

**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 ekstremitte 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 odakda 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)	latrojenik 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.

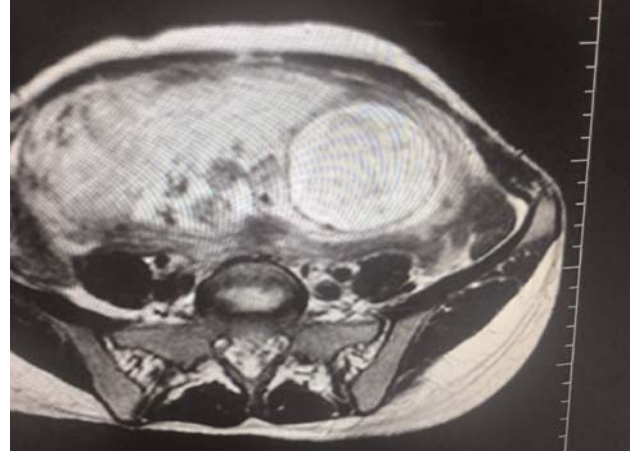
**Bulgular:** Kliniğimizde, 4 yıllık süreçte 4757 doğum gerçekleşti. Bu hastaların 390'ında erken preterm doğum tespit edildi. Ex fetüsler, yaşamla bağdaşmayan ağır konjenital anomaliler ve yeterli veriye ulaşamadığımız yenidoğanlar çalışma dışı tutulduğunda, 307 gebelik [219 tekiz, 151 ikiz (n=79), 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

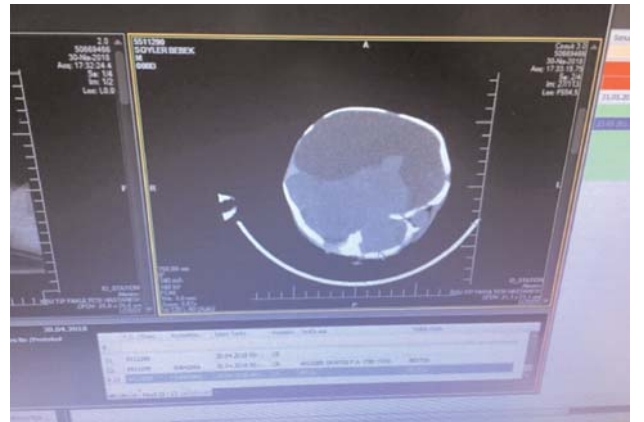
Abdullah Tok, Uğurkan Erkan, Selim Karaküçük, Alev Özer, Jan Bozkurt

*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 kafatasında 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.