmaz, ek olarak koronal ve sagittal planların da incelenmesi gerekir.

**Bulgular:** 26 yaşında Gravida 4, Parite 1, Abortus 2 olan hasta dış merkezden kliniğimize ventrikulomegali ön tanısıyla yönlendirilmiştir. Son adet tarihine göre 28 haftalık gebeliği olan hastanın tıbbi özgeçmişinde bir özellik bulunmamakta,

obstetrik özgeçmişinde ise iki tane sezaryen ile doğum öyküsü vardır. Akraba evliliği, alkol ve ilaç kullanım öyküsü yoktur. Hastanın anamnezinden, 1. trimester tarama testini yaptırmadığı ve dış merkezde yapılan 2. düzey detaylı ultrason muayenesinin normal olduğu öğrenilmiştir. Hastanemizdeki yapılan ultrason muayenesi 29 hafta ile uyumlu olan hastada ventrikulomegali izlenmiş ve perinatoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Perinatoloji polikliniğinde yapılan ultrason muayenesinde fetal kranial incelemede ventrikül posterior çapları 19.8 mm, gözyaşı bulgusu, interhemisferik kist mevcuttur. Sagittal planda kallosal arter paterni anormal olarak görünmüş ve korpus kallozum izlenmemiştir. Hastaya, genetik danışma, sitogenetik analiz ve kranial magnetik rezonans (MR) görüntüleme önerilmiştir. Hasta karyotip analizini kabul etmemiştir. MR görüntüleme ile korpus kallozum agenezisi doğrulanmıştır. Hasta 37 hafta gebe iken ağrı şikayetiyle doğum acile başvurmış ve aynı gün ağırlı eski sezaryen endikasyonu ile sezaryene alınmıştır. 3020 g 7/8 Apgarlı tek canlı kız bebek doğurtulmuştur. Hasta postop 2. gün şifa ile taburcu edilmiştir. Bebeğin doğum sonrası fizik ve nörolojik muayenesi normal olup postnatal 3. ve 6. aylardaki nörolojik muayeneleri de normaldir.

**Sonuç:** Korpus kallozum agenezisi tanısı, ultrasonografik muayene ile konulur ancak standart aksiyal planlar tanı koymak için yeterli olmaz ve koronal, sagittal planların da incelenmesi gerekir. Aksiyal planda cavum septum pellucidumun görülmemesi, lateral ventriküllerde atrium kısmında genişleme ve göz yaşı görünümü ile yine aynı kesitte hemsiferlerin birbirinden ve lateral ventriküllerden ayrılması ve orta hatta üç çizgi şeklinde görünüm korpus kallozum agenezisinden şüphelenmemize yol açan indirek işaretlerdir. Bu vakada hastanın 2. düzey ayrıntılı ultrason muayenesi dış merkezde yapılarak normal olarak değerlendirilmiş ve 29. haftada ventrikulomegali tespitiyle kliniğimize yönlendirilmiş, korpus kallozum agenezisi tanısı 29. haftada konulmuştur. Bu nedenle doğru gerekli kesitlerle korpus kallozum görüntülenmesi ve indirek işaretlere dikkat edilmesi önerilir. İndirek işaretler kesin tanı koydurtmaz ancak korpus kallozum agenezisinden şüphelenilerek direkt işaretlerin aranmasına yol açar. Midsagittal ve midkoronal kesitte korpus kallozumun gösterilmesi ve perikallosal arterin anormal seyri ile tanı konulur. Günümüzde şizofreni ile ilişkisi tartışılmakta olan ve postnatal %20–30 oranlarda ciddi nörogelişimsel gecikmeye yol açan korpus kallozum agenezisi özellikle post natal dönemde yine ciddi nörogelişimsel gecikmeye yol açan metabolik hastalıklarla da karışabilir. İlerleyen gelişimsel dönemde bildirilmiş sinsi bilişsel kusurlara da yol açabilir. Bu nedenle prenatal dönemde ventrikulomegali gibi sık karşılaşılan durumlarda aklımıza ayırıcı tanıda korpus kallozum agenezisi gelmelidir.

**PB-080****Postpartum septik pelvik tromboflebit, ilaç ateşi ve cerrahi alan enfeksiyonu**

Mehmet Kulhan<sup>1</sup>, Nur Gözde Kulhan<sup>1</sup>, Ümit Arslan Nayk<sup>1</sup>, Cenk Nayk<sup>1</sup>, Paşa Uluğ<sup>1</sup>, Mehmet Soytürk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzincan; <sup>2</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, Erzincan

**Amaç:** Ateş postoperatif enfeksiyonun ilk bulgusu olmakla birlikte, her operasyon sonrası ateş febril morbidite ve her febril morbidite de bir enfeksiyonun varlığını göstermez. Bu yazımızda postpartum febril morbiditesi olan ve bu duruma yol açabilecek üç farklı klinik antitenin bir arada görüldüğü bir olgu sunulmuştur.

**Bulgular:** 39 haftalık gebeliği olup sistemik muayenesinde herhangi bir patoloji izlenmeyen hasta tama yakın servikal dilatasyon ve efasmanla başvurdu. Transvers prezentasyonu olan ve fetal üst ekstremitenin vajende olduğu tespit edildiği için hemen acil sezaryene alındı. 3600 gram erkek bebek 8 apgarla canlı olarak doğurtuldu. Postoperatif dönemde anne ve yenidoğanda herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif 10. günde insizyon yerinde seröz akıntı ve subfebril ateş yüksekliği ile başvuran hastanın genitouriner ve sistemik muayenesi normaldi. Ateş: 37.5 °C, TA: 110/70 mmHg, Nb: 80/dk idi. Biyokimyasal parametreleri: WBC: 22.600, HB: 9,7 PLT: 291.000, SEDİM: 7, CRP: 204, Brucella rose bengal negatif, TİT: Normal idi. Hasta cerrahi alan enfeksiyonu şüphesi ve CRP yüksekliği nedeni ile hospitalize edilip Yüzeysel doku usg ile cilt altı, abdominal usg ile tüm batın değerlendirildi. Postoperatif normal bulgular saptandı cilt altında ve batın içinde koleksiyon veya abse izlenmedi. seftriakson 1 g 2x1, metroinidazol 500 mg 2x1 başlandı. Cerrahi alana rifamicin ile günde 2 defa pansuman yapıldı. Antibiyoterapi başladıktan 24 saat sonra hastanın 39 °C'ye ulaşan ve genelde akşam saatlerinde olan diurnal bir ateşi olmaya başladı. Ateşin cerrahi alan enfeksiyonuna sekonder olduğu düşünülerek ikili antibiyoterapiye devam edildi. Tedaviden 72 saat sonra hastanın cerrahi alandaki akıntısı azalırken, ateşinde herhangi bir düzelme olmadı, CRP değeri gerilemeye sedimentasyonu ise artmaya başladı. (CRP: 183, Sedim: 69). Hastanın kan, idrar, boğaz ve yara yeri kültürlerinde üreme olmadı. Akciğer filmi normaldi. Ateş etiyojisi açısından kulak burun boğaz, enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları konsültasyonu istendi herhangi bir patoloji saptanmadı. Enfektif endokardit açısından EKO yapıldı normal saptandı. Enfeksiyon hastalıkları tarafından seftriakson ve metroinidazol kesilerek Piperasilin sodyum / Tazobaktam sodyum 2x1 başlandı, tedaviden 48 saat sonra CRP'deki düşüş, sedimentasyondaki artış devam etti; CRP: 120, sedimentasyon: 72 olarak saptandı. Cerrahi alandaki enfeksiyon bulgularının tamamen gerilemesine rağmen geceleri olan diurnal ateş yüksekliğinin devam etmesi üzerine hastada septik pelvik tromboflebit düşünülerek kon-

trastlı tüm batın BT çekildi. Tomografide sağ ovaryen ven boyunca vena cava inferiora kadar uzanan infrarenal seviyede trombüs izlendiği için tedaviye enoksaparin sodyum 0.6 2x1 eklendi. 5 gün boyunca enoksaparin sodyum 0.6 2x1 ve Piperasilin sodyum/Tazobaktam sodyum 2x1 tedavisi alan hastanın ateş yüksekliği devam etti. enfeksiyon hastalıkları tarafından tekrar değerlendirilen hastaya Piperasilin sodyum / Tazobaktam sodyum stoplanarak Vankomisin başlandı 4 gün de Vankomisin tedavisi alan hastanın ateşinin hala devam etmesi üzerine Malign hipertermi düşünülerek dahiliye konsültasyonu istendi. Bu sırada bakılan biyokimyasal parametreler WBC: 5.000, HB: 8, PLT: 541.000, CRP: 41, Sedim: 137 olarak saptandı. Periferik yayması normal rapor edilen hastada malign hipertermi ekarte edildi. Bütün incelemelere rağmen ateş etiyojisi saptanamayan hastada ilaç ateşi olabileceği düşünülerek enoksaparin sodyum hariç bütün medikasyonu kesildi. Yaklaşık 24 saat sonra ateşi ortadan kalkan hasta 7 gün boyunca hastanede gözetim altında tutuldu; bu esnada yükselme eğiliminde olan sedimentasyon azalmaya başladı (CRP: 34, Sedim: 96). Hastaya enoksaparin sodyum tedavisi devam edildi. Bu süre zarfında herhangi bir şikayeti olmayan hasta enoksaparin sodyum tedavisi 6 hafta devam edilmek koşulu ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Ateş postoperatif enfeksiyonun ilk bulgusu olmakla birlikte, her operasyon sonrası ateş bir enfeksiyonun varlığını göstermez. Postoperatif ateş takibinde ateş etiyojisi araştırılırken enfeksiyon dışındaki sebeplerde değerlendirilmeli, özellikle ateşin iatrojenik olarak oluşabileceği unutulmamalıdır.

**PB-081****Kanama ile komplike olan araknoid kist**

Kaan Pakay, Hicran Acar Şirinoğlu, Resul Arısoy, Işıl Turan Bakırcı, Murat Aksoy, Oya Demirci, Fikret Gökhan Göynümer

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

**Amaç:** Prenatal tanı almış kanama ile komplike olmuş retroserebellar araknoid kist olgusunun sunulması.

**Bulgular:** 40 yaşında gravida 1, parite 0 olan gebenin 23. gebelik haftasında yapılan detaylı ultrason muayenesinde 3x3 cm boyutlarında retroserebellar araknoid kist tespit edildi. Doppler ultrasonografide kan akımı izlenmedi. Korpus callosum doğal izlendi. Ventrikülomegali saptanmadı. Fetusun yapılan diğer sistem muayenelerinde ek anomali saptanmadı. 28 gebelik haftasında yapılan ultrasonografide kistin çapı 7x8 cm boyutlarına ulaştığı görüldü. Kist içine kanama, koagulum mevcuttu. Triventriküler hidrosefali gelişmişti. Aile gebeliğin devamını istedi. Gebelik 36. haftada devam etmektedir. Doğum sonrası operasyon açısından beyin cerrahi kliniği ile konsulte edildi.

**Sonuç:** Araknoid kistler çoğu zaman izole olup, ventrikülomegali ve korpus kallosum agenezisi ile birlikteliği gösteril-

miştir. Araknoid kistler gerileyip kaybolabilirler. Kanama araknoid kistlerin çok nadir bir komplikasyonudur. Araknoid kist olguları yönetimi için eşlik edebilecek diğer anomalilerin varlığı araştırılmalıdır. Multiple anomalilerin varlığında kar-yotip analizi ve gebeliğin terminasyonu önerilebilir. İzole olgularda prognoz iyi olup, kistin boyutları ve obstrüktif ventrikülomegali açısından takip edilmelidirler.

## PB-082

### İzole proteinürlü gebelerde maternal ve perinatal sonuçların değerlendirilmesi

Melda Kuyucu, Sevcan Arzu Arınkan, Emine Dilşad Herkiloğlu, Murat Muhcu

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

**Amaç:** Preeklampsi, daha önceden normotensif olduğu bilinen bir kadında gebeliğin 20. haftasından sonra yeni başlangıçlı hipertansiyona proteinüri veya end-organ hasarının eşlik etmesi olarak tanımlanır. Proteinürinin şiddeti preeklampsinin şiddeti ile orantılı değildir. Bu nedenle preeklampsinin yönetiminde proteinürinin miktarı yol gösterici olmamalıdır. Gebelikte izole proteinürinin sonuçları ve preeklampsi ile olan ilişkisi net olarak bilinmemektedir. Klinik bulgusu olan kadınların %10'unda proteinüri yoktur ve eklampsi tanısı almış kadınların %20'sinin nöbetten önceki haftada idrarlarında önemli miktarda proteinüri tespit edilmemiştir. Bu çalışmada, izole proteinüri saptanan gebelerin maternal ve perinatal sonuçları, preeklampsiye ilerleme oranları, preeklampsi gelişen ve gelişmeyen grup arasındaki risk faktörleri benzerliğinin saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Aralık 2013–Aralık 2014 tarihlerinde Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine rutin antenatal takip amacıyla başvurmuş 24–34 gebelik haftası arasındaki, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 57 gebe dahil edildi. Daha öncesinde bilinen renal ve otoimmün hastalığı olanlar, kronik hipertansiyon, pregestasyonel diyabet ve üriner sistem enfeksiyonu olan gebeler, çoğul gebelikler ve intrauterin fetal ölüm olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Olgular proteinüri başlangıçlı preeklampsi (P-PE) ve izole proteinürlü hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların, tam kan sayımı-platelet ölçümü, rutin biyokimya testleri ve 24 saat idrar sonuçları incelendi. Hastaların demografik özellikleri, gestasyonel diyabet varlığı, proteinürinin başladığı hafta ve tansiyon yüksekliğinin olduğu hafta kaydedildi. Hastaların, preeklampsiye ilerleme oranları, preeklampsi gelişen grupla izole proteinürlü grup arasındaki risk faktörleri, maternal ve perinatal sonuçları karşılaştırıldı. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 57 olgunun 15'inde (%26) ilerleyen gebelik haftalarında preeklampsi gelişti. Gruplar arasında yaş, parite, preeklampsi öyküsü, sigara kullanım oranları ve vücut kitle indeksleri açısından farklılık izlenmedi ( $p < 0.05$ ). P-PE grubunda ( $n=15$ ) proteinüri başlama haftası ortalama  $29.1 \pm 3.3$  hafta, preeklampsinin ortaya çıkma haftası  $32 \pm 3.8$  hafta ve ortalama proteinüri miktarı ise 2520 g olarak saptandı. Proteinüri miktarı ve proteinüri başlangıç haftası arasında her iki grupta anlamlı farklılık saptanmazken, P-PE grubunda proteinüri başlangıç haftası ve preeklampsi gelişme haftası arasında pozitif korelasyon izlendi ve proteinüri başladıktan sonra hastaların %73'ünde ortalama 3 hafta içinde preeklampsi geliştiği saptandı. İki grup arasında; doğum kilosu, yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) gereksinimi ve YDYBÜ kalış süresi arasında anlamlı fark saptanmazken, ortalama doğum haftası P-PE olan grupta (35 hafta), izole proteinüri gruptan (37 hafta) daha kısa saptandı ( $p < 0.005$ ). P-PE grubundaki hastaların %13'ünde ( $n:2$ ) hipertansiyonun şiddetlenmesi (sistolik KB 170 mmHg ve üzeri, diastolik KB 110 mm Hg ve üzeri olması) ve %20'sinde ( $n: 3$ ) HELLP sendromu gelişmesi nedeniyle gebelik haftasına bakılmaksızın acil doğum kararı verilmiştir. İzole proteinürlü grupta şiddetli preeklampsi komplikasyonlarına rastlanmadı. Hastaların laboratuvar testlerinde, her iki grupta AST, ALT, LDH, ürik asit, kreatinin ve platelet değerleri arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Sonuç:** Preeklampsi tüm dünya genelinde artmış maternal ve perinatal morbidite ve mortalite ile ilişkili bir gebelik komplikasyonudur ve bazen hipertansiyon olmadan sadece izole proteinüri varlığı ile bulgu verebilir. Özellikle erken gebelik haftalarında izole proteinüri saptanan gebelerin antenatal takiplerinin düzenli ve sık aralıklarla yapılmasında fayda vardır çünkü bu gebelerin bir kısmında takip eden haftalarda preeklampsi gelişerek preterm doğumlara yol açabilir. Bizim yaptığımız çalışma gebelerdeki izole proteinürinin özellikle proteinüri başlangıçlı preeklampsi ile hem risk faktörleri hem de perinatal sonuçlar açısından benzer olduğunu göstermiştir. Bulgularımızı doğrulamak ve yeni takip ve tedavi modaliteleri geliştirmek için daha yüksek vaka sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

## PB-083

### Geç postpartum eklampsi: Olgu sunumu

Ümit Nayk<sup>1</sup>, Cenk Nayk<sup>1</sup>, Mehmet Kulhan<sup>1</sup>, Gözde Kulhan<sup>2</sup>, Paşa Uluğ<sup>1</sup>, Mehmet Soytürk<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzincan; <sup>2</sup>Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Erzincan; <sup>3</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Erzincan

**Amaç:** Eklampsi gebeliklerin %0.1–3'ünde görülmekle beraber ciddi obstetrik komplikasyonları nedeniyle maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin majör sebeplerindedir.

Eklampsi antepartum, intrapartum veya postpartum dönemde görülebilir. Postpartum dönemde, genellikle ilk 48 saat içinde veya nadiren 48 saat sonrasında (geç postpartum) izlenebilmektedir. Gebelikte preeklampsi varlığı altyapıda önemli olmakla birlikte literatürde, preeklampsi prodromu olmadan bildirilen vakalar da mevcuttur Bu yazıda gebelik takipleri normal olan ve doğumdan 4 gün sonra ortaya çıkan bir geç postpartum eklampsi olgusu sunuyoruz.

**Yöntem:** 28 yaşında 4 gün önce sezaryen ile doğum yapmış, gravida 1 para 1 olan hasta evde kasılma, bayılma şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde, 1 hafta önce 27–28 haftalık gebe iken vajinal kanama ve sancı şikayetiyle yapılan muayenesinde plasenta marginalis saptanıp hastaneye yatırıldı; takibinde vital bulguları, hematolojik ve biyokimyasal kan testleri normal olan ancak artan sancı şikayeti ile birlikte servikal açıklık ve silinme izlenen hastaya erken doğum tehdidi nedeniyle fetal akciğer gelişimi için betametazone uygulanıp, nifedipin tokolizi başlandı; ancak tokolize yanıt vermediği ve nonstres testinde (NST) fetal stres bulgusu olması üzerine hospitalizasyonunun 3. gününde fetal distres ve plasenta marjinalis nedeniyle sezaryen ile 840 gram erkek bebek canlı olarak doğurtulduğu ve postoperatif 2. gününde takipleri stabil seyreden hastanın taburcu edildiği öğrenildi. Acil polikliniğinde yapılan ilk muayenesinde bilinci açık, koopere, tansiyonu 150/100 mmHg, pretibial (++) ödem mevcut olup, involusyon-loşi ve insizyon hattı normaldi. Hematolojik ve biyokimyasal kan testleri normal olup, idrarda (++) protein tespit edildi. Hasta acil polikliniğinde tekrar jeneralize nöbet geçirmesi üzerine durumu stabil edilerek nörolojiye konsülte edildi. Yapılan nörolojik muayenesinde problem izlenmeyen ve manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) posterior pariyetal ve oksipital loblarda yama tarzında küçük hiperintensiteler saptanan ve MRG venografisi normal olan hasta geç postpartum eklampsi ve posterior reversible ensefalopati sendromu tanısıyla yoğun bakıma yatırıldı. Hasta kardiyojlojiye konsülte edilerek antihipertansif tedavisi amlodipin 10 mgr 1x1/gün olarak düzenlendi. Ayrıca hastaya MgSO<sub>4</sub>, enoksiparin ve mannitol tedavisi başlanarak tansiyon, nabız ve idrar çıkışı takibine alındı. MgSO<sub>4</sub> tedavisine yükleme dozu sonrasında idame tedavisi olarak 24 saat devam edildi. Yoğun bakımda 1. 5 gün takip edilen ve vital bulguları stabil seyreden hasta sonrasında kadın hastalıkları ve doğum servisine devredildi. Hasta, mevcut tedavisine devam edilerek 5 gün daha kadın hastalıkları ve doğum servisinde vital bulguları takip edilerek izlendi. Hematolojik ve biyokimyasal kan değerlerinde herhangi bir sorun gözlenmedi. Bu süre içinde tansiyon değerleri stabil seyreden hasta antihipertansif tedavi ile taburcu edildi. 1hafta sonra yapılan kontrol muayenesi ve 2 hafta sonra tekrarlanan MRG'si normal olarak değerlendirildi.

**Sonuç:** Geç postpartum eklampsi, gebeliğinde preeklampsi bulguları mevcut olmayan hastalarda da görülebilmektedir. Preeklampsi öyküsü olsun veya olmasın geç postpartum dö-

nemde bilinç kaybı ve konvülsyonlarla seyreden nöbetlerde geç postpartum eklampsi akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır.

#### PB-084

### Erken doğum tehditi olan gebelerde ACTH, fibronektin, pentraxin 3 düzeyleri ve servikal uzunluk ölçümlerinin değerlendirilmesi

Filiz Aktenk, Burcu Artunç Ülkümen, Yeşim Güvenç, Halil Gürsoy Pala, Arzu Oran

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

**Amaç:** Erken doğum tehditi olan gebelerde ACTH, fibronektin, pentraxin-3 düzeyleri ve servikal uzunluğun, komlike olmayan normal gebelerdeki düzeyleri ile karşılaştırarak bu belirteçlerin erken doğum tehditi üzerindeki önemini belirlemek ve risk faktörü olarak kullanılabilir yeni belirteçler oluşturabilmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalına başvuran 18–40 yaş arası 24–34 hafta arasında sağlıklı 30 gebe ve erken doğum tehditi tanısı almış 30 gebe dahil edildi. Gebelerin yaş, eğitim düzeyi, boy/kilo ölçümleri, gebelik sayısı, paritesi, sigara kullanma alışkanlığı, sistemik hastalık varlığı, önceki gebelik öyküleri sorgulandı. Çalışmaya katılan tüm gebelerde transvaginal sonografi ile servikal uzunluk ölçümü yapıldı. Venöz kan örnekleri alındıktan sonra ACTH, fibronektin ve pentraxin 3 düzeyleri çalışıldı. Sonuçlar her iki grupta SPSS-20 programında istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan gebelerde çalışma ve kontrol grupları verileri karşılaştırıldığında sosyodemografik özellikler yönüyle anlamlı farklılık izlenmedi ( $p>0.05$ ). Çalışma grubunda yer alan gebelerde ortalama serviks uzunluğu 17.56 mm iken, kontrol grubunda ortalama değer 44.74 mm saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.001$ ). Çalışma ve kontrol grubu verilerinde karşılaştırılan ACTH ve fibronektin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmedi ( $p>0.05$ ). Pentraxin-3 düzeyleri karşılaştırıldığında çalışma grubunda ortalama değer 35.83 pg/mL iken, kontrol grubunda 20.26 pg/mL saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.001$ ). Çalışmamızda preterm eylem sıklığı %27.1 olarak saptandı. Preterm eylem gerçekleşen gebelerin çalışma grubuna oranlarının ise %53.3 olduğu görüldü.

**Sonuç:** Erken doğum tehditi patogeneğinde inflamatuvar sürecin önemi pek çok çalışmada izlenmiştir. Pentraxin-3, erken doğum yapan hastalarda yüksek bulunması, erken doğumun patofizyolojisinde inflamatuvar süreçlerin önemini göstermektedir. Risk gruplarında kullanılabilirliği daha büyük çalışmalarda değerlendirilmelidir.



## PB-085

### Prevalence of psychiatric disorders during pregnancy and their effect on obstetric outcomes

Elif Karahmet<sup>1</sup>, Ayşe Nur Çakır Güngör<sup>2</sup>,  
Naci Topaloğlu<sup>3</sup>, Başak Şahin<sup>1</sup>, Yüksel Kıvrak<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Çanakkale; <sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale; <sup>3</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Çanakkale; <sup>4</sup>Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kars

**Objective:** The aim of this study was to assess the prevalence of psychiatric disorders during pregnancy and their effects on obstetric outcomes.

**Methods:** All participated pregnant, in their first visit to our obstetric department, completed an anxiety questionnaire and were evaluated in person by a psychiatrist to determine the presence of psychiatric disorders.

**Results:** Of 182 patients, 79 (43.4%) were diagnosed with an axis I disorder according to the parameters of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). Of those diagnosed, there was a significant correlation between low income and high anxiety questionnaire scores. Further, low incomes and unplanned pregnancies were more prevalent among those with an SCID-I anxiety diagnosis than among those in the control group. Finally, on average, patients diagnosed with depression delivered babies with significantly lower birth weights than babies born to patients in the control group.

**Conclusion:** Depressive symptoms and anxiety disorders are relatively common in pregnant women and might interfere with pregnancy outcomes. Further studies should investigate whether treating depression in pregnant women improves obstetric outcomes. Decreasing the number of unplanned pregnancies by raising awareness about effective birth control methods could lower the prevalence of anxiety in pregnant women.

## PB-086

### Mikst konnektif bağ doku hastalığı bulunan gebelerde oluşan fetal bradikardiye yaklaşım

Uğur Keskin, Ferdi Kıncı, Emre Kardeşahin,  
Mustafa Ulubay, Ulaş Fidan, Müfit Cemal Yenen  
GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Mikst konnektif bağ doku hastalığı olan ve ikinci gebeliğinde fetal bradikardi bulgusuyla tanı konulan nadir bir olgunun perinatal yönetiminin tartışılması.

**Yöntem:** 30 yaşında gravidası 2 paritesi 1 olan hasta, gebeliğinin 28. haftasında kontrol muayenesi için polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde önceki gebeliğinin problemsiz olarak devam ettiği ve termde sağlıklı bir vajinal doğumla sonlandığı gö-

rüldü. Mevcut gebeliğinin 28. haftasına kadar olan takipleri merkezimiz dışında yapılmıştır. Alınan hikayede, antenatal takibinde ilk 2 trimester takiplerinde herhangi bir obstetrik patoloji saptanmamıştır. Ancak 3. trimesterin ilk antenatal muayenesinde, obstetrik ultrasonografide fetal bradikardi saptanması üzerine polikliniğimize refere edildi. Biz merkezimizde yaptığımız muayene sonucunda, fetal kalp atımlarının bradikardik olduğunu tespit ettik. Bu bulgu dışında minimal perikardiyal efüzyon saptadık. Diğer obstetrik ultrasonografik bulgularında herhangi bir patoloji izlenmedi. Hastaya romatolojik tetkikler planlandı. Bu tetkik sonuçlarında 4 bağ dokusu antikorları dışında tüm belirteçlerin pozitif olduğu saptandı. Böylece, bu obstetrik ultrasonografi ve romatolojik tetkik sonuçlarına göre gebeye 'Mikst konnektif doku hastalığı' tanısı konuldu.

**Bulgular:** Hastaya yapılan romatolojik testlerin sonuçları aşağıda belirtilmiştir: Anti-ENSA 41-RNP/SM: 3+, anti-ENA SS-A (Ro-s2): 3+, anti-ENA SM: 85, anti-ENA SS-A: 96, anti-ENA SS-B: 82, anti-DS DNA: 47.3, ANA (+), ASMA (-), AMA (-), IFA (-). Bu olguda hastaya 28. gebelik haftasında itibaren ortalama 2 gün ara ile 7 seans aferez uygulandı. 3 hafta süre ile 8 mg. deksametazon tedavisi verildi. Fetal hidrops gelişimi açısından rutin ultrason kontrolü yapıldı.

**Sonuç:** Hastada term gebelik haftasına ulaşana kadar hidrops gelişmedi. 38. gebelik haftasında sezaryen ile doğum yaptırıldı. Fetüs için pediatrik kardiyooloji ile görüşülerek kalıcı pacementer planlandı. 'Mikst konnektif doku hastalığı' olan gebelerde, özellikle üçüncü trimesterde fetal kalp bloğu açısından uyanık olunmalıdır. Buna yönelik antenatal takip ve tedavi yöntemleri kullanılarak gebe yakın izlenmelidir.

## PB-087

### Cantrell pentalojisi

Hicran Acar Şirinoğlu<sup>1</sup>, Murat Aksoy<sup>1</sup>, Ecmel Kaygusuz<sup>2</sup>,  
Nazan Tarhan<sup>1</sup>, Neriman Başak Baksu<sup>1</sup>,  
Belgin Devranoğlu<sup>3</sup>, Gökhan Göynüner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul; <sup>3</sup>Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yardımcı Üreme Teknikleri Merkezi, İstanbul

**Amaç:** Cantrell sendromu- pentalojisi nadir torakoabdominal gelişim bozukluğu olup, ilk olarak 1958 yılında Cantrell ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Sendrom; orta hat göbük üstü ön duvar defekti, diyafragma defekti, distal sternumda yarı, apikal perikardiyumda defekt, peritonyumla ilişkili apikal perikardiyuma defekt ve intrakardiyak defekten oluşabilir. Tanı, bu beş anomaliden en az üç tanesinin mevcut olması ile doğrulanır. Sendromda tanımlanan anomalilerde farklılıklar olabildiği gibi literatürde sendroma eşlik eden değişik anomaliler de bildirilmiştir. Sternum alt ucu ile göbük üstü orta hat batın duvarı defektleri, bunlara eşlik eden diaf-

ragma ve perikard ön yüz defektleri sendroma özgün anomaliler grubu olarak tanımlanmaktadır. Ayırıcı tanıda ektopia kordis, basit omfalosel, amniotik bant sendromu ve limb body wall (LBW) defekti düşünülmelidir.

**Bulgular:** Vaka: 26 yaşında Gravida 2, Parite 2, Abortus 2 olan hasta dış merkezden kliniğimize fetal anomali ön tanısıyla yönlendirilmiştir. Son adet tarihine göre 14 haftalık gebeliği olan hastanın tıbbi özgeçmişinde bir özellik bulunmamakta ve obstetrik özgeçmişinde iki ilk trimester istemli abortus öyküsü vardır. Akriba evliliği ve ilaç kullanım öyküsü yoktur. Yapılan ultrason muayenesinde, baş popo mesafesi 14 hafta ile uyumlu olup, abdominal ön duvar defekti, ektopia kordis, spinal lordoz, boyun bölgesinde kistik higroma, intrakraniyal yapılarda bozulma izlendi. Cantrell pentalojisi düşünülen hastaya genetik danışma ve karyotip analizi önerildi. Koryon villus örnekleme yapılan hastanın karyotip analizi sonucu 46XX gelmiştir. Hastaya terminasyon seçeneği sunulmuştur. Terminasyon istemi olan hastanın gebeliği vaginal yolla sonlandırılmıştır. Terminasyon sonrası makroskopik incelemede Cantrell pentalojisine ilave olarak anensefali ve sol üst ekstremitede ameli izlenmiştir. Vital bulguları stabil olan hasta 2. gün şifa ile taburcu edilmiştir.

**Sonuç:** Cantrell Pentalojisi etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber patogenezi embriyonik erken dönemde mesoderm ventromedial yetersiz migrasyonu düşünülmektedir. Omfalosel ile her zaman birlikte olan Cantrell pentalojisine değişik organ ve sistem anomalileri eşlik edebilmektedir ve bu nedenle bu olgularda detaylı sonografik inceleme gereklidir. Yayınlanmış vakalar incelendiğinde eşlik eden anomaliler; yarık damak ve/veya dudak, ensefalosel gibi orta hat defektleridir. Diğer bildirilen anomaliler hidrosefali, vertebral anomaliler, parmak anomalileri, mikroftalmi, pulmoner hipoplazi, sol akciğer yokluğu ve kloakal ekstrofidir. Bizim olgumuzda da literatürde oldukça nadir olarak bildirilen sol üst ekstremitede ameli ve anensefali saptanmıştır. Cantrell pentalojisi, prenatal dönemde saptandığında, uygun bir perinatal değerlendirme planı gerektirmektedir. Fetus eşlik eden diğer anomaliler açısından incelenmelidir. Literatür bilgilerine göre, anomali erken gebelik haftalarında saptandığında ya da eşlik eden kromozomal anomalilerin varlığında terminasyon uygundur.

## PB-088

### Gebelikte multivitamin ve antianemik kullanımının doğum kilosuna etkisi

Sevcan Arzu Arıncan, Emin Erhan Dönmez, Zafer Bütün, Murat Muhcu

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

**Amaç:** Gebelikte genel olarak, günde üç öğün beslenen, sebze, meyve, tahıl, düşük yağ içerikli gıdalar ve protein tüketen kadınların beslenme durumu yeterli olarak kabul edilmektedir.

İyi beslenen gebelerde mikronutrisyon takviyesinin gebelik süresine ve doğum ağırlığına belirgin bir etkisi olmadığı düşünülmektedir. Biz de çalışmamızda multivitamin ve antianemik kullanımının doğum kilosuna etkisini saptamayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamıza Şubat 2014–Temmuz 2014 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde term doğum yapan tekil gebelerden çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 413 gebe dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen lohusaların, doğumdan sonra ilk 24 saat içinde gebelikte kullandıkları multivitamin çeşidi, kullanım süresi, antianemik kullanımı ve süresi sorgulanmıştır. Hastaların demografik bilgileri, doğum bilgileri ve yenidoğan bilgilerine ise hasta dosyalarından ulaşılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) (IL, Chicago, IBM) programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamızdaki gebelerin ortalama yaşı 26.8±5.5 yıl, gravida ortalaması 2.1±1.3, iki gebelik arası süre 2.6±3.4 yıl ve ortalama vücut kitle indeksleri 29.79±14.8'dir. Tüm olguların ortalama hematokrit değeri 35.11±3.86'dir. Ortalama antianemik ve multivitamin kullanım süreleri 18.28±9.86 ve 16±10.2 haftadır. Olguların gebelik boyunca ortalama aldıkları kilo 13.2±5.33 kg'dır. Ortalama doğum kilosuna ise 3421±433 g'dır. Gebeliğinde multivitamin kullananların (n=221) ortalama doğum kilosuna (3442 g) ile kullanmayanların (n=192) ortalama doğum kilosuna (3397 g) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p 0.290). Gebeliğinde antianemik kullananların (n=344) ortalama doğum kilosuna (3417 g) ile kullanmayanların (n=69) ortalama doğum kilosuna (3443 g) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.696). Ayrıca; doğum kilosuna ile annenin doğumdan önceki hematokrit değeri, gebelik boyunca aldığı kilo, kullanılan antianemik ve multivitamin süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p 0.579; 0.311; 0.306; 0.477).

**Sonuç:** Çalışmamızda; gebelik boyunca kullanılan multivitaminler, antianemikler ve kullanım süreleri ile doğum kilosuna arasında bir ilişki gösterilememiştir. Ayrıca; gebelikteki kilo alımı ve doğum öncesi maternal hemotokrit seviyesi ile doğum ağırlığı arasında da bir ilişki bulunamamıştır. Kronik bir hastalığı olmayan, yüksek riskli gebeliği olmayan ve düzenli beslenen gebelerin gebelik boyunca multivitamin desteği almaları önerilmemektedir. Rutin olarak; perikonsepsiyonel ve ilk trimester boyunca folik asit takviyesi ile anemik olan gebelerde antianemik kullanımı önerilmektedir.

## PB-089

### Servikal ektopik gebelik olgusu konservatif yönetimi

Mustafa Öztürk, Aytakin Aydın

Etimesgut Asker Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Servikal gebelik, gebeliğin endoservikal kanala implant olduğu, nadir görülen ektopik gebelik türüdür. şiddetli kana-

maya neden olabilmesi açısından maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenleri arasındadır.

**Yöntem:** 40 yaşında, bir sezaryen öyküsü olan hasta kliniği-mize gebelik şüphesiyle başvurdu. Ultrasonda serviks lokalize 10 mm gestasyonel sac içeren ektopik gebelik izlendi. Sistemik metotreksat ile tedaviye başlandı. Takibinde fetal kalp atımlarının oluştuğu izlendi ve transvaginal yolla lokal metotreksat uygulandı.

**Bulgular:** Ertesi gün kalp atışlarını olmadığı gözlemlendi ve cerrahi küretaj işlemi uygulanıp foley balon katater yerleştirildi. Takibinde komplikasyon izlenmedi ve beta hCG seviyesi 5 U/l kadar düştü.

**Sonuç:** Servikal ektopik gebeliğin erken tanısı konservatif tedavi uygulama şansını artırır. Konservatif tedavi sistemik veya lokal olarak gestasyonel kese içine uygulanarak da yapılabilir.

### PB-090

#### Persiste sol superior vena kava bulunan olgunun prenatal tanısı

*İşıl Turan Bakırcı, Hicran Acar, Oya Demirci, Kaan Pakay, Bülent Tandoğan, Fikret Gökhan Göynüner, Murat Aksoy Zeynep Kamil Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Amaç:** Persiste sol superior vena kava torasik venöz sistemin en sık görülen varyasyonlarından ve populasyonun %0.3 ile %0.5'inde görüldüğü bildirilmektedir. İnfantların %5 ile %9'unda konjenital kalp hastalıkları ile birlikte olabilmekte, kardiyak malformasyonlu fetusların da yaklaşık %9'unda bulunmaktadır. Sağ superior vena, persiste sol superior vena kava ile ilişkili olarak bulunmayabilir. Sol superior vena kavanın torakstaki anatomik seyri ve tanısal planlar bilindiği zaman persiste sol superior vena kava tanısı kolay olabilmektedir

**Yöntem ve Bulgular:** 33. haftada fetal batında kistik kitle nedeniyle perinatoloji polikliniğine yönlendirilen gebenin detaylı incelemesinde; female fetusta sol over lojuna uyan bölgede 4x4 cm büyüklüğünde içinde ekojenik komponent bulunan kistik kitle izlenmiştir. Fetusun diğer sistemlerinin incelenmesi sırasında kalbin dört odacık kesitinde koroner sinüsün geniş olarak izlenmiştir. Üç damar-trakea kesitinde sağ superior vena cava izlenmemiş, pulmoner arterin solunda persiste eden sol superior vena kava izlenmiştir. Toraksın sol parasagittal kesitinde sol superior vena kavanın koroner sinüse drene olduğu görülmüştür. Pulmoner arter kökü geniş olarak izlenmiş, bu durum sol superior vena kavanın koroner sinüse drene olması, sağ atrium ve sağ ventriküle drene olan kan miktarının fazla olması ile açıklanmıştır.

**Sonuç:** Sol superior vena kavanın torakstaki anatomik seyri bilindiği ve doğru tanısal kesitler alındığı zaman persiste sol superior vena kavanın prenatal tanısı kolay bir şekilde konulabilmektedir

### PB-091

#### Kliniğimizde ilk trimesterde anemisi bulunan gebelere uyguladığımız demir tedavisinin etkinliği

*Aytekin Aydın, Mustafa Öztürk*

*Etmesgut Asker Hastanesi, Ankara*

**Amaç:** Anemi tedavisine, gebelerde ilk trimesterde başlanması ile maternal ve fetal sonuçlarının tedavi almayanlara göre daha iyi olduğu literatürde belirtilmektedir. İlk trimesterde anemi tanısı hemoglobin konsantrasyonu 11 g/dL altında olanlar olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda ilk trimesterde anemi tanısı alan gebelerde uygulamaya başlanan Fe+2 tedavisinin etkinliğini, 3 trimesterde değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** 2013 Ocak–2015 Nisan arasında gebelik takibine alınıp, anemi tanısı ile tedavi edilmeye başlanan 48 gebenin sonuçları incelendi. Tek gebelik tanısı olup, sistemik hastalığı olmayan, sigara kullanmayan, hemoglobin (Hb) değeri ilk trimesterde 9–10.9 g/dL arasında bulunan ve düzenli olarak tedavisini aldığı belirtilen hastalar çalışmaya alındı. B 12, folik asid eksikliği olanlar çalışmaya alınmadı

**Bulgular:** İlk trimesterde gebelerin Hb konsantrasyonu ortalama 10.5 g/dL idi. Fe +2 oral tedavisi günde 1 kere başlandı. Son trimesterde Hb ortalaması 11.4 g/dL idi. Tedaviye başlananların hiç birinde 11 g /dL altında Hb saptanmadı.

**Sonuç:** Erken gebelikte düşük Hb değerlerinin, erken eylemi 3 kat, gestasyon yaşına göre küçük bebek görülme sıklığını 2 kat artırdığı belirtilmiştir İlk trimesterde anemisi olan gebelere başlanan oral Fe+2 tedavisinin son trimesterde değerlendirildiğinde etkin olduğu tespit ettik. Anemi tanısı olan gebeler hemen tedavi edilmeye başlanmalıdır.

### PB-092

#### Maternal serum ferritin levels in small for gestational age pregnancies

*Mehmet Özgür Akkurt<sup>1</sup>, Mehmet Metin Altay<sup>2</sup>, Mekin Sezik<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Perinatology, Faculty of Medicine, Süleyman Demirel University, Isparta;*

*<sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Etlik Zübeyde Hanım Women's Health Training and Research Hospital, Ankara*

**Objective:** We sought to compare maternal and infant ferritin levels across pregnancies with fetal growth delay including constitutional and pathological small for gestational age (c-SGA and p-FGR) compared to appropriate for gestational age (AGA).

**Methods:** A case-control study was conducted in term pregnant women and their neonates throughout a 3-year-period. Three groups were enrolled: AGA, c-SGA (birth weight <10

p for gestational age with no placental insufficiency findings), and p-FGR (birth weight <5p for gestational age accompanied by abnormal umbilical artery Doppler waveforms and/or oligohydramnios). Receiver operating characteristic (ROC) curves were used to determine the threshold for maternal serum ferritin in each group. Sensitivity, specificity, accuracy, positive and negative predictive values (PPV and NPV) plus positive and negative likelihood ratios (LR+ and LR-) were calculated following the determination of the presumed thresholds.

**Results:** A total of 131 pregnancies with AGA (38%), c-SGA (38%), and p-FGR (24%) were enrolled. The mean maternal serum ferritin level was higher in the p-FGR group than in the AGA group (59 microg/l versus 32.5 microg/l, p<0.001). A maternal ferritin cut-off of 48 microg/l was found to be optimal for distinguishing between p-FGR and AGA with a sensitivity of 67.7%, specificity of 92%, PPV of 84%, NPV of 82%, diagnostic accuracy of 82.7%, LR+ of 8 and LR- of 0.3, respectively.

**Conclusion:** Maternal serum ferritin levels may differ in pregnancies with pathological SGA. The role of maternal serum ferritin measurements as a clinical tool for distinguishing different forms of SGA warrants further investigation.

### PB-093

#### Fetal izole korus kallozum hipoplazisi

Kaan Pakay, Oya Demirci, Işıl Turan Bakırcı, Murat Aksoy, Hicran Acar Şirinoğlu, Resul Arısoy, Fikret Gökhan Göynüner

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

**Amaç:** Prenatal tanı almış korus kallozum hipoplazisi olgusunun sunulması

**Bulgular:** 31 yaş gravida 2 parite 1 olan gebe 36. gebelik haftasında dış merkezden ventrikülomegali ön tanısıyla kliniğimize refere edildi. Yapılan ultrasonografide kranial incelemede lateral ventriküllerde göz yaşı bulgusu mevcut, lateral ventrikül posterior çapları 14 mm/19 mm ölçüldü. Koronal plandan alınan kesitte korus callosum ve kavum septum pellucidum izlendi. Korus callosum ön arka uzunluğunun gebelik haftasına göre kısa olduğu, hipoplazik olduğu görüldü. Korus callosum sagittal planda incelendiğinde yer yer hiperekomen kesintiler mevcuttu. Doppler ultrasonografide gyral sulkuslarda ışınal dağılımı mevcuttu. Ek anomali yoktu. Bulgular fetal MRİ ile konfirme edildi. Doğum sonrası yapılan fetal kranial MRİ ile korus callosum hipoplazisi tanısı kondu.

**Sonuç:** Korus callosum değerlendirilmesi detaylı ultrasonografinin bir parçasıdır, yalnızca varolması değil büyüklüğü

ve görünümü de önemlidir. Korus callosum agenizisi sıklıkla intrakranial ve ekstrakranial bulgularla birlikte dir. Sıklıkla genetik ve kromozomal hastalıklar ile birlikte dir. Olgular ventrikülomegali ile başvurabilirler. Tüm olgulara karyotip incelemesi yapılmalıdır. İzole olguların prognozu belirsizdir.

### PB-094

#### Kranyofasial defektle seyreden body stalk anomali olgusu

Işıl Turan Bakırcı, Kaan Pakay, Hicran Acar, Fikret Gökhan Göynüner, Murat Aksoy, Neriman Başak Baksu, Bülent Tandoğan, Oya Pekin, Neriman Koç

*Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Amaç:** Body stalk anomalisinin daha az görülen kranyofasial defektle seyreden fenotipinin tanı konmasını ve ayırıcı tanısını sağlayan ultrasonografik bulguların paylaşılması

**Yöntem:** 18. haftada fetal anomali nedeniyle perinatoloji polikliniğine yönlendirilen olgunun ultrason ve abort sonrası bulguları

**Bulgular:** fetal anomali nedeniyle 18. haftada perinatoloji polikliniğine yönlendirilen hastada yapılan ultrasonografik incelemede ekzensefali, ektopia kordis, torokoabdominal defekt, karaciğeri içeren omfolosel izlenmiştir. Umbilikal kordon serbest ve kısa olarak görülmüştür. Plasentanın fetal yüze yapışık olduğu görülmüş maternal pozisyon değiştirilerek yapılan ultrasonografik incelemede fetal yüzün plasentadan ayrılmadığı görülmüştür. Her iki fetal göz, burun görülemez ve fasial kleft tanısı konmuştur. Body stalk anomali tanısı ile gebelik termine edilmiş ve abort sonrası inceleme ile ultrasonografik bulgular doğrulanmıştır

**Sonuç:** Body stalk anomali ultrasonografik bulgularla erken dönemde tanısı koyulabilen, amniotik band sendromu ve cantrell pentalojisi ile ayırıcı tanısı yapılması gereken, yaşamla bağdaşmayan ağır bir anomalidir

### PB-095

#### Kardiyak anomalinin eşlik ettiği siklopi bulunan alobar holoproensefali

Işıl Turan Bakırcı, Murat Aksoy, Hicran Acar, Kaan Pakay, Fikret Gökhan Göynüner, Oya Pekin, Oya Demirci, Bülent Tandoğan, Neriman Başak Baksu

*Zeynep Kamil Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Amaç:** 28. haftada tanı alan kardiyak anomalinin eşlik ettiği alobar holoproensefalili olgunun prenatal dönemdeki ultrason bulgularının paylaşılması ve geç tanının maternal psikoloji üzerine etkisi



**Yöntem ve Bulgular:** 28. haftada fetal anomali şüphesi ile perinatoloji polikliniğine yönlendirilen hastada yapılan ultrasonografik incelemede kranyumda tek ventrikül ve kaynaşmış talamuslar izlenmiştir. Fetusta her iki göz ve burun izlenmemiş, probosis izlenmiştir. Yapılan kardiyak incelemede sağ taraftaki ventrikülden aortun sol taraftaki ventrikülden pulmoner arterin çıktığı ve pulmoner arterin stenotik olduğu izlenmiştir. Fetal kardiyak anomali: büyük arter transpozisyonu ve pulmoner stenoz olarak adlandırılmıştır. İleri gebelik haftasında tanı konulması maternal psikolojiyi olumsuz olarak etkilemiş ilk başta tanıyı kabul etmeme olarak kliniğe yansımıştır. Olgunun 1 haftalık bir süreçte psikolojik destek ile tanıyı kabul etmesi gerçekleşmiş, fetusun kalbine potasyum klorür enjeksiyonu ile fetal kalp atımları durdurularak gebelik sonlandırılmıştır.

**Sonuç:** Alobar holoproensefali %70 olguda yüz anomalilerinin eşlik ettiği ağır bir anomalidir. Herhangi bir yüz anomalisinde fetal beynin detaylı incelenmesi gerekir ve daha erken dönemlerde tanı koyulabilecek olguların tanılarının gecikmesi maternal psikolojiyi olumsuz yönde etkilemektedir. Böyle olgularda gebelik terminasyonu önerilirken aileye psikolojik destek verilmesi tanının kabul edilmesi ve gebelik ile ilgili kararlarda aileye yardımcı olur.

#### PB-096

##### Tip 4 sakrokoksigeal teratom: Olgu sunumu

Oya Demirci<sup>1</sup>, Resul Arısoy<sup>1</sup>, Habibe Ayvaci<sup>2</sup>, Kaan Pakay<sup>1</sup>, Işıl Turan Bakırcı<sup>1</sup>, Fikret Gökhan Göynüner<sup>1</sup>

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

**Amaç:** 21. haftada ikinci düzey fetal ultrasonografik incelemede rektal dilatasyon saptanan ve anal sfinkterin ultrasonografik olarak görüldüğü olgunun sunumu amaçlanmıştır.

**Bulgular:** Takiplerinde fetal ultrasonografide belirgin rektal dilatasyonu devam eden gebeliğin 33. haftada oligohidroamnios nedeniyle doğumu gerçekleştirilmiştir. 2080 gram kız bebek doğurtulmuştur. Doğum sonrası anal sfinkter normal fakat anterior anüs olarak değerlendirilmiştir. Doğum sonrası 1. günde gayta çıkışı izlenen bebekte yapılan pelvik ultrasonografide mesane arkasında kistik kitle saptanmış bebeğin takiplerinde kistin boyutunun artması üzerine eksploratif laparotomi yapılmıştır. Laparotomi sırasında rektal dublikasyon düşünülen parsiyel kist eksizyonu yapılan olgunun patolojik spesmen incelemesinde matür glial doku görülmesi üzerine sakrokoksigeal teratom düşünülmüş bebek 2. operasyona alınmıştır. Operasyonda kistik kitle önde rektumdan arkada sakrumdan diseke edilerek koksiks ile beraber çıkarılmıştır.

**Sonuç:** Pelvik bölgede fetal dönemde ultrasonografik olarak gözlenen kistik kitelerde en çok anal atrezi, intestinal dubli-

kasyon kisti ve over kisti akla gelmekle birlikte bu fetuslarda tip 4 sakrokoksigeal teratomunda olabileceği akılda tutulmalıdır.

#### PB-097

##### Persiste sol vena kava süperior ve fetal aritmi birlikteliği

Oya Demirci<sup>1</sup>, Işıl Turan Bakırcı<sup>1</sup>, Bülent Tandoğan<sup>1</sup>, Taner Yavuz<sup>2</sup>, Kaan Pakay<sup>1</sup>, Hicran Acar Şirinoğlu<sup>1</sup>, Fikret Gökhan Göynüner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** 23. haftada fetal aritmi nedeniyle fetal ekokardiyografi yapılan olgunun sunumu amaçlanmıştır.

**Bulgular:** Fetal ekokardiyografide prematür atrial kontraksiyon saptanan fetuste kalp dört kadran planında korener sinusun belirgin derecede dilate olduğu gözlenmiştir. Korener sinus dilatasyonunu açıklayacak, üç damar trakea planında pulmoner arterin solunda persiste sol süperior vena cava gözlenmiştir.

**Sonuç:** Fetal aritmi ve persiste sol vena cava süperior birlikteliği iki teori ile açıklanabilir. Fetal embriyolojik gelişim sırasında kalpte pacemaker dokular sağ ve solda süperior vena cava progenitorlerine yakın iki bölgeden kaynaklanmaktadır. Normal gelişim sırasında, sağdaki bölgeden sinoatrial nodül oluşurken, soldaki pacemaker bölgesi aşağıya korener sinuse doğru göç etmekte ve sol vena cava süperior dejenere olurken bu pacemaker bölgesi iletim özelliğini kaybetmektedir. Persiste sol vena cava süperior varlığında soldaki bu pacemaker bölgesi regrese olmayabilir ve bu bölgeden kaynaklanan anormal elektrofizyolojik iletiler aritmilerle sonuçlanabilir. Ayrıca dilate korener sinus veya dilate sağ atriumun sinoatrial nodül üzerinde oluşturduğu fizyolojik strese sekonder aritmiler oluşabilir. Sonuç olarak persite sol vena cava süperior saptanan fetuslar olası fetal aritmi yönünden veya fetal aritmi saptanan fetuslar olası persiste sol vena süperior açısından değerlendirilmelidir.

#### PB-098

##### İkinci trimesterde fetal prenatal ve nukal kalınlık birbiri ile ilişkili mi?

Halis Özdemir, Hakan Kalaycı, Selçuk Yetkinel, Tayfun Çok, Gonca Çoban, Ebru Tarım

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana

**Amaç:** Son yıllarda ultrasonografide prenatal kalınlık artışı ile Down sendromu arasında güçlü bir ilişkinin varlığı bilin-

mektedir. Bu çalışmada benzer mekanizmalarla gelişen bir diğer belirteç olan ense kalınlığı (nukal kalınlık- NF) ile prenatal kalınlık arasında doğrusal bir bağlantının olup olmadığı araştırılmıştır.

**Yöntem:** Aralık 2013–Eylül 2014 arası kliniğimize başvuran 17–24 gestasyonel hafta arası 2. basamak ultrasonografisi yapılan toplam 650 öploid ve 5 Down sendromlu fetusun verileri retrospektif olarak incelendi. Prenazal kalınlık, nazal kemik uzunluğu, nukal kalınlık, biyometrik ölçümler (BPD, HC, AC, FL, HL) kaydedildi. Her gestasyonel haftaya göre prenatal kalınlık, prenatal kalınlık–nazal kemik oranının percentil değerleri belirlendi. Prenazal kalınlık ile ense kalınlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Prenazal kalınlık ile gebelik haftası arasında doğrusal bir artış mevcuttu (ortalama değer 17–18. haftada 3.01, 23–24 haftada 3.76). Prenazal kalınlık /nazal kemik oranı (ortalama değer 17–18. haftada 0.57, 23–24 haftada 0.50) ve prenatal kalınlık / ense kalınlığı oranı (ortalama değer 17–18. haftada 0.96, 23–24 haftada 0.82) gebelik haftası arttıkça hafif bir azalma göstermekteydi. Prenazal kalınlık /nazal kemik oranının 95. persentil değerleri gebelik haftasına göre şöyleydi; 17–18 hafta: 0.75, 18–19 hafta: 0.76, 19–20 hafta: 0.80, 20–21 hafta: 0.74, 21–22 hafta: 0.75, 22–23 hafta: 0.88). Gebelik haftasından bağımsız olarak prenatal kalınlık /nazal kemik oranının 95. persentil değeri 0.76 olarak hesaplandı. Prenazal kalınlık ve ense kalınlığı ölçümleri gebelik haftası ile birlikte artış gösteriyordu. Ancak prenatal kalınlık ile ense kalınlığı arasında istatistiksel olarak güçlü bir doğrusal artış söz konusu değildi (R2 linear: 0.115). Beş down sendromlu hastanın prenatal kalınlık /nazal kemik oranının ortalama değeri ise 1.03 ( $\pm$ 0.22) olarak hesaplandı.

**Sonuç:** Bu çalışma ile down sendromu taraması için yeni eklenen bir belirteç olan prenatal kalınlık /nazal kemik oranının kendi popülasyonumuzda 95 persentil değeri 0.76 olarak hesaplandı. Prenazal kalınlık ve nukal kalınlığının oluşum mekanizmaları benzer olsa da, aralarında güçlü bir doğrusal ilişki saptanmamıştır.

## PB-099

### Primiparite ileri yaş gebelikleri için risk faktörü müdür?

Hakan Kalaycı, Halis Özdemir, Didem Alkaş, Tayfun Çok, Ebru Tarım

Başkent Üniversitesi Adana Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Adana

**Amaç:** Günümüzde gelişen eğitim ve kariyer olanakları, etkili kontrasepsiyon gibi nedenlerden dolayı dünya çapında 35 yaş üstü gebeliklerin insidansında yükselmeye neden olmuştur. Bu durum yardımcı üreme tekniklerinin ileri yaş primipar gebeliklerde kullanımını da arttırmıştır. Bu çalışmada; pa-

ritenin ileri yaş gebeliklerde maternal komplikasyonlar ve fetal obstetrik sonuçlarla ilişkisini ortaya koymak ve yardımcı üreme tekniklerinin primipar ileri yaş gebelikler üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 2008 ve 2015 yılları arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana hastanesi perinatoloji kliniğine başvuran 1680 ileri yaş gebeliği olan hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** 1680 ileri yaştaki gebenin %28'i primipar, %71.9'u ise multipardı. Primipar gebelerde çalışma durumu (%46.4 primipar, %40.7 multipar,  $p<0.035$ ) ve yardımcı üreme teknikleri ile gebelik elde etme oranı (%40.3 primipar, %3.9 multipar,  $p<0.000$ ) belirgin olarak fazlaydı. Gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, HELLP sendromu gibi hipertansif bozukluklar (%15.3 primipar, %9.8 multipar,  $p<0.001$ ) primipar gebelerde daha fazla izlenmiştir. Yine bu gebelerde fetal gelişme geriliği (%7.8 primipar, %3.9 multipar,  $p<0.001$ ) ve perinatal kayıpta (%1.7 primipar, %0.5 multipar,  $p<0.015$ ) artış saptanmıştır. Primipar hastalar yardımcı üreme tekniklerinin kullanılıp kullanılmamasına göre iki gruba ayrılarak maternal ve fetal komplikasyonlar açısından karşılaştırılmıştır. Yardımcı üreme tekniği ile gebelik elde edilmiş grubun gebelik başındaki vücut kitle indeksi daha yüksek saptanmıştır ( $26.54\pm 4.66$  vs  $25.39\pm 5.69$ ,  $p<0.034$ ) ancak maternal ve fetal komplikasyonlar açısından iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır.

**Sonuç:** Primiparite ileri yaş gebeliklerinde artmış maternal ve fetal komplikasyonlarla ilişkilidir. Ancak bu hasta grubunda yardımcı üreme tekniklerinin kullanılması ek bir risk faktörü gibi görünmemektedir.

## PB-100

### Kliniğimizde yapılan acil serklaj uygulamalarının retrospektif değerlendirilmesi

Meryem Gencer<sup>1</sup>, Ahmet Uysal<sup>1</sup>, Nazan Kaymaz<sup>2</sup>, Ayşe Nur Çakır Güngör<sup>1</sup>, Eren Pek<sup>1</sup>, Eda Duru Bardakçı<sup>1</sup>, Evren Çavuş<sup>1</sup>, Emine Coşar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekizmartı Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale; <sup>2</sup>Çanakkale Onsekizmartı Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale

**Amaç:** Servikal yetmezlik ikinci trimesterde ağrısız servikal açıklık ve gebelik ürününün atılmasıyla son bulan ve tekrarlayan gebelik kayıplarına yol açan komplike bir durumdur. Tarihsel süreçte klasik servikal yetmezliğin tedavisi 12–14. haftalarda elektif servikal serklaj atılması iken günümüzde tanı ve tedavisi tartışmalı hale gelmiştir. Seklaj servikse belirli yöntemlerle atılan sütürlerle serviksin desteklenmesidir ve günümüzde profilaktik, terapötik ve acil serklaj uygulamaları

olanlar olarak tanımlanmıştır. Ağrısız servikal açıklık ve fetal membranların vagen içerisine prolapsusu saptandığında uygulanan serklaj işlemi acil serklaj olarak tanımlanır. Beklentsel yaklaşıma üstün olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Biz bu yazıda kliniğimizde yapılan acil serklaj uygulamalarını retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Temmuz 2013 ile Haziran 2015 tarihleri arasında, gebelik haftaları 15 ile 23 arasında değişen ve serklaj uygulaması öncesi servikal açıklık ve fetal membranların prolapsusu saptana 6 olgu retrospektif olarak değerlendirilmeye alındı. Hasta dosyaları tarandı ve fetal sağlıkla ilgili hastaya telefon ile ulaşılarak bilgi alındı. İşlem anında vaginal kanaması ve ya enfeksiyonu olan hastalara işlem uygulanmadı. Tüm hastalara genel anestezi altında Mc Donal tipi serklaj uygulandı. Profilaktik antibiyotik kullanılmadı ve hastalar postoperatif 24 saat sonra kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Tüm işlemler iki operatör tarafından yapıldı.

**Bulgular:** 1 nolu hasta; 34y 16w5d, G2P1A0, önceki doğum şekli SVD, bu gebelik sonucu, 25w1d membran rüptürü sonrası SVD, bebek sağlıklı (2 yaşında). 2 nolu hasta; 34y, 15w1d, G3P2A0, HbsAg +, önceki doğum şekli C/S, 15w2d iken abortus. 3 nolu hasta; 25y, 23w4d, G2P0A1, 24w3d membran rüptürü sonrası SVD, bebek ex. 4 no'lu hasta; 39y, 18w2d, G3P2A0, önceki doğum şekli SVD, 19w2d kanama nedeni abortus 5 no'lu hasta; 25y, 22w0d, G1P0A0, 30. haftada preeklampsi saptandı, 32w1d SVD, bebek sağlıklı (bir yaşında) 6 no'lu hasta; 28y, 21w3d, G1P0A0, 4 haftadır gebelik devam ediyor. Hastaların tümünde serklaj işlemi uygulandığında membranlar vagen içine prolabe idi. İki hasta kanama ile başvurmuşlardı ve yapılan muayenede servikal açıklık ve membran prolapsusu saptandı (2 ve 4 nolu hasta). Her ne kadar serklaj işlemi sırasında kanamaları yoksa da postoperatif birinci günde hastaların tekrar vajinal kanamaları oldu ve sütürleri alınmak zorunda kalındı. Diğer serklaj atılan hastalarda kanama ve enfeksiyon bulgusu yoktu. 1 no'lu hastanın işlemden 9 hafta sonra, 3 no'lu hastanın ise 2 gün sonra membran rüptürü oldu. Kortikosteroid yapılarak yenidoğan yoğun bakım açısından üçüncü basamak olan bir merkeze sevk edildiler. Orada sütürleri alınan hastalar spontan vaginal yol ile doğumu takiben 3 no'lu hastadan doğurtulan bebek hemen kaybedilirken diğeri sağ ve sağlıklı olarak yaşamını sürdürmektedir. 5 no'lu hastamız 32. haftada preeklampsi nedeni ile gebeliği sonlandırılmıştır. 6 no'lu hastaya 14.05.2015 tarihinde acil serklaj uygulanmıştır. Hasta poliklinik takibine devam etmektedir. Bu hastaya haftalık 17 hidroksiprogesteron kaproat da yapılmaktadır. 3 ve kanama ile başvuran ve serklajı başarısız olan iki hasta devre dışı bırakıldığında acil serklaj uygulanan hastalarımızda işlemin başarısı %75 olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Acil serklaj uygun hastalarda (uterin aktivitesi olmayan, vajinal kanama ve enfeksiyon bulgusu olmayan), tecrübeli operatörler tarafından yapıldığında gebeliğin devamının sağlanması ve fetal survi açısından önem arz etmektedir.

## PB-101

### Tip 2 diyabetli gebelerde fetal kardiyak fonksiyonların değerlendirilmesinde duktus venosusun rolü

*Muhittin Eftal Avcı, İbrahim Polat, Ali Gedikbaşı*

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

**Amaç:** Tip 2 diyabeti olan gebelerde, fetal kardiyak fonksiyonların değerlendirilmesi amacıyla fetal ekokardiyografi, duktus venosus (DV) dalga velositeleri, DV diyastolik zaman aralıklarının kullanılmasının kardiyak disfonksiyon varlığını saptamada rolünü belirlemek.

**Yöntem:** 20 ile 24 gebelik haftası arasında olan 70 Tip 2 diyabetik gebe fetusu çalışma grubunu oluştururken, aynı gebelik haftalarında olup herhangi bir maternal hastalık ve ya komplikasyonu olmayan 70 fetus ise kontrol grubunu oluşturdu. Fetüslerin kardiyak fonksiyonları konvansiyonel ekokardiyografik yöntemler ve DV kan akımı incelemesi yoluyla değerlendirilip karşılaştırıldı. DV kan akımı incelemesinde DV dalga formları (S, v, D, a) ve diyastolik zaman aralıkları (tüm diyastolik dolum faz zamanı (TDz), erken diyastolik dolum faz zamanı (EDz) Geç diyastolik dolum faz zamanı (GDz) kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışma ve kontrol grupları arasında KF, Mitral E, A, E/A oranı ve DV-S, DV-v ve DV-D dalga velositeleri arasında anlamlı fark saptanamazken ( $p>0.05$ ) DV-a dalga velositesinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Tip 2 diyabetli gebelerin fetüslerinde kardiyak fonksiyonların değerlendirilmesinde konvansiyonel ekokardiyografik yöntemlerle değişiklik saptanamazken DV kan akımı incelemesi vasıtasıyla yapılan değerlendirmede (DV-a dalga velositesinde azalma) değişiklik saptanmış ve kardiyak disfonksiyon belirlenmiştir. Bu değişiklik indirekt olarak kardiyak fonksiyonlardaki azalmış sistol sonu relaksasyon ve/veya artmış atriyum kontraksiyonu ile ilişkili olabilir. Tip 2 diyabetli gebelerde fetal kardiyak fonksiyonları değerlendirirken Pulsed wave Doppler ile DV akım hızları da değerlendirilmelidir.

## PB-102

### Role of spiramycin in prevention of fetal toxoplasmosis

*Muhittin Eftal Avcı<sup>1</sup>, Ferhat Arslan<sup>2</sup>, Şinasi Çiftçi<sup>1</sup>, Ali Ekiz<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul;*

*<sup>2</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

**Objective:** The aim of this study is to evaluate the efficacy of Spiramycin (Spy) in the mother-to-child transmission of Toxoplasma gondii infection.

**Methods:** Patients within first trimester of their pregnancy with Toxoplasma IgM positivity ( $>0.65$  index, ELISA, VIDAS)

and IgG positivity (>8 IU/ml), who had low IgG avidity, (<0.50 index, ELISA, Architet) were considered as acute toxoplasmosis (AT). Those patients with AT who had amniocentesis at the 19th-21st week of pregnancy and had polymerase chain reaction (PCR) test for toxoplasmosis, and also were followed up for one year after delivery were included in this study.

**Results:** The medical records of a total of 129 pregnant women with the diagnosis of suspected AT were reviewed retrospectively. Among them, 61 patients (The mean age of the patients 27.2±6.1 the mean gravida and parity were 2.8±1.2 and 1.6±1.1 respectively) who fulfilled the inclusion criteria were taken. Remained 68 patients were excluded from study due to high avidity levels despite toxoplasma IgM and IgG positivity. Out of 61 patients, 55 (90.2%) had received Spy prophylaxis while 6 (9.8%) cases refused Spy prophylaxis. Toxoplasma PCR test was found to be positive in amniotic fluid of 4 (6.6%) patients obtained by amniocentesis at the 19th-21st week of pregnancy. While none of the 55 patients who received Spy prophylaxis had Toxoplasma PCR test positivity, four of the six patients who refused Spy prophylaxis had positive Toxoplasma PCR in amniotic fluid (p<0.01). There are no significant differences between the laboratory data of PCR (+) patients and that of PCR (-) patients. Except for two cases, none of the fetuses had abnormalities on ultrasonographic examination. We found intracranial calcification, ventriculomegaly and hepatomegaly in one fetus and found intracranial calcification, ventriculomegaly, cataracts and hepatomegaly in another fetus via ultrasonography. Termination of pregnancy was performed in these four patients with Toxoplasma PCR test positivity upon demand of the parents, but autopsy could not be performed unfortunately, because of the refusal of the parents. The rest of the pregnancies ended up with the delivery of healthy newborns. The newborns and infants up to one year follow-up did not have any congenital abnormalities.

**Conclusion:** We think that Spy is an antibiotic with high safety profile and efficient in prevention of fetal infection. Our results seem to encourage the use of Spy in pregnant women with AT in the first trimester of pregnancy.

### PB-103

#### Ductus venosus velosite oranları için referans aralıkları

Muhittin Eftal Avcı<sup>1</sup>, Yılmaz Yozgat<sup>2</sup>, İbrahim Polat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul;

<sup>2</sup>Bebcet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İzmir

**Amaç:** Ductus venosus (DV) velosite oranları için referans aralıklarını tespit etmek.

**Yöntem:** 20–24. gebelik haftaları arasındaki tekiz gebelikler çalışma grubunu oluştururken, fetal anomalili, gelişim ano-

malili, tahmini fetal ağırlığı <10 persentil veya >90 persentil olanlar ve maternal medikal hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı. DV ven için pik velosite indeksi (DV-PVIV), velositeler (S,v,D,a) ve velosite oranları (S/v, S/D, v/D, S/a, v/a and D/a) hesaplandı. Her gestasyonel haftada her oran için ortalama ve standart deviasyonu değerlendirmede ayrı regresyon modelleri uygulandı.

**Bulgular:** 20–24. gebelik haftaları arasında toplam 594 gebe (20, 21, 22, 23, 24. gebelik haftalarında sırasıyla 85, 88, 170, 67, 184 gebe) ile çalışıldı.

**Sonuç:** Biz 20–24. gebelik haftalarında DV velosite oranları için referans aralıklarını oluşturduk. Ülkemizde birçok merkezde fetal anomalili taramasının bu haftalar arasında gerçekleştirildiği düşünüldüğünde, bulduğumuz referans aralıklarının kardiyovasküler anomaliler ile ilgili fetal durumları değerlendirmede yararlı olabileceği görülmektedir.

### PB-104

#### Günde 1 litre greyfurt suyuna ne dersiniz?

Muhittin Eftal Avcı, İbrahim Polat, Deniz Açar, Ali Gedikbaşı

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Polifenolden zengin gıda tüketimine bağlı olarak gebeliğin 3. trimesterinde duktus arteriosusun prematür konstriksiyonu ile prezente olan gebeliği sunmak.

**Bulgular:** 32 yaşında gravida 3 parite 2 olan 30 haftalık gebe, rutin obstetrik muayene sırasında fetal kalp 4 çember görüntüsünde, sağ sol diskordansı nedeniyle perinatoloji kliniğine referans edilmişti. Hastada yapılan fetal ekokardiyografide; pulmoner arter, sağ atrium ve sağ ventrikülde dilatasyon, pulmoner ve trikuspid yetmezlik bulguları saptandı. Duktus arteriosusun görüntülenmesinde kan akımında turbulans, yüksek sistolik akım hızı (2 m/s) saptandı. Bu bulgular, fetal duktus arteriosusun prematür konstriksiyonunu destekliyordu. Hastanın ilaç kullanımı ve diyet alışkanlıkları sorgulandığında; soğuk algınlığı şikayetleri olan hasta doktorunun bol sıvı ve C vitamini alması yönündeki tavsiyesi üzerine on gündür, günde yaklaşık 1 litre greyfurt suyu tükettiğini ifade etmiştir. Hastaya greyfurt suyu içimine son vermesi söylenerek, diyeti düşük polifenol içeren gıdalarla yeniden düzenlendi. Hastada 5 gün sonra yapılan fetal ekokardiyografik incelemede duktal akımın normale döndüğü tespit edildi.

**Sonuç:** Fetal dolaşım morfolojik ve fonksiyonel olarak ekstruterin dolaşımdan farklılıklar gösterir ve duktus arteriosus kan akımını fetal inferior vücut bölgelerine yönlendirmede ana rol oynar. Duktus arteriosusun histolojik yapısı, aorta ve pulmoner arterden farklıdır ve ağırlıklı olarak gestasyonel yaşla artan kalın musküler kas tabakasından oluşmuştur. Bu kas liflerinin özellikle dış tabakası çevreseldir ve etkili duktal



konstriksiyonun yapılmasını sağlar. Genellikle indometasin ve ya prostaglandin metabolizması ile etkileşen diğer antiinflamatuar ilaçların alınması duktal konstriksiyona neden olur. Son yıllarda giderek artan bir şekilde yapılan araştırmalar, birçok sebze, meyve, kuruyemiş ve günlük diyetle kullanılan birçok gıdanın inflamasyonun metabolik yolağı üzerinde definitif etkileri olduğu ve sonuç olarak prostaglandin sentezini inhibe ettiği gösterilmiştir. Özellikle polifenollerin, 3. trimesterde tüketildiklerinde bizim vakamızda aşırı greyfurt suyu tüketiminde olduğu gibi, bu antiinflamatuar etkileri duktus arteriosusdaki akım dinamiklerini etkileyebilir.

## PB-105

### Antitüberküloz ilaç kullanırken gebe kalan bir olgunun değerlendirilmesi

Meryem Gencer<sup>1</sup>, Eda Duru Bardakçı<sup>1</sup>, Eren Pek<sup>1</sup>, Coşkun Silan<sup>2</sup>, Hakkı Engin Aksulu<sup>2</sup>, Ahmet Vural<sup>3</sup>, Emine Coşar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekizmart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale; <sup>2</sup>Çanakkale Onsekizmart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Bölümü, Çanakkale; <sup>3</sup>Çanakkale Onsekizmart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Bölümü, Çanakkale

**Amaç:** Tüberküloz hastalığı Mycobacterium tuberculosis adlı basilin yaptığı bulaşıcı bir hastalıktır. Basiller çoğunlukla akciğerlerde enfeksiyon yapmasına rağmen beyin, böbrekler, sindirim sistemi, vertebra gibi organ ve sistemleri de etkilemektedir. Gebelikte geçirilen tüberküloz anne sağlığı yanında fetüsü de etkileyebilmektedir. Lenfadenit şeklinde ve toraksta sınırlı tüberkülozun fetusa geçiş riski düşük iken ekstrapulmoner hastalıkta fetal riskler daha fazladır. Düşük doğum ağırlığı, preterm eylem ve düşük APGAR tüberküloz ile ilişkili bulunmuştur. Tüberküloz tedavisi çoklu medikasyonlu ve uzun solukludur. Tedavide kullanılan ilaçların maternal ve fetal yan etkileri olabilir bu nedenle tedavi sırasında gebe kalmak hekim ve aile açısından endişe verici olabilir. Dünya Sağlık Örgütü gebelikte İzoniazid, rifampisin, prizinamid ve ethambutol içeren rejimle 6 aylık tedaviyi yeterli bulmuştur. Biz bu çalışmada 27 yaşında aktif tüberküloz tedavisi alırken ikiz gebeliği saptanan vakayı sunmayı uygun bulduk.

**Yöntem:** 27 yaşında G4P1A1Y0 olan hasta, 06.08.2012 tarihinde aktif tüberküloz tanısı almış ve tedavisi başlanmış olarak 07.12.12 tarihinde kliniğimize ilk başvurusunda SAT (09.11.2012) a göre 4 haftalık ikiz gebelik kesesi tespit edildi. Rh (-) olan hastanın öyküsünde 39 haftalık bir kez intrauterin exitus, bir abortus ve birkezde ektopik gebelik geçirme hikayesi vardı. Kliniğimizde takibe alındı. Hastanın kötü obstetrik öyküsünden dolayı şiddetli çocuk istemi vardı. İlaçların teratojenitesi açısından Tıbbi Farmakoloji Bölümünden de görüş alındı. Gebeliğin devamına karar verildi. 17+3 haftalıkken antitbc ilaçları Verem Savaş Dispanseri tarafından kesil-

di. 19 ve 22. haftalarda iki kez ayrıntılı fetal ultrasonografi yapıldı. Rutin gebelik takipleri sırasında gestasyonel diabeti saptanan hastaya Endokrin Bölümü tarafından insülin başlandı. 28. haftada anti-D IG yapıldı. 30 haftalık iken Verem Savaş Dispanseri tarafından hastaya aktif tüberküloz olmadığına dair rapor verildi. 37 haftada ikiz gebelik nedeni ile sezaryen ile doğurtuldu. Fetüslerin APGARları 8-9 ve doğum kiloları 2560 ve 2330 idi. Postoperatif takiplerinde sorun olmayan hasta ve bebekleri şifa ile taburcu edildi.

**Bulgular:** Hasta 07.08.2012 den itibaren 127 gün 4'lü klasik antitüberküloz tedavi almıştı. 15.10.2012 de sadece izoniazid-rifampisin kullanan hastanın 15.10.2012 itibariyle verem savaş dispanseri tarafından ARB (-) olduğu belirtilmişti. Hastaya uygulanan tedavinin fetus üzerine etkileri açısından farmakoloji bilim dalından görüş alındı. Farmakoloji bölümünün verdikleri rapor şöyleydi; izoniazid ABD (FDA) risk kategorisi C olup, bu ilaç gebe bir kadına ancak açık bir gereksinim varsa verilmeli. Avustralya risk kategorisinde A grubunda olup fetusun malformasyon veya diğer direkt veya indirekt zararlı etkilerinin sıklığında bir artış yaptığına dair kanıt bulunamamış. İzoniazidin ilk trimester kullanıldığında dahi fetusa teratojenik etki saptanmamıştır. Rifampisin; gebelik kategorisi C olup plasenta bariyerini geçtiği ve kordon kanında bulunduğu bildirilmiş olmasına rağmen tek başına ya da diğer antitbc ilaçlarla kombinasyon halinde insan fetusu üzerindeki etkileri bilinmemektedir. Bir çalışmada hamileliklerinde rifampisinle karşılaşan 442 hastada (109'u ilk trimester) malformasyon oranında artış tespit edilmemiş. Bir çalışmada %3 oranında görülen fetal malformasyon diğerlerine göre yüksek orandadır. Bu anomaliler ekstremitte redüksiyonu, SSS anomalileri ve hipoprotrombinemi. Rifampisin gebeliğin son birkaç haftası kullanıldığı takdirde anne ve çocukta postnatal hemorajilere neden olabilir. Potansiyel risklere rağmen bu ilacın gebe kadınlarda kullanımından elde edilecek faydalar kabul edilebilir düzeydedir. Ethambutol plasentayı geçmektedir. Ethambutol alan 638 annede %2.2 oranında fetal malformasyon görülmüştür. Ethambutol alan ve 5-12. gebelik haftaları arasında düşük yapan kadınların fetusları incelenmiş ve özellikle bu ilaçta korkulan optik sistemle ilgili herhangi bir malformasyona rastlanmamış. Pirazinamid ile ilgili herhangi bir hayvan çalışması ve tedavi alanlarda fetal malformasyon bildirilmemiş. Gebenin kullandığı ilaçların gebelik dönemi ve dozlar değerlendirildiğinde fetal anomali riskini anlamlı bir şekilde arttırmadığı saptanmaktadır. Gebelik boyunca hasta ilaç yan etkileri tarafından takip edilmeli, tedavisine pridoksin eklenmeli, gebeliğin son dönemindeki Rifampisinin kanama yan etkisi göz önünde bulundurulmalı. Dikoryonik di-amniotik ikiz gebeliği olan hastanın ayrıntılı ultrasonografilerinde fetal anomali saptanmadı. Doğum sonrası da fetuslarda anormal bulgu gözlenmedi. Şu an iki yaşında olan ikizler yaşamlarına sağ ve sağlıklı bir şekilde devam etmektedirler.

**Sonuç:** Aktif tüberküloz tedavisi sırasında gebe kalan hastaların literatürde verilen bilgiler ışığında tedavisine devam et-

mesi anne ve fetüs sağlığı açısından önemlidir. Her ne kadar gebelikte mümkün olduğunca ilaç kullanımından kaçınılması gereksede aktif tüberkülozun anne ve fetüs üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında kullanılan ilaçların kesilmemesi, mümkün olan en güvenli rejime geçilmesi ve tedavi süresinin tamamlanması önerilmektedir. Bizim de aktif tüberküloz tedavisi sırasında gebe kalan olgumuzun ikiz bebeklerinde herhangi bir teratojenik etki saptanmamıştır. Ayrıca teratojen ilaç kullanım öyküsü olan hastalarda mümkünse Tıbbi Farmakoloji Bölümünden bilimsel destek alınması doğabilecek birtakım illegal durumların önüne geçmesi açısından önemli olabileceği kanatındeyiz.

### PB-106

#### Term gebelerde indüksiyon ikilemi: isosorbid mononitrat veya misoprostol

Muhittin Eftal Avcı<sup>1</sup>, Fatih Şanlıkan<sup>2</sup>, Radia Divlek<sup>2</sup>, Ahmet Göçmen<sup>2</sup>

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

**Amaç:** Term gebelerde servikal olgunlaşma için kullanılan NO türevi isosorbid mononitrat'ın (IMN) misoprostol ile karşılaştırılarak güvenilirlik ve etkinliğinin araştırılması.

**Yöntem:** Servikal olgunlaşma için misoprostol ve isosorbid mononitrat kullanılan 100 term gebe kadın çalışmaya alındı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; tekil canlı term gebelikler, membranların intakt olması, Bishop skorunun 6'dan az olması. Çalışma dışı bırakılma kriteri ise doğum indüksiyonunun kontrendike olduğu tüm durumlar. Üç grup oluşturuldu. Grup 1'deki kadınlar sadece misoprostol ile indüksiyon yapıldı (n=50); Grup 2'deki kadınlara 12 saat ara ile 2 doz 40 mg IMN uygulandı ve ilk dozdan 24 saat sonra bishop skoru  $\leq 6$  olduğundan oksitosin indüksiyonu başlandı (n=34); Grup 3'deki kadınlara 12 saat ara ile 2 doz 40 mg IMN uygulandı ve ilk dozdan 24 saat sonra bishop skoru  $< 6$  olduğundan misoprostol uygulandı (n=16). Primer değişkenler ilaç uygulanmasından doğuma kadar geçen süre ve fetal veya maternal morbiditenin varlığı veya yokluğudur.

**Bulgular:** Grup 1'de ilaç uygulamasından doğuma kadarki süre anlamlı bir şekilde daha kısaydı. IMN tedavisinin majör bir fetal ve maternal yan etkisi görülmemiştir. Grup 2'de taşistol insidansı anlamlı düzeyde daha azdı (p<0.05) fakat sezaryen oranı, hiperstimülasyon insidansı ve yenidoğan sonuçlarında anlamlı bir farklılık izlenmedi.

**Sonuç:** 40 mg 2 doz IMN'nin vajinal uygulanması term gebeliklerde servikal olgunlaşmayı indükler. Spesifik tedavi veya acil sezaryen gerektirecek ciddi bir maternal veya fetal yan etki tanımlanmamıştır.

### PB-107

#### Gebeliğin intrahepatik kolestazında perinatal sonuçlar

Bülent Çakmak<sup>1</sup>, Tuğçe Çamoğlu<sup>2</sup>, Zeki Özsoy<sup>1</sup>, Mehmet Fatih Karşlı<sup>3</sup>, Kerem Doğa Seçkin<sup>5</sup>, Mehmet Can Nacar<sup>4</sup>, Fazlı Demirtürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat; <sup>2</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tokat; <sup>3</sup>Dr Sami Ulus Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara; <sup>4</sup>Tokat Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Tokat; <sup>5</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Gebeliğin intrahepatik kolestazı (GİK) tanısı alan hastalarda kolestazın perinatal sonuçlara etkilerini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Ocak 2013 ve Aralık 2014 tarihleri arasında kliniğimizde doğum yapan, GİK tanılı 18 gebe perinatal sonuçlar açısından aynı dönemde doğum yapan GİK tanısı olmayan 36 gebe ile karşılaştırıldı.

**Bulgular:** İntrahepatik kolestaz insidansı %1.2 olarak tespit edildi. Kolestaz grubunda doğum haftası ve doğum ağırlığı daha düşük saptandı (p<0.05). Düşük doğum ağırlığı (<2500 gram) oranı kolestaz grubunda daha yüksek oranda bulundu (%44.4 vs %11.1; p=0.012). Maternal yaş, nulliparite, sezaryen ve intrauterin exitus oranları, amniotik sıvıda mekonyum varlığı, düşük Apgar skoru ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranları her iki grupta da benzer saptandı (p>0.05).

**Sonuç:** Gebeliğin intrahepatik kolestazı, düşük doğum ağırlığı ile ilişkili bulunmuş olup GİK tanısı alan gebelerin yakın takip edilmesi gerekmektedir.

### PB-108

#### İlk trimesterde ultrasonografi ile korpus kallozumun varlığı öngörülebilir mi?

Hakan Kalaycı, Ebru Tarım, Halis Özdemir, Tayfun Çok, Ayşe Parlakgümüş

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Hastanesi Perinatoloji Bilim Dalı, Adana

**Amaç:** Korpus kallozum agenezisi 4000 doğumda bir gözlenen, çeşitli anöploidi ve genetik sendromlara eşlik eden klinik bir durumdur. Korpus kallozum 18. gebelik haftasından sonra yapılan ultrasonografilerde mid sagittal ve koronal kesitlerde direkt olarak görülebilir. Bu çalışmada amaç; ilk trimester ultrasonografisinde orta beyin ölçümleri ve perikallosal arterin görüntülenmesi ile indirekt olarak korpus kallozumun varlığının gösterebilmesidir.

**Yöntem:** Ocak 2014–Mart 2015 tarihleri arasında kliniğimizde ilk trimesterden itibaren takip edilen 278 gebeye ilk

trimesterde ikili test zamanı ve ikinci trimesterde fetal ultrasonografi yapılmıştır. İlk trimesterde perikallosal arter trasesi görüntüsü elde edilmiş ve korpus kallozum agenezisinde 3. Ventrikülün yükselmesi ile değişim göstereceği düşünülen orta beyin boşluğu (OBB)/falks oranı hesaplanmıştır. Aynı fetuslarda 18–22. haftalar arası korpus kallozum direkt olarak görüntülenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamızda, 273 fetusta ilk trimesterde perikallosal arter trasesi gösterilebilmiştir. İncelenen gebelerin minimum vücut kitle indeksi (VKİ) 16.61 ve maksimum VKİ 40.23 iken perikallosal arter trasesinin izlenemediği 5 gebeden 3'ünün VKİ 29 ve üzeriydi. OBB/falks oranı değerlendirildiğinde; ilk trimesterde gebelik haftasından bağımsız olmak üzere, OBB/falks oranı 0.5–0.6 değerleri arasında izlenmiştir. Gebelik haftası ilerledikçe OB ve falks ölçümlerinde bir artış izlenmiştir. OBB ortalama değeri 5.57±0.95, falks ortalama ölçümü ise 9.9±1.55 olarak hesaplanmıştır. Tüm gebelik haftalarında OBB/ falks oranı 0.6'nın altındadır. Tüm gebelerde 18–22. gebelik haftaları arasında korpus kallozum izlenmiştir.

**Sonuç:** Korpus kallosumun ilk trimesterde indirekt varlığının tespit edilmesinde, perikallosal arter trasesinin izlenmesi (%98) ve OBB/falks oranının 0.6 altında olması (%100) oldukça yüksek duyarlılığı sahiptir.

## PB-109

### Maternal hemoglobin ile doğum ağırlığı ve doğum kilosu arasındaki ilişki

Yunus Yıldız, Emre Özgü, Elif Gül Yapar Eyi

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

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı maternal hemoglobin ile doğum ağırlığı ve kilosu arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışma retrospektif olarak, ocak 2010 ile aralık 2011 arasında doğum yapan toplam 32.000 Türk gebe hasta kayıtları taranarak oluşturuldu. Hemoglobin verileri, bebek doğum kiloları ve boyları retrospektif olarak kayıt edildi. Bu değerler kendi aralarında karşılaştırıldı ve korelasyon durumu araştırıldı.

**Bulgular:** Yüksek hemoglobin değerleri yüksek doğum kiloları ile ilişkili bulundu (OR 1.08; %95 güven aralığı 1.05–1.11; p=0.00) ve maternal hemoglobin ile doğum kilosu/boyu arasında pozitif korelasyon saptandı (p=0.00). Düşük hemoglobin değerleri düşük doğum boyu ile ilişkili bulundu (p=0.00).

**Sonuç:** Türk kadınlarında düşük maternal hemoglobin değeri, düşük doğum kilosu ve boyu ile ilişkili bulundu. Düşük hemoglobin değerleri, plasental doku oksijenlenmesini bozarak direkt in utero fetal gelişim geriliğine yol açabilir veya maternal beslenme bozukluğunun indirekt göstergesi olabilir. Her

iki durumda da bu çalışma, anemi tedavisinin daha iyi fetal sonuçlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

## PB-110

### Prenatal sonographic diagnosis of hydranencephaly: a case report

Ahmet Yalınkaya

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

**Objective:** The purpose of this study is to discuss a case of hydranencephaly was diagnosed by ultrasound and terminated.

**Results:** 27 years old (G3P1A1G1) woman and 26 weeks of gestation was referred to us due to abnormal ultrasound appearance of fetal head. On ultrasound examination, the lateral ventricle was appeared irregular, shrivel and small. The cerebellum was seen abnormal shape and the choroid plexuses were not appeared. In addition, the fetal brain parenchyma was not seen and included homogeny-hyperechogenic dense fluid. On MRI examination none-communicant hydrocephaly was reported. We performed intrauterine craniocentesis and drew hemorrhagic fluid. After certain diagnosis of hydranencephaly, we decided to termination of pregnancy. The oxytocin induction was performed and 0/0 APGAR scores, 830 g and 0/0 APGAR scores a girl fetus was delivered. The patient discharged postpartum day one without a problem or complication.

**Conclusion:** Hydranencephaly is extremely rare and a serious fetal cerebral abnormality. If it may be diagnosed by ultrasound in early gestation, the maternal psychological and biological trauma will be decrease.

## PB-111

### Gerçek umbilikal kord düğümünün fetal prognoza etkisi: İki olgu sunumu

Ahmet Yalınkaya

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

**Amaç:** Fetal gelişme kısıtlılığına ve in utero mort fetüse yol açan, postpartum gerçek umbilikal kord düğümü saptanan olguları değerlendirmektir.

**Bulgular: Olgu 1:** ÇA 35 y, G3P2Y2 kadın 35w6d iken fetal gelişme geriliği nedeniyle başvuran kadının ilk muayenesinde; 117 kg, 168 cm (BMI 41.45 kg/m<sup>2</sup>) ve tansiyonu (TA) 140/90 mmHg idi. Son adet tarihine göre 35w6d, ultrasonografide 33w0d, 2.164 g ve %5 persantilde izlendi. Atrial septum geniş (ASD?), arteria carotis geniş ve amniyon sıvısı normal izlendi. Doppler ultrasonda ve NST'de patoloji saptanmayan olgu haf-

talık takibe alındı. İki hafta sonra aşırı fetal göğüs hareketleri izlendi. Son takipte 120 kg ve 160/100 mmHg tansiyonu olan anne 38w4d iken eski seksiyon nedeniyle sezaryene alındı, 2715 g, 10-10 APGAR'lı kız bebek doğurtuldu. Umbilikal kordonda iki gerçek düğüm olduğu görüldü. Postpartum fetal ve maternal bir komplikasyon izlenmedi, şifa ile taburcu edildi. **Olgu 2:** FB 36 y G2P1Y1, IVF gebeliği olan olgu, 18. gebelik haftasında gelişme geriliği ve oligohidramniyoz nedeniyle başvurdu. Yapılan ultrason muayenesinde; simetrik gelişme geriliği, kalpte atrial genişlik, hiperekojenik barsak ve oligohidramniyoz saptandı. Hastaya amniyosentez yapıldı, normal karyotip bulundu. Gebeliğin 24. haftasında amniyotik sıvının normalleştiği, baş ölçümlerinin normal persantile yükseldiği diğer fetal biyometrelerin <%1 persantilin altında seyrettiği ve asimetrik bir gelişme gösterdiği izlendi. İki haftada bir takip edilen olgu 36. aftaya kadar aynı paralellikte seyretti ve Doppler ultrasonunda patoloji saptanamadı. Son 38. haftadaki muayenesinde fetüsün eks olduğu saptandı. Eski seksiyon nedeniyle sezaryene alındı, 2055 g 0/0 APGAR'lı erkek bebek doğurtuldu, fetal umbilikal kordonda iki kez gerçek düğüm olduğu saptandı. Fetal anatomik anomali izlenmedi.

**Sonuç:** Asimetrik gelişme geriliği, oligohidramniyoz, kalpte ASD görünümü veren, Doppler ultrasonografide patoloji saptanamayan olgularda gerçek umbilikal kord düğümü düşünülmelidir ve fetüs viabilite kazandıktan sonra yakın takibe alınmalı, 34. gebelik haftasından sonra hospitalize edilmeli ve erken doğum düşünülmelidir.

### PB-112

#### Predictive role of the neutrophil to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio for diagnosis of acute appendicitis during pregnancy

Fatih Mehmet Yazar<sup>1</sup>, Murat Bakacak<sup>1</sup>, Arif Emre<sup>1</sup>, Aykut Urfaloğlu<sup>1</sup>, Salih Serin<sup>2</sup>, Emrah Cengiz<sup>1</sup>, Ertan Bülbüloğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kabramanmaraş; <sup>2</sup>Tatvan Devlet Hastanesi, Bitlis

**Objective:** Acute appendicitis (AA), a leading pathology requiring surgery in the pregnancy period is an inflammatory condition with difficulties in diagnosis. There are studies in the literature reporting that Neutrophil to lymphocyte ratio (NLR) and platelet to lymphocyte ratio (PLR) are early markers of local or systemic inflammation. Objective of this study was to evaluate predictive affects of NLR and PLR in addition to the conventional diagnostic methods in acute appendicitis.

**Methods:** In this study; age, gestational age, lymphocyte number, Alvarado scores (AS), levels of C-reactive protein,

NLR and PLR values were studied in 28 patients operated due to AA (Appendectomy Group), 35 patients hospitalized with the suspicion of AA and considered not to have appendicitis in the follow-up (Expectant Group), 29 healthy pregnant (Healthy Pregnant Control Group) and 30 non-pregnant healthy patients (Healthy Women Control group).

**Results:** Mean WBC count and CRP level were higher in the Appendectomy than in the control group ( $p<0.05$  and  $p<0.05$ ; respectively). Similarly median NLR and PLR levels were found to be statistically significantly different in the appendectomy group compared to all of the other groups ( $p<0.05$  and  $p<0.05$ ; respectively). Cut-off values were calculated with ROC analysis for WBC count (13880,  $p=0.030$ ), CRP (10.1,  $p<0.001$ ), lymphocyte count (1.54,  $p<0.001$ ), NLR (6.84,  $p<0.001$ ) and PLR (121.78,  $p<0.001$ ). When WBC count, CRP, lymphocyte count, NLR and PLR were assessed with Multiple Logistic Regression analysis, it was found that accurate diagnosis of AA could be established with the combined use of these variable parameters with 90.5% accuracy.

**Conclusion:** In addition to the routine diagnostic methods, NLR and PLR could increase the accuracy in diagnosis of appendicitis in pregnant.

### PB-113

#### Comparison of vitamin D levels in cases with preeclampsia, eclampsia and healthy pregnant women

Murat Bakacak<sup>1</sup>, Salih Serin<sup>2</sup>, Önder Ercan<sup>1</sup>, Bülent Köstü<sup>1</sup>, Fazıl Avcı<sup>3</sup>, Metin Kılınç<sup>1</sup>, Hakan Kıran<sup>1</sup>, Gürkan Kıran<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kabramanmaraş; <sup>2</sup>Tatvan Devlet Hastanesi, Bitlis; <sup>3</sup>Patnos Devlet Hastanesi, Ağrı

**Objective:** To assess vitamin D levels in eclampsia, preeclampsia and healthy pregnant women and the role of vitamin D deficiency in the etiology of preeclampsia (PE).

**Methods:** Forty healthy pregnant women, 83 preeclamptic and 42 eclamptic pregnant women were included. Maternal and infant medical records were reviewed. Blood samples were obtained from all groups. Demographics and serum vitamin D levels were compared between the groups.

**Results:** No statistical differences were observed in age, gravidity, parity, weight, height and BMI between the three groups. Week of pregnancy and weight at birth in eclamptic and preeclamptic patients were lower compared to the healthy patients ( $p<0.001$  and  $p<0.001$ , respectively). Systolic and diastolic blood pressures were higher in eclamptic ( $p<0.001$ ) and preeclamptic patients ( $p<0.001$ ) compared to the healthy pregnant group. The rate of cesarean section was



found to be higher in preeclamptic and eclamptic patients ( $p<0.001$ ). Vitamin D levels were lower in both preeclamptic and eclamptic patients compared to healthy normotensive pregnant women ( $p<0.001$ ). Preeclamptic and eclamptic women were similar in terms of the data compared.

**Conclusion:** Vitamin D supplementation is considered to decrease the risk of both preeclampsia and eclampsia in the patient population at risk for vitamin D deficiency.

#### PB-114

##### Changes in copper, zinc, copper/zinc ratio, malondialdehyde levels and superoxide dismutase activities in pregnancy with or without preeclampsia

Murat Bakacak<sup>1</sup>, Salih Serin<sup>2</sup>, Metin Kılınç<sup>1</sup>, Fazıl Avcı<sup>3</sup>, Önder Ercan<sup>1</sup>, Bülent Köstü<sup>1</sup>, Hakan Kıran<sup>1</sup>, Gürkan Kıran<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kabramanmaraş; <sup>2</sup>Tatvan Devlet Hastanesi, Bitlis; <sup>3</sup>Patnos Devlet Hastanesi, Ağrı

**Objective:** Preeclampsia (PE) is a hypertensive disorder of pregnancy which is estimated to occur in 2% to 8% of pregnancies. Numerous studies have investigated the aetiology and pathophysiology of preeclampsia. However, the pathophysiology of preeclampsia remains poorly understood. The aim of the current study was to determine the levels of MDA and SOD, concentrations of Cu, Zn and the Cu/Zn ratio in pregnant females with and without PE and in non-pregnant females of reproductive age to investigate a possible correlation between these parameters and foetal birth weight.

**Methods:** Forty-two non-pregnant women (NP), 40 healthy pregnant women (HP) and 38 pre-eclamptic pregnant (PE) women were included in this study. Serum levels of malondialdehyde (MDA), superoxide dismutase (SOD), Cu and Zn and Cu/Zn ratios were studied in these cases. In addition, correlations of the serum levels of Cu, Zn, MDA, SOD and Cu/Zn rate with foetal birth weights were examined.

**Results:** Cu, MDA levels and Cu/Zn ratio were significantly higher in the PE group than in the HP and NP groups, and significantly higher in the HP than in the NP group ( $p<0.001$  and  $p<0.001$ ; respectively). Serum Zn and SOD levels were significantly lower in the PE group compared with those in the HP and NP groups, and significantly lower in the HP than in the NP group ( $p<0.001$  and  $p<0.001$ ; respectively). When a possible correlation was investigated between the serum levels of Cu, Zn, MDA, SOD and Cu/Zn ratio, a statistically significant negative correlation was found only between increased rates of Cu/Zn and foetal birth weight in the PE group ( $r=-0.433$ ,  $p<0.001$ ).

**Conclusion:** Increased lipid peroxidation and an impaired antioxidant defence mechanism as well as the concentration of trace elements such as Cu and Zn, and a possible correlation

between those parameters may be associated at least partly with the pathogenesis of pre-eclampsia. In addition, the Cu/Zn ratio may be a parameter which can be used in the prediction of vascular complications of PE.

#### PB-115

##### Dirençli uterin atonide postpartum kanamalı olgularda çift B-Lynch sütürünün etkinliği

Hanifi Şahin<sup>1</sup>, Oya Soylu Karapınar<sup>2</sup>, Eda Adeviye Şahin<sup>1</sup>, Orhan Nural<sup>2</sup>, Hasan Ağırlar<sup>1</sup>, Kenan Dolapçioğlu<sup>2</sup>

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

**Amaç:** Medikal tedaviye ve B-Lynch sütürüne rağmen devam eden uterin atoni kanaması olan olgularda daha etkin ve geniş bir alanda kompresyon oluşturmak için ikinci bir B-Lynch sütürünün etkinliğini ve güvenilirliğini ortaya koymak.

**Yöntem:** Bu çalışmaya Ocak 2011 ile Şubat 2015 tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Etimesgut Devlet Hastanesine başvuran 14 olgu dahil edildi. Hastaların tümüne genel anestezi altında sezaryen uygulandı. Medikal tedaviye yanıt alınamayan olgulara tekniğine uygun B-Lynch sütürü atıldı. Kanaması devam eden olgulara ilk B-Lynch sütürünün 0.5 cm lateralinden ikinci B-Lynch sütürü atıldı. Uterin insizyon tek tek sütüre edildi. Hastalara devaskularizasyon (uterin arter, hipogastrik arter ligasyonu) cerrahisi uygulanmadı.

**Bulgular:** Olguların yaş aralığı 19–30 (ortalama: 24.14) idi. Olguların tamamında daha öncesinde atoni öyküsü, ek hastalık yoktu. Hastaların hepsi fertilitte istemi olan genç hastalardı. Olguların 8 tanesi primigravid olup bunlardan 5 tanesi preeklampsi tanısı almış ve 2 hastada plasenta dekolmanı gelişmişti. 2 tane olguda indüksiyon alan ve ilerlemeyen eylem, 1 tanesi de plasenta previa totalis nedeni ile sezaryene alınan olgulardı. 5 olgumuz daha önce sezaryen operasyonu olmuş bunlardan bir tanesinde travmaya bağlı dekolman, 1 tanesinde şiddetli polihidroamniöz mevcuttu. 1 olgumuzun daha önce 1 normal doğumu olup bu gebeliğinde makrozomik bebek nedeni ile sezaryene alınmıştı. Olgular ilk bir ayda 10 günde bir akabinde 3. ve 6. aylarda kontrole çağırıldı. Hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Hastaların tamamına ilk bir yıl minipil ile kontrasepsiyon önerildi. Takiplerde gebelik planlayan 5 olguda gebelik meydana geldi.

**Sonuç:** Çift B-Lynch sütürü uterin atoniye bağlı dirençli olgularda ve özellikle fertilitenin korunması elzem olan hastalarda devaskularizasyon cerrahisi (uterin arter, hipogastrik arter ligasyonu) ve histerektomi gibi fertilitiyi azaltıcı veya ortadan kaldıran cerrahilerden önce mutlaka düşünülmelidir. Daha fazla olguyu içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmakla beraber Çift B-Lynch sütürü uterin atoniye bağlı dirençli postpartum kanamalarda etkin güvenilir bir tekniktir.

**PB-116****Serum levels of neopterin, inflammatory markers and oxidative stress indicators in hyperemesis gravidarum**

Senem Yaman Tunç<sup>1</sup>, Elif Ağaçayak<sup>1</sup>, Şükrü Budak<sup>2</sup>, Nurettin Tunç<sup>3</sup>, Mehmet Sait İçen<sup>1</sup>, Fatih Mehmet Fındık<sup>1</sup>, Talip Gül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır; <sup>2</sup>Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır; <sup>3</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Elazığ

**Objective:** To investigate whether serum levels of neopterin, inflammatory markers including C-reactive protein (CRP), tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), interleukin-6 (IL-6) and oxidative status indicators were altered in patients with hyperemesis gravidarum (HG).

**Methods:** This cross-sectional study was performed on 30 pregnant with HG (mean age: 30.67 $\pm$ 6.68) and 30 controls (mean age: 28.00 $\pm$ 5.30). Demographic features, obstetric history, the Pregnancy Unique Quantification of Emesis/Nausea (PUQE) index were noted. Complete blood count, serum biochemical assay as well as measurement of levels of CRP, TNF- $\alpha$ , IL-6, total antioxidant status (TAS) and total oxidative status (TOS) were implemented. Groups were compared in terms of these parameters and whether there are any correlations between these parameters.

**Results:** White blood cell count (p=0.013), platelet count (p=0.015), TOS (p<0.001), PUQE score (p<0.001) and frequency of positivity for urinary ketone bodies (p<0.001) were remarkably higher in HG. On the other hand, serum levels of lactate dehydrogenase, (p<0.001), sodium (p<0.001), potassium (p<0.001), chloride (p<0.001) and TAS (p<0.001) were higher in the control group. No difference was noted with respect to levels of neopterin, CRP, TNF- $\alpha$  and IL-6. In patients with HG, positive correlation was detected between TOS and serum levels of LDH, while TNF- $\alpha$ , IL-6 and neopterin were positively correlated with haemoglobin levels.

**Conclusion:** Our results reveal that oxidative stress and inflammation may be associated with HG. Elucidation of the pathophysiology and complex interaction between various inflammatory processes necessitates further trials on larger series.

**PB-117****Karaciğer transplantasyonu ve gebelik**

Mehmet Kulhan, Nur Gözde Kulhan, Ümit Arslan Naykı, Cenk Naykı, Paşa Uluğ, Yusuf Yıldırım

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

**Amaç:** Transplantasyon, çok sayıda edinilmiş ve konjenital karaciğer bozuklukları için kullanılabilir ve başarılı bir tedavi se-

çeneği haline gelmiştir. Çalışmalar gebelik öncesi alıcı greft fonksiyonları normal olan hastalarda gebeliğin iyi tolere edildiğini ve olumlu neonatal sonuçların olduğunu göstermiştir. Obstetrik komplikasyonlar açısından değerlendirildiğinde karaciğer transplantasyonu sonrası gerçekleşen gebeliklerde, normal gebe popülasyonuna göre hipertansiyon, preeklampsi, sezaryen ile doğum, intrauterin gelişme geriliği, diabetes mellitus, anemi, enfeksiyon ve preterm doğum daha sık görülmektedir. Optimal maternal ve fetal sonuçların elde edilebilmesi için bu hastalar multidisipliner bir yaklaşımla izlenmelidir. Bu olgu sunumunda yaklaşık 12 ay önce karaciğer transplantasyonu yapılmış hastamızın gebelik takibi ve sonuçları tartışılmıştır.

**Yöntem:** Bu olgu sunumunda yaklaşık 12 ay önce karaciğer transplantasyonu yapılmış hastamızın gebelik takibi ve sonuçları tartışılmıştır.

**Bulgular:** 26 yaşındaki primipar hastaya otoimmün hepatit nedeniyle gelişen karaciğer yetmezliği nedeniyle yaklaşık 12 ay önce kardeşinden alınan karaciğer transplante edilmiş olup, hasta immünsüpresyon amacıyla hergün 4 mg takrolimus ve 5 mg prednison kullanmaktaydı. Hastaya olası riskler ve komplikasyonlar anlatıldı hasta bu riskleri kabul ederek gebeliğin devamını arzuladı. Bu sırada hastadan alınan gebelik rutinleri normaldi. Gebenin takiplerinde ikili tarama testinde risk artışı yoktu. 20. gebelik haftasında yapılan 2. düzey ultrasonografik incelemesinde herhangi bir anomaliye rastlanmadı. 28. gebelik haftasında bulantı ve abdominal ağrı şikayeti ile başvuran hastanın yapılan laboratuvar incelemelerinde herhangi bir patoloji izlenmedi. Karaciğer fonksiyon testleri ve böbrek fonksiyonları normaldi. Obstetrik ultrasonda herhangi bir anormallığe rastlanılmadığı gibi NST’de kontraksiyon izlenmedi. Hasta hospitalize edilerek semptomatik tedavi edildi. İki gün sonra bütün rutinleri tekrarlanan hastada herhangi bir patolojiye rastlanmadı; bunun üzerine hasta taburcu edilerek rutin gebelik takiplerine devam edildi. 36. gebelik haftasına kadar aylık, sonrasında haftalık olarak takip edildi. Hastaya ilk 3 ay folik asit ve sonrasında doğuma kadar demir takviyesi yapıldı. immünsüpresyon amacıyla hergün 4 mg takrolimus ve 5 mg prednison gebelik boyunca devam edildi hastada klinik olarak herhangi bir şikayet olmadı ve fetüsün antenatal değerlendirmelerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hasta gebeliğin 41. haftasında doğum ağrılarının başlaması üzerine hastanemize başvurdu baş pelvis uyumsuzluğu ve tahmini fetal ağırlığın 4000 g’ın üzerinde olması nedeniyle sezaryenle 4720 gram erkek bebek 8 apgarla canlı olarak doğurtuldu. Postoperatif dönemde anne ve yenidoğanda herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif KCFT’leri normal idi.

**Sonuç:** Organ transplantasyonu sonrasında gebelik maternal ve fetal sonuçların yanı sıra, transplante edilen organ ve diğer sistemler üzerine etkileri açısından değerlendirilmeli ve yüksek riskli gebelik kategorisinde oldukları unutulmaması gereken bu olgular, olası gebelik komplikasyonlarına karşı yakın izlem altında olmalıdırlar.

## PB-118

### Mekonyum ileuslu bir fetal kistik fibrosis olgusu

Murat Aksoy, Oya Demirci, Hicran Acar Şirinoğlu, Kaan Pakay, Işıl Turan Bakırcı

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

**Amaç:** Kistik fibrosis, solunum ve sindirim sistemlerini, ter bezlerini ve erkeklerde üreme sistemini etkileyen otozomal resesif geçişli multisistem bir hastalıktır. Kuzey Avrupa ve Kafkas ırklarında görülen en sık tek gen hastalığıdır. Prevalansı 1/2500–3000 canlı doğumdur. Kistik fibrosise sebep olan gen, 7. kromozomun uzun kolunda tanımlanmış olup, Kistik fibrosis transmembran regülatör (CFTR) adı verilen proteini kodlamaktadır. Dilate barsak ansları, sıklıkla kistik fibrosis ile ilişkili olan mekonyum ileusunun sonografik bir bulgusudur. CFTR gen mutasyonları analiziyle kistik fibrosisin prenatal tanısı mümkün olmaktadır. Periventriküler kalsifikasyon, sıklıkla konjenital sitomegalovirüs enfeksiyonlarında görülen sonografik bir bulgudur.

**Bulgular:** 22 yaşında ilk gebeliğini yaşayan hastamız rutin 2. düzey ultrasonografi incelemesini yaptırmak üzere kliniğimize başvurmuştur. Hastanın ultrasonografik incelemesinde dilate barsak ansları, hiperekojen barsak görünümü ve bu bulgulara ek olarak intrakranial periventriküler kalsifikasyonlar saptanmıştır. Hastanın perinatal enfeksiyonlar açısından taraması negatif saptanmıştır. Genetik danışma sonrasında kordosentez ile fetal kan örneği alınarak kistik fibrosis tanısı doğrulanmıştır. Durumu hakkında bilgilendirildikten sonra miadında doğumu gerçekleştiren hastanın bebeği pulmoner enfeksiyon nedeni ile postpartum 3. ayda exitus olmuştur.

**Sonuç:** Kistik fibrosis, Kafkas ırkının en sık letal genetik hastalığı olup taşıyıcılık oranı %4'lere ulaşmasına rağmen, yeni tanı konmuş hastaların çoğunun aile öyküsü yoktur.  $\Delta F508$  ve W1282X genleri, klasik kistik fibrosise neden olan en sık genlerdir. Kistik fibrosisli hastaların pankreatik enzim sekresyonundaki anormallikler, ince barsaktaki mekonyum kıvamında koyulaşmaya yol açar. Bu da barsak ekojenitesinde artışa sebep olmaktadır. Sonografik olarak fetal ekojenik barsak görünümü kistik fibrosis ile ilişkili olabileceği gibi, başka patolojileri de düşündürülebilir. Perinatal enfeksiyonlar bunlardan biridir. Vakaya periventriküler kalsifikasyon bulgusunun eşlik etmesi, CMV enfeksiyonunu düşündürmüştü, hastada buna yönelik araştırılan perinatal enfeksiyon taraması negatif saptanmıştır. Fetal ekojen barsak ve dilate barsak ansları görünümü kistik fibrosis açısından ebeveyn taramasını gerektirmekte, her iki ebeveynde de kistik fibrosis gen mutasyonu taşıyıcılığı saptandığında fetusun durumunu saptamak için invaziv tanı yöntemlerine geçilmelidir.

## PB-119

### ZTB Hastanesi doğum salonunda son 5 yılın sezaryen oranları ve endikasyonları

Gökçe Naz Küçükbaş, Özlem Moraloğlu, Şule Özel, Salim Erkaya

*Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

**Amaç:** Dünya Sağlık Örgütü 1985'ten beri anne ve bebek mortalitesini düşürecek sezaryen oranının %10–15 arasında olduğunu bildirmektedir. %15 üzerindeki oranlarda sezaryenin anne veya yenidoğan mortalitesini azalttığına dair kanıt olmadığını ileri sürmektedir. Ülkemizde sezaryen oranları yıllara göre değişmekle birlikte artma eğilimindedir. Sezaryen oranları 1988'de %5 iken, 2010'da %45'in üzerinde seyretmektedir. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği ile Sağlık Bakanlığı 2011 yılında ortak bir proje ile ülkemizin 2013 sezaryen oranını %35'e indirmeyi hedeflemişlerdir. Bu alanda kamuda hizmet veren kadın doğum eğitim ve araştırma hastaneleri, referans merkezleri olarak çalışmakta ve yüksek riskli hasta grubuna hizmet vermektedir. Araştırmanın amacı, bu tür merkezlerden biri olan Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Doğum Hastanesi'nde 2010–2014 sezaryen oranlarının ve 2011–2014 yıllarında en sık sezaryen endikasyonlarının belirlenmesidir.

**Yöntem:** Ankara Zekai Tahir Burak Hastanesi'nde 2010–2014 yılları arasında doğum salonuna yatan ve doğumu gerçekleştirilen hastaların dosya kayıtları sezaryen sayısı ve 2011–2014 yılları arası sezaryen endikasyonları yönünden tarandı. Yüksek Riskli Gebelik Bölümü'ne devir olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

**Bulgular:** Yapılan tarama sonucunda 2010–2014 yılları arasında 64.154 doğum meydana gelmiştir. Bunların 23.200'ü sezaryen ile doğumdur. Yıllara göre sezaryen oranları değişmektedir. 5 yılın ortalama sezaryen oranı %36.2±3.96'dır. Sezaryen endikasyonlarının en sık 10 sebebi arasında önceden geçirilmiş sezaryen operasyonu, baş-pelvis uygunsuzluğu, fetal distres, makat prezentasyonu, ilerlemeyen eylem, makrozomik bebek, koyu mekonyumlu amniyon mayı ve kordon prolapsusu bulunmaktadır. Sezaryen endikasyonlarının %50.9'unun sebebi geçirilmiş sezaryen ameliyatıdır.

**Sonuç:** Hastanemizde son 5 yılın ortalama sezaryen oranı %36.2±3.96'dır. Bu ortalama, Türkiye C/S ortalamasından düşüktür ve Sağlık Bakanlığı ve Türk Jinekolog ve Obstetrik Derneği'nin hedeflediği düzeyde olduğu söylenebilir. Son 5 yılın sezaryen oranları düzenli bir düşüş göstermemektedir ancak son yıl en düşük sezaryen oranı olan %27.4'e ulaşmıştır. Sezaryen endikasyonlarından en sık görülenlerin %50.9'unu geçirilmiş sezaryen ameliyatı oluşturmaktadır. Primigravid veya daha önceden normal doğum ile doğurmuş hastalarda sezaryen kararı alınırken endikasyonların tekrar gözden geçirilip sınırlandırılması veya sezaryen sonrası vajinal doğumun desteklenmesi gibi yöntemlerle ileriki yılların sezaryen oranları düşürülebilir. Portekiz'de yapılan bir çalışma 2005'ten 2011'e kadar olan oran dü-

şüşlerini bu politikaları ile açıklamaktadırlar. Yüksek sezaryen oranlarına sahip ülkelerden biri olan Çin'de (2010 yılında %58 sezaryen oranı) maternal isteğe bağlı sezaryen endikasyonunun bu oranı yükselttiği görülmüştür. Türkiye'de daha düşük olmasının sebebi olarak maternal isteğin sezaryen endikasyonu olmaması gösterilebilir. Diğer endikasyonlar Çin ile benzerlik göstermektedir. 2008'de sezaryen oranı %38 olup Avrupa Birliği'ndeki en yüksek sezaryen oranına sahip olan İtalya'da yapılan bir çalışmada ise sezaryen oranının Güney İtalya'da ve 35 yaş üstü kadınlarda daha sık olduğu bildirilmiştir. Buradan yola çıkarak, Türk toplumu için yüksek sezaryen oranlarına sahip gruplar belirlenerek, o gruplara yönelik daha kapsamlı önlemler alınması ve sezaryen oranlarının düşürülmesi söz konusu olabilir. Sonuç olarak, hastanemiz doğum salonu sezaryen oranlarının son 5 yıl ortalamasının 2013'te TJOD ve Sağlık Bakanlığı tarafınca planlanan düzeylerde olduğu görülmektedir. Bu oranların DSÖ tarafından belirlenen %15 seviyelerine düşürülmesi için ek çalışmalar ve bakanlık-dernek ortak çalışmaları gerekmektedir.

## PB-120

### Gebelikte tiroid fonksiyon testleri için gestasyon spesifik referans aralıkları

Süleyman Akarsu<sup>1</sup>, Filiz Akbıyık<sup>2</sup>, Zeliha Günnur Dikmen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir; <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Maternal tiroid fonksiyon bozukluğu; gebelikte intrauterin büyüme geriliği, preterm doğum gibi istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Gebelikte tiroid fonksiyon testleri, mevcut tiroid hastalığının monitorizasyonu veya tiroid fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır ancak gebe olmayanlara ait referans aralıklarının kullanılması gebelerin yanlış tanı almasına neden olmaktadır. Uluslararası kılavuzlar, serbest tiroksin (sT4), serbest triiyodotironin (sT3) ve tiroid stimüle edici hormon (TSH) için laboratuvarların kendi referans aralıklarını belirlemelerini önermektedir. Bu çalışmanın amacı, tiroid fonksiyon testleri için gebe Türk kadınlarına ait gestasyon spesifik referans aralıklarının saptanması ve gebe olmayan kadınlar ile karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Serum örnekleri 2460 gebeden ve 220 gebe olmayan sağlıklı kadından elde edildi. Yaşları 18-45 yaş arasında değişen gebelerin %39'u (n=945) ilk trimester, %45'i ikinci trimester (n=1120) ve %16'sı (n= 395) üçüncü trimesterde idi. TSH, sT4 ve sT3 düzeyleri, Abbott Architect i2000SR analizöründe kemilüminesan mikropartikül immün yöntemi ile ölçüldü.

**Bulgular:** Gestasyon spesifik referans aralıkları, ilk trimesterde TSH için 0.49-2.33 mIU/L, sT4 için 10.30-18.11 pmol/L ve sT3 için 3.80-5.81 pmol/L olarak bulundu. İkinci trimesterde TSH için 0.51-3.44 mIU/L, sT4 için 10.15-18.15 pmol/L ve sT3 için 3.69-5.90 pmol/L olarak saptandı. Üçüncü trimesterde TSH için 0.58-4.31 mIU/L, sT4 için 9.85-17.89 pmol/L ve

sT3 için 3.67-5.81 pmol/L olarak belirlendi. TSH, sT4 ve sT3 için belirlenen gestasyon spesifik aralıklar, gebe olmayan kadınlara göre anlamlı olarak farklı bulundu (p<0.005).

**Sonuç:** ATA (American Thyroid Association) kılavuzu, topluma özgü referans aralıklarının yokluğunda TSH üst sınırını ilk trimester için 2.5 mUI/ml, ikinci ve üçüncü trimesterler için 3 mUI/ml olarak önermektedir. Sabit universal cut-off değerleri yerine trimester-spesifik referans aralıklarının kullanılması, gebelikteki tiroid fonksiyon bozukluklarının tanınması ve gebelerin uygun tedavi almasını sağlayarak maternal ve fetal komplikasyonlarını önler.

## PB-121

### Gebelikte ortaya çıkan bir overyan yolk sak tümör vakası

Arzu Kublay, Alev Atış Aydın, Ceyhan Numanoğlu, Özgür Akbayır, Nermin Gündüz

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Overin yolk sac tümörleri, ayrıca endodermal sinüs tümörleri olarak da bilinir, çocuk ve genç kadınlarda oluşan çok nadir görülen malign tümörlerdir. Gebelikte overyan yolk sac tümörü oluşması çok çok nadir görülen bir durumdur. Bildirilen çok vaka olmayıp belirlenmiş bir tedavisi yayınlanmamıştır. Fertilitenin korunması genç kadın vakalarda en önemli konudur. Yolk sac tümörlerinin çoğu unilateral olup bu nedenle fertilitate korunması mümkündür.

**Yöntem:** Gebelikte gelişen overyan yolk sac tümörüne yaklaşım ve tedavi etmek amaçlanmıştır. 16 yaşında 1. 50 m boyunda ilk gebeliği olan genç bir kadın karın ağrısı ve vulvada ödem ile hastanemize başvurdu. Hastanın tıbbi ve cerrahi öze geçmişinde özellik yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Gebelik takibi yoktu. Başvuruda gebeliğin 33. haftasındaydı. Fizik muayenede masif vulval ödem izlendi. Ultrason ölçümleri; BPD: 30w+6d, AC: 33w, FL: 32w+3d, EFW: 2136g, AFI: 15cm idi. Sol overden kaynaklanan 13\*11 mm boyutunda solid kistik bir kitle izlendi. Renkli Doppler'de solid bölümünde vaskülerite artışı izlendi. Karında masif asit izlendi. Hastanın biyokimyasal ve laboratuvar bulguları normal bulundu. Anestezi bölümü tarafından preoperative değerlendirme ve operasyon hazırlıkları yapıldı. Kardiyoloji ve dahiliye konsültasyonları istendi. Preterm fetusun akciğerlerinin gelişimini hızlandırmak, respiratuar distres sendromunu engellemek ve preterm doğumun getireceği komplikasyonları engellemek için hastaya 12 mg betametazon intramusküler olarak 24 saat arayla iki doz yapıldı. 48 saat sonra hasta operasyona alındı.

**Bulgular:** Median insizyonla batına girildi, 1000 cc asit aspire edilip patolojiye gönderildi. Sezaryen yapılarak canlı bir kız çocuğu doğurtuldu. Bebeğin ağırlığı 1910 g ve 1. ve 5. dakika Apgar skorları 8 ve 9 idi. Sol overde çapı 20 cm olan kitle izlendi. Kapsülünün intakt olmadığı izlendi. Tümör kalın barsak ve



pelvik duvara invazyeydi. Tümörün büyük bir kısmı çıkartılıp patolojeye frozen inceleme için gönderildi. Frozen incelemesinin sonucu malign tümör olarak bildirilip operasyona omentektomi, appendektomi, pelvik ve paraaortik lenfadenektomi ile devam edildi. Uterus, sağ fallopian tüp ve sağ over normal izlendi. Peritondan biyopsi alındı. Batına bir adet silikon dren kondu ve operasyon sonlandırıldı. Hasta hemodinamik monitorizasyon için yoğun bakım servisinde takibe alındı. Yoğun bakım servisinde kan transfüzyonu yapıldı. 4 gün sonra hasta onkoloji servisine alındı. Postoperatif 8. gününde hasta taburcu edildi. Birkaç gün sonra bebek respiratuar distres sendromu nedeniyle öldü. Patoloji raporu yolk sac tümörü olarak çıktı. Operasyon sonrası MR çekildi. MR’da sağ alt batında 10\*4.5 cm çapında hemorajik abse veya hemorajik nekrotik kitle izlendi. PET çekildi. PET’te pelviste sağ parasagittal alanda yoğun fdg içeren 4.5cm çapında bir kitle ve kolonda 1 cm lik tümör implantları izlendi. Radyoloji konsültasyonu istendi ve lezyonların tümör implantı olduğu belirtildi. Hasta hastaneye yatırıldı ve 7 günlük antibiyotik tedavisi verildi. Sonra hastaya kemoterapi tedavisi başlandı.

**Sonuç:** Gebelikte overin yolk sac tümörü çıkması çok nadir görülür. Klinik açıdan bakıldığında karın ağrısı hastalığın teşhisinde en önemli semptomdur. Tümörün kendisi ve asit karın ağrısına neden olur. Tümörün karakteristik özellikleri, hızlı büyümesi ve ileri derecede intra-abdominal yayılım göstermesidir. Gebe olmayan kadınlarda tedavi kemoterapi ile cerrahinin birlikte uygulanmasıdır. Gebelikteki tedavisi ise hastaya özeldir. Üçüncü trimesterde doğumdan sonra kemoterapi tedavisi bir tedavi yöntemidir. Cerrahi eksplorasyon tümör ve metastazlarının makroskopik çıkarımını sağlar. Yolk sac tümörü daha çok genç kadınlarda görüldüğü için fertilitate koruma en önemli konudur. Bu vakada fertilitenin korunması için uterus, sağ over ve sağ fallop tüpü bırakıldı. Bu tümör kemoterapiye çok iyi yanıt verir. Çeşitli kemoterapi ajanları birlikte uygulanmakta olup en çok bleomisin, etoposid ve sisplatin kombinasyonu verilir. Hastamızın kemoterapi kombinasyonu bleomisin, etoposid ve sisplatin şeklindeydi. Tam remisyon sağlandı.

## PB-122

### Spinal veya genel anestezi ile yapılan elektif sezaryenler ve anestezi verilmeyen normal doğumların neonatal sonuçlarının karşılaştırılması

Elif Ağaçayak<sup>1</sup>, Senem Yaman Tunç<sup>1</sup>, Gamze Akın<sup>1</sup>, İlhan Tan<sup>2</sup>, Ahmet Yalınkaya<sup>1</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, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

**Amaç:** Sezaryen olgularında kullanılan her iki anestezi tekniğinin kendine ait avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır.

Sezaryende uygulanan anestezi yöntemlerinden biri olan genel anestezinin, hava yolu ve ventilasyonun kontrolü, acil durumlarda hızlı indüksiyon gibi avantajları olmasına karşın, gebelerde daha sık görülen entübasyon güçlüğü, mide içeriğinin aspirasyonu ve fetüste solunum depresyonu gibi dezavantajları vardır. Son yıllarda daha sıklıkla tercih edilen rejyonel anestezinin travmaya stres yanıtı önleme, hastanın bilincinin açık olması, aspirasyon riski taşımaması ve yenidoğanda solunum depresyonu yapmaması, erken dönemde emzirebilmesi gibi avantajları bulunmaktadır. Apgar skoru subjektif bir değerlendirme yöntemidir ve fetal asfiksidedeki tanısal değeri tartışmalıdır. Buna karşın, obstetrikte yenidoğan iyiliğini belirlemede konvansiyonel ve sık kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmada amacımız spinal veya genel anestezi ile yapılan elektif sezaryenler ve anestezi verilmeyen normal doğumların kısa dönem neonatal sonuçlarını karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Bu çalışmaya, Haziran 2014–Haziran 2015 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı’na herhangi bir risk faktörü olmayan normal doğum ve elektif sezaryenler dahil edildi. Risk faktörü olan (hipertansiyon, diabet, invazyon anomalileri, fetal distress, 20 yaş altı ve 40 yaş üstü olanlar) hastalar ve 36 hafta+6 günün altı çalışma dışı bırakıldı. Veriler retrospektif hastane kayıtları incelenerek elde edildi. Hastaların yaşları, gravide, pariterleri, gebelik haftaları, doğum kilosu, 1. dakika ve 5. dakika apgarları kaydedildi. Balon-valv-maske ihtiyacı olan ve yenidoğanın geçici taşipnesi olan bebekler kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmamızın sonuçlarında spinal anestezi grubunda genel anestezi ve normal doğum grubuna göre gravide ve parite anlamlı olarak yüksek tespit edildi [p (Gravide): 0.028, 0.013, p (Parite): 0.021, 0.002]. Yaş, gebelik haftası ve doğum kilosu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi. Çalışmamızda, her iki anestezi tipi ve normal doğum hastaları karşılaştırıldığında 1. dk apgar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulamadık (p>0.05). Ancak literatürden farklı olarak 5. dk apgar skorları genel anestezi grubunda spinal anestezi grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (p:0.018). Yenidoğanın geçici taşipnesi, oksijen ve entübasyon ihtiyacı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi (p>0.05).

**Sonuç:** Sezaryen operasyonlarında kullanılan anestezi yöntemlerinden biri olan genel anestezide, kullanılan ilaçların plasentayı geçerek fetusu etkilemesi sonucunda yenidoğanın Apgar skorları düşük bulunabilir. Buna karşın, rejyonel anestezinin neden olduğu maternal hipotansiyon ise, uteroplasental kan akımını etkileyerek fetal asidoz, asfiksi ve düşük Apgarskorlarına yol açabilir. Yenidoğanın doğumdaki tıbbi durumunu değerlendirmek için apgar skorları kullanılır. Marx ve James ve ark. genel ve epidural anestezinin fetal iyilik hali üzerine etkilerini araştırmışlardır. Böylece 1. dk apgar skorunun genel anestezi grubunda daha düşük olduğunu, 5.

dk apgar skorlarının ise her iki grupta benzer olduğunu bildirmişlerdir. Genel anestezinin fetüs üzerine kısa süreli bir depressan etki oluşturduğu kanaatine varmışlardır. Ancak bizim çalışmamızda 5. dakika apgar skorları genel anestezi grubunda anlamlı olarak daha düşük tespit edildi. Ancak yenidoğanın geçici taşipnesi, balon, valv, maske uygulanımı ve entübasyon açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi. Sonuç olarak genel anestezinin depressan etkisinin olduğu ve bunun kısa süreli olduğu söylenebilir. Ancak 10. dakika apgar skorlarında değerlendirildiği daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

### PB-123

#### Cervical ectopic pregnancy: medical conservative management

Murat Aykut Özek, İsmail Güler, Rifat Gürsoy  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

**Objective:** Cervical pregnancy is a very rare form of ectopic pregnancy. There are various treatment modalities, however the experience is limited to suggest any firm criteria. Here we present a case successfully managed with multidose methotrexate.

**Results:** A 38-year-old woman, gravida 2 para 1 (one cesarean section) admitted to our clinic with amenorrhea and positive urinary pregnancy test. Her menstrual periods were regular before. She and her husband have been using withdrawal as contraceptive method. According to her last menstrual period, her gestational age was calculated to be 5 weeks. Transvaginal ultrasound revealed empty uterus with thickened endometrium and cervical ectopic pregnancy below the level of internal os. Embryonic crown-rump length (CRL) of 11 mm (7 weeks 2 days) with cardiac activity was seen. She was hemodynamically stable and did not have any complaints. She had history of one cesarean section and appendectomy. Quantitative  $\beta$ -hCG level was 59.524 mIU/mL on admission. She was admitted to hospital for observation and intramuscular (IM) multidose methotrexate (MTX) treatment. Hemogram demonstrated a hemoglobin level of 12.5 mg/dl without leukopenia or thrombocytopenia. Liver function tests, blood urea nitrogen and serum creatinine levels were all between normal ranges. Four units of packed red blood cells were cross-matched. Multidose MTX treatment (1 mg/kg) on days 1, 3, 5, 7 alternating with leukovorin (0.1 mg/kg) was started. Four days after completion of MTX treatment, there was no fetal cardiac activity on sonogram. She did not experience any massive bleeding, her laboratory tests were in normal range during this time and she was discharged with the plan of weekly serial sonogram and quantitative  $\beta$ -hCG level monitorization. During the follow up,  $\beta$ -hCG level decreased below 5 mIU/mL 67 days after begin-

ning of the multidose MTX treatment. She did not have any complaints besides minimal vaginal spotting and sonogram became normal 81 days after.

**Conclusion:** Cervical ectopic pregnancy is a rare and dangerous condition. It comprises less than 1% of all ectopic pregnancies with an estimated incidence of 1 in 9000 deliveries. The condition by itself or medical and surgical interventions are associated with massive hemorrhage that could lead to significant morbidity and mortality. Risk factors thought to be associated with cervical ectopic pregnancy are pregnancies conceived thorough assisted reproductive technologies, previous uterine curettage and cesarean delivery. However, the pathophysiology and causes remain to be elucidated. The most common symptom of cervical pregnancy is vaginal bleeding (often painless). The pathologic, clinical and sonographic criteria for diagnosis of cervical pregnancy have been established. However, the diagnosis is more frequently made incidentally by first trimester sonogram or interventions for cases considered to be abortions. Since the experience is limited to case series, treatment of cervical pregnancy has not been clarified. There are wide variety of treatment modalities with different outcomes and complications. In terms of conservative treatment to be effective, early diagnosis is important. In their review; Hosni et al. (2014) stated, other than hemodynamic instability; serum  $\beta$ -hcg level above 10.000 mIU/mL, gestational age more than 9 weeks, presence of fetal heart beat and CRL greater than 10 mm as poor prognostic factors for primary methotrexate treatment. However, those criteria have not been established as those for tubal ectopic pregnancies. We are in the opinion that, patients' compliance on the therapy is one of the most important aspects regarding conservative treatment options. High morbidity rates associated with surgical treatment modalities should be kept in mind. It was demonstrated that the rates of major hemorrhage and hysterectomy were 11 and 3% in the medically treated patients, respectively. The rate of major hemorrhage was 35% and of hysterectomy was 15% in the surgical treatment group. Methotrexate (MTX) treatment for cervical pregnancy was first reported by Farabow et al. (1983). For early cervical pregnancies without fetal cardiac activity, intramuscular multidose MTX is reported to be effective in most cases. On the other hand, there are reports which recommend intramuscular MTX (single dose or multidose) in conjunction with intraamniotic or intrafetal injection of potassium chloride (KCl) for more advanced cervical ectopic pregnancies with fetal cardiac activity. Whether combination of two conservative methods do increase effectiveness of treatment or hastens recovery has not been proven by randomized studies. Besides, intraamniotic injection of MTX or KCl carries risk of hemorrhage during the procedure. Our case has the risk factors that could lead failure of exclusive MTX treatment like gestational age, fetal cardiac activity, and high  $\beta$ -hCG level. Despite those conditions,

option of medical conservative treatment was offered to our patient. Eventually, we avoided serious complications associated with surgical interventions and successfully managed the case. Considering the lack of established criteria and randomized studies, our experience could contribute to the literature in the context of avoiding complications associated with further interventions. We are in the opinion that there is need for further studies to delineate the conditions, indications and factors associated with failure of various treatment modalities.

#### **PB-124**

##### **Obstetrik acillerden vulvovajinal hematoma: 4 yıllık sonuçlarımız**

Özlem Yörük, Ayşegül Öksüzöğlü, Elif Gül Yapar Eyi,  
Burcu Kısa Karakaya, Necati Hançerlioğulları

*Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

**Amaç:** Vajinal doğum sonrası vulvo vajinal hematomlar az rastlanan (1/1000) ancak yaşamı tehdit edebilen obstetrik acillerdendir. Hematomlar sıklıkla çevre dokulara uygulanan epizyotomi ya da operatif doğum sonrası gelişirse de, insizyon ya da laserasyon olmaksızında pseudoanevrizma, travmatik arterio venöz fistül nedeni ile de görülebilir.

**Yöntem:** Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2010–2013 yılları arasında vulvovajinal hematoma nedeni ile müdahale edilen 52 olgunun demografik, obstetrik verileri, semptom ve muayene bulguları, hematolojik ve biokimyasal parametreleri, vajinal hematoma gelişmiş 52 vajinal doğuma ait değerlendirmeler ile karşılaştırıldı. Doğum salonu çalışma dönemleri, personel ile uyum ve vardiyalar ile ilişki, gözden geçirilerek maliyet analizleri çıkarıldı.

**Bulgular:** Hepsi infraevator olan 52 vulvovajinal hematoma ile 31163 vajinal doğumda insidans %0.16 olarak bulundu. Vulvovajinal hematoma bütün hastaların farmakolojik indüksiyon aldığı görüldü. 37'si epizyotomili, 15'i epizyotomisiz gerçekleşen 52 doğumun hastaların %23'ünde eylem ve doğum sırasında personel ile uyum sorununun dosyaya kayıt edildiği görüldü. Hematom gelişen doğumların %73'ünün hafta içi ve %59.6'nın 0800–1600 vardiya dönemi haricinde gerçekleştiği, 48 (%92) hastanın öncelikle vulvada ve perinede ağrı nedeni ile değerlendirildiği, 31(%59.6) hastada doğumdan sonra ilk 6 saat içinde hematoma tesbit edildiği, iki hastada hemen doğum sonrası dönemde koagülopati belirlendiği ve hemoglobin düşüşünün tanı konan dönemde ortalama 2.8 g/dl olduğu saptandı. 37 (%71.2) hastada transfüzyon gerektiği ve bu hastaların 35 (%96.2) ine ikiden fazla eritrosit süpsansiyon transfüzyonu uygulandığı görüldü. Dosya değerlendirmesinden, olguların hepsinde, genel anestezi altında, hematoma alanının açılarak kanama odağının eks-

plore edilmeye çalışıldığı, bir hastada supraevator hematoma düşünülerek laparotomiye geçildiği anlaşıldı. Maliyet ve hastanede kalış süresinin anlamlı olarak arttığı belirlendi.

**Sonuç:** Vulvovajinal hematoma erken tanısı, doğum sonrası dikkatli doğum kanalı kontrolü yanında doğum sonrası perineal ağrı yakınması olan gebenin hemen ve tekrar dikkatli muayenesi ile konur. Hematom tesbit edildiğinde ise açık drenaj uygulanması morbiditeyi azaltacaktır.

#### **PB-125**

##### **Servikal yetmezlik nedeniyle yapılan modifiye transabdominal serviko-istmik serklaj: 16 olguluk deneyimimiz**

Ebru Çelik Kavak<sup>1</sup>, Salih Burçin Kavak<sup>1</sup>, Hüsnü Çelik<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ; <sup>2</sup>Adana Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana*

**Amaç:** Modifiye transabdominal servikoistmik serklaj uygulanan 16 olgunun değerlendirilmesi

**Yöntem:** Abdominal servikoistmik serklaj uygulanan olgular son 11 yıllık dönemde geriye dönük olarak analiz edildi. Olguların sosyodemografik özellikleri, operasyon ve gebelik sonuçları kayıt altına alındı.

**Bulgular:** Uygulanan modifiye transabdominal serviko-istmik serklaj sonrası olguların %78.5'i 34. gebelik haftasından sonra doğum yaptı. Hiçbir olguda intraoperatif komplikasyon olmadı. İki olguda koryoamnionit gelişti (sırasıyla gebelik yaşı; 17 hafta 3 gün ve 20 hafta 4 gün), bir olgu 29. gebelik haftasında durdurulamayan travay nedeniyle preterm doğum yaptı. Koryoamnionit gelişen iki olguda serklaj sütürü alındı, ardından abortus gerçekleşti. Diğer olguların tamamında doğum sezaryen ile sonlandırıldı.

**Sonuç:** Modifiye transabdominal servikoistmik serklaj, transvajinal serklaj uygulamasının yapılamadığı durumlarda etkili, güvenli ve yüksek başarı oranı olan bir işlemdir.

#### **PB-126**

##### **Anensefali ve ilişkili malformasyonlar: 35 olgu analizi**

Senem Yaman Tunç, Elif Ağaçayak, Mehmet Sait İçen,  
Fatih Mehmet Fındık, Ahmet Yıldızbakan,  
Burcu Yücesoy, Ahmet Yalınkaya

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

**Amaç:** Kliniğimize fetal anensefali tanısı ile yatırılan 35 olgunun klinik ve demografik özelliklerini ve diğer anomaliler ile ilişkisini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Bu retrospektif çalışmaya Haziran 2013–Mayıs 2015 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde fetal anensefali tanısı alıp gebeliğin terminasyonu için yatırılan 35 hasta dahil edildi. Yaş, gravida, parite, gebelik haftası, fetal cinsiyet, ultrasonografik bulgular ve eşlik eden anomaliler için hasta dosyaları incelendi. Maternal hastalık, sigara kullanımı, teratojen maruziyeti, folik asit kullanımı, akraba evliliği, önceki gebeliğinde nöral tüp defekti öyküsü gibi bilgiler hastalara telefon ile ulaşılarak elde edildi. Veri analizi için SPSS 15.0 paket programı kullanıldı. Sürekli değişkenler ortalaması±standart sapma olarak verildi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 27.69±7.37 idi. Hastaların hastaneye yatış esnasında ortalama gestasyonel haftaları 17±4.6 idi. Hastaların %22.9'u (n=8) pre-konsepsiyonel folik asit desteği almıştı. Hastaların %14.3'ünde (n=5) önceki gebeliğinde NTD öyküsü var. Hastaların %85.7'inde (n=30) polihidramniyoz izlenmezken, %14.3'ünde (n=5) polihidramniyoz mevcuttu. Hastaların %74.3'ü (n=26) sigara kullanmıyorken, %25.7'si (n=9) sigara kullanıyordu. 22 fetus kız, 13 fetus ise erkek cinsiyette idi. Eşlik eden en sık anomaliler sırasıyla kranioraşisizis (n=10), torakolomber spina bifida (n=4), pes ekinovarus (n=4) omfalosel (n=1), gastroşizis (n=1), yarı damak/dudak (n=2), multistik böbrek (n=1) idi.

**Sonuç:** Anensefali, beyin-omirilik ekseninin ciddi bir defekti ile karakterize mortalitesi yüksek bir malformasyondur. En sık 20–30 yaş arasında gebelerde görülmektedir. Kranioraşisizis, torakolomber spina bifida, pes ekinovarus, omfalosel, gastroşizis, yarı damak ve dudak en sık eşlik eden anomalilerdir. Tanısı genellikle 2. trimesterde konur, ancak kraniyumun 11. haftadan itibaren ultrasonografide vizüalize edilebilmesi nedeniyle tanı artık ilk trimesterde de konabilmektedir.

## PB-127

### Thiocolchiside nedenli olabilecek, kalıcı sakatlık bırakabilecek alt ekstremitte deformitesi

Elif Gül Yapar Eyi

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Amaç:** 20 yaşında eşi ile akrabalığı olmayan gebe, 3680 gramlık ilk erkek bebeğini vaginal yol ile doğurdu. Yenidoğan değerlendirilmesinde sağ ayak parmaklarında ve topuk kemiklerinde deformite ve tibia ve fibula kemiklerindeki deformasyon ve fibulada kısalık belirlendi. Gebenin son adet tarihine göre 5. postkonsepsiyonel 3. haftada ateşinin 40.5'a kadar yükseldiği, viral infeksiyon düşünülerek antipiretik ve kolçisin benzeri etki eden antiviral ilacı (thiocolchiside) yaklaşık 7 gün aldığı, yüksek ateşinin 10 günlük süre içinde tekrarlayarak devam ettiği bilgisi antenatal takip ve dosya bilgilerinde mevcuttu. Toksoplazma, rubella, hepatit tarama test-

leri negatif, ultrasonografik değerlendirmesi normal idi. Yenidoğanda alt ekstremitte anomalisi dışında muayenelerinde ek anomali saptanmadı. Aile yenidoğandaki problem için açıklama isteyerek hastaneye yazılı başvuruda bulundu. Etiyolojiye yönelik değerlendirme sununun amacıdır.

**Yöntem:** Thiocolchiside (Muscoril, Myoril, Neoflex): N-[(7S)-3-(β-D-Glukopiranosiloksi)-1,2-dimetoksi-10-(metilsülfanil)-9-oksoo-5,6,7,9-tetrahidrobenzo[a]heptalen-7-yl]asetamid ile ilgili kısa literatür değerlendirmesi verilmektedir. Hem kompetitif GABAA reseptör antagonisti, hem de glisin reseptör antagonisti olarak işlevi dışında daha az oranda nikotinik asetilkolin reseptörlerine etkiyen anti-inflamatuvar ve analjezik etkileri olan kas gevşeticidir. Güçlü konvüziyon yaratıcı etkisi nedeni ile konvüziyon yatkinliği olan bireylerde kullanılmaması gerektiği bildirilmektedir. İlacın pazarlama sonrası farmakovigilans izlemlerinde, vücutta M2 ya da SL59.0955 olarak adlandırılan bir metabolite dönüşerek bölünmekte olan hücrelere, zarar verebileceği; düşükler, teratojenite, neoplastik değişimler ve erkek infertilitesi ile ilişkilendirilebileceğine dair sinyaller mevcuttur.

**Bulgular:** Yenidoğanın atipik tibia, fibula ve ayak deformitesi gösterilmektedir.

**Sonuç:** Tüm canlı doğumların %3–6'sında fetal malformasyon görülebilmektedir. Hipertermia ve viral infeksiyonların teratojenite yaratabileceği bilinmektedir; bunun dışında da özellikle ilk trimester ve bunun içinde de özellikle 2–8. haftalar arasındaki konsepsiyon sonrası dönem, "embryogenez" olarak tanımlanan kritik bir zaman aralığıdır; gebelikte özellikle organ gelişiminin olduğu bu dönem malformasyon oluşumu açısından fetusun en duyarlı olduğu zaman aralığına karşılık gelmektedir. Üreme çağındaki kadına reçete verilmesi sırasında gebe olup olmadığı sorgulanmalıdır; gebelik olasılığında da gebelik testi ile gebe olmadığının teyidi önem kazanmaktadır. Gebede mutlaka kullanılması gerekiyor ise gebelikte güvenli olduğu bildirilen farmasötik ajanlar kullanılmalıdır.

## PB-128

### Düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı fetal DNA testini etkiler mi?

Oluş Api<sup>1</sup>, Aybala Akıl<sup>2</sup>, Canan Yılmaz Torun<sup>3</sup>, Sanlı Erkanlı<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Acıbadem Bodrum Hastanesi, Bodrum; <sup>3</sup>Emsey Hospital, İstanbul; <sup>4</sup>Biogen Medical Instruments Co. Ltd, İstanbul

**Amaç:** Fetal genetik anomalilerin test edilebilmesi için günümüzde maternal kanda serbest fetal DNA analizi yöntemleri (NIPT) geliştirilmiştir. Bu yöntemler random sequencing (Massively Parallel Shotgun Sequencing-MPSS) ve directed DNA analizi olmak üzere iki temel grupta incelenir. Klinik



kullanımı yalnızca son birkaç seneye dayanan bu testlerin performansının maternal medikasyonlarla olan etkileşimi net olarak bilinmemektedir. Bu olgu sunumunda, düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımının fetal DNA testini etkileyebileceğini vurgulamak istedik.

**Bulgular:** 36 yaşında ICSI gebeliği olan hasta, gebeliğinin başından itibaren düşük molekül ağırlıklı heparin kullanmaktadır. Bu gebeliğinde tarama amaçlı yapılan noninvaziv prenatal testlerden (NIPT) birinci yöntemle (directed DNA analizi) iki kez sonuç alınamamıştır. Ardından hastaya random sequencing (Massively Parallel Shotgun Sequencing-MPSS) yöntemi ile çalışan başka bir test uygulanmış ve kromozom 21, 18, 13 ve gonozomal anomaliler için normal olarak sonuçlanmıştır. ilerleyen gebelik haftalarında hastada gestasyonel diabet dışında herhangi bir medikal veya obstetrik komplikasyon gelişmemiştir. Hasta, 39. gebelik haftasında 3800 gram, sağlıklı erkek bebek doğurmuştur.

**Sonuç:** Directed DNA analizi ile çalışan yöntemde, maternal kandaki fetal cfDNA'nın directed analiz sonuçlarına ilave olarak, fetal cell-free DNA yüzdesi, maternal yaş ve gestasyonel hafta da bu hesaplama dahil edilmektedir. Random sequencing (Massively Parallel Shotgun Sequencing-MPSS) yöntemi ile çalışan test, farklı genomik alanlardan kaynaklanan plazma DNA sekanslarının sayılması yöntemini kullanır. Bu yöntem dolaşan DNA partiküllerinin maternal DNA'dan daha kısa olması gerçeğine dayanır. Literatürde düşük molekül ağırlıklı heparin (LMWH) kullanımında doğrudan NIPT uygulaması ile ilgili yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak yapılan bir çalışmada bazı araştırmacılar tarafından, sık kullanılan antikoagulanlar olan EDTA, heparin ve sitrattan, heparinin PCR'ı inhibe edebileceğinden dolayı uygun olmadığı ileri sürülmüştür. Başka bir çalışmada ise, hastadan kan alındıktan en az 6 saat sonrasında yapılacak DNA analizinde heparinin kullanılmaması önerilmektedir. Biz de, burada sunduğumuz olguda iki kez uygulanan directed DNA analizi ile çalışan NIPT ile sonuç alınamamasını LMWH kullanımına bağlıyoruz, ancak bunu kanıtlayacak yeterli delil bulunmamaktadır. Bunun doğrulanabilmesi için bu farklı yöntemleri kullanan NIPT'lerin karşılaştırıldığı daha fazla araştırmaya gerek vardır.

## PB-129

### Doğum şeklinin maternal ve fetal stres hormonları üzerine etkisi

Burcu Kısa Karakaya<sup>1</sup>, Özlem Moraloğlu Tekin<sup>1</sup>, Rahime Bedir Fındık<sup>1</sup>, Necati Haçerlioğlu<sup>1</sup>, Hatice Çelik<sup>1</sup>, Tuğba Çandar<sup>2</sup>, Yasemin Taşçı<sup>1</sup>, Halil İbrahim Yakut<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; <sup>2</sup>Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Rıdvan Ege Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Stress durumunda vücutta hormonal ve metabolik değişiklikler olmaktadır. Hormonal cevap hipofizer hormonların sekresyonu ve sempatik sinin sisteminin aktivasyonu ile olmaktadır. Maternal stres faktörünün gebelikte değişen fetomaternal fizyoloji sonucunda annenin sağlığı ile birlikte fetusun sağlık durumunu da etkilemektedir. Günümüzde premature doğum riski olan gebelerde pulmoner maturasyon için stress durumunda salınan kortikosteroidler kullanılmakta, çünkü akciğer maturasyonunda gerekli olan surfaktan sentezini artırmaktadır. Doğum sırasında salınan endorfin, prolaktin salınımını artırdığı ve bu etkininde pulmoner maturasyonda rol oynadığı bilinmektedir. Fetusun mağruz kaldığı stresin fetal mortalite ve psikososyal davranışlarda değişiklikler ortaya çıkardığı bildirilmiştir. Çalışmamızın amacı doğum şeklinin maternal ve fetal stress hormonlarıyla olan ilişkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışma hastanemizde Ocak 2014 ile Haziran 2015 tarihleri arasında doğum yapan herhangi ek bir hastalığı olmayan, miadında, term 86 gebeye ile prospektif olarak yapıldı. Maternal obezitesi olmayan, tahmini fetal ağırlığı 4000 g altında olan, sefalik prezentasyonda suda doğum yapma kriterlerine uygun olan hastalar seçilerek suda normal vajinal yolla doğurtuldu. Yaş, gravida, parite gibi demografik özellikler göz önünde bulundurularak gruplar oluşturuldu, 28 suda doğuran, 28 normal vajinal yolla doğum yapan, 30 sezaryen ile doğum yapan anne ve kordondan alınan bebeğin serumunda stress durumunda serumda ölçümleri değişkenlik gösteren TSH, prolaktin, kortizol, insülin, beta endorfin hormonlarına bakıldı. Doğum şeklinin anne ve bebekteki stress hormon düzeylerini nasıl etkilediği araştırıldı. Veriler SPSS 15.0'a aktarılarak, ANOVA, Kruskal-wallis, Mann-Whitney ve t test kullanılarak istatistiksel analizi yapıldı.

**Bulgular:** 86 gebeye ile yapılan çalışmamızda oluşturulan 3 grubun demografik özellikleri yaş, gravida, parite benzer olarak bulundu. Suda doğum ile normal vaginal yolla doğum yapan gruplar arasında doğumun birinci ve ikinci evrelerinin süresi arasında anlamlı fark yokken, evre için süresi suda doğumda daha kısa olarak bulundu. Gruplar arasında bebek APGAR'arı ve yoğun bakım ihtiyacı arasında fark bulunmadı.

**Sonuç:** Çalışmamızda göstermiştir ki doğum sırasında maternal salınan stress hormonlarının fetusa geçişi çoğunlukla pozitif korelasyon göstermektedir. Annenin doğum sırasında yaşadığı stress bebeğine de hormonal olarak geçiş göstererek yansır. Çalışmamızda da doğum şekline göre anne ve fetusdaki stress hormon miktarları değişkenlik göstermektedir. Özellikle suda doğuran anneler ve bebeklerde normal doğum ve sezaryenle doğum yapan anne ve bebeklere göre artan kortizol, endorfin stresse verilen hormonal cevabın suda doğuranlarda daha olumlu bir artış göstermektedir. Doğum şekline göre de stresse verilen hormonal cevap değişkenlik göstermektedir.



## 15. Ulusal Perinatoloji Kongresi

15-18 Ekim 2015, Muğla

### Yazar Dizini

#### A

Acar H.	PB-079, PB-090, PB-094, PB-095
Acar Şirinoğlu H.	PB-071, PB-078, PB-081, PB-087, PB-093, PB-097, PB-118
Açar D.	PB-104
Adeviye Şahin E.	PB-115
Ağaçayak E.	PB-031, PB-042, PB-116, PB-122, PB-126
Ağrırlar H.	PB-115
Akarsu S.	PB-120
Akbayır Ö.	PB-121
Akbıyık F.	PB-120
Akıl A.	PB-128
Akin G.	PB-122
Akkaş Yılmaz E.	PB-076
Akkurt M.Ö.	PB-006, PB-092, PB-049
Akselim M.B.	PB-046
Aksoy F.	PB-044
Aksoy M.	PB-017, PB-078, PB-081, PB-087, PB-090, PB-093, PB-094, PB-095, PB-118
Aksulu H.E.	PB-105
Aktenk F.	PB-084
Alanbay İ.	PB-032, PB-033
Alataş İ.	PB-055
Aldıkaçtıoğlu Talmaç M.	PB-018
Alıcı Davutoğlu E.	PB-044
Alkaş D.	PB-099
Altay M.M.	PB-092
Altunyurt S.	PB-061
Anuk A.T.	PB-061
Api M.	PB-045
Api O.	PB-128
Aran T.	PB-067
Arat Ö.	PB-008, PB-009
Arıncan S.A.	PB-045, PB-071, PB-077, PB-078, PB-079, PB-082, PB-088
Arısoy R.	PB-045, PB-081, PB-093, PB-096
Arslan F.	PB-102
Artunç Ülkümen B.	KÖ-09, PB-019, PB-020, PB-021, PB-022, PB-023, PB-024, PB-029, PB-050, PB-084
Asmalı N.	PB-043
Ataç T.	PB-070
Atar M.	PB-011
Atıcı N.	PB-003, PB-004

Atış Aydın A.	KÖ-05, PB-010, PB-018, PB-025, PB-121
Avcı F.	PB-113, PB-114
Avcı M.E.	PB-066, PB-101, PB-102, PB-103, PB-104, PB-106
Avcıoğlu S.N.	PB-069
Aydın A.	PB-005
Aydın A.	PB-034, PB-035, PB-038, PB-048, PB-089, PB-091
Aydoğdu İ.	PB-021
Ayvacı H.	PB-096

#### B

Bağcı H.	PB-009, PB-026, PB-008
Bakacak M.	PB-112, PB-113, PB-114, PB-072
Bardakçı E.D.	PB-100, PB-105
Barut A.	PB-076
Bastacı F.S.	PB-073
Başak Baksu N.	PB-087, PB-094, PB-095
Baykuş Y.	PB-026, PB-027
Bedir Fındık R.	PB-129
Beyaz A.	PB-025
Beyazıt A.	PB-073
Bıçakçı B.	PB-069
Budak Ş.	PB-116
Bülbül Y.	PB-020, PB-024, PB-029, PB-050
Bülbülüoğlu E.	PB-112
Bütün Z.	PB-088
Büyükaşık H.	PB-028

#### C

Can B.	PB-008, PB-009, PB-026
Canaz H.	PB-055
Canpolat F.E.	PB-051
Cemgil Arıkan D.	KÖ-11, PB-028, PB-072
Cengiz E.	PB-112
Coşar E.	PB-100, PB-105

#### Ç

Çağlar A.T.	PB-059
Çakır Güngör A.N.	PB-011, PB-085, PB-100
Çakmak B.	KÖ-13, PB-014, PB-015, PB-107
Çam S.	PB-021, PB-022, PB-029
Çamoğlu T.	PB-107

Çandar T.	PB-129	Göksever Çelik H.	PB-010
Çavuş E.	PB-011, PB-100	Göynümer F.G.	PB-071, PB-078, PB-079, PB-081, PB-087, PB-090, PB-093, PB-094, PB-095, PB-096, PB-097
Çelen Ş.	PB-063	Gözükara İ.	PB-003, PB-004, PB-007, PB-041, PB-068, PB-073, PB-075
Çelik E.	PB-010	Gül T.	PB-042, PB-040, PB-116, PB-122
Çelik H.	PB-074, PB-125	Güler İ.	PB-123
Çelik H.	PB-129	Gülhan İ.	PB-064
Çelik Kavak E.	PB-008, PB-009, PB-026, PB-027, PB-074, PB-125	Gültekin İ.B.	PB-076
Çiftçi Ş.	PB-102	Gülücü S.	PB-014
Çim N.	PB-027	Gündüz N.	PB-121
Çoban G.	PB-098	Güngören A.	KÖ-01, PB-003, PB-004, PB-007, PB-041, PB-068, PB-073,
Çok T.	PB-098, PB-099, PB-108	Gür E.B.	PB-064
<b>D</b>		Güraslan H.	PB-039
Daldal E.	PB-014	Gürsoy R.	PB-123
Delibaş İ.B.	PB-014, PB-015	Güven G.	PB-012
Demircan Sezer S.	PB-069	Güvenç Y.	PB-084
Demirci O.	PB-017, PB-081, PB-090, PB-093, PB-095, PB-096, PB-097, PB-118	Güzoğlu N.	PB-051
Demirtürk F.	PB-107	<b>H</b>	
Devranoglu B.	PB-087	Hacivelioglu S.	PB-011
Dikmen S.	PB-010	Hakverdi A.U.	PB-068
Dikmen Z.G.	PB-120	Hançerlioglu N.	PB-124, PB-129
Dilek T.U.K.	KÖ-04	<b>İ</b>	
Dilşad Herkioglu E.	PB-082	İçen M.S.	PB-042, PB-031, PB-040, PB-116, PB-126
Divlek R.	PB-106	İdil N.S.	PB-039
Doğan K.	PB-039	İlhan R.	PB-026
Doğan M.	PB-039	İnan C.	PB-037
Dolapçioğlu K.	PB-041, PB-068, PB-115	<b>K</b>	
Dolgun Z.N.	PB-037	Kalaycı H.	PB-098, PB-099, PB-108
Dönmez E.E.	PB-088	Kanawati A.	PB-039
<b>E</b>		Kandemir Ö.	PB-076
Ekiz A.	PB-030, PB-102	Kaplan S.	PB-008, PB-009
Emre A.	PB-112	Kara N.	PB-055
Eras Z.	PB-051	Kara O.F.	PB-076
Ercan Ö.	PB-113, PB-114	Karaahmet E.	PB-085
Erdoğan K.	PB-062	Karapınar O.	PB-003, PB-004, PB-068, PB-075
Ergün Y.	PB-046, PB-047	Karasu Y.	PB-046
Erkanlı S.	PB-128	Karaşahin E.	PB-032, PB-033, PB-036, PB-048, PB-086
Erkaya S.	PB-043, PB-119	Karaşahin K.E.	PB-013
Ersak B.	PB-043	Karşlı M.F.	PB-076, PB-107
Esin S.	PB-057	Kavak S.	KÖ-06
Evsen M.S.	PB-040	Kavak S.B.	PB-008, PB-009, PB-026, PB-027, PB-074, PB-125
<b>F</b>		Kaygusuz E.	PB-087
Fındık F.M.	PB-031, PB-040, PB-116, PB-126	Kaymaz N.	PB-100
Fırat C.	PB-061	Keskin U.	PB-013, PB-035, PB-036, PB-086
Fıratlıgil F.	PB-034, PB-035, PB-036	Kılınç M.	PB-113, PB-114
Fidan U.	PB-013, PB-034, PB-036, PB-086	Kıncı F.	PB-013, PB-086
<b>G</b>		Kıran G.	PB-113, PB-114
Gedik Özköse Z.	PB-030	Kıran H.	PB-113, PB-114
Gedikbaşı A.	KÖ-12, PB-055, PB-101, PB-104	Kısa Karakaya	B. PB-124, PB-129
Gencer M.	PB-100, PB-105	Kivrak Y.	PB-085
Gerik B.	PB-021, PB-022		
Göçmen A.	PB-066, PB-106		

Koç N.	PB-094	Özer D.P.	PB-037
Kohl T.	PB-055	Özer E.	PB-061
Korkmaz V.	PB-046, PB-047	Özgü E.	PB-109
Koyuncu F.M.	PB-019, PB-020, PB-021, PB-022, PB-023, PB-024, PB-029, PB-050	Özgiirtas T.	PB-048
Köse S.	PB-061	Özkan M.Ş.	PB-063
Köstü B.	PB-113, PB-114	Özkaplan S.E.	PB-001, PB-002
Kublay A.	PB-121	Özkaya M.O.	KÖ-16
Kulaksız D.	PB-067	Özkose B.	PB-030
Kulhan M.	PB-080, PB-083, PB-117	Özsoy A.Z.	PB-014, PB-015
Kulhan N.G.	PB-080, PB-083, PB-117	Özsoy F.	PB-015
Kumru P.	PB-071	Özsoy Z.	PB-107
Kumru S.	KÖ-14	Öztekin D.	PB-064
Kunt İşgüder Ç.	PB-014, PB-015, PB-016	Öztürk F.	PB-041
Kurdoğlu M.	KÖ-15	Öztürk M.	PB-032, PB-033, PB-034, PB-035, PB-036, PB-038, PB-048, PB-089, PB-091
Kurdoğlu Z.	PB-046, PB-047	Öztürk Ö.	PB-048
Kurt R.	PB-068		
Kurtulmuş S.	PB-064	<b>P</b>	
Kuyucu M.	PB-082	Pakay K.	PB-071, PB-079, PB-081, PB-090, PB-093, PB-094, PB-095, PB-096, PB-097, PB-118
Küçükbaş G.N.	PB-119	Pala H.G.	PB-019, PB-020, PB-021, PB-022, PB-023, PB-024, PB-029, PB-050, PB-084
Küçüközkan T.	PB-076	Parlakgümüş A.	PB-108, PB-075
		Pek E.	PB-100, PB-105
<b>M</b>		Pekin O.	PB-078, PB-079, PB-094, PB-095
Moraloğlu Tekin Ö.	PB-043, PB-119, PB-129	Polat İ.	KÖ-08, PB-101, PB-103, PB-104
Muhcu M.	PB-070, PB-077, PB-082, PB-088		
		<b>S</b>	
<b>N</b>		Sakallı H.	PB-028
Nacar M.C.	PB-107	Salman Özgü B.	PB-053, PB-063
Naykı C.	PB-080, PB-083, PB-117	Saraçoğlu A.	PB-055
Naykı Ü.A.	PB-080, PB-083, PB-117	Saraçoğlu T.	PB-055
Numanoğlu C.	PB-121	Sarıdoğan E.	PB-043
Nural O.	PB-007, PB-075, PB-115	Saygılı A.	PB-012
		Seçkin K.D.	PB-107
<b>O</b>		Serin S.	PB-072, PB-112, PB-113, PB-114
Oğuz S.S.	PB-051	Sezik M.	KÖ-17, PB-006, PB-049, PB-092
Okur S.	PB-066	Sılan C.	PB-105
Okıyay D.	PB-064	Silfeler D.	PB-004, PB-068
Okıyay A.	PB-068	Soylu Karapınar O.	PB-007, PB-041, PB-073, PB-115
Oran A.	PB-084	Soytaç İnançlı S.	PB-070
Osmanağaoğlu M.A.	PB-067	Soytürk M.	PB-080, PB-083
Ozan Şahin E.	PB-046	Süt H.	PB-077
		<b>Ş</b>	
<b>Ö</b>		Şahin B.	PB-085
Öcal E.	PB-019, PB-020, PB-021, PB-023, PB-029	Şahin E.A.	PB-115
Ökmen B.	PB-025, PB-030	Şahin Güleç E.	PB-064
Öksüzöđlu A.	PB-124	Şahin H.	PB-115
Özboz A.	PB-001, PB-002	Şanlıkan F.	PB-066, PB-106
Özçelik F.	PB-005	Şen C.	PB-012
Özçelik K.	PB-005	Şenol Ş.	PB-019
Özçil M.D.	PB-068	<b>T</b>	
Özdemir Ç.	PB-030	Tan İ.	PB-122
Özdemir H.	PB-098, PB-099, PB-108	Tandoğan B.	PB-090, PB-094, PB-095, PB-097
Özdurak İ.	PB-001, PB-002	Tanrıverdi A.	PB-069
Özek M.A.	PB-123	Tarhan N.	PB-087
Özel A.	PB-044		
Özel K.	PB-055		
Özel Ş.	PB-119		



Tarım E.	PB-098, PB-099, PB-108	Yaman Tunç S.	PB-031, PB-040, PB-042, PB-116, PB-122, PB-126
Taşçı Y.	PB-129	Yapar Eyi E.G.	KÖ-02, PB-052, PB-053, PB-054, PB-058, PB-059, PB-060, PB-062, PB-063, PB-065, PB-109, PB-124, PB-127
Taşdemir Ü.	PB-054, PB-063	Yavuz A.	PB-006, PB-049
Tatar Aksoy H.	PB-051	Yavuz T.	PB-097
Tekiner N.B.	PB-018	Yaycı E.	PB-070
Topaloğlu N.	PB-085	Yayla M.	KÖ-10, PB-012
Tunç N.	PB-116	Yazar F.M	PB-112
Turan Bakırcı I.	PB-078, PB-081, PB-090, PB-093, PB-094, PB-095, PB-096, PB-097, PB-118	Yenen M.C.	PB-013, PB-034, PB-035, PB-036, PB-048, PB-086
<b>U</b>			
Uğurlu E.	PB-012	Yeniay N.	PB-077
Ulubay M.	PB-013, PB-034, PB-035, PB-036, PB-048, PB-086	Yetkinel S.	PB-098
Uluçay S.	PB-021, PB-022, PB-029	Yıldırım D.	PB-018
Uludağ S.	KÖ-03, PB-044	Yıldırım Y.	PB-117
Uluğ P.	PB-080, PB-083, PB-117	Yıldız Y.	PB-109
Uraş N.	PB-051	Yıldızbakan A.	PB-126
Urfaloğlu A.	PB-112	Yılmaz Doğru H.	PB-014, PB-015, PB-016
Uyar Y.	PB-024, PB-050	Yılmaz Torun C.	PB-128
Uygur M.	PB-037	Yirci B.	PB-057
Uysal A.	PB-100	Yoldaş A.	PB-040
Uzun F.	PB-071	Yozgat Y.	PB-103
<b>V</b>			
Vural A.	PB-105	Yörük Ö.	PB-124
<b>Y</b>			
Yakut H.İ.	PB-129	Yücesoy B.	PB-126
Yalınkaya A.	KÖ-07, PB-031, PB-042, PB-056, PB-110, PB-111, PB-122, PB-126	<b>Z</b>	
		Zafer E.	PB-069
		Zengin T.	PB-057
		Zergeroğlu S.	PB-059

# WCPM'17

## 13<sup>th</sup> WORLD CONGRESS of PERINATAL MEDICINE

05 / 08 APRIL 2017 • ISTANBUL / TURKEY

*Let's meet where the continents meet*



WORLD ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE  
(WAPM)



# Perinatal Genetics



## Sağlıklı Bir Gelecek Anne Karnında Başlar!

Down Sendromu gibi sık gözlenen kromozom hastalıkları için, hamileliğin 9. haftasından itibaren anneden alınan bir kan örneği ile klasik tarama testlerine göre çok daha güvenilir bir şekilde tarama yapılabilmektedir.

[www.perinatalgenetics.com](http://www.perinatalgenetics.com)



Perinatal Medicine Foundation  
**Perinatal Tıp Vakfı**

**GENETİKS**  
— İSTANBUL —

# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

Cilt 23 | Supplement | Ekim 2015

## İçindekiler

### 15. Ulusal Perinatoloji Kongresi

15-18 Ekim 2015, Muğla

Bilimsel Program	v
Konuşma Özetleri (KÖ-01 — KÖ-17)	S1
Poster Bildiri Özetleri (PB-001 — PB-129)	S17
Yazar Dizini	S81