

ISSN 1300-5251

# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com

Cilt 26 | Supplement | Eylül 2018



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

deomed®



# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com

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

## Tanım

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

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

## Amaç ve Hedef

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

## Telif Hakları

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

Perinatoloji Dergisi'nde yayımlanan makalelere ilişkin telif hakları dergiye ait olur. Bu amaçla makale gönderme sırasında sistem tarafından sunulan "Yazarlık ve Telif Hakları Devir Beyanının" yazarlar tarafından onaylanması gerekir. Dergide yayınlanması uygun görülen yazıların sorumluluğu yazarlara aittir. Yazılar için telif ya da başka adlar altında hiçbir ücret ödenmez ve baskı masrafı alınmaz; ancak ayrı baskı talepleri ücret karşılığı yerine getirilir.

Perinatoloji Dergisi, yazarlardan devraldığı ve çevrimiçi (*online*) sürümünde yayımladığı içerikle ilgili telif haklarından, bilimsel içeriğe evrensel açık erişimin (*open access*) desteklenmesi ve 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](http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0)) aracılığıyla bedelsiz kullanıma sunmaktadır. İçeriğin ticari amaçlı kullanımı için yayınevinden izin alınması gereklidir.

## Çıkar Çakışması

Yazarlar, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çakışması (*conflict of interest*) veya rekabet (*competing interest*) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel örtüşme konuları yayının gönderilmesi aşamasında belirtilmelidir.

## Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi

Derginin "Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi" ile ilgili ayrıntılı bilgi için [www.perinataldergi.com](http://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 Perinatoloji Dergisi, Perinatal Tıp Vakfı adına Deomed Yayıncılık tarafından yayımlanmaktadır (Telif Hakkı © 2018, Perinatal Tıp Vakfı).

## 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](mailto:medya@deomed.com) • [www.deomed.com](http://www.deomed.com)

**deomed**®



# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com

**Cilt 26 | Supplement | Eylül 2018**

## Editör

**Cihat Şen**

Memorial Bahçelievler Hastanesi,  
Perinatal Tanı ve Tedavi Merkezi,  
İstanbul, Türkiye

## Yardımcı Editörler

**Murat Yayla**

Acıbadem International Hastanesi,  
Kadın Doğum Kliniği,  
İstanbul, Türkiye

**Oluş Api**

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

Perinatoloji Dergisi TÜBİTAK  
ULAKBİM TR Dizin Tıp Veri Tabanı,  
EBSCOhost, EBSCO (Academic  
Search Complete) ve Google  
Scholar tarafından dizinlenmektedir.

## Danışma Kurulu

Abdallah Adra, *Beyrut, Lübnan*  
Arif Akşit, *Eskişehir, Türkiye*  
Saadet Arsan, *Ankara, Türkiye*  
Abdel-Latif Ashmaig, *Hartum, Sudan*  
Ahmet Baschat, *Baltimore, MD, ABD*  
Christoph Berg, *Bonn, Almanya*  
Julene Carvalho, *Londra, İngiltere*  
Rabih Chaoui, *Berlin, Almanya*  
Frank Chervenak, *New York, NY, ABD*  
Filiz Çayan, *Mersin, Türkiye*  
Vincenzo D'Addario, *Bari, İtalya*  
Nur Danişmend, *İstanbul, Türkiye*  
Cansun Demir, *Adana, Türkiye*  
Jan Deprest, *Leuven, Belçika*  
Tony Duan, *Şanghay, Çin Halk Cumhuriyeti*  
Joachim Dudenhausen, *Berlin, Almanya*  
Alaa Ebrashy, *Kahire, Mısır*  
Hakan Erenel, *İstanbul, Türkiye*  
Sertaç Esin, *Adana, Türkiye*  
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, *Tours, Fransa*  
Oliver Kagan, *Tübingen, Almanya*  
Burçin Kavak, *Elazığ, Türkiye*  
Uğur Keskin, *Ankara, Türkiye*  
Asma Khalil, *Londra, İngiltere*  
Esin Koç, *Ankara, Türkiye*  
Özge Korkmaz, *İstanbul, Türkiye*  
Selahattin Kumru, *Antalya, Türkiye*  
Asım Kurjak, *Zagreb, Hırvatistan*

İsimler soyadı sırasına göre yazılmıştır. Danışmanların kurum bilgileri için derginin www.perinataldergi.com adresindeki çevrimiçi sürümünü ziyaret edebilirsiniz.

## İstatistik Danışmanı

Murat Api, *İstanbul, Türkiye*

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



## 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
- Klinik 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 üç hakem tarafından incelenir. Dergi Editörleri hakemlerin önerilerini de dikkate alarak makalenin kabul veya reddi konusunda son kararı verir. Yayın kullarlarına uymayan yazıları yayımlamamak, düzeltmek üzere yazara geri göndermek, biçimce düzenlemek, iletişimden sorumlu yazarın izni ile düzeltmek ya da kısaltmak yetkisine sahiptirler. Gerekli görüldüğünde istatistik değerlendirme amacıyla yazıyı derginin İstatistik Danışmanına gönderebilirler. Dergi Editörlerinin bir makaleyi, yazar tarafından yerine getirilen düzeltmelerin sonrasında da reddetme hakkı vardır. Bunun yanı sıra yazarlardan gönderdikleri makale ile ilgili ek veri, bilgi ve belge istenebilir; yazar(lar) gereğinde bu editöryal talepleri karşılamak zorundadır.

## Etik ile İlgili Konular

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

Yazarlar ayrıca, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çakışması (*conflict of interest*) veya rekabet (*competing interest*) alanları

nı açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel örtüşme konuları yayının gönderilmesi aşamasında belirtilmelidir.

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

## Yazıların Hazırlanması

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

Yazarların makalelerini hazırlarken çalışma tasarımlarının olabildiğince, randomize kontrollü çalışmalar için CONSORT, gözlemsel çalışmalar için STROBE, 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 ve Telif Hakları Devir Beyanı"nda beyan etmelidirler. Bu ön koşulu yerine getiremeyenler yazar olarak çalışmada yer almamalıdır.

**Özgün 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.

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

**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.

**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 hazırlanan yazılardan oluşur; 500 sözcüğü (2 sayfa) ve 10 kaynağı aşmamalıdır.

## Yazıların Bölümleri

Yazılarda bulunması gereken bölümler sırası ile şunlardır: Başlık, özet, temel metin, kaynaklar ve ekler (tablo, şekil, çizim, resim, video, hasta formları ya da anket görselleri vb.)

## Başlık

Makalenin başlığı dikkatle seçilmeli ve makale içeriğini en iyi şekilde yansıtmalıdır. Standart dışı kısaltma kullanılmaktan olabildiğince kaçınılmalıdır.

## Özet

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

— **Özgün araştırma** yazılarında en fazla 250 sözcükten oluşmalı ve her biri bir paragraf olacak şekilde standart 4 başlık altında sunulmalıdır: Amaç, Yön-

tem, Bulgular, Sonuç. Özeti takiben, 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, 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, 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, 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.

— **Özgün 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 bölümünde araştırmada saptanan belirgin bulgular ele alınmalı, diğer bulgular ise ilgili tablo ve şekillerde gösterilmelidir.

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

Sonuç bölümünde 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.

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

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

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

#### Kaynaklar

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

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

Dergim ilk olarak, makalelerde Türkçe yayınların da kaynak gösterilmesi önermektedir. Kaynak künyelerinde dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalı; burada dizinlenmeyen dergilerin adları açık olarak yazılmalı-

dir. Yazar sayısı altı veya daha az olduğunda tüm yazarlar verilmeli, tersi durumda ilk altı yazardan sonra "et al." eklenmelidir.

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

Kaynak künyeleri aşağıda örneklendiği 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, NY: Springer; 1990. p. 112–9.

— **Kitap bölümü örneği:** Moore TR, Hauguel-De Mouzon S, Catalano P. Diabetes in pregnancy. In: Creasy RK, Resnik R, Greene MF, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR, editors. *Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: principles and practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Saunders-Elsevier; 2014. p. 988–1021.

#### Şekil ve Tablolar

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

Tablolar her biri ayrı sayfa olarak, üstünde başlığı olacak şekilde yazının sonuna eklenebilir veya bütünlüklü dosya olarak gönderilebilir. Bütünlüklü 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 kullanılmaktadır. Çevrimiçi yazı gönderim sisteminin işleyişi için [www.perinataldergi.com](http://www.perinataldergi.com) adresini ziyaret ediniz.

#### Yazı Kontrol Listesi

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

1. Yazının uzunluğu (araştırma yazılarında en fazla 4000 sözcük)
2. Yazar sayısı (araştırma yazılarında en fazla 6 yazar)
3. Başlık (standart dışı kısaltma kullanılmamalı)
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, video, hasta formları, anket vb. ekler (numaralandırma; alt yazılar; özgünlük/izin yazısı)
9. Yazarlık ve Telif Hakları Devir Beyanı
10. Çıkar Çakışması Beyan Formu (gereğinde)



**10. Ulusal Obstetrik ve  
Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi**  
27–30 Eylül 2018, Dalaman

**İçindekiler**

<b>Sözlü Bildiri Özetleri</b> (SB-01 – SB-48)	<b>S1</b>
<b>Poster Bildiri Özetleri</b> (PB-02 – PB-62)	<b>S46</b>
<b>Yazar Dizini</b>	<b>S92</b>



## 10. Ulusal Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi 27–30 Eylül 2018, Dalaman

### Sözlü Bildiri Özetleri (SB-01 – SB-48)

#### SB-01

#### Maternal granülosit koloni stimulan faktör ve ultrasonografi eşliğinde intra-amniyotik endotoksin ile keçide oluşturulan preterm koryoamniyonit modelinin histopatolojik bulguları

Mekin Sezik<sup>1</sup>, Afşin Köker<sup>2</sup>, Özlem Özmen<sup>3</sup>, Serenat Yalçın<sup>1</sup>, Şöhret Güler<sup>2</sup>, Özge Sidekli<sup>2</sup>, Necdet Demir<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta; <sup>2</sup>Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Doğum ve Jinekoloji Anabilim Dalı, Burdur; <sup>3</sup>Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Burdur; <sup>4</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Antalya

**Amaç:** İnflamasyon, preterm doğum ve buna bağlı fetal beyin hasarı etyolojisinde önem taşımaktadır. Subklinik koryoamniyonitlere ikincil fetal inflamasyon, beyin dokusunu etkileyerek serebral palsi gelişimine zemin oluşturabilir. Gebelik fizyoloji çalışmalarında koyun-keçi modelleri yaygın olarak kullanılmakta ve kabul görmektedir. Mevcut sunumda, preterm gebe keçilerde maternal Granülosit Koloni Stimulan Faktör (G-CSF) ile orta dereceli maternal inflamasyon ve sonrasında intra-amniyotik endotoksin ile ciddi koryoamniyonit oluşturulmasına dayanan, tarafımızdan uyarlanmış modelin fetal beyin üzerindeki histopatolojik etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Altı adet keçiyeye, gebeliğin 114–118. günlerinde (term: 150 gün) 5 gün boyunca jügüler ven içine (i.v.) 50 mikrog/gün G-CSF verildi. Gebeliğin 118. gününde 20 G amniyosentez iğnesi ile ultrasonografi eşliğinde 20 mg endotoksin (*Escherichia coli* 055: B5) çözeltisi amniyon içine uygulandı. Kontrol grubundaki 5 adet keçiyeye ise G-CSF ve endo-

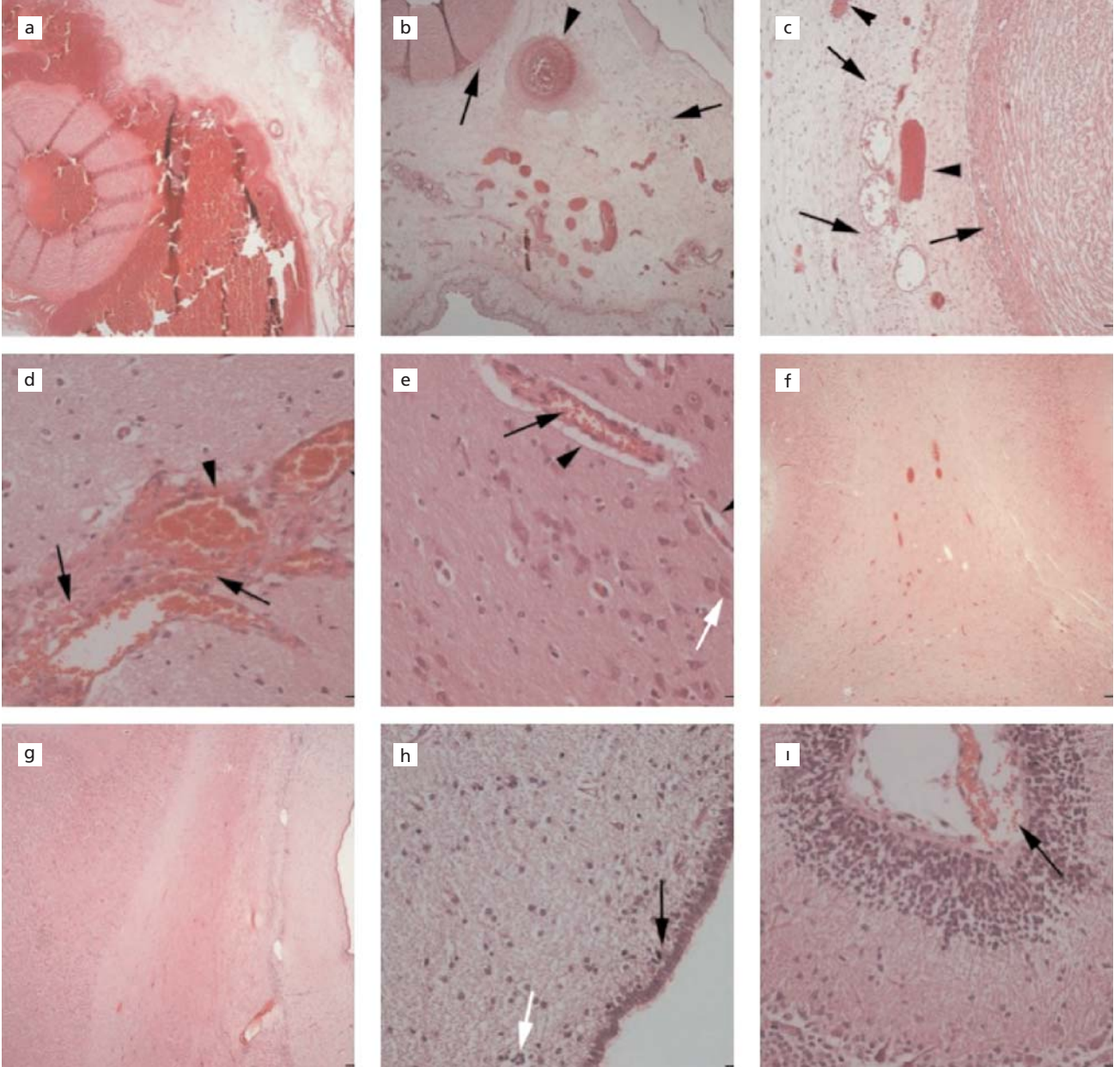
toksin yerine tedavi hacimlerinde serum fizyolojik uygulandı. Gebeliğin 120. gününde sezaryen ile preterm doğum ve neonatal ötenazi gerçekleştirilerek yavru keçilerin umbilikal kord ve beyin dokularının farklı bölgeleri histopatolojik olarak incelendi.

**Bulgular:** Deney modeli oluşturulmuş grubun fetüslerinin umbilikal kordonlarının histopatolojik incelemesinde, yaygın şekilde kanama ve yangısal reaksiyonla karakterize belirgin funisit ve vaskülit tablosu mevcuttu (Şekil 1a SB-01). Damarların bazılarında trombotik kitleler dikkati çekti. İnfiltrat olan hücrelerin büyük çoğunluğunu nötrofil lökositler bir kısmını da lenfosit ve makrofajlar ile plazma hücreleri oluşturmuştu (Şekil 1b ve c SB-01). Model grubunun beyin dokularının incelenmesinde ödem, yer yer kanamalar ve bazı bölgelerde hafif şiddette yangısal hücre infiltrasyonları gözlemlendi (Şekil 1d-i SB-01). Ön korteks, orta korteks, arka korteks, korpus kallozum, pons, talamus, periventriküler beyaz cevher, serebellum ve medulla spinalis dahil hemen hemen tüm beyin bölümlerindeki nöronlarda dejeneratif değişiklikler saptandı. Kontrol grubunda, bu bulgular hafifti veya mevcut değildi.

**Sonuç:** Maternal G-CSF ve ultrasonografi eşliğinde intra-amniyotik endotoksin uygulamalarını içeren mevcut hayvan modeli, inflamasyon aracılı preterm fetal beyin hasarı oluşturmada uygulanabilir ve etkin olup nörokoruyucu tedavilerin değerlendirilmesinde kullanım alanına sahiptir.

Bu araştırma, TÜBİTAK tarafından 116S413 numaralı proje ile desteklenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Gebe keçi modeli, nörokorunma, preterm beyin hasarı, serebral palsi, ultrasonografi.



**Şekil 1 (SB-01):** G-CSF ve endotoksine maruz kalan fetüslerin umbilikal kordon ve beyin dokularındaki inflamatuvar hasara ikincil histopatolojik değişiklikler. (a-c) Umbilikal kordon, (d-f) korteks, (g-h) periventriküler beyaz cevher, (i) serebellum.

## SB-02

### Mid-trimester amniotik sıvı ADAMTS4, ADAMTS5, IL-6 ve TNF- $\alpha$ düzeyleri ile spontan preterm doğum ilişkisinin değerlendirilmesi

Rauf Melekoğlu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya

**Amaç:** Bu çalışmada spontan preterm doğum etyopatogenezinde öne sürülen inflamatuvar sitokinler ve *A Disintegrin and Metalloproteinase Domains with Thrombospondins motifs* (ADAMTS) düzeylerindeki değişim hipotezini, preterm doğum ile komplike olan ve komplike olmayan gebelerin ikinci trimester amniyotik mayi ADAMTS4, ADAMTS5, IL-6 ve TNF-alfa düzeylerini ölçüp karşılaştırarak test etmeyi amaçladık.



**Tablo 1 (SB-02):** Çalışma ve kontrol grubunun maternal karakteristikleri ve doğum sonuçları.

	Preterm doğum grubu (n=22)	Kontrol grubu (n=22)	p
Yaş (yıl)*	30.09±5.09	30.90±3.79	0.549
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )*	23.95±2.69	22.79±2.27	0.128
Gravida <sup>†</sup>	2 (1-3)	2 (1-7)	0.402
Parite <sup>†</sup>	1 (0-2)	1 (0-5)	0.083
Abortus <sup>†</sup>	0 (0-2)	0 (0-1)	0.439
Obstetrik öyküde preterm doğum <sup>§</sup>	4 (18.1)	2 (9.0)	0.380
Amniyosentez sırasında gebelik haftası (hafta) <sup>†</sup>	20 (16-24)	19 (16-21)	0.065
Amniyosentez endikasyonu			0.095
İleri anne yaşı ve aile istemi	3 (13.6)	1 (4.5)	
Anormal birinci veya ikinci trimester tarama testi	6 (27.4)	9 (40.9)	
Anormal ultrason bulgusu (2 veya daha fazla soft marker varlığı)	12 (54.5)	10 (45.5)	
Anöploidi öyküsü	1 (4.5)	2 (9.1)	
Doğumda gestasyonel hafta (hafta)*	31.90±2.38	39.13±1.08	<0.001
Doğum şekli <sup>§</sup>			0.039
Vajinal doğum	2 (9.1)	6 (27.3)	
Sezaryen	20 (90.9)	16 (72.7)	
Doğum kilosu (g)*	2005.59±558.10	3430.90±273.70	<0.001
Erkek cinsiyet <sup>§</sup>	11 (50)	5 (22.7)	0.060
Kız cinsiyet <sup>§</sup>	11 (50)	17 (77.3)	0.060

\*Ortalama±standart deviation; <sup>†</sup>Ortanca (en küçük-en büyük); <sup>§</sup>n (%).

**Yöntem:** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Prenatal Tanı ve Tedavi Ünitesinde Ocak 2016 ve Ocak 2018 tarihleri arasında karyotip analizi için elektif amniyosentez uygulanan tüm gebeler bu çalışmaya dahil edildi. Bu kohorttan 34 hafta öncesi spontan preterm doğum yapan 22 hasta çalışma grubunu oluştururken termde doğum yapan yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) eşleştirilmiş 22 hasta kontrol grubunu oluşturdu.

**Bulgular:** Preterm doğum grubu ve kontrol grupları arasında yaş, vücut kitle indeksi, amniyosentez sırasında gebelik haftası ve amniyosentez endikasyonu açısından anlamlı bir farklılık gözlenmedi (Tablo 1 SB-02). Preterm doğum grubunda amniyotik sıvı ADAMTS4 ve ADAMTS5 düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak arttığı izlendi (sırasıyla 248.3±22.6 ve 182.4± 19.8, p=0.012; 198.6±21.6 ve 159.1±21.7, p=0.035). Spontan preterm

doğum ile komplike hastalarının kontrol grubuna göre mid-trimester amniyotik sıvısı IL-6 ve TNF-alfa düzeylerinde de anlamlı artış olduğu tespit edildi (sırasıyla 142.1±16.2 ve 95.8±16.4, p<0.001; 139.4±13.8 ve 89.6±11.2, p<0.001) (Tablo 2 SB-02).

**Sonuç:** Bu çalışma spontan preterm doğum ile komplike gebelerde amniyotik sıvı ADAMTS4 ve ADAMTS5 düzeylerinde anlamlı artış olduğunu gösteren ilk çalışmadır. Bu çalışmanın sonuçları mid-trimester artmış amniyotik mayi ADAMTS4, ADAMTS5, IL-6 ve TNF-alfa düzeylerinin spontan preterm doğum patofizyolojisinde önemli bir rolü olabileceğini göstermektedir.

**Anahtar sözcükler:** Disintegrin ve metalloproteaz proteinleri, erken doğum, interlökin-6, trombospondinler, tümör nekrozis faktör-alfa.

**Tablo 2 (SB-02):** Çalışma ve kontrol grubunun amniyotik mayi ADAMTS ve sitokin düzeyleri.

	Preterm doğum grubu (n=22)	Kontrol grubu (n=22)	p
ADAMTS-4 (pg/ml)*	248.3±22.6	182.4±19.8	0.012
ADAMTS-5 (pg/ml)*	198.6±21.6	159.1±21.7	0.035
IL-6 (pg/ml)*	142.1±16.2	95.8±16.4	<0.001
TNF-alfa (pg/ml)*	139.4±13.8	89.6±11.2	<0.001

ADAMTS: A disintegrin and metalloproteinase with thrombospondin motifs; IL: Interlökin, TNF: Tümör nekrozis faktör. \*Ortalama±standart deviation.



**Şekil 1 (SB-03):** Utero-servikal açı (UCA). Anterior uterin segment ile servikal kanal arasında kalan üçgen bölgede; ilk doğru, internal os ile eksternal os arasında endoservikal kanal boyunca, ikinci doğru da internal os'tan anterior uterin segment boyunca, ideal olarak 3 cm olarak çiziliyor.



**Şekil 2 (SB-03):** Hunileşme veya açılmanın erken dönemlerine tekbül eden şekil değişimlerinde (Y veya U benzeri şekil değişiklikleri), arada kalan servikal kanal ölçümü yine birinci doğru olarak kabul ediliyor. Bu servikal kanalın en iç noktasından anterior uterin segmente çizilen çizgi, ikinci doğru kabul edilerek açı ölçümü gerçekleştiriliyor.

### SB-03

#### Uteroservikal açı mı, servikal uzunluk mu?

Hüseyin Kıyak<sup>1</sup>, Olgu Bafalı<sup>1</sup>, Osman İnce<sup>1</sup>, Semra Yüksel<sup>2</sup>, Ali Gedikbaşı<sup>1</sup>

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

**Amaç:** Preterm doğum yenidoğan mortalite ve morbiditesinin en önemli sebebi olup erken tanı ve tedavi ile olumlu ne-

onatal sonuçlar almak mümkündür. Çalışmamızda preterm doğum öngörüsünde uteroservikal açı (UCA) ölçümünün etkinliğini incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Acil doğum servisimize sancı şikâyeti ile başvuran 24–34. gebelik haftasında bulunan 82 tekil gebe bu prospektif gözlemsel nitelikteki çalışmaya dahil edildi. Her bir gebenin yaşı, son adet tarihi, gebelik haftası, gravide, parite, abortus, preterm doğum öyküsü, geçirilmiş servikal cerrahi, vücut kitle indeksi, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı? sorgu-

**Tablo 1 (SB-03):** Doğumdaki gebelik haftasına göre kadınlara ve yenidoğanlara ilişkin özellikleri.

	Doğumdaki gebelik haftası		p değeri
	≥37. hafta (n=50) Ort±SS (Medyan)	<37. hafta (n=32) Ort±SS (Medyan)	
Doğum haftası (hafta)	38.34±1.09	34.25±1.84	0.001* <sup>1</sup>
Yenidoğan doğum tartısı (g)	3147.70±390.75	2496.47±654.67	0.001* <sup>2</sup>
Doğum şekli n (%)			ad <sup>2</sup>
	NSD	33 (%66)	18 (%56.3)
	C/S	17 (%34)	14 (%43.8)
Yenidoğan yoğun bakım ünitesi gereksinimi n (%)	4 (%8)	10 (%31.3)	0.015 <sup>12</sup>
Betametazon dozu n (%)			ad <sup>2</sup>
	Yok	40 (%80)	19 (%31.3)
	1	1 (%2)	2 (%6.3)
	2	9(%18)	11 (%34.4)
Bebek cinsiyeti n (%)			ad <sup>2</sup>
	Kız	23 (%59)	16 (%41)
	Erkek	27(%62.8)	16 (%37.2)

<sup>1</sup>Student t testi; <sup>2</sup>Ki-kare testi, süreklilik (Yates *continuity*) düzeltmesi ve Fisher'in kesin ki-kare testi; \*p<0.01; <sup>†</sup>p<0.05. ad: Anlamli değil; C/S: Sezaryen; NSD: Normal spontan doğum.

**Tablo 2 (SB-03):** Doğum haftasına göre serviks uzunluğunun ve uteroservikal açılımların değerlendirilmesi.

	Doğumdaki gebelik haftası		p değeri <sup>1</sup>
	≥37. hafta (n=50) n (%)	<37. hafta (n=32) n (%)	
Muayenede ortalama gebelik haftası	31.21±3.07	30.57±1.20	ad
Bishop skoru	1.38±2.34	1.31±1.20	ad
Muayenede ortalama serviks uzunluğu (mm)	33.70±7.72	34.88±6.93	ad
Serviks uzunluğu			
<20 mm	3 (%6)	2 (%6.3)	ad
>20mm	47(%94)	30 (%93.8)	
Serviks uzunluğu			
<2 mm	4 (%8)	3 (%9.4)	ad
>25 mm	46 (%92)	29 (%90.6)	
Muayenede ortalama uteroservikal açılı	85.2±22.4	94.7±25.6	0.001*
Uteroservikal açılı			
<80.5*	29 (%58)	8 (%25)	0.007*
>80.5*	21 (%42)	24 (%75)	

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi. ad: Anlamli değil.

landı, Bishop skoru hesaplandı, transvajinal ultrason ile servikal uzunluk ölçümü ve UCA ölçümü optimal şartlarda yapıldı. Hastalar gözlem, tetkik ve tedavi sürecinin sonunda taburcu edildi. Doğum sonrasında ise gebelik haftası, doğum şekli, yenidoğanın doğum kilosu, cinsiyeti ve yoğun bakım ihtiyacı sorgulandı.

**Bulgular:** Etiyolojik faktörlerden yalnız multiparite ve abortus öyküsü preterm doğum yapan gebelerde anlamlı olarak yüksek bulundu. UCA ölçümleri için kesim noktası 80.5° olarak saptandı. 37. gebelik haftası öncesi doğum yapan kadınlarda UCA'nın >80.5° olma oranı %75 bulundu ve term doğum yapanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.007). Bu nokta için UCA duyarlılığı %75, seçiciliği %58, pozitif kestirim değeri %53 ve negatif kestirim değeri %77 saptandı (Tablo 1 ve 2 SB-03).

**Sonuç:** Bulgularımız ışığında 80.5°'nin üzerinde uteroservikal açılı ölçümü 37 hafta öncesi doğumlar için yüksek bir risk öngörmektedir ve servikal uzunluk ölçümü ve Bishop skorlamasından daha yüksek bir tanusal performans ortaya koymaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Utero-servikal açılı, erken doğum tehdidi, servikal uzunluk.

## SB-04

### İzole proteinüri saptanan gebe kadınların obstetrik sonuçlarının proteinüri şiddetine göre karşılaştırılması

Mehmet Özgür Akkur<sup>1</sup>, Tuğberk Güçlü<sup>1</sup>, Bora Coşkun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa; <sup>2</sup>Gülbanne Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

**Amaç:** Gebelikte izole proteinüri saptanan kadınların obstetrik sonuçlarının 24-saatlik proteinüri düzeyine göre karşılaştırılması.

**Yöntem:** Çalışmamıza tersiyer bir merkez olan Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1 Ocak 2014–1 Haziran 2018 tarihleri arasında izole proteinüri saptanan kadınlar dahil edilmiştir. Retrospektif olarak kaydedilen maternal bilgiler prospektif olarak incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 1) 18–45 yaş aralığı; 2) 24-saatlik idrarda proteinüri saptanması, 3) tanı anında preeklampsi ve/veya kardiyovasküler hastalık bulunmaması; 4) kromozomal veya non-kromozomal anomali bulunmaması; 5) doğum öncesi ve sonrası takiplerine ait bilgilerin tam olması. Çalışma popülasyonu proteinüri düzeyine göre 3 gruba ayrıldı; Grup 1 (n=28), nefrotik düzeyde (>3 g); Grup 2 (n=49), hafif (300<n<3000 g) ve Grup 3 (n=60), 300 mg ve altında proteinüri. Maternal ve perinatal özellikler gruplar arasında değerlendirildi ve 0.05 altındaki p değerleri anlamlı olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Nefrotik düzeyde proteinürisi olan kadınlarda preeklampsi ve intrauterin gelişim kısıtlılığı daha sıklıkla izlenmiştir. Aynı zamanda bu hasta popülasyonunda preeklampsi daha erken gebelik haftalarında izlenmiştir. Proteinüri ile preeklampsi tanısı arasındaki süre Grup 1'de anlamlı olarak daha kısadır (Tablo 1 SB-04).

**Sonuç:** İzole proteinüride preeklampsi ve intrauterin gelişim kısıtlılığı artmakla beraber nefrotik düzeyde olanlarda daha erken haftalarda ve daha şiddetli olmaktadır. Bu hastaların yakın takibi erken müdahale açısından önemlidir.

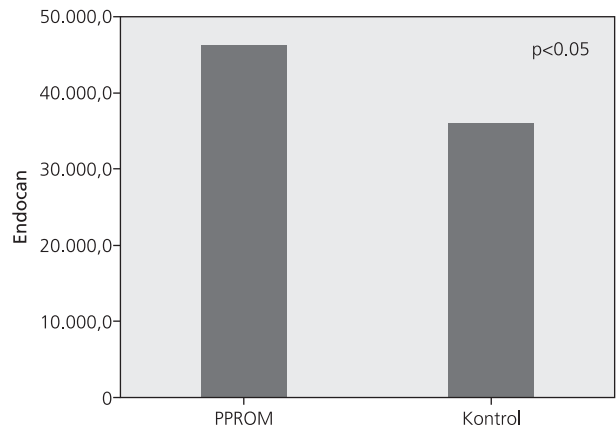
**Anahtar sözcükler:** Gelişim kısıtlılığı, interval, preeklampsi, proteinüri.

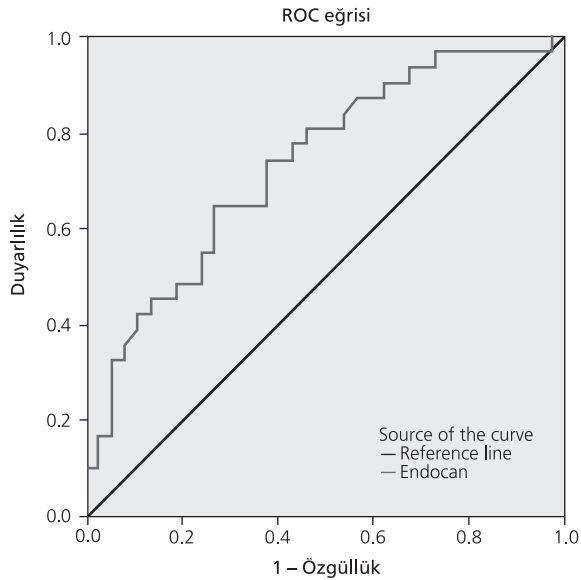
**Tablo 1 (SB-04):** Doğum haftasına göre serviks uzunluğunun ve uteroservikal açılımların değerlendirilmesi.

	Proteinüri			p
	<3 g (n=28)	300 mg - 3 g (n=49)	<300 mg (n=60)	
Maternal yaş (yıl)	26.4±3.2	28.9±4.7	27.6±4.1	0.12
Gravida	3.2±0.9	3.5±1.0	3.1±1.0	0.32
Yaşayan	1.6±0.5	2.0±0.7	1.7±0.7	0.15
24-saatlik proteinüri miktarı (g)	9055±1011	849±119	216±73	0.003
Proteinüri tanı zamanı (hafta)	28.9±3.4	30.9±5.3	32.4±4.3	0.09
Preeklampsi (n)	18 (%64)	23(%47)	4(%6.6)	0.004
Preeklampsi tanı zamanı (hafta)	30.1±4.5	33.9±5.3	37.2±2.5	0.001
Proteinüri-preeklampsi tanı intervali (gün)	7.8±2.2	16.4±4.7	21.2±4.9	0.003
Gelişme kısıtlılığı (n)	16 (%57)	9 (%18)	6 (%10)	0.001
Abdominal çevre (persentil)	10.5±3.1	24.8±4.6	35.4±5.9	0.03
Doğum zamanı (hafta)	31.6±	35.5±		0.009
Doğum ağırlığı (g)	1345±142	2570±371	3049±	0.001
Vajinal doğum	4 (%14)	14 (%28.5)		0.04
Fetal stres nedeniyle CS	8 (%28)	7 (%14)	4 (%6.6)	0.03
1.dakika Apgar	7.7±0.4	8.3±0.5	8.9±0.3	0.08
5.dakika Apgar	8.6±0.3	9.2±0.4	9.5±0.2	0.16
Perinatal ölüm (n)	2 (%7)	1 (%2)	0 (%0)	0.03

**SB-05****Preterm prematüre membran rüptürü olan gebelerde maternal serum endocan seviyelerinin değerlendirilmesi**Ali Ovayolu<sup>1</sup>, Erbil Karaman<sup>2</sup><sup>1</sup>Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Gaziantep; <sup>2</sup>Yüzyüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Jinekolojik Onkolojik Cerrahi Kliniği, Van**Amaç:** Erken membran rüptürü olan gebeler ile sağlıklı gebelerin, maternal serum endocan seviyelerini karşılaştırmaktır.**Yöntem:** Bu çalışmaya 31 adet erken membran rüptürü olan gebe kadın ile 34 adet sağlıklı gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Tanı esnasında alınan serumlarda ölçülen endocan seviyeleri ELİSA yöntemi ile ölçüldü. Gebeler doğuma kadar takip edildi. Perinatal datanın analizi yapıldı.**Bulgular:** Gruplar arasında anne yaşı, vücut kitle indeksi, gebelik sayıları, doğum sayıları ve kan alındığı gün gebelik haftaları arasında fark yoktu (p>0.05) (Tablo 1 SB-05). Erken membran rüptürü olan gebelerdeki ortalama endocan seviyeleri sağlıklı kontrol grubu gebelerinden daha yüksekti (1490±632 pg/ml vs 972±586 pg/ml, sırasıyla; p=0.001) (Şekil 1 SB-05). Serum endocan konsantrasyonu C-reactive protein (r=0.754, p<0.001) ve beyaz küre sayısı (r=0.712, p=0.001) ile pozitif korelasyon göstermekteydi. Receiver operating characteristic (ROC) curve analizinde ise; erken membran rüptürü olan gebelerde endocan için %64.5 sensivite ve %35.1

spesifite ile cut-off değeri 1198 ng/dl olarak hesaplandı (Area under curve 0.731, confidence interval 0.61–0.85) (Şekil 2 SB-05).

**Sonuç:** Serum endocan seviyeleri, erken membran rüptürü olan gebelerde sağlıklı gebelerden daha yüksek tespit edildi. Erken membran rüptürü olan gebelerde, endocan seviyeleri endotelial disfonksiyon ve inflamasyonu gösteren bir marker olabilir.**Anahtar sözcükler:** Endocan, erken membran rüptürü, erken doğum, endotelial disfonksiyon, gebelik.**Şekil 1 (SB-05):** Çalışma ve kontrol grubunda endocan seviyeleri.



**Şekil 2 (SB-05):** Erken membran rüptürü olan gebelerde maternal serum endocan seviyelerinin ROC eğrisi analizi.

## SB-06

### Spontan abortus ve istemli gebelik tahliyesi olgularında desiduada T lenfosit subgrupları ve NK hücre sayılarının immunohistokimyasal yöntem ile karşılaştırılması

Semir Köse<sup>1</sup>, Serap Takmaz Karaaslan<sup>2</sup>, Murat Ulukus<sup>1</sup>, Osman Zekioglu<sup>2</sup>, Hüseyin Yılmaz<sup>1</sup>

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

**Amaç:** Gebelik desiduasında immün sistem elemanlarından T lenfositlerin toplam sayılarının, sitotoksik (Ts) ve helper (Th) alt gruplarının ve uterin naturel killer (uNK) hücre sayılarının abortuslar ve tekrarlayan gebelik kayıplarının (TGK) patogenezindeki rolünün araştırılması hedeflenmiştir.

**Yöntem:** Ocak 2003–Ocak 2005 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde gebelik tahliyesi yapılmış ve Patoloji Anabilim Dalında küretaj materyallerine ait parafin blokları elde edilen inkomplet ve missed abortus (n=29) ve sağlıklı kontrol olarak isteğe bağlı gebelik tahliyeleri (n=10) olguları çalışmaya dahil edildi. Tüm T lenfositler için ortak belirteç CD3, Th için CD4, Ts için CD8 ve uNK hücreleri için CD56 belirteçleri ile seçici immunohistokimyasal boyama sağlandı ve her preparat için 10 alanda hücreler sayıldı (Şekil 1-4 SB-06).

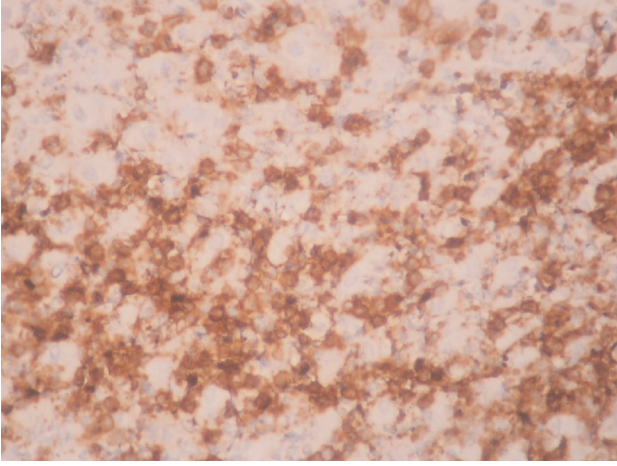
**Bulgular:** Medyan CD3+ T lenfosit toplam hücre sayıları kontrol grubunda 314 (210–489), inkomplet abortus grubunda 560 (183–1602) ve missed abortus grubunda ise 426 (154–1102) idi (p=0.117). Medyan CD4+ Th hücre sayıları kontrol grubunda 143 (87–203), inkomplet abortus grubunda 236 (77–735) ve missed abortus grubunda ise 236 (76–677) idi (p=0.441). Medyan CD8+ Ts hücre sayıları kontrol grubunda 179 (105–279), inkomplet abortus grubunda 239 (90–820) ve missed abortus grubunda 197 (84–560) idi (p=0.530). Medyan CD56+ uNK hücre sayıları kontrol grubunda 634 (554–1390), inkomplet abortus grubunda 714 (653–2165) ve missed abortus grubunda 712 (306–2108) idi (p=0.099). TGK'ı olan 11 olgu alt grup olarak analiz edildiğinde CD4+/CD8+ hücre oranları Ts lenfositler lehine artmış olgu sayısı 7/11 (p=0.424) ve uNK hücre sayıları da kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (877'ye karşılık 716; p=0.231).

**Sonuç:** Desidua başta T lenfositler ve uNK hücreler olmak üzere içerdiği hücre grupları ile implantasyon, plasantasyon ve

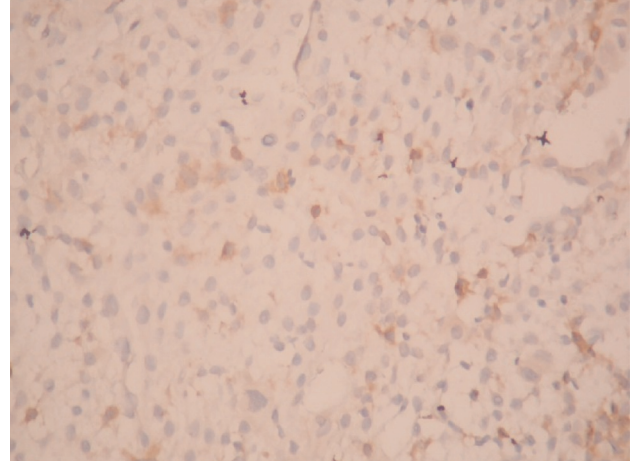
**Tablo 1 (SB-05):** Çalışma gruplarındaki klinik özellikler, laboratuvar bulguları ve perinatal sonuçlar.

	Kontrol grubu (n=34)	Çalışma grubu (n=31)	P değeri
Maternal yaş, yıl	25±5.3	25.5±6.1	0.714
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	28.3±3.9	26.6±3.7	0.074
Gebelik	2.6±1.6	3.03±2.1	0.435
Parite	1.5±1.3	1.6±1.4	0.773
Gebelik haftası	32.2±2.9	32.03±3.3	0.756
Hemoglobin, g/dl	10.7±1.1	11.03±1.1	0.383
WBC, (x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	10.1±2.9	12.8±3.3	0.001
CRP (mg/dl)	0.2±0.1	1.02±1.1	<0.001
Doğum ağırlığı, (g)	3179±500	1855±618	<0.001
Doğumdaki gebelik haftası	38.4±1.2	32.6±3.2	0.001
Apgar 1 dakika	7.3±1.1	5.6±1.7	0.001
Apgar 5 dakika	8.6±0.6	7.2±1.3	0.001
Endocan, ng/ml	972±586	1490±632	0.001

p<0.05 istatistiksel olarak önemli kabul edildi. WBC: Beyaz küre, CRP: C-reaktif protein.



**Şekil 1 (SB-06):** 33 yaşında, G3P0A2 Habitüel abortus olgusu, 15. gebelik haftasında 3. kaybindan elde edilen desiduanın görünümü. CD56+ NK hücrelerin desiduyu neredeyse tamamen kaplayan dağılımı görülmektedir.

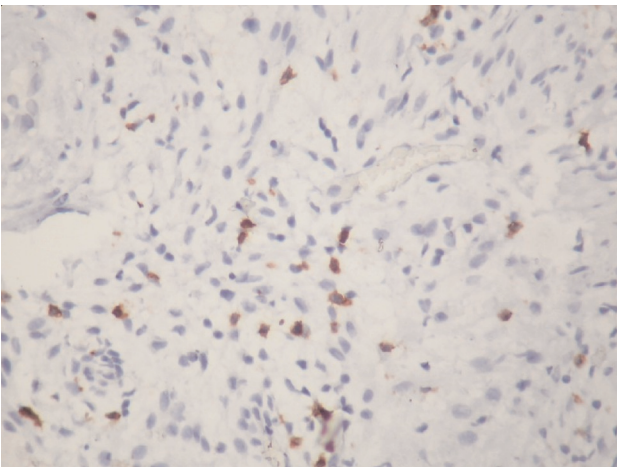


**Şekil 2 (SB-06):** 40 yaşında, G3P0A2 Habitüel abortus olgusu, 10. gebelik haftasında 3. kaybindan elde edilen desiduanın görünümü. CD4+ T-helper lenfositlerin görece az sayıda olması ve seyrek dağılımı görülmektedir.

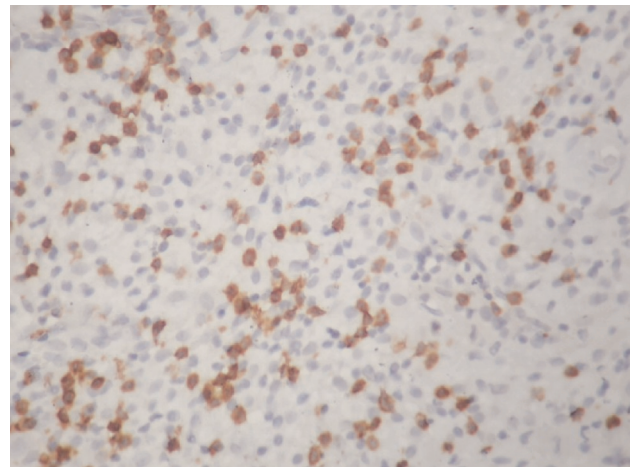
fetal gelişimde kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada CD3+ T lenfosit toplam sayısı, CD4+Th, CD8+Ts alt grup hücre sayıları ve uNK hücre sayıları isteğe bağlı tahliyeler ile abortus olguları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık göstermedi. Olgu sayısının kısıtlılığı, hücre sayısındaki küçük farklılıkların çok ciddi aktivite farklılığı ile birlikte olabilmesi ve bu hücrelerin daha alt gruplarının (Th1 ve Th2 başta olmak üzere) olması olası nedenlerdir. Abortus olgularında hücre sayısındaki yüksek değişkenlik ve standart deviasyonların yüksek olması çalışmanın temel hipotezi olan immün aracılı mekanizmanın tüm abortuslarda olmasa da bir alt grupta etkin olduğunu dü-

şündürmeye devam etmiştir. Abortuslar ve TGK heterojen gruplardır ve farklı patogeneze sahip olgulardan oluşmaktadır. Bir alt grupta immün mekanizmalar nedensel rol oynuyor olabilir. Öncelikle karyotip analizi ile kategorize edilmiş gruplarda daha güncel metodlarla (akış sitometri, gen ekspresyon ve reseptör aktivasyon analizleri) yapılacak ileri çalışmalar abortuslarda immün sistem elemanlarının karmaşık rolünün aydınlatılması için gerekli görünmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Abortus, desidua, tekrarlayan gebelik kayıpları, T lenfositler, uterin naturel killer hücreleri.



**Şekil 3 (SB-06):** 29 yaşında, 7 hafta 5 gün, G2P1A0 bir kontrol olgusunda desiduada CD8+ sitotoksik T lenfositlerin dağılımı izlenmektedir.



**Şekil 4 (SB-06):** 28 yaşında, G3P1A1 olgusunun 7. gebelik haftasında 2. gebelik kaybindan elde edilen desiduanın görünümü. CD8+ T sitotoksik lenfositlerin yoğunluğu dikkat çekmektedir.

**SB-08****Manyetik rezonans görüntülemenin fetal anomali tanısına katkısı**

Hüseyin Durukan<sup>1</sup>, Dilayda Uzun<sup>1</sup>, Didem Derici Yıldırım<sup>2</sup>, Filiz Evşen Çayan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin; <sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Mersin

**Amaç:** Ultrafast görüntüleme yöntemlerinin gelişimi ile birlikte MR inceleme fetal anomalilerin tanısında USG'ye yardımcı ikinci bir başvuru aracı olmuştur. Bu çalışmanın amacı fetal MR görüntülemenin, prenatal USG'de saptanan anomalilerin tanısına katkısının araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Prenatal USG değerlendirmesi sırasında fetal anomali saptanan 190 ardışık gebe çalışmaya dahil edildi. Bu olgular saptanan anomalilere göre kategorize edildi ve daha sonra yapılan fetal MR görüntüleme bulguları ile tanuların uyumluluğu, farklılığı ve ek bulgular açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Fetal MR değerlendirme sonuçları ile prenatal USG'de saptanan fetal lezyonlar karşılaştırıldığında; olguların %70.6'sında (n=137) uyumlu, %29.4'ünde (n=57) ise farklı olduğu görüldü. Ayrıca olguların %16.5'inde (n=32) ise fetal MRI incelemede USG de görülmeyen ek anomaliler saptandı (Tablo 1 ve 2 SB-08).

**Sonuç:** Bizim çalışmamızda hastaların %29.4'ünde de fetal MR bulguları, prenatal USG bulguları ile farklılık göstermektedir. Bu farklılık özellikle ventrikülomegali ve koroid pleksus kisti tanılarında görülmektedir. USG tarihi ile MR görüntüleme tarihi arasında geçen zamanın uzun olması bu farklılıkta rol

**Tablo 1 (SB-08):** Fetal MRI sonuçları ile USG sonuçlarının karşılaştırılması.

Fetal MR sonucu	Sayı (n)	Yüzde (%)
USG ile uyumlu	137	70.6
USG den farklı	57	29.4
Total	194	100
USG'ye ek bulgu mevcut	32	16.5
USG'ye ek bulgu yok	162	83.5
Total	194	100

**Tablo 2 (SB-08):** Olguların demografik parametreleri.

	Ortalama	Standart sapma
Maternal yaş	28.508 (14-42)	5.70
USG yapılan gebelik haftası	23.334 (9-35.4)	5.98
MRI yapılan gebelik haftası	24.660 (11-36.5)	5.09
USG ile MRI arasındaki zaman (gün)	6.394 (0-41)	5.28

oynuyor olabilir. Zira fetal beyin gelişiminin gebelik boyunca devam etmesi ve USG'de saptanan patolojinin iki tetkik arasında geçen bu sürede rezolusyona uğraması sonucu MR bulgularının farklı olmasına neden olabilir. Sonuç olarak erken gebelik haftalarında MR'nın sınırlı spatial rezolusyonu nedeni ile USG günümüzde gold standart tanı yöntemidir. Ancak gebeliğin ilerleyen haftalarında fetal gelişimin devam etmesi nedeni ile MR'da ilk yapılan USG değerlendirmeden farklı veya ek bulgulara rastlanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal tanı, ultrasonografi, fetal MRI.

**SB-09****Gebelikte elektronik sigara kullanımının Doppler kan akım hızlarına etkileri**

Buğra Çoşkun<sup>1</sup>, Ramazan Erda Pay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Güllane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Güllane Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Bu çalışmamızda gebelikte elektronik sigara içiminin gebelik sırasında fetal-plasenta-maternal dolaşımdaki arteriyel kan akım hızları üzerindeki etkileri ve fetal doğum ağırlığı ile patofizyolojik ilişkisi değerlendirildi.

**Yöntem:** Çalışmamıza ek metabolik hastalığı bulunmayan, tekil gebeliği olan, fetal herhangi bir genetik anomali saptanmayan gebeler dahil edildi. Grup 1: Hiç sigara kullanmayan 83 gebeden, Grup 2: Tütün ürünü sigara kullanan 63 gebeden, Grup 3: Elektronik sigara kullanan 8 gebeden oluşmaktaydı. Gruplar arasında maternal uterin, fetal umbilikal kord ve middle serebral arterlerdeki Doppler akımları ve fetal doğum ağırlıkları istatistiksel olarak karşılaştırıldı..

**Bulgular:** Gruplar arasında maternal yaş, nulliparite-multi-parite oranı, maternal BMI açısından istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (Tablo 1 SB-09). Fetal doğum ağırlığı ve gestasyonel hafta Grup 2'de istatistiksel olarak anlamlı olarak Grup 1'den düşüktür (p<0.05). Gebelikte alınan kilo ve hem Grup 2'de, hem de Grup 3'de Grup 1'e göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (p<0.05). Grup 2 ve 3'de uterin arter PI, RI değerleri istatistiksel olarak anlamlı olarak Grup 1'den yüksek izlenmiştir (p<0.05). Grup 2'nin umbilikal arter RI, PI, S/D ve uterin arter RI, PI, S/D değerleri Grup 1 ve Grup 3'e göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek izlenmiştir (p<0.05). Gruplar arasında amniotik sıvı volümü açısından fark saptanmamıştır (Tablo 2 SB-09).

**Sonuç:** Gebelikte annenin sigara içimi hem umbilikal arter hem de uterin arter Doppler akım değerlerinde bozulmaya, ayrıca doğum ağırlığı, gebelikte alınan kilo gibi değerlerde de kötüleşmeye neden olduğu bulunmuştur. Ayrıca elektronik sigara kullananlarda gebelikte alınan kilo değeri düşük ayrıca uterin arter Doppler akım değerlerinde bozulma bulunmuş-

**Tablo 1 (SB-09):** Çalışmaya katılan gebelerin demografik özellikleri.

Demografik veriler	Grup 1 Sigara kullanmayan	Grup 2 Tütün ürünü kullanan	Grup 3 Elektronik sigara kullanan	P1	P2	P3
(N)	83	63	13			
Maternal yaş	26.4±5.6	28.2±5.7	27.2±4.2	0.48	0.92	0.73
Parite						
Nullipar n (%)	29 (35)	20 (32)	5 (38)	0.22	0.36	0.64
Multipar n (%)	54 (65)	43 (68)	8 (52)	0.32	0.28	0.41
BMI	28.4±5.6	27.6±2.1	26.5±2.4	0.73	0.64	0.58
Doğum ağırlığı (g)	3215.5±424.5	3008.2±404.5	3066.2±085.6	0.03	0.09	0.12
Gebelikte alınan kilo (kg)	13.7±7.8	10.4±5.0	11.1±9.0	0.02	0.04	0.09
Gestasyonel hafta	38.6±1.6	37.2±1.4	37.6±1.4	0.04	0.82	0.98

Veriler ortalama±standart sapma olarak verildi. p<0.05 ise anlamlı kabul edildi. P1: Grup I ve II arasındaki fark; P2: Grup I ve III arasındaki fark; P3: Grup II ile III arasındaki fark.

**Tablo 2 (SB-09):** Çalışmaya katılan gebelerin Doppler akım değerleri.

Demografik veriler	Grup 1 Sigara kullanmayan	Grup 2 Tütün ürünü kullanan	Grup 3 Elektronik sigara kullanan	P1	P2	P3
UtA PI	0.68±0.42	0.73±0.18	0.72±0.17	0.01	0.02	0.04
UtA RI	0.42±0.12	0.50±0.06	0.46±0.07	0.02	0.04	0.03
UtA S/D	1.82±0.23	1.86±0.34	1.88±0.30	0.04	0.05	0.04
UmbA PI	0.94±0.15	1.05±0.25	0.95±0.15	0.02	0.68	0.03
UmbA RI	0.58±0.06	0.62±0.08	0.58±0.06	0.02	0.78	0.04
UmbA S/D	2.48±0.42	2.84±0.71	2.48±0.42	0.01	0.88	0.03
MCA PI	1.82±0.29	1.82±0.58	1.82±0.29	0.69	0.32	0.12
MCA RI	0.77±0.07	0.76±0.07	0.77±0.07	0.20	0.24	0.18
MCA S/D	5.06±1.31	6.10±6.4	5.06±1.31	0.92	0.68	0.25
MCA-PSV(cm/s)	57.2±13.39	58.4±20.8	58.2±21.37	0.67	0.21	0.33
Amniotic fluid index (mm)	153.0±35.9	150.3±44.6	149.3±44.6	0.66	0.88	0.89

Veriler ortalama±standart sapma olarak verildi. p<0.05 ise anlamlı kabul edildi. P1: Grup I ve II arasındaki fark; P2: Grup I ve III arasındaki fark; P3: Grup II ile III arasındaki fark.

tur. Günümüzde tütün ürünlerinin zararlarından korunmak için alternatif olarak kullanılan elektronik sigara kullanımının da fetüs ve gebelik süreci etkilerine yönelik daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** Gebelikte sigara kullanımı, Doppler akım parametreleri, elektronik sigara.

## SB-10

### 12 yıllık amniyosentez sonuçlarımız

Kıvılcım Korkmaz<sup>1</sup>, Onur Bektaş<sup>1</sup>, Hüseyin Durukan<sup>1</sup>, Özlem İzci Ay<sup>2</sup>, Mustafa Ertan Ay<sup>2</sup>, Filiz Çayan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin; <sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Mersin

**Amaç:** Kliniğimizde son 12 yılda yapılan amniyosentez karyotipleme sonuçlarının analizi

**Yöntem:** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Perinatoloji Ünitesinde Ocak 2007–Temmuz 2018 tarihleri arasında ultrasonografi (USG) bulguları, ileri anne yaşı, önceki gebeliğinde sendromik bebek öyküsü, aile isteği, ikili test, üçlü test ve dördümlü test sonuçlarına göre kromozom anomalisi açısından yüksek risk saptanan gebelere yapılan amniyosentez (AS) karyotipleme sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 4612 hasta alınmıştır. Çalışma grubunun yaş ortalaması 33.37 (min-maks: 14–50)'dir. Çalışma grubunun çalışmaya alındığı dönemki gebelik hafta ortalaması 18.2 (min-maks: 15–22)'dir. Amniyosentez yapılan 4612 hastanın 1625'inde (%35.2) üçlü test sonucunda bozukluk, 817'sinde (%17.7) ikili test sonuçlarında bozukluk tespit edilmişken, hastaların 547'sinde (%11.8) fetal anomali görülmüştür. Çalışmaya alınan 4612 hastanın 4046'sında (%87.7) herhangi bir kromozom bozukluğu saptanmamıştır. 95 hastaya trizomi 21 tanı-



sı, 19 hastaya trizomi 18 ve 7 hastaya trizomi 13 tanısı konulmuştur. Ayrıca 13 tane Turner sendromu, 5 tane Klinefelter sendromu, 4 tane TrizomiX, 3 tane 47,YYY, 2 tane Triploidi vakası tespit edilmiştir. İkili test bozukluğu endikasyonu nedeni ile karyotip analizi yapılan 817 hastanın 44'ünde (%5.3) kromozomal anomali saptanmıştır. USG'de fetal anomali saptanan 547 hastanın 64'ünde (%11.7) kromozomal anomali saptanmıştır. Üçlü testte yüksek risk nedeni ile amniyosentez yapılan 1625 hastanın 94'ünde (%5.7) kromozomal anomali tespit edilmiştir. NT artışı olan 53 hastanın 11'inde (%20.7) kromozomal anomali tespit edilmiştir. İkili test bozukluğu nedeniyle amniyosentez yapılan hastaların; 21'inde (%2.5) trizomi 21 saptandı. Fetal anomali nedeniyle amniyosentez yapılan hastaların 17'sinde (%3.1) trizomi 21, 12'sinde (%2.1) trizomi 18, 2'sinde (%0.3) trizomi 13 tespit edildi. Üçlü test bozukluğu nedeniyle amniyosentez yapılan hastaların 35'inde (%2.1) trizomi 21, NT artışı nedeniyle amniyosentez yapılan hastaların; 6'sında (%11.3) trizomi 21, 1'inde (%1.8) trizomi 18, 1'inde (%1.8) trizomi 13 tespit edilmiştir. İleri anne yaşı nedeniyle amniyosentez yapılan hastaların; 43'ünde (%2.1) trizomi 21, 8'inde (%0.4) trizomi 18, 2'sinde (%0.1) trizomi 13 tespit edilmiştir. MSS anomali saptanan 193 hastanın 2'sinde (%1) trizomi 21, 6'sında (%3.1) trizomi 18, tespit edilmiştir. Ayrıca aile isteği ve down sendromlu bebek öyküsü nedeniyle amniyosentez yapılan 111 hastanın 7'sinde (%6.3) kromozomal anomali tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamız üniversite hastanedeki amniyosentez sonuçlarının incelendiği güncel, literatüre yeni katkılar sunan, daha ileri araştırmalar için araştırmacılara ışık tutan bir çalışmadır.

**Anahtar sözcükler:** Amniyosentez, prenatal tanı, fetal karyotipleme.

## SB-11

### İzole ventrikülomegali saptanan hastalarda fetal MRI gerekli mi?

Gülşen Doğan Durdağ<sup>1</sup>, Şafak Yılmaz Baran<sup>1</sup>, Hakan Kalaycı<sup>1</sup>, Özlem Alkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Adana

**Amaç:** Detaylı anatomik tarama ultrasonunda karşılaşılan en sık anomalilerden biri olan ve takip gerektiren ventrikülomegalinin (VM) görülme oranı %0.3–2 olarak bildirilmiştir. Ultrason (US) ile tam ya da yeterli tanı konamadığında ya da bir anomali saptandığında ek anomali olup olmadığının daha net tespit edilmesi için fetal manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yapılabilmektedir. Bizim çalışmamızın amacı, üçüncü basamak bir merkez olarak kendi kliniğimizde ayrıntılı obstetrik tarama ultrasonunda fetal VM tespit edildiğinde bunun takip ve yönetimini, ayrıca MRI'nin bu süreçteki tanılal katkısını değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışma, 2011–2018 tarihleri arasında merkezimizde takip edilen ve VM nedeni ile fetal MRI yapılan 89 hasta dahil edilerek retrospektif olarak yapılmıştır. Hastaların kayıtları incelenerek, yaş, vücut kitle endeksi, görüntü kalitesini etkileyebilecek uterin skar varlığı ve amniotik sıvı miktarı, VM'ye eşlik eden anomalilerin varlığı, konjenital enfeksiyon taraması, karyotip inceleme sonuçları, tespit edilen VM'nin tek veya çift taraflı oluşu, derecesi, progresyonu, bebeğin doğum sonrası tanısı ve görüntüleme sonucu ile nörolojik gelişimine ilişkin takip bulguları değerlendirilmiştir. Gebelik terminasyonu yapılmış veya intrauterin/neonatal exitus ile sonuçlanmış vakalar da gözden geçirilmiştir. Eksik olan veriler

**Tablo 1 (SB-11):** İzole ve nonizole ventrikülomegali vakalarında maternal ve fetal özellikler.

	Hafif IVM (n=35)	Hafif NIVM (n=12)	Orta IVM (n=20)	Orta NIVM (n=11)	Şiddetli IVM (n=0)	Şiddetli NIVM (n=10)	p
Anne yaşı (ortalama)	29.3±4.74	29.9±5.56	28.8±5.91	28.1±5.82	–	28.4±5.35	0.914
BMI (ortalama)	24.5±4.83	24.9±4.52	26.1±6.80	20.9±1.16	–	24.81±3.56	0.553
US gestasyonel haftası (ortalama)	26.5±3.59	23.1±4.34	27.2±3.44	25.5±4.48	–	27.7±5.90	0.056
MRI gestasyonel haftası (ortalama)	26.8±3.48	23.6±4.00	27.3±3.51	25.7±4.38	–	27.9±5.84	0.074
Takip süresi (yıl) (ortalama)	2.7±1.38	2.5±1.59	3.7±1.75	3.1±1.37	–	3.4±1.18	0.217
Bilateral (%)	48.6	58.3	50.0	81.8	–	77.8	0.216
Progresif (%)	0.0	22.2	5.3	10.0	–	42.9	0.012
Uterin skar (%)	30.3	30.0	20.0	40.0	–	37.5	0.800
Oligohidramnios (%)	2.9	16.7	0.0	0.0	–	0.0	0.204
Gebelik sonlandırılması (n)	0	4	0	1	0	3	
Postnatal görüntüleme bulgusu olanlar (n)	3	4	0	5	0	5	
Cerrahi gereksinimi (n)	0	1(NTD)	0	0	0	3	
Nörogelişimsel gerilik (n)	2	1	0	1	0	5	

IVM: İzole ventrikülomegali; NIVM: Nonizole ventrikülomegali; NTD: Nöral tüp defekti; BMI: Vücut kitle endeksi; US: Ultrason; MRI: Manyetik rezonans görüntüleme.

hasta ile yapılan telefon görüşmeleri ile tamamlanmıştır. Eşlik eden anomalisi, konjenital enfeksiyonu olmayan ya da genetik anomali tespit edilmeyen olgular izole VM, bu ek bulgulardan en az bir tanesi tespit edilen olgular ise nonizole VM olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca ölçülen lateral ventrikül atrial çapına göre de hafif (10–<12 mm), orta (12–<15 mm) ve şiddetli ( $\geq 15$  mm) olarak alt gruplar oluşturulmuştur. Verilerin analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların US ve takiben MRI inceleme zamanının 19–35 gebelik haftası arasında değiştiği, 55 hastanın izole VM, 34 hastanın nonizole VM nedeni ile takip edildiği görüldü. Hastaların yaş, US ve MRI haftaları, VM'nin unilateral veya bilateral oluşu, uterin skar varlığı ve amnion sıvı endeksi ölçümleri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. Şiddetli nonizole VM grubundaki hastalarda anlamlı olarak daha fazla progresyon olduğu görüldü. Eşlik eden ciddi anomaliler nedeni ile gebeliği sonlandırılan 8 hasta ve cerrahi geçirmesi gereken 4 hasta nonizole VM grubunda idi. Nörolojik gelişimde gerilik de şiddetli nonizole VM grubunda daha fazla izlendi (Tablo 1 SB-11). Hafif ventrikulomegali düşünülen bir hastanın MRI sonucunda ilave olarak varyasyonel kist, bir hastanın sonucunda da sağ frontal ensefalomalazi bildirilmişti, diğer hastaların US ve MRI sonuçları tutarlılık göstermekteydi. İzole VM nedeni ile takip edilen hastaların %92.7'sinde görüntüleme bulgularının doğum sonrası gerilediği ve takip eden nörolojik gelişimin normal olduğu görüldü.

**Sonuç:** Özellikle santral sinir sistemi anomalilerinde MRI yol gösterici olabilir. Çeşitli çalışmalarda MRI'nin US'a ilave katkısı %5–10 arasında bildirilmiş, ancak esas olarak ventrikulomegalinin ilerleyici olup olmadığının önemi vurgulanmıştır. Bizim 89 vakalık çalışmamızın sonuçlarında da ilerleyici olmayan izole ventrikulomegalinin takibinde MRI'nin önemli katkı sağlamadığı görülmüştür. Deneyimli ekip tarafından yapılan ayrıntılı tarama US'de izole hafif ventrikulomegali saptandığında, MRI bulguların ilerlemesi halinde uygulanabilir.

**Anahtar sözcükler:** Fetal ultrason, prenatal tanı, manyetik rezonans görüntüleme, ventrikulomegali, nörolojik gelişim.

## SB-12

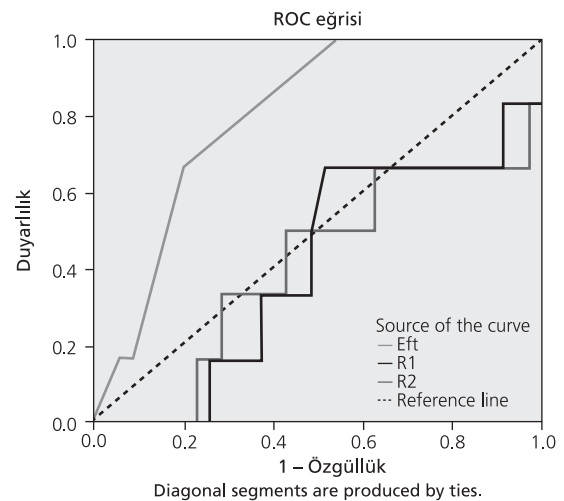
### Gebelerde uterin arter Doppler ölçümleri ve epikardiyal yağ kalınlığı ile perinatal sonuçların karşılaştırılması

Serdar Balci<sup>1</sup>, Cihan Altın<sup>2</sup>, Sibel Demir<sup>1</sup>, Gonca Çoban<sup>1</sup>, Mustafa Agah Tekindal<sup>3</sup>, Haldun Müderrisoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara; <sup>3</sup>Selçuk Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Konya

**Amaç:** Uygun plasental gelişim bir taraftan fetal büyüme geriliğine yol açarken diğer taraftan maternal endotel hasarına

yol açan çeşitli sitokinlerin üretimi ile sonuçlanmaktadır. Pre-eklampsinin patogenezinde rol oynadığı düşünülen bu sitokinler hem uteroplasental vasküler sistem hem de maternal dolaşımında endotelial işlev bozukluğuna yol açmaktadır. Epikardiyal yağ dokusu, yeni bir metabolik risk faktörü olarak önerilmiş olan viseral adipoziteyi yansıtır. Visseral adipozite, anjiyotensinogen, interlökin-6, tümör nekrozis faktör- $\alpha$  ve serbest yağ asitleri gibi enflamatuar hastalıklara karşı bağışıklık tepkisine aracılık eden proinflamatuar ve proatherojenik sitokinleri salgılar. Mevcut bu durum birçok metabolik hastalığın patogenezinde önemli bir rol oynayabilir. Gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar ve yetersiz plasental gelişimin temelinde yer alabileceği düşünülen endotelial hasar, buna bağlı salınan sitokinlerin ve oluşan enflamatuar reaksiyon daha önce çeşitli çalışmalarda sunuldu. Epikardiyal yağ dokusu da bir visseral yağ dokusu olup ekokardiyografi ile ölçümü ise son yıllarda ön plana çıkan son derece basit bir yöntemdir. Epikardiyal yağ kalınlığı (EYDK) artışı da oluşturabileceği sekonder metabolik etkilerle gebeliğin hipertansif hastalıklarını, yetersiz plasantasyonu ve buna bağlı fetal gelişme geriliği, erken doğum, prematüre doğum veya düşük doğum ağırlığı gibi perinatal olumsuz sonuçları tetikleyebilir. İmplantasyonun gerçekleşmesi ile birlikte hem uterin arterlerde hem de intrauterin damarlarda bazı fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu fizyolojik dönüşümler sırasında nedeni tam olarak anlaşılamayan bazı kusurlar plasental yetmezlik ile sonuçlanmakta, bu da yüksek riskli gebelikler adı verilen ve kötü gebelik sonuçlarının görülme olasılığının arttığı bir grubu oluşturmaktadır. İlk üç ay testi esnasında ölçülen bilateral uterin arter Doppler değerleri ve epikardiyal yağ kalınlığı olumsuz gebelik sonuçlarını öngörmede kullanılabilecek yeni belirteçler olabilir.



**Şekil 1 (SB-12):** Bilateral uterin arter Doppler ölçümlerinin ROC eğrisi.

**Yöntem:** 2017 Ocak ve 2018 Mayıs tarihleri arasında gebe polikliniğimizde takip edilen 44 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu da dahil tüm gebelerin metabolik sendrom kriterlerini de içine alan demografik verileri, almakta oldukları ilaçları, EYDK da dahil olmak üzere ekokardiyografi ve rutin biyokimya verileri detaylı olarak kaydedildi. Rutin ilk üç ay tarama testi sırasında bilateral uterin arter Doppler akım traseleri kaydedildi. Her hasta için PI ve RI değerlerinin aritmetik ortalaması alındı ve ROC eğrisi çizildi.

**Bulgular:** Gruplar yaş ve diğer risk faktörleri açısından benzerdi. Çalışma grubunu oluşturan 44 hastadan 36'sı gebeliğini sorunsuz olarak tamamlarken 8 hastada düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, prematüre doğum, gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar gibi kötü gebelik sonuçları ile karşılaşıldı. Bu iki grup karşılaştırıldığında EYDK hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı ( $5.81 \pm 0.75$  mm'e karşı  $4.67 \pm 1.12$  mm;  $p < 0.01$ ). Bilateral uterin arter Doppler ölçümleri için çizilen ROC eğrilerinde anlamlı sonuç elde edilemedi (Şekil 1 SB-12).

**Sonuç:** Bilateral uterin arter Doppler ölçümlerinin plasental yetmezliği öngörebileceğine dair çeşitli çalışmalar daha önce yayınlandı. Bizim çalışmamızda bu konuda anlamlı bir referans değere ulaşamadı. Vaka sayısının artırılması ile farklı sonuçlara ulaşmak mümkün olabilir. EYDK yeni önerilen bir metabolik sendrom kriteri olup insülin rezistansı, hipertansiyon, dislipidemi ve KAH ile ilişkisi gösterilmiştir. Riskli gebeliklerin EYDK gibi basit ama öngörücülüğü yüksek yöntemlerle taranmasının maternal ve fetal mortalite ve morbiditenin azaltılmasında önemli bir yerinin olabileceğini düşünüyoruz.

**Anahtar sözcükler:** Epikardiyal yağ dokusu, plasental yetmezlik, uterin arter doppler.

## SB-13

### Sakrokoksigeal teratomlu olgularda ultrasona fetal MR'in katkısı

İsa Çam<sup>1</sup>, Ural Koç<sup>2</sup>, Yonca Anık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli; <sup>2</sup>Ankara Gölbaşı Devlet Hastanesi, Ankara

**Amaç:** Sakrokoksigeal bölge teratomları, fetüs ve yenidoğanlarda izlenen, kız cinsiyette daha fazla saptanan, non-SSS (santral sinir sistemi) teratomların en sık görülen lokalizasyonudur. Tümör üç germ yaprağını içerir. Olguların büyük çoğunluğu sporadiktir. Alfa fetoprotein ve beta HCG değerlerinde yükselme eşlik edebilir. İnsidansı 40.000 doğumda 1'dir. Klinik prezentasyon, tümörün ektrafetal ve/veya intrapelvik komponentlerin olmasına bağlı olarak değişiklikli gösterebilir. İntrapelvik komponenti olan tümörler doğumdan sonra gastrointestinal ve genitouriner semptomlarla bulgular verebilir.

**Yöntem:** Çalışmamızda Altman sınıflamasına göre değerlendirilip radyolojik olarak sınıflıya olan beş sakrokoksigeal teratomlu olgu ve ayrıca tanı listesinde yer alan lipomeningosel, meningosel tanı olguların fetal MR görüntüleri paylaşılıp, sakrokoksigeal teratomda fetal MR'in ultrasona üstünlüğü ve katkısı tartışılması, literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmaktadır.

**Bulgular:** MR'in US üstün olduğu alanlar, kolonik yer değiştirme, üreterik dilatasyon, eşlik eden kalça dislokasyonu, intraspinal uzanım, vajinal dilatasyon, malign türlerde metastatik değerlendirme sayılabilir. Fetal değerlendirmenin ilk, temel ve en önemli değerlendirme yöntemi ultrasonografidir. Günümüzde fetal MR, ultrasondan sonra yapılan US'da tanıya katkı yapan ve problem çözücü olarak obstetrik görüntüleme yerini edinmeye başlamıştır bir modalitedir.

**Sonuç:** Sakrokoksigeal tümörlerde intrapelvik ve abdominal uzanım, komşu organlara basının değerlendirilmesinde ultrasondan sonra istenilen tetkiktir. Anatomik detayın daha iyi değerlendirilmesini sağlanması nedeniyle prenatal danışma ve cerrahi planlama açısından da önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Sakrokoksigeal teratom, fetal MR, ultrason, altman sınıflaması.

## SB-14

### Açık fetal cerrahi ile NTD onarım

Ali Gedikbaşı<sup>1</sup>, Hüseyin Canaz<sup>2</sup>, İbrahim Alataş<sup>2</sup>, Ayten Saraçoğlu<sup>3</sup>, Tolga Saraçoğlu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightengale Hastanesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>3</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightengale Hastanesi, Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Kliniği, Kocaeli

**Amaç:** Spina bifida aperta'nın, açık fetal cerrahi ve fetoskopik yöntemler uygulanarak prenatal tamirinin, postnatal tamire göre daha iyi nörolojik sonuçlar sağladığı çeşitli deneysel ve klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Deneysel çalışmalarından klinik serilerin bildirilmeye başlanması, maternal komplikasyonların azaltılması yönünde umut vermektedir.

**Olgu:** Amacımız prenatal süreçte tanı almış 3 olguda açık fetal cerrahi ile intrauterin spina bifida aperta onarımı uygulanan iki olguya ait tecrübemizin ve fetüslerin erken dönem nörolojik sonuçlarının literatür eşliğinde tartışılmasıdır. Üç olgumuzda da >32 gebelik haftası gibi doğum haftalarına ulaşıldıktan sonra, bu yenidoğanların uygun sürelerde yoğun bakımlarda kalma sürelerinden sonra, nörolojik uygun şartlarda taburcu oldukları görülmüştür (Tablo 1 SB-14).

**Sonuç:** Amerika ve Avrupa'da son yıllarda, seçilmiş olgular için standart tedavi algoritmalarında yerini alan fetal cerrahi

**Tablo 1 (SB-14):** Hasta verileri.

Olgular	Prenatal bulgular	Postnatal izlem
Olgu 1, 33 y, G5P2Y2 (Tanı 18 GH)	- L1-2'de MMC - Muz bulgusu (+), CM kapalı, Chiari II (+), ilerleyen VM (11/9 mm' den 16/15 mm' ye) - Bilateral PEV, ayak hareketleri (+) - ->26+5' te op	- Doğum 35+3 GH (PPROM), 2950 gr, Apgar 7/9 - 6 gün YDYB, sürfaktan (-)
Olgu 2, 24 y, G2P1 (Tanı 17 GH)	- L4' te 23x27 mm MMC - Muz bulgusu, CM < 3mm, LV 11/10 mm) - Ayak hareketleri (+) - ->26+3' te op	- Doğum 33+0 GH, kontraksiyonlar (+), 2170 gr, Apgar 6/9 - 20 gün YDYB, sürfaktan (+)
Olgu 3, 24 y, G1P0 (Tanı 22 GH)	- L1'de 25x25 mm MMC - Muz bulgusu, CM < 3mm, LV 15/12 mm) - ->26+2' de op	- Doğum 33+1 GH, kontraksiyonlar (+), 2290 gr, Apgar 7/9 - 12 gün YDYB, sürfaktan (-)

ile klinik tecrübelerimizin paylaşılması ve çalışmaların devam etmesi, daha düşük komplikasyon oranları ile daha iyi sonuçlar alınması noktasında büyük önem taşıdığına inanmaktayız.

**Anahtar sözcükler:** Fetal cerrahi, spina bifida aperta, prognoz.

## SB-15

### Fetal manyetik rezonans görüntüleme endikasyonları: Mustafa Kemal Üniversitesi deneyimi

İlay Gözükara<sup>1</sup>, Hanifi Bayaroğulları<sup>2</sup>, Kenan Serdar Dolapçioğlu<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:** Bu retrospektif çalışmada Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde fetal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) endikasyonlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Mustafa Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne 01 Ocak 2013 ve 01 Ağustos 2018 yılları arasında başvuran fetal MRG istemi yapılan gebe hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşları, gebelik haftaları, gravide, parite, yaşayan çocuk sayısı kaydedildi. Ayrıca obstetrik ultrasonografi ve MRG raporları incelendi.

**Bulgular:** Beş yıllık retrospektif arşiv kayıtları değerlendirildiğinde 41 gebe hastadan MRG istemi yapıldığı saptandı. Hastaların ortalama yaşları 28.9 (±5.8), ortalama gravida, parite ve yaşayan çocuk sayısı sırasıyla 2.8 (±1.7); 1.3 (±1.5) ve 1.2 (±1.4) olarak kaydedildi. Ortalama gestasyonel hafta 24.4 (±5.9) idi. MRG endikasyonlarına bakıldığında tüm hastalarda obstetrik usg sonrasında istem yapıldığı ve endikasyonlarının dağılımının %46.3 (19) santral sinir sistemi, %9.8 (4) plaseenta, %9.8 (4) iskelet, %9.8 (4) gastrointestinal sistem, %7.3

(3) renal, %7.3 (3) anhidramnios, %7.3 (3) fetal asit ve %2.4 (1) yüz anomalisine ait sebeplerden oluştuğu kaydedildi. Plaseenta ile ilişkili sebeplerin 3'ü invazyon anomalisini saptamaya yönelikken 1'i plasentomegali için istenmişti. Santral sebeplerin ayrıntılı analizinde ventrikülomegali ve/veya nöral tüp defekti (7), posterior fossa anomalileri (6), korpus kallosum agenezi (4), frontal kist (1) ve intrakranial hemoraji (1) endikasyonlarının yer aldığı izlendi.

**Sonuç:** Mustafa Kemal Üniversitesi Kadın Doğum Kliniği'nde yapılan fetal MRG endikasyonlarında ilk sırada ve yaklaşık tüm istemlerin yarısına yakın bir oranda santral sinir sisteminin patolojileri saptanmıştır. Santral patolojilerin içerisinde klinisyenlerin ileri tetkik ihtiyacı duyduğu anomalilerin başında ise ventrikülomegali, nöral tüpdefekti ve posterior fossa anomalileri yer almaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Endikasyon, fetal MRG, santral sinir sistemi.

## SB-16

### İnfertil kadınlarda uterin kavitenin ve tuba uterinanın tek adımda değerlendirmesi için yeni bir yaklaşım: Histereskopi ile birlikte sonohisterosalpingografi köpük kiti (HyFoSy)

Hulusi Bülent Zeyneloğlu, Yusuf Aytaç Tohma, Göğsen Önalın

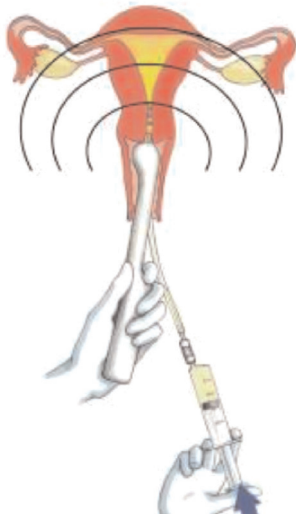
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** İnfertilite tedavisi öncesinde tuba uterinanın açıklığının değerlendirmesinde altın standart test laparoskopisi esnasında kromopertübasyon testi olmakla birlikte, laparoskopinin olası riskleri ve maliyeti nedeniyle histerosalpingografi (HSG) veya sonohisterosalpingografi (sono-HSG) kullanılır

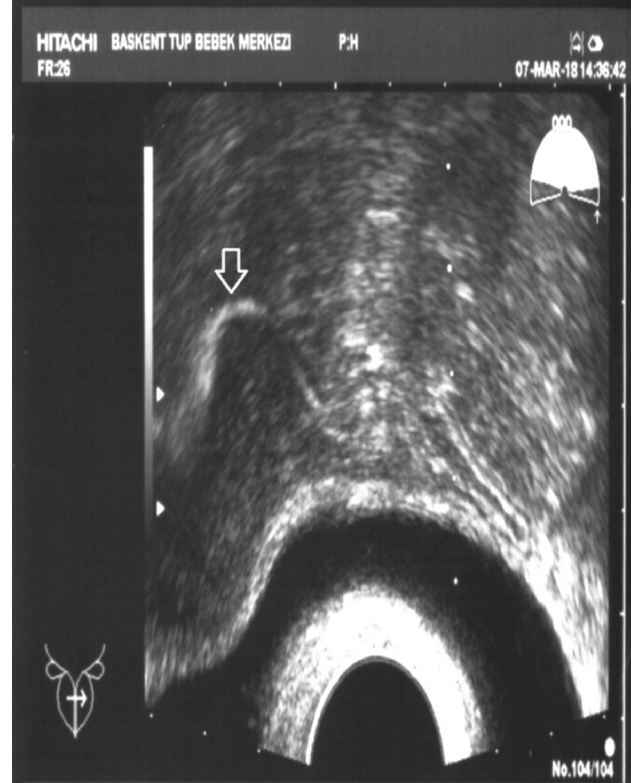
maktadır. Uterin kavitenin değerlendirilmesinde ise geleneksel olarak HSG kullanılmaktadır. Bu olgu serisinin amacı, yeni bir yöntem olan sonohisterosalpingografi köpük kiti (HyFoSy) ve histeroskopi ile uterin kavitenin ve tubal açıklığın tek adımda değerlendirdiğimiz olgularımızı sunmaktır.

**Yöntem:** Retrospektif olgu serisi olan çalışmamıza, infertilite tedavisi için hazırlanan 23 infertil hastayı dahil ettik. Servikal displazi veya kanseri olan hastalar, aktif uterin kanaması olan hastalar, pelvik enfeksiyon riski olan hastalar ve prosedürü reddeden hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalara uterus, over ve pelvik bölgenin tam bir değerlendirmesi için iki boyutlu ultrasonografi yapıldı. Devamında histeroskopiye geçmeden önce Piccioni ve ark.'nın uyguladığı prosedüre uygun bir şekilde HyFoSy (ExEm foam kit; IQ Medical Ventures VB, Delft, the Netherlands) uygulandı (Şekil 1-3 SB-16).. Tüm hastalar, HyFoSy uygulaması sırasında uyanık ve kooperatifti ve hastalara tubal açıklıklarının durumu ultrasonografi ile gösterildi. Devamında hastalara Midazolam (0.1 mg/kg) ve fentanilin (1-2 µg/kg) IV uygulanması ile hafif sedasyon altında ofis histeroskopisi uygulandı. Bu işlemler hastaya negatif gebelik testi sonucu ile birlikte menstrüel döngüsünün 10-17. günü uygulandı. Tüm hastalara işlem sonrasında 5 gün süresince doksisisiklin 100 mg reçete edildi.

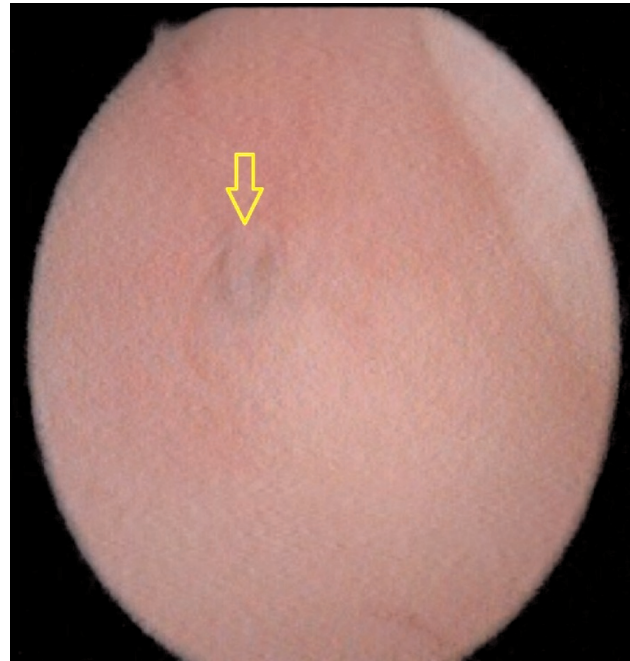
**Bulgular:** Tüm hastaların özellikleri Tablo 1 SB-16'da özetlenmiştir. On yedi hastada tuba uterin normal görünümünde izlenmiş olup köpüğün abdominal kaviteye sızışi gözlenmiştir. Bu hastalardan birinde (13 numaralı hasta) HSG ile sağ tubal tıkanıklıktan şüphelenilmiştir; fakat hyFoSy uygulamasından sonra, sağ tuba uterina normal olarak gözlenmiş ve devamında uygulanan histeroskopide, intrauterin adezyonlar



Şekil 1 (SB-16): Sonohisterosalpingografi köpük kiti.



Şekil 2 (SB-16): Tuba uterina.



Şekil 3 (SB-16): Tubal polip.

**Tablo 1 (SB-16):** Hastaların özellikleri.

Hasta numarası	Yaş (yıl)	HyFoSy	Histereskopi	Histerosalpingografi	Gebelik sonucu
1	35	Sol tubal tıkanıklık	Polipoid endometriyum	Sol tubal tıkanıklık	Spontan gebelik
2	28	Sağ tubal tıkanıklık	Regüler	-	Tedavide
3	31	Normal görünümde tuba uterinaller	Regüler	Normal	Negatif
4	33	Normal görünümde tuba uterinaller	T-uterus	-	Tedavide
5	39	Normal görünümde tuba uterinaller	Regüler	-	Negatif
6	31	Bilateral tubal tıkanıklık	Asherman	Irregüler dolun defektleri	Tedavide
7	35	Normal görünümde tuba uterinaller	Tubal polip	-	Tedavide
8	40	Normal görünümde tuba uterinaller	Endometriyal mikropolip	-	Tedavide
9	30	Normal görünümde tuba uterinaller	Endometriyal polip	-	Tedavide
10	37	Normal görünümde tuba uterinaller	Regüler	-	Tedavide
11	37	Normal görünümde tuba uterinaller	Regüler	-	Tedavide
12	40	Normal görünümde tuba uterinaller	Intrauterin adezyon	Sağ tubal tıkanıklık?	Tedavide
13	34	Parsiyel sağ tubal tıkanıklık	Regüler	Parsiyel sağ tubal tıkanıklık	Tedavide
14	33	Sol tubal tıkanıklık	Sol kornual spazm	-	Tedavide
15	26	Normal görünümde tuba uterinaller	Polipoid endometriyum	-	Tedavide
16	36	Sol hidrosalpinks	Regüler	Sol hidrosalpinks	Tedavide
17	39	Bilateral minimal akış	Bilateral kapalı tubal ostium	Normal	Tedavide
18	40	Normal görünümde tuba uterinaller	Regüler	Normal	Tedavide
19	31	Normal görünümde tuba uterinaller	Endometriyal polip	Normal	Tedavide
20	38	Normal görünümde tuba uterinaller	Intrauterin adezyon	-	Tedavide
21	29	Normal görünümde tuba uterinaller	Regüler	Normal	Tedavide
22	26	Normal görünümde tuba uterinaller	Regüler	Normal	Tedavide
23	29	Normal görünümde tuba uterinaller	Regüler	-	Spontan gebelik

HyFoSy: Sono-histerosalpingografi köpük kiti.

gözlemlenmiş ve bu hasta aynı seansta tedavi edilmiştir. Üç hastada HyFoSy ile tubal tıkanıklık gözlenirken bir hastada hidrosalpinks gözlemlendi. Hidrosalpinks tanısı HSG ile doğrulandı. Bu dört hastadan birinde (6 numaralı hasta) HSG ile intrauterin adezyondan şüphelenildi ve aynı seansta histereskopi ile adezyonlar açıldı. HyFoSy ile tubal tıkanıklık gözlenen bir diğer hastada (1 numaralı hasta), histereskopik gözlemlerde polipoid endometriyum gözlemlendi ve aynı seansta hasta tedavi edildi. Bu işlemten sonra, bu hasta spontan olarak gebe kaldı. Ek olarak, bir hastada (14 numaralı hasta) HyFoSy ile sol tubal tıkanıklık gözlemlendi, ancak histereskopi yapıldığı zaman tubal spazm olduğu gözlemlendi ve tubal tıkanıklığın nedeni olarak tubal spazm kabul edildi. Başka bir hastada (17 numaralı hasta), HyFoSy'de minimal tubal sızıntı gözlemlendi, histereskopik gözlemlerde ise tubal ostiumların bilateral tubal polip ile tıkalı olduğu gözlemlendi ve aynı seansta tubal polipektomi uygulandı.

**Sonuç:** Bizim verilerimiz ışığında, bu tek basamaklı yöntem ile uterin kavite ve tubal açıklık aynı anda değerlendirilebilmekte ve hastanın tedavisi ile ilgili planlar daha hızlı yapılabilmektedir. Ek olarak, HyFoSy, HSG ile karşılaştırıldığında iyonize radyasyon ve iyot alerjisine maruz kalmadan iyi tole-

re edilen, güvenli, hızlı ve basit bir prosedürdür. Ancak bu tek adımlı yöntemin fizibilitesini daha iyi anlamamız için iyi tasarlanmış, ileriye dönük, geniş ölçekli çalışmalar gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** İnfertilite, histerosalpingografi, histereskopi, sono-histerosalpingografi köpük kiti.

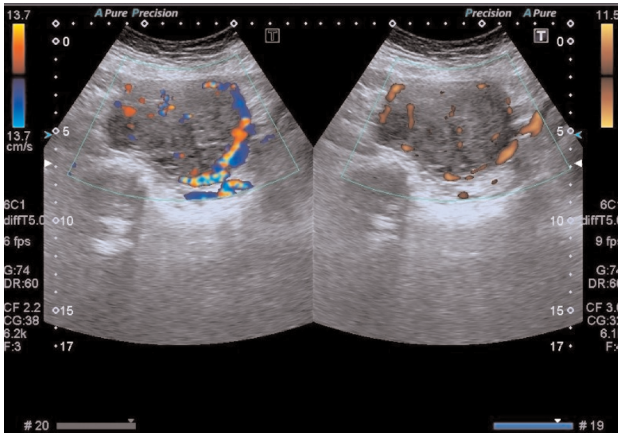
## SB-17

### Uterin fibroidlerin vaskülarizasyonu: SMI (*Superb Microvascular Imaging*) Doppler ultrasonografi bulgularının histopatolojik korelasyonu

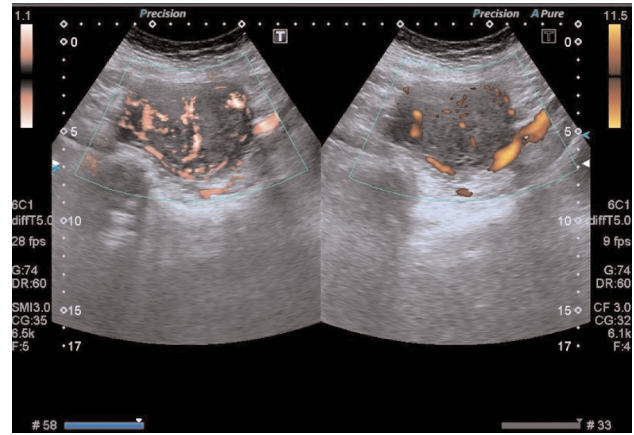
İrem Şenyuva<sup>1</sup>, Şirin Küçük<sup>2</sup>, Çiğdem Turan<sup>3</sup>, Gökçe Yüksel<sup>3</sup>, Senem Şentürk<sup>4</sup>, Çetin Çam<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uşak; <sup>2</sup>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Uşak; <sup>3</sup>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Uşak; <sup>4</sup>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Uşak; <sup>5</sup>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uşak

**Amaç:** Uterin fibroidler kadınlarda premenopozal dönemde %4.5–17.8 oranında görülür. Menoraji, pelvik ağrı ve basınç



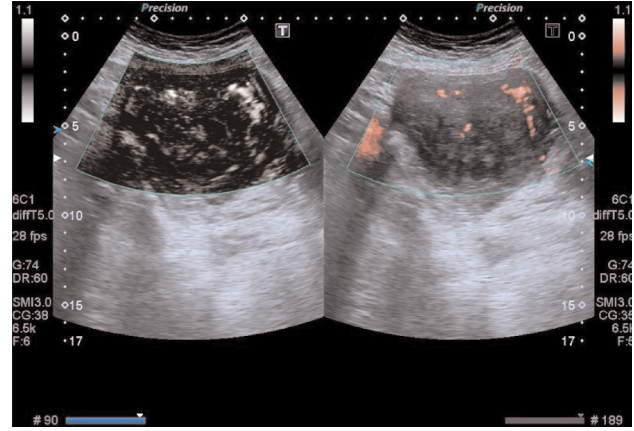
Şekil 1 (SB-17): Geleneksel Doppler yöntemler.



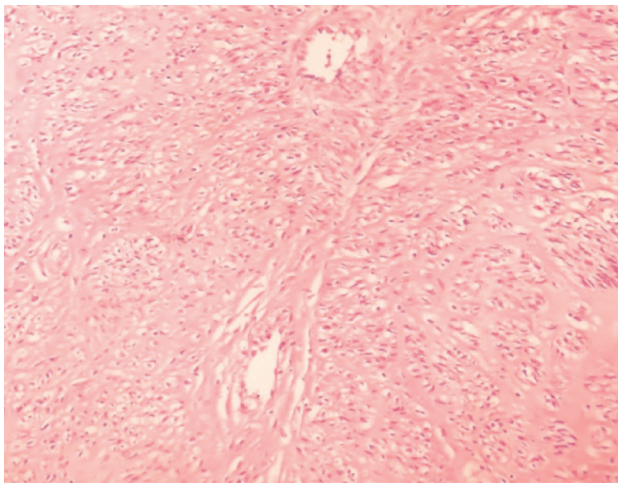
Şekil 2 (SB-17): SMI-color.

etkisi. Semptomatik fibroidlerde ana tedavi histerektomi ya da myomektomi. Uterin fibroid tanısında ultrasonografi ve MRG gibi yöntemler kullanılmaktadır. Kesin tanı patolojik olarak konulmaktadır. Bu çalışmada uterin fibroidlerde SMI (superb microvascular Imaging) color/monokrom, geleneksel color ve power Doppler bulguları ile vaskülarizasyonun derecesinin saptanması amaçlanmıştır. Fibroid vaskülarizasyonun saptanmasında SMI ve diğer geleneksel Doppler yöntemleri birbiriyle ve patoloji bulguları ile karşılaştırıldı. SMI Doppler ultrasonografinin fibroid vaskülarizasyonu saptamadaki etkinliği ve vaskülarizasyon ile fibroid dejenerasyonu arasında ilişki araştırıldı.

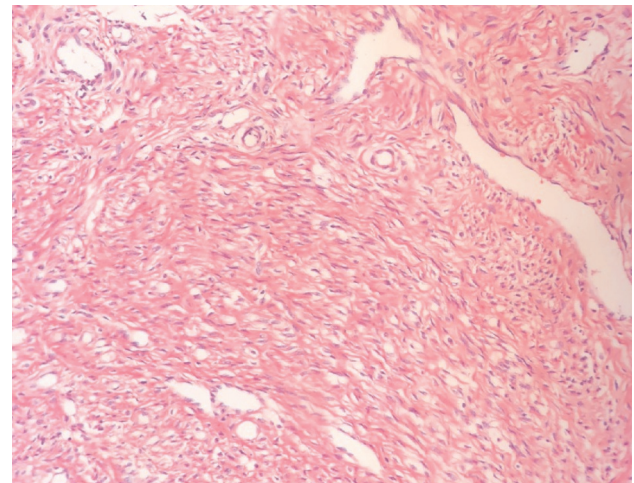
**Yöntem:** Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne anormal uterin kanama ile başvuran ve yapılan muayene ve ultrasonog-



Şekil 3 (SB-17): SMI-monokrom.

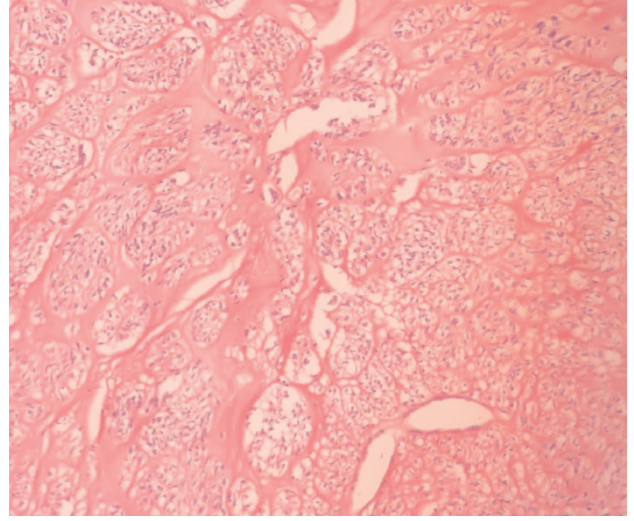


Şekil 4 (SB-17): Neovaskülarizasyon derece-1(hafif).



Şekil 5 (SB-17): Neovaskülarizasyon derece-2 (orta).

rafi sonucunda uterin fibroid saptanmış ve histerektomi endikasyonu konulmuş 6 olgu incelendi. Toshiba Aplio 500 ultrasonografi cihazı ile, 1–6 MHz konveks prob kullanıldı. Fibroidler vaskülarizasyonun derecelerine göre 4 kategoriye ayrıldı ve Doppler ultrasonografi ile vaskülarite indeksi saptandı. Grade 0: Renkle dolun yok, Grade 1: Fibroid içinde 1–5 punktat renk kodlaması, Grade 2: Fibroid içinde 1–3 lineer renk kodlaması ya da 5'ten fazla punktat renk kodlaması, Grade 3: Fibroid içinde 3'ten fazla lineer renk kodlaması. Vaskülarizasyonun derecelendirmesi geleneksel color ve power Doppler, color ve monokrom SMI yöntemleri ile ayrı ayrı yapıldı. Patolojik tanıda fibroid stromasındaki damarları saptamak için, kesitler önce küçük büyütmede ( $\times 40$ ) taranarak damardan yoğun dört alan belirlendi. Ardından  $\times 200$  büyütmede bu dört alandaki mikrodamarlar sayılarak ortalama damar yoğunluğu (MVD) hesaplandı. Patolojik olarak da myom vaskülarizasyonu damar sayısı göz önüne alınarak derecelendirildi. Varsa fibroid dejenerasyon değerlendirildi.



Şekil 6 (SB-17): Neovaskülarizasyon derece-3 (şiddetli).

Tablo 1 (SB-17): Doppler ultrasonografi bulguları.

Uterus	Myom lokalizasyonu	Myom boyutu (cm)	Color-Doppler A/V	Power-Doppler A/V	SMI-Color A/V	SMI-monokrom A/V
Uterus myomatozus Ve 2 adet myom	Corpus sağ anterior Corpus sağ posterior	6.5×9.5 4.5×9	1/1 1/2	0/2 0/2	0/3 0/3	0/3 0/3
Tek myom	Fundal	7×9	2/2	1/2	1/3	0/3
Tek myom	Fundal	6×8	2/1	0/1	1/3	0/3
Tek myom	Corpus posterior	7.5×11	0/0	0/0	0/2	0/2
Uterus myomatozus Ve 2 adet myom	Fundus anterior Fundus posterior	5×7 5×6	0/1 1/1	0/1 1/1	0/2 0/3	0/2 0/3
Uterus myomatozus Ve 1 adet myom	Fundal	7.5×8.5	2/2	1/2	1/3	0/3

A: Artefakt grade: 0=yok, 1=minimal, 2=<%25.3=> %25. V: Vasküler grade: 0=yok, 1= (1–5) punktat ve 1 lineer, 2= (>5) punktat ve 2-5 lineer, 3=>5 lineer.

Tablo 2 (SB-17): Patolojik vaskülarizasyon bulguları ile vaskülarite indeksi.

Myom boyutu (cm)	4 alan ortalama damar yoğunluğu	Neovaskülarizasyon şiddeti	Dejenerasyon	C-D-VI	P-D-VI	SMI-C-VI	SMI-M-VI
6.5×9.5 4.5×9	11.75	+++	Yaygın hyalen	5 9	6 6	15 19	20 17
7×9 6×8	12.75 12.75	+++ +++	Fokal hyalen Yok	10 6	8 4	17 18	14 20
7.5×11	12.25	+++	Hyalen ve fokal mikro kalsifikasyon	0	0	6	5
5×7 5×6	7.75	++	Yok	4 5	4 4	7 18	9 18
7.5×8.5	10.25	+++	Hyalen	9	10	20	17

Neovaskülarizasyon şiddeti: negatif=0, hafif=+, orta=++, şiddetli=+++.

4 alan ortalama damar yoğunluğu: 0= (-), 0-5= (+), 5-10= (++) , 10-15(+++).

C-D-VI=Color Doppler Vasculer Index, P-D-VI= Power Doppler Vasculer Index, SMI-C-VI=Superb Microvasculer Imaging Color Vasculer Index, SMI-M-VI= Superb Microvasculer Imaging Monokrom Vasculer Index.

Vasculer Index: punktat damarlar 1 puan, lineer damarlar 2 puan üzerinden hesaplanmıştır.



**Bulgular:** Hastaların yaşları 40–54 yaş arasıydı. 2 hasta postmenopozal diğer hastalar premenopozal dönemde idi. Tüm hastalara uterin fibroid sebebiyle histerektomi uygulandı. Doppler ultrasonografi tekniklerine bakıldığında; Artefakt derecesi color Dopplerde 3 olguda minimal, 3 olguda %25'ten az iken power Dopplerde sadece 3 olguda minimal, color SMI'de sadece 3 olguda minimal iken monokrom SMI'de ise hiçbir olguda saptanmadı. Patolojik incelemede neovaskülarizasyon şiddeti ile ultrasonografik vaskülarite indeksi karşılaştırıldığında color ve power Doppler ölçümlerinin hiçbir olguda uyumlu olmadığı, SMI color/monokrom tekniğinde 4 olguda (%67) uyumlu olduğu, 2 olguda (%33) uyum görülmediği saptandı. Tüm olgularda patolojik incelemede saptanan dejenerasyon ile ultrasonografik vaskülarite indeksi arasında bir uyum olmadığı saptandı (Şekil 1–5 SB-17, Tablo 1 ve 2 SB-17).

**Sonuç:** Geleneksel Doppler tekniklerinde color Doppler; 1 mm'den küçük damarları ve 3–5 cm/sn'den düşük akımları değerlendirmede uygun değildir. Power Dopplerde alınan sinyalin yoğun oluşu, düşük akımları görüntülenmesinde kullanışlıdır. SMI Doppler orijinal bir vasküler görüntüleme yöntemidir. Düşük hızlı ve mikrovasküler damar yapılarını göstermede fayda sağlar. Patolojik incelemedeki vaskülarizasyon bulguları ile karşılaştırıldığında color ve monokrom SMI Doppler, geleneksel Doppler yöntemlerine göre fibroid vaskülarizasyonunu göstermede etkili bir yöntem olarak kullanılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Fibroid, uterus, Doppler.

## SB-18

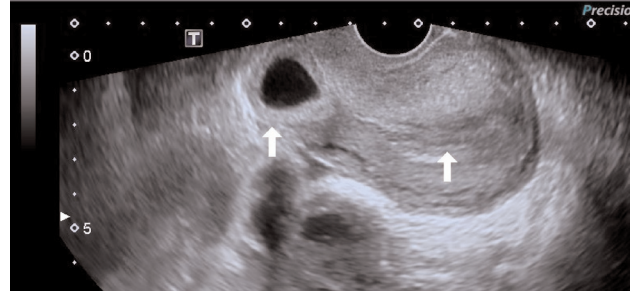
### Sistemik metotreksat ile tedavi edilmiş sezaryen skar gebeliğinde ultrasonografi kullanımını ile nadir bir komplikasyonun yönetimi

Adnan Budak

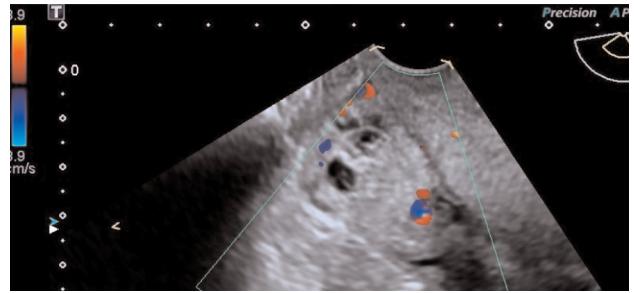
*İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir*

**Amaç:** Nadir bir ektopik gebelik tipi olan sezaryen skar hatında yerleşen gebeliklerde sistemik metotreksat uygulanmış bir vakanın uzun dönem takiplerinin paylaşılması.

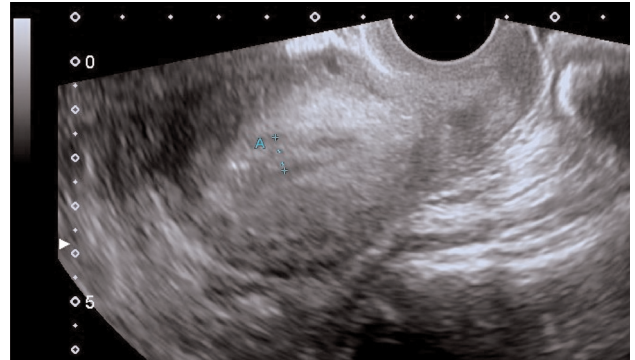
**Yöntem:** Hastanemize vajinal kanama ve karın ağrısı şikayeti ile başvuran G3P2 (2 sezaryen) 34 yaşında hasta sezaryen skar gebelik tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Hastanın yapılan ultrasonografisinde sezaryen skarında yerleşmiş 4.2 mm CRL 6 hafta 1 günlük canlı gebelik izlendi. Hastanın hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal idi. Metotreksat uygulanması açısından kontrendikasyon saptanmayan hastaya sistemik tek doz 50 mg/m<sup>2</sup> doz hesaplaması ile 80 mg metotreksat IM olarak verildi. Metotreksat uygulanmasının takiben 1., 4. ve 7. gün BhCG değerleri ve hemogram sonuçları kaydedilerek, 8. gün BhCG değerleri görülerek taburcu edildi (Şekil 1 ve 2 SB-18).



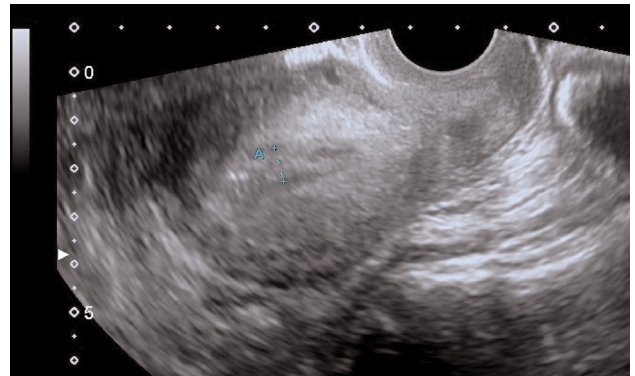
Şekil 1 (SB-18): Sezaryen skar gebelik ilk başvuru.



Şekil 2 (SB-18): Metotreksat sonrası 1. hafta.



Şekil 3 (SB-18): Metotreksat sonrası 10. hafta.



Şekil 4 (SB-18): Postoperatif 1. ay ultrasonografi görüntüsü.

**Bulgular:** Metotreksat uygulamasından sonraki 10. haftada lekelenme tarzında vajinal kanama şikayeti ile başvuran hastanın başvuru esnasında BhCG değeri 0.1 mIU/ml, hemogram değerleri normaldi. Hastanın yapılan ultrasonografisinde skar hattında 34×30 mm heterojen dansitede alan saptandı. Hastanın devam eden ve 4 hafta süren takibinde ultrasonografi bulgularında değişiklik olmaması ve sürekli lekelenme tarzı kanama ve ağrıdan şikayetçi olan hastaya metotreksat uygulanmasını takiben dördüncü ayda diyagnostik laparoskopi yapıldı. Operasyonda skar hattında yaklaşık 3 cm kanamalı kitle lezyonu izlendi ve eksize edilmesini takiben primer sütüre edilen alanda kanama izlenmedi. Hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi (Şekil 3 ve 4 SB-18).

**Sonuç:** Metotreksat ile tedavi edilen skar gebeliklerde gebelik kitlesinin rezorbe olması literatürde belirtildiği gibi yaklaşık 2–3 ay sürmekte ancak bazı vakalarda bu süre 5 aya kadar çıkmaktadır. Bu hastalarda yapılacak olan takip ultrasonografileri tedavinin devamı ve operasyon kararı alınması açısından önem arz etmektedir. Metotreksat tedavisi sonrası uzun dönemde ağrı ve kanaması devam eden hastalarda laparoskopik-laparotomik eksizyon tedavi seçeneği sunulabilir.

**Anahtar sözcükler:** Metotreksat, ektopik gebelik, ultrasonografi.

## SB-19

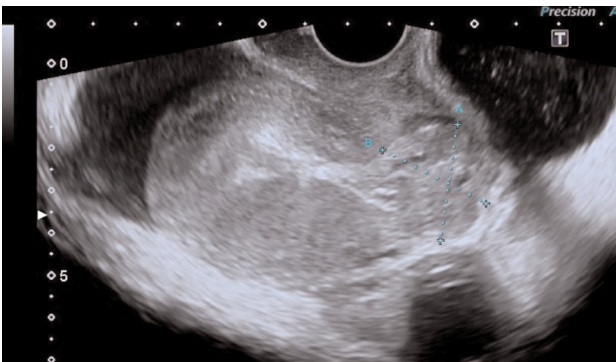
### Sezaryen skar gebeliğinin ultrasonografi eşliğinde lokal metotreksat ile tedavisi

Abdurrahman Hamdi İnan

*İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

**Amaç:** Nadir bir ektopik gebelik formu olan sezaryen skar gebeliğinin ultrasonografi eşliğinde lokal metotreksat ile başarılı tedavisinin sonuçlarının paylaşımı.

**Yöntem:** Kliniğimizde ocak 2016 ve şubat 2018 arasında sezaryen skar gebelik tanısı alan 8 hastanın demografik verileri,



**Şekil 3 (SB-19):** Ultrasonografi eşliğinde lokal metotreksat sonrası 1. gün transvajinal ultrasonografi görüntüsü.



**Şekil 1 (SB-19):** İlk başvuru transvajinal ultrasonografi görüntüsü 1.



**Şekil 2 (SB-19):** İlk başvuru transvajinal ultrasonografi görüntüsü 2.

klirik bulguları ve laboratuvar sonuçları retrospektif olarak hastane kayıtlarından değerlendirildi. Tüm hastaların ilk muayene sırasında ultrasonografi görüntüleme sonuçları kaydedilmişti. Hastaların başvuru laboratuvar değerleri içerisinde hemogram, BhCG, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri hastane bilgi sistemi üzerinden kaydedildi. Altı hastanın embriyonal kardiyak aktivitesi saptanmış olup; iki hastada em-



**Şekil 4 (SB-19):** Ultrasonografi eşliğinde lokal metotreksat uygulanan hastanın işlem sonrası 3. ay transvajinal ultrasonografi görüntüsü.

briyoda kardiyak aktivite saptanmamıştı. Tüm hastaların lokal metotretksat tedavisi için kontrendikasyonu yoktu ve hemodinamisi stabil idi. Hastaların yazılı onamları alındıktan sonra ultrasonografi eşliğinde 22G iğne ile gestasyonel kese içerisine 25 mg metotretksat uygulanmış olup tüm hastalar işlem sonrasında izleme alınmıştı. Metotretksatın uygulandığı gün 1. gün olacak şekilde tüm hastaların 4. ve 7. gün BhCG değerleri kaydedilmişti. BhCG değerlerinde optimal düşüş saptanan tüm hastalar taburculuk sonrasında haftalık BhCG takibine alınmıştı (Şekil 1-4 SB-19).

**Bulgular:** Ultrasonografi eşliğinde gestasyonel kese içerisinde metotretksat uygulanan 8 sezaryen skar gebelik tanısı alan hastanın takibinde BhCG değerleri ortalama 8. haftada literatür ile uyumlu olarak 5 mIU/ml altına inmişti. Başvuru esnasında ortalama BhCG değerleri 26.400 mIU/ml idi. Hiçbir hastaya ek metotretksat tedavisi ya da operasyon gerekmemişti. Hastaların hiçbirinde metotretksata bağlı komplikasyon izlenmedi.

**Sonuç:** Ultrasonografi sezaryen skar gebelik tanı ve takibinde etkili bir görüntüleme metodu olmasının yanında minimal invaziv tedaviye yardımcı etkin bir yöntemdir. Sezaryen skar gebeliğin sistemik metotretksat veya ultrasonografi eşliğinde küretaj gibi tedavi seçeneklerine ultrasonografi eşliğinde lokal metotretksat uygulanması hastalara sunulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Sezaryen skar gebelik, ultrasonografi, metotretksat, ektopik gebelik.

## SB-21

### Sezaryende rastlanan Müllerian anomaliler

Neval Yaman Görük

*Memorial Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Diyarbakır*

**Amaç:** Müllerian anomaliler obstetrik komplikasyonlara yol açabildikleri için sezaryen ameliyatlarında daha sık karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada Müllerian anomalilerin sezaryen sırasında görülme sıklığını ve sezaryen gerekçelerini araştırdık.

**Yöntem:** Bu çalışmada 2015 Nisan–2018 Mayıs tarihleri arasında hastanemizde gerçekleşen 462 sezaryen ameliyatı incelendi. Bu olgularda ameliyat esnasında tanı konulan 48 tane müllerian anomali kaydedildi. Uterus unikornus, uterus septus, uterus arkuatus, uterus bikornus, uterus didelfis şeklinde olan bu Müllerian anomalilerin sıklığı, sezaryen gerekçeleri araştırıldı. Uterus septus anomalisi olan vakalar da sezaryen esnasında septum rezeksiyonu yapıldı.

**Bulgular:** Bu çalışmada sezaryen olan 462 hastanın gebelik haftası ortalama 38 hafta 4 gün iken Müllerian anomalisi olan 48 hastanın gebelik haftası ortalama 36 hafta 5 gündü. 462 Sezaryen ameliyatının 48 olgusun da Müllerian anomali (%10.38) görüldü. Uterus arkuatus 16 olguda (%33.3), uterus septus 11 olgu da (%22.9), uterus bikornus 9 olgu da (%18.7), uterus unikornus 8 olguda (%16.6), uterus didelfis 4 olgu da (%8.3) kayde-

dildi. Müllerian anomalisi olan bu vakaların sezaryen gerekçeleri araştırıldı. 27 hasta malpresentasyon (%56.2), 9 hasta ilerlemeyen travay (%18.7), 8 hasta mükerrer sezaryen (%16.6), 2 hasta dekolman plasenta (%4.1), 2 hasta fetal distress (%4.1) nedeniyle sezaryen ameliyatına alındı. Uterus septus olan 11 vakaya sezaryen sırasında septum rezeksiyonu yapıldı, post partum kanama gelişmedi.

**Sonuç:** Müllerian anomaliler erken doğum riski, malpresentasyon, abortus, gibi obstetrik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Sık görülen Müllerian anomalilerden uterus septusun sezaryen sırasında septum rezeksiyonu sonraki gebeliklerde oluşabilecek obstetrik komplikasyonları azaltabilir.

**Anahtar sözcükler:** Müllerian anomali, septum rezeksiyonu, sezaryen.

## SB-22

### Sezaryen skar gebeliklerinde ultrasonografi kılavuzluğunda kese içerisine metotretksat enjeksiyonu: Kliniğimizin sonuçları

Alev Özer, Abdullah Tok, Murat Bakacak, Bülent Köstü, Uğurkan Erkayran, Selim Karaküçük, Hakan Kıran, Jan Bozkurt, Ömer Faruk Kandilcik

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

**Amaç:** Ultrasonografi (USG) kılavuzluğunda gestasyon kesesi (GS) içerisine metotretksat (MTX) enjeksiyonunu takiben dilatasyon&küretaj (D&C) işlemi yapılmış olan sezaryen skar gebeliği (SSG) olgularının sunulması amaçlanmıştır. SSG, sezaryen skar hattına implante olmuş olan bir ektopik gebelik çeşidi olup son yıllarda insidansı giderek artış göstermektedir. Genel obstetrik popülasyonda 1/3000, daha önce sezaryen doğum yapmış olan gebelerde 1/2000 oranında saptanmaktadır. Adenomyozis, in-vitro fertilizasyon, plasentanın manuel çıkarılması, geçirilmiş dilatasyon&küretaj, SSG riskini arttıran faktörlerdir. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi vajinal kanama, ağrı, uterin rupture bağlı hipovolemik şok tablosuyla da başvuru edebilirler. Tanıda öncelikle USG, Doppler ve gerekirse MRI kullanılmaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimize başvuran ve USG kılavuzluğunda GS içerisine metotretksat enjeksiyonunu takiben dilatasyon&küretaj (D&C) işlemi yapılmış olan SSG olgularının sunulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Ocak 2017–Temmuz 2018 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve SSG tanısı koyulan olgular çalışmamıza dahil edilmiştir. SSG tanı kriteri olarak GS istmus ön duvarında sezaryen skar hattının olduğu bölgeye yerleşmiş olması, uterin kavitenin ve servikal kanalın boş olması, GS ile mesane arasında myometrial dokunun olmaması veya çok incelmış olması kullanılmıştır (Şekil 1 SB-22). Hastaların bilgilendirilmelerini ve onamlarının alınmasını takiben anestezi al-

tında transvajinal USG kılavuzluğunda GS içerisine 1 mg/kg MTX enjeksiyonu yapılmıştır (Şekil 2 SB-22). Tüm olgulara bu işlemden 1 hafta sonra ameliyathane şartlarında 4 ünite eritrosit süspansiyonu hazırlığını takiben D&C işlemi yapılmıştır. D&C işleminden 1 gün sonra taburculuğu yapılan hastaların serum beta-human chorionic gonadotropin (hCG) sıfırlanana kadar 1 hafta arayla takipleri yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza dahil edilen toplam 10 olgunun ortalama yaşı, gravidası ve gebelik haftası sırasıyla  $33.1 \pm 6.4$  yıl,  $4.3 \pm 1.5$  ve  $6.6 \pm 1.3$  hafta olarak saptandı (Tablo 1 SB-22). Hiç bir hastada GS içerisine enjeksiyon veya D&C işlemine bağlı herhangi bir komplikasyon olmadı.

**Sonuç:** SSG'nin tedavisiyle ilgili de bir konsensus olmamakla birlikte tedavide amaç gebeliğin sonlandırılması ve bu sayede uterin rüptürün, masif kanamaların önlenmesi ve fertilitenin korunmasıdır. Tedavi seçenekleri arasında sistemik MTX enjeksiyonu, lokal enjeksiyonlar, cerrahi tedavi veya bunların kombinasyonu bildirilmiştir. Kliniğimizde, lokal MTX enjeksiyonunu takiben D&C işlemi başarıyla uygulanmıştır. Ancak çalışmamızın önemli bir limitasyonu vaka sayısının az olmasıdır.

**Anahtar sözcükler:** İntrakaviter enjeksiyon, metotreksat, sezaryen skar gebeliği, ultrasonografi.

## SB-23

### Antibiyotik tedavisine dirençli tubo-ovarian apsellerin ultrasonografi eşliğinde perkütan drenajı: 6 yıllık deneyimimiz

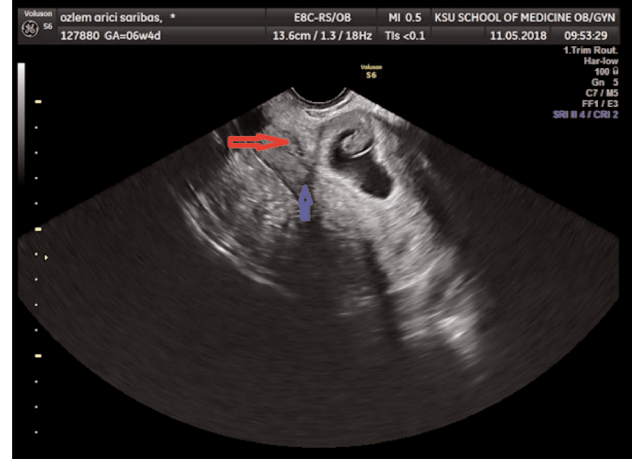
Mehmet Serkan Gür<sup>1</sup>, Esra Bahar Gür<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Girişimsel Radyoloji Bölümü, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

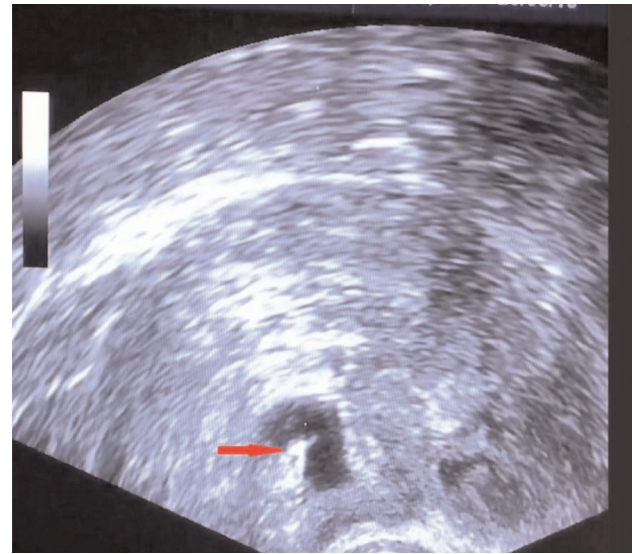
**Amaç:** Antibiyotik tedavisine dirençli tubo-ovarian apsellerin (TOA) ultrasonografi (US) eşliğinde perkütan drenajının kısa ve uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi.

**Yöntem:** Çalışmamızda, 2012 Ocak–2018 Temmuz tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi girişimsel radyoloji bölümüne TOA ön tanısı ve perkütan drenaj istemi ile yönlendirilen edilen hastalar, retrospektif olarak tarandı.

**Bulgular:** Belirtilen tarih aralığında 784 hasta TOA ön tanısı ile hastanemizin jinekoloji kliniğine yatırılmıştır. Antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen 72 (%9.1) hasta laparotomiye alınırken, 15 (%1.9) hasta girişimsel radyoloji bölümüne konsülte edilmiştir. Girişimsel radyoloji bölümüne konsülte edilen hastaların tümüne US eşliğinde perkütan apse drenajı denenmiş, sadece 1 hastada kolleksiyon içeriği boşaltılamamış ve işleme son verilmiştir. Perkütan drenaj yapılan hastaların hiçbirinde işlem sırasında ve işlem sonrası erken dönemde komplikasyona



**Şekil 1 (SB-22):** Sezaryen skar hattına yerleşmiş gebelik kesesi. Kırmızı ok: Servikal kanal, Mavi ok: Sezaryen skar hattı.



**Şekil 2 (SB-22):** Gestasyon kesesi içerisine enjeksiyon. Kırmızı ok: Ultrason kılavuzluğunda yerleştirilen enjeksiyon iğnesi.

**Tablo 1 (SB-22):** Demografik ve klinik özellikler.

	Çalışma grubu (n=10)
Gravida	4.3±1.5
Yaş	33.1±6.4
Gebelik süresi (hafta)	6.6±1.3
USG'de embriyonik kalp aktivitesi varlığı (n)	6 (%60)
Geçirilmiş sezaryen sekiyo sayısı	1.6±0.7
Tedavi öncesi serum beta hCG değeri (IU/mL)	24440.8±13621.6
Hb (g/dL)	12.5±1.3

**Tablo 1 (SB-24):** Grupların ultrasonografik bulguları.

	Başarısız işlem (n=26)	Başarılı işlem (n=78)	P değeri
Uterus uzunluğu (mm)	85.9±5.1	83.9±3.1	0.043
Uterus ön-arka genişliği (mm)	44.3±4.2	41.5±3.2	0.041
Uterin kavite uzunluğu (mm)	74.9±6.8	69.6±7.5	0.001
Servikal kanal uzunluğu (mm)	23.6±3.5	23.4±3.1	0.745
Endometrial kalınlık (mm)	4.8±0.4	5.0±0.4	0.045
Retrovert uterus varlığı	7 (26.9)	22 (28.2)	0.900
RIA tepesi-uterin kavite tepesi arası mesafe (mm)	6.6±1.3	10.3±1.2	0.042
Aşağı yerleşimli RIA varlığı	1 (3.8)	19 (24.4)	0.022
Myometriuma invaze RIA varlığı	9 (34.6)	2 (2.6)	<0.001

rastlanmamıştır. Perkütan drenaj yapılan 12 hastanın (%80) uzun dönem takiplerinde (ortalama takip süresi 3.2 yıl) nüks gözlenmemiş ve ek cerrahi işlem gerekmemiştir. Drenaj kate-terleri 5–20 gün (ortalama 12 gün) sonra çekilmiştir. 1 hastada, işlemden sonraki 3. günde ve 1 hastada işlem sonrası 2. günde klinik düzelme olmaması üzerine laparotomi uygulanmıştır.

**Sonuç:** Antibiyoterapiye dirençli TOA olgularının tedavisin- de US eşliğinde perkütan apse drenajı, düşük komplikasyon ve nüks oranları ile seçilmiş olgularda laparotomiye iyi bir alternatif oluşturmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Perkütan drenaj, tubo-ovarian apse, ul- trason.

## SB-24

### Ofis şartlarında çıkartılan ve çıkartılmayan rahim içi araçlar için ultrasonografik özelliklerin karşılaştırılması

Demet Kokanalı

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

**Amaç:** Konvansiyonel yöntemlerle ofis şartlarında çıkartılan ve çıkartılmayan rahim içi araçlar (RIA)'ın ultrasonografik bulgularını karşılaştırmak.

**Yöntem:** Bu retrospektif çalışma, Ocak 2017 ve Aralık 2017 tarihleri arasında hastanemiz Aile Planlaması Polikliniği'ne mevcut RIA'larını çıkarttırmak için başvuran kadınları içermektedir. Çalışma ile ilgili tüm veriler hastane kayıtlarından elde edilmiştir. Öncesinde uterin operasyon geçiren, RIA ile ilişkili olabilecek (anormal uterin kanama, pelvik ağrı, dismenore, disparoni vb.) şikayetleri olan, spekülüm muayenesinde RIA'ya ait ipler görülen ve yetersiz verileri olan kadınlar çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm kadınlara çıkartma işlemi öncesi transvajinal ultrasonografik inceleme yapılmış, RIA'ların uterin kavitede olduğu doğrulanmıştır. Uterusa ve RIA'ya ait ultrasonografik bulgular kaydedilmiştir. RIA çıkartılırken uygulanan konvansiyonel yöntemde, spekülüm yerleştirildikten sonra serviks tenekulumla traksiyona alınmış, Alligator forceps vasıtasıyla uterin kaviteye girilmiş, RIA'ya dokunularak tutulup çıkartılmaya çalışılmıştır. Çıkartma işlemi, aynı uzman jinekolog tarafından ofis şartlarında herhangi bir anestezi uygulanmadan yapılmıştır.

**Bulgular:** Dışlama kriterleri sonrasında 104 kadın çalışma grubunu oluşturmuştur. Bu kadınların 26 tanesinde RIA'nın çıkartılma işlemi başarısız olurken, 78 kadında işlem başarı ile sonuçlandırılmıştır. Başarısız olunan kadınların işlem öncesi ultrasonografik değerlendirmesinde uterus uzunluğu ve ön-

**Tablo 2 (SB-24):** RIA çıkarma işlemi sonucuna etki edebilecek ultrasonografik faktörlerin çoklu regresyon analizi.

	OR (%95 CI)	p
Uterus uzunluğu	1.74 (0.70–4.48)	0.252
Uterus ön-arka genişliği	1.77 (1.00–2.09)	0.210
Uterin kavite uzunluğu	2.41 (1.50–4.02)	0.019
Endometrial kalınlık	1.68 (1.39–2.02)	0.225
RIA tepesi- uterin kavite tepesi arası mesafe	1.50 (0.90–2.30)	0.082
Aşağı yerleşimli RIA varlığı	0.51 (0.33–0.85)	0.032
Myometriuma invaze RIA varlığı	3.89 (2.43–5.99)	<0.001

p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. OR: Odds oranı; CI: Güven aralığı.

arka genişliği, uterin kavite uzunluğu ve myometriuma invaze RİA sıklığı, başarılı olunanlarınkine göre daha fazlaydı. Buna karşın RİA'nın tepe noktası ile uterin kavitenin tepe noktası arasındaki mesafe uzunluğu, endometrial kalınlık ölçümü ve aşağı yerleşimli RİA sıklığı başarılı olunan grupta daha fazlaydı. Servikal kanal uzunluğu ve retrovert uterus sıklığı iki grupta da benzerdi (Tablo 1 SB-24). RİA'nın çıkartılmasında etkin olabilecek, iki grup kadın arasında farklılık gösteren ultrasonografik parametrelerin çoklu regresyon analizi sonucunda ise uterin kavitenin uzun olması ve myometrial invazyon varlığı çıkartma işleminde başarısız olma ihtimalinin artmasında; RİA'nın aşağı yerleşimli olması ise başarılı olma ihtimalinin artmasında anlamlı faktörler olarak bulundu. ROC analiz sonucunda ise 69.5 mm'lik uterin kavite uzunluğu başarısız çıkartma işlemi için %92.3'lük duyarlılık ve %59.0'lık özgüllük ile en iyi eşik değer olarak tespit edildi (Tablo 2 SB-24).

**Sonuç:** Konvansiyonel yöntemle ipi görülmeyen RİA'ların çıkartılma işleminin başarısını öngörmede ultrasonografik olarak uterusun ve RİA'nın durumunun değerlendirilmesi önemlidir. Şöyle ki uzun uterin kaviteye sahip ve RİA'nın myometriuma invaze olduğu kadınlarda işlemin başarısız olma ihtimali artarken, kavitede aşağıya doğru yerleşmiş RİA'sı olan kadınlarda başarılı işlem ihtimali artmaktadır. Hastaların bu şekilde bilgilendirilmesi olası bir başarısızlık durumunda hasta-doktor ilişkisini korumada, hastanın hayal kırıklığını azaltmada ya da alternatif yöntemlerin tercih edilmesinde faydalı olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Ofis, rahim içi araç, ultrasonografi.

## SB-25

### FVII eksikliği olan gebenin yönetimi

Latife Atasoy Karakaş<sup>1</sup>, Ulaş Tuğcu<sup>2</sup>, Sertaç Esin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bölümü, Ankara; <sup>3</sup>Başkent Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bölümü, Ankara

**Amaç:** Faktör VII (FVII) eksikliği otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. 13. kromozomun uzun kolunda bulunan FVII geninde mutasyonlar ile karakterizedir. Nadir görülen kalıtsal koagülasyon bozuklukları içinde en sık karşılaşılanı olup, 1/500.000 sıklık ile izlenmekle birlikte genel popülasyondaki prevelansının asemptomatik bireyler nedeniyle daha sık olduğu düşünülmektedir. Hastalığın kliniği oldukça heterojen olup hayatı tehdit eden şiddetli kanamalardan (serebral, gastrointestinal ve artiküler) minör kanamalara kadar değişkendir. Bu olgu sunumunda, FVII eksikliği ile gebe kalan ve herhangi bir mortalite veya morbidite ile karşılaşmadan yönetilen, doğurtulmuş taburcu edilen bir vaka sunulmaktadır.

**Olgu:** 22 yaşında, FVII eksikliği tanısı olan hasta, male faktör nedeniyle IVF yöntemi ile ikiz bebeklere gebe kaldı. Hipotiroidi nedeniyle levotiron kullanıyor olması dışında sistemik hastalığı yoktu. 5. gebelik haftasındaki vajinal kanaması 3ÜTDP sonrası durdu. 11. gebelik haftasına tekrarlayan kahverengi lekelenme tarzında kanamalar nedeniyle ara ara hospitalize edilen ve Proluton depot amp i.m. olarak uygulanan hastaya, 1 çay bardağı tarif ettiği kanaması olması üzerine yapılan USG de 3'er cm'lik iki adet hematoma alanı izlendi. Hematoloji bölümü önerisince rekombinant 1 mg FVII i.m. uygulandı. Faktör 5, 8, 9, 11, 13, proten S, protein C, TSH, PT seviyeleri normal olan, PTZ süresi 57 saniyeye uzamış olan hastanın 1 hafta sonra hematoma alanı 4 cm'ye ulaştı. Haftada 1 kez rekombinant 1 mg FVII i.m. ve Proluton depot amp i.m. uygulanarak takip edildi. 14. haftada kanaması kesilen ve hematoma alanı rezorbe olan hastaya haftada 2 kez olarak FVII i.m. gebelik boyunca devam edilmesi önerildi. Proluton depot amp i.m. olarak da gebeliği boyunca devam edildi. Anomali taraması normal olarak değerlendirilen hastanın OGTT si normal sınırlarda idi. Hematoloji bölümü tarafından PTZ takibi yapılan hastanın gebelik takipleri olumsuz seyretti. Rh-rh uyumsuzluğu olan hastaya indirek coombs negatif olması üzerine 28. haftada anti-Dİg uygulandı. 30. gebelik haftasında bebeklerden birinin AC ölçümü 4 hafta önde olması dışında ölçümler haftası ile uyumlu, AFI'leri normal, Doppler çalışmaları normal olarak değerlendirildi. 31. gebelik haftasında su gelişi üzerine hospitalize edilen ve celeston dozları tamamlanan hasta operasyondan yarım saat önce, operasyondan hemen yarım saat sonra ve post-op 1. günde olmak üzere ek üç doz 2'ser mg FVII i.m. uygulanarak 2195 g ve 1755 g erkek bebekleri sezaryen seksiyon ile doğurtuldu. Postpartum dönemde herhangi bir replasman ihtiyacı olmadan kanama kontrolü sağlandı. Normal miktarda vajinal kanama ile 1 ay sonra hematoloji bölümü kontrolü önerilerek bebek ve anne post op 3. günde taburcu edildi.

**Sonuç:** Gebeliğin ilerleyen haftalarında, postpartum kanamaya karşı olası koruyucu mekanizma olarak pıhtılaşma faktör düzeylerinde artış olmaktadır. Homozigot FVII eksikliği olan olgularda bu yükselmenin olmadığı, uygun replasman yapılmadığı takdirde bu hastaların intrapartum ve postpartum masif kanamayla karşılaştıkları bildirilmiştir. FVII eksikliğinin ağır formları için tedavi protokolleri belirlenmiştir. Tedavi seçenekleri arasında antifibrinolitikler, taze donmuş plazma, FVII konsantreleri ve rekombinant FVII yer almaktadır. FVII eksikliği olan olgularda; profilaksi ve tedavi protokolleri bireyselleştirilmeli, obstetrik aciller göz önünde bulundurulmalı, bu tür olguların acil sezaryen ve uygun replasman tedavilerinin sağlanabileceği multidisipliner merkezlerde takibi sağlanmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** FVII eksikliği, gebelik, kanama.

**SB-26****Gebelikte açık mitral komissürotomi sonrası ablasyo plasenta**Latife Atasoy Karakaş<sup>1</sup>, Ulaş Tuğcu<sup>2</sup>, Sertaç Esin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bölümü, Ankara; <sup>3</sup>Başkent Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bölümü, Ankara

**Amaç:** Gebelik sırasında kardiyak output normalin %30–40'ı kadar artmakta ve dispne ve taşikardi gibi kardiyak semptomlara neden olabilmektedir. Mitral stenoz da eklendiğinde dekompanzasyon gelişebilmekte ve ileri derecede akciğer ödemi ile anne ve fetus hayatını tehdit edebilmektedir. Semptomatik mitral stenozu olan gebelerin mitral komissürotomi (MVC) ile tedavi edildiği vakalar bulunmaktadır. Bu olgu sunumunda 29.gelibelik haftasında maternal kalp yetmezliği ve mitral darlığı tanısı ile açık MVC yapılan ve hemorajik kardiyak komplikasyon sonrası hipotansiyona sekonder ablasyo plasenta ön tanısı ile acil sezaryen seksiyoyla gebeliği sağlıklı sonlandırılan bir vaka sunulmaktadır.

**Olgu:** 35 yaşında, ilk gebeliğinin 25. gebelik haftasında nefes darlığı ve sadece 1 kat merdiven çıkabilme şikayeti ile kardiyoloji bölümüne başvuran, ancak 2 yastıkla uyuyabilme tarif eden ve fizik muayenesinde diastolik rülman izlenen hastanın çekilen EKO'da ciddi mitral kapak darlığı (ortalama gradient 28 mmHg, planimetrik kapak alanı 0.9 cm<sup>2</sup>) saptanması üzerine kalp damar cerrahi ile ortak planlanan konseyde görüşülerek açık mitral komissürotomi yapılması planlanmıştır. Dış merkezde gebelik takipleri olaysız seyreten ve hastanemizde operasyon planlandığı için kliniğimize konsulte edilen hasta tarafımızdan 29. gebelik haftasında değerlendirildiğinde ölçümleri haftası ile uyumlu, AFI ve Doppler çalışmaları normal idi. Hipotiroidisi olan ve euthrox kullanan hataya kalp yetmezliği için aldactone ve 4000 U clexan başlanılmıştı. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde başka bir özelliğe rastlanılmadı. Dış merkezde yapılan ayrıntılı anomali taramasında anomaliye rastlanılmamıştı. Operasyon öncesi celeston dozları tamamlanan hasta 29 hafta 4 gün iken kalp damar cerrahisi tarafından opere edildi. Mitral valv fibrokalsifik olup sıkı darlık izlenmişti ve MVC yapılmıştı. Operasyon sırasında continue fetal kalp monitarizasyonu ile fetal kalp atışları takip edildi ve herhangi bir anormallikle karşılaşılmadı. Post-op aynı gün yoğun bakımda takip edilen ve kardiyak dreninden 1500 cc hemorajik kan gelen hasta önce hipotansiyon seyretnesi sonra da vajinal kanaması başlaması ardından nst de tekrarlayan geç deselerasyonlar izlenmesi üzerine homorajiyeye ve hipotansiyona sekonder ablasyo plasenta ön tanısı ile acil olarak sezaryen seksiyoyla doğurtuldu. Sezaryen seksiyoy sırasında parsiyel ablasyo hali ile karşılaşıldı. Bebek doğurtulduktan sonra kalp damar cerrahisi tarafından kardiyak revizyon gerçekleştirilerek sağ koroner arter onarımı yapıldı. 1400 g ağırlığında, 5. dakika apgar'ı 6 olan kız bebek yoğun bakım ünitesine alındı. Postoperatif 2. gün servise alınan anne 9. günde taburcu edildi. Bebek postnatal 1. günde extube oldu, 15. gününde ventilatörden ayrıldı. İzleminde enfeksiyon gelişmeyen ve 24. günde tam enteral beslenmeye başlayan bebek 45. günde taburcu edildi.

**Sonuç:** MVC yüz güldürücü kısa ve uzun dönem sonuçları ile gebelikte uygulanmaktadır. Komplikasyonlarından postoperatif hemoraji, hemodinamik instabiliteye yol açıp, morbid seyredebilmektedir. Ablasyo plasenta doğumun eyleminin ikinci evresinden önce plasentanın uterusdan ayrılması olarak tanımlanır. Nadir ve çoğunlukla beklenmedik bir komplikasyon olmakla beraber acil müdahale gerektirir, maternal ve fetal morbidite ile sonuçlanabilir. Bu vakada ani kan kaybı ve hipotansiyon sonrası nst de fetal distress saptanması üzerine ablasyo plasenta ön tanısı ile acil sezaryen planlanarak cerrahi sırasında uygun sıvı replasmanları ile fetus ve anne korunmuştur. Henüz 29. haftada olmasına rağmen herhangi bir morbidite ile karşılaşmadan anne ve bebek sağlıklı şekilde taburcu edilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Ablasyo plasenta, gebelik, mitral komissürotomi, mitral stenoz.

**SB-27****İlk trimester belirteçlerinin doğum kilosu, haftası ve preeklampsi üzerine etkileri**

Şafak Yılmaz Baran, Hakan Kalaycı, Gülşen Doğan Durdağ, Seda Yüksel Şimşek, Selçuk Yetkinel, Erhan Şimşek

Başkent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

**Amaç:** Birinci trimesterde yapılan ikili tarama testi belirteçleri olan, pregnancy associated plasma protein A (PAPP-A), maternal serum free beta-human chorionic gonadotropin ( $\beta$ -hCG) düzeyleri ve ortalama uterin arter pulsatilite indeksi (PI) ölçümlerinin doğum haftası, doğum kilosu ve preeklampsi üzerine etkilerinin araştırılması.

**Yöntem:** Ocak 2016–Eylül 2017 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran, 11–13<sup>6</sup> gestasyonel haftaları arasında, ultrasonografik ve ikili tarama testi yapılmış 736 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. CRL ölçümü 45 ile 84 mm aralığında olan, tekiz, majör fetal veya kromozomal anomali tespit edilmemiş, 24. gebelik haftası sonrası doğumu kliniğimizde gerçekleştirmiş gebeler çalışmaya dahil edildi. Tüm ultrasonografik taramalar General Electric Voluson E8, 5–8 MHz 3D transduser ultrasonografi cihazı ile tek bir hekim tarafından, transabdominal yoldan yapıldı. Hastane kayıtlarından;

hastaların yaşı, vücut kitle indeksi (VKİ), gebelik sayısı, pariete ve ultrasonografik olarak ölçülen CRL ve gestasyonel haftaları, nukal kalınlık (NT), nazal kemik (NB), ortalama uterin arter PI ölçümleri, PAPP-A,  $\beta$ -hCG değerleri incelendi. Ortalama uterin arter PI, PAPP-A,  $\beta$ -hCG değerlerinin doğumun gerçekleştiği hafta, doğum ağırlığı ile arasında bir korelasyon varlığı (Spearman korelasyon analizi) ve preeklampsi gelişmesi ile ilişkisi (Mann-Whitney U testi) istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

**Bulgular:** Çalışma kriterlerini karşılayan 360 hastanın demografik verileri Tablo 1 SB-27’de sunuldu. Yapılan korelasyon analizinde, doğum kilosu ile ortalama uterin arter PI değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon tespit edildi ( $R_2$ : -0.240,  $p < 0.01$ ) (Tablo 2 SB-27). Doğum haftasına göre yapılan korelasyon analizinde istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşılamadı (Tablo 3 SB-27). PAPP-A,  $\beta$ -HCG değerleri ile doğum kilosu ya da doğum haftası arasında herhangi bir korelasyon tespit edilemedi. Çalışmamızda, gebeliğin ilerleyen haftalarında preeklampsi gelişme oranı %5.6 (20/360) olarak saptandı. Preeklampsi gelişen grupla gelişmeyen grup karşılaştırıldığında PAPP-A,  $\beta$ -hCG ve ortalama uterin arter PI değerleri arasında bir fark bulunamadı (Tablo 4 SB-27).

**Sonuç:** Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, ortalama uterin arter PI değerleri artış gösteren olgularda doğum kilosunun daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak doğum haftası ve preeklampsi ile ortalama uterin arter PI, PAPP-A ve  $\beta$ -HCG belirteçleri arasında bir ilişki görülmemektedir. Çalışmamız erken gebelik döneminde yapılan değerlendirmelerin, bebek doğum kilosunu öngörmede, istatistiksel olarak anlamlı ancak düşük dereceli ters korelasyon olduğunu göstermektedir. Bulgularımızın sonucuna dayanarak, fetal gelişimin, multifaktöryel bir proses olduğunu ve ilk trimesterde bakılan belirteçlerin tek başına faydasının kısıtlı olduğunu kanaatindeyiz.

**Anahtar sözcükler:** İlk trimester, PAPP-A, sBHCG, uterin arter, pulsatilite indeksi, preeklampsi.

## SB-28

### Mesane duvar invazyonu olan plasenta percreta vakalarında veziko-istmik sütür tekniği

Fedi Ercan<sup>1</sup>, Ali Acar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Şanlıurfa; <sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

**Amaç:** Mesane invazyonu olan plasenta percreta (PP) olguları, gebeliğin nadir görülen bir komplikasyonu olup, hayatı tehdit eden kanamalara neden olabilmektedir. Sezaryen histerektomi (SH) sırasında veziko-istmik alanı ayırmaya çalış-

**Tablo 1 (SB-27):** Maternal karakteristiklerin ve gebelik verilerinin ortalama, minimum ve maksimum değerleri.

	N	Ortalama ( $\pm$ SD)	Min.-Mak.
Anne yaşı	360	30.6 ( $\pm$ 4.8)	18–45
VKI (kg/m <sup>2</sup> )	341	24.1 ( $\pm$ 4.2)	17–46
Gebelik haftası	360	12+3 ( $\pm$ 0.5)	11+2–14+1
CRL (mm)	360	60 ( $\pm$ 7.25)	45–82
NT (mm)	358	1.6 ( $\pm$ 0.33)	1–2.56
Sol uterin arter PI	360	1.93 ( $\pm$ 0.8)	0.46–6.24
Sağ uterin arter PI	360	1.91 ( $\pm$ 0.68)	0.55–6.01
Ortalama uterin arter PI	360	1.92 ( $\pm$ 0.6)	0.71–5.27
PAPP-A (MoM)	360	1.09 ( $\pm$ 0.57)	0.17–3.53
$\beta$ -HCG (MoM)	360	1.23 ( $\pm$ 1.03)	0.15–14.5
Doğum haftası	360	38+4 ( $\pm$ 1.4)	28+3–41+1
Doğum kilosu (g)	360	3322 ( $\pm$ 506)	1050–5000

MoM: Multiples of median.

**Tablo 2 (SB-27):** Ortalama uterin arter PI, PAPP-A ve  $\beta$ -HCG belirteçlerinin doğum kilosu ile korelasyon analizi.

Doğum Kilosu	R <sup>2</sup>	p
Ortalama uterin arter PI	-0.240	<0.001
PAPP-A (MoM)	0.045	0.398
$\beta$ -HCG (MoM)	-0.07	0.188

**Tablo 3 (SB-27):** Ortalama uterin arter PI, PAPP-A ve  $\beta$ -HCG belirteçlerinin doğum haftası ile korelasyon analizi.

Doğum haftası	R <sup>2</sup>	p
Ortalama uterin arter PI	-0.092	0.08
PAPP-A (MoM)	0.093	0.077
$\beta$ -HCG (MoM)	0.065	0.216

**Tablo 4 (SB-27):** Preeklampsi varlığının ortalama uterin arter PI, PAPP-A ve  $\beta$ -HCG belirteçleri üzerine etkisi.

Preeklampsi	Var	Yok	p-değeri
Ortalama Uterin Arter PI (Ort $\pm$ SD)	1.97 $\pm$ 0.37	1.92 $\pm$ 0.59	0.349
PAPP-A(MoM) (Ort $\pm$ SD)	0.96 $\pm$ 0.49	1.1 $\pm$ 0.58	0.379
$\beta$ -HCG (MoM) (Ort $\pm$ SD)	1 $\pm$ 0.6	1.24 $\pm$ 1.06	0.235

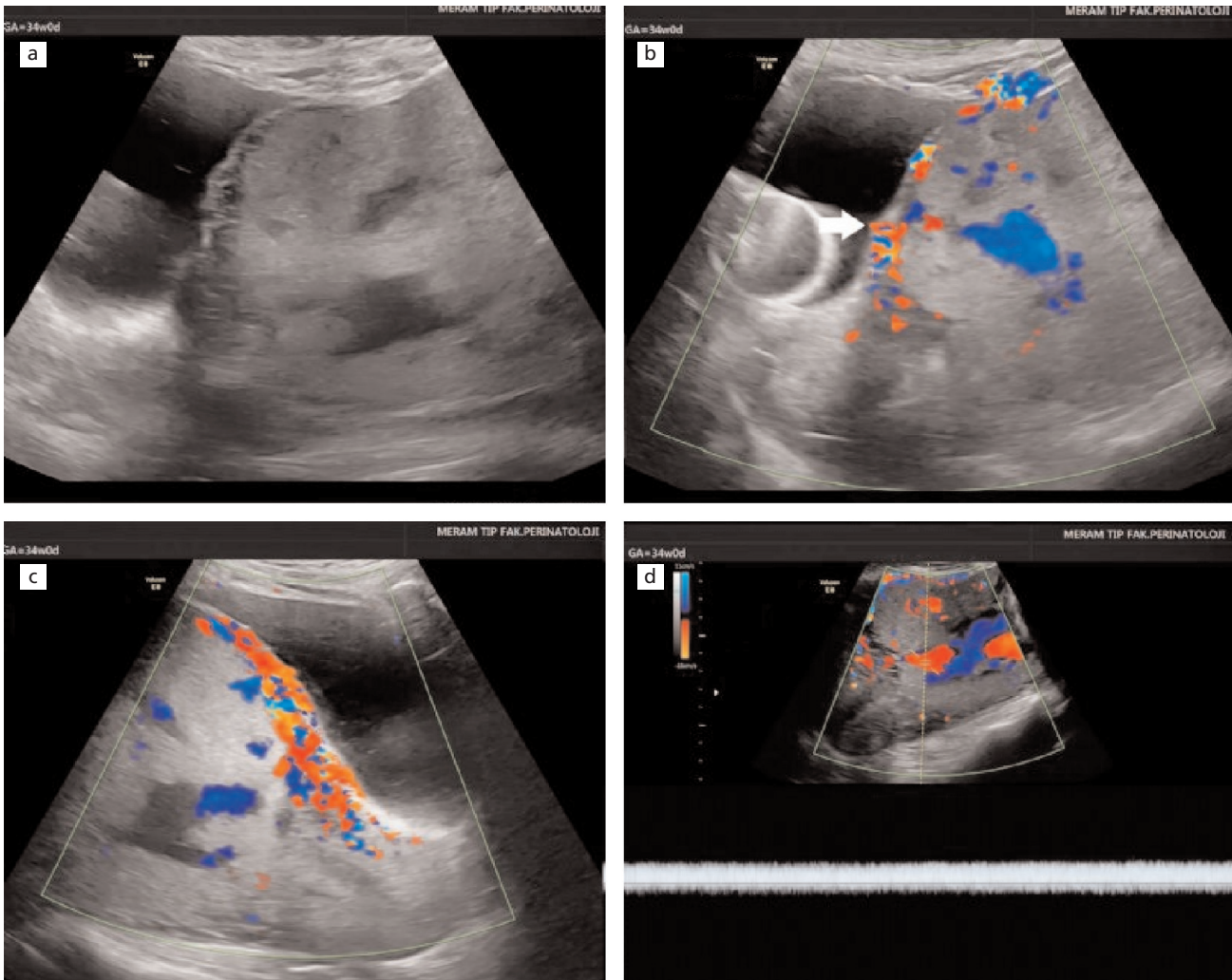
mak ciddi kanamalara ve kontrolsüz mesane yaralanmalarına neden olabilir. Burada veziko-istmik alanın diseksiyonu yapılmadan gerçekleştirilen SH tekniği anlatılmakta ve bunun için kullanılabilecek yeni bir cerrahi yaklaşım sunulmaktadır.

**Yöntem:** Konya Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı’nda Ocak 2007–Ocak 2017 tarihleri



arasında antenatal dönemde PP tanısı alan ve elektif şartlarda SH uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi (Şekil 1 SB-28). Mesane duvar invazyonu olan hastalara histerektomi yapılırken 2 farklı yöntem uygulandı. Bir grup hastaya SH'ye parsiyel mesane rezeksiyonu (PMR) eklenirken, diğer gruba veziko-istmik alan diseksiyonu yapılmaksızın SH ve veziko-istmik sütür (VIS) uygulanmıştır. Her iki yöntemin ameliyat süreleri, ameliyat öncesi ve sonrası hemogloblin değerleri, kan transfüzyon ihtiyaçları, hastanede kalış süreleri karşılaştırılmıştır. Cerrahi teknik: PP ön tanısı olan tüm hastalara ameliyat öncesinde sistoskopiyle bilateral üreter kateterleri yer-

leştirildi (Şekil 2 SB-28). Tüm PP şüphesi olan hastalarda ortahat abdominal insizyon kullanılmıştır. Fundal insizyon yoluyla fetüsün çıkarılmasından sonra, plasenta in-situ olarak yerinde bırakılıp insizyon kapatıldı. Ligamentum ovarii proprium klemplendi, kesildi ve bağlandı. Uterin arter klempleme alanını belirlemek üzere, üstte veziko-istmik alana müdahale etmeden mesane trigonuna doğru ilerlendi. Uterin arterleri klemplemeden önce, servikal seviyeyi belirlemek için kibar bir vajinal muayene ile serviko-istmik geçiş bölgesi belirlendi. Bilateral uterin arterler bu seviyeden klemplendi. Bu aşamada yetersiz mesane diseksiyonu olan hastalarda iki fark-

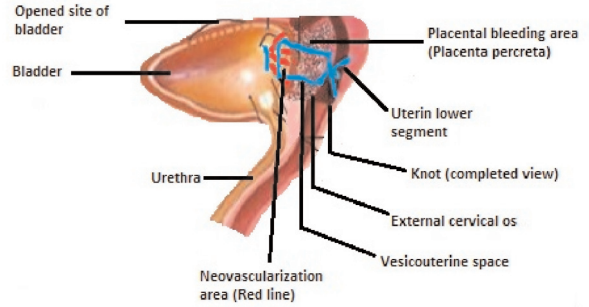


**Şekil 1 (SB-28):** Gebeliğin 34. haftasında plasenta perkreta olgusunun ultrason bulguları. Bulgular, mesaneye invazyon açısından oldukça şüphelidir. (a) Bu muayene sırasında mesane iyi şişirilmiştir; bununla birlikte, kubbe yakınındaki mesaneye doğru uzanan düzensiz yumuşak doku ve anterior miyometriyumdan mesane bölgesine geçen birkaç belirgin damarın ortaya çıktığı görülmektedir. (b) Beyaz ok, mesane invazyonu lehine köprü damarları göstermektedir. (c) Serosa-mesane ara yüzünde hipervaskülarizasyon görülmektedir. (d) Renk akım Doppler çalışmasında hipervasküler dinamik akım (>10 cm/sn) gösteren plasental lakün izlenmektedir.

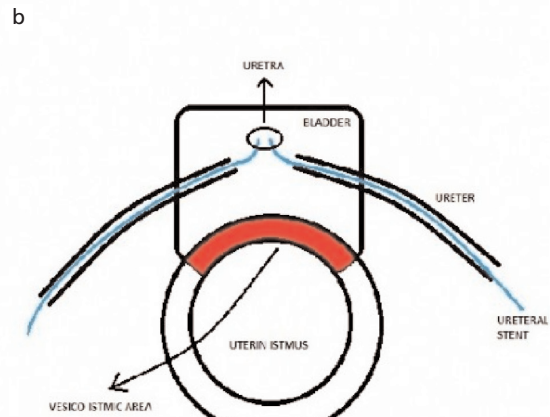
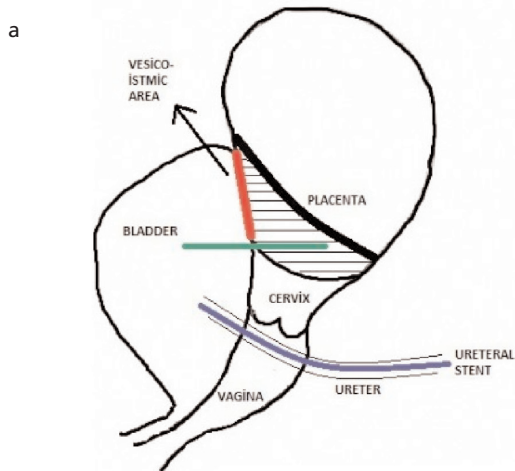


**Şekil 2 (SB-28):** (a) Mesane mukozasındaki vaskülarizasyonu gösteren sistoskopi görüntüsü. (b) Bilateral üreteral kateterizasyon.

lı yöntem kullanıldı. Öncelikle bu hastalarda mesane fundusundan 3 cm'lik sistotomi yapıldı (Şekil 3 SB-28). Bu aşamada VİS uygulanacak hastalara, önceki sezaryen kesi yerinden ikinci bir kesi yapıldı ve plasenta çıkarıldı. Üreter kateterleri yardımıyla mesaneye üreter girişini koruyarak intrakaviter sütür konuldu (Şekil 3 SB-28). Bunu takiben, istmus posteriora doğru dairesel olarak kesildi ve SH tamamlandı. PMR yapılan hastalardaysa, mesane ve serviks arasındaki perkreta bölgesinin alt sınırı tanımlanmıştır (Şekil 4 SB-28). Klempler her iki tarafta uterin arter altına yerleştirdikten sonra, histe-rektomi tamamlanmıştır.



**Şekil 3 (SB-28):** Mesanenin bilinçli olarak açıldığı ve veziko-istmik sütürün konulduğu bölge.



**Şekil 4 (SB-28):** (a) PMR tekniğinde, veziko-istmik alanın alt sınırı yeşil çizgi ile gösterilmiştir. (b) Vesico-istmik alanının horizontal planda temsili görünümü.

**Bulgular:** Mesane invazyonu olan 19 hastaya SH uygulandı. Oniki olguya SH+VIS ve diğer 7 hastaya SH+PMR uygulandı. Her iki gruptaki hastaların demografik verileri ve cerrahi sonuçları Tablo 1 ve 2 SB-28'de gösterilmiştir. SH+PMR grubunda ameliyat süresi  $96.6\pm 13.0$  dk, SH+VIS grubunda  $86.9\pm 8.6$  dk idi ( $p=0.25$ ). Gruplar arasında ortalama hastanede kalış süreleri farklı değildi (SH+VIS grubunda  $4.1\pm 2.8$  gün, SH+PMR grubunun  $5.1\pm 3.5$ ;  $p=0.49$ ). Preoperatif hemoglobin değerlerinde iki grup arasında fark yoktu. Postoperatif hemoglobin ve kan transfüzyonu sayısı iki grup arasında anlamlı fark yoktu (SH+VIS ve SH+PMR gruplarında sırasıyla  $2.5\pm 0.5$  g/dl'ye karşılıklı  $2.8\pm 0.4$  g/dl;  $p=0.51$ ,  $2.85\pm 2.1$ 'e karşılıklı  $2.55\pm 2.2$ ;  $p=0.55$ ).

**Sonuç:** VIS tekniği, mesane invazyonu olan PP vakalarında veziko-istmik alanın diseksiyonu, buna bağlı gelişecek kanamalar ve kontrolsüz mesane yaralanmalarından uzak kalarak ciddi bir cerrahi tecrübe gerektirmeksizin SH yapılmasında etkili ve ümit verici bir yöntemdir.

**Anahtar sözcükler:** Mesane invazyonu, plasenta percreta, veziko-istmik sütür.

## SB-29

### Plasenta previa totalis anterior-posterior fark eder mi?

Fatih Mehmet Fındık

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

**Amaç:** Plasenta previa totalis sezaryen oranlarının arttığı ülkemizde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu hastalık fetal ve maternal mortalite ve morbidite açısından önemini artırmaktadır. Özellikle sezaryen geçmişi olan ve invazyon anomalisi olduğu düşünülen hastalarda risk artmaktadır ve bu hastalarda önerilen 34. gebelik haftasında sezaryen histerektomidir. Bu çalışmanın amacı histerektomi yapılmayan hastalarda totalis kısmının anterior ya da posteriordan olduğunu ultrasonografi ile gösterilmesinin öneminin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmaya hastanemize 2017 yılı son 6 ayında başvuran 42 plasenta previa totalis hastası dahil edildi. Hastaların hepsinin geçmişinde en az bir sezaryen öyküsü mevcuttu. Hastaların tamamının primer cerrahi aynı idi. Hastalar grup 1 (plasenta anteriordan totalis olan hastalar), ve grup 2 (plasenta posteriordan totalis olanlar) olarak iki gruba ayrıldı. Grup 1: 26, Grup 2: 16 hastadan oluşmaktadır. Gruplar arasında yaş, gebelik haftası ve gravida gibi verilerin yanı sıra ameliyat süresi, kullanılan sütür sayısı ve ameliyat esnasında ki kanama miktarında fark olup olmadığına bakıldı.

**Bulgular:** Grup 1 yaş ortalaması  $32.81\pm 5.08$ , Grup 2 yaş ortalaması  $29.88\pm 4.88$  olup gruplar arası fark yoktu. Gebelik hafta-

**Tablo 1 (SB-28):** VIS ve PMR hasta gruplarının demografik verilerinin karşılaştırılması.

	SH+VIS (n=12)	SH+PMR (n=7)	p- değeri
Anne yaşı, yıl	34.0±5.9	35.7±4.7	0.55
Gravida	5.3±1.5	4.8±1.2	0.45
Parite	4.1±1.1	4.0±1.0	0.51
Doğumdaki gebelik yaşı, hafta	34.2±1.5	35±1.1	0.53
VKI (kg/m <sup>2</sup> )	26.1±2.0	27.5±2.7	0.56
Geçirilmiş sezaryen sayısı, n (%)	3.3±1.0	2.9±1.1	0.39

**Tablo 2 (SB-28):** VIS ve PMR hasta gruplarının ameliyat öncesi ve sonrası verilerinin karşılaştırılması.

	SH+VIS (n=12)	SH+PBR (n=7)	p- değeri
Ameliyat öncesi hemoglobin değeri, g/dl	10.61±1.4	10.47±1.5	0.52
Ameliyat sonrası hemoglobin değeri, g/dl	8.5±1.1	8.2±1.2	0.49
Hb drop (g/dl)	2.5±0.5	2.8±0.4	0.51
Ameliyat süresi, dakika	86.9±8.6	96.6±13.0	0,25
Hastanede kalış süresi, gün	4.1±2.8	5.1±3.5	0.49
Kan transfüzyonu, ünite	2.85±2.1	2.55±2.2	0.55

si olarak Grup 1:  $35.3\pm 1.58$ , Grup 2:  $36\pm 0.91$  hafta olarak geldi ve gruplar arası anlamlı fark gözlenmedi. Ameliyat süresi Grup 1:  $53.04\pm 14.35$  dakika, Grup 2:  $44.44\pm 14.74$  dakika olarak bulundu ve gruplar arası fark anlamlı idi ( $p=0.05$ ). Kullanılan sütür miktarı Grup 1:  $8.85\pm 1.97$ , Grup 2:  $7.69\pm 1.53$  olarak bulundu ve  $p=0.042$  anlamlı idi. Diğer veriler Tablo 1 SB-29'da gösterilmiştir.

**Sonuç:** Çoğu genç yaşta olan plasenta previa totalis (özellikle invazyonlu) tanıları hastalar histerektomi yapılmaksızın ameliyat edilebilir mi? Histerektomi yapılmadan opere edilen bu hastalarda gruplar arasında ameliyat süresi, kullanılan sütür miktarı açısından anlamlı bir fark izlendi. Ayrıca anteriordan totalis olan hastalarda kan ihtiyacının da anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bu çalışmada görülmektedir. Ameliyat öncesi gerekli kan ihtiyacı hazırlığı yapıldıktan sonra ameliyatın planlanması gerekmektedir. Ayrıca bu hastaların plasenta lokalizasyonu sadece totalis olması açısından değil, anterior ya da posteriordan totalis olması açısından da önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Plasenta previa totalis, histerektomi, plasenta lokalizasyonu.

**Tablo 1 (SB-29).** Hastaların verileri.

	Grup 1		Grup 2		p
	Ortalama ±SD	Min-max	Ortalama±SD	Min-max	
Yaş	32.81±5.0	22–40	29.88±4.8	22–38	0.07
Gravida	4.48±1.5	2–9	3.13±1.2	2–6	0.007
Gebelik haftası	35.3±1.5	31.2±37	36.05±0.9	35–38.4	0.44
Sezeryan sayısı	2.85±1.0	1–4	1.56±0.8	1–3	0.000
Ameliyat süresi (dk)	53.04±14.3	30–90	44.44±14.7	28–72	0.05
Kullanılan sütür sayısı	8.85±1.9	5–13	7.69±1.5	5–11	0.042
Kanama miktarı (ml)	780.77±666.9	100–2600	490.63±375.1	50–1100	0.157
APGAR 1. dakika	5.27±1.4	3–8	5.94±1.1	4–9	0.2
APGAR 5. dakika	7.81±1.0	6–10	8.13±1.0	7–10	0.4
Bebek kilo (g)	2632.12±468.1	1600–3700	2705.67±322.2	2250–3300	0.904
Eritrosit replasmanı (ünite)	0.73±1.0	0–3 (11 hasta)	0.19±0.7	0–3 (1 hasta)	0.02
Yatış süresi	2.19±0.5	2–4	2.0±0	2	0.164

**SB-30****11–14 gebelik haftalarında bipariyetal çap nomogramı**

Koray Özbay

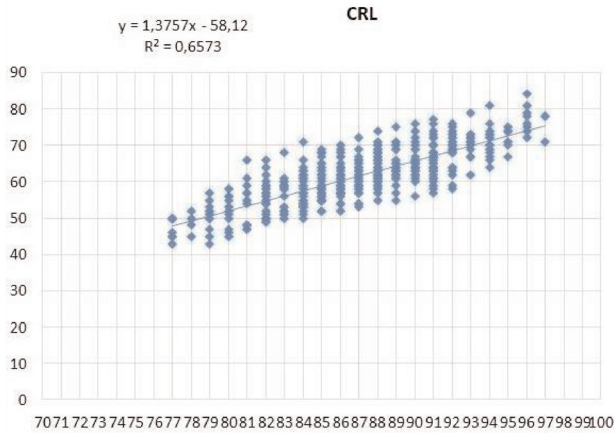
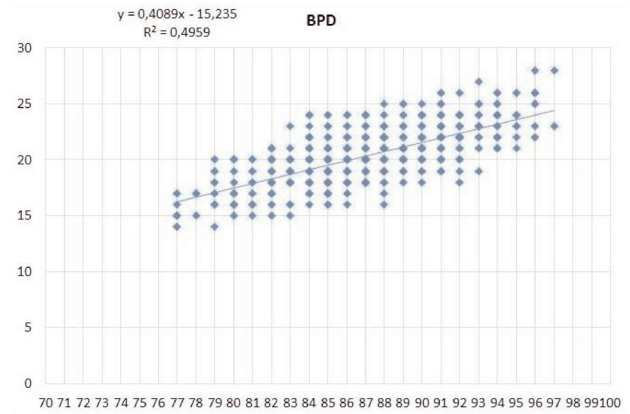
*Memorial Şişli Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

**Amaç:** Çalışmamızda 11–14 haftalar arasında bipariyetal çapın (BPD) gebelik günü ve haftası ile ilişkilerinin araştırılması ve nomogramlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 11–14 gebelik haftaları arasında tarama testi yapılan 592 hastanın biyometrik ölçümleri; baş popo mesafesi (CRL) ve BPD retrospektif olarak değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde SPSS 20.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldı. CRL ve BPD ölçümlerinin gebelik günleri ile olan ilişkileri lineer regresyon analizi ile değerlendirildi.

dirildi. Gebelik haftasına göre BPD nomogramı hesaplandı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi

**Bulgular:** Çalışmamıza 592 hasta dahil edildi. Hastalarımızın yaş ortalaması  $31.2 \pm 3.8$ , ortalama gebelik günü  $87.1 \pm 4.2$ , BPD ölçümü  $20.4 \pm 2.4$  mm, CRL ölçümü  $61.8 \pm 7.1$  mm olarak saptandı. CRL ölçümlerinin gebelik günleri ile ilişkisi lineer regresyon analizi ile incelendiğinde ( $CRL = 1.38 \times \text{gün} - 58.1$ ;  $R^2 = 0.657$ ,  $p < 0.01$ ) olarak belirlendi (Şekil 1 SB-30). BPD ( $BPD = 0.409 \times \text{gün} - 15.2$ ;  $R^2 = 0.496$ ,  $p < 0.01$ ) olarak hesaplandı (Şekil 2 SB-30). BPD'nin 11 hafta 0–6 gün de 50 persantil değeri 18 mm, 12 hafta 0–6 gün de 50 persantil değeri 20 mm ve 13 hafta 0–6 gün de 50 persantil değeri 23 mm hesaplandı. Tablo 1 SB-30'da 11–14 gebelik haftaları arasında BPD nomogramı verildi.

**Şekil 1 (SB-30):** CRL ölçümlerinin gebelik günleri ile ilişkisi.**Şekil 2 (SB-30):** BPD ölçümlerinin gebelik günleri ile ilişkisi.

**Tablo 1 (SB-30).** 11–14 gebelik haftalarında BPD nomogramı.

GH	BPD persantil						
	5	10	25	50	75	90	95
11 <sup>o-6</sup>	15.00	15.00	16.75	18.00	19.00	20.00	21.00
12 <sup>o-6</sup>	17.00	18.00	19.00	20.00	21.00	23.00	24.00
13 <sup>o-6</sup>	19.00	20.00	21.00	23.00	24.00	25.00	26.00

**Sonuç:** 11–14 gebelik haftalarında, gebelik günü ile BPD arasında anlamlı fakat orta düzeyde bir korelasyon saptandı. Bizim popülasyonumuzda anormal BPD ölçümlerin değerlendirilmesinde ve CRL ölçümü olmayan veya elde edilemeyen durumlarda çalışmamızda saptadığımız nomogram kullanılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Biparietal çap, gebelik haftası, nomogram.

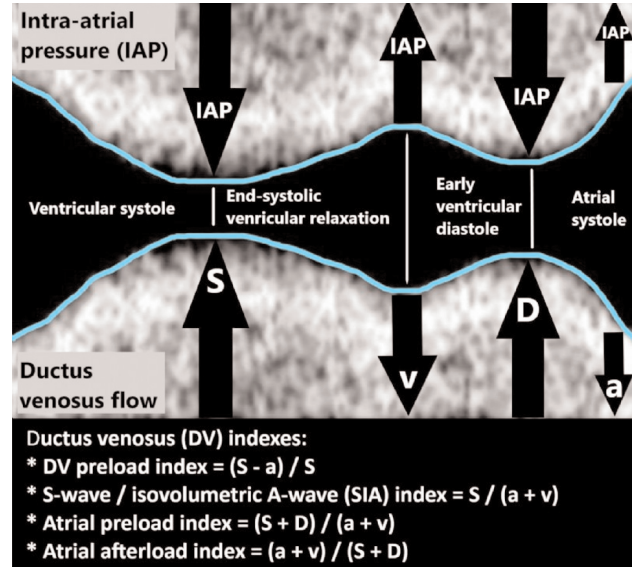
### SB-31

#### Ülkemizde komplike olmayan gebeliklerde ductus venosus nomogramları

Cemil Gürses<sup>1</sup>, Bekir Sıtkı İsenlik<sup>2</sup>, Burak Karadağ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Antalya; <sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Antalya

**Amaç:** Ductus venosus Doppler incelemeleri, erken gebelikte kromozomal anormallikler ve konjenital kalp hastalıklarının tanısında, ilerleyen haftalarda fetal kardiovasküler iyilik halinin takibinde kritik öneme sahiptir. Bazı ülkelerde doğum zamanının belirlenmesinde de kullanılmaktadır. DV spektral dalga formu tipiktir ve iki pik ve iki dip hız içerir; “S”, “v”, “D” ve “a”. Bu hızlar aslında bir kardiyak siklusta sağ atriumda gelişen basınç değişikliklerini yansıtır. “S” ventriküler kontraksiyonda, “v” end-sistolik izovolümetrik gevşemede, “D” ventriküler diastolde (ventriküllerin pasif hızlı dolumunda) ve “a” atrial sistolik kontraksiyondaki sağ atrium basıncını yansıtır (Şekil SB-31). Çalışmamızın amacı, ülkemizde normal gebeliklerde, ductus venosus kan akımında açığa bağımlı “S”, “v”, “D” ve “a” absolut hız değerleri ile bunlardan türetilen ve açıdan bağımsız PIV (pulsatility index for veins), PVIV (peak velocity index for veins), a/S, S/a, preload indeks (S-D/S) ve SIA indeks (PSV /



**Şekil 1 (SB-31):** Ductus venosus akımı ile intra-atrial basınç değişiklikleri arasındaki ilişki.

IRV+EDV) oranlarına ait değerlerin ortaya konmasıdır. Çalışmada ayrıca açıdan bağımsız iki yeni indeks belirlenmiş ve bunlara ait normal değerler hesaplanmıştır; atrial preload indeks ve atrial afterload indeks (Şekil 1 SB-31).

**Yöntem:** Prospektif çalışma Ocak 2016 ile Şubat 2018 arasında yürütülmüştür. 11 ile 40 haftalar arasındaki, postpartum Apgar skoru  $\geq 8$  ve ağırlığı 2500 gram üzeri fetüslere sahip 1028 tekil gebe dâhil edilirken ikiz, İUGR, preeklampsi, DM, anormali, makrozomi ve ölü doğum olguları hariç tutulmuştur. Tüm Doppler incelemeleri, Toshiba Applio 500 sistemde, 2–6

**Tablo 1 (SB-31).** Trimesterlere göre ductus venosusun kan akış hızları için referanslar.

M=Median	"S" _cm/s			"D" _cm/s			"a" _cm/s			"v" _cm/s		
	5th	M	95th	5th	M	95th	5th	M	95th	5th	M	95th
1.trimester (n=163)	24.8	36.7	51.6	21.2	31.8	47.2	5.4	10.9	20.4	15.9	26.8	40.1
2.trimester (n=526)	34.7	53.4	75.7	30.8	49.6	69.6	11.9	25.6	43.7	24.2	41.5	60.5
3.trimester (n=339)	33.7	56.6	83.8	30.8	52.6	76.8	17.6	31.9	52.6	25.1	44.4	66.3

MHz broadband konveks prob ile deneyimli ve Ductus Venosus ve Doppler uygulamaları için Fetal Medicine Foundation (FMF) sertifikası olan hekim tarafından (C.G., FMF ID: 127129), [Maiz ve ark (2008), Gürses C (2016), ISUOG practice guidelines (2013) ve Martins WP & Kiserud T (2013)] literatür önerilerine göre yapılmıştır. Tüm fetüslerde renkli Doppler görüntülemeleri için geniş bant tekniği (ADF - Advanced Dynamic Flow) kullanılmıştır. Tüm ölçümler ve görüntülemeler Sectra PACS (picture archiving and communication system) sistemine (Sectra AB, Teknikringen 20, SE-583 30 Linköping, Sweden) kaydedildi.

**Bulgular:** Gebelik haftasına göre tahmin edilen 5. ve 95. yüzdelik oranlara dayalı referans aralıkları oluşturuldu. Araştırma sırasında anne yaşı ortalaması  $28\pm 6.02$  idi. Trimesterlere göre duktus venosus kan akış hızları için tahmini referans aralıkları Tablo 1 SB-31’de gösterilmiştir.

**Sonuç:** Ülkemizin tüm bölgelerinden hasta kabul eden üçüncü basamak bir sağlık merkezinde yapılan ölçümlerle ülkemiz insanına ait duktus venosus absolut hız ve indekslerine ilişkin normal referans aralıkları belirlenmeye çalışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Ductus venosus, Doppler, ultrasonografi.

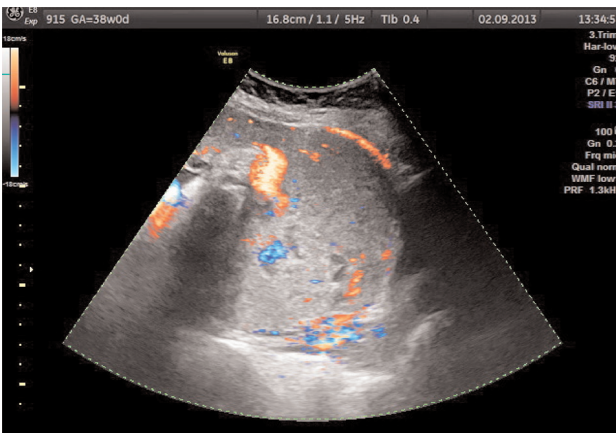
## SB-32

### Plasenta implantasyon anomalilerinde tam konservatif cerrahi

Ahmet Yalınkaya, Elif Ağaçayak, Mehmet Sait İçen, Pelin Değirmenci, Nizamettin Bozbay

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

**Amaç:** Tek cerrah tarafından sezaryen operasyonu gerçekleştirilen plasenta implantasyon anomalilerinde tam konservatif cerrahi yaklaşımı ve sonuçlarını sunmaktır.



**Şekil 1 (SB-32):** Total plasenta previa ve plasenta perkretanın renkli Doppler sonografide sagittal görünümü.

**Yöntem:** Bu çalışmaya yalnız deneyimli cerrah tarafından sezaryen operasyonu uygulanan hastalar dahil edildi. Olguların verileri preoperatif (preop) muayene kayıtlarından ve postoperatif (postop) hastane kayıtlarından bilgisayar veri ortamına kayıt edilerek oluşturuldu. Hastaların demografik özellikleri, gebelik haftaları, tanıları, genel durumları, gebelikte karşılaştıkları komplikasyonları, takip durumları, sezaryen durumları, preop ve postop kan kayıpları, kan transfüzyonları, operasyona bağlı komplikasyonları, maternal morbidite-mortalite durumları, hastanede kalış süreleri ve postnatal maternal iyileşme durumları incelendi.

**Bulgular:** Çalışma Haziran 2013 ile Haziran 2018 yılları arasında tek cerrah tarafından sezaryen operasyonları gerçekleştirilen 138 anormal plasenta implantasyon anomalileri kayıt edildi (Şekil 1 ve 2 SB-32). Bu gebeliklerin preop tanısı sırasıyla 4 (%2.89) yalnız total plasenta previa, 110 (%79.71) total plasenta previa ve plasenta invazyon anomalisi, geri kalan 25 (%18.11) olguda da total plasenta previa ve plasenta invazyon anomalisine ilave olarak gebelik prognozunu olumsuz etkileyen bazı risk faktörleri tespit edildi (Tablo 1 ve 2 SB-32). Gebelerin ortalama yaşı  $32.95\pm 4.60$  (22–43), gravidası  $4.60\pm 2.00$  (1–13), paritesi  $2.89\pm 1.61$  (0–11) ve sezaryen sayısı  $3.33\pm 1.10$  (0–6) idi. Olguların 9’una (%6.52) genel 129’una (%93.48) ise lokal (spinal) anestezi uygulandı. Yenidoğanların ortalama gebelik haftası  $35.47\pm 4.66$  (16–39 hafta) ve ortalama ağırlıkları ise  $2601.92\pm 813.42$  (85–4175) gram olarak bulundu. Ortalama preop hemoglobin (Hb) (g) ve hematokrit (Hct) (%) değerleri sırasıyla  $10.97\pm 0.66$  (6.1–14.68) ve  $34.37\pm 1.76$  (18.47–43.78), postop Hb ve Hct değerleri  $9.93\pm 1.52$  (6.0–13.5) ve  $30.22\pm 4.74$  (10.2–40.6) olarak bulundu. Olguların 35’ine (%25.36), toplam 84 ünite ve hasta başına ortalama  $0.60\pm 1.32$  (0–9) eritrosit süspansiyonu (ES) verildi. Olguların 52’si (%37.68) başta kanama olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı acil olarak operasyona alınırken, 86’sına (%62.31) da planlı se-



**Şekil 2 (SB-32):** Şekil 1 (SB-32)’deki olgunun total plasenta previa ve plasenta perkretanın intraoperatif görünümü.

zaryen uygulandı. Tüm hastalarda Pfannenstiel ve alt segment transvers izsizyonu ile doğumları gerçekleştirildi. Hiçbir hastaya histerektomi, damar ligasyonu veya başka radikal bir işlem uygulanmadı, ayrıca plasenta yerinde bırakılmadı. Operasyon sırasında bir hastaya apendektomi ve beş hastaya da myomektomi yapıldı. Olguların 98'ine sütürlerle hemostaz sağlandı, 11 olguya hemostaz ve Foley kateter uygulandı, 23 olguya hemostaz, Foley kateter ve sirküler sütür uygulandı. Atoni nedeniyle 2 olguya hemostaz, foley kateter ve ters U sütürü uygulandı. Histerotomi 4 hastaya uygulandı; birine hemostaz, ikisine hemostaz Foley kateter uygulandı. Bunların birinde spontan abdominal kanama ve mesane laserasyonu nedeniyle hemostaz ve onarım sağlandı. Batına girerken peritonun açılması sırasında 3 (%2.17) olguda 10–20 mm mesane yaralanması oluştu ve primer olarak onarıldı. Spontan abdominal kanama ve mesane la-

**Tablo 1 (SB-32):** Plasenta akreta tanısı ile birlikte gebelikleri süresince gelişen ve gebelik seyrini olumsuz etkileyen diğer risk faktörleri.

Risk faktörleri	n	%
İkiz gebelik	5	3.62
Intraabdominal hemoraji	4	2.89
Preterm prematür membran rüptürü	4	2.89
Polihidramniyoz	3	2.17
Fetal büyüme kısıtlılığı	3	2.17
Intrauterin mort fetüs	2	2.17
Nöral tüp defekti	1	1.44
Preeklampsi	1	1.44
HELLP Sendromu	1	1.44
Oligohidramniyoz	1	1.44

**Tablo 2 (SB-32):** Plasenta akreta olgularının demografik, klinik ve laboratuvar sonuçlarına ait veriler.

Hastaların verileri ve yapılan işlemler	Sonuçları
Ortalama maternal yaş	32.95±4.60
Ortalama gravida	4.60±2.00 (1–13)
Ortalama parite	2.89±1.61 (0–11)
Ortalama sezaryen sayısı	3.33±1.10 (0–6)
Ortalama gebelik yaşı (hafta)	35.47±4.66 (16–39)
Genel anestezi (n, %)	9 (%6.52)
Lokal (spinal) anestezi (n, %)	129 (%93.48)
Yenidoğan ağırlığı (n=143) (gram)	2601.92±813.42 (85–4175)
Planlı sezaryen sayısı	86 (%62.31)
Acil sezaryen sayısı (8'i non-viable)	52 (%37.68)
Tersiyer operasyon merkezi	81 (%59.39)
Sekonder operasyon merkezi	57 (%40.60)
Toplam verilen eritrosit süspansiyonu (ES) paketi	84
Kan transfüzyonu yapılan hasta sayısı	35 (%25.36)
Kan transfüzyonu ES paketi/hasta	0.61
Hastanede kalış süresi (ortalama) (gün)	1.90±1.14 (1–9)
Cerrahi komplikasyon mesane yaralanması	3 (%2.17)

serasyonu gelişen bir hastada vesiko-uterin fistül gelişmesi nedeniyle 3 ay sonra relaparotomi ve rekonstrüksiyon yapıldı.

**Sonuç:** Yeterli eğitim ve deneyimi olan cerrahlar tarafından plasenta implantasyon anomalileri olgularına tam konservatif cerrahi uygulanırsa, fertilitenin korunması ile birlikte maternal komplikasyonlar, kan transfüzyonunu, hastanede kalış süresi, maternal morbidite ve mortalite riskinin azalacağını düşünüyoruz. Eğer fertilitenin korunması gerekiyorsa tam konservatif cerrahinin uygulanmasını öneriyoruz

**Anahtar sözcükler:** Plasenta, implantasyon, anomalileri, tam konservatif, cerrahi.

### SB-33

#### 11–14 gebelik haftaları arasında intrakraniyel translusens genişliği

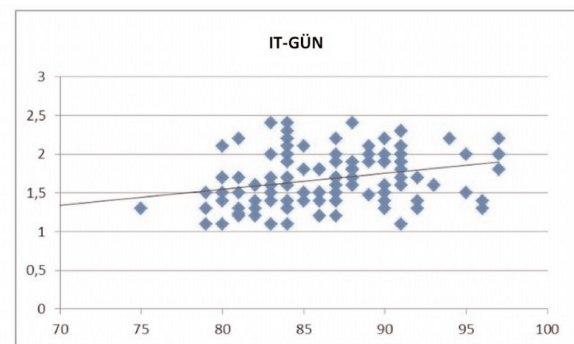
Resul Arısoy, Altuğ Semiz

Memorial Şişli Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Hastanemizde 11–14. gebelik haftaları arasında fetüsün intrakraniyal translusens (IT) genişliği ölçümlerinin değişkenler [(gebelik günü (GG), baş popo mesafesi (CRL) ve bipariyetal çap (BPD)] ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** 11–14 gebelik haftaları arasında 119 fetüs çalışmaya dahil edildi. Fetal biyometrik ölçümler transabdominal ultrasonografi ile yapıldı. Yapısal veya kromozomal anomali saptanan fetüsler çalışma dışı bırakıldı. IT genişliğinin gebelik günleri, CRL ve BPD ile olan ilişkileri regresyon analizi ile değerlendirildi. 11–14 gebelik haftasında IT genişliği nomogramı hesaplandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen gebeliklerde ortalama gün  $86.6 \pm 4.9$  saptandı. Ortalama CRL  $61.6 \pm 7.2$  mm, ortalama BPD  $20.7 \pm 2.3$  mm ve ortalama IT genişliği  $1.7 \pm 0.3$  mm. IT ile gebelik günü arasında zayıf pozitif fakat anlamlı bir korelasyon saptandı. Lineer regresyon analizinde;  $IT = GG \times 0.021 - 0.102$  ( $r = 0.30$ ;  $p < 0.01$ ) saptandı (Şekil 1 SB-33). IT ile CRL ve BPD arasında da



**Şekil 1 (SB-33):** IT genişliği ölçümlerinin gebelik gününe göre dağılımı

**Tablo 1 (SB-33).** 11–14 gebelik haftaları arasında IT genişliği nomogramı.

Hafta	Persantil						
	5	10	25	50	75	90	95
11 <sup>0-6</sup>	1.1	1.1	1.3	1.5	1.7	2.1	2.3
12 <sup>0-6</sup>	1.2	1.3	1.5	1.7	1.9	2.2	2.3
13 <sup>0-6</sup>	1.2	1.3	1.6	1.8	2.1	2.3	2.3

zayıf ama anlamlı bir korelasyon saptandı. 11–14 gebelik haftalarında IT genişliğinin persantil dağılımları Tablo 1 SB-33’de gösterildi. IT genişliğinin 50. persantil değeri 11 hafta 0–6 gün de 1.5 mm, 12 hafta 0–6 gün 1.7 mm ve 13 hafta 0–6 gün de 1.8 mm saptandı.

**Sonuç:** IT genişliği gebelik günü ile zayıf korelasyon göstermektedir. Gebelik haftalarına göre belirlenen IT genişliği persantil değerleri bizim popülasyonumuz için kullanımının uygun olabileceğini tespit ettik.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik günü-haftası, intrakraniyel transluens, nomogram.

### SB-34

#### İlk üçay kombine tarama testi sürecindeki uterin arter Doppler indeksleri travayda fetal distress nedenli primer sezaryen doğum ihtiyacını öngörebilir mi?

Gökhan Tosun

*İzmir Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İzmir*

**Amaç:** İlk üçay kombine tarama testi dönemindeki uterin arter Doppler indeksleri, plasentasyonun genel durumu ve iskemik-inflamatuar plasental komplikasyon gelişimi olasılıkları hakkında güçlü ipuçları sağlayabilmektedir. Fetüsün uterin kontraksiyonlara ikincil perfüzyon değişkenliklerine dayanıklılığının bir ölçütü olarak fetal distress, plasentasyon mimarisi ve niteliği ile doğrudan ilişkilidir.

**Yöntem:** Buca Doğumevinde 1 Ağustos 2016–1 Aralık 2017 tarihleri arasında yapılan 3.739 ilk üç ay tarama muayenesi kapsamında uterin arter Doppler pulsatilite (UtA PI) indeksleri ölçülmüş ve kaydedilmiştir. Gebeliğe ait komplikasyonları olan olgular çalışmadan dışlanmıştır. Retrospektif olarak, obstetrik sonuçlarına ulaşılan komplikasyonsuz gebeliklere ait termde doğum olgularının indeksleri çalışılmıştır. İlerlemeyen travay olguları 6–8 santimetre ve daha ileri açıklığa kadar distress geliştirmeden travay sürecinde kalabildiği için doğal kontrol olguları olarak seçilmiştir.

**Bulgular:** Termde vaginal doğum (n=1107) ve termde sezaryen doğum (n=886) yapan toplam 1.993 komplikasyonsuz gebelik mevcuttu. Ortalama UtA PI değerleri, fetal distress

(n=101) nedenli primer sezaryen grubunda, ilerlemeyen travay (n=73) nedenli primer sezaryen grubundan anlamlı olarak daha yüksek idi (2.09’a karşı 1.86; p=0.028). ROC analizlerinde iskemik-inflamatuar plasental hastalık öngörüsünde en başarılı kesme noktası olarak saptanan UtA PI değeri 2.04 baz alındığında ilk üçayda uterin arter penceresinden iskemik olduğu düşünülen olgu sayı ve oranları da fetal distress grubunda (43/101; %42.6) ilerlemeyen travay olgu grubundan (19/73; 26.0) daha yüksek idi (p=0.024). En sık görülen 5 primer sezaryen endikasyonu grupları arasında yapılan Dunn düzeltmeli Kruskal Wallis testinde ortalama UtA PI değerleri ise gruplararası farklı bulunmamıştır (p=0.100).

**Sonuç:** İlk üçayda bakılan uterin arter Doppler indeksleri plasentasyonun bir kalite göstergesi olarak travayda fetal distress ile sonuçlanacak olguların öngörüsünde yardımcı olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Fetal distress, primer sezaryen, uterin arter Doppler pulsatilite (UtA PI) indeksi.

### SB-37

#### Oksipital meningosele ayırıcı tanılarla yaklaşım

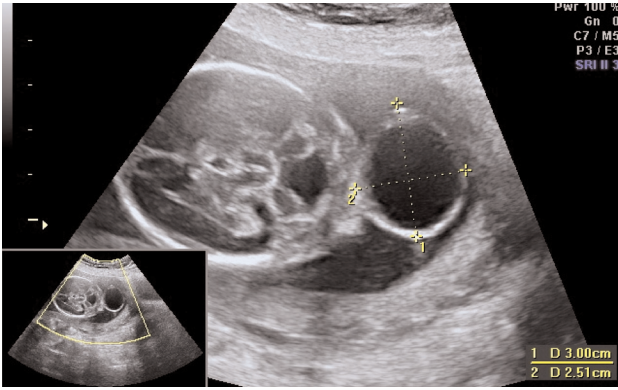
Ramazan Erda Pay, Uğur Keskin, Kazım Emre Kardeş

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara*

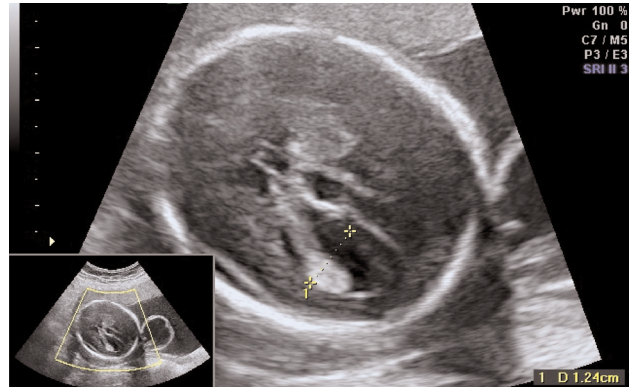
**Amaç:** Tüm konjenital anomaliler içerisinde en sık görülenlerden birisi merkezi sinir sistemi (MSS) anomalileridir. Nöral tüp defektleri (NTD), MSS malformasyonları içinde en sık olanıdır ve 1000 doğumda 1–2 oranında görülür. Uzun dönem takip yapılan çalışmalarda insidansın 100 doğumda 1 olacak kadar fazla görülebileceğinden bahsedilmektedir. Biz olgumuzda MSS defektlerinden biri olan oksipital meningosele ayırıcı tanılarıyla irdelemek istedik.

**Olgu:** 36 yaşında G2P1 olan gebe rutin kontrolünde 18. haftada bilateral hidrocefali izlenmiş olması nedeniyle detaylı MSS sonogramı açısından Perinatoloji birimine yönlendirilmiştir. Gebenin geçmiş tıbbi öyküsünde makat prezantasyon ve gebelik kolestazi nedeniyle sezaryenle doğum öyküsü ve günde 5 adet sigara içimi harici özellik arz eden bulgu gözlenmemiştir. Mevcut gebeliğinde farklı merkezde yapılan ilk trimester (ikili) tarama test sonucu düşük riskli olarak belirtilmiş, ikinci trimester



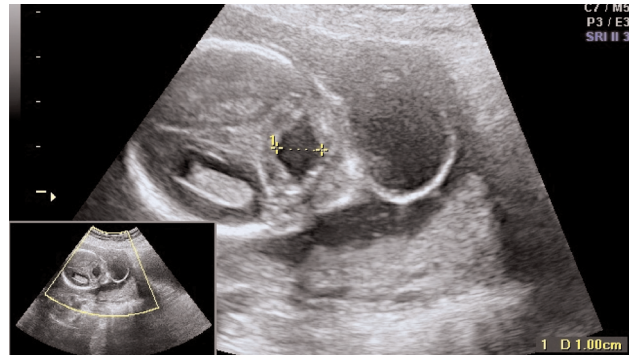


**Şekil 1 (SB-37):** Oksipital bölge meningesel görünümü (3x3 cm).

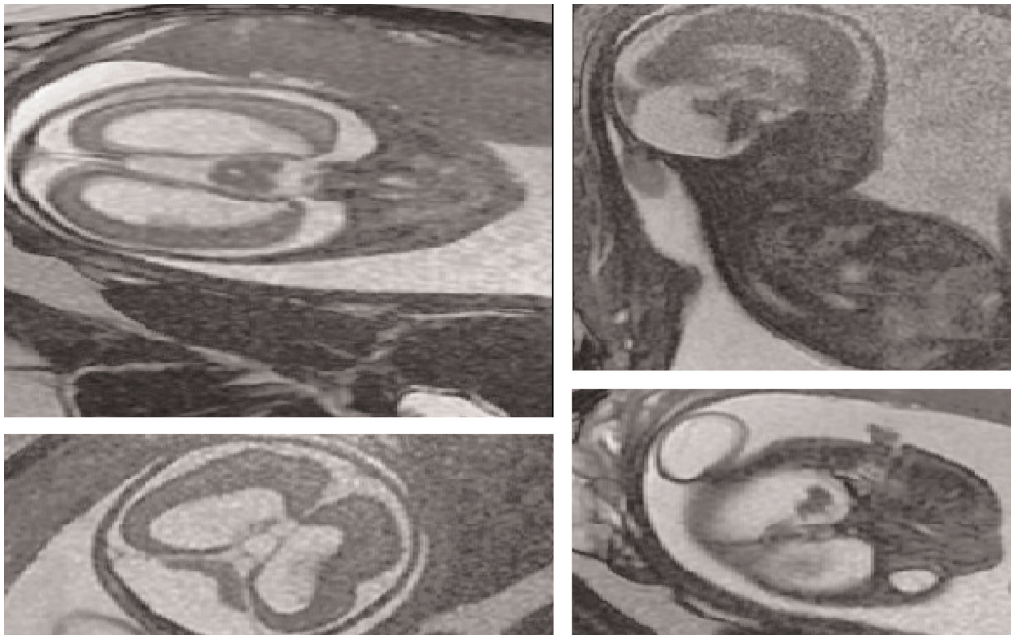


**Şekil 2 (SB-37):** Lateral ventrikül ölçümü (12 mm).

ter serum AFP düzeyi 2.1 MoM olarak saptanmıştır. Perinatoloji birimimiz kontrolünde SAT'a göre 18+1 gebelik haftasında olan gebenin biyometrisi 18–19 hf aralığında ölçülmüş oksipital bölgede yaklaşık 3 cm lik meningeselle uyumlu lezyon izlenmiş (Şekil 1 SB-37), lateral ventrikül ölçümü 12 mm izlenmiş (Şekil 2 SB-37) ve vermian agenezi izlenmiştir (Şekil 3 SB-37). Yapılan amniosentez işlemi karyotip analizi normal karyotip olarak rapor edilmiş, mikroarray hasta isteği ile yapılmamıştır. Diğer sistem taramalarında aktif lezyon izlenmemekle beraber ekstremitte hareketleri tabii izlenmiştir. Fetal MR görüntülemesinde “posterior fossada genişleme, oksipital meningesel, ventrikulomegali, incelmış korpus kallozum ile uyumlu görünüm” şeklinde raporlanmıştır (Şekil 4 SB-37).



**Şekil 3 (SB-37):** Posterior fossa genişlemesi.

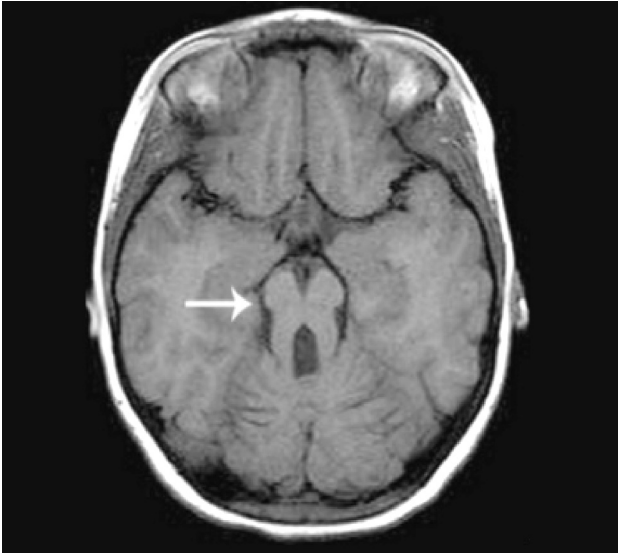


**Şekil 4 (SB-37):** Fetal MR bulguları ( Oksipital meningesel, vermian agenezi, ventrikulomegali, posterior fossa bulguları).



Şekil 5 (SB-37): Kistik higroma.

**Bulgular:** Sefalosel kafa içindeki yapıların kafatasındaki bir defektten herniasyonudur. Olguların çoğu oksipital kemik kaynaklıdır. Herniye olan yapı sadece meninkslere “kranial meningesel” terimi kullanılır. Sefaloselde genellikle BOS dolaşımı aksar ve hidrosefali meydana gelir. USG’de kafa çevresinde bir kitle izlendiğinde sefaloselden kuşkulunmalıdır. Ayrıca tanı olarak ciltaltı ödem veya kistik higroma ile kıyaslayacak olduğumuzda, kranial sefalosellere çoğunlukla ventrikulomegali eşlik eder. Kistik higroma ise boyuna yerleşir ve septumlarla bölünür duvarı kalındır (Şekil 5 SB-37). Me-gasisterna magna ile sisterna magna 10 mm genişliğinde ol-



Şekil 6 (SB-37): Joubert sendromu.

ması benzer yönü olsada Fetal MR’da vermiş agenezi DWM izlenmesi nedeniyle bu tanıdan da uzaklaşılır. Tanıda özellikle göz önünde bulundurulması gereken durumlardan biride Otozomal resesif geçişli olan Joubert sendromudur. Serebellar pediküllerin hipoplazisi nedeniyle oluşan ‘molar diş’ görünümü ve vermiş hipoplazisi nedeniyle 4. ventriküldeki “yarsa kanadı” görünümü ve polidaktili yüksek tanısal değere sahiptir (Şekil 6 SB-37). Ayrıca postnatal dönemde respiratuvar disregülasyon, hipotoni, ataksi ve gelişimsel gecikme ile seyrederek. Genellikle oksipital enfalosel ile seyretmekle birlikte meningesel ile eşlik ettiği olgularda bildirilmiştir.

**Sonuç:** Fetüsün MSS değerlendirmesinde USG kullanımıyla beraber seçilmiş olgularda MRG kullanımında tercih edilebilecek yöntemdir. MSS patolojilerinde tanı kısıtlılığının en önemli nedeni de beyin gelişiminin gebeliğin ikinci yarısından yenidoğan dönemine kadar uzanan bir süreç olmasıdır. Aile bilgilendirmelerinde de bu sürecin uzunluğu özellikle terminasyon önerilerinde aile-hekim arasında anlaşmazlık problemi doğurabilmektedir. Biz de bu olgumuzla ‘Oksipital meningesel’e yaklaşımları ayırıcı tanımlarla irdeleyerek daha doğru yönlendirmeye katkı sağlamaya çalıştık.

**Anahtar sözcükler:** Oksipital meningesel, vermiş agenezi, ventrikulomegali.

## SB-38

### Alt üriner sistem obstrüksiyonunda vezikoamniyotik şant uygulaması

Selahattin Kumru, Serdar Kaya

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

**Amaç:** Posterior üretral valv konjenital alt üriner sistem obstrüksiyonunun erkek infantlardaki en yaygın nedenidir, ciddi morbidite ve mortalite ile seyretmektedir. İnsidansı 1/2500–1/10.000 canlı doğumdur. Prenatal tanı ve uygun yönetim perinatal sonuçları iyileştirmektedir.

**Olgu:** 34 yaşında gravidası 2, paritesi 1 olan, 18. gebelik haftasında intrabdominal kitle ön tanısıyla perinatoloji kliniğimizde değerlendirilen hastanın yapılan ultrasonografik incelemesinde tüm batını dolduran ve anahtar deliği görünümü barındıran mesane ile uyumlu görünüm izlendi. Bilateral renal pelvisler ve üreterler belirgin dilate ve amniyotik sıvı normal sınırlarda izlendi. Hastanın takiplerinde oligohidramniyos, mesane boyutlarında ve üreteropelvik dilatasyonda artış izlenmesi üzerine 3 kez ardışık vezikosentez yapılarak idrar analizi gerçekleştirildi. Fetal üriner analizde iyi prognoz saptandıktan sonra (Tablo 1 SB-38) 23. gebelik haftasında rejyonal anestezi altında ve ultrasonografi eşliğinde vezikoamniyotik şant (VAS) yerleştirildi. Şant sonrası takiplerinde mesane boyutları ve amniyotik sıvısı normal sınırlarda izlendi (Şekil 1

**Tablo 1 (SB-38):** Olgunun fetal üriner analiz değerleri.

Analit	Sonuç	İyi Prognoz	Kötü Prognoz
Sodyum	64.9 mmol/L	<90 mmol/L	>100 mmol/L
Klor	56.1 mmol/L	<80 mmol/L	>90 mmol/L
Kalsiyum	1.34 mg/dL	<7 mg/dL	>8 mg/dL
Osmolalite	166 mmol/L	<180 mmol/L	>200 mmol/L
B2-mikroglobulin	5.6 mg/dL	<6 mg/L	>10 mg/L
Total protein	18.4 mg/dL	<20 mg/dL	>40 mg/dL

SB-38) ve üreteropelvik dilatasyonda gerileme gözlemlendi (Şekil 2 SB-38). 33. gebelik haftasında amniyon sıvısı ve mesane boyutları normal olarak değerlendirilen hastanın 34. gebelik haftasındaki kontrol muayenesinde şantın disloke olduğu, mesane boyutlarının arttığı ve oligo-anhidramniyos geliştiği görüldü. Yenidoğan ve pediatrik nefroloji konseyinde doğum kararı alındı. 2100 g, 9/10 Apgarlı erkek bebek doğurtuldu. Postpartum erken dönemde ve 2. ayda yapılan cerrahi sonrasında renal fonksiyonları normal seyretti.

**Bulgular:** Konjenital alt üriner sistem obstrüksiyonu pulmoner hipoplazi ve neonatal ölüme neden olan ciddi oligohidramniyosla sıklıkla birliktelik gösterir. Hayatta kalan olguların %25–30’unda 5 yaşına kadar diyaliz ve renal transplantasyon gerektiren son dönem böbrek yetersizliği gelişmektedir. Postnatal müdahale üriner obstrüksiyonu düzeltmesine rağmen obstrüksiyona bağlı gelişen pulmoner hipoplazi ve renal hasar için genellikle geç kalınmış bir prosedür olarak değerlendirilmektedir. İn-utero perkütan VAS bu tür vakalarda günümüzde en yaygın antenatal tedavi seçeneği olarak görünmektedir. Yaşam oranlarını artırmasına rağmen VAS’ın uzun dönem renal fonksiyonlar üzerine etkisi tartışmalıdır. Olgu-

ların %40’ında işleme bağlı komplikasyon bildirilmiştir. VAS 18. gebelik haftasından sonra oligo-anhidramniyos gelişen ancak renal displaziye ait ultrasonografik bulgusu olmayan, ardışık fetal idrar örnekleme iyi prognozlu olan Evre 2 hastalara önerilmektedir. Amniyotik sıvının normal sınırlarda olduğu Evre 1 hastalara ve aynı zamanda renal displazi ve anormal fetal idrar örnekleme olan Evre 3 hastalara önerilmektedir. Pulmoner gelişimin hayati öneme sahip olduğu 16–18. gebelik haftalarında VAS uygulanarak oligohidramniyosun tedavi edilmesinin pulmoner hipoplazi gelişimini önlediği, perinatal mortaliteyi azalttığı bildirilmiştir. Ancak işlem uzun dönem renal sonuçları belirgin değiştirmemiştir. Renal parankimal hasarın tanı esnasında geliştiği ve geri dönüşümsüz olduğu düşünülmektedir. Antenatal müdahale için hastalığın ciddiyetine dair daha tanımlayıcı skorlama sistemlerinin ya da kalıcı hasar gelişmeden müdahaleden fayda görebilecek hastaların seçimi için daha net tanımlayıcı kriterlerin geliştirilmesi müdahalenin gelecekteki başarısını artıran etkenler olarak gözükmemektedir.

**Sonuç:** Posterior üretral valv, alt üriner sistem obstrüksiyonunun sık görülen bir nedenidir, ciddi morbidite ve mortali-

**Şekil 1 (SB-38):** Şant uygulaması sonrası normal boyutlarda fetal mesane içerisinde şantın görünümü ve normal amniyotik mayi.**Şekil 2 (SB-38):** Mesane içerisinde şantın ve gerilemiş pelvikalkiksiyel dilatasyonun görünümü.

te ile birliktelik gösterir. Prenatal tanı ve aileye danışmanlık verilerek uygun hastalarda yapılan müdahale pre-postnatal mortalite ve morbiditeyi azaltmakta yararlıdır.

**Anahtar sözcükler:** Alt üriner sistem obstrüksiyonu, posterior üretral valv, vezikoamniyotik şant, oligohidroamniyos.

## SB-39

### Komplike monokoryonik gebelikler indometazinin neden olduğu fetal duktus arteriosus konstriksiyonuna daha mı duyarlıdır? İkizden ikize transfüzyon sendromu nedeniyle lazer cerrahisi yapılan iki olgu

Hakan Erenel<sup>1</sup>, Cihat Şen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>Memorial Babçelievler Hastanesi, Perinatal Tanı ve Tedavi Merkezi, İstanbul

**Amaç:** İndometazin preterm eylem durumlarında ilk olarak 1970 yılında kullanılmış olan prostaglandin sentetaz inhibitörüdür. İndometazin kullanımı fetal duktus arteriosus konstriksiyonunun en önemli nedenidir. Kliniğimize başvuran lazer cerrahisi geçirmiş olan 20 ve 24. gebelik haftasındaki ikizden ikize transfüzyon sendromu (TTTS) tanılı indometazine bağlı duktus konstriksiyonu gelişen iki olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu 1:** Hasta gebeliğin 24. haftasında tarafımıza TTTS tanısı ile refere edildi. Quintero Evre 3 TTTS tanı kondu. Alıcı fetüste duktus venozus a dalgası negatif olarak izlendi. Plasental lazer cerrahisi planlandı. Operasyon sonrası düzenli kontraksiyonları olan hastaya rektal 100 mg indometazin tek doz olarak uygulandı. Postoperatif 1. ve 2. gün birer doz daha verildi. Postoperatif 3. gün yapılan muayenede donör ikiz

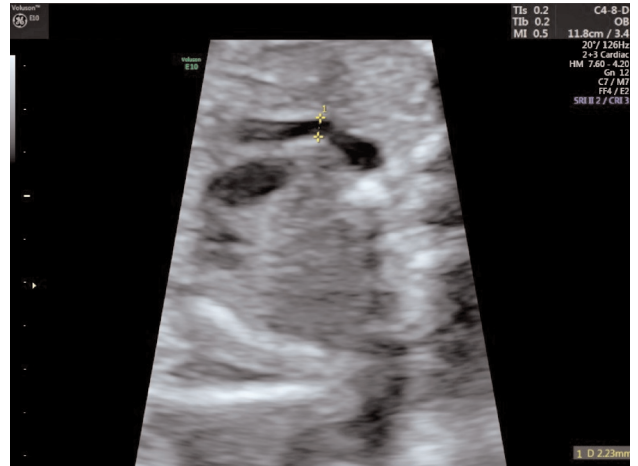
eşinde plevral effüzyon, asit, artmış ense kalınlığı, oligohidramnios, triküspit regürjitasyonu ve negatif duktus venozus a dalgası saptandı. Alıcı fetüs Doppler parametrelerinde patolojik akım yoktu. Duktus arteriosus detaylı muayene edildiğinde transvers çap 1.49 mm (<5. persantil) olarak ölçüldü (Şekil 1 SB-39). Duktus arteriosusta turbulan akım veya aliasing bulgusu yoktu. Peak sistolik ve diastolik velositeler sırasıyla 69 ve 6 cm/sn olarak ölçüldü. İndometazin tedavisi kesildikten sonraki gün duktus venozus a dalgası pozitifleşti ve devam eden muayenelerde duktus arteriosus normal çapına ulaştı (Şekil 2 SB-39). Gebeliğin 35. haftasında sezaryen doğum ile 2200 gram ve 2100 gram erkek bebekler doğurtuldu.

**Olgu 2:** Gebeliğin 20. haftasında tarafımıza refere edilen olguya evre 2 TTTS tanısı konuldu. Plasental lazer cerrahisi uygulandı. İşlem sonrası kontraksiyonları engellemek amacıyla tek doz rektal indometazin uygulandı. Postoperatif 1. gün kontrol muayenesinde donör ikiz eşinde triküspit regürjitasyonu ve duktus konstriksiyonu geliştiği gözlemlendi. Duktustaki daralma belirgindi (Şekil 3 SB-39). Peak sistolik velosite 149 cm/sn olarak ölçüldü. Postoperatif 3. gün muayenesinde duktus arteriosus normal görünümündeydi (Şekil 4 SB-39). Taburcu edilen hasta 2 gün sonra kontraksiyonlar ile başvurdu 21. gebelik haftasında doğum gerçekleşti.

**Bulgular:** Literatürde indometazin ve duktus konstriksiyonu ile ilgili birçok vaka bildirilmiş olsa da bu kadar erken gebelik haftasında ve komplike monokoryonik gebeliklerde bildirilmiş olgular yoktur. Literatürde duktus konstriksiyonu için tanımlanmış ultrason ve Doppler kriterleri mevcuttur bunlar; (a) renkli Doppler ile hem sistol hem de diastolde duktal bölgede turbulan akım olması (b) sistolik velosite  $\geq 1.4$  m/sn (c) diastolik velosite  $\geq 0.3$  m/sn. İlk vakamızda bahsedilen Doppler kriterleri olmasa da daralma belirgin şekilde göste-



Şekil 1 (SB-39): Olgu 1'de duktus arteriosustaki konstriksiyon.



Şekil 2 (SB-39): Olgu 1'de duktus arteriosustaki konstriksiyon gerildikten sonra.



**Şekil 3 (SB-39):** Olgu 2'de duktus arteriosustaki konstriksiyon.

rilmiştir. Doppler kriterlerinin görülmemesinin nedeni tanımlanan kriterlerin muhtemelen 3. trimester için olması ve aslında ikinci trimesterde duktus arteriosus velosite için referans aralıklarının üçüncü trimesterden daha düşük olması ile alakalı olabilir. Her iki olguda da tablonun donör ikiz eşinde gelişmiş olması donör ikiz eşinin rölatif olarak daha hipoksik bir durumda olmasıyla ilişkili olabilir.

**Sonuç:** 20. gebelik haftası gibi erken bir gebelik haftasında ve aynı zamanda TTTS olan bir vakada gelişen duktus konstriksiyonu ile ilgili literatürde veri yoktur. Dolayısıyla komplike monokoryonik gebeliklerde indometazin çok dikkatli kullanılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Konstriksiyon, duktus arteriozus, indometazin, preterm doğum, ikizden ikize transfüzyon sendromu.

## SB-40

### Tersiyer bir merkezde 121 konjenital anomali olgusunun analizi

Rezan Buğday, Senem Yaman Tunç, Mehmet Sait İçen, Gülten Çirkin Tekeş, Ahmet Yalınkaya

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

**Amaç:** Kliniğimize konjenital anomali tanısı ile yatırılan 121 olgunun klinik ve demografik özelliklerini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Bu çalışmaya retrospektif olarak Ocak 2017 ile Haziran 2018 tarihleri arasında konjenital anomali tanısı konulan ve gebelik terminasyonu için kliniğimize yatırılan olgular dahil edildi. Hastaların yaş, gravida, parite, gebelik haftası, ultrasonografik bulguları, doğum şekli, doğumdaki gebelik haftası gibi verileri hasta dosyaları ve hastane bilgi sistemi ar-



**Şekil 4 (SB-39):** Olgu 2'de duktus arteriosustaki konstriksiyon geriledikten sonra.

şivi incelenerek elde edildi. Gebelik haftası  $\leq 20$  veya  $\leq 500$  gram gebelikler abortus olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya fetal anomali saptanan toplam 121 olgu dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması  $28.97 \pm 6.72$  (16–46) olarak bulundu. Anne yaşına göre  $\geq 20$  yaş 9 (%7.43) olgu, 21–30 yaş arası 66 (%54.54) olgu,  $\geq 31$  yaş ise 46 (%38.01) olgu tespit edildi (Tablo 1 SB-40). Gravida ortalaması  $3.84 \pm 2.59$  (1–11) idi ve 2 (%1.65) olguda ikiz gebelik tespit edildi. Tanı anında ortalama gebelik haftası  $30.34 \pm 8.13$  (10–40) olarak bulundu. Gebelik haftalarına göre olguların dağılımı sırasıyla  $\leq 20$  hafta 19 (%15.70), 21–24 hafta arasında 9 (%7.43), 25–28 hafta arasında 13 (%10.74) ve  $\geq 29$  hafta ise 80 (%66.11) olarak bulundu (Tablo 2 SB-40). Fetüslerin 60'ının (%49.58) erkek, 58'inin (%47.93) kız ve 3'ünün (2.47)

**Tablo 1 (SB-40):** Fetal anomalilerin anne yaşına göre dağılımı.

Yaş aralığı	Olgu sayısı (n)	Oran (%)
$\leq 20$ yaş	9	7.43
21-30 yaş	66	54.54
$\geq 31$ yaş	46	38.01
Toplam	121	100

**Tablo 2 (SB-40):** Fetal anomalilerin gebelik haftalarına göre dağılımı.

Hafta	Olgu sayısı (n)	Oran (%)
$\leq 20$ hafta	9	7.43
21-24 hafta	9	7.43
25-28 hafta	13	10.74
$\geq 29$ hafta	80	66.11
Toplam	121	100

**Tablo 3 (SB-40):** Termine edilen fetal anomalili gebeliklerin anomali tipine göre dağılımı.

Fetal anomali	Olgu sayısı (n)	Oran (%)
Santal sinir sistemi	50	41.32
Multi-sistem	23	19.00
Gastrointestinal sistem	16	13.22
Genitoüriner sistem	15	12.39
Kardiak sistem	14	11.57
Solunum sistemi	3	2.47
Toplam	121	100

ise ambigu genitalia olduğu saptandı. Termine edilen gebeliklerin 19'unun (%15.70) abortus olduğu, 76'sının (%62.80) sezaryen, 26'sının (%21.48) ise vajinal doğum ile gerçekleştirildiği bulundu. Termine edilen 102 fetüsten 82'sinin (%80.39) canlı, 20'sinin (%19.60) ölü olarak doğurtulduğu tespit edildi. Olguların 52'sinde (%42.97) akraba evliliği olduğu saptandı. Tespit edilen anomali tiplerine göre; 50 (%41.32) olguda santral sinir sistemi anomalisi en sık görülen anomaliyken, diğer anomaliler sırasıyla; 23 (%19.00) multi-sistem anomalisi, 16 (%13.22) gastrointestinal sistem anomalisi, 15 (%12.39) genito-üriner sistem anomalisi, 14 (%11.57) kardiak anomali ve 3 (%2.47) solunum sistemi anomalisi olarak tespit edildi (Tablo 3 SB-40).

**Sonuç:** Tıptaki teknolojik gelişmeler fetal anomalilerin erken tanınmasına önemli katkı sunmakla beraber gebelik seyrini değiştirmek için tek başına yeterli değildir. Toplumun sosyo-kültürel ve inanç durumları, gebelik ile ilgili beklentileri bu tabloyu değiştirebilmektedir. Fetal anomalilerin erken tanısı önemli olmakla birlikte özellikle yaşamla bağdaşmayan ağır anomalilerin terminasyonu için aileye daha etkin bir danışmanlık hizmetinin verilmesi gerektiğini, böylece bunun perinatal mortalite ve morbiditenin azalmasına katkıda bulunacağını, sağlık giderlerini ve ailenin yaşamak zorunda kalacağı psikolojik ve sosyal travmaları azaltacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Anomaliler, konjenital, tanı, terminasyon.

## SB-41

### Parsiyel mol hidatidiformun eşlik ettiği ve canlı doğumla sonlanan ikiz gebelik

Hakan Kalaycı, Selçuk Yetkinel

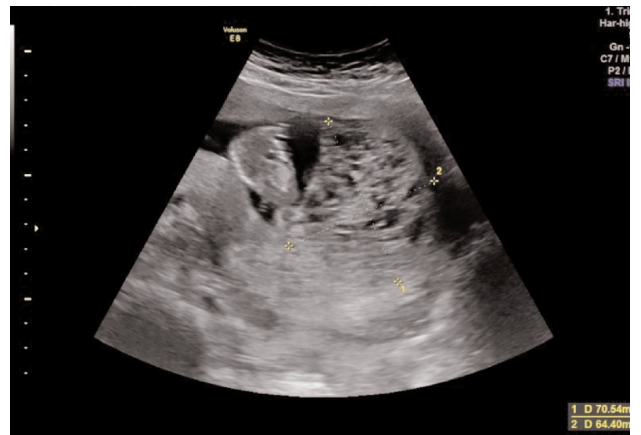
Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

**Amaç:** Mol hidatidiformun eşlik ettiği canlı ikiz gebelik insidansları 1/22.000–100.000 olarak bildirilmiştir. Komplet mol ile birlikte canlı doğum vakaları literatürde daha sık olmakla birlikte parsiyel mol ile canlı doğumun görülme ihtimali ise oldukça nadir olup, bu vaka sunumu haricinde literatürden

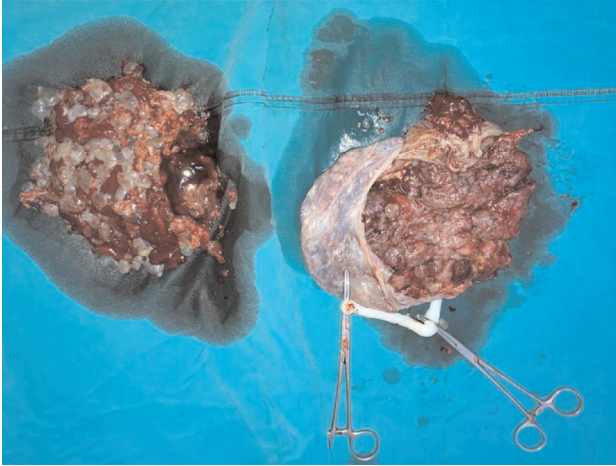
bulabildiğimiz 3 canlı doğum daha bildirilmişti. Bu vaka sunumumuzda parsiyel mol gebeliğin eşlik ettiği ikiz gebeliğin tanısı, yönetimi ve olası riskleri hakkında bilgi vermek istedik.

**Olgu:** 35 yaşında g7p3y3a3 13/5 gestasyonel hafta (gh) gebe hasta, dış merkezden ikili test oranının (1/177) ve hcg değerinin yüksek olması (5.46 mom) üzerine hastanemize refere edildi. 2. derece akraba evliliği öyküsü mevcuttu. Hastanın medikal bilgilerinde başka patolojik bir bulgu yoktu. Hastaya yapılan obstetrik ultrasonografi (USG) sonrası CRL (77.8 mm) 13/6 gh ile uyumlu tek canlı fetüs, bu fetüse ait uterus posteriorunda normal görünümüne placentası ile birlikte uterus sol lateralinde 7 cm büyüklüğünde tipik kar yağdı manzarası görünümünde molar gebelik placentası izlendi (Şekil 1 SB-41). Hastaya yapılan hcg sonucu 656.624 mIU/mL, TSH, sT4 normal izlendi. 16/1 gh iken yapılan amniyosentez sonucu normal konstitüsyonel karyotip olarak sonuçlandı. Hastanın takiplerinde 29/5 gh iken şiddetli vajinal kanaması olması üzerine hastanemize başvurdu ve sezaryen ile doğum kararı verildi. Hastadan sezaryen ile 1460 g tek canlı erkek bebek doğurtuldu. Canlı bebeğe ait plasenta ile birlikte molar gebeliğe ait plasenta da çıkarılarak patolojiye gönderildi (Şekil 2 SB-41). Patoloji sonucu parsiyel mol hidatiform olarak raporlandı. Hasta post operatif 2. gününde bakılan bhcg değeri 41.827 mIU/mL saptandı. Genel durumunun iyi olması üzerine bhcg kontrollerine çağrılmak üzere taburcu edildi.

**Bulgular:** Molar gebeliğin eşlik ettiği ikiz gebeliklerde ultrasonografik olarak tanı alan hastalara gebeliğin devamı ve gebelik prognozu hakkında karar ve bilgi sahibi olmak için fetal karyotipleme yapılmalıdır. Triploid karyotip, ciddi malformasyonları olan triploid fetüsü gösterir ve gebeliğin terminasyonu önerilmelidir. Diploid fetal karyotip varlığı ise normal plasentaya sahip yaşayabilir bir fetüsün eşlik ettiği molar ikiz gebeliği gösterir. Aileye bu gebeliğe molar gebelik nede-

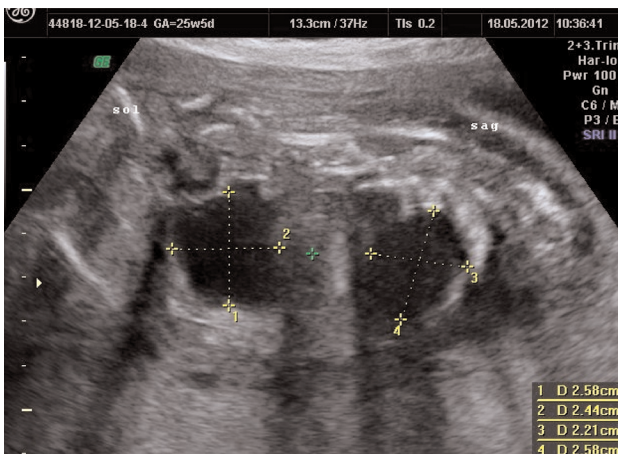


**Şekil 1 (SB-41):** Tek canlı fetüs, placentası ve eşlik eden molar gebelik.



**Şekil 2 (SB-41):** Canlı bebeğe ait plasenta (sağ) ile birlikte molar gebeliğe ait plasenta (sol).

niyle eşlik edecek olası riskler hakkında bilgi verdikten sonra aile ile birlikte karar verilerek fetüse yaşam şansı tanınabilir. Bizim vakamızda da hastamıza yapılan ultrasonografide tipik molar gebelik görünümü nedeniyle ilk tanı konulmuştur. Laboratuvar testlerinden hiç yüksekliği tanımızı desteklemiştir. Tiroid fonksiyon testleri istenerek olası hipertiroidi ihtimali dışlanmıştır. Hastaya karyotip analizi yapılarak normal konstitüsyonel karyotip sonucu ile gebeliği sürdürme ihtimali ve olası tüm riskler aile ile paylaşılmış, ailenin riskleri kabul etmesi üzerine takiplere devam edilmiştir. 29. gestasyonel haftada şiddetli vajinal kanama nedeniyle gebelik sonlandırılmış, tek canlı bebek doğurtulmuştur. Plasenta patolojisi sonucunda parsiyel mol hidatiform kesin tanısını almıştır. Postoperatif hiç takipleri ile hasta olası gelişebilecek gestasyonel trofoblastik hastalıklar için takip edilmektedir.



**Şekil 1 (SB-42):** 25 hafta bilateral CCAM olgusu ultrason görüntüsü.

**Sonuç:** Gelişen ultrasonografik tetkikler ile molar gebeliğin eşlik ettiği canlı ikiz gebelikler erken dönemde tanı alabilir, karyotip analizi ile gebeliğin devamı ya da terminasyon kararı aile ile tartışıldıktan sonra olası riskler aile ile paylaşılarak vakamızda olduğu gibi canlı doğumlar elde edilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Parsiyel mol hidatiform, canlı doğum, ikiz gebelik.

## SB-42

### Antenatal tanı almış konjenital kistik adenomatoid malformasyon olgularının değerlendirilmesi

Sevcan Arzu Arıkan<sup>1</sup>, Resul Arısoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Memorial Ataşehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Konjenital kistik adenomatoid malformasyon (CCAM), alveol sayısında azalma ile birlikte terminal bronşioollerin aşırı büyümesiyle karakterize olan benin hamartomatöz veya displastik akciğer tümörleridir. İnsidansı 1:11.000 ile 1:35.000 canlı doğumdur ve erkek fetüslerin daha sıklıkla etkilendiği düşünülmektedir. CCAM sıklıkla tek taraflıdır ve akciğerin bir lobunu tutmaktadır. Antenatal tanısı konulan pek çok CCAM olgusu sol taraf tutulumludur. Bilateral tutulumlu olan olguların hücre sinyal problemlerine genetik yatkınlığı olduğu ve akciğerde malin dönüşüme yatkınlıkları olabileceği düşünülmektedir. CCAM; tip 1 makrokistik adenomatoid malformasyon, tip 2 mikrokistik adenomatoid malformasyon ve tip 3 solid kistik adenomatoid malformasyon olarak üç tiptir. Biz de bu çalışmamızda antenatal CCAM tanısı olan olguların yönetimini tartışmayı amaçladık.

**Yöntem:** Hastanemiz Perinatoloji Servisi'nde 2009–2018 yılları arasında CCAM tanısı konulan 19 olgunun sonuçları kayıtlardan retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tam ka-



**Şekil 2 (SB-42):** Kalp deviyasyonu olan olgunun ultrason görüntüsü.

yıtlarına ulaşabildiğimiz olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapılmıştır.

**Bulgular:** Olguların yaş ortalaması  $28.6 \pm 4.9$  yıl olup tanı konulan ortalama gebelik haftası ise  $25.1 \pm 5.0$  haftadır. Olguların %44.4'ü (n=8) sol akciğer, %44.4'ü (n=8) sağ akciğer, %11.2'si (n=2) ise bilateral akciğer tutulumudur (Şekil 1 SB-42). Ayrıca %26.3'ü (n=5) tip 1, %36.8'i (n=7) tip 2, %26.3'ü (n=5) ise tip 3 CCAM'dir. Olguların %26'sında nde (n=5) ek bulgu eşlik etmektedir. 3 olguda hidrops ve polihidramniöz eşlik etmektedir. Yaygın hidrops ve polihidramniözü olan olgulardan bir tanesinde bilateral tip CCAM mevcuttur. Bir olguda sağ akciğerde tip 2 CCAM mevcut olup kalp sola deviyedir (Şekil 2 SB-42). Ayrıca bu olguda, dar toraks ekstremitelerde kısalık, polidaktili (iskelet displazisi), kısa boyun ve hidrops görülmüştür. Short rib polidaktili sendromu ile uyumlu bulunmuştur. Bu hastaya terminasyon seçeneği sunulmuştur. Bir olguda ise sol akciğerde tip 1 CCAM mevcut olup aynı zamanda akciğerde sekestrasyon eşlik etmektedir. Olguların %26'sında (n=5) kalpte deviasyon izlenmiştir. 3 tanesi sağa iki tanesi ise sola deviyedir. Bu olguların iki tanesinde tip 3 CCAM, 2 tanesinde ise tip 3 CCAM mevcuttur. Tip 3 CCAM ve sol akciğer tutulumu olan olguda polihidramniöz, perikardiyal efüzyon, batında yaygın asit ve hidrops izlenmiştir. Bilateral tutumu olan olgulardan birinde tip 1 konjenital kistik adenoid malformasyon olan olguda polihidramniöz ve yaygın hidrops mevcut olup yapılan karyotip analizi normal gelmiştir. Hastaya terminasyon seçeneği sunulmuştur.

**Sonuç:** CCAM olgularında prognozda eşlik eden anomali ya da kalp yetmezliği bulgusu olup olmadığı önemlidir. Hidropsun eşlik ettiği ve ekspektan yaklaşılacak olgular genellikle doğumdan önce ya da hemen sonra kaybedilmektedirler. Postnatal görüntüleme lezyon saptanan olguların yaklaşık %75'inde cerrahi tedaviye gereksinim duyulmaktadır. Makrokistik hastalıkta olguların 2/3'ü torakoamniyotik şanttan fayda görmektedirler

**Anahtar sözcükler:** Konjenital kistik adenomatoid malformasyon, CCAM, akciğer malformasyonları, fetal akciğer.

### SB-43

#### Trizomi 4p sendromunun prenatal tanısı: Olgu sunumu

Duygu Adıyaman<sup>1</sup>, Merve Saka Güvenç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İzmir;

<sup>2</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genetik Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** De novo 4p16.3 duplikasyonu 4. kromozomun kısa kolunda nadir görülen parsiyel bir kromozom anomalisidir. Bu anomali ailesel dengeli translokasyon veya de-novo duplikasyon sonucu oluşabilir. Trizomi 4 vakaları çok çeşitli klinik görünümde karşımıza çıkabilmektedir. Fetal ultrasonografideki ilerlemeler ve mikro-array teknolojisindeki gelişmeler

sayesinde nadir genetik anomalilerin prenatal tanısı ve yönetimi gün geçtikçe ilerleme kaydetmektedir.

**Olgu:** 28 yaşında ilk gebeliği olan hasta kliniğimize 18. haftada fetal anomali taraması amaçlı başvurdu. Özgeçmişin de özelliği olmayan, ilk trimester da yapılan kombine test sonucu düşük risk grubunda bulunan hastaya anomali taraması yapıldı. Ultrasonografide fetüsün biyometrik ölçümleri 18 hafta ile uyumluydu ancak fetal yüz profili değerlendirildiğinde mikrognatı ve hipertelorizm mevcuttu. Ellerde clenched-hand, ayakta rocker-bottom deformitesi mevcuttu. Fetal ekokardiyografi de çift çıkışlı sağ ventrikül saptandı. Aileye karyotipleme önerildi ve 18. haftada amniosentez yapıldı. 21. Haftada sonuçlanan mikroarray çalışması arr [hg19]4p16.3 q22.1(1.412.171–88.669.388)×3 olarak raporlandı. 4. kromozomda 70 Mb boyutunda 233OMIM genini içeren de-novo patojenik duplikasyon saptandı. Anne ve babaya karyotipleme yapıldı ve sonuç normal karyotip olarak raporlandı. Aileye terminasyon seçeneği sunuldu. Terminasyon seçeneğini kabul eden aileye abortus indüksiyonu uygulandı. Abort sonrası incelemede mevcut ultrasonografi bulgularına ek olarak bulböz burun ve deprese nazal kemik, uzun filtrum, kulakta hipoplastik superior heliks saptandı. Aile otopsi yapılmasını kabul etmedi.

**Sonuç:** Literatürde trizomi 4 ile ilgili ilk vaka sunumları 1977'de Gonzales tarafından yayınlanmıştır. Ardından trizomi 4'ün çeşitli fenotipik özellikleri Patel ve arkadaşları tarafından ortaya konmuş ve birçoğunda etiyojoloji de ailesel dengeli translokasyonların sorumlu olduğu anlaşılmıştır. Fenotipteki farklılıkların trizomi 4 içeren segmentin büyüklüğü ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatürdeki birçok olgu Trizomi 4p'nin post-natal tanısından bahsetmekte olup olguların prenatal tanısı ve yönetimi açısından sunduğumuz vakanın yol gösterici olacağı kanaatindeyiz.

**Anahtar sözcükler:** Trizomi 4, prenatal tanı, ultrasonografi.

### SB-44

#### Meckel-Gruber sendromu: 7 olgu sunumu

Melda Kuyucu, Duygu Adıyaman

Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

**Amaç:** Meckel-Gruber sendromu NPHP6, NPHP8 ve MKS genlerindeki mutasyonlar sonucu oluşan, otozomal resesif geçiş gösteren bir malformasyondur. Klasik triadı olan bilateral renal kistik displazi, oksipital ensefalosel ve postaksiyal polidaktiliye ek olarak yarı damak, pulmoner hipoplazi, situs inversus karaciğer portal alanda duktal proliferasyon da görülebilir. İntrauterin veya doğum sonrası pulmoner hipoplaziye bağlı fetal ölüm sıklıdır. Biz de 2017–2018 arasında kliniğimize başvurmuş olan 7 Meckel-Gruber sendromu tanısı almış vakayı sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Ocak 2017–Temmuz 2018 tarihleri arasında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği'ne



başvuran ve in utero tanı konan 7 adet Meckel-Gruber sendromlu olgu incelendi. Olgular ultrasonografik olarak değerlendirildi. Maternal demografik özellikler, fetüsün ait ultrasonografik anormallikler kaydedildi. Ortalamalar ve yüzdeler istatistiksel olarak hesaplanarak rapor edildi.

**Bulgular:** Maternal yaş ortalaması 25.2+6.6 (min 18–max 33) olarak bulundu. Ortalama gebelik haftası 20.1+1.2 (min. 12–max 34) hafta ve ortalama gebelik sayıları 3.4+1.1 (min 1–max 8) olarak tespit edildi. Ebeveynler arasında %57 oranında akraba evliliği mevcuttu. Olguların 1 tanesi dikoryonik diamniotik ikiz gebelik olup, ikiz eşinde Meckel-Gruber sendromu vardı. Toplam 3 olguda (%42) daha önceki gebeliklerinde MGS çocuk nedeniyle terminasyon öyküsü vardı. Yapılan ultrasonografik incelemede fetüslerin hepsinde (%100) ensefalosel ve kistik renal displazi mevcutken 2 olguda (%28.5) ekstremite anomalisi mevcuttu. 2 olguda ise (28.5) klasik triada ek olarak ventrikulomegali ve dandy Walker malformasyonu saptandı. Olguların sadece 1 tanesi karyotip analizi yapılmasını kabul etmedi ve karyotip analizi yapılan olguların hepsi normal konstitusyonel karyotip olarak rapor edildi. 6 olgu, sunulan terminasyon seçeneğini kabul etti. İkiz gebelik mevcut olan hasta ise 34. gebelik haftasında sezaryan ile doğum yaptı ve ikiz eşi doğum sonrası ex oldu. 3 olgu fetüse otopsi yapılmasını kabul etti. Otopsi sonucu sadece 1 olguda ultrasonografik patolojik bulgulara ek olarak karaciğer portal alanlarda fibrozis, safra kanallarında dilatasyon saptandı.

**Sonuç:** Meckel-Gruber sendromunun erken prenatal tanısı, yüksek mortalite ve yüksek tekrarlama sıklığı nedeniyle büyük önem taşır. Klasik triad ve ek bulgular gebeliğin 10–14. Haftası itibarıyla detaylı ultrasonografi ile net olarak ortaya koyulabilir. Hastalar ultrasonografi sonrası mutlaka karyotipleme ve otopsi açısından bilgilendirilmeli ve kesin tanıya gidilmelidir. Tanısı netleşen hastalar sonraki gebelikler açısından mutlaka genetik danışma alınmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Meckel-Gruber, kistik renal displazi, polidaktili.

## SB-45

### Kliniğimizde tanı alan ve nadir görülen fetal intrakranial kanamaların ultrasonografik değerlendirmesi

Bahar Konuralp Atakul

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir*

**Amaç:** Fetal intrakranial hemorajiler anatomik yerleşimine göre subdural, subaraknoid, intraparaknimal, subependimal ve intraventriküler olarak sınıflandırılır. Nadir olmasına rağmen (10.000 gebelikte bir) fetüste en sık görülen formu subependimal/intraventriküler kanamalardır. Başlangıç lezyonu ince du-

varlı, yoğun vaskülarize bir alan olan ve anatomik yapısı nedeniyle kanamanın nadiren kendini sınırlayabildiği germinatiz matrikse olan kanamalardır. İntrakranial kanamalar, kanamanın şiddetine göre 4 derecede incelenmektedir. Grade 1’de kanama nadiren fark edilirken grade 2 ve 3’de ventrikülün içini tamamen dolduran veya dağınmış şekilde yerleşen hiperekoik koagülüm şeklinde kanama gözlenir. Hemoraji nedeniyle oluşan kimyasal ventrikülite bağlı olarak ependimal duvarlar hiperekoik ve düzensiz görülmektedir. En ağır formu olan grade 4 kanamalar, parankimde oval şekilli hiperekoik pıhtı ile karakterizedir ve zamanla porenselal kiste ilerler. Biz de kliniğimizde tanı alan ve nadir görülen fetal intrakranial kanamaların ultrasonografik tanısını değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem ve Bulgular:** 2012–2018 yılları arasında fetal anomalili nedeniyle kliniğimize refere edilen 10 hastanın ultrasonografik değerlendirmesinde fetal intrakranial kanama izlendi. Maternal yaş ortalaması 23.4±6.6 (22–34) ve ortalama gebelik haftası 28.1±1.2 (21–37) idi. 6 hastanın akraba evliliği öyküsü mevcuttu. Hastaların özgeçmişlerinde özellik izlenmedi. 2 hastanın ilk gebeliği idi. 5 fetüste grade 4 kanama, diğer fetüslerde grade 2 ve grade 3 kanama tespit edildi. Takiplerde 6 bebekte nörolojik sekel, 2 neonatal exitus ve 1 intrauterin exitus izlendi (Tablo 1 SB-045). Bir hastanın ise gebelik takibi devam etmektedir. Nörolojik sekeli olan bebeklerin yenidoğan döneminde yapılan etyolojiye yönelik testlerinde, bir yenidoğanda toksoplazmosis enfeksiyonu izlendi. Diğer yenidoğanlarda etyoloji aydınlatılamadı.

**Sonuç:** Fetal intrakranial kanamalarda dikkatli klinik hikaye alınarak kanamanın etyolojisi araştırılmalıdır. Fetüste plasental, maternal ve fetal kaynaklı birçok durum beyin kan akımını bozabilir. Grade 1 ve Grade 2 intrakranial kanamada nörolojik sekel oranı oldukça düşüktür ve sağkalım oranları yüksektir. Ancak grade 3’de %50’ye yakın nörolojik sekel kalmakta ve Grade 4’de %90’lara ulaşmaktadır. Muhtemel fetomaternal alloimmün trombositopeni ve konjenital koagülasyon bozukluklarını belirlemek için ileri tetkik gerekliliği ve sonraki gebeliklerde tekrarlama ihtimali aileler ile paylaşılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** İntraventriküler kanama, germinal matriks kanaması, nörolojik sekel.

## SB-47

### Ektopik gebelik ön tanısı ile metotreksat tedavisi alan disgerminom olgusu

Sezen Bozkurt Köseoğlu<sup>1</sup>, İsmail Gökbel<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Dr. Zekai Tabir Burak Eğitim ve Araştırma Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara; <sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla*

**Amaç:** Ovaryen germ hücreli tümörler overdeki primordiyal germ hücrelerinden kaynaklanır ve genellikle 10–30 yaş ara-

**Tablo 1 (SB-45):** Fetal intrakranial kanama izlenen olgular.

	Yaş	Refere edilme endikasyonu	Başvuru haftası	Tanı	Karyotip	Nörolojik sekel
Olgu 1	24	intrakranial kist	37	Grade 4 intraventricüler kanama, porenselali, lökomalazi	Bilinmiyor	Var
Olgu 2	31	Hidrosetali	27	Hidrosetali, grade 2-3 intraventricüler hemoraji	Bilinmiyor	Var
Olgu 3	23	Ventrikülomegali	29	Posthemorajik aquaduktal stenoz	Normal	Neonatal exitus
Olgu 4	23	Ventrikülomegali	35	Bilateral ventrikülomegali, germinal matriks kanaması, iskemi, porenselali, parankimde incelleme	Bilinmiyor	Takibi devam ediyor.
Olgu 5	23	Fetal asit	23	Unilateral ventrikülomegali, grade 4 kanama, şizensefali, toxoplazmozis	Bilinmiyor	Neonatal exitus
Olgu 6	34	Unilateral ventrikülomegali	24	Multipl fetal anomali, porenselali	Normal.	Var
Olgu 7	22	Intrakranial kist	21	Porenselalik süreç sonrası gelişmiş şizensefali	Normal.	Var
Olgu 8	28	Oligohidramniyoz, fetal bradikardi	23	Perimembranöz VSD, intraventricüler hemoraji, şizensefali	Normal	Intrauterin exitus
Olgu 9	25	Ventrikülomegali	36	Grade 3 germinal matriks kanaması, hemorajik infark sahası, hidrosetali	Normal	Var
Olgu 10	24	Ventrikülomegali	26	Aquaduktal stenoz, hidrosetali, intraventricüler kanama	Normal	Var

sında görülür. En sık görülen tipi disgerminomdur. %10–15 oranında bilateral görülür. Belirteçleri HCG ve LDH'dır. Bu yazıda ektopik gebelik ön tanısı ile iki kez metotreksat tedavisi verilir, tedavi başarısızlığı nedeniyle laparotomi yapılan ve over wedge biyopsi sonucu 'disgerminom' olarak raporlanan olgu sunuldu.

**Olgu:** 33 yaşında daha önce 2 vajinal doğumu olan hasta kliniğimize adet rötari sonrası vajinal kanama ve pelvik ağrı şikayeti ile başvurdu. Vital bulguları normal olan hastanın fizik muayenesinde batında minimal hassasiyeti mevcuttu, rebound ve defansı yoktu. Jinekolojik muayenesinde vajinal kanaması vardı. Yapılan transvajinal ultrasonografide sağ overde yaklaşık 3 cm'lik kistik yapı izlendi, uterus antevert, endometrial kalınlık 7 mm, sol over normal ve bilateral adneksial patoloji izlenmedi. Batında serbest sıvı yoktu. Hastanın yapılan beta-HCG tetkik sonucu 399 mIU/ml idi. Ayaktan takip edilen hastanın gün aşırı beta hcg tetkik sonuçları sırasıyla 387.396 ve 401 idi. Hastaya önce revizyon küretaj yapıldı, fakat revizyon sonrası beta HCG değerinde düşme olmadı ve patolojik incelemede koryonik villusler izlenmedi. Böylece hastaya 'ektopik gebelik' ön tanısı ile 50 mg/m<sup>2</sup> dozdan metotreksat yapıldı. Metotreksat yapılan gün, 4. gün ve 7. gün beta HCG değerleri sırasıyla 401.399 ve 415 idi. Değerlerinde düşme olmayan hastaya aynı dozdan 2. doz metotreksat verildi. Dördüncü gün beta HCG'si 335, 7. gün ise 361 olunca hastaya diagnostik laparotomi yapılması planlandı. Diagnostik laparoskopide bilateral tubalar ve sol over normal. sağ overde 3 cm'lik şüpheli alan mevcuttu ve bu alanda wedge biopsi yapıldı. Alınan materyalin patolojisi 'disgerminom' olarak raporlandı.

**Sonuç:** Ektopik gebelik nedeni ile takip edilen hastalarda metotreksat tedavisini yanıtınlık durumunda ve ultrasonografide ektopik gebeliğe ait odak olmadığı durumlarda disgerminom ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Ektopik gebelik, disgerminom, pelvik ağrı.

## SB-48

### Yapısal fetal anomali olgularının perinatal temel karakteristiklerinin organ sistemlerine göre karşılaştırılması

Semir Köse

*Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İzmir*

**Amaç:** Yapısal fetal anomalilerde en uygun doğum şekli konusu tartışmalıdır. Birçok anomali türünde vaginal doğumun kontrendike olmadığı konusunda veriler olsa da primer sezaryen (PS) doğuma farklı endikasyonlarla ve sıklıkla başvurulduğu bilinmektedir. Fetal anomali grupları, terme ulaşma veya preterm doğum ihtiyacı gösterme açısından da ciddi farklılıklar arzeder ve bunun temel mekanizmasının amniyotik sıvı dinamiği ile etkileşim olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada PS ihtiyacı gösteren yapısal anomalilerde olguların ana karakteristiklerinin organ sistemlerine göre karşılaştırılması hedeflenmiştir.

**Yöntem:** Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın 1 Ocak 2007 ile 1 Ocak 2017 tarihleri arasında gerçekleştirmiş olduğu primer sezaryen (PS) doğumlara ait doğumhane kayıtlarından fetal anomali olgularına

rının bir kohortu analiz edilmiştir. Çoğul gebelikler, sayısal ve yapısal kromozomal anomali olguları ve olgu sayısı iki veya daha az olan anomali türleri dahil edilmemiştir.

**Bulgular:** Dokuz ana kategoride 90 fetal anomali olgusunun doğum kayıtları analiz edilmiştir (Tablo 1 SB-48). En büyük anomali grubu kardiyovasküler sistem (KVS) anomalilerinden (n=23; %25.6) oluşmakta idi. Sezaryen doğumda en ileri ortanca gebelik haftası açık nöral tüp defekti (NTD) olgularında (39 hafta 1 gün), en küçük ortanca gebelik haftası ise (32 hafta 1 gün) non-immün hidrops fetalis olgularında saptanmıştır. Ortanca yenidoğan ağırlığı en yüksek grup akciğer ve toraks anomalileri (2.700 g) iken en düşük grup ise gastro-intestinal sistem anomalileri (1.995 g) idi. Ortanca gebe yaşı en düşük olan anomali grubu açık NTD olguları (22 yıl) iken en ileri maternal yaş GİS anomalilerinde (33 yıl) saptanmıştır. Term doğum oranı en düşük anomali grubu GİS anomalileri (%28.6) iken akciğer ve toraks anomalileri olgularında ise en yüksek (%88.9) idi (p=0.023). GİS anomalileri açık

NTD (p=0.004) ve akciğer-toraks anomalilerine (p=0.047) göre daha erken haftalarda doğum ihtiyacı göstermiştir. Karın ön duvarı defektleri (p=0.004) ve genitoüriner sistem anomalileri de (p=0.005) açık NTD olgularına göre daha erken haftalarda doğum ihtiyacı göstermiştir. Medyan yenidoğan ağırlıklarındaki farklılık ise sadece KVS ile açık NTD grupları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde idi (3.100 g'a karşılık 2.645 g; p=0.032).

**Sonuç:** Amniyotik sıvı dinamiğini, içeriğini ve miktarını en çok etkileyen GİS anomalileri erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan risklerinin en yüksek olduğu gruptur. KVS, açık NTD ve SSS olgularında ise preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan sıklığı diğer sistemlere göre daha düşüktür. Amniyotik sıvı dinamiğini etkileyen yapısal fetal anomalilerin takip planlamasında, erken doğum risklerindeki artış dikkate alınmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Perinatal sonuçlar, primer sezaryen doğum, yapısal fetal anomaliler.

**Tablo 1 (SB-48):** Fetal anomali olgularının organ sistemlerine göre temel karakteristiklerinin karşılaştırılması.

Fetal anomali sistemi	Olgu sayısı (%)	Gebe yaşı median	P KW P Dunn	Doğumda gebelik haftası (min.-mak.)	P KW P Dunn	Yenidoğan ağırlığı median (min.-mak.)	P KW P Dunn	En sık endikasyonlar
Kardiyovasküler sistem anomalileri	23	25	0.013 (vs GİS 0.007)	38H+3G (30H+6G-40H+2G)	iad	2645 (1470-3480)	0.028 (vs açık NTD 0.032)	Güven vermeyen NST
Batın ön duvar defektleri	15	26	iad	37H+2G (31H+3G-39H2G)	0.003 (vs açık NTD 0.004)	3015 (2150-3560)	iad	Travma profilaksisi
Açık NTD	13	22	0.013 (vs GİS 0.017)	39H+1G (37H6G-40H4G)	0.03 (vsSSS0.04)	3100 (2740-3950)	iad	Travma profilaksisi
SSS anomalileri*	10	27	0.013 (vs GİS 0.026)	37H+6G (34H+5G-38H+3G)	iad	3170 (2100-4250)	iad	Baş pelvis uygunsuzluğu
GİS anomalileri	7	33	0.013 (vs açık NTD 0.017)	33H+0G (29H+2G-38H+5G)	0.003 (vs açık NTD 0.004)	1995 (1330-3500)	iad	Fetal distess
GUS anomalileri†	7	29	iad	35H+4G (26H+4G-38H+3G)	iad	2655 (1500-3260)	iad	Baş pelvis uygunsuzluğu
Akciğer&toraks anomalileri	7	32	0.013 (vs açık NTD 0.022)	39H+0G (36H+4G-40H1G)	0.003 (vs SS 0.038) (vsGİS 0.047)	3250 (2320-3800)	iad	Malprezentasyon
Hidrops fetalis (kardiyak ve non-immun)§	5	25	iad	32H+1G (28H+1G-36H+4G)	iad	2700 (2000-3720)	iad	Fetal distess
İskelet sistemi displazileri§ (letal olmayan)	3	31	iad	32H+3G (28H+1G-36H+5G)	iad	3070 (2840-3300)	iad	-

\*İzole hafif-ılımlı-orta düzey ventrikülo-megaliler dahil edilmemiştir.†İzole pelvikalektaziler dahil edilmemiştir.§Olgu sayısı 7 altında olan iki sestomposthoc karşılaştırmalara alınmamıştır. iad: istatistiksel olarak anlamlı değil (p>0.05); P KW: Kruskal-Wallis testi p değeri; P Dunn: Post-hoc analizde Dunn düzeltme ile olgulararası farklılıkların karşılaştırılmasına ait p değeri.

## Poster Bildiri Özetleri

(PB-02 – PB-62)

### PB-02

#### Sezaryen sonrası gelişen nadir ve akılda bulundurulması gereken bir sendrom: Ogilvie sendromu

Sibel Sak<sup>1</sup>, Suna Şeren<sup>2</sup>, Turgay Yüksel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Şanlıurfa; <sup>2</sup>Özel Metrolife Hastanesi, Kadın-Doğum Kliniği, Şanlıurfa; <sup>3</sup>Özel Metrolife Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Şanlıurfa

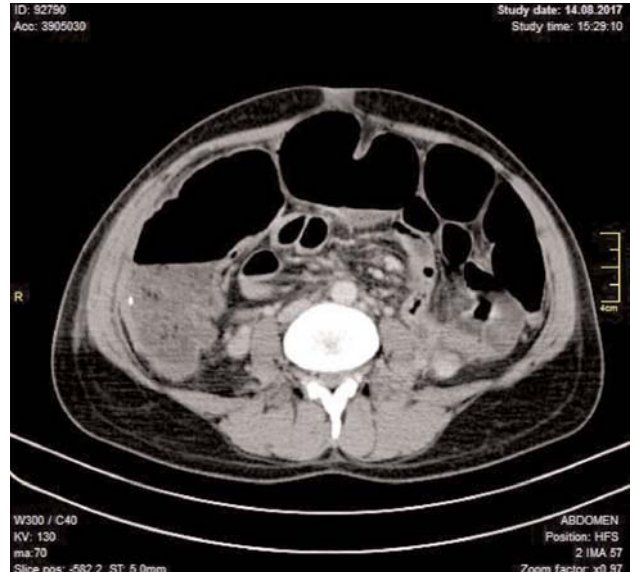
**Amaç:** Ogilvie sendromu olarak da bilinen akut kolonik pseudo-obstrüksiyon (ACPO), mekanik obstrüksiyon olmadan mekanik tıkanmayı taklit eden kolonun zayıflamış yada kaybolmuş peristaltik aktivitesi ile karakterize hastalık olarak tanımlanır. Patogenezi; tam olarak aydınlatılmamış olan bu sendromda özellikle sempatik ve parasempatik sinir sistemi arasındaki imbalansa bağlı gelişen distal kolon obstrüksiyonu sorumlu tutulmaktadır. ACPO vakalarının %23'ü pelvik, karın, ortopedik veya spinal cerrahiyle bağlı gelişir. Özellikle pelvik cerrahi, muhtemelen cerrahi alanın distal kolonun fonksiyonunu düzenleyen pelvik splanik sinirlere yakın olması nedeniyle ACPO ile ilişkilendirilmiştir. Travma, enfeksiyöz nedenler, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar, maliniteler ve idiyopatik

nedenler etiolojide rol oynayan diğer faktörlerdir. Ogilvie sendromu, kendine özgü laboratuvar ve fizik muayene bulguları olmadığı için ancak düşünüldüğünde tanı konulabilen bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. %40'lara varan mortaliteye sahip olduğundan erken tanı çok önemlidir. Bizde çalışmamızda sezaryen sonrası Ogilvie sendromu gelişen ancak tanıyı intraop koyabildiğimiz bir vakayı sunmak istedik.

**Olgu:** 28 yaşında geçirilmiş sezaryen öyküsü olan ve hiçbir sistemik hastalık öyküsü olmayan multigravid hastaya miadında (39 hafta 3 gün) sezaryen operasyonu yapıldı. Sezaryen operasyonu sırasında herhangi bir problem yaşanmadı. Genel durumu iyi, mobilize, tam kan ve biyokimyası normal olan ve gaz gaita deşarjı olan hasta postop 2. gün taburcu edildi. Hasta postop 3 gün karın şişliği, gaz çıkaramama şikayeti ile acil servise başvurdu. Genel durumu iyi, vital bulguları olağan, tam kan ve biyokimyası normal olan ateşi olmayan hasta medikal tedavi sonrası gaz çıkardıktan sonra taburcu edildi. Hasta postop 4. gün şiddetli karın ağrısı ve gaz çıkaramama şikayeti ile tekrar başvurdu. Ayakta direkt batın grafisi çekildi (Şekil 1 PB-02). Hava sıvı seviyeleri izlendi. Yapılan tüm batın USG'sinde sağ orta kadran düzeyinde 73x15 mm boyutunda heterojen hipoeoik hava imajları içeren görüntü izlendi (apse?, enfekte



Şekil 1 (PB-02): Ayakta direkt batın grafisi.



Şekil 2 (PB-02): BT görüntüsü.

hematom ?). Tüm batin bilgisayarlı tomografi; subhepatik alanda hepatik flexura-proksimal transverse kolon bileşkesi anterior komşuluğunda komşu mezenter ve karın duvarının sınırladığı hava değerleri içeren sıvı koleksiyonu (apse?) ve kolonik anlarda belirgin gaz retansiyonu olarak raporlandı. Hastanın beyaz küre değerleri (WBC) 18.000/uL ve CRP değeri 23 mg/dl idi. Hasta tekrar oprasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda komşu omentumun tüm sağ üst kadrani sınırladığı izlendi. Omentum ayrıştırıldıktan sonra çıkan kolonda multiple perforasyon izlendi. Hastaya hemikolektomi yapıldı. Patoloji sonucu multiple fokal transmural nekroz olarak raporlandı.

**Sonuç:** Ogilvie sendromuna preoperatif tanı koymak her zaman mümkün değildir. Özellikle pelvik cerrahi sonrası hastada gaz deşarjı olduktan sonraki süreçte hasta tekrar gaz deşarjı ve distansiyon problemi yaşıyorsa hastada ACPO olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Distansiyon, sezaryen, Ogilvie sendromu.

#### PB-04

##### Preeklampitik gebelerde vitamin D düzeyinin değerlendirilmesi

Ceyso Kocahakimoğlu Gültekin, Cüneyt Eftal Taner  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

**Amaç:** Preeklampsi gelişmiş ülkelerde maternal ve fetal morbidite ve mortalitenin önde gelen sebeplerinden biridir. Literatürde, gebelerin vitamin D eksikliğine daha yatkın olduğu ve vitamin D eksikliği ile preeklampsi arasında bir ilişkinin varlığını gösteren çelişkili veriler mevcuttur. Bu çalışma ile amacımız 25 OH vitamin D eksikliğinin preeklampsi riskini artırıp artırmadığını değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran preeklampsi tanısı nedeniyle perinatoloji servisine yatış yapılan 23-40 hafta arası 63 gebe alınmıştır. Kontrol grubu olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğum yapan miad 70 gebe alındı. Verilerin elde edilmesi sırasında tüm gebelerin yaşı, gelir durumu önceki medikal ve obstetrik öyküleri alınarak, gebelik öncesindeki boy ve vücut ağırlıklarına göre beden kitle indeksleri ( $kg/m^2$ ) hesaplandı. Gebelerin ultrasonografi bulguları kaydedildi ve hemogram, rutin bakılan biyokimyasal parametreler, idrar tetkileri ve 25 OH vitamin D düzeyi bakıldı. 25 OH vitamin D düzeyi, daha önce yayınlanmış olan kriterlere göre yeterli vitamin D düzeyi  $\geq 30$  ng/ml, vitamin D yetersizliği 20-30 ng/ml, vitamin D eksikliği  $< 20$  ng/ml olarak kategorize edildi.

**Bulgular:** Vitamin D ortalaması preeklampsi olgu grubunda 9.3 ng/ml, kontrol olgu grubunda 13.4 ng/ml olarak bulun-

du. Kontrol olgu grubunda vitamin D ortalaması preeklampsi olgu grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p < 0.001$ ). Preeklampsinin diğer risk faktörleriyle birlikte değerlendirildiğinde (primiparlık, 35 yaş üstü, gelir durumu) 25 OH vitamin D düzeyinde 1 birimlik artışın preeklampsi riski açısından %13 oranında koruyucu olduğu saptandı.

**Sonuç:** Vitamin D ortalaması preeklampsi grubunda kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır (9.3 ng/ml'e karşılık 13.4 ng/ml,  $p < 0.001$ ).

**Anahtar sözcükler:** Vitamin D, vitamin D eksikliği, preeklampsi.

#### PB-05

##### Kollodion fetüs olgu sunumu

Haççe Yeniçeri, Kazım Gezginç, Melike Geyik Bayman,  
Ayşegül Özcan

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya

**Amaç:** İktiyozisler epidermin deskuamasyonu ve anormal diferansiyasyonuna bağlı kornifikasyonu ile karakterize, klinik, genetik ve etyolojik olarak büyük ve heterojen bir grup bozukluktur. Harlequin iktiyozis'i gibi çok ciddi konjenital formlardan iktiyozis vulgaris gibi daha hafif ve konjenital olmayan formlara kadar giden çok geniş bir spektrumu vardır. Harlequin fetüs ismi çocuğun karakteristik yüz şeklinden ve üçgenimsi baklava şekilli hiperkeratozis patterninden kaynaklanır. Çocuğun ağzı açıktır ve palyaço gülümsemesine benzer. Hastalık otozomal resesif geçişlidir ve epidermisteki bozukluk prenatal dönemde başlar.

**Yöntem:** Yenidoğan iktiyozisleri: a) Kollodion bebek (collodion baby): Doğuştan lezyonlu doğan bebeklerde görülen bir tablodur. Bebek parşömene benzer bir membranla kaplanmış olup, ektropion, göz kuruluğuna, eklabion ise emme bozukluğuna yol açabilir. Kulak ve burun içindeki membran, skuam birikimi otit ve nefes alma güçlüğüne sebep olabileceğinden bu bölge membranları temizlenmeli ve diğer bölgedeki skuamalar yumuşatıcı ilaçlarla ortadan kaldırılmalıdır. b) Palyaço bebek (Harlequin fetüs): Bebek çok kalın skuamalarla kaplıdır (kuru ağaç kabuğu gibi). Eklabion ve ektropion çok ciddidir, kulak-burun belirgin değildir genel durum çok kötüdür. Eskiden çoğu ölen bebeklerin son zamanlarda bir kısmı oral olarak kullanılan retinoik asit (asitretin) ile günde 1-5 mg/kg dozda verilerek kurtarılabilir. Harlequin tipi ölümcül olabilirken kollodion tipi daha iyi prognozlidir.

**Bulgular:** 27 yaşında G1P0 olan hasta dış merkezden tarafımıza oligohidroamniozis ve intrauterin gelişme geriliği nedeniyle 25. gebelik haftasında refere edilmiştir. Ultrasonda özellik saptanmayan hasta tekrardan 36. gebelik haftasında polihidro-



Şekil 1 (PB-05): (a–b) Kollidion fetüs doğduğu gün.

amniozis ve erken membran rüptürü nedeniyle gelmiştir. Hasta sezaryen ile Apgar 7–9, 2610 g kız bebek doğurmuştur. Bebek doğduğunda vücudu yer yer sarı beyaz renkte plaklar plaklar arasında yer yer derin fissürler izlendi. Yüzde palyaço gülümsemesi görünümü ve ağızda açıklık gözlerde ektropiyon ile uyumlu görünüm izlendi. Bilateral el ve ayaklarda kontraktür mevcut idi (Şekil 1 PB-05). Bebek yoğun bakımda yatığı süre içinde dehidratasyondan korunmak için parenteral nutrisyon ile beslendi. Cilt için nemlendiriciler ve antibiyotikli merhemlerle pansuman ve debridman yapıldı. Bebek infeksi-



Şekil 2 (PB-05): (a–b) Kollidion fetüs doğduktan 15 gün sonra.

yondan korunmak için steril örtülerle sarıldı. Genel durumu iyi olan bebek 10 gün sonra taburcu edildi.

**Sonuç:** Harlequin fetüs yaklaşık 300.000 doğumda bir görülür ve konjenital iktiyozislerin en ciddi formlarından biridir. Hastalığın prenatal tanısını koymak çok nadir görüldüğü ve tipik ultrason görüntüsü olmadığı için zordur. Konjenital iktiyozisli bir bebeğin doğumu aileyi sonraki gebeliklerinde prenatal bakım alma konusunda alarime etmelidir. Sonraki gebelikte amniosentez ile elde edilen cilt biyopsisinde hiperkeratozisi saptamak mümkündür. Risk faktörü olmayanlarda prenatal tanısını koymak zordur ancak; yenidoğanda klinik görünümle tanı kolayca konur. Biz burada çok nadir görülen bir olguyu sunmayı amaçladık. Moleküler genetikteki ilerlemeler ve fetal deri biyopsisi gibi invazif yöntemlerin kullanılması hastalığın prenatal tanısını koydurabilir. Üç boyutlu ultrasonografideki ilerlemeler ise noninvazif prenatal tanıya yardım edebilir. Sonuç olarak amnion sıvısında ekojenite artışı ve fetal deri kalınlaşması olan olgularda iktiyozis akla gelmelidir ve prenatal olarak tanı konması mortaliteyi azaltır.

**Anahtar sözcükler:** İktiyozis, colloidion fetüs, yenidoğan.

**PB-06****Prenatal Vacterl tanısı**Latife Atasoy Karakaş<sup>1</sup>, Ulaş Tuğcu<sup>2</sup>, Sertaç Esin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bölümü, Ankara; <sup>3</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Birlikteliği vertebra anomalisi, anal atrezi, kardiyak anomali, trakeoözofageal fistül, özofageal atrezi, renal ve ekstremite anomalilerini içerir. Tanı için ana oluşum bozukluklarından en az üçünün birlikte bulunması gerekir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Vakalara bu ana bileşenlerin dışında başka bazı konjenital anomaliler eşlik edebilir. İnsidansın 1/10.000 ile 1/40.000 aralığında olduğu tahmin edilmektedir. Bu olgu sunumunda antenatal tanı olarak 3230 g doğan anal atrezi, vertebral füzyon defekti, grade III hidronefroz, tek umbilikal arter ve çift VCS nedeniyle VACTERL ön tanısı ile takip edilen kız bebek vakası sunulmaktadır.

**Olgu:** 37 yaşında, sezaryen seksiyon ile iki komplikasyonsuz sağ sağlıklı bebek doğurma öyküsü olan hastada 16. gebelik haftasında yapılan rutin usg de lumbal vertebra düzeyinde kemik defekti şeklinde izlenen görüntü ve tek umbilikal arter saptandı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde bir özelliğe rastlanmamıştı. Anne ile baba arasında akrabalık veya ailede daha önce anomali doğan başka bir bebek yoktu. Anne doğum öncesi dönemde radyasyona ve teratojen ilaçlara maruz kalmamıştı. Haftalık takip yapılan hastada 18. haftada hemivertebra şeklinde füzyon izlenmesi üzerine amniyosentez yapıldı. Kromozomal anomali izlenmedi. 19. haftada yapılan ayrıntılı anomali taramasında skolyoz, hemivertebra, tek umbilikal arter ve persiste sağ umbilikal ven izlendi. Safa kesesi de normalden küçük boyutlarda idi. Gebelik takiplerinde ölçümleri haftası ile uyumlu seyretti. Haftalık takip edilen hastanın 35. gebelik hafta muayenesinde aort koarktasyonundan şüphelenildi. Hasta 38. gebelik haftasında sezaryen seksiyon ile doğurtuldu. Bebeğin vücut ağırlığı 3230gr (25–50 p), boy 49 cm (25–50 p), baş çevresi 36.5 cm (75–90 p) ölçüldü. Genel durumu iyi, APGAR 1. dakika 8 ve 5. dakika 9 olan hastanın fizik muayenede ‘vertebral’, ‘anorektal’,

‘renal’ anomalileri gözlemlendi. Hastada fizik muayenede mezokardiyak odakta II/VI sistolik üfürüm, anal atrezi, perineal fistül, her iki ayak başparmağı birinci ve ikinci parmaklar arası ayrıklık saptandı. Olguda özofagus atrezisi tespit edilmedi. Hematolojik ve biyokimyasal değerleri normaldi. Direk grafide torakal yedinci vertebra seviyesinde füzyon, renal ultrasonografide sol UP darlık ile uyumlu sol toplayıcı sistemde grade 3 hidronefroz, pelvis AP çapı 20 mm saptandı. Profilaktik antibiyotik tedavisi başlandı. İdrar kültüründe üreme olmayan hastanın voiding sistoüretrografisi normal olarak değerlendirildi. Ekokardiyografisinde PFO, çift SVC, duktus açıklığı belirlendi. Hastadan kromozom analizi normal olarak raporlandı.

**Sonuç:** VACTERL birlikteliğinin tanısı güç değildir; ancak herhangi bir malformasyon görülmesi halinde, öncelikle, tüm sistemlerin malformasyon açısından gözden geçirilmiş ve malformasyonların tedavideki öncelik sırasının doğru saptanmış olması çok önemlidir. Tedavi multidisipliner yapılmalı, aileler prognoz konusunda, anomalilerin sayısı ve ciddiyetine göre bilgilendirilmelidir. Son yıllarda yoğun bakım şartlarının iyileşmesi ve tedavilerin multidisipliner olarak planlanması, bu hastaların yaşama şanslarını artırmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Anorektal, prenatal, renal, vacterl, vertebral.

**PB-08****Erken preterm doğumlarda, doğum nedeninin neonatal sonuçlar üzerine etkisi**Şafak Yılmaz Baran<sup>1</sup>, Birgin Törer<sup>2</sup>, Hakan Kalaycı<sup>1</sup>, Gülşen Doğan Durdağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana; <sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

**Amaç:** Erken preterm doğumlarda, maternal faktörler ve doğum süreçleri ile perinatal mortalite ve morbiditeler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak.

**Yöntem:** Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

**Tablo 1 (PB-08):** Ortalama maternal yaş, doğum karakteristikleri.

	Spontan preterm eylem (n=107)	PPROM (n=131)	İatrojenik doğum (n=163)	p değeri
Ortalama maternal yaş	29.2±7	30.2±6.6	31.2±6.04	0.612
Ortalama doğum haftası	29.9±2.95	29.4±3.1	30.7±2.3	<0.01
Ortalama doğum kilosu (g)	1501±546	1433±518	1482±533	0.781
Doğum şekli (normal vajinal doğum/sezaryen)	14/93	21/110	0/163	<0.01
Kız/erkek oranı	49/58	54/76	86/76	0.135

**Tablo 2 (PB-08):** Doğum nedenlerine göre maternal, gebelik ve perinatal özelliklerin dağılımı.

	Spontan preterm eylem n (%) 107	PPROM n (%) 131	İatrojenik doğum n (%) 163	p değeri
Anne yaşı <18, >35	22 (%20.6)	32 (%24.4)	44 (%27)	0.485
Nulliparite	72 (%67.3)	76 (%58)	91 (%55.8)	0.155
Konsepsiyon şekli (YUT)	48 (%44.9)	53 (%40.5)	56 (%34.4)	0.209
DM (+)	15 (%14)	30 (%22.9)	34 (%20.9)	0.205
HT (+)	8 (%7.5)	12 (%9.2)	103 (%63.2)	<0.01
Çoğul gebelik	65 (%62.5)	57 (%44.9)	55 (%33.7)	<0.01
Betametazon profilaksisi Eksik doz	28 (%38.4)	29 (%32.6)	41 (%34.2)	0.862
Betametazon profilaksisi Tam doz	73 (%61.6)	89 (%67.4)	120 (%65.8)	0.862
Magnezyum profilaksisi	29 (%30.2)	25 (%21.7)	84 (%56.4)	<0.01
SGA	5 (%4.7)	0 (%0)	22 (%13.7)	<0.01
Plasenta dekolmanı	6 (%6.3)	8 (%7.4)	21 (%15.7)	0.034
Plasenta previa/ akreata	4 (%3.8)	1 (%0.8)	14 (%8.6)	0.006
IUGR	4 (%10.8)	7 (%15.6)	47 (%67.1)	<0.01
Klinik koryoamniyonit	9 (%8.8)	53 (%43.1)	6 (%4.2)	<0.01
Histolojik koryoamniyonit	6 (%20.0)	31 (%38.3)	5 (%5.7)	<0.01

Kliniği'nde Haziran 2014–2018 tarihleri arasında gerçekleşen 23<sup>+0</sup>–33<sup>+6</sup> gebelik haftalarındaki doğumlar retrospektif olarak incelendi. Anne yaşı, gebelik sayısı, annede diyabet/ hipertansiyon varlığı, tekil/çoğul gebelik, gebeliğin oluş şekli (spontan, yardımcı üreme yöntemleri), doğumun geliştiği hafta, doğum nedeni ve şekli, doğum öncesi profilaktik betametazon ve magnezyum uygulamaları, klinik veya histopatolojik koryoamniyonit, plasenta dekolmanı/previa/akreata öyküleri ve intrauterin gelişme geriliği varlığı değerlendirildi. Ek olarak, yenidoğan hekimi tarafından Yoğun Bakım Ünitesi'nde takip edilmiş olan yenidoğanın doğum kilosu, cinsiyeti kaydedildi. Doğumhane de endotrakeal entübasyon gereksinimi, neonatal ölüm, gerçekleştiyse zamani, respiratuar distres sendromu (RDS) nedeniyle sürfaktan uygulaması, prematür retinopatisi (ROP) nedeniyle lazer tedavisi sıklığı, orta- ağır düzeyde bronkopulmoner displazi (BPD), evre 3–4 intraventriküler kanama (IVK), he-

modinamik olarak anlamlı ve kapatma amaçlı medikal tedavi almış olan patent duktus arteriosus (PDA) olguları, evre 2–3 nekrotizan enterokolit (NEK) varlığı, klinik ve laboratuvar olarak şüpheli olan veya kan kültürlerinde üreme olup en az 7 gün antibiyotik tedavisi almış erken sepsis olguları araştırıldı. Maternal ve perinatal faktörler, doğumun oluş nedenine göre gruplandırıldı. Doğumun oluş nedeninin neonatal sonuçlar üzerine etkisi değerlendirildi.

**Bulgular:** Kliniğimizde, 4 yıllık süreçte 4757 doğum gerçekleşti. Bu hastaların 390'ında erken preterm doğum tespit edildi. Ex fetüsler, yaşamla bağdaşmayan ağır konjenital anomaliler ve yeterli veriye ulaşamadığımız yenidoğanlar çalışma dışı tutulduğunda, 307 gebelik [219 tekiz, 151 ikiz (n=79), 26 üçüz (n=9)] ve 396 yenidoğan çalışmaya dahil edildi. Doğum gerçekleşme nedeni spontan preterm eylem (n=107), premature erken membran rüptürü (PPROM) (n=131) ve medikal endi-

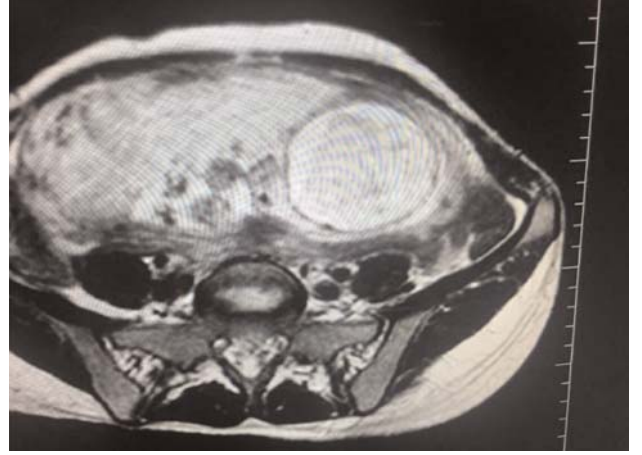
**Tablo 3 (PB-08):** Preterm doğum nedenlerinin neonatal sonuçlar üzerine etkileri.

	Spontan preterm eylem	PPROM	İatrojenik doğum	p değeri
Neonatal resüsitasyon	10 (%9.5)	11 (%8.5)	7 (%4.3)	0.203
RDS	48 (%45.7)	63 (%48.8)	50 (%31.1)	0.004
ROP	3 (%2.9)	13 (%10.2)	8 (%5.0)	0.052
BPD	9 (%8.7)	12 (%9.4)	11 (%6.8)	0.717
IVK	6 (%5.7)	11 (%8.5)	7 (%4.3)	0.329
PDA	20 (%19.2)	17 (%13.2)	11 (%6.8)	0.01
NEK	23 (%21.9)	18 (%14.1)	20 (%12.4)	0.097
Neonatal sepsis (şüpheli+kesin)	66 (%62.9)	95 (%73.6)	87 (%54)	0.003
Neonatal ölüm	12 (%11.5)	18 (%14.1)	18 (%11.3)	0.745





**Şekil 1 (PB-09):** Fetal ultrasonografide saptanan intrakraniyal kitle.



**Şekil 2 (PB-09):** Fetal manyetik rezonans görüntüleme intrakraniyal kitle.

kasyonlarla indüklenmiş doğum (n=163) olmak üzere 3 gruba ayrıldı (Tablo 1-3 PB-08). Spontan preterm eylem ve PPRM nedeniyle olan doğumların iatrojenik olanlara göre ortalama 1 hafta erken geliştiği izlendi ( $\approx 29$  hafta). Medikal endikasyonlarla indüklenmiş grupta en sık sebebin preeklampsi olduğu görüldü (%63.2). Neonatal sepsis, PPRM grubunda daha yüksek oranda görüldü ( $p=0.004$ ). Neonatal RDS ve PDA'nın spontan preterm eylem ve PPRM grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu gözlemlendi ( $p=0.004$ ,  $p=0.01$ ).

**Sonuç:** Preterm doğumların oluş sürecine göre, neonatal sonuçlarda farklılıklar izlenmektedir. Neonatal morbidite ve mortaliteyi öngörmeye, preterm doğum nedeninin dikkate alınması gerekir.

**Anahtar sözcükler:** Erken preterm doğum, neonatal sonuçlar, PPRM, prematürite.

## PB-09

### Fetal intrakraniyal kanama olgusu

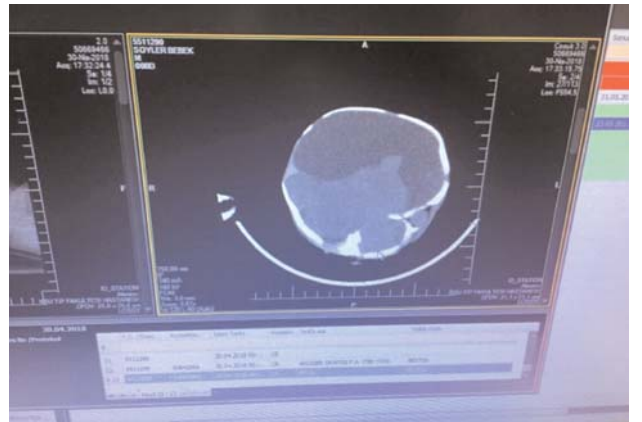
Abdullah Tok, Uğurkan Erkayran, Selim Karaküçük, Alev Özer, Jan Bozkurt

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

**Amaç:** İntraventricüler kanama (İVK) sıklıkla prematürite ile ilişkilendirilen, hidrosefali ve beyin parankim hasarı ve bunun sonucunda nörolojik bozukluğa neden olabilen bir olaydır. Fetüste İVK tipik olarak germinal matrixte izlenmektedir. Bunun nedeni germinal matrixin daha frajil bir yapı göstermesi ve buna bağlı olarak ta hipoksi, anoksi ve asidoza daha duyarlı olması ve doğum esnasındaki basınç değişikliklerinden çabuk etkilenmesidir. Bu yazımızda gebeliğin 23.

Haftasında ultrasonografide intrakraniyal kitle olarak saptanan İVK olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 27 yaşında ilk gebeliği olan hasta fetal intrakraniyal kitle tanısı ile 3. basamak bir referans merkezi olan kliniğimize sevk edildi. SAT'a göre 23 hafta gebeliği olan hastanın ultrasonografisinde (usg) fetal biyometrik ölçümler 23 hafta ile uyumlu olarak saptandı. Amniyon mayi miktarı, plasenta yerleşimi normal olarak değerlendirildi. Fetal kraniumda orta hatta 33 mm çaplı hiperekojen düzensiz sınırlı kitlenin Doppler USG incelemesinde kitlede kan akımı izlenmedi (Şekil 1 PB-09). Fetal manyetik rezonans görüntüleme supratentorial alanda orta hatta beyin sapına, ventriküler sisteme ve beyin parankimine baskı etkisi gösteren yaklaşık 3.5 cm çapında yer kaplayıcı lezyon ve hidrosefali saptandı (Şekil 2 PB-09). Hastaya fetal intrakraniyal kitleye bağlı fetüste doğum sonrası ortaya çıkabilecek kompli-



**Şekil 3 (PB-09):** Yenidoğanın kranial tomografisinde beyin içersinde hematoma odağı.

kasyonlar açısından beyin cerrahisi bölümünce danışmanlık verildi. Gebeliğin devamını isteyen hasta, 38. gebelik haftasında doğum eyleminin başlaması üzerine sezaryen sekiyo ile 3450 g ağırlığında 1. ve 5. dakika APGAR skoru sırasıyla 4/7 olan erkek bebek doğurtuldu. Doğum sonrası zayıf solunum nedeniyle pediatri yoğun bakımda takip edilen bebeğin kranial bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde posterior fossa hacminin küçülmüş olduğu, sol hemisfer parankiminin incelmış olduğu, ventrikül içlerinde seviye veren multibl hemoraji- hematoma odakları mevcut olduğu ve lateral ventriküllerde hidrosetali varlığı rapor edildi (Şekil 3 PB-09). Beyin cerrahisi tarafından yapılan değerlendirmede İVK'ye neden olabilecek herhangi bir maternal veya fetal sorun saptanamadığından idiyopatik intrakranial kanama ve buna bağlı gelişen hidrosetali tanısı konularak ile şant takıldı.

**Sonuç:** İVK intrauterin dönemde sıklıkla germinal matrix bölgesinde veya lateral ventriküller içerisinde hiperekojenik kitle olarak dikkati çeker. Gestasyonel yaş, İVK için en önemli risk faktörlerinden birisidir. Volpe ve ark. yaptığı bir çalışmada 32. gebelik haftası öncesi preterm doğumlarda İVK insidansının %40 civarında olduğu rapor edilmiştir. İVK'nın maternal nedenleri arasında epileptik nöbetler, alloimmün trombositopeni, ITP, von Willebrand hastalığı varfarin kullanımı, kokaine maruziyet, travma, amniosentez ve febril hastalıkları, fetal nedenleri arasında ise koagülasyon bozuklukları, konjenital Faktör 5 ve faktör 10 eksikliği, ikizden ikize transfüzyon sendromu, fetomaternal kanama, fetal distress ve intrakranial tümörler gösterilmiştir. Bizim vakamızda İVK etiolojisinde sebep olabilecek maternal ve fetal bir sebep bulunamamış ve idiyopatik İVK teşhisi ile beyin cerrahi tarafından şant takılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Fetüs, intrakranial kanama, hidrosetali.

## PB-12

### Mirror sendromu: Olgu sunumu

Onur Bektaş, Kıvılcım Korkmaz, Filiz Çayan

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

**Amaç:** Mirror sendromu ilk defa 1892 yılında John William Ballantyne tarafından tanımlanmıştır. Fetal hidrops, plasental büyüme ve maternal ödem ile karakterize olup genelde preeklampsie benzer semptom ve bulgulara yol açar. Nadir görülmesi ve sıklıkla teşhisi gözden kaçırıldığı için Mirror sendromunun insidansı net değildir. Annedeki ödemin fetal ve plasental hidropsu yansıtmamasından dolayı O'Driscoll bu hastalığı Mirror sendromu olarak tanımlamıştır.

**Olgu:** Bizim olgumuz 19 yaşında gravidası 1 olan ultrasona göre 18 haftalık olup, dış hastaneden fetal anomali ve annede preeklampsie benzeri tablo nedeniyle kliniğimize gönderilmişti.

Ultrasonografik incelemede fetüsün abdominal çevresi 23 hafta ile uyumlu olup, plasentamegali mevcuttu. Fetüste yaygın asit, omfalosel, bilateral ventrikülomegali, kavum septum pellucidum yokluğu ve pes ekinovarus saptandı. Hastanın indirekt coombs testi ve torch parametreleri negatifti. Hastanın vücudunda yaygın ödem mevcut olup, ta: 150/100 mmHg, hb: 8.4 g/dl, hct: %24, plt: 286.000 µL tam idrar tetkiki: +3 proteinüri, alt: 5 U/L, ast: 16 U/L şeklindeydi. Hasta hospitalize edilip, terminasyon kararı alındı. 330 gram ağırlığında bir adet ex erkek fetüs termine edildi. Termine edilen fetüste ciltte yaygın ödem, yeni başlangıçlı hidrops bulguları, omfalosel, pes ekinovarus mevcut olup plaseenta makroskopik olarak büyük izlendi (Şekil 1-3 PB-12). Hastaya totalde 2 ünite eritrosit süspansiyonu ve 1 ünite taze donmuş plazma verildi. Hasta terminasyon sonrası 4. gününde şifa ile taburcu edildi. Hastada maternal-fetal-plasental ödem nedeniyle idiyopatik non-immun hidrops fetalis ve mirror sendromu tanısı düşünüldü.

**Sonuç:** Mirror sendromu antepartum herhangi bir zamanda gelişebilir ve postpartum da devam edebilir. Genellikle hızlı kilo artışı, artmış periferik ödem ve preeklampsie benzeri tab-



Şekil 1 (PB-12): Mirror sendromu.



Şekil 2 (PB-12): Mirror sendromu. Büyük plasenta.



Şekil 3 (PB-12): Mirror sendromu 3. Plasenta kalınlığı 57 mm.

ile prezenle olur. Preeklampsiden farklı olarak maternal hematokrit düşmüştür (hemodilüsyon). Mirror sendromu vakalarının birçoğu preeklampsi benzeri klinik tablo ile başvurduğu için Mirror sendromunun preeklampsiden ayrımı zordur. Fakat preeklampsi kliniğinden farklı olarak fetal hidropsa eşlik eden maternal ödem, maternal hemodilüsyon varlığında Mirror sendromu ön tanı olarak mutlaka akılda tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Maternal ödem, Mirror sendromu, plasental ödem.

### PB-13

#### Monokoryonik monoamniyotik ikiz eşinin intrauterin ölümü: Yönetim

Kıvılcım Korkmaz, Onur Bektaş, Filiz Çayan

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

**Amaç:** Çoğul gebelikler tekil gebelikler ile karşılaştırıldıklarında, daha yüksek oranlarda gelişme kısıtlanması, konjenital anomali ve intrauterin kayıp sıklığı göstermekte ve daha zor bir intrauterin dönem geçirmektedirler. Monozigotik ikizler, dizigotik ikizlerden daha yüksek komplikasyon riski taşımaktadırlar.

**Olgu:** Bizim olgumuz 32 yaşında gravida 2 parite 1, son adet tarihine göre 26 haftalık monokoryonik monoamniyotik ikiz gebelik olup; hastada preeklampsi ve oligohidramniyoz saptanması üzerine kliniğimize refere edilmiştir. Gebeliğin ultrasonografik muayenesinde; monoamniyotik ikiz gebelik ve fetüslerden birinin 19. gestasyonel haftayla uyumlu olup ex fetüs olduğu, diğer fetüsün ise 26 haftayla uyumlu olup oligohidramniyoz olduğu tespit edildi. Kompleks umbilikal kordon dolanmasından şüphelenildi. Celestone dozları ta-



Şekil 1 (PB-13): Monokoryonik monoamniyotik ikiz.



Şekil 2 (PB-13): Monokoryonik monoamniyotik ikizde kordon dolanması.



**Şekil 1 (PB-14):** Fetal guatrın neden olduğu polihidramniyoz (AFI: 306 mm).



**Şekil 2 (PB-14):** Sonografik muayenesinde fetal boyunda aşırı büyümüş kitle (guatr) ve farinks dilatasyonu.

mamlanan ve günlük usg ile yakından takip edilen hasta yatışının 3. gününde fetal distress nedeniyle 26.3. gestasyonel haftada acil sezaryen operasyonuna alındı. 995 g ağırlığında, 1. ve 5. dakika Apgar skoru 7/9 olan canlı erkek bebek ve 410 g ağırlığında olan ex erkek fetüs doğurtuldu. Plasenta incelendiğinde monokoryonik monoamniyotik olduğu görüldü ve kompleks umbilikal kordon dolanması görülerek tanı doğrulandı (Şekil 1 ve 2 PB-13). Bebek prematürite nedeni yenidoğan kliniği tarafından yatırılarak takip edildi ve ardından sağlıklı şekilde taburcu edildi.

**Sonuç:** Monoamniyotik ikiz gebeliklerin en spesifik komplikasyonu ikizlerden birinin ya da her ikisinin intrauterin ölümüne neden olabilecek umbilikal kordon dolanması ve düğümlenmesidir. Mevcut kordon dolanması nedeni olan ikiz eşlerinden birinin intrauterin fetal ölümü, gebeliğin ileriki dönemlerinde yaşayan diğer eşin intrauterin fetal ölümüne veya asfiksiye sebep olabilir. Bu nedenle bu tür olguların takiplerinde umbilikal kordonların değerlendirilmesi olası komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Kordon dolanması, monoamniyotik ikiz gebelik, yönetim.

## PB-14

### Fetal guatrın prenatal tanı ve tedavi yaklaşımı: Olgu sunumu

Ahmet Yalınkaya<sup>1</sup>, Senem Yaman Tunç<sup>1</sup>, Elif Ağaçaayak<sup>1</sup>, Ziya Kalkan<sup>2</sup>, Hüseyin Altaş<sup>1</sup>, Gamze Akın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır; <sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dabilye Anabilim Dalı, Diyarbakır

**Amaç:** Oldukça nadir görülen, fetal gelişme geriliğine neden olabilen ve fetal yutma güçlüğü nedeniyle polihidramniyozu yol açabilen fetal guatr olgusunun tanı ve tedavi yaklaşımını sunmaktır.

**Olgu:** 32 yaşında ve 32 haftalık gebeliği olan kadın, polihidramniyoz nedeniyle merkezimize refere edildi. Yapılan gebelik muayenesinde son adet tarihine (SAT) göre 32 hafta, ultrasonografide ise 31 hafta gebelik ve ağır polihidramniyoz saptandı (Şekil 1 PB-14). Fetüsün boynunda bilobal yaklaşık 50×45 mm, aşırı kanlanan kitle (guatr), farinkste dilatasyon (Şekil 2 ve 3 PB-14) ve mide küçük izlendi. Fetal biyometri-de hafif asimetrik kısıtlılık tespit edildi. Fetal guatrın özofa-



**Şekil 3 (PB-14):** Renkli Doppler sonografik muayenesinde fetal boyundaki kitlenin (guatr) aşırı kanlanması.

gusa bası yaparak, fetal yutmayı engellediği ve polihidramniyoza yol açtığı düşünüldü. Maternal tiroid fonksiyon testleri (TFT) yapıldı. TSH 4,26, serbest T3 (FT3) ve serbest T4 (FT4) hafif düşük izlendi. Anneye oral levotiron (Euthyrox) 100 mcg/gün başlandı. Fetal tedavi için yurtdışından iki hafta içinde Levotiroksin injektabl formu temin edildi. Geçen sürede maternal tiroid hormonları normale yaklaşırken, fetal guatrda hafif gerileme ve amniyotik sıvıda da hafif azalma izlendi. Levotiroksin (Levothyroxine 100 mcg vial) 10 gün arayla üç kez 1x200 mcg direkt intraamniyotik enjeksiyonu yapıldı. İlk enjeksiyondan itibaren fetal guatrda hızla küçülme izlendi, amniyotik sıvı normal seviyeye dönerken, fetal büyümede de belirgin olarak iyileşme görüldü. Antepartum son sonografik muayenesinde tiroid glandı bilobal 26x11 mm olarak ölçüldü. Eski sezaryeni olan gebe 39. haftasında sezaryen doğum ile 3050 g, 8/9 APGAR'lı erkek bebek doğurtuldu. Yenidoğanın harici muayenesinde ve TFT'sinde bir patoloji saptanmadı. Anne ve bebek takip edilmek üzere postoperatif birinci gün şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Fetal guatr, polihidramniyoz ve asimetrik gelişme kısıtlılığı ile ortaya çıkabildiğinden bu olgular sonografik olarak fetal guatr yönünden değerlendirilmeli ve maternal tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır. Maternal hipotiroidi varlığında oral Levotiroksin başlanabilir. Fetal guatr tanısı konulan olgulara direkt intraamniyotik Levotiroksin enjeksiyonu ile fetüs tedavi edilerek hipotiroidinin olası komplikasyonları önlenabilir.

**Anahtar sözcükler:** Fetal guatr, polihidramnyos, prenatal tanı, intrauterin tedavi.

## PB-15

### Ciddi mortal bir gebelik komplikasyonu: Kornual gebelik

Fatma Ketenci Gencer<sup>1</sup>, Elif Uçar<sup>1</sup>, Burcu Dinçgeç Çakmak<sup>2</sup>, Tuba Kotancı<sup>1</sup>, Esra Güzel<sup>1</sup>, Durkadın Elif Yıldız<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, GOP Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Bursa

**Amaç:** Her 100 gebeliğin yaklaşık 2'si ektopik gebeliktir ve ektopik gebeliklerin %95 ten fazlası falop tüplerinden oluşur ve de ilk trimesterde görülen maternal mortalitenin en sık nedenidir. Ampulla tubal ektopik gebeliklerin en sık rastlandığı bölgedir. Bununla birlikte interstisyel gebelik bütün ektopik gebeliklerin yaklaşık %2'sini oluşturur. Kliniğe en sık geliş semptomu ektopik gebeliğin rüptüre olup olmamasına bağlıdır. Kornual gebelik tüm ektopik gebeliklerin %2-4'ünü oluşturur ve mortalite oranı %2-3'dür. Kornual gebelik özellikle yardımcı üreme teknikleri uygulanan hastalarda bazı yayınlarda sıklığında artış olduğu gösterilmiştir. Bu vakamızda

kliniğimize başvuran ve kornual gebelik tanısı alan bir hastamızı sunacağız.

**Yöntem:** Hastamız 40 yaşında gravida 1 parite 0 abort 1. kliniğimize yaygın karın ağrısı şikayeti ile başvuruyor. Yapılan muayenesinde endometrium kalınlığı 9 mm düzensiz uterus doğal douglasta bol serbest mayi mevcut olmakle birlikte sağ over net değerlendirilememekte. Sol overde ektopik odak şüphesi taşıyan ama korpus luteum imajı veren 2 cm lik kistik lezyon tespit edildi. Vajinal kanaması olmayan hastanın batin muayenesinde defans ve rebound mevcuttu. Hastadan alınan anamneze göre 1 yıldır evli olduğu, gebelik istemlerinin olduğu, bunun için de 15 gün önce dış merkezde yumurta toplama işlemi yapıldığı fakat herhangi bir transfer yapılmadığı anlaşılıyor. Herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığını, herhangi bir hastalığı olmadığını ve geçirilmiş bir operasyonunun olmadığını belirtiyor. Hastanın nabızı 105, tansiyon 80/60 mmHg olarak ölçülüyor. 2 ünite eritrosit süspansiyonu ayırtlıyor ve volüven takılarak acil operasyon kararı veriliyor. Eksplozasyonda batında yaklaşık 500 cc mayii 500 cc koagulum boşaltıldı ve sol kornual bölgede 2 cm'lik ektopik odak görüldü. Sol kornual bölgedeki ektopik odak rezeke edildi ve sol salpenjektomi yapıldı. Operasyon esnasında hastadan alınan hemogram sonucunda hg: 5 g/dl, htc: %16, plt: 163.000/uL olarak tespit edilmesi üzerine rezerve edilen 2 ünite Eritrosit süspansiyonu ve 2Ü TDP replase edildi. Posttransfüzyon kontrol hemogram sonucunda hg: 8 g/dl, htc: %25 olduğu, genel durum iyi, vital bulgular stabil izlenen hastada operasyona son verildi. Post operatif birinci gününde nabzın 110/dk olması ve hastanın baş dönmesi şikayeti tariflemesi üzerine 2ünite eritrosit süspansiyonu replase edildi. Posttransfüzyon kontrol hemogram sonucu hg:11gr/dl, htc: %33, plt: 114.000 uL olarak geliyor.

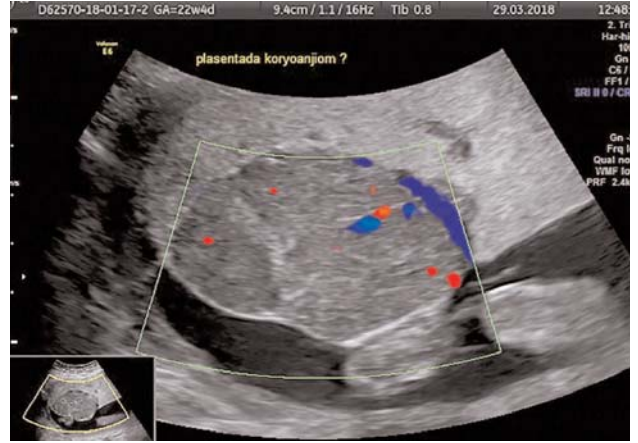
**Bulgular:** Hastamızın yapılan 3 günlük takipleri sonucunda ultrasonografisinde uterus doğal, endometrium kalınlığı ince düzenli, bilateral adneksler doğal, Douglasta minimal mayi izlendi. Batın rahat defans ve rebound izlenmedi. Yara yeri temiz olan hasta 1 hafta sonra jinekoloji polikliniğine kontrol muayenesine gelmek üzere taburcu edildi.

**Sonuç:** Kornual gebelik tanısı koymak ultrason ile zor olabilir. MR altın standart olmasına rağmen her zaman ulaşılır olmayabilir. Kavite içinde yerleşimi olmayan fakat istnik bölgede gibi gözlenen ektopik gebeliklerin muamelesi sırasında eğer hasta daha önceden yardımcı üreme tekniği ile alakalı bir girişimden bahsediyor ise kornual gebeliğin ayırıcı tanıda olduğu ve kliniğin çok hızlı kötüleşebileceği unutulmamalı ve zaman kaybetmeden tedavisi planlanmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Kornual gebelik, ektopik gebelik, gebelik komplikasyonu, yardımcı üreme teknik komplikasyonu.



**Şekil 1 (PB-18):** Plasentanın gri sakala değerlendirmesinde plasenta için de yaklaşık 4x6 cm boyutunda düzgün sınırlı hipoekoik kitle görünümü.



**Şekil 2 (PB-18):** Color Doppler ultrasonografide kitle içinde minimal kan akımı görünümü.

## PB-18

### Prenatal dönemde üç boyutlu power Doppler ultrasonografi ile tanı konulmuş plasental koryoanjom vakası

Rauf Melekoğlu<sup>1</sup>, Ercan Yılmaz<sup>1</sup>, Saadet Alan<sup>2</sup>, Şeyma Erkek<sup>2</sup>, Ebru Çelik<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya; <sup>2</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Malatya; <sup>3</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Plasental koryoanjyom, plasentanın en sık görülen benign non-troblastik tümürüdür. Primitif koryonik mezenterden gelişir ve tipik olarak vaskülerdir. Plasental koryoanji-

yomun tahmini insidansı, mikroskopik olarak incelenmiş plasentalarda yaklaşık %1 olarak bildirilse de farklı araştırmalarda farklı insidans oranları bildirilmiştir. Çoğu koryoanjyom küçük ve asemptomatik olup genellikle klinik önemi yoktur. Büyük tümörler, özellikle 4–5 cm'den daha büyük olanların insidansı 1: 3500 ile 1: 9000 arasında değişmekte ancak maternal ve fetal komplikasyonlarla ilişkili olabilmektedir. Gri skala ultrasonografi ve renkli Doppler görüntüleme incelemesi de dahil olmak üzere rutin ultrasonografi muayeneleri plasental koryoanjyomların prenatal tanısında önemli rol oynar. Biz de kliniğimizde ikinci trimester fetal ultrasonografik taramada power Doppler ve üç boyutlu (3D) power Doppler ultrasonografi yardımı ile tanı koyduğumuz plasental koryoanjyom vakasını sunmayı amaçladık.

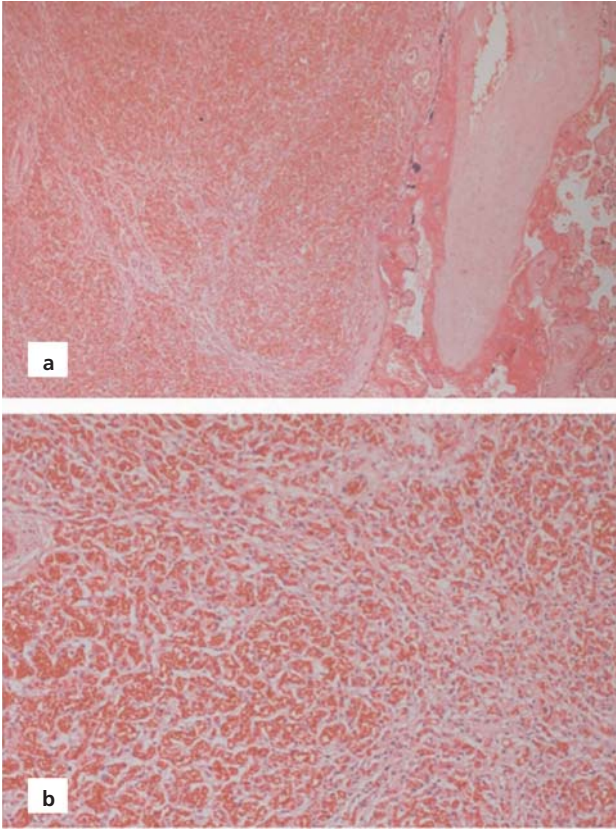


**Şekil 3 (PB-18):** Power Doppler ultrasonografik değerlendirmede plasental kitle içinde plasental koryoanjyom ile uyumlu yoğun vaskülarizasyon ve kan akımı görünümü.



**Şekil 4 (PB-18):** 3D power Doppler ultrasonografik değerlendirmede plasental kitle içinde plasental koryoanjyom ile uyumlu yoğun vaskülarizasyon ve kan akımı görünümü.

**Olgu:** Kırkbir yaşında, gravida 4 parite 0 abortus 3, son adet tarihine göre 22 hafta 4 günlük gebeliği olan, obstetrik öyküsünde tekrarlayan birinci trimester düşükler nedeni ile yapılan etyolojik tarama sonucu saptanmış trombofili öyküsü olan, medikal öyküsünde özellik olmayan hasta rutin ikinci trimester fetal anomali taraması nedeni ile hastanemizin prenatal tanı ve tedavi ünitesine refere edildi. Hastanın yapılan muayenesinde monokoryonik diamniyotik ikiz gebelik olduğu her iki fetüsün amniyotik mayi volumünün normal, biyometrik ölçümlerinin gebelik haftası ile uyumlu olduğu saptanırken her iki fetüsün anatomik değerlendirmesinde patolojik bulgu saptanmadı. Plasentanın gri sakala değerlendirmesinde placentada içinde yaklaşık 4x6cm boyutunda düzgün sınırlı hipokoik kitle görünümü izlendi (Şekil 1 PB-18). Color Doppler ultrasonografide kitle içinde minimal kan akımı saptanırken (Şekil 2 PB-18), power Doppler ve 3D power Doppler ultrasonografik değerlendirmede plasental kitle içinde plasental koryoanjiom ile uyumlu yoğun vaskularizasyon ve kan akımı olduğu izlendi (Şekil 3 ve 4 PB-18). Hasta ve eşi saptanan plasental koryoanjiyom ve olası prognozu hakkında



**Şekil 5 (PB-18):** Histopatolojik mikroskopik değerlendirmede (a) placentakoryoanjioma geçişi (H&E x4); (b) koryoanjioma; kapiller hemanjiom benzeri proliferatif kapiller vasküler yapılar (H&E x1).

bilgilendirildi. Hasta monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerin olası komplikasyonları ve plasental koryoanjiomun polihidramnios, preeklampsi, preterm doğum, nonimmün hidrops, fetal kalp yetmezliği ve fetal ölüm gibi komplikasyonları açısından iki hafta ara ile takibe alındı. Takip eden obstetrik vizitlerinde gebeliğin 29. haftasında ikiz eşinde selektif intrauterin gelişme geriliği tip II (persiste end diastolik reverse akım) ve oligohidramnios saptanan hastaya steroid ve beyin koruyucu magnezyum sülfat uygulamasından sonra elektif doğum planlandı. APGAR 7/8, 1760 g, canlı, kız ve APGAR 6/7, 1370 g, canlı, kız bebekler sezaryen ile doğurtuldu. Plasentanın makroskopik ve mikroskopik patolojik incelemesinde plasentada 8 cm çapında koryoanjiom olduğu konfirme edildi (Şekil 5 PB-18).

**Sonuç:** Plasental koryoanjiom plasentanın en sık görülen benign tümörü olsa da çapı 4–5 cm'den büyük koryoanjiomlar nadir görülmektedir. Büyük koryoanjiomlar polihidramnios, preeklampsi, preterm doğum, nonimmün fetal hidrops, fetal kalp yetmezliği/kardiyomegali, fetal anemi, fetal gelişme geriliği ve fetal ölüm gibi komplikasyonlar açısından daha riskli olup plasental koryoanjiomun vasküler yapıda olması gebelik komplikasyonları açısından bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Plasental koryoanjiom düşünülen kitlelerin vaskularizasyonunun değerlendirilmesinde power Doppler ve 3D power Doppler ultrasonografi kullanımı Color Doppler'e göre tanı duyarlılığını arttırabilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Koryoanjiom, placentada, prenatal ultrasonografi.

## PB-19

### Pelvik agresif anjiomiksom: Olgu sunumu

Ahmet Yalinkaya<sup>1</sup>, Elif Ağaayak<sup>1</sup>, Rezan Buğday<sup>1</sup>, Gülsüm Kaya<sup>1</sup>, Hüseyin Büyükbayram<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır; <sup>2</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

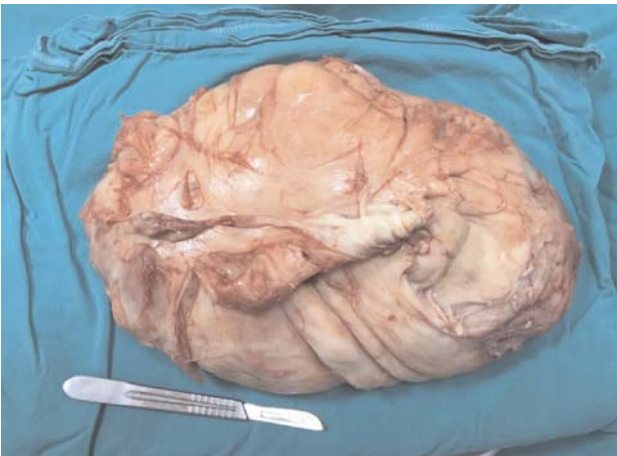
**Amaç:** Oldukça nadir görülen, klinik olarak diğer pelvik tümörlerden ayırımı güç ve ancak histopatolojik olarak kesin tanısı konulabilen pelvik anjiomiksom olgusunu sunmaktır.

**Olgu:** 18 yaşında, 3 aydan beri karında şişlik, ağrı ve konstipasyon şikayetleri ile merkezimize başvuran hastanın harici muayenesinde pelvisi dolduran ve umbilikusun üzerine kadar uzanan kitle tespit edildi. Sonografi muayenesinde ise pelvisi dolduran, umbilikusun üzerine kadar uzanan, içinde düşük akımlı kan damarları bulunan ve yaklaşık 223x128 mm heterojen kitle izlendi (Şekil 1 PB-19). Uterus ve sol over kitlenin en üst kısmında izlenirken sağ over izlenemedi. Kitlenin renkli Doppler sonografik incelemesi: S/D: 1.68, PI: 0.53, RI: 0.40 olarak ölçüldü. Preoperatif laboratuvar tetkiklerinde



**Şekil 1 (PB-19):** Pelvisi dolduran ve umbilikusa kadar uzanan, homojen-hipodens pelvik kitlenin sonografik görünümü.

hafif LDH yüksekliği dışında bir patoloji saptanamadı. Sağ ovarian kitle düşünülerek laparotomiye karar verildi. Pfannenstiel insizyon ile batına girildi, yapılan ekplorasyonda pelvik tabanından kaynaklanan, pelvisi tamamen dolduran, uterus ve overleri batın içine ve yukarı iten retroperitoneal kitle izlendi. Sağ ön ve arka parametriumdan periton açılarak kitleye ulaşıldı. Sağ lateralde ön ve arkada vaginal forniks açıldı. Vaginal duvarın sağ kenarından, mesane arkasından pelvis tabanının en dip kısmına kadar uzanan kitle künt ve keskin diseksiyonlarla total olarak eksize edildi (Şekil 2 PB-18). Kitlenin frozeen incelemesi benign olarak rapor edildi. Oluşan paravaginal boşluk en dipten yukarı doğru sirküler sütürlerle tamamen kapatıldı. Vaginal sağ yan duvarında oluşan vertikal laserasyon içerden yukarı doğru fornikslere kadar sütüre edil-



**Şekil 2 (PB-19):** Postoperatif pelvik kitlenin makroskopik görünümü.

dikten sonra vaginal forniksler anatomisine uygun olarak kapatıldı. Üreter kontrolünü takiben fasia ve periton kapatıldı. Kitlenin histopatolojik inceleme sonucu agresif anjiyomiksom olarak rapor edildi.

**Sonuç:** Agresif anjiyomiksom özellikle üreme çağındaki kadınlarda görülen nadir pelvik ve perineal yumuşak doku tümörüdür ve bazı ovarian kitleler ile karışabilir. Pelvik ve perineal veya retroperitoneal kitle varlığında agresif anjiyomiksom akla gelmeli ve cerrahi olarak total eksizyonu yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Pelvik, agresif, anjiyomiksom.

## PB-20

### Plasenta perkreta olgularında spontan abdominal kanama ve yaklaşımı

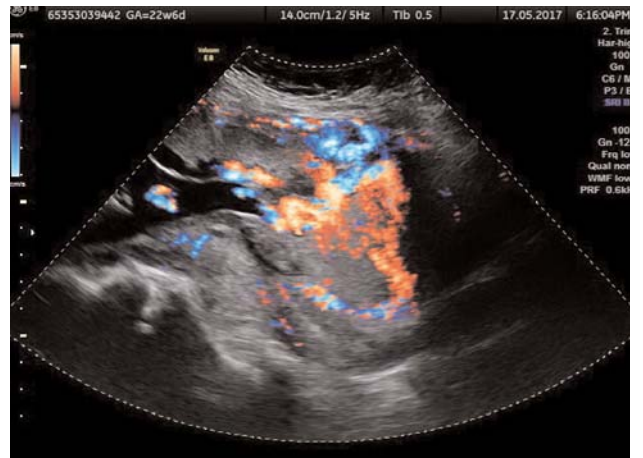
Ahmet Yalınkaya, Elif Ağaçayak, Evindar Elçi, Hıdır Budak, Muzaffer Bulut

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

**Amaç:** Spontan abdominal kanama ve akut batına yol açan plasenta perkreta olgularında tanı ve tedavi yaklaşımını belirlemektir.

**Yöntem:** Haziran 2013–Haziran 2018 tarihleri arasında kliniğimizde tespit edilen, spontan abdominal kanama ve akut batına yol açan plasenta perkreta olguları çalışmaya alındı. Çalışma verileri, anormal plasental implantasyonu nedeniyle sezaryen uygulanan hastaların bilgileri özel olarak kayıt edilen ve arşivlenen olgulardan ve hastane kayıtlarından elde edildi. Olguların demografik özellikleri, cerrahi yaklaşımı, klinik ve laboratuvar sonuçları değerlendirildi.

**Bulgular:** Haziran 2013–Haziran 2018 tarihleri arasında merkezimizde plasenta perkretanın neden olduğu spontan abdomi-



**Şekil 1 (PB-20):** Kitlenin USG görüntüsü.





**Şekil 2 (PB-20):** 16 haftalık plasenta perkreta olgusunda spontan rüptürüne bağlı intraabdominal kanama.

nal hemoraji ve akut batın nedeniyle acil operasyona alınan 7 olgu tespit edildi (Şekil 1 ve 2 PB-20). Olguların sırasıyla ortalama yaşı  $32.42 \pm 5.31$ , gravidası  $4.71 \pm 1.79$  (2–6), sezaryen sayısı  $3.28 \pm 0.95$  (3–6), gebelik haftası  $24.00 \pm 5.16$  ve fetal ağırlıkları  $736 \pm 566$  g olarak bulundu (Tablo 1 PB-20). Preoperatif ve postoperatif Hemogloblin (g) ve Hematokrit (%) değerleri sırasıyla  $8.31 \pm 1.45$  (6.10–11.00),  $9.24 \pm 2.08$  (6.00–11.80),  $24.13 \pm 4.11$

**Tablo 1 (PB-20):** Spontan abdominal kanamaya neden olan plasenta perkreta olgularının demografik özellikleri.

Olguların (n=6) özellikleri	Sonuçları
Ortalama yaşı	32.42 (22–39) yıl
Ortalama gravidita	4.71 (2–7)
Ortalama parite	2.57 (1–5)
Ortalama canlı çocuk sayısı	2.42 (1–5)
Ortalama sezaren sayısı	3.28 (2–5)
Ortalama gebelik yaşı (hafta)	24 (16–33)
Ortalama fetal ağırlık (gram)	736 (180–1760)
Fetal kayıp sayısı (%)	5 (%83.33)

**Tablo 2 (PB-20):** Spontan abdominal kanamaya neden olan plasenta perkreta olgularının klinik ve laboratuvar özellikleri.

Olgu sayısı (n=6)	Özellikleri
Preop. Hb	8.31 (6.1–8.7) g
Postop Hb	9.24 (6.0–11.8) g
Preop Hct	24.13 (22.0–25.19)
Postop Hct	27.65 (17.56–33.07)
Kan transfüzyonu (eritrosit süpsansiyonu)	Toplam: 35 ünite:
Preoperatif	1 hastaya 2 U
Intraoperatif	3.42 (2–5 U) altı hastalara toplam 24 U
Postoperatif	1.57 (0–3 U) beş hastaya toplam 11 U
Komplikasyon	Bir hastada vesiko-uterin fistül
Hastanede kalış süresi (gün)	6.42 (3–21)
Operasyon tipi	Sezaryen, uterin onarım, hemostaz

(22.00–25.19) ve  $27.65 \pm 6.03$  (17.56–33.07) bulundu. Bir hastaya preop 2, tüm hastalara ortalama intraoperatif  $3.42 \pm 1.27$  (2–5), postoperatif  $1.57 \pm 0.97$  (0–3) ve toplam 37 ünite eritrosit süpsansiyonu (ES) verildi (Tablo 2 PB-20). Tüm olgulara genel anestezi altında konservatif cerrahi uygulandı. İki olguya mid-line (Genel Cerrahi tarafından), beş olguya da Pfannestiel insizyonu uygulandı. Bir hastada abdominal kanama ile birlikte mesane perforasyonu ve uterin atoni tespit edildi. Bu olguya kompresyon sütürleri ve tüp ligasyonu uygulandı, üç ay sonra vesiko-uterin fistül gelişmesi nedeniyle relaparotomi ile onarıldı. Tekrar gebe kalan diğer bir hasta ise doğuma kadar sorunsuz izlendi.

**Sonuç:** Akut batın nedeniyle başvuran gebe kadınlarda plasenta perkreta ve buna bağlı spontan abdominal kanama düşünülmelidir. Maternal morbidite ve mortalite riski yüksek bu olgularda en kısa sürede cerrahi müdahale ve gerekli kan replasmanı yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Plasenta, perkreta, spontan, abdominal, kanama.

## PB-21

### İkinci trimester fetal anomali taramasında saptanan vasa previa olgusu

Rauf Melekoğlu<sup>1</sup>, Ercan Yılmaz<sup>1</sup>, Ebru Çelik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya; <sup>2</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Vasa previa, kötü fetal sonuçlara yol açabilen önemli bir obstetrik problemdir. Bazı araştırmacılar bu vakalarda neonatal sağkalım oranının %50'den az olduğunu bildirir de, tanı antepartum dönemde yapılır ise fetal sağkalım oranı %97–99'lara çıkmaktadır. Vasa previa tanısı, internal servikal os'a yakın veya os'un üzerinde membranlar boyunca bir fetal damarın izlenmesi ile konur. Tanı için internal os ile damar arasındaki mesafe 2 cm'den az olmalıdır. Doğru tanı en iyi transvajinal ultrasonografi ve renkli Doppler kullanılarak gerçekleştirilir. Vasa previa için risk faktörleri ikinci trimesterde plasenta previa varlığı, low line plasenta, marjinal veya velamentöz umbilikal kord insersiyonu, aksesuar plasental lob, ileri anne yaşı ve yardımcı üreme teknikleri ile gebelik olarak sayılabilir. Biz de kliniğimizde ikinci trimester fetal ultrasonografik taramada transvajinal ultrasonografi ve renkli Doppler ultrasonografi yardımı ile tanı koyduğumuz vasa previa vakasını sunmayı amaçladık.

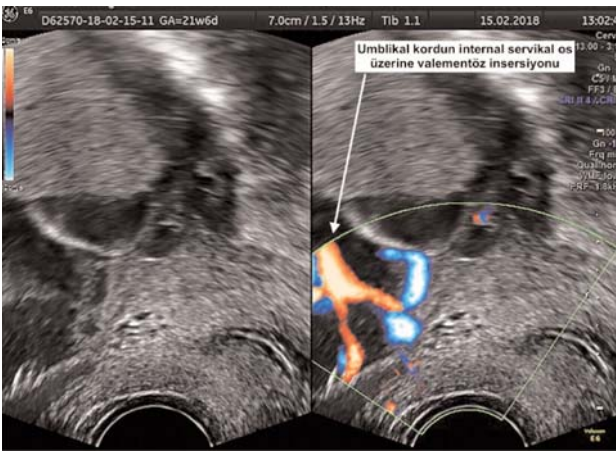
**Yöntem:** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Prenatal Tanı ve Tedavi Ünitesine gebeliğin ikinci trimesterinde anomali taraması nedeni ile refere edilen ve vasa previa saptanan olgunun poliklinik ve ultrasonografi kayıtları retrospektif olarak tarandı. Fetal ul-



**Şekil 1 (PB-21):** Plasentanın transabdominal gri sakala ve renkli Doppler ultrasonografi ile değerlendirmesinde bilobüle plasenta görünümü ile birlikte serviks önünde fetal damar ile uyumlu görünüm.

trasonografik görüntüleme prosedürü Voluson E6 (GE Healthcare, Milwaukee, WI, USA) ultrasonografi cihazına ait 5MHz'lik transabdominal ve 7MHz'lik transvajinal transducer kullanılarak gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Yirmidokuz yaşında, gravida 4 parite 0 abortus 3, son adet tarihine göre 21 hafta 6 günlük gebeliği olan, obstetrik öyküsünde tekrarlayan birinci trimester düşüklük ve in-vitro fertilizasyon gebeliği öyküsü ile birlikte medikal öyküsünde özellik olmayan hasta rutin ikinci trimester fetal anomali taraması nedeni ile hastanemizin prenatal tanı ve tedavi ünitesine refere edildi. Hastanın yapılan muayenesinde fetal kalp atımı pozitif, amniyotik mayi volumü normal, biyometrik ölçümleri gebelik haftası ile uyumlu saptanırken fetüsün anatomik değer-



**Şekil 2 (PB-21):** Transvajinal ultrasonografi ile muayenede servikal os önünde fetal damarlar ile birlikte umbilikal kordonun valemantöz olarak internal servikal os üzerine insersiyonu.

lendirmesinde patolojik bulgu saptanmadı. Plasentanın transabdominal gri sakala ve renkli Doppler ultrasonografi ile değerlendirmesinde bilobüle plasenta görünümü ile birlikte serviks önünde fetal damar ile uyumlu görünüm izlendi (Şekil 1 PB-21). Transvajinal ultrasonografi ile muayenede ise servikal os önünde fetal damarlar ile birlikte umbilikal kordonun valemantöz olarak internal servikal os üzerine insersiyonu olduğu izlendi (Şekil 2 PB-21). Hasta ve eşi saptanan vasa previa durumu ve olası prognozu hakkında bilgilendirildi. Gebeliğin 28. haftasında kontrol ultrasonografi muayenesi için çağrıldı. Sonraki takiplerini sosyal nedenlerden ötürü dış merkezde yaptıran hastanın gebeliğin 36. haftasında planlı elektif sezaryen ile 2850 g erkek bebek sahibi olduğu, bilobüle plasenta ve valemantöz insersiyon tanısının postoperatif dönemde plasentanın makroskopik ve mikroskopik incelemesinde konfirme edildiği bilgisi sözel olarak hastadan ve doğumun gerçekleştiği kurum hekiminden öğrenildi.

**Sonuç:** Vasa previa, plasenta previadan farklı olarak maternal risk taşımamakta ancak fetüs için önemli risklerle ilişkili olabilmektedir. Vasa previa'nın insidansının düşük olması (binde 0.6) nedeniyle rutin olarak prenatal ultrasonografik taramasına dair tartışmaların sürmesine ve birçok uluslararası kılavuzun rutin tarama önerisi içermemesine rağmen, tanısının atlanmaması için özellikle risk faktörü olan hastalarda fetal ultrasonografik taramada alt uterus segmentinin dikkatli bir şekilde incelenmesi önem arz etmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal ultrasonografi, renkli Doppler ultrasonografi, vasa previa.

## PB-22

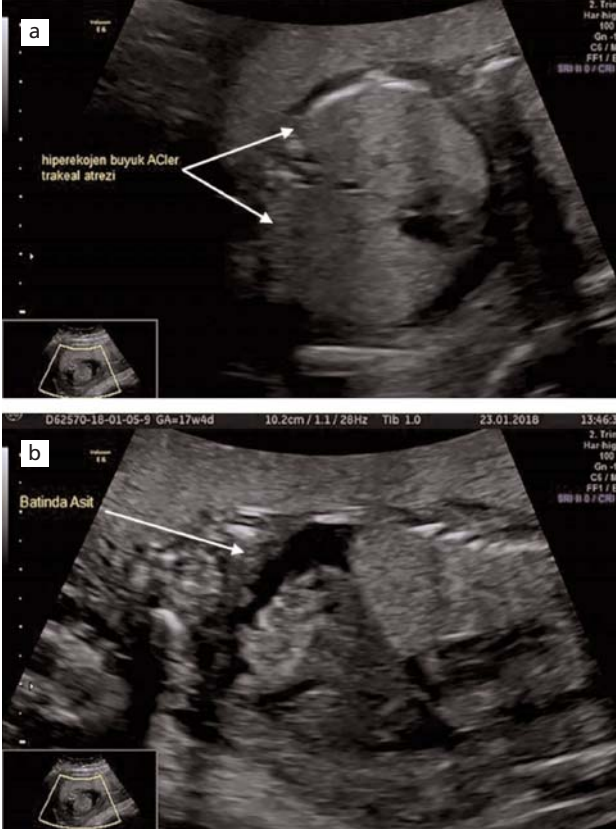
### Fraser sendromu: Prenatal ve postnatal bulgular ile üç olgunun sunumu

Rauf Melekoğlu<sup>1</sup>, Hasan Berkan Sayal<sup>2</sup>, Ercan Yılmaz<sup>1</sup>, Serhat Toprak<sup>3</sup>, Ebru Çelik<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya; <sup>2</sup>Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya; <sup>3</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Malatya; <sup>4</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Fraser sendromu, her 100.000 canlı doğumdan 11'inde görülen, geniş spektrumlu fenotipik görünüm ile prezente olan kompleks otozomal resesif bir bozukluktur. Biz de kliniğimizde prenatal ultrasonografi ve postnatal morfolojik ve patolojik değerlendirme ile tanı koyduğumuz üç Fraser sendromu vakasını sunmayı amaçladık.

**Olgu 1:** 28 yaşında, gravida 2 parite 0 abortus 1, son adet tarihine göre 17 hafta+4 günlük gebeliği olan, obstetrik ve medikal öyküsünde özellik olmamakla birlikte birinci derece akraba evliliği yapmış olan hasta oligohidramnios ön tanısı ile hastanemizin prenatal tanı ve tedavi ünitesine refere edildi. Hastanın yapılan muayenesinde amniyotik mayi volumü anhidramnios,



**Şekil 1 (PB-22):** (a) Ultrasonografide konjenital üst hava yolu obstrüksiyonu düşündürülen bilateral hiperekojen büyük akciğerler ve (b) batında asit görünümü.

batında asit, konjenital üst hava yolu obstrüksiyonu düşündürülen bilateral hiperekojen büyük akciğerler saptandı (Şekil 1 PB-22). İnvaziv prenatal tanı için yapılan kordosentez sonucunda fetüste kromozom anomalisi saptanmayan hasta gebeliğin son-



**Şekil 2 (PB-22):** Abortus materyalinin makroskopik incelemesinde fetüste Fraser sendromu düşündürülen kriptoftalmus, sağ ve sol ellerde sindaktili, alt ekstremitede yapışıklık görünümü.



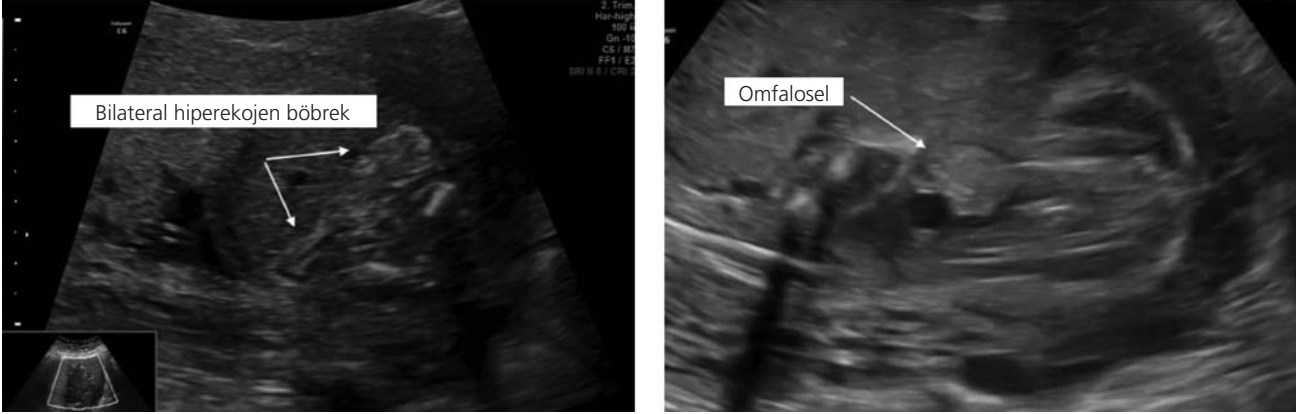
**Şekil 3 (PB-22):** Ultrasonografide bilateral büyük hiperekojen akciğerler ve batında asit görünümü.

landırılmasını istedi. Abortus materyalinin patolojik incelemesinde fetüste Fraser sendromu düşündürülen kriptoftalmus, bilateral renal agenezi, sağ ve sol ellerde sindaktili, alt ekstremitede yapışıklık ve imperfore anüs saptandı (Şekil 2 PB-22).

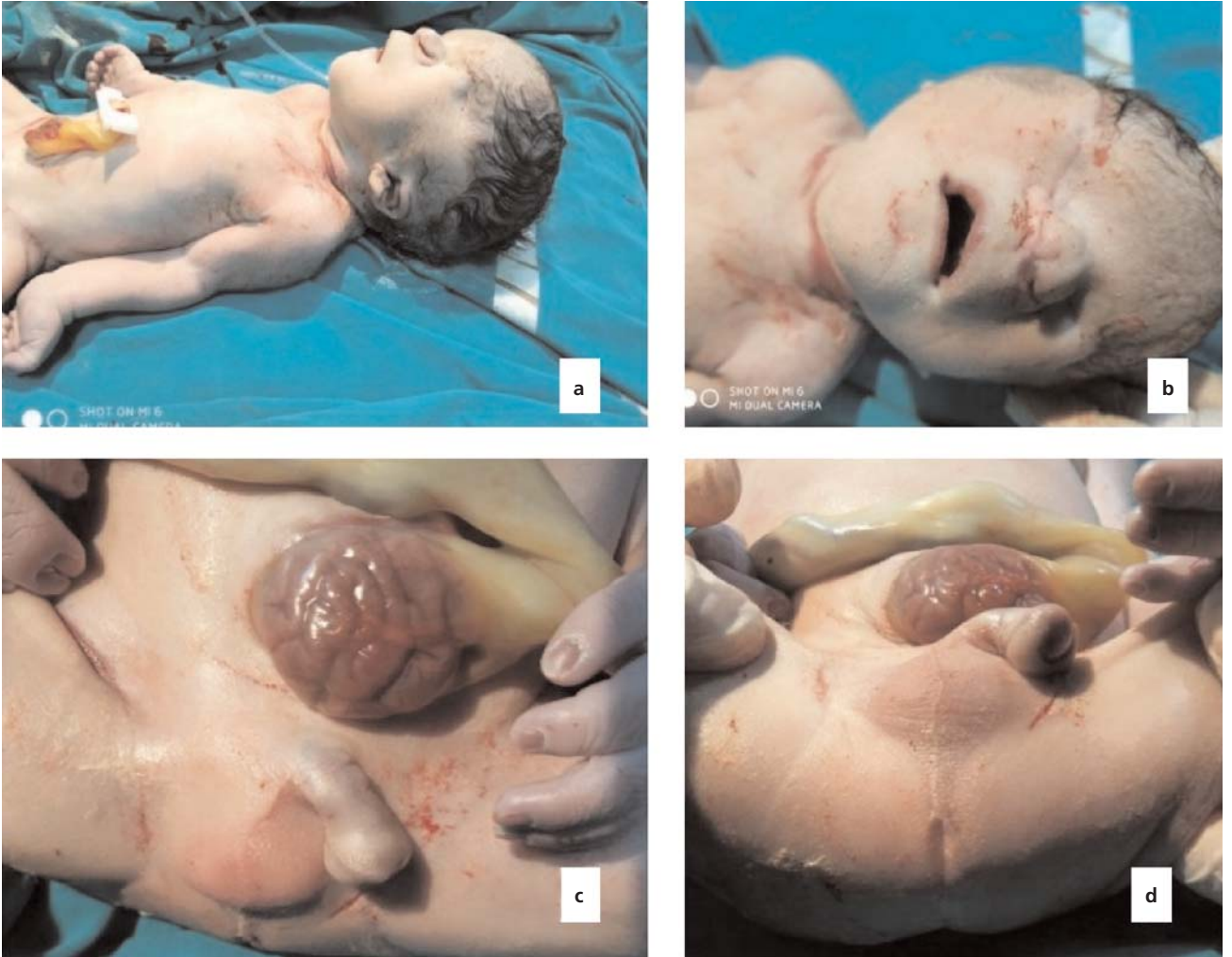
**Olgu 2:** 33 yaşında, gravida 5 parite 3 abortus 1, son adet tarihine göre 17 hafta+2 günlük gebeliği olan, önceki gebeliğinde gestasyonel diyabetes mellitus öyküsü olan ve medikal öyküsünde özellik olmayan hasta fetal anomali ön tanısı ile refere edildi. Hastanın yapılan muayenesinde amniyotik mayi volumü oligohidramnios, batında yaygın asit, konjenital üst hava yolu obstrüksiyonu düşündürülen bilateral hiperekojen büyük akciğerler saptandı (Şekil 3 PB-22). İnvaziv prenatal tanı için yapılan amniyosentez sonucunda fetüste kromozom anomalisi saptanmayan hasta gebeliğin sonlandırılmasını istedi. Abortus materyalinin patolojik incelemesinde fetüste Fraser sendromu düşündürülen kriptoftalmus, yarı dudak damak, bilateral renal agenezi, sağ ve sol ellerde 3-4. parmaklarda sindaktili ve imperfore anüs saptandı (Şekil 4 PB-22).



**Şekil 4 (PB-22):** Abortus materyalinin patolojik incelemesinde fetüste Fraser sendromu düşündürülen kriptoftalmus, yarı dudak damak ve ellerde sindaktili görünümü.



Şekil 5 (PB-22): Ultrasonografide bilateral hiperekojen böbrek ve omfalosele görünümü.



Şekil 6 (PB-22): Yenidoğanda morfolojik olarak Fraser sendromu düşündürülen temporal bölgeden ipsilateral göze kadar uzanan bilateral kama şeklindeki anterior saç çizgisi (a), anoftalmi (b), omfalosele (c) ve anal atrezi (d) görünümü.

**Olgu 3:** 25 yaşında, gravida 2 parite 0 abortus 1, son adet tarihine göre 22 hafta+6 günlük gebeliği olan, obstetrik ve medikal öyküsünde özellik olmayan hasta oligohidramnios ön tanısı ile refere edildi. Hastanın yapılan muayenesinde amniyotik mayi volumü anhidramnios, biyometrik ölçümleri haftası ile uyumlu izlendi. Fetal anatomik değerlendirmede bilateral böbrekler hiperekojen displastik görünümde ve omfodel izlendi (Şekil 5 PB-22). İnvaziv prenatal tanı ve gebeliğin terminasyonu seçeneklerini reddeden hasta gebeliğin her koşulda devamını istedi. Sonraki gebelik takiplerinde ek patolojik bulgu saptanmayan hasta gebeliğin 34. haftasında intrauterin gelişme geriliği, anhidramnios ve makat prezentasyonu nedeniyle sezaryen planlandı. 2100 g, 47 cm erkek bebek doğurtuldu. Doğumun 40. dakikasında ex olan yenidoğanda morfolojik olarak Fraser sendromu düşündürülen temporal bölgeden ipsilateral göze kadar uzanan bilateral kama şeklinde anterior saç çizgisi, anoftalmi, omfalosel, anal atrezi ve her iki el ve ayak parmaklarında sindaktili saptandı (Şekil 6 ve 7 PB-22). Aile postmortem genetik inceleme ve otopsi istemedi.

**Sonuç:** Prenatal ve postnatal bulgularını sunduğumuz Fraser Sendromu olgularında izlendiği üzere, kriptoftalmus ve sindaktili ön planda izlenen postnatal morfolojik bulgulardır, ancak bu major anomalilerin prenatal muayene ile saptanması çok zordur. Prenatal ultrasonografide oligohidramnios, renal agenezi ve konjenital üst hava yolu obstrüksiyonu bulgularının bir arada izlenmesi Fraser sendromu düşündürmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Fraser sendromu, oligohidramniyos, prenatal ultrasonografi.



**Şekil 7 (PB-22):** Yenidoğanda el ve ayaklarda sindaktili görünümü.

## PB-23

### Prenatal tanı alan izole aort koarktasyonu vakası

Rauf Melekoğlu<sup>1</sup>, Ercan Yılmaz<sup>1</sup>, Ebru Çelik<sup>2</sup>

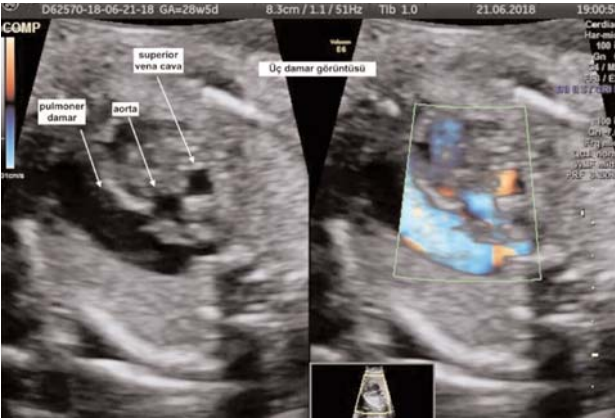
<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya; <sup>2</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi izole aort koarktasyonunun, ABD'deki tüm konjenital kalp hastalıklarının %4 ila %6'sını oluşturduğunu ve yaygınlığının yaklaşık 10.000 canlı doğumda 4 olduğunu bildirmiştir. Prenatal görüntüleme ile ilerlemelere ve fetal ekokardiyografinin bir parçası olarak detaylı aortik ark değerlendirmesine yönelik eğilimin artmasına rağmen, izole aort koarktasyonu prenatal dönemde saptanamayabilmekte ve neonatal dönemde patent duktus arteriosusun kendiliğinden kapanması durumunda ölümcül sonuçlar doğurabilmektedir. Biz de kliniğimize gebeliğin üçüncü trimesterinde ikiz gebelik ve ikiz eşinde selektif intrauterin gelişme geriliği (IUGR) saptanması nedeni ile refere edilen hastada saptanan fetal izole aort koarktasyonu olgusunun klinik ve ultrasonografik özelliklerini sunmayı amaçladık.

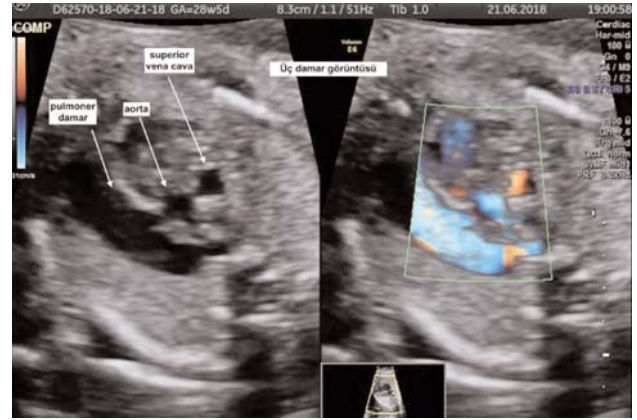
**Olgu:** 29 yaşında, gravida 4 parite 3, son adet tarihine göre 28 hafta+5 günlük gebeliği olan, obstetrik ve medikal öyküsünde özellik olmayan hasta ikiz eşinde selektif IUGR ön tanısı ile hastanemizin prenatal tanı ve tedavi ünitesine refere edildi. Hastanın yapılan muayenesinde monokoryonik diamniyotik ikiz gebelik olduğu her iki fetüsün amniyotik mayi volumü normal olsa da fetüslerden birinde selektif IUGR tip II (fetüsler arasında tahmini fetal ağırlık diskordansı %29 ve umbilikal arter Doppler'inde persiste end diastolik akım kaybı) saptanırken IUGR saptanan fetüsün kardiyak değerlendirmesinde dört odacık görüntüsünde ventriküler diskordans (sol ventriküle rölatif hipoplazi) görüldü.



**Şekil 1 (PB-23):** Fetüsün kardiyak değerlendirmesinde dört odacık görüntüsünde ventriküler diskordans (sol ventriküle rölatif hipoplazi) görünümü.



**Şekil 2 (PB-23):** Üç damar görüntüsünde büyük damarların boyutlarında orantısızlık (aort rölatif olarak küçük) görünümü.



**Şekil 3 (PB-23):** Üç damar trakea görüntüsünde aortik arkın duktal arka göre daha ince yapıda olduğu ve Color Doppler ultrasonografide aortik arkta retrograd akım varlığı.

ventrikülde rölatif hipoplazi) izlendi (Şekil 1 PB-23). Üç damar görüntüsünde büyük damarların boyutlarında orantısızlık (aort rölatif olarak küçük) (Şekil 2 PB-23) ve üç damar trakea görüntüsünde aortik arkın duktal arka göre daha ince yapıda olduğu ve Color Doppler ultrasonografide aortik arkta retrograd akım varlığı izlendi (Şekil 3 PB-23). Fetal kalbin uzun aks aortik ark görüntüsünde aortik istmus bölgesinin tamamında daralma ve takibinde sol subklavian arterin orjin aldığı kısmın distalinde koarktasyon olduğu izlendi (Şekil 4 PB-23). Hospitalize edilen, antenatal steroid uygulaması sonrası günlük non stress test ve 3 gün ara ile obstetrik Doppler ile fetal iyilik hali takibi yapılan hastada 29 hafta+5gün gebelik haftasında selektif IUGR olan ikiz eşinde obstetrik Doppler’de persiste end diyastolik reverse akım saptanması üzerine beyin koruyucu magnezyum sülfat uygulamasının ardından doğum planlandı. APGAR 7/8, 1400 g, canlı, erkek ve APGAR 6/7, 900 g, canlı, erkek bebekler sezaryen ile doğurtuldu. Yenidoğan yoğun bakıma alınan bebeklerden prenatal dönemde aort koarktasyonu saptanan yenidoğana yapılan ekokardiyografide istmus ve transvers ark hafif hipoplazik, koarktasyon varlığı ve koarktasyon bölgesinde diyastole uzanım gösteren 50 mmHg’lık gradiyent olduğu izlendi. Hastaya düşük doz kaptopril ve furasemid başlanarak klinik takip önerildi. Şu an doğum sonrası 25. günde solunum sıkıntısı nedeni ile oksijen desteği alan yenidoğanın genel durumu iyi olup yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takibi devam etmektedir.

**Sonuç:** Aort koarktasyonunun fetal tanısının duyarlılığı %50–72 arasında olup gecikmiş tanı hala yaygındır. Prenatal fetal ultrasonografi muayenesinde üç damar trakea görüntüsünün ve aortik arkın detaylı değerlendirilmesi aort koarktasyonunun prenatal tanı olasılığının artırılmasını sağlayacak, böylelikle aort koarktasyonu olan fetüslerin uygun şartlarda



**Şekil 4 (PB-23):** Fetal kalbin uzun aks aortik ark görüntüsünde aortik istmus bölgesinin tamamında daralma ve takibinde sol subklavian arterin orjin aldığı kısmın distalinde koarktasyon.

doğumunun planlanması ile neonatal morbidite azaltılarak optimal sağkalım mümkün olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Aort koarktasyonu, fetal ekokardiyografi, prenatal ultrasonografi.

## PB-24

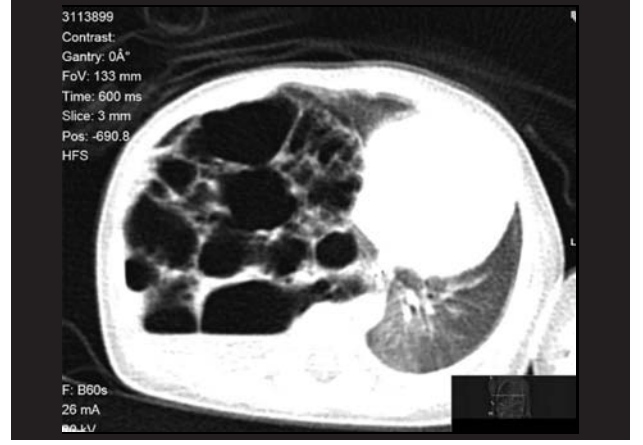
### Prenatal dönemde tanı almış konjenital pulmoner hava yolu malformasyonu tip I vakası

Rauf Melekoğlu<sup>1</sup>, Ercan Yılmaz<sup>1</sup>, Murat Cengiz<sup>1</sup>, Turan Yıldız<sup>2</sup>, Ayşe Nur Akatlı<sup>3</sup>, Emine Şamdancı<sup>3</sup>, Ebru Çelik<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya; <sup>2</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya; <sup>3</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Malatya; <sup>4</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul



**Şekil 1 (PB-24):** Ultrasonografik değerlendirilmede sağ hemitoraksı dolduran içinde çok sayıda makrokistik yapının olduğu tip I CPAM ile uyumlu görünüm.

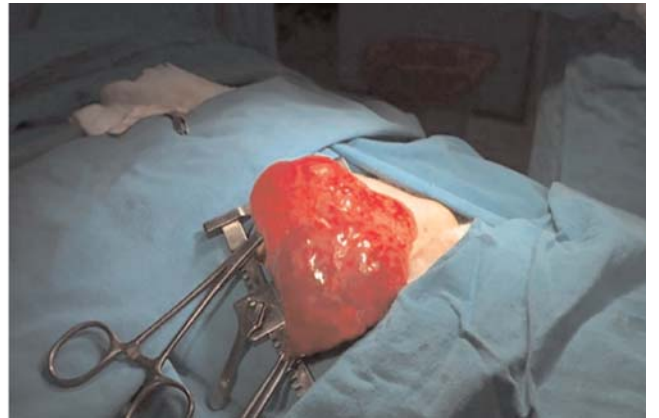


**Şekil 2 (PB-24):** Toraks bilgisayarlı tomografide sağ hemitoraksta alt loblarda büyük boyutlarda kistler içeren, mediasteni sola doğru iten konjenital pulmoner hava yolu malformasyonu ile uyumlu lezyon görünümü.

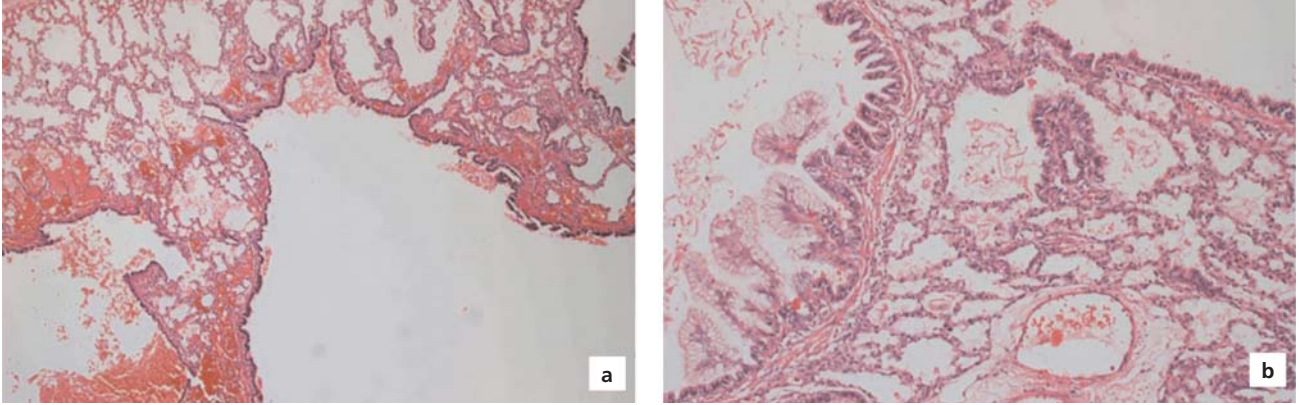
**Amaç:** Pulmoner hava yolunun konjenital pulmoner hava yolu malformasyonu (CPAM), hamartom, malformasyon veya displastik proliferasyonun özelliklerini birleştiren sıradışı bir lezyondur. CPAM, normal alveollerin yokluğu ve farklı epitel tipleri ile örtülü terminal respiratuar bronşiyollerin aşırı proliferasyonu ve kistik dilatasyonu ile karakterizedir. Beş tipi tanımlanmış olup tiplerden sadece biri (tip 3) adenomatoid ve üç tanesi (tip 1, 2 ve 4) ise kistikdir. CPAM oldukça nadir görülür ve etiyojoloji ve insidans bilinmemektedir. Bununla birlikte, CPAM tüm konjenital akciğer lezyonlarının yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır. Biz de kliniğimizde ikinci trimester fetal ultrasonografik taramada tanı koyduğumuz konjenital pulmoner hava yolu malformasyonu tip I vakasını prenatal ultrasonografi, postpartum radyolojik, cerrahi ve patoloji sonuçları ile sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Bilim Dalı bünyesindeki Prenatal Tanı ve Tedavi Ünitesine gebeliğin ikinci trimesterinde anomali taraması nedeni ile refere edilen ve CPAM tip I saptanan olgunun poliklinik ve ultrasonografi kayıtları retrospektif olarak tarandı.

**Bulgular:** Yirmibir yaşında, primigravid, son adet tarihine göre 22 hafta 2 günlük gebeliği olan, mevcut obstetrik öyküsü ve medikal öyküsünde özellik olmayan hasta rutin ikinci trimester fetal anomali taraması nedeni ile hastanemizin prenatal tanı ve tedavi ünitesine refere edildi. Hastanın yapılan muayenesinde fetal kalp atımı pozitif, amniyotik mayi volumü normal, biyometrik ölçümleri gebelik haftası ile uyumlu saptanırken fetüsün anatomik değerlendirmesinde sağ hemitoraksı dolduran içinde



**Şekil 3 (PB-24):** Yenidoğana yapılan lobektomi sırasında sağ alt lobda CPAM ile uyumlu görünüm.



**Şekil 4 (PB-24):** Mikroskopik incelemede (a) psödostratifye silli kolumnar epitel ile çevrili kistik boşluklar (H&E x40) ve (b) fokal alanda müköz hücreler içeren kist duvar örneği (H&E x100).

çok sayıda makrokistik (çapı>2cm) yapının olduğu tip I CPAM ile uyumlu görünüm ve fetal kalpte mediastinal şift saptandı (Şekil 1 PB-24). Hasta ve eşi saptanan CPAM tip I ve olası prognozu hakkında bilgilendirildi. Hasta CPAM'ın polihidramnios, plevral efüzyon ve nonimmün fetal hidrops, gibi olası komplikasyonları açısından iki hafta ara ile takibe alındı. Takip eden obstetrik vizitlerinde ek maternal veya fetal patoloji saptanmayan hastaya 40 hafta +3 gün gebelik haftasında eylemde makat prezentasyon tanısı ile acil sezaryen planlandı. APGAR 8/9, 3360 gr, canlı, kız bebek doğurtuldu. Neonatal dönemde mekanik ventilator ile solunum desteği alan yenidoğanın yapılan toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ hemitoraksta alt loblarda büyük boyutlarda kistler içeren, mediasteni sola doğru iten konjenital pulmoner hava yolu malformasyonu ile uyumlu lezyon görünümü izlendi (Şekil 2 PB-24). Çocuk cerrahisi konsültasyonu yapılan hastaya doğum sonrası 3. günde cerrahi planlandı. Sağ alt lobda CPAM ile uyumlu görünüm izlenen yenidoğana lobektomi ve tüp torakostomi uygulandı (Şekil 3 PB-24). Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen ve solunum desteği ihtiyacı kalmayan yenidoğan yaşamın 36. gününde şifa ile taburcu oldu. Lobektomi materyalinin histopatolojik incelemesinde CPAM tip I ile uyumlu psödostratifye silli kolumnar epitel ile çevrili kistik boşluklar izlendi (Şekil 4 PB-24).

**Sonuç:** Prenatal dönemde rutin ikinci trimester fetal ultrasonografik muayenede CPAM'ın tanı duyarlılığı neredeyse %100'dür. Seri prenatal ultrasonografik takip, CPAM olan hastalarda prognoz ve olası intrauterin tedavi için gerekliliğin belirlenmesine yardımcı olmak için önemlidir. Prognoz oldukça değişkendir ve fetal hidropsun varlığına ve kitlenin büyüklüğüne bağlıdır.

**Anahtar sözcükler:** Akciğerin kistik adenomatoid malformasyonu, doğumsal kistik adenomatoid malformasyon Tip I, prenatal ultrasonografi.

## PB-26

### Birinci trimester tarama sırasında tanı alan anormal invaziv plasenta olgusunun yönetimi

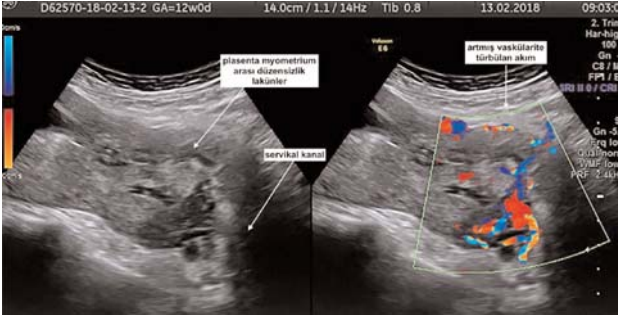
Rauf Melekoğlu<sup>1</sup>, Ercan Yılmaz<sup>1</sup>, Ayşe Gülçin Baştemur<sup>1</sup>, Murat Cengiz<sup>1</sup>, Ebru Çelik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya; <sup>2</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Anormal invaziv plasenta, plasentanın implantasyon bölgesine anormal bir şekilde yapışması olarak tanımlanır. Postpartum kanama, artmış kan transfüzyonu ihtiyacı, peripartum histerektomi, intraoperatif ve postoperatif birçok majör maternal komplikasyon ile ilişkilidir. Anormal invaziv plasentanın prenatal dönemde tanısının konulmuş olması özellikle de önceden planlanmış doğum yönetim stratejilerinin uygulanmasına izin vererek, durumla ilişkili maternal ve fetal morbiditenin riskini azaltır. Genellikle gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde prenatal tanısı konmasına rağmen, erken gebelikte de anormal invaziv plasenta bulguları izlenebileceği bildirilmiştir. Biz de kliniğimizde birinci trimester tarama sırasında anormal invaziv plasenta tanısı koyduğumuz olgunun yönetimini sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Kırkbir yaşında, gravida 3 parite 2, son adet tarihine göre 12 haftalık gebeliği olan, obstetrik öyküsünde geçirilmiş iki sezaryen doğum öyküsü olan, medikal öyküsünde özellik olmayan hasta rutin birinci trimester fetal anomali taraması nedeni ile hastanemizin prenatal tanı ve tedavi ünitesine refer edildi. Hastanın yapılan ultrasonografik muayenesinde fetal kalp atımı pozitif, amniyotik mayi volumü normal, biyometrik ölçümleri gebelik haftası ile uyumlu, ense saydamlığı ve nazal kemik ölçümü (sırasıyla 1.1 mm ve 2.2 mm) haftasına göre normal sınırlarda olan tek fetüs saptandı. Plasentanın gri ska-





**Şekil 1 (PB-26):** Gri skala ultrasonografik değerlendirmede internal servikal os önünde yerleşimli plasenta, plasenta içerisinde multipl lakünler ve myometrium plasenta sınırında düzensizlik görünümü. Renkli Doppler ultrasonografik değerlendirmede myometrium-plasenta sınırında vaskülaritede artış ve lakünler içerisinde türbülant akım görünümü.

la ultrasonografik değerlendirmesinde internal servikal os önünde yerleşimli olduğu, multipl lakünler içerdiği ve myometrium-plasenta sınırının düzensiz olduğu izlendi. Plasenta-nın renkli Doppler ultrasonografik değerlendirmesinde myo-



**Şekil 2 (PB-26):** Üçüncü trimester ultrasonografik değerlendirmede plasentada devam eden plasenta previa-akreata görünümü.

metrium-plasenta sınırında vaskülaritede artış ve lakünler içerisinde türbülant akım olduğu izlendi (Şekil 1 PB-26). Anormal invaziv plasenta olduğu düşünüldü. Aile mevcut durum ve olası prognoz hakkında bilgilendirilerek gebeliğin sonlandırılması seçeneği sunuldu. Gebeliğin devamını isteyen hastanın gebelik takiplerinde gebeliği komplike eden ek maternal veya fetal problem saptanmamakla beraber plasentada plasenta previa-akreata görünümü üçüncü trimester sonuna kadar devam etti (Şekil 2 PB-26). Gebeliğin 36. haftasında planlı elektif sezaryen histerektomi prosedürü uygulanan hastada intraoperatif komplikasyon izlenmedi. APGAR7/8, 2760 g, canlı erkek bebek doğurtulan hastanın postoperatif ameliyat piyesinin makroskobik ve mikroskobik incelemesinde anormal invaziv plasenta tanısı doğrulandı (Şekil 3 PB-26).

**Sonuç:** Sonuç olarak, gebeliğin ilk trimesterinde anormal invaziv plasentanın ultrasonografik bulguları mevcut olabilir. Tüm popülasyonun sık görülen sayısal kromozomal anomaliler açısından taranması amacıyla yaygın olarak uygulanan ve NT ölçümü esaslı yürütülen birinci trimester tarama programı aynı zamanda özellikle geçirilmiş sezaryen öyküsü gibi risk faktörü olan gebelerde anormal invaziv plasentanın erken dönemde saptanması için önemli bir fırsattır. Bu dönemde plasenta yerleşimi ve anormal invaziv plasentanın ultrasonografik bulgularına dikkat edilmesi ile plasenta yapışma anomalilerinin erken tanısı konulabilmekte, anormal invaziv plasentanın olası maternal ve fetal riskleri ve gebeliğin tahliyesi konusunda ailelerin erken dönemde bilgilendirilmesini sağlayabilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Birinci gebelik trimesteri, plasenta akreata, prenatal ultrasonografi.



**Şekil 3 (PB-26):** Postoperatif sezaryen histerektomi ameliyat piyesinin makroskobik incelemesinde anormal invaziv plasenta ile uyumlu görünüm.

**PB-27****Birinci trimesterde intrafetal lazer tedavisi uygulanan twin reversed arterial perfüzyon (TRAP) sekansı vakası**Rauf Melekoğlu<sup>1</sup>, Cihat Şen<sup>2</sup><sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya; <sup>2</sup>Memorial Bahçelievler Hastanesi, Perinatal Tanı ve Tedavi Merkezi, İstanbul

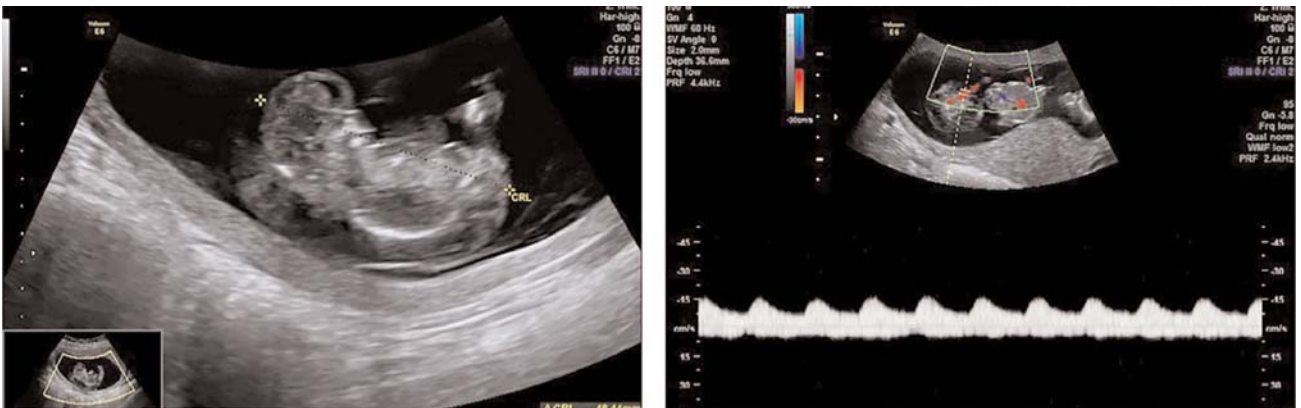
**Amaç:** Twin reversed arteriyel perfüzyon (TRAP) sekansı, monokoryonik gebeliklerin nadir görülen bir komplikasyonu olup, normal bir ikiz eşi (pump twin) tarafından perfüze edilen bir akardiyak ikiz eşi varlığı ile karakterizedir. Perfüzyon, genellikle ortak bir kord insersiyon yerinden arterioarterial anastomozlar aracılığıyla retrograd bir şekilde ortaya çıkar. TRAP sekansı gebeliklerinin karakteristik özelliği olan bu vasküler düzenleme, pump ikizinde hiperdinamik dolaşım ve progresif kalp yetmezliğine yol açar. Pump ikiz eşinin kaybını önlemek için anastomozların kord koagülasyonu, kord ligasyonu ve fotokoagülasyonu gibi farklı fetoskopik tekniklerin yanı sıra radyofrekans ablasyonu ve intrafetal lazer tedavisi gibi intrafetal yöntemler de ileri sürülmüştür. TRAP ikizine ultrason eşliğinde 18 gauge bir iğne ile gerçekleştirilebilen intrafetal lazer ablasyonu uygulanması ile TRAP sekansına erken müdahale mümkün olmuştur. İlk trimesterde intrafetal lazer ablasyonu deneyimi sınırlı olmasına rağmen, bu prosedürün fizibilitesi bir dizi çalışmada gösterilmiştir. Biz de birinci trimesterde tanı koyduğumuz ve intrafetal lazer ablasyonu uyguladığımız TRAP sekansı vakasını sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 30 yaşında, gravida 2 parite 1, son adet tarihine göre 12 haftalık gebeliği olan, obstetrik ve medikal öyküsünde özellik olmayan hasta dış merkezde rutin gebelik kontrolünde monokoryonik diamniyotik ikiz gebelik ve ikiz eşinin missed abortus olduğunun saptanması üzerine hastanemizin prenatal tanı ve tedavi ünitesine refere edildi. Hastanın yapılan muayenesinde mo-

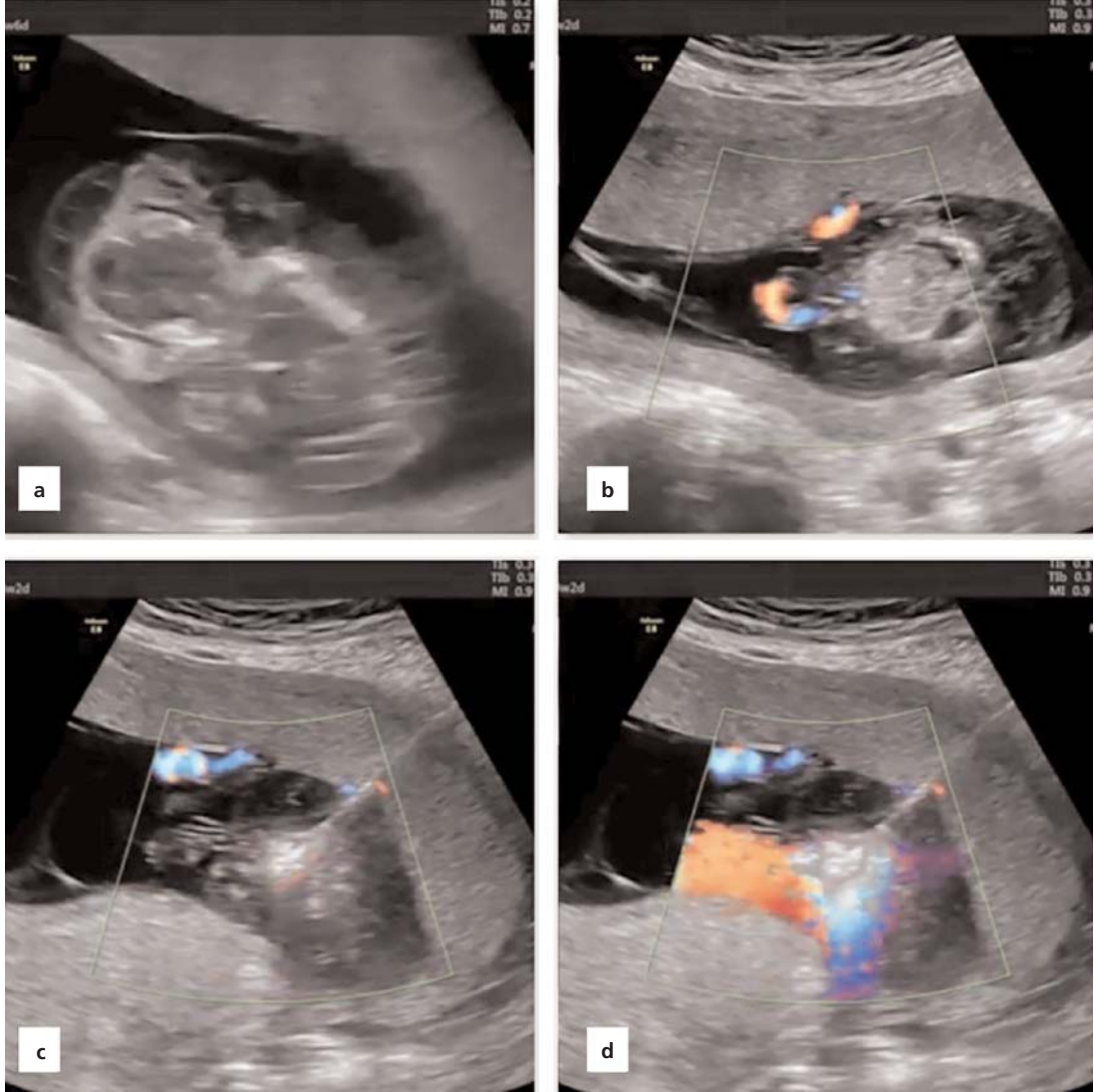
nokoryonik diamniyotik ikiz gebelik olduğu missed abortus olan ikiz eşinde fetal kardiyak aktivite yokluğuna rağmen fetüse kan akımının olduğu izlenmesi üzerine TRAP sekansı akardiyak ikiz tanısı konuldu. Akardiyak ikiz eşinde gövde ve ekstremiteleri gelişimi olmakla birlikte baş ve yüzünün kısmen geliştiği (akardiyak aneyps) ve hidropik görünümde olduğu saptandı (Şekil 1 PB-27). Ailenin mevcut durum ve olası prognoz hakkında bilgilendirilmesinin ardından 2 hafta sonra kontrol muayeneye çağrılan hasta gebeliğin 14. haftasında bulguların persiste etmesi üzerine intrafetal lazer tedavisi için prenatal cerrahi olanağı olan dış merkeze yönlendirildi. Hastaya dış merkezde umbilikal arterin ultrason eşliğinde lazer intrafetal koagülasyonu işlemi lokal anestezi olmaksızın 18-gauge iğneye yerleştirilen diode lazer fiberin (400 nm, 20–60 Watt, Medilas D Multibeam; Dornier MedTech) akardiyak ikizinin pelvik bölgedeki umbilikal arterine uygulanması ile yapıldı. İntrafetal lazer fotokoagülasyon işlemi renkli Doppler ile kan akışının durduğunu gösterene kadar, 40 watt sürekli dalganın beş saniyelik patlamalar şeklinde aralıklı olarak uygulanması ile gerçekleştirildi (Şekil 2 PB-27). Operasyon sırasında ve sonrasında komplikasyon gelişmeyen hasta 2 hafta ara ile ultrasonografi kontrollerine çağrıldı. Kontrollerinde akardiyak ikizinde kan akımının kesildiği ve kitle boyutunun küçüldüğü izlenirken pump ikizinin takiplerinde patolojik bulgu izlenmedi. Şu an gebeliğin 26. haftasında olan hastada gebeliği komplike eden ek maternal veya fetal komplikasyon gelişmekle birlikte gebelik takipleri sürmektedir.

**Sonuç:** Erken gebelikte TRAP sekansı için intrafetal lazer tedavisinin ilk tanımlanmasından bu yana, çok sayıda klinisyen bu tekniği benimsemiştir. Bu hastaların birinci trimester yönetiminde bazı TRAP vakalarının tedaviye ihtiyaç duymayabileceği, spontan erken fetal ölüm olasılığı ve prosedürle ilişkili riskler göz önüne alınarak aile bilgilendirilmeli ve tedavi planına aile ile birlikte karar verilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Fetüs, lazer fotokoagülasyon, prenatal ultrasonografi, TRAP sekansı.



**Şekil 1 (PB-27):** Gebeliğin 12. haftasında fetal kardiyak aktivite yokluğuna rağmen fetal gövdede kan akımı varlığı izlenen hidropik görünümde akardiyak ikiz görüntüsü.



**Şekil 1 (PB-27):** Gebeliğin 14. haftasında hidropik görünümde akardiyak ikiz görüntüsü (a), fetal gövdeye olan kan akımı görüntüsü (b), renkli Doppler ultrasonografi yardımı ile yapılan intrafetal lazer fotokoagülasyon işlemi (c, d).

## PB-28

### İlk trimester fetüste Meckel-Gruber sendromu

Umur Görücü<sup>1</sup>, Cemil Gürses<sup>1</sup>, Merve Güngör<sup>2</sup>,  
Tarkan Kalkan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Antalya; <sup>2</sup>SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya; <sup>3</sup>SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Antalya

**Amaç:** Gebeliğin erken döneminde tespit edilebilen ve ölümle sonlanan Meckel-Gruber sendromunun erken tanısı ve ter-

minasyonunun önemine dikkat çekmek amacıyla bu olgu sunusu hazırlanmıştır.

**Yöntem:** Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran 35 yaşındaki gebenin anomali saptanan ultrason bulguları kullanılmıştır.

**Bulgular:** Meckel-Gruber sendromu nöral tüp defektlerinin sendromik olanlarının en sık görülenidir. Görülme sıklığı 3250 ile 140000 canlı doğumda birdir. Her iki cinste eşit sıklıkta görülmektedir. Klasik triadı; multistik böbrek (%100), oksipital ensefalosel (%90) ve postaksiyel polidaktili (%83). Üçü birlikte hastaların %52'sinde görülmektedir. USG'de tanı koyarken ise



Şekil 1 (PB-28): CRL ölçümü. CRL: 78.1 mm (13w+6d).



Şekil 1 (PB-28): Encefalosel.

üç major kriterden ikisi olmalıdır. Beraberinde görülen diğer anomaliler; SSS malformasyonları, yarı damak, mikrognat, sindaktili, klinodaktili, genitouriner anomaliler, kardiyak anomaliler, pes ekinovarus. Kesin tanı otopsi ile konulmaktadır. Bizim olgumuzda ultrasonografide oksipital kranial defekt, bilateral polikistik böbrek ve şüpheli polidaktili görünümü mevcuttur (Şekil 1-10 PB-28). Bu sendromda ölüm nedeni ise hipoplazik/displazik veya kistik böbrek nedeniyle gelişen oligohidramniyozun yol açtığı pulmoner hipoplazidir. İntrauterin dönemde böbrek 16. haftada fonksiyon kazanıp amniyon sıvısı oluşumuna katkı sağlamaktadır. Bu nedenle 12 haftalık gebeliği olan bu olguda oligohidramniyoz izlenmemektedir. Meckel-Gruber sendromu, Trizomi 13 ile benzer fenotipik özellikler göstermektedir. Meckel-Gruber sendromunun sonraki gebeliklerde

tekrarlama riski %25, Trizomi 13'ün tekrarlama riski %1'dir. Bu olgunun 8. gebeliği olup 3 tane anomalili bebek doğum öyküsü ve 4 spontan abortusu mevcuttur. Terminasyon sonrası morfolojik olarak fetüste kranial defekt, encefalosel ve batın distansiyonu izlenmiştir. Olguda üç majör kriterden ikisinin (encefalosel, polikistik böbrek) olması Meckel-Gruber sendromu ön tanısını güçlendirmiştir. Polidaktili izlenmemiştir. Fetüsten ekzom dizi analizi için örneklem alınmıştır. Koryon villüs biyopsisi yapılmıştır.

**Sonuç:** Meckel-Gruber sendromu, yenidoğan döneminde ölümle sonlanması ve tekrarlama riskinin %25 olması nedeniyle prenatal tanı önem kazanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Meckel-Gruber sendromu, encefalosel, polikistik böbrek.



Şekil 3 (PB-28): Encefalosel.



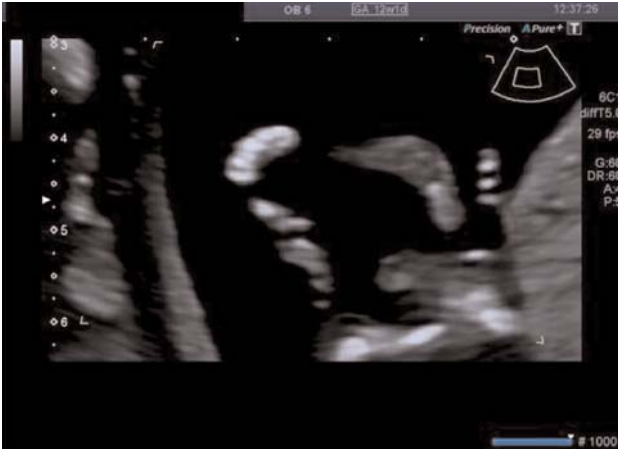
Şekil 4 (PB-28): Encefalosel ölçümü. 26x10.4 mm boyutunda ölçülen encefalosel görünümü



Şekil 5 (PB-28): Transvers kesitte bilateral polikistik böbrek görünümü.



Şekil 6 (PB-28): Koronal kesitte bilateral polikistik böbrek görünümü.



Şekil 7 (PB-28): Şüpheli polidaktili görünümü.



Şekil 8 (PB-28): Şüpheli polidaktili görünümü.



Şekil 9 (PB-28): Polikistik böbreklere sekonder batın distansiyonu.



Şekil 10 (PB-28): Kranial defekt ve ensefalosel.

## PB-29

### Kloakal ekstrofinin prenatal tanısı

Resul Arısoy, Tolga Ergin

Memorial Ataşehir Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Kloaka ekstrofinin görülme sıklığı 2.5–5: 100.000 olup; oldukça nadir saptanan karın ön duvarı defektlerinden biridir. Biz prenatal dönemde saptadığımız Kloakal ekstrofi olgunun tanı ve yönetiminin sunulmasını amaçladık.

**Olgu:** 27 yaşında gravida 1, parite 0 olan gebe 21 gebelik haftasında batın ön duvarında kitle ön tanısı ile nedeniyle kliniğimize refere edilmiştir. Gebenin ultrason muayenesinde bipariyetal çap 50 mm, baş çevresi 183 mm, femur uzunluğu 32 mm ve abdomen çevresi 153 mm ölçüldü. Fetüsün anatomic yapılarının değerlendirilmesinde umbilikal kord girişinin altında batın önduvarından dışarı protrüze olan 23×20 mm kitle saptandı (Şekil 1a–c PB-29).

Kitlenin barsak ve mesane içerdiği tespit edildi. Mesane pelviste izlenemedi. Genitalyanın şüpheli olduğu saptandı. Bu bulgular ile Kloakal ekstrofi tanısı verildi. Diğer sistemlerin muayenesinde ek anomali saptanmadı. Aile fetüsün muayene bulguları, eşlik edebilecek problemler ve prognoz hakkında bilgilendirildi. Kar-yotip analizi ve gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunuldu. Gebelik aile onamı ve kurul kararı alınarak termine edildi. Kar-yotip analizinde sayısal ve yapısal anomali saptanmadı. Postmortem patoloji incelemesinde de Kloakal ekstrofi, anal atrezi ve ambigus genitalya saptandı (Şekil 1d PB-29).

**Sonuç:** Kloakal ekstrofi saptanan olgularının ayırıcı tanısı ve eşlik eden diğer anomalilerin varlığı olguların doğru yönetimleri ve prognozları açısından önemlidir. Erken prenatal dönemde saptanan Kloakal ekstrofi olgularda gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunulabilir

**Anahtar sözcükler:** Kloakal ekstrofi, mesane ekstrofi, prenatal tanı.



**Şekil (PB-29):** (a) Kloakal ekstrofinin (hindgut izleniyor) transvers kesitte görüntüsü. (b) Kloakal ekstrofinin sagittal görüntüsü (infraumbilikal defekte hindgut ve mesane izleniyor). (c) Kloakal ekstrofinin 3D görüntüsü. (d) Postmortem anomalinin görüntüsü, omfolosel, mesane ekstrofi, anal atrezi ve anormal genital yapı.

**PB-30****Gebelik takibi sırasında spontan regrese olan fetal adrenal hemoraji: Olgu sunumu**Koray Özbay<sup>1</sup>, Altuğ Semiz<sup>1</sup>, Resul Arısoy<sup>2</sup><sup>1</sup>Memorial Şişli Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Memorial Şişli Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Kliniği, İstanbul**Amaç:** Prenatal dönemde saptanan ve takiplerde spontan regrese olan adrenal hemoraji olgusunun sunumu.**Olgu:** Gebeliğin 28. haftasında kliniğimizde takipli gebe sağ suprarenal lojda kitle nedeni perinatoloji kliniğine refere edildi. Fetal anatomi değerlendirilmesinde fetal biyometri gebelik haftası ile uyumlu, sağ supra renal alanda septasyonlu, solid alanlar içeren heterojen görünümlü 19x27 mm boyutlarında kitle saptandı (Şekil 1 PB-30). Yapılan Doppler USG de kitlenin etrafında vaskülarite saptandı (Şekil 2 PB-30). Bu bulgular**Şekil 1 (PB-30):** Kitlenin 2D görüntüsü.**Şekil 2 (PB-30):** Kitlenin Doppler USG görüntüsü.

ile ayırıcı tanıda Adrenal hemoraji düşünüldü. Yapılan diğer sistem incelemelerinde ek anomali saptanmadı. Takiplerinde kitlenin gebeliğin 36. haftasında tamamen rezorbe olduğu tespit edildi. Gebeliğin 39. haftasında 3700 gram ağırlığındaki fetus spontan vajinal doğumla sağlıklı olarak doğurtuldu. Abdominal USG de yenidoğanda patoloji saptanmadı.

**Sonuç:** Prenatal dönemde suprarenal kitle varlığında ayırıcı tanıda adrenal hemoraji düşünülmeli ve bu olguların takiplerinde spontan regresyon olabileceği aile ile paylaşılmalıdır.**Anahtar sözcükler:** Adrenal hemoraji, prenatal tanı, spontan regresyon.**PB-31****Gebelikte geçirilen akut toksoplazmozis olgusunun prenatal ve postnatal takibi**Melda Kuyucu, Bahar Konuralp Atakul, Duygu Adıyaman  
TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir**Amaç:** Konjenital toksoplazma enfeksiyonu, primer maternal enfeksiyonun plasenta yoluyla fetüse geçişiyle oluşur. Maternal enfeksiyonun meydana geldiği gebelik haftasına bağlı olarak fetüse geçiş değişkenlik gösterir. Gebelik haftası ilerledikçe fetüste enfeksiyon riski artar ancak enfeksiyonun ciddiyeti azalır.**Bulgular:** 23 yaşında G2P1Y1 olan olgu kombine test risk artışı nedeniyle polikliniğimize yönlendirildi. İlk trimester toksoplazma Ig M ve G negatif saptanan hastaya karyotipleme yapıldı. 18. haftada fetal anomali taraması normal olan hasta 19. haftada dış merkez toksoplazma IG M/G pozitifliği saptanması üzerine ikinci kez polikliniğimize başvurdu. Avidite istenerek spiramisin tedavisi başlandı. Avidite sonucu düşük olan hastaya amnion sıvısından toksoplazma PCR çalışılması önerildi ancak hasta kabul etmedi. Karyotip analizi normal olan hasta 24. haftada perikardial efüzyon, asit ve ince barsakta ekojenite artışı saptanması üzerine enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından enfeksiyonun primer olarak gebelikte geçirildiği düşünülerak hastaya primetamin-sülfodiazin-folinik asit önerildi ve başlandı. Fetal MR'da unilateral posterior lateral ventrikül artışı, ventriküler sistem yüzeyinde irregüler düzensizlik, ventriküler sistem yüzeyinden başlayıp parietal kortekse kadar uzanan porensfalik-şizensefalik kleft, şizensefali sahasında ve aynı hemisferde frontal kortekste karşı hemisferde parietal kortekste parankimal sinyal artışı gösteren sahalarda ve aynı bölgelere uyan lokalizasyonlarda kortekste polimikrogrik patern mevcuttu. Hasta 39. gebelik haftasına kadar ultrason ile takip edildi ve 39. haftada sezaryan ile canlı bebek doğurtuldu. Yenidoğanda toksoplazma IgM pozitif saptandı. Postpartum 1.

ay MR kontrolünde serebral hemisferde porensfali sahası, porensfali sahasında kalsifikasyon-mineralizasyona bağlı lezyonlar ve aynı saha yüzeyinde kortekste kuşku polimikrogyria sahası, lateral ventrikül trigonu asimetrik genişleme gözlemlendi. Yenidoğan pediatrik nöroloji tarafından takibe alındı.

**Sonuç:** Gebelikten önce ve ilk muayenede serolojik olarak toksoplazma testleri yapılmalıdır. Seronegatif gebelerde her trimesterde testler tekrarlanmalıdır. Maternal olası enfeksiyonun tesbiti halinde PCR ile fetal Toxo IgM'nin negatif olduğu belirleninceye kadar primetamin+folik asit+sülfadiazin tedavisi dönüşümlü olarak uygulanmalıdır. Amnion mayı örneklemesi kabul etmeyen gebelerde olası yan etkiler anlatılarak üçlü antibiyoterapi başlanması, gebeliğin ultrasonografik takibi akılcı bir yaklaşım olarak görünmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Konjenital toksoplazma, toksoplazma PCR, spiramisin.

### PB-32

#### Galen ven anevrizmasının prenatal tanısı:

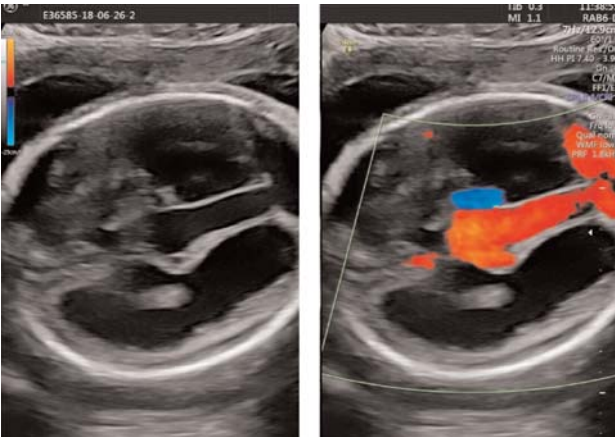
##### Olgu sunumu

Resul Arısoy<sup>1</sup>, Altuğ Semiz<sup>2</sup>, Koray Özbay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Memorial Ataşehir Hastanesi, İstanbul; <sup>2</sup>Memorial Şişli Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Bu olgu sunumunda ikinci trimesterde tanı alan Galen ven anevrizmasının prenatal tanısı ve yönetimi tartışılmıştır.

**Olgu:** 31 yaşında gravida 1, parite 0 olan gebe 24 gebelik haftasında hidrosefali ön tanısı ile nedeniyle kliniğimize refere edilmiştir. Gebenin ultrason muayenesinde bipariyetal çap 63 mm, femur uzunluğu 45 mm ve abdomen çevresi 207 mm ölçüldü. Fetüsün anatomik yapılarının değerlendirilmesinde fe-



**Şekil 1 (PB-32):** Fetal kraniumun aksiyal kesitte 2D ve Doppler görüntüsü.

tal kraniumda lateral ventriküller 18/25 mm ve ventrikül duvarları düzensiz, heterojen izlendi. Sisterna magna 12.2 mm saptandı. Kranium orta hatta 15 mm kistik lezyon izlendi ve Doppler USG de vasküler bir yapı olduğu izlendi (Şekil 1 PB-32). Galen ven anevrizması tanısı verildi. Ayrıca belirgin dilate juguler venler izlendi (Şekil 2 PB-32) ve kardiyomegali (kardiyotorasik indeks 128/190 mm) saptandı. Aile fetüsün muayene bulguları, eşlik edebilecek problemler ve prognoz hakkında bilgilendirildi. Galen ven anevrizması, ağır hidrosefali ve kalp yetmezliği tanıları ile gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunuldu. Gebelik aile onamı ve kurul kararı alınarak termine edildi. Karyotip analizinde sayısal ve yapısal anomali saptanmadı.

**Sonuç:** Galen ven anevrizması saptanan olgularda eşlik edebilecek diğer anomaliler taranmalı ve ayrıca kalp yetmezliği açısından değerlendirilmelidir. Hidrosefali ve kalp yetmezliği varlığında prognoz kötü olup; bu olgularda gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunulabilir.

**Anahtar sözcükler:** Galen ven anevrizması, hidrosefali, dilate juguler ven, kardiyomegali.

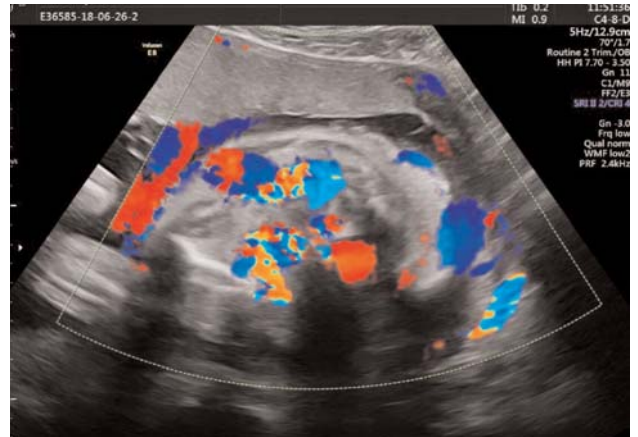
### PB-34

#### Down sendromu için yanlış negatif noninvaziv prenatal test: Olgu sunumu

Resul Arısoy<sup>1</sup>, Koray Özbay<sup>2</sup>, Altuğ Semiz<sup>2</sup>, Tolga Ergin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Memorial Ataşehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Memorial Şişli Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Birinci trimesterde noninvaziv prenatal test (NIPT) yapılmış ve “hayır” (düşük risk) olarak raporlanmış gebelikte saptanan Down sendromlu olgunun sunulması amaçlanmıştır.



**Şekil 2 (PB-32):** Fetal boyunun koronal kesitinde dilate juguler venlerin görüntüsü.



**Olgu:** 27 yaşında gravida 1, parite 0 olan gebe 21 gebelik haftasında ikinci trimester fetal anomali taraması için kliniğimize başvurdu. Gebe birinci trimesterde NIPT yaptırmış ve “hayır” (düşük risk) olarak raporlanmış. Yapılan fetal değerlendirilmede; fetal biyometri 21 hafta ile uyumlu saptandı. Sağ böbrekte çift ve geniş kaliksler, devamında da çift üreter izlendi. Alt üreterin kıvrımlı olduğu görüldü (Şekil 1 PB-34). Ayrıca mesanede üreterosel saptandı (Şekil 2 PB-34). Ek anomali ve major genetik belirteç (Nukal kalınlık, burun kemiği ve lateral ventrikül normal saptandı, aberran sağ subklavian arter izlenmedi) tespit edilmedi. Aile fetüsün muayene bulguları, eşlik edebilecek problemler ve prognoz hakkında bilgilendirildi. NIPT sonucu hayır olmasına rağmen çift üreter, hidronefroz ve üreterosel tanılarının major bir anomali olduğu ve genetik hastalıklar ile ilişkisinin araştırılması amacı ile Array CGH hakkında bilgi verildi ve önerildi. Aile ge-



**Şekil 1 (PB-34):** Çift renal pelvis ve üreterlerin görüntüsü.



**Şekil 2 (PB-34):** Üreteroselin görüntüsü.

netik analizlerin yapılmasını istedi ve onamları alınarak Amniyosentez yapıldı. Karyotip sonucu Trizomi 21 saptandı. Aileye tekrar fetüs hakkında bilgi verildi ve gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunuldu. Gebelik kurul kararı ve aile onamı alınarak termine edildi.

**Sonuç:** NIPT tarama testidir ve yanlış negatifliğe sahip olabilmektedir. Eğer fetüste majör bir anomali saptanır ise NIPT negatif veya düşük risk olsa bile karyotip analizi önerilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Çift üreter, Down sendromu, noninvasiv prenatal test, yanlış negatiflik, üreterosel.

### PB-35

#### İniensefali olgu sunumu

Melda Kuyucu, Duygu Adıyaman, Bahar Konuralp Atakul  
TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

**Amaç:** İniensefali fetal boynun ileri derecede hiperekstansiyonu, occipital kemik defekti ve yarıya yakın olguda değişik derecede açık spinal defekt ile seyreden, çok nadir görülen bir nöral tüp defektidir. İnsidansının %0.001–0.01 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Sıklıkla gastrointestinal malformasyonlar, kardiovasküler anomaliler ve diafragma hernisi eşlik edebilir. Biz kliniğimize başvuran 2 adet iniensefali olgusunu inceledik.

**Olgu 1:** 3. gebelik, G3AB2 olan hasta, özgeçmişinde bilinen bir hastalığı yoktu. Gebeliğinde folik asit desteği almamış olup yapılan takiplerinde kombine test düşük risk olarak saptanmıştır. 21. gebelik haftasında yapılan fetal anomali taraması sonucu: fetal craniumda posterior fossa geniş ve kistik görünümde olup, serebellar hemisferler visualize edilememiştir. Supratentorial düzeyde lateral ventriküller kistik posterior fossa nedeniyle yukarı ve posterior hornlar laterale itilmiş görünümündedir. Sağda beyaz cevher heterojen görünümde olup, septasyonlu multipl kistler izlenmiştir. Kistlerin çevresi hiperekstansiyonlu görünümündedir. Bulgular kistik periventriküler lökomalazi ile uyumludur. Kranioservikal bileşke hiperekstansiyonlu görünümündedir. Vertebral kolon lomber düzeyinde açık spina bifida söz konusudur. Fetal MR sonucu; İniensefali ile uyumlu olan hastanın yapılan karyotipleme sonucu normal konstitusyonel karyotip olarak gelmiştir. Aileye konyasyon kararı ile terminasyon seçeneği sunulmuş olup gebelik terminasyonu gerçekleştirilmiştir. Otopsi önerilmiş aile otopsi yapılmasını kabul etmemiştir.

**Olgu 2:** 19 yaşında ilk gebeliği olan hasta takipsiz gebe olup, ilk defa 25. gebelik haftasında kliniğimize başvurmuştur. Yapılan usg de; sisterna manga normalden geniş, serebellum hipoplazik olup normal şeklini kaybetmiştir. Sol lateral ventrikül posteri-

or horn genişliği: 15 mm olup normalden geniştir. Columna vertebralis tüm seyri boyunca normal şekil ve bütünlüğünü kaybetmiştir. Csp izlenmedi. Fetal MR sonucu: İniensefali; kısa kranioservikal retrofleksiyon, oksipital kalvaryal kemik defekti ve 4. ventrikülden başlayıp sistem magnaya ve ekstrakalvaryal mesafeye uzanan meningesel kesesi izlenmektedir. Başta kroniservikal bileşke düzeyinde olmak üzere spinal aksta segmental kısalık lumbosakral bölgede kifozitik açılanma şiddetli distrafizm bulguları mevcuttur. Medulla oblongatada diastometalik yarıklanma olan hasta karyotipleme yapılmasını kabul etmemiştir. Hastaya perinatoloji konsey kararı ile terminasyon seçeneği sunulmuş olup aile terminasyonu kabul etmemiştir.

**Sonuç:** İniensefalinin postnatal prognoz kötü olup, bu bebekler doğum sonrası erken dönemde kaybedilmektedirler. Bu nedenle erken pranatal tanı konması durumunda ailelere gebeliği sonlandırma seçeneği sunulurken gebelik komplikasyonları, maternal morbidite ve mortalitenin azaltılması sağlanabilir. Sonraki gebeliklerde aileye danışma verilerek konsepsiyon öncesi 3 ay mutlaka folik asit desteği verilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** İniensefali, occipital defekt, spinal defekt.

## PB-36

### Walker-Warburg sendromu: Olgu sunumu

Melda Kuyucu, Duygu Adıyaman

*TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

**Amaç:** Walker-Warburg sendromu, oküler ve beyin malformasyonlarının eşlik ettiği genellikle hayatın ilk haftalarında fetal ölüme neden olan bir kompleks konjenital musküler distrofidir. En sık eşlik eden malformasyonlar tip 2 lizensefali, hidrocefali, pontoserebellar hipoplazi, mikrooftalmi, retinal displazi, katarakt ve genital anomalilerdir. Walker-Warburg fenotipinin ultrasonografi ile erken prenatal tanısı ve tanının MR ile desteklenmesi letal seyreden sendromun yönetimi açısından önem taşımaktadır.

**Olgu1:** 37 yaşında 3. gebeliği olan hastanın özgeçmişinde bilinen bir hastalık olmayıp akraba evliliği yoktur. Son adet tarihine göre 21 hafta 4 gün gebeliği mevcut olan hasta, tarama testlerini yaptırmamıştır. Hasta kliniğimize başvurduğunda yapılan fetal anomali taramasında; kalvaryumda hafif limon bulgusu var. Sisterna manga normal sonografik görünümde izlenmiştir. Her 2 PLV: 13 mm ölçülmüş olup artmıştır. 3. ventrikül 7 mm ölçülmüş olup artmıştır. CSP net değerlendirilemedi. Posterior fossa daralmış olarak izlendi. Fetal MR sonucu: Walker-Warburg sendromu vermiş hipoplazisi serebellar disgenesi, ventrikülomegali, serebral düzeyde lizensefali morfoloji ile uyumlu olan hastaya kordosentez yapıldı. Yapılan karyotip microarray sonucu normal olarak geldi. Perinatoloji konseyinde değerlendirilen hastaya konsey kararı ile terminasyon

seçeneği sunuldu. Ailenin de onayı ile gebelik termine edildi. Aileye otopsi önerildi. Ancak aile kabul etmedi.

**Olgu 2:** 20 yaşında ilk gebeliği olan hastanın eşiyle arasında akraba evliliği mevcuttur. Takiplerini yaptırmayan hasta 21. gebelik haftasında tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan fetal anomali taramasında fetal biyometride 3 hafta gerilik saptanmış olup, kalvaryumda limon bulgusu izlenmiş, posterior fossa düzeyinde kranial defekt ve yaklaşık 1 cm boyutunda ensefalo-sel kitlesi izlenmiştir. PLV 14 mm ölçülmüş olup artmıştır. Serebellumda muz bulgusu izlenmiştir. Fetal MR sonucu: Walker-Warburg/Z Shaped brainstem posterior fossada serebellar hemisfer dismorfizmi ve vermiş hipoplazisi izlenmektedir. Beyin sapı Z shaped izlenmektedir. Supratentorial hidrocefali, parankim incelmeleri mevcuttur. Korpus kallozum hidrocefaliye bağlı incelmıştır. Benzer neden ile septum pellucidum izlenmiştir. Sol orbital koloboma, posterior fossa komşuluğunda milimetrik kalvarial defekt kuşkusu izlenmekte olarak raporlanmıştır. Karyotip analizini kabul etmeyen hastaya terminasyon seçeneği sunulmuş olup, ailenin de isteği doğrultusunda gebelik terminasyonu gerçekleştirilmiştir.

**Sonuç:** Walker-Warburg sendromu sonraki gebeliklerde de tekrarlayabilen ve erken dönemde hızlı prenatal ve genetik değerlendirme önerilen otozomal resesif geçişli durumdur. Olgumuzda belirtildiği gibi ultrasonografi ile saptanan ventrikülomegali, vermian agenezi, hidrocefali, korpus kallozum agenezisi ve katarakt gibi bulgular sendrom açısından şüphe uyandırmalı ileri radyolojik ve genetik inceleme ile desteklenmelidir. Tanının kesinleşmesi ailelere verilecek genetik danışmanın da yönünü belirleyecektir.

**Anahtar sözcükler:** Walker-Warburg sendromu, vermian agenezi, hidrocefali.

## PB-39

### Konjenital toksoplazmozis enfeksiyonu nedeniyle terminasyon sonrası erken dönemde gebe kalan olgunun yönetimi

Duygu Adıyaman

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İzmir*

**Amaç:** Gebeliğinde akut toksoplazma enfeksiyonu geçiren kadınların %40 ında konjenital toksoplazmozis görülür. Fetal enfeksiyonun ağırlığı parazitemi esnasındaki gebelik yaşına bağlıdır. Konjenital enfeksiyonun oluşma riski trimester ilerledikçe artar. Fetal enfeksiyon riskinin erken gebelikte az olmasına rağmen, enfeksiyonun ağırlığı ve sekelleri daha ciddi olarak ortaya çıkar.

**Olgu:** 31 yaşında primipar, 24 hafta gebe perinatoloji polikliniğimize fetal asit ön tanısıyla yönlendirildi. Obstetrik ultrasonografisinde, fetal batında asit, ince bağırsak ekojenite artı-

şı, ventrikülomegali, kardiyak hiperekojen odak saptandı. Fetal asit etioloji araştırması için bakılan serum parametreleri toksoplazma Ig M ve G pozitifliği haricinde olağandı. Toksoplazma aviditesinin düşük gelmesi üzerine hastaya konjenital toksoplazma ön tanısıyla antibiyoterapi başlandı. Kordosentez ile karyotipleme ve amnion sıvısından toksoplazma PCR ile örnekleme yapıldı. Yapılan fetal MR'da periventriküler kronik iskemik lezyon, ventrikülomegali, sağ germinal matriks kanaması izlendi. Karyotipi normal olan fetüsün amnion sıvı toksoplazma PCR örnekleme sonucunun pozitif gelmesi üzerine konjenital toksoplazma ön tanısıyla hastaya fetosit ve terminasyon önerildi. Hastanın gebeliği 28. haftada fetosit sonrası termine edildi. Taburculuk sonrası en az 6 ay kontrasepsiyon önerildi. Terminasyon sonrası 3. Ayda hasta gebelik şüphesi ile başvurdu. 6 haftalık gebe olan hastanın bakılan serolojisinde toksoplazma Ig M/Ig G pozitifliği devam etmekteydi. Toksoplazma avidite düşük saptandı. Gebelik devamı isteyen hastaya spiramisin başlandı. 18. haftada amnion sıvısında toksoplazma PCR planlandı. Toksoplazma PCR sonucu negatif olarak raporlandı. Hasta sıkı perinatalojik takip ile miadında sezeryan ile doğum yaptı. Yenidoğanın postpartum takipleri olağan olarak izlendi.

**Sonuç:** Konjenital toksoplazma tanısı için altın standard ultrason ve amniyosentezdir. Konjenital toksoplazma öyküsü olan kadınlar en az 6 ay toksoplazma Ig M değerleri negatifleşene kadar yeni gebelik planlamamalıdır. Yukarıdaki olgu gibi seronegativiteyi beklemeyi kabul etmeyen hastalar sıkı ultrasonografi, antibiyoterapi ve uygun zamanda planlanmış amniyosentez PCR çalışması ile sıkı perinatalojik takip altında tutulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Konjenital toksoplazmozis, spiramisin, toksoplazma PCR.



**Şekil 1 (PB-42):** Kraniyal yapıların ultrason görüntüsü.

## PB-42

### Holoprozensefali sekansı: Olgu sunumu

Sevcan Arzu Arınkan<sup>1</sup>, Resul Arısoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Memorial Ataşehir Hastanesi, Perinatalojik Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Holoprozensefali sekansı; prosensefalonun (ön beyin) iki serebral hemisfere ve lateral ventriküllere farklılaşmasındaki anormallikten kaynaklanmaktadır. 3. ventrikül genellikle izlenmez. İnsidans abortuslarda canlı doğumlardan daha fazladır (0.4–0.06/1000 gebelik). Alobar, semilobar ve lobar olarak üç tipi mevcuttur. Orta interhemisferik varyant (MIHV), hafif tiptir. Mikrosefali üç tipte de izlenir. Çeşitli derecelerde yüz dismorfizmi izlenir; siklopi, etnosefali, sebosefali. Ayrıca hipertelorizm ve yarı damak/dudağın eşlik ettiği yüz dismorfizmi de izlenebilmektedir. Renal kistler, renal displazi, omfalosel, kardiyovasküler hastalıklar, myelomeningosel ve intestinal anomaliler gibi ekstrakraniyal anomaliler de eşlik edebilmektedir. Alobar holoprozensefali, ölümcül bir anomalidir ve serebral hemisferler füzyonedir. Ayrıca orta hatta tek ventrikül mevcut olup korpus kallosum ve falks serebri izlenmez. Serebrum normalden küçüktür ve talamus genellikle komplet füzyonedir. Falks serebri 9. gebelik haftasında sonografik olarak görüntülenebildiği için tanı 10. gebelik haftasından önce konulamamaktadır. Biz de holoprozensefali sekanslı olgunun prenatal tanısını sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 17 hafta 5 gün gebeliği olan olgu hidrosefali ön tanısı ile kliniğimize refere edilmiştir. Yapılan ultrason değerlendirmesinde kraniyumda interhemisferik sulkusun devamlılığının bozulduğu, kavum septum pellisudumun (CSP) izlenmediği, serebrum hemisferlerinin ve talamusun ayrılmadığı ve füzyone olduğu ve tek ventrikül tespit edildi (Şekil 1 PB-42). Olgu ağır semilobar holoprozensefali olarak değerlendirildi. Takiben fetü-



**Şekil 2 (PB-42):** Fetal yüzün ultrason görüntüsü (proboscis, arhinia).



Şekil 3 (PB-42): Polidaktili ultrason görüntüsü.



Şekil 4 (PB-42): Terminasyon sonrası.

sün yüz incelemesinde dudaklar ve damağın anormal olduğu izlendi (Şekil 2 PB-42). Burun ve delikleri gorulemedi (arhinia). Orbitalar tespit edilemedi ve siklopi saptandı. Ayrıca orta hatta tubel bir yapı, proboscis saptandı. Ekstremitelerin incelenmesinde de el ve ayaklarda bilateral polidaktili saptandı (Şekil 3 PB-42). Aile fetus hakkında bilgilendirildi. Karyotip analizi ve gebeliğin terminasyonu secenek olarak sunuldu. Amniyosentezi takiben kurul kararı ve aile onami alınarak gebelik termine edildi. Karyotip analizinde sayısal ve yapısal anomali saptanmadı. Terminasyon sonrası antenatal bulgular dogrulandı (Şekil 4 PB-42).

**Sonuç:** Holoprozensefali saptanan olgularda özellikle yüz ve diğer sistemler dikkatlice degerlendirmelidir. Bu olgularda prognoz kötü olup gebeliğin terminasyonu secenek olarak sunulabilir.

**Anahtar sözcükler:** Holoprozensefali sekansı, arhinia, proboscis, polidaktili.

### PB-43

#### İkinci trimesterde serklaj yapılan hastalarda serviks uzunluğu ile inflamasyon belirteçleri arasındaki ilişki

Deniz Cemgil Arıkan, Jan Doğan, Ferhat Aslan

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

**Amaç:** Servikal uzunluk değişiminin etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olsa da, kısalmış servikal uzunluk, erken doğumun önemli bir belirteçidir. Çalışmamızda, ultrason endikasyonlu serklaj yaptığımız hastalarda servikal uzunluk ile inflamasyon belirteçleri arasındaki ilişkiyi degerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Kliniğimizde ikinci trimesterde kısa serviks nedeniyle serklaj yaptığımız 14 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik ve laboratuvar bulguları dosyalar üzerinden kaydedildi.

**Bulgular:** Gebelerin serklaj uygulandığı andaki ortalama gebelik haftaları  $21.43 \pm 4.50$  ve servikal uzunlukları  $15.07 \pm 6.04$  idi. Yapılan korelasyon analizinde servikal uzunluk ile C-reaktif protein (CRP) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $r=0.396$ ;  $p=0.16$ ). Servikal uzunluk ile beyaz kan hücreleri (WBC) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki saptandı ( $r=-0.548$ ;  $p=0.043$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmada ikinci trimester serviks uzunluğu ile CRP degerleri arasında anlamlı bir ilişkili bulunmazken, bir diğer inflamasyon belirteci olan WBC degerlerinin artışı servikal kısalma ile ilişkili bulunmuştur. Bu, erken gebelikte sistemik inflamasyonun, yüksek riskli gebeler arasında ikinci trimester servikal uzunluğunda kısalma neden olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Servikal uzunluk, CRP, WBC.

**PB-44****Gebeliğin üçüncü trimesterinde saptanan kuşkulu genitalya vakasına yaklaşım**

Aslım Çınar, Mehmet Okan Özkaya

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

**Amaç:** Yenidoğan bir bebekte ambigius genitalya acil bir durumdur. Konunun önemi, bu durumun tıbbi anlamda acil müdahale gerektirebilmesi yanında, cinsiyet seçiminde gecikme ya da uygun olmayan cinsiyetin verilmesine kadar uzanan sosyal boyutu olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle ambigius genitalya düşünülen bebeklerin incelenip değerlendirilmesinde olabildiğince kısa süre içerisinde bebeğin kesin cinsiyeti konusunda karar verilmesi gerekmektedir. Oldukça karmaşık bir süreç olan cinsel farklılaşmada ultrason ile anormal genitalya tespit edildiğinde, antenatal tanı için fetal karyotipleme öncelikle düşünülmelidir.

**Yöntem:** Tarafımıza 30. gebelik haftasında başvuran bir ambigius genitalya vakasını sunduk. 19 yaşında, ilk gebeliği olan hastanın özgeçmişinde eşi ile ikinci derecede akrabalık (büyükanneler kardeş) dışında özellik yoktu. Ultrasonda mikropenis- hipertrofiye klitoris ayrımı yapılamayan genital yapı, inmemiş testis-labium ayrımı yapılamayan görünüm izlendi (Şekil 1 ve 2 PB-44). Hastaya amniosentez yapıldı. Amnion mayide 21 hidroksilaz ve 11 hidroksilaz aktivitesine, 17-OH progesteron düzeyine bakıldı. Genetik inceleme için otozomal ve gonozomal kromozomlara ilave olarak SRY gen lokus incelemesi de istendi.

**Bulgular:** Yapılan testler sonucunda biyokimyasal enzim değerleri normal gelen fetüsün genetik incelemesi 46XY olarak ra-

porlandı. SRY geninde ise delesyon saptanmadı. Hastanın devam eden takiplerinde fetal mikropenis ve hipospadias görünümü mevcut olup, tek taraflı testis 34. haftada skrotumda izlendi.

**Sonuç:** Bu olgu sunumu ile ağır hipospadias- mikropenis olgularının inmemiş testis ile birlikte olduğunda yapışık labiumlar ve büyük klitoris olan maskülenize dışı genitalyadan ayrımının ultrasonografi ile zor olabileceğini, gonadal disgeneziler, konjenital adrenal hiperplazi, SRY gen defekti, testiküler feminizasyon, Swyer sendromu gibi olası cinsiyet gelişim bozuklukları açısından erken dönemde değerlendirilmesinin önemini vurgulamak istedik.

**Anahtar sözcükler:** Ambigius genitale, hipospadias, inmemiş testis, mikropenis.

**PB-47****Cerebellar & vermian hypoplasia in a baby with 6q25 deletion a case report**Sümevra Ertemel Bakışış<sup>1</sup>, Derya Yaşar<sup>1</sup>, Hakan Cangül<sup>2</sup>, Oluş Api<sup>1</sup>*<sup>1</sup>Department of Perinatology, Medipol Mega University Hospital, Istanbul, Turkey; <sup>2</sup>Department of Medical Genetics, Medipol Mega University Hospital, Istanbul, Turkey*

**Objective:** To summarize the clinical characteristics of a newborn with 6q25 deletion who was prenatally diagnosed with posterior fossa anomaly (PFA) at the 2nd trimester.

**Methods and Results:** We report a case of a fetus who was diagnosed with cerebellar & vermian hypoplasia in our perinatology unit during second trimester fetal anatomy scan. The



**Şekil 1 (PB-44):** Penis-klitoris/inmemiş testis. Labium ayrımı yapılamayan görünüm.



**Şekil 2 (PB-44):** Mikropenis-inmemiş testis.

family did not opt for karyotype analysis. The fetus later on developed intrauterine growth restriction (IUGR) at 27 weeks of gestation and was delivered by cesarian section at 32 weeks. The baby was transferred to neonatal intensive care unit (NICU). Postnatal cranial MR revealed hypoplasia of bilateral cerebellar hemispheres and vermis whereas postnatal echocardiography also revealed a 4 mm-perimembranous outlet ventricular septal defect (VSD) and 2 small mid-muscular VSDs. The baby stayed in the NICU for 3 months where she stayed intubated and under total parenteral nutrition (TPN). She developed retinopathy of prematurity (ROP) at the end of 1st month and was operated due to necrotizing enterocolitis (NEC) at the 35th day of life. She also developed sepsis & renal failure and undergone peritoneal dialysis. For now, she is still intubated due to hypotonia related respiratory depression. A tracheostomy is considered for her permanent discharge. The karyotype and chromosomal microarray analysis (CMA) of the baby revealed a normal karyotype with del(6)q(25).

**Conclusion:** CMA is increasingly applied in perinatology. PFA represent some of the most common CNS anomalies. Genetic conditions are recognized as major causes of some PFAs. 6q terminal deletions are reported to be among the most frequent defects associated with cerebellar hypoplasia. Knowledge of the accompanying submicroscopic chromosome aberrations may aid for counseling.

**Keywords:** Cerebellar hypoplasia, vermian hypoplasia, 6q25 deletion, posterior fossa abnormalities, intrauterine growth restriction.

## PB-48

### Uzamış erken membran rüptürü olan preterm ve term gebelerde doğumun birinci evresinde obstetrik jel kullanımının doğum süresine etkisi

Harun Levent Gülcüler, Hüseyin Kıyak, Merve Aldıkaçtıoğlu, Ali Gedikbaşı

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

**Amaç:** Çalışmamızda 34 hafta üzeri uzamış erken membran rüptürü olan olgularda doğum süresini kısaltmak, koryoamniyonit gibi olası komplikasyonların önüne geçmek, vajinal doğum oranlarını arttırmak, doğum sırasında ortaya çıkabilecek vajinal laserasyon gibi travmaları en aza indirmek amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışmamız, uzamış erken membran rüptürü olan 34 haftanın üzerindeki tek canlı gebeliğin olduğu olgularda prospektif olarak gerçekleştirildi. Vaka 50 olgu ve kontrol 58 olgu olmak üzere başlıca iki grup belirlendi, bu gruplar da kendi aralarında 37. gebelik haftası baz alınarak preterm ve term grubu olmak üzere ayrıldı. Ayrıca gruplar nullipar ve multipar olarak ayrıldı. Vaka grubuna obstetrik jel servikal

açıklık 3 cm olduğunda uygulandı, kontrol grubunda ise herhangi bir ajan kullanılmadı. Tüm gruplara aktif eylemde, gerektiğinde düşük doz oksitosin ile doğum indüksiyonu veya augmentasyonu yapıldı. Çalışmada toplam doğum süresindeki kısılma baz alınarak değerlendirme yapıldı. Ayrıca yaş, doğum ağırlığı, ortalama gebelik haftası, 1. ve 5. dakika Apgar skorları gibi parametreler karşılaştırıldı (Tablo 1 PB-48).

**Bulgular:** Vaka ve kontrol gruplarının doğum süreleri karşılaştırıldığında vaka grubunda anlamlı kısılma izlendi (toplam doğum süresinde 238.65 dk) (Tablo 2 PB-48). Preterm, term, nullipar gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında doğum süresi vaka gruplarında anlamlı kısa karşılaştırıldı (Tablo 3 PB-48). Multipar grupta ise doğum süresinde farklılık saptanmadı. Vaka grubunda en yüksek 2. derece vajinal laserasyon, kontrol grubunda en yüksek 3. derece vajinal laserasyon izlendi. Yaş, doğum kilosu, ortalama gebelik haftası, 1. ve 5. dakika Apgar skorları, doğum öncesi ve sonrası hemoglobin ve hematokrit değerleri gibi parametrelerin karşılaştırılmasında farklılık izlenmedi. Gruplar arasında vajinal doğum oranında farklılık saptanmadı.

**Tablo 1 (PB-48):** Kontrol ve çalışma olgularının karşılaştırılması.

	Kontrol (n=48) mean±SD	Çalışma (n=40) mean±SD	p
Yaş	24.57 (5.63)	24.76 (6.16)	0.653
Gebelik haftası	268.46 (13.61)	268.38 (13.89)	0.453
Doğum ağırlığı	3160.63 (502.87)	3127.70 (445.12)	0.139
Apgar 1. dakika	8.89 (0.33)	8.56 (1.44)	0.876
Apgar 5. dakika	9.91 (0.56)	9.62 (0.87)	0.987
Hemoglobin prepartum	11.53 (1.34)	11.73 (1.85)	0.539
Hemoglobin postpartum	10.18 (0.98)	10.25 (0.79)	0.376
Hematokrit prepartum	37.09 (3.82)	39.94 (4.57)	0.996
Hematokrit postpartum	32.28 (2.15)	31.83 (1.98)	0.345
Doğum süresi (dak.)	619.95 (333.25)	393.18 (314.92)	0.001*

Bağımsız örneklem t test \*p<0.05.

**Tablo 2 (PB-48):** Term olgularda kontrol ve çalışma gruplar arası karşılaştırma.

	Kontrol (n=37) mean±SD	Çalışma (n=28) mean±SD	p
Yaş	24.61 (5.39)	24.69 (6.53)	0.653
Doğum ağırlığı	3303.44 (414.57)	3273.16 (545.68)	0.453
Apgar 1. dakika	8.93 (0.252)	8.61 (0.345)	0.139
Apgar 5. dakika	9.96 (0.208)	9.63 (0.298)	0.876
Hemoglobin prepartum	11.57 (1.26)	11.82 (1.52)	0.987
Hemoglobin postpartum	10.17 (1.49)	10.27 (1.65)	0.539
Hematokrit prepartum	37.36 (3.20)	37.15 (3.71)	0.376
Hematokrit postpartum	32.28 (4.16)	31.79 (4.28)	0.996
Doğum süresi (dak.)	645.44 (339.98)	406.79 (339.78)	0.001*

Bağımsız örneklem t test \*p<0.05.

**Tablo 3 (PB-48):** Term gebelikler ve preterm gebeliklerin kontrol ve çalışma olgularının karşılaştırılması.

	Term (n=45) mean±SD	Preterm (n=23) mean± SD	p
Yaş	24.60 (5.60)	24.76 (6.16)	0.354
Gebelik haftası	268.46 (13.61)	268.38 (13.89)	0.245
Doğum ağırlığı g	3160.63 (502.87)	3127.70 (445.12)	0.876
Apgar 1. dakika	8.89 (0.33)	8.56 (1.44)	0.987
Apgar 5. dakika	9.91 (0.56)	9.62 (0.87)	0.098
Hemoglobin prepartum	11.53 (1.34)	11.73 (1.85)	0.543
Hemoglobin postpartum	10.18 (0.98)	10.25 (0.79)	0.652
Hematokrit prepartum	37.09 (3.82)	39.94 (4.57)	0.129
Hematokrit postpartum	32.28 (2.15)	31.83 (1.98)	0.127
Doğum süresi (dak.)	619.95 (333.25)	393.18 (314.92)	0.000*

Bağımsız örneklem t test \*p&lt;0.05.

**Sonuç:** Obstetrik jel erken membran rüptürü olan, özellikle nullipar olgularda sezaryen oranını etkilemeksizin, toplam doğum süresini kısaltmaktadır. Daha büyük gruplar ile çalışmanın desteklenmesi, sonuçların güvenilirliğini artıracaktır.

**Anahtar sözcükler:** PPRM, preterm, term, obstetrik jel, doğum süresi.

**PB-49****Previabile erken membran rüptürü olan gebelerin maternal ve neonatal sonuçları**

Hüseyin Kıyak, Semra Özcan Yüksel, Aylin Güneş Gülcan, Ali Gedikbaşı

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

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı previable dönemde membran rüptürü tanısı almış ve doğuma kadar takip edilmiş gebelerin maternal, neonatal, fetal sonuçlarının ve bunlara etki eden faktörlerin değerlendirilmesidir.

**Tablo 3 (PB-49):** Yaşayan ve kayıp yenidoğanlarda komplikasyonların karşılaştırılması.

	Yaşayan n=104	Kayıp n=67	p
Resusite edilen	Var 22	21.15%	0.0001*
Respiratuar distress sendromu	Var 58	55.77%	0.0001*
Sepsis	Var 43	41.35%	0.526*
Nekrotizan enterokolit	Var 9	8.65%	0.0001*
Intraventriküler kanama	Var 12	11.54%	0.0001*
Persistan pulmoner hipertansiyon	Var 4	3.85%	0.839*
Yenidoğan retinopatisi	Var 58	55.77%	0.0001*
Kronik akciğer hastalığı	Var 9	8.65%	0.055*
Bronko-pulmoner displazi	Var 17	16.35%	0.426*
İskelet deformiteleri	Var 1	0.96%	0.024*

\*Ki-kare testi.

**Tablo 1 (PB-49):** Çalışmaya dahil edilen hastalara ait risk faktörleri.

	Çalışma Grubu n=192
Ürogenital sistem enfeksiyonu	Var 77 %40.10
Kısa serviks varlığı	Var 11 %5.73
Geçirilmiş servikal konizasyon	Var 2 %1.04
PPROM öncesi geçirilmiş preterm eylem, kasılma	Var 20 %10.42
Amniosentez	Var 3 %1.56
Serklaaj	Var 13 %6.77
Su gelişinde kanama varlığı	Var 49 %25.52
Kontraksiyon varlığı	Var 29 %15.10

Veriler, sayı (%) olarak belirtilmiştir.

**Tablo 2 (PB-49):** Çalışmaya dahil edilen hastalarda maternal komplikasyonlar.

	Çalışma Grubu n=192
Korioamnionit	Var 47 %24.48
Dekolman plasenta	Var 16 %8.33
Sepsis	Var 1 %0.52
Sezaryen histerektomi	Var 1 %0.52
Batin içi apse	Var 1 %0.52

**Yöntem:** Çalışmamız Nisan 2012–Ağustos 2017 tarihleri arasında kliniğimize 24+0 gebelik haftasından önce su geliş şikayetiyle başvuran ve preterm erken membran rüptürü (PPROM) tanısı alarak yatışı yapılan hastalar taranarak retrospektif olarak planlandı. 14–24 gestasyonel haftalar arası, su geliş tanısı kesinleştirilmiş, tekil gebeler çalışmaya dahil edildi. Terminasyon ile sonuçlanan, bebeğinde fetal anomali saptanan, tanı anında fetal kalp atımı olmayan gebelikler ve çoğul gebelikler çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya alınan tüm hastaların demografik özel-

likleri, tıbbi özgeçmişleri, PPRM tanısı aldığındaki gebelik haftası, risk faktörleri, tanıda kullanılan parametreler, doğum verileri, maternal ve neonatal komplikasyonlar kaydedildi.

**Bulgular:** 192 hasta çalışmaya dahil edildi (Tablo 1 ve 2 PB-49). Bunlardan 21 olguda (%10.94) intrauterin fetal ölüm gerçekleşti. 67 olgu (%34.8) canlı doğum sonrası yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki takipleri sırasında kaybedildi. 104 olgu (%54.16) takipleri sonucunda sağ olarak taburcu edildi. Çalışmamızın devamında yaşayan (n=104) ve kaybedilen (n=67) hasta grupları karşılaştırdı (Tablo 3 PB-49). Bebek ölümünü etkileyen çok değişkenli regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler; amnion sıvı volümü; oligohidramniyos varlığı (p=0.005), anhidramniyos varlığı (p=0.022), PPRM süresi (p=0.001), doğumdaki gebelik haftası (p=0.001), doğumdaki yenidoğan ağırlığı ortalamaları (p=0.001), Apgar 1. dakika ortalamaları (p=0.44) olarak bulunmuştur. Fetal ölüm tahmini ile ilgili yapılan ROC analizinde doğumdaki gebelik haftasının belirleyici olduğu bulunmuştur.

**Sonuç:** 24+0 gebelik haftasından önce PPRM nedeniyle başvurmuş gebeliklerin %57.14 neonatal sağ kalımla sonuçlanmıştır. Bu süreçte en önemli belirleyiciler ise PPRM süresi, gestasyonel yaş ve oligo-anhidramniyos varlığıdır. Bebeklerden %19.27'sinde majör bir komplikasyon gelişmemiştir.

**Anahtar sözcükler:** Previabile, preterm erken membran rüptürü, neonatal sağkalım.

## PB-50

### Hastanemizde maternal mortalite ve kurtarılmış anne olguları

Ali Soydar, İbrahim Polat, Alev Atıs, Hüseyin Kıyak, Ali Gedikbaşı

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

**Amaç:** Hastanemize gebelik süresinde, doğumda veya postpartum ilk 42 gün başvuran hastalardan ölen annelerin ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kurtarılmış anne olguları ile ilgili organ disfonksiyon kriterlerine uyan hastaların saptanması ve değerlendirilmesi.

**Yöntem:** 1 Ocak 2014–1 Temmuz 2017 tarihleri arasında hastanemizde retrospektif tanımlayıcı bir çalışma gerçekleştirdik. Gebelik sırasında, doğum veya doğumdan sonraki 42 gün içinde hastanemizin Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine başvuran tüm gebe hastaların arasından ölen anneler ve DSÖ'nün kurtarılmış anne (*near miss*) olgusu tanımına ve kriterlerine uyan tüm hastalar saptandı.

**Bulgular:** Çalışmamızın yürütüldüğü bu 42 aylık süre içinde hastanemizde 49.866 canlı doğum meydana gelmiştir. Çalışmamız sırasında hayatı tehdit eden durumu olan (kurtarılmış+ölen) 199 olgu ile karşılaştık. Bunların 5'i anne ölümü ve

**Tablo 1 (PB-50):** Hayatı tehdit etme potansiyeli olan durumda ve ağır maternal sonucu olan hastalarda maternal morbidite durumları.

Hayatı tehdit etme potansiyeli olan durumdaki hastalar	Kurtarılmış anneler (n=194)	Anne ölümü (n=5)
<b>1. Ağır komplikasyonları olan hastalar</b>		
Obstetrik kanama	115 (59.3)	4 (80)
Hipertansif hastalıklar	83 (42.7)	3 (60)
Preeklampsi	64 (33)	3 (60)
Hellp	31 (16)	2 (40)
Eklampsi	38 (19.6)	2 (40)
Gebelikte ilişkili enfeksiyonlar	3 (1.5)	0 (0)
Sepsis/ağır sistemik enfeksiyon	6 (3.1)	1 (20)
Uterus rüptürü	9 (4.6)	0 (0)
Düşükle sonuçlanan gebelik	5 (2.6)	0 (0)
Başka hastalıklar	31 (16)	3 (60)
<b>2. Kritik müdahale yapılan hastalar</b>		
Kan ürünü kullanımı (<5 ünite ES)	103 (53)	4 (80)
Laparotomi	50 (25.7)	3 (60)
Yoğun bakıma alınma	194 (100)	5 (100)
Kardiopulmoner resüsitasyon (CPR)	2 (1)	5 (100)
<b>3. Organ disfonksiyonu</b>		
Kardiyovasküler disfonksiyon	45 (23.2)	4 (80)
Solunum disfonksiyonu	40 (20.6)	5 (100)
Böbrek disfonksiyonu	55 (28.4)	5 (100)
Koagülasyon/hematolojik	99 (51.1)	4 (80)
Hepatik disfonksiyon	10 (5.1)	1 (20)
Nörolojik disfonksiyon	24 (12.4)	3 (60)
Uterin disfonksiyon	41 (21.1)	0 (0)
Çoklu organ disfonksiyonu	110 (56.7)	5 (100)



**Tablo 2 (PB-50):** Hayatı tehdit etme durumlarında hastalara yapılan cerrahi.

Perop yapılan ek cerrahi müdahaleler	Kurtarılmış anne (194 hasta)	Anne ölümü (5 hasta)
Uterin arter ligasyonu	26 (13.4)	0 (0)
Hipogastrik arter ligasyonu	27 (13.9)	1 (20)
Histektomi	42 (21.6)	3 (60)
Packing	4 (2.1)	2 (40)
Bacri balon	31 (16.0)	1 (20)
Hayman sütür	16 (8.2)	0 (0)

194'ü DSÖ kriterlerine göre kurtarılmış anne olgusuydu (Tablo 1 ve 2 PB-50). Hayatı tehdit eden durum yaşamış 149 hastadan 115'inde (%59.3) obstetrik kanama, 83'ünde (%42.7) hipertansif hastalık, 6'sında (%3.1) sepsis veya ciddi sistemik enfeksiyon, 9'unda (%4.6) uterus rüptürü ve 31'inde (%16) hayatı tehdit eden başka durumlar gelişmiştir. Ağır maternal sonuç oranı (SMOR) 3.99 (1000 canlı doğumda), kurtarılmış anne oranı 3.89 (1000 canlı doğumda), kurtarılmış anne/maternal mortalite oranı 38.8 ve mortalite indeksi %2.51 olarak saptanmıştır. Hastanemizde çalışmamızın yürütüldüğü dönemde 5 anne ölümü meydana gelmiştir. DSÖ'nün ICD-10'un (hastalıkların ve sağlık sorunlarının istatistiksel sınıflaması) önerisine göre anne ölümlerinin uluslararası raporlanması için sadece doğum sonrası 42 gün içindeki ölümler dahil edilmeli. 5 doğuma göre hesaplandığında hastanemizde aynı dönem maternal mortalite oranı (MMO) 10.0 olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** MMO 10 olarak saptanmıştır. Bu da Sağlık Bakanlığının 2016 yılı sağlık istatistiklerine göre 14.7 olan Türkiye MMO'sundan daha iyi bulunmuştur. Kurtarılmış anneler oranı 1000 canlı doğumda 3.89 olarak saptanmıştır. Şimdiye kadar

bilinen yapılmış en kapsamlı çalışma olan DSÖ'nün çok merkezli çalışmasına (1) bakıldığında bu oran düşük (4.7) MMO'su olan ülkelerin kurtarılmış anne oranı değerleri gibi bulunmuştur. Bu da hastanemizde anne bakım hizmetinin kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir.

**Anahtar sözcükler:** Anne ölümü, kurtarılmış anne olguları, organ disfonksiyon kriteri.

## PB-51

### Intrauterin gelişme geriliği olan fetüslerin kardiyak fonksiyonlarının doku Doppler'i ile incelenmesi

Rabia Merve Erbyık<sup>1</sup>, Zeynep Özköse<sup>1</sup>, Başak Kaya<sup>1</sup>, Hüseyin Kıyak<sup>1</sup>, H. İbrahim Erbyık<sup>2</sup>, Ali Gedikbaşı<sup>1</sup>

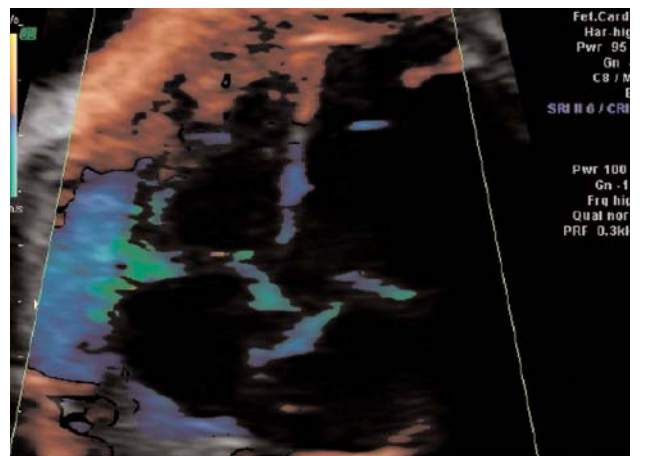
<sup>1</sup>*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul;* <sup>2</sup>*Serbest*

**Amaç:** Primer amacımız intrauterin gelişme geriliği (IUGG) ile komplike olan gebeliklerdeki fetal kardiyak sistolik ve diastolik fonksiyonun doku Doppler tekniği ile değerlendirilmesidir. Ayrıca IUGG ile komplike gebeliklerde umbilikal arter Doppler parametreleri ile fetal kardiyak fonksiyon arasındaki ilişkiyi de incelemeyi amaçlamaktayız.

**Yöntem:** Mayıs 2016 ile Mayıs 2017 tarihlerinde başvuran 24-34. gebelik haftaları arasındaki ek maternal hastalığı ve bilinen fetal anomalisi olmayan IUGG ile komplike 30 gebe, IUGG ile komplike olmayan 46 gebe kontrol grubu olarak çalışmaya dâhil edildi. Fetüslerin Doppler parametreleri ile sağ ventrikül myokardiyal performans indeksleri çalışıldı. Apikal veya bazal dört kadrant görüntüsünde sağ ventrikül için triküs pit kapak anulusundan inceleme yapılarak ve pik akım hızları ölçülerek hesaplandı. Sağ ventriküle ait diastolik fonksiyonu yansıtan PVE', PVA' ve E'/A' oranı; sistolik fonksiyonu yansıtan



**Şekil 1 (PB-51):** (1) E ve (2) A dalgalarının hız ölçümü.



**Şekil 2 (PB-51):** TDI görünümü.



**Şekil 3 (PB-51):** (1) IVR, (2) IVK, (3) ET, MPI, IVR ve IVK toplamının ET'ne oranıdır.

PVS' değeri ve myokardiyal performans indeksleri dökümanite edildi. Pulse Doppler ile triküspit kapağın erken (E) ve geç (A) transvalvuler dolun hızları ölçülerek kaydedildi. E/A oranı hesaplandı. Myokard dokusunun doku Doppler'i ile analizinde, triküspit kapak anülüsünün sağ ventrikülle birleştiği yerden el-



**Şekil 4 (PB-51):** E2 (1) ve A2 (2) dalga hız ölçümleri.

de edilen trasede, izovolümetrik kontraksiyon dalgasının süresi (IVK), ejeksiyon zamanı (ET), ve izovolümetrik gevşeme süresi (IVR) ölçülerek kaydedildi. Myokardiyal performans indeksi hesaplandı. Erken diyastolik annüler hız (E') ölçülerek kaydedildi. E değerinin E' değerine oranı (E/E') hesaplandı.

**Tablo 1 (PB-51):** Gruplara göre USG değişkenlerinin değerlendirilmesi.

		Kontrol (n=46)	Çalışma (n=30)	p
AC persantil	Ort±SD	50.71±22.05	2.47±0.75	a0.0001*
	Min-max (Medyan)	48.2 (32.65–69.2)	2 (2–2.925)	
EFW persantil	Ort±SD	45.82±21.55	3.37±0.77	a0.0001*
	Min-max (Medyan)	41 (27.65–58.88)	3 (3–3.35)	
E	Ort±SD	38.37±6.2	34.08±9.36	b0.019
	Min-max (Medyan)	38.45 (35.1–42.9)	36.53 (28.15–40.32)	
A	Ort±SD	52.51±7.96	45.4±10.94	b0.002
	Min-max (Medyan)	51.99 (45.3–57.73)	45.63 (40.14–52.86)	
E/A	Ort±SD	0.73±0.08	0.74±0.1	b0.557
	Min-max (Medyan)	0.72 (0.68–0.77)	0.73 (0.68–0.83)	
IVK	Ort±SD	0.037±0.007	0.047±0.012	a0.0001*
	Min-max (Medyan)	0.037 (0.03–0.04)	0.047 (0.04–0.05)	
IVR	Ort±SD	0.30±0.007	0.052±0.011	a0.0001*
	Min-max (Medyan)	0.30 (0.03–0.03)	0.05 (0.04–0.06)	
ET	Ort±SD	0.19±0.01	0.16±0.01	a0.0001*
	Min-max (Medyan)	0.19 (0.18–0.2075)	0.17(0.16–0.18)	
MPI	Ort±SD	0.34±0.07	0.61±0.16	a0.0001*
	Min-max (Medyan)	0.35 (0.31–0.38)	0.6 (0.5–0.7)	
E	Ort±SD	9.52±1.4	8.25±1.19	a0.0001*
	Min-max (Medyan)	9.44 (8.39–10.49)	8.24 (7.4–9.08)	
EE	Ort±SD	4.12±0.91	4.18±1.18	b0.800
	Min-max (Medyan)	4.11 (3.38–4.88)	4.24 (3.64–5.14)	
UA PI	Ort±SD	0.93±0.13	1.3±0.55	a0.0001*
	Min-max (Medyan)	0.9 (0.84–1.025)	1.07 (0.99–1.475)	
UA PI percentil	Ort±SD	35.37±15.13	62.37±25.26	a0.0001*
	Min-max (Medyan)	32 (24.5–45.75)	57 (45.5–92.25)	

aMann Whitney U test, bBağımsız-t test. \*p<0.0001.

**Bulgular:** Hastaların ortalama AC persantil ölçümleri, EFW persantil ölçümleri, E ölçümleri ve A ölçümleri çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Hastaların ortalama UA PI ve UA PI persantil ölçümleri çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. TDI incelemelerinde, ortalama IVK ve IVR değerleri çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha uzun olarak bulunmuştur. ET' değerleri ise çalışma grubunda anlamlı olarak kısa izlenmiştir. MPI' ölçümleri çalışma grubunda anlamlı olarak kısalmıştır. Hastaların ortalama Doğum haftası, doğum kilosu, doğum kilosu persantil ölçümleri, APGAR 1. ve 5. dakika ölçümleri çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çalışma grubunun YDYBÜ Yatış varlığı ise %53.33 olup kontrol grubundan (%6.52) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. PI Düşük grubunun doğum haftası, doğum kilosu, Apgar 1. ve 5. dakika ortalamaları PI Yüksek grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. PI düşük grubunun YDYBÜ yatış süresi ortalamaları, YDYBÜ yatış ihtiyacı varlığı ise PI yüksek grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

**Sonuç:** TDI, pulse Doppler ile kardiyak sonografik değerlendirmeye nazaran çok daha duyarlı bir yöntem olduğundan doku Doppler parametreleri kardiyak disfonksiyonları nispeten daha erken aşamada belirlemeye imkan vermektedir. IUGG'li anne fetüslerinde TDI ile myokardiyal değerlendirme invazif olmayan bir metot olarak klinik pratikte kullanılabilir.

**Anahtar sözcükler:** IUGG, doku Doppler görüntüleme, myokardiyal performans indeksi, fetal kardiyak fonksiyon.



Şekil 1 (PB-52): Yapışık fetal kalpler.

## PB-52

### Torakopagus yapışık ikizler: Olgu sunumu

Can Türkler<sup>1</sup>, Tunay Kiremitli<sup>1</sup>, Abdurrahman Hamdi İnan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzincan; <sup>2</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

**Amaç:** Yapışık ikizler, ciddi mortalite ve morbidite ile birlikte nadir görülen bir konjenital anomalidir. Yapışık ikizlerin yaygın tipleri arasında, göğsün füzyonun ön planda olduğu torakopagus tipi görülür. Makalemizde 14. haftada ultrasonografi ile teşhis edilen bir yapışık torakopagus ikizleri vakası bildirildi.

**Yöntem:** Otuzbir yaşında, multipar hasta [G3P2Y2 (NSD)] kliniğimizin obstetrik polikliniğine başvurdu. Son adet tarihini bilmeyen hastanın öz ve soygeçmişinde ikiz gebelik öyküsü bulunmamaktaydı.

**Bulgular:** Ultrasonografik muayene yapıldı, iki kranium, bir çift alt ekstremit ve iki çift üst ekstremitte görüntüledi. İkizler toraks ve üst abdomende birleşik olarak izlendi. Tek bir göbük bağı ve yapışık halde iki fetal kalp (Şekil 1 PB-52) gözlemlendi; ayrıca fetüslerde ciltte yaygın ödem hali mevcuttu (hidrops fetalis) (Şekil 2 PB-52). Plasenta anteriorda lokalize idi ve umbilikal kordda iki arter ve bir ven izlendi. Bu bulgulara dayanarak olgu, torakopagus, yapışık ikizler olarak tanı almıştır (Şekil 3 ve 4 PB-52). Malformasyon ve ikizlerin sağ kalım şansının düşük olması hakkında aileye bilgi verildi. Bu bilgiler ışığında aile gebeliği sonlandırmaya karar verdi. Aileden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı ve gebeliğin sonlandırılması Tıbbi Etik Komite tarafından onaylandı. Mizoprostol indüksiyonunu takiben 1 gün sonra vajinal yolla tıbbi sonlandırma işlemi komplikasyonsuz olarak tamamlandı.



Şekil 2 (PB-52): Hidrops fetalis görünümü.



Şekil 3 (PB-52): Yapışık ikizler (ön).



Şekil 4 (PB-52): Yapışık ikizler (arka).

**Sonuç:** Ciddi mortalite ve morbiditesi olması sebebiyle, yapışık ikizlere ultrasonografik muayene ile erken tanı koymak, ebeveynlere hamileliğin sonlandırılması için bir şans verir.

**Anahtar sözcükler:** Torakopagus, ultrasonografi, yapışık ikiz.

### PB-53

#### Prenatal tanı konulan nadir bir olgu: Cantrell pentalojisi

Orkun Çetin

*Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İzmir*

**Amaç:** İlk defa 1958 yılında Cantrell tarafından tanımlanan Cantrell pentolojisi ya da torakoabdominal ektopia kordis; toraks dışında yerleşmiş kalple birlikte sternal, anterior diafragmatik, perikardial ve supraumbilikal abdominal defektler ile karakterize bir anomali kompleksidir. Cantrell sendromu oldukça nadir olup insidansı yaklaşık olarak 1/100.000 olarak bildirilmiştir. Sendromda tanımlanan anomalilerde farklılıklar olabildiği gibi literatürde sendroma eşlik eden değişik anomalilerde bildirilmiştir. Sternum alt ucu ile göbek üstü orta hat

batın duvarı defektleri, bunlara eşlik eden diafragma ve perikard ön yüz defektleri sendroma özgün anomaliler grubu olarak tanımlanmaktadır. Ayırıcı tanıda ektopia kordis, basit omfalosel, amniotik bant sendromu ve limb body wall defekti düşünülmelidir. Bu çalışmada, 15. gebelik haftasında ultrasonografi ile Cantrell pentalojisi tanısı konulan bir olgu ve yönetimi, mevcut literatür bilgileri ışığında tartışılmaktadır.

**Yöntem:** 29 yaşında gravida 3 parite 2 olan hasta kliniğimize, 15. gebelik haftasında kompleks fetal anomali şüphesi ile gönderildi. Hastanın obstetrik özgeçmişinde ve soygeçmişinde dikkat çeken bir özellik yoktu. Yapılan fetal ultrasonografi muayenesinde; karın ön duvarındaki defekten karaciğerin herniye olduğu ve vertebral kolonda ileri derecede şekil bozukluğu görüldü. Ayrıca; sternal defekt ve ektopia kordis saptandı (Şekil 1 ve 2 PB-53). Fetal ekstremitelerde major bir anomali saptanmamakla birlikte her iki alt ekstremitede pes ekinovarus deformitesi izlendi. Hastaya klinik bulgular doğrultusunda Cantrell pentalojisi teşhisi konuldu. Aileye olası kötü klinik prognoz hakkında bilgi verildi ve terminasyon önerildi. Aile terminasyonu kabul etmedi. Hasta bir ay sonra bebek hareketlerini hissetmeme sebebiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan fetal muayenede fetal kalp hareketi izlenmedi. Hastaya misoprostol uygulanarak gebeliğin tahliyesi gerçek-



Şekil 1 (PB-53): Cantrell pentalojisi: Omfalosel.



Şekil 2 (PB-53): Cantrell pentalojisi: Ektopia cordis.

leştirildi. Fetüsün postnatal muayenesinde Cantrell pentalojisi ön tanısı doğrulandı. Aileye otopsi önerildi ancak aile kabul etmedi. Hasta postpartum birinci günde herhangi bir komplikasyon olmaması üzerine taburcu edildi.

**Bulgular:** Cantrell sendromunun etyolojisi net olarak bilinmemekle beraber patogenezinde embriyonik yaşamın 3. haftasında intraembriyonik mesodermin ventromedial yönde migrasyonunda yetersizlikten dolayı meydana geldiği varsayılmaktadır. Mesoderm migrasyonunun yetersizliği sonucu, orta hat, sternum ve diafragma defektleri oluşmaktadır. Abdomendeki defektlerin gelişmesi ise mezodermin ventral migrasyonu yetersizliği sebebiyle oluşur. Bu tür olgular genellikle sporadik olarak ortaya çıkar ve çoğunun X kromozomunun lokal genlerindeki mutasyonlarından dolayı meydana geldiği düşünülmektedir. Olgumuzda da Cantrell sendromu sporadik olarak karşımıza çıkmıştır.

**Sonuç:** Prenatal dönemde Cantrell sendromu tanısı ultrasonografi ile konulabilmektedir. Özellikle son yıllarda sonografi teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte bu sendrom ilk trimesterde de sorunsuzca teşhis edilebilmektedir. Birinci trimester taramasında artmış ense kalınlığı ve kistik higroma akla Cantrell sendromunu getirmelidir. Olgumuza birinci trimester tarama testi yapılmadığından daha erken dönemde tanı konulamamıştır. Fetal muayenede omfalosel tespit edildiği durumda bu sendromdan şüphelenilmelidir. Ektopia kordisin gösterilmesi tanı için kritiktir. Olguların birçoğunda fetal kalp ve karın içi organlar torako-abdominal ön duvardan birlikte protrüze olmaktadır. Cantrell pentalojisi nadir görülen bir anomali grubudur. Bu sendromdan prenatal dönemde şüphelenildiğinde uygun bir perinatal değerlendirme stratejisi gerekmektedir. Fetüs eşlik eden diğer anomaliler ve kardiyak defektler açısından incelenmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Cantrell pentalojisi, prenatal tanı, ultrasonografi.

## PB-55

### Prenatal tanı konan ve agresif seyir gösteren tip 1 konjenital pulmoner havayolu malformasyonu (CPAM) olgusunun fetal ve postnatal tedavisi

Sümevra Ertemel Bakış<sup>1</sup>, Oluş Api<sup>1</sup>, Elif Çalış<sup>2</sup>,  
Hande Nur Karavar<sup>3</sup>, Cihat Şen<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>3</sup>Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Yenidoğan Bilim Dalı, İstanbul; <sup>4</sup>Memorial Bahçelievler Hastanesi, Prenatal Tanı ve Tedavi Merkezi, İstanbul

**Amaç:** 18. haftada prenatal tanı konan ve gebeliğin ilerleyen haftalarında pleural effüzyon, asit ve polihidramniosla yol açan fetal Tip 1 konjenital pulmoner havayolu malformasyonu (CPAM) olgusunun klinik seyir, fetal tedavi ve postnatal seyrinin irdelenmesi.

**Olgu:** 31 yaşında, G1P0, gebe perinatoloji bölümümüze 18. gebelik haftasında perinatal muayene amacıyla başvurdu. Yapılan ultrasonografik incelemede sağ akciğerde orta lobdan alt loba uzanan, 1 adet merkezinde 14×15 mm'lik kist bulunan, etrafında 30×29×29 mm boyutlarında hiperekojen solid mikrokistik yapıda CPAM ile uyumlu mikst yapıda bir lezyon gözlemlendi. Hastaya prognoz ile ilgili bilgilendirme yapılarak 3 hafta ara ile takibe alındı. Yapılan takiplerde kitlenin büyüdüğü gözlemlendi. 25. haftada lezyonun küçülmemesi üzerine Betametazon 2×12 g uygulandı, ancak lezyon boyutları artmaya devam etti. Fetüs mediasten basısına bağlı olarak gelişebilecek kardiyak kompresyon ve vena caval obstrüksiyona bağlı hidrops fetalis ve polihidramnios olasılığı açısından haftalık takibe alındı. 28. haftada minimal asit ve polihidramnios gelişti. 30. gebelik haftasında polihidramniyos ve fetal asitin ilerlemesine bağlı maternal solunum güçlüğü ve preterm doğum tehdidi oluşması sebebiyle amniyodrenaj uygulandı. 3600 ml amniyos sıvısı drene edildi.

31. haftada fetal assitin artması, polihidramniosun yeniden şiddetlenmesi ve yaygın cilt ödemi de başlaması nedeniyle hasta ile riskler ve fetal tedavinin parsiyel olabilecek başarısı tartışıldı. Ardından amniyodrenaj uygulaması tekrar edilerek ile 18 G Somatex® intrauterin şant uygulaması yapıldı. Tedaviyi takip eden 1 hafta içinde CPAM boyutlarında bir küçülme gerçekleşmedi. 32. haftada EDT sebebiyle tokolitik tedavi başlanan hastada PPROM gelişmesi üzerine 32 hafta 1. günde sezaryen 2.420 g APGAR (1.5): 3/4 olan erkek bebek doğurtuldu. Bebek morarma ve solunum sıkıntısı olması üzerine PBV sonrasında entübe edilerek yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yapılan takiplerde sepsis gelişmesi üzerine antibiyoterapi başlandı. Çekilen toraks BT'sinde prenatal bulgular konfirme edilerek sağ akciğerde ortalama 50 mm boyutunda, hava-sıvı seviyelenmesi gösteren kistik lezyon ile komşuluğunda solid komponentten oluşan milimetrik boyutlarda kistler saptanarak kalp ve mediastinal yapıların sola deviyeye görünümde olduğu saptandı. Bebeğin genel durumunun toparlamaması üzerine postnatal 5. günde operasyona alınarak sağ akciğer orta ve alt lob lezyonla birlikte eksize edildi. Operasyon sonrasında sepsis tablosu geriledi, ancak solunum sıkıntısının devam etmesi üzerine mekanik ventilasyona devam edildi. Arada CPAP ile solunum desteğine geçilmesinin ardından solunum sıkıntısının yeniden başlaması üzerine yeniden postnatal 45. günde yeniden mekanik ventilatör ile solunum desteğine geçildi ve bronkopulmoner displaziye yönelik kortikosteroid tedavisine başlandı. Hastanın takibine YDYBÜ'nde devam edilmektedir.

**Sonuç:** CPAM nadir görülen bir fetal anomali olup tanısında intrauterin yaşamdan başlayarak, görüntüleme yöntemlerinden yararlanır. Hastalığın doğal seyri, spontan regresyondan, hidrops fetalis, polihidramnios ve postnatal solunum sıkıntısına kadar değişmektedir. CPAM olgularına prenatal olarak tanı konulduğunda yakın fetal takip, fetal ve postnatal prognoz açısından önem taşımaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Prenatal tanı, konjenital pulmoner havayolu malformasyonu, intrauterin şant uygulaması, polihidramnios, amniyodrenaj.

## PB-57

### CVS ve fetal sitogenetik sonuçlarımız

Onur Bektaş, Kıvılcım Korkmaz, Filiz Çayan

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

**Amaç:** Kliniğimizdeki “Koriyon Villus Örnekleme”nin (CVS) endikasyonlarını ve karyotip sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Son 12 yılda NT  $\geq 2.5$  mm, ilk trimester kombine testi yüksek riskli, kistik higroma, anomalili çocuk öyküsü ve ilk trimester ultrason ile anomali tespit edilmiş olanlar 5 alt gruba ayrılıp, CVS yapılan 88 gebe retrospektif olarak tarandı.

**Bulgular:** 27 (%30.68) olguda fetal sitogenetik anormallik saptandı. 8 olgu trizomi 21, 5 olgu trizomi 18, 7 olgu turner sendromu, 7 olguda ise mozaizm saptandı. Kültürde üreme başarısızlık oranı %21.6'di. CVS yapılan hastalarda en sık endikasyon kistik higroma iken 2. en sık endikasyon NT artışıydı. Kistik higroma nedeniyle CVS yapılan hastaların %17.2'sinde turner sendromu saptandı. Down sendromu saptanan hastalarda ortalama yaş 36 iken en sık endikasyon NT artışıydı. 35 yaş üzerinde anomali saptanma oranı %34.4 iken, 35 yaş altında bu oran %28.8 idi.

**Sonuç:** Prenatal tanı için ilk trimesterde kullanılan altın standart test CVS'tir CVS endikasyonlarından bağımsız olarak, saptanan en sık anomali trizomidir. Yaş arttıkça CVS yapılan hastaların karyotipleme oranı artmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Koriyon villus örnekleme, prenatal tanı, ultrasonografi.

## PB-58

### Hemivertebranın prenatal tanısı

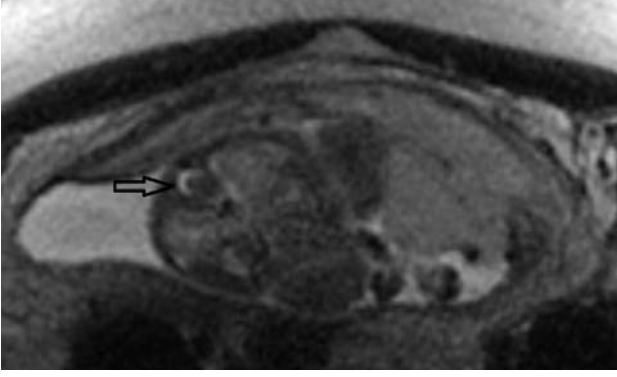
Onur Bektaş, Kıvılcım Korkmaz, Hüseyin Durukan, Filiz Çayan

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

**Amaç:** Hemivertebra 0.5–1/1000 insidansında rastlanan, tek taraflı vertebra cisminin olmaması ile karakterize ve skolyoza neden olabilen konjenital bir vertebra anomalisidir. Prenatal tanısı ultrasonografi ile mümkün olabilmektedir. Hemivertebra izole görülebildiği gibi sendromların (örnek: VACTERL, Klippel-Fiel...) bir birleşeni olarak görülebilmektedir. İzole hemivertebrada kromozomal anomali görülme insidansı oldukça düşüktür. Ultrasonografik inceleme ile antenatal hemivertebra tanısı konabilmektedir. Bu çalışmada antenatal 20 hafta 5 günlük gebelikte prenatal ultrasonografi ile tanı koyduğumuz hemivertebra olgusu sunulacaktır.



Şekil 1 (PB-58): Hemivertebra USG (1).



Şekil 2 (PB-58): Hemivertebrta MR.

**Olgu:** Hastamız 34 yaşında, G4P0Y0A3, son adet tarihine göre 20 hafta 5 günlük gebe idi. Hastanın anamnezinde akraba evliliği yoktu ve gebelik döneminde radyasyon maruziyeti söz konusu değildi. Hasta ikili test yaptırmış ve sonucunun normal olduğunu belirtmişti. Hastaya yapılan ultrasonografik incelemede fetüste lomber vertebra 2 düzeyinde hemivertebrta görünümü mevcut olup, fetal spinal aksda belirgin bir açılanma yoktu. Fetüste amniyon sıvısı yeterli ve fetal kalp atımı vardı, ultrasonografik incelemede herhangi bir ek anomali tespit edilmedi. Tüm bu bulgular eşliğinde fetüste izole hemivertebrta düşünüldü. Tanıyı desteklemek amaçlı hastadan fetal MR istendi, MR sonucu izole hemivertebrta ile uyumlu olarak değerlendirildi. Aile hastalık ve hastalığın prognozu açısından detaylı bir şekilde bilgilendirildi ve hasta genetik değerlendirme istemedi.

**Sonuç:** Bizim olgumuzda olduğu gibi, izole olgularda, gebeliğin devamı durumunda antenatal tanı konup, erken postnatal değerlendirme, yakın takip ve erken tedavi ile anomalinin ciddi skolyoz ve komplikasyonların önüne geçilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Hemivertebrta, vertebral anomali, prenatal tanı.



Şekil 3 (PB-58): Hemivertebrta USG (2)

## PB-59

### Gebelikte perfore apandisit: Olgu sunumu

Sevcan Arzu Arıkan<sup>1</sup>, Resul Arısoy<sup>2</sup>, Tolga Güçoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Amasya; <sup>2</sup>Memorial Ataşebir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; <sup>3</sup>Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Amasya

**Amaç:** Akut apandisit, gebelikteki en yaygın cerrahi problemdir. Gebelikteki yaygın abdominal/gastrointestinal rahatsızlık hissi, büyümüş uterus nedenli anatomik değişiklikler, fizyolojik lökositoz sebebiyle tanı konulması zorlaşmaktadır. Gebelerde akut apandisit tanısı için başvuru en sık görüntüleme aracı ultrasonografidir. Gebelik haftasına bağlı olarak apandiksin batındaki lokalizasyonu yer değiştirebileceğinden ultrason ile tanı koymak her zaman mümkün olmamaktadır. Son zamanlarda gebe kadında apandisit varlığını tanımlamada magnetik rezonans görüntüleme (MRI) yararlı bulunmuştur. Biz de gebelikte perfore apandisit olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 28 yaşında gravida 1 olan gebe ağrı şikayetiyle acil servise başvurdu. Bilinen bir hastalığı olmayan olgudan alınan anamnezde 1.5 yıl önce subserozal myomektomi ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Obstetrik özgeçmişinde bir özellik olmadığı öğrenildi. Hastanın iki gündür ağrısının devam ettiği ve acil servise başvurduğu, nonstres test (NST)'nin reaktif olması ve kontraksiyonun olmaması, açıklığının olmaması sebebiyle kontrole gelmek üzere taburcu edildiği öğrenildi. Son adet tarihine göre 39 hafta gebeliği olan hastanın yapılan ultrason muayenesinde biyometri gebelik haftasıyla uyumlu, baş geliş, amniyon sıvı miktarı normal ve plasentanın doğal görünümünde olduğu saptandı. NST reaktif düzensiz kontraksiyonlar mevcuttu. Vajinal muayenede %40-50 efasman, 3-4 cm servikal açıklık, poş intakt, gelen kısım -2 seviyesinde saptanması üzerine hastanın doğumhaneye yatırılı verildi. Travay takibinde yetersiz kontraksiyon olması ve açıklığının ilerlememesi sebebiyle düşük doz oksitosin ile eyleme tıbbi yardım yapıldı. Takip süresince vital bulguları stabil seyretti. Subfebril ateş mevcuttu. Hastanın NST'sinde etkin kontraksiyonları olmamasına rağmen şiddetli ağrı tariflemesi sebebiyle oksitosin indüksiyonu stoplandı. Tam kan sayımında 160.00 lökosit izlendi. Genel cerrahi konsültasyonu istendi. Hastanın kusması sebebiyle nazogastrik takıldı ve yaklaşık 300-400cc kadar safıralı mide dilatasyon sıvısı geldiği görüldü. Spontan takip edilen hastada NST de fetal taşikardi izlenmesi ve açıklığının ilerlememesi sebebiyle sezeryan ile doğum planlandı. Pfannestiel insizyon ile batına girildi. Batın içinden seropürülen vasıfta içerik gelmesi üzerine genel cerrah ameliyata davet edildi. 8-9 Apgarlı tek canlı bebek doğurtuldu. Uterus tek kat kontinü suture edildi. Batın içinin eksplorasyonu için göbek altı median insizyon açıldı. Apandisit lojunda seropürülen vasıflı içerik görüldü. Loj eksplere edildi. Apandisit-

tin pefore olduğu mezosunun nekroza gittiği ve abse geliştiği görüldü. Abse alanı temizlendi. Nekrotik debrisler ortamdandan uzaklaştırıldı. Apandektomi yapıldı. Batın içi yıkanarak dren yerleştirildi. Postop takiplerinde sıkıntı olmayan hasta, oral alımı tolere etmesi ve barsak hareketlerinin normale dönmesi üzerine 3. gün önerilerle taburcu edildi.

**Sonuç:** Gebelerde meydana gelen fizyolojik ve anatomik değişikliklere bağlı olarak akut apandisit tanısını koymak ve tedaviye karar vermek zorlaşabilir. Akut apandisit gebe hastada zor bir tanı olmasına rağmen şüphe anında erken cerrahi girişim yapılmalıdır. Akut apandisit şüphesi bulunan gebe kadınlarda hızlı, akılcı ve multidisipliner yaklaşım ile maternal, fetal morbidite ve mortalite azaltılmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Apandisit, perforasyon, miad gebe, doğum, doğum eylemi.

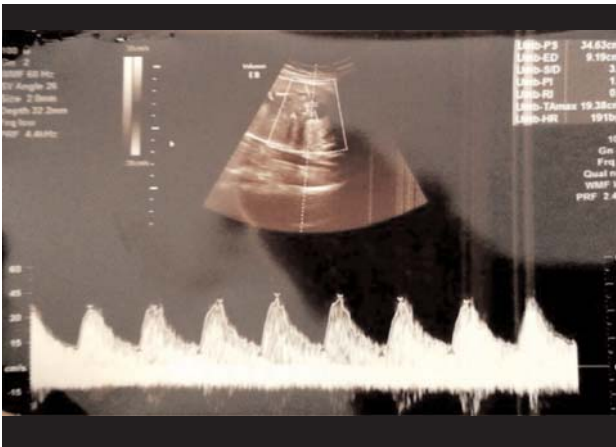
### PB-61

#### Ağır simetrik fetal gelişme geriliği olan olgu sunumu

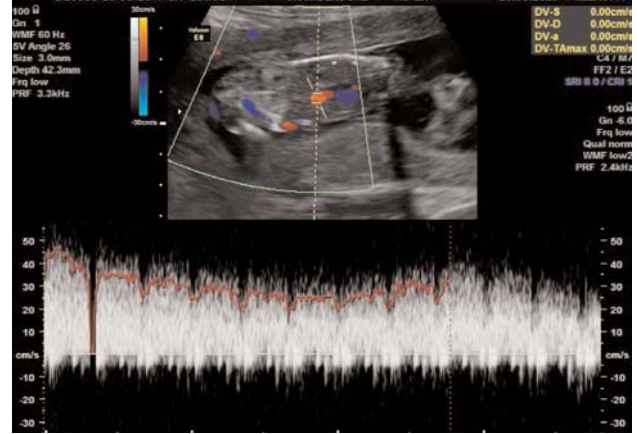
Hilal Şerifoğlu<sup>1</sup>, Sevcan Arzu Arıkan<sup>1</sup>, Oya Demirci<sup>2</sup>, Mehmet Uludoğan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>3</sup>Fetus Prenatal Tanı Merkezi, İstanbul

**Amaç:** İntrauterin gelişme geriliği anlamlı perinatal morbidite ve mortalite oranlarıyla ilişkilidir. Bu oran, doğum ağırlığı 10. persantilden 1. persantile doğru azaldıkça artar. Simetrik büyüme kısıtlılığı, baş çevresi ve iskelet ölçümlerinin, abdominal çevre kadar küçük olmasıyla karakterizedir. Bu durum, kromozomal anomali, konjenital malformasyon, ilaç veya diğer kimyasal ajanlar ve enfeksiyonlar gibi, fetal gelişimin er-



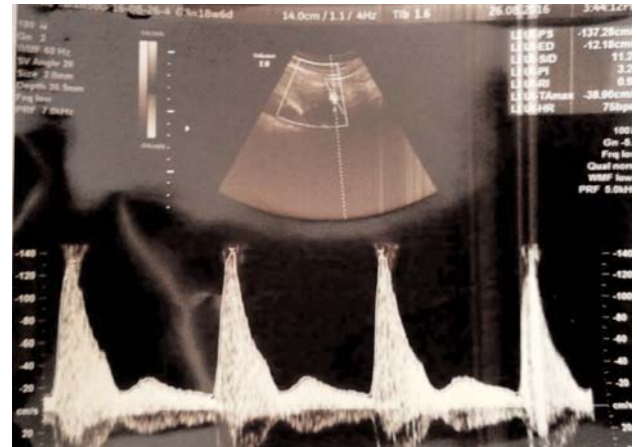
Şekil 2 (PB-61): Umbilikal arter Doppler görüntüsü.



Şekil 1 (PB-61): Duktus venozus Doppler görüntüsü.

ken evrelerinde büyümeyi etkileyen intrensek nedenlerin varlığını düşündürür. Asimetrik büyüme kısıtlılığı, ekstremsk nedenlere bağlıdır. Muskuloiskeletal yapılar ve baş çevresi çok etkilenmez ancak karın çevresi geri kalır. İntrauterin gelişme geriliği saptanan gebeliklerin takibi fetal biofizik profil, Nonstres test (NST), Doppler ultrason ile yapılmaktadır. Biz de erken başlangıçlı ağır simetrik gelişme geriliği olan olgunun yönetimini sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 26 yaşında gravida 1 son adet tarihine (SAT) göre 33 hafta olan olgu dış merkezden erken başlangıçlı ağır simetrik fetal gelişme geriliği ön tanısıyla kliniğimize refere edilmiştir. Alınan anamnezde 1. trimester muayenesinde ense kalınlığının 1.1 mm ölçüldüğü ve nazal kemiğin görüldüğü öğrenildi. SAT a göre 16 hafta iken yapılan ultrason muayenesinde ölçümlerin 14 hafta ile uyumlu olduğu, fetüsün 5. persantilin altında, uterin arter PI değerinin 95. persantilin üzerinde bu-



Şekil 3 (PB-61): Uterin arter Doppler görüntüsü.





**Şekil 4 (PB-61):** 22. gebelik haftası oligohidramniz.



**Şekil 5 (PB-61):** 22. gebelik haftası, plasentada ödemli görünüm ve fetal kranial yapılar.

lunduğu öğrenildi. Bu haftada, düşük doz aspirin, multivitamin, demir ve d vitamini reçete edildiği öğrenildi. SAT a göre 18 hafta iken yapılan ultrason muayenesinde, fetüsün ağırlığının %1 persantilin altında olduğu, amnion mayinin azaldığı, plasentanın kalınlaştığı ve kistik alanlar içermekte olduğu, intestinal ekoda artış ve her iki uterin arterde çentik saptandığı öğrenildi. Dörtlü tarama testi sonucu down sendromu riski 1/2.300, nöral tüp defekti riski: 1/2.400'dir. 28. ve 32. haftalarda betametazon uygulandığı öğrenildi. Yapılan ultrason muayenesinde biyometri 24 hafta 3 gün ile uyumlu, 597 gram, amnion sıvısı en derin cepte 4 cm, plasental kalınlık 6.7 cm olarak ölçüldü ve bilateral uterin arterlerde çentik saptandı. Yatış yapıldı. Ultrason ile Doppler ve amniyotik sıvı ölçümü takibine alındı. Umbilikal arter Doppler'inde end diastolik akım kaybı mevcut, duktus venozus Doppler indeksleri normal sınırlarda ölçüldü, orta serebral arter akımında fetal hipoksi izlenmedi PI: 5.3. TA takibinde tek değer 140/90 ölçüldü. Tam idrar tetkikinde proteinüri saptanmadı. Hemogram ve biyokimya normal sınırlarda idi. SAT a göre 34 hafta 2 gün iken fetal distress gelişmesi üzerine sezeryan ile 615 gr 5/8 APGAR'lı canlı kız bebek doğurtuldu, entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YDYBÜ) interne edildi. Yenidoğanın kranial ultrasonunda sağ lateral ventrikülde asimetric genişleme ve kalbinde patent foramen ovale (PFO) saptandı. 6. ayda PFO kapandı, ventriküldeki genişleme düzeldi. 47. gün, 1.250 g, 30 cm ve baş çevresi 35 cm iken taburcu oldu. Prematüre retinopati muayenesi normal saptandı. Şu an 18 aylık olan olgunun boyu %10–25 persantilde, kilosu %3–10. persantilde olup nörolojik gelişimi normaldir.

**Sonuç:** Fetal büyümenin takibi ile doğum şekli ve zamanının uygun bir biçimde belirlenmesi, elde edilebilecek en iyi sonucu sağlar. Fetal büyümenin ultrasonografik takibi ile birlikte fetal arteriyel ve venöz Doppler akım paternlerinin izlenme-

si, fetal durumun değerlendirilmesinde ana noktaları oluşturur.

**Anahtar sözcükler:** Fetal gelişme geriliği, İUGR, fetal Doppler, simetrik gelişme geriliği.

## PB-62

### Maternal obezitenin ilk trimester fetal triküspit Doppler değerleri üzerine etkisi

Mehmet Fatih Karşlı<sup>1</sup>, Cihat Şen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul;* <sup>2</sup>*Bahçelievler Memorial Hastanesi, Perinatal Tanı ve Tedavi Merkezi, İstanbul*

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı plasental inflamasyona neden olduğu gösterilmiş olan maternal obezitenin fetal triküspit kapak Doppler değerleri üzerine etkisinin araştırılmasıdır.

**Olgu:** Çalışmamız retrospektif olarak ilk dönem kromozom anomalisi tarama testi için kliniğimize 11–14 hafta arasında başvuran 350 sağlıklı ve 52 obez gebe üzerinde dijital kayıtlar incelenerek yapıldı. Sistemik hastalığı olan, çoğul gebeliği bulunan ve kromozomal veya kardiak anomali tespit edilen gebeler çalışma dışı bırakıldı. İstatistiksel analizler SPSS 20.0 programında yapıldı ortalama ve standart sapma değerleri bağımsız örneklem testi ile karşılaştırıldı p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi.

**Sonuç:** Obez gebelerde triküspit kapak e dalgası ve triküspit kapak a dalgasının normal BMI olan gebelerden anlamlı olarak daha düşük olduğu triküspit kapak r dalgasında anlamlı fark olmadığı izlendi.

**Anahtar sözcükler:** Obezite, plasental inflamasyon, kromozomal anomali taraması, triküspit kapak Doppler'i.



# 10. Ulusal Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi

27–30 Eylül 2018, Dalaman

## Yazar Dizini

### A

Acar A.	SB-28
Adıyaman D.	SB-44, PB-31, PB-35, PB-36, PB-39, SB-43
Ağaçayak E.	SB-32, PB-19, PB-14, PB-20
Akatlı A. N.	PB-24
Akın G.	PB-14
Akkurt M.Ö.	SB-04
Alan S.	PB-18
Alataş İ.	SB-14
Aldıkaçtıoğlu M.	PB-48
Alkan Ö.	SB-11
Altaş H.	PB-14
Altın C.	SB-12
Anık Y.	SB-13
Api O.	PB-47, PB-55
Arıkan D.C.	PB-43
Arıkan S.A.	SB-42, PB-42, PB-61, PB-59
Arisoy R.	SB-33, SB-42, PB-29, PB-30, PB-32, PB-34, PB-42, PB-59
Aslan F.	PB-43
Atakul B.K.	PB-31, PB-35
Atasoy Karakaş, L.	SB-25, SB-26, PB-06
Atıs A.	PB-50
Ay M.E.	SB-10
Ay Ö.İ.	SB-10

### B

Bafalı O.	SB-03
Bakacak M.	SB-22
Balcı S.	SB-12
Baştemur A.G.	PB-26
Bayaroğulları H.	SB-15
Bektaş O.	SB-10, PB-12, PB-13, PB-57, PB-58
Bozbay N.	SB-32
Bozkurt J.	SB-22, PB-09
Bozkurt Köseoğlu S.	SB-47
Budak A.	SB-18
Budak H.	PB-20
Buğday R.	SB-40, PB-19
Bulut M.	PB-20
Büyükbayram H.	PB-19

### C-Ç

Canaz H.	SB-14
Cangül H.	PB-47
Cengiz M.	PB-24, PB-26
Coşkun B.	SB-04
Çalış E.	PB-55
Çam Ç.	SB-17
Çam İ.	SB-13

Çayan F. SB-10, PB-12, PB-13, PB-57, PB-58

Çayan F.E. SB-08

Çelik E. PB-18, PB-21, PB-22, PB-23, PB-24, PB-26

Çetin O. PB-53

Çınar A. PB-44

Çirkin Tekeş G. SB-40

Çoban G. SB-12

Çoşkun B. SB-09

## D

Değirmenci P. SB-32

Demir N. SB-01

Demir S. SB-12

Demirci O. PB-61

Derici Yıldırım D. SB-08

Dinçgez Çakmak B. PB-15

Doğan Durdağ G. SB-11, SB-27, PB-08

Doğan J. PB-43

Dolapçioğlu K.S. SB-15

Durukan H. SB-08, SB-10, PB-58

## E

Elçi E. PB-20

Erbıyık H. PB-51

Erbıyık R.M. PB-51

Ercan F. SB-28

Erenel H. SB-39

Ergin T. PB-29, PB-34

Erkayırın U. SB-22, PB-09

Erkek Ş. PB-18

Ertemel Bakış S. PB-47, PB-55

Esin S. SB-25, SB-26, PB-06

## F

Fındık F.M. SB-29

## G

Gedikbaşı A. SB-03, SB-14, PB-48, PB-49, PB-50, PB-51

Geyik Bayman M. PB-05

Gezginç K. PB-05

Gökbel İ. SB-47

Görücü U. PB-28

Gözükara İ. SB-15

Güçlü T. SB-04

Güçoğlu T. PB-59

Gülcüler H.L. PB-48

Güler Ş. SB-01

Güneş Gülcan A. PB-49

Güngör M. PB-28

Güngören A. SB-15

Gür E.B. SB-23

Gür M.S. SB-23

Gürses C. SB-31, PB-28

Güzel E. PB-15

## İ

İçen M.S. SB-32, SB-40

İnan A.H. SB-19, PB-52

İnce O. SB-03

İsenlik B.S. SB-31

## K

Kalaycı H. SB-11, SB-27, SB-41, PB-08

Kalkan T. PB-28

Kalkan Z. PB-14

Kandilcik Ö.F. SB-22

Karadağ B. SB-31

Karaküçük S. SB-22, PB-09

Karaman E. SB-05

Karavaşin K.E. SB-37

Karavar H.N.	PB-55	Özer A.	SB-22, PB-09
Karşlı M.F.	PB-62	Özkaya M.O.	PB-44
Kaya B.	PB-51	Özköse Z.	PB-51
Kaya G.	PB-19	Özmen Ö.	SB-01
Kaya S.	SB-38		
Keskin U.	SB-37	<b>P</b>	
Ketenci Gencer F.	PB-15	Pay R.E.	SB-09, SB-37
Kıran H.	SB-22	Polat İ.	PB-50
Kıyak H.	SB-03, PB-48, PB-49, PB-50, PB-51		
Kiremitli T.	PB-52	<b>S-Ş</b>	
Kocahakımoğlu Gültekin C.	PB-04	Sak S.	PB-02
Koç U.	SB-13	Saka Güvenç M.	SB-43
Kokanalı D.	SB-24	Saraçoğlu A.	SB-14
Konuralp Atakul B.	SB-45	Saraçoğlu T.	SB-14
Korkmaz K.	SB-10, PB-12, PB-13, PB-57, PB-58	Sayal H.B.	PB-22
Kotancı T.	PB-15	Semiz A.	PB-30, PB-32, SB-33, PB-34
Köker A.	SB-01	Sezik M.	SB-01
Köse S.	SB-06, SB-48	Sidekli Ö.	SB-01
Köstü B.	SB-22	Soydar A.	PB-50
Kumru S.	SB-38	Şamdancı E.	PB-24
Kuyucu M.	SB-44, PB-31, PB-35, PB-36	Şen C.	SB-39, PB-27, PB-55, PB-62
Küçük Ş.	SB-17	Şentürk S.	SB-17
		Şenyuva İ.	SB-17
		Şeren S.	PB-02
<b>M</b>		Şerifoğlu H.	PB-61
Melekoğlu R.	SB-02, PB-18, PB-21, PB-22, PB-23, PB-24, PB-26, PB-27	Şimşek E.	SB-27
Müderrişoğlu H.	SB-12	<b>T</b>	
		Takmaz Karaaslan S.	SB-06
<b>O-Ö</b>		Taner C.E.	PB-04
Ovayolu A.	SB-05	Tekindal M.A.	SB-12
Önalın G.	SB-16	Tohma Y.A.	SB-16
Özbay K.	SB-30, PB-30, PB-32, PB-34	Tok A.	SB-22, PB-09
Özcan A.	PB-05	Toprak S.	PB-22
Özcan Yüksel S.	PB-49	Tosun G.	SB-34

Törer B.	PB-08	Yaşar D.	PB-47
Tuğcu U.	SB-25, SB-26, PB-06	Yeniçeri H.	PB-05
Turan Ç.	SB-17	Yetkinel S.	SB-27, SB-41
Türkler C.	PB-52	Yıldız D.E.	PB-15
		Yıldız T.	PB-24
<b>U</b>		Yılmaz Baran Ş.	SB-11, SB-27, PB-08
Uçar E.	PB-15	Yılmaz E.	PB-18, PB-21, PB-22, PB-23, PB-24, PB-26
Uludoğan M.	PB-61	Yılmaz H.	SB-06
Ulukuş M.	SB-06	Yüksel G.	SB-17
Uzun D.	SB-08	Yüksel S.	SB-03
		Yüksel Şimşek S.	SB-27
<b>Y</b>		Yüksel T.	PB-02
Yalçın S.	SB-01		
Yalınkaya A.	SB-32, SB-40, PB-14, PB-19, PB-20	<b>Z</b>	
Yaman Görük N.	SB-21	Zekioglu O.	SB-06
Yaman Tunç S.	SB-40, PB-14	Zeyneloğlu H.B.	SB-16



WORLD ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE  
(WAPM)



World Congress of **Perinatal Medicine**  
**ISTANBUL - 2019** 11-14 September

*"Let's meet where the continents meet"*



Perinatal Medicine Foundation  
Perinatal Tıp Vakfı



Türk Perinatoloji Derneği  
Turkish Perinatal Society since 1982

[www.wcpm2019.org](http://www.wcpm2019.org)



# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

www.perinataldergi.com

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

## Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi

Perinatoloji Dergisi yayın etiğini en yüksek standartlarda uygulamayı ve Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım Bildirgesi'nin aşağıdaki ilkelerine uymayı taahhüt eder. Bu bildirme Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) adlı kuruluşların dergi editörleri için geliştirdikleri öneri ve kılavuzlar temel alınarak hazırlanmıştır.

Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce başka bir dergide yayınlanmamış (bilimsel toplantılarda sunulmuş ve tam metin yayımlanmış bildiriler dahil) veya yayınlanmak üzere eşzamanlı olarak herhangi bir dergiye gönderilmemiş olmalıdır. Dergiye gönderilen yazılar, bir editör ve en az iki danışman (hakem) tarafından incelenmek suretiyle çift kör eş değerlendirme (*double-blind peer review*) sürecine alınır. Gönderilen yazıların herhangi bir aşamada, amaca yönelik bir yazılım aracılığıyla intihal açısından incelenebileceği hakkı saklıdır. Bu amaçla intihale yönelik izinsiz alıntı ya da düzmece veriler, sahtecilik (tablo şekil ya da araştırma verilerinin uydurma ya da manipüle edilmiş olması) ve araştırmada uygunsuz insan ya da hayvan materyali kullanımına yönelik incelemelerin söz konusu olduğu ve standartlara uygun olmayan yazılar dergide yayımlanmaz. Bu kural, standart ve uyumsuzluğunun yayın sonrası aşamada saptandığı durumda da geçerlidir ve yazının yayından geri çekilmesini gerektirir. Dergimiz, yayın etiği gereği, intihal ya da çifte yayın şüphesi durumlarını rapor edebilme sorumluluğunu hatırlatır.

Dergimiz, yayın etiğinin kötüye kullanımı ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda COPE tarafından geliştirilen Yayın Etiği Akış Şemalarını temel alır.

## Yazar Sorumlulukları

Yazarlar gönderdikleri yazıların özgünlüğünü teminat altına almalıdır. Yazının daha önce herhangi bir yerde, herhangi bir dilde yayımlanmadığı ya da yayımlanmak üzere değerlendirmeye alınmış olmadığını beyan etmelidirler. Geçerli telif hakkı sözleşme ve yasalarına uymalıdır. Dergimizde tablo, şekil ya da diğer katkı sunan alıntılar gibi telifli materyal ancak geçerli izin ve telif onayı ile yayımlanır ve bu sorumluluk yazarlara aittir. Yazarlar; başka yazarlara, katkı sağlayıcılara ya da kaynaklara uygun bir biçimde atıf yapmalı ve ilgili kaynakları belirtmelidir.

Araştırma türü yazıların (kısık 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 yönergelere <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities> adresinden ulaşılabilir.

## Hakem Sorumlulukları

Hakemler gelen yazıları, yazarlarının etnik köken, cinsiyet, tabiyet, 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, tabiyet, dini inanış ya da politik felsefelerini dikkate almaksızın bilimsel içerik açısından değerlendirir. Gönderilen yazıların yayımlanması için adil bir çift kör eş değerlendirme süreci sağlarlar. Gönderilen yazı ile ilgili tüm bilgilerin yayımlanana kadar gizli tutulmasını garanti altına alırlar.

Editörler yayının içeriği ve toplam kalitesinden sorumludur. Erratum sayfaları yoluyla gerektiğinde düzeltme yayımlarlar.

Editör; yazarlar, editörler ve hakemler arasında olabilecek herhangi bir çıkar veya rekabet çakışmasına olanak vermemelidir. Perinatoloji Dergisi'nde hakem atamasında sadece editör tam yetkiye sahip olup yazıların yayımlanması ile ilgili sonuç kararından da kendisi sorumludur.

# PERİNATOLOJİ DERGİSİ

Cilt 26 | Supplement | Eylül 2018

## İçindekiler

### 10. Ulusal Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi 27–30 Eylül 2018, Dalaman

<b>Sözlü Bildiri Özetleri</b> (SB-01 – SB-48)	<b>S1</b>
<b>Poster Bildiri Özetleri</b> (PB-02 – PB-62)	<b>S46</b>
<b>Yazar Dizini</b>	<b>S92</b>