

gebelerdeki fizyolojik kollajen değişimleri, gebelik haftası ile yaş ve parite ile ilişki göstermektedir.

**Yöntem:** Çalışmada ilk trimester gebelik kaybı (çalışma grubu, n=45) ve benign jinekolojik sebeplerle (kontrol grubu, n=13) kliniğimize başvuran 58 hastaya servikal biyopsi uygulandı. Birinci trimester abortu olan 45 hasta, gebelik haftalarına göre 3 grupta incelendi: <7. Hafta (n=11), 7-9. Hafta (n=23), >9. Hafta (n=11)). Biyokimyasal ölçüm yapılarak kollajen miktarı ( $\mu\text{g}$  OHP/mg kuru doku) hesaplandı. Bunun için, Switzer' in tanımladığı şekilde serviks dokusunda hidrokspirolin (OHP) ölçümü yapıldı. Son olarak, kollajen miktarının, yaş ve parite ile değişimi araştırıldı.

**Bulgular:** Kontrol grubunda  $24.48 \pm 12.87$   $\mu\text{gOH-prolin/mg}$  kuru doku ve çalışma grubunda anlamlı olacak şekilde  $13.06 \pm 4.17$   $\mu\text{gOH-prolin/mg}$  kuru doku saptandı ( $p=0.0001$ ). Veriler gebelik haftalara göre düzenlendiğinde, kontrol grubu ile <7 hafta grubu ( $17.01 \pm 1.11$   $\mu\text{gOH-prolin/mg}$  kuru doku) arasında kollajen değerlerinde farklılık izlenmemiştir ( $p=0.047$ ). 7-9. hafta grubu ( $12.07 \pm 3.85$   $\mu\text{gOH-prolin/mg}$  kuru doku) ve >9. hafta grubunun ( $11.16 \pm 4.39$   $\mu\text{gOH-prolin/mg}$  kuru doku) değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p=0.0001$ ). Lineer regresyon analizlerinin sonucuna göre, kollajen yaşla artmakta ve parite ile azalmaktadır.

**Sonuç:** Serviks kollajen içeriği gebeliğin ilk trimesterinden itibaren azalmaya başlamaktadır: gebeliğin 7. haftasından itibaren kollajen seviyeleri düşmeye başlamaktadır. Literatür bilgisi ile uyumlu şekilde kollajen değerlerinin yaşla birlikte artmakta, parite ile azalmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Servikal kollajen, OH-prolin, fizyolojik değişiklik

## PB-115

### Olgu sunumu: 14q32 delesyonu

Ulaş Çoban<sup>1</sup>, Çağdaş Özdemir<sup>1</sup>, Samet Günkaya<sup>1</sup>, İbrahim Polat<sup>2</sup>, Alev Aydın<sup>2</sup>, Ali Gedikbaşı<sup>2</sup>

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

**Amaç:** 14q interstisyel delesyonu çok sık rastlanılan bir mutasyon olmamakla beraber kendine özgü fenotipi ve birçok sistemi ilgilendiren hastalıklarla ilişkili bir mutasyondur.

**Olgu:** NS (33 yaşında, G2 P1, eski sectio)'ye 12. gebelik haftasında uygulanan ikili tarama testinde risk saptanması üzerine 14. gebelik haftasında koryon villus biyopsisi uygulandı. Örneklem sonucunda 14q32 bandını içeren interstisyel 14q delesyonu şeklinde geldi ( $46,-\text{del}(14)(q24q32)$ ). Özgeçmiş ve aile öyküsünde herhangi bir özellik bulunmayan hastaya

19. gebelik haftasında yapılan ultrasonografide bilateral ventrikülomegali (lateral ventriküller 12 mm) ve kardiyak patoloji (sol ventriküler hipoplazi ve muskuler VSD) saptanmıştır. Genetik bölümü doktorları ile ortak görüşme ve hasta ile eşine verilen danışma sonrası, aile gebeliğin sonlandırılmasına karar vermiştir. Otopsi bulguları, prenatal bulgular ile uyumlu gelmiştir. 14. kromozomun uzun kolu ile ilişkili 3 farklı delesyon saptanabilmektedir: ring formasyonu, terminal delesyon ve interstisyel delesyon. En sık görülen tipi ring delesyonu olup fasyal dismorfizm ve hastalarda konvülsiyonlar tipik bulgularıdır. 14q terminal delesyon gösteren olgularda sabit veya ortak bulgular görülmeyebilir. Buna karşın literatürde yayınlanmış bulunan postnatal interstisyel delesyon olgularının ortak verileri, karakteristik dismorfik bulgular (anürezis, nonepileptik miyokloni, Wolff-Parkinson-White sendromu, gecikmiş miyelinizasyonu), mental ve motor gelişme geriliği şeklindedir.

**Sonuç:** 14q interstisyel delesyonu kendine özgü fenotipi, meydan gelen mental ve motor gelişme geriliğine bağlı olumsuz prognoza neden olmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** İnterstisyel 14q delesyonu, prenatal tanı

## PB-116

### Antenatal ve postnatal non-immun hidrops fetalis tanısı alan olgular

Ferhat Demir<sup>1</sup>, Merih Çetinkaya<sup>1</sup>, Gökhan Büyükkale<sup>1</sup>, İbrahim Polat<sup>2</sup>, Alev Aydın<sup>2</sup>, Ali Gedikbaşı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Bölümü, İstanbul; <sup>2</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü

**Amaç:** Perinatoloji ve neonatoloji ünitelerimizde non-immun hidrops fetalis (NIHF) tanısı alan olguların etyolojisi.

**Yöntem:** 2009-2012 arası NIHF tanısı almış 61 bebeğin verileri kaydedildi. Yenidoğan Ünitesine NIHF tanısı ile yatırılan bebeklerin demografik verileri, neonatal morbiditeleri, sıvı olan organ sistemleri, yapılan parasentez, torasentez gibi girişimlerin sayısı, hastanede kalış süresi, NIHF'in etyolojisi ve mortalite verileri kaydedildi.

**Bulgular:** Doğumda ortalama anne yaşı  $29.2 \pm 6.8$  yıl, bebek ortalama doğum haftası  $34.2 \pm 3.7$  hafta, ortalama doğum ağırlığı  $2509 \pm 862$  gr idi. 21 olguya (%35) < 22 hafta nedeniyle terminasyon uygulanmıştı; bunlarda kistik higroma, kardiyak anomali, iskelet displazisi, diyafragma hernisi, hidrosefali ve trizomi 13-18 gibi ek anomaliler mevcuttu. Fetal anemi, pulmoner sekestrasyon ve kardiyak anomalili 3 fetus (%5) in utero öldü. Diğer 37 bebeğin (%60) 12'si (%32) postpartum izlem sırasında kaybedildi, 25 bebek canlı (%68) taburcu edildi. Bu bebeklerin 17 tanesinde (%31) kardiyak anomali, 1 olguda lipid depo hastalığı, 2 olguda neonatal Bartter sendromu

mu, 1 olguda ektojik renal kist tanısı konuldu. Kistik higroma, diyafragma hernisi, pulmoner sekestrasyon gibi konjenital anomaliler 12 olguda (%29) etyolojiden sorumlu idi. Kromozomal anomaliler 2 olguda (%5) saptandı. Yine 2 olguda (%5) ritim bozuklukları (1 olguda SVT, 1 olguda tam A-V blok) mevcut idi. Fetal anemi ile doğurtulan bir olguda ise Parvovirus enfeksiyonu saptandı.

**Sonuç:** Çalışmalarda NIHF mortalite oranı %50-90 olarak bildirmektedir. Konjenital kalp hastalıkları, kromozom anomalileri, sendromlar, prematürite ve pulmoner hipoplazi en kötü prognoz ile ilişkilidir. Yataş anında plevral efüzyon varlığı sağ kalımı anlamlı şekilde azaltmaktadır. Çalışmamızda mortalite oranı %42 olup, literatürden daha düşük bir orandır ve NIHF yaklaşımlarımızın uygun olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Non-immun hidrops fetalis, etyoloji, mortalite

### PB-117

#### Doğum ağırlığı 4000 gram ve üzerinde olan gebeliklerin maternal ve fetal değişkenlerle ilişkisi

Alpaslan Akyol<sup>1</sup>, Hasan Talay<sup>1</sup>, Alev Aydın<sup>2</sup>, İbrahim Polat<sup>2</sup>, Ali Gedikbaşı<sup>2</sup>, Cemal Ark<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; <sup>2</sup>Kanuni Sultan Süleyman EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Ünitesi, İstanbul

**Amaç:** 4000 gr ve üzerinde doğan bebeklerde maternal ve fetal değişkenlerle ilişkisinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Ocak 2011 - Haziran 2012 tarihleri arasında hastanemizde, 37-42. gebelik haftalarında doğum yapan  $\geq 4000$  gr 312 yenidoğan, aynı dönemde 2500-3999 gr arası doğan 316 yenidoğan ile karşılaştırıldı. Gruplar arasında anne yaş, parite, annede gestasyonel diyabet varlığı, Hemogloblin A1c (HbA1c) düzeyleri, önceki gebeliklerde makrozomi öyküsü, polihidramnios durumu karşılaştırıldı..

**Bulgular:** Maternal HbA1c düzeyi çalışma grubunda (n:15, %4.8), kontrol grubuna göre (n:4, %1.2) daha yüksek bulunmuştur ve her iki grup arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. Bunun yanı sıra parite ( $1.44 \pm 1.34$ 'e karşı  $1.23 \pm 1.27$ ; p=0.04), makrozomili bebek öyküsü (68'e karşı 16; p=0.001), polihidramnios varlığı (30'a karşı 2; p=0.01) çalışma grubunda istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır.

**Sonuç:**  $>4000$  gr doğumlarda parite, HbA1C düzeyleri, makrozomili bebek doğurma hikayesi, polihidramnios varlığı, klinik ile ilişkili parametreler olarak bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Makrozomi, gestasyonel diabetes mellitus, Hemogloblin A1c.

### PB-118

#### Gebeliğin kolestatik hastalığında maternal ve perinatal sonuçlar

Öznur DüNDAR<sup>1</sup>, Sıdıka Tezcan<sup>1</sup>, Seçil Yücel<sup>1</sup>, İbrahim Polat<sup>2</sup>, Alev Aydın<sup>2</sup>, Ali Gedikbaşı<sup>2</sup>

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

**Amaç:** Perinatoloji servisimizde obstetrik kolestaz tanısı konulan hastaların yönetimini ve gebelik sonuçlarını değerlendirmek.

**Yöntem:** Ocak 2002 ile Şubat 2013 yılları arasında, hastanemizin perinatoloji kliniğinde yatırılarak takip edilen obstetrik kolestaz tanılı 151 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Kaşıntı nedeni olabilecek herhangi bir dermatolojik durum yokluğu, kolestatik patern gösteren karaciğer testleri ALT (alanin transaminaz)  $>40$  U/L ve AST (aspartat transaminaz)  $>40$  U/L, viral hepatit bulgularının olmaması (HbSAg<sub>e</sub>(-), anti-HBc (-), anti-HAV (-)), ultrasonografik olarak safra kesesi ve karaciğer patolojisi olmaması, gebeliğin kolestatik hastalığı tanı kriteri olarak belirlendi ve ilgili maternal ve neonatal sonuçlar kayıt edildi.

**Bulgular:** Ortalama gebelik yaşı  $28.81 \pm 5.67$  yıl olan 151 hasta ve 168 bebek doğumu kayıtlardan elde edildi. 14 adet çoğul gebelik olgusu mevcuttu. Obstetrik kolestazın ortalama tanı haftası  $33.98 \pm 3.06$  hafta, doğumda gebelik haftası  $36.95 \pm 1.87$  hafta olarak saptandı. Gebelerin %52.13'ü sezaryen ile doğum yaptı. En sık iki sezaryen endikasyonları sırasıyla: geçirilmiş sezaryen (%28.57) ile fetal distress (%22.85) tanılarıyla. Preterm doğum oranı ( $<37$  hafta) %35 şeklinde saptandı. Ortalama yenidoğan ağırlığı  $33008.27 \pm 554.29$  gr ve 5. dakika APGAR skoru  $8.76 \pm 0.87$  olarak belirlendi. Amniyotik sıvıda mekonyum varlığı %14.11 olarak saptandı. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul oranı %10.58 olarak belirlendi. Perinatal fetal mortalite %4.54 olarak saptandı.

**Sonuç:** Obstetrik kolestaz tanısı, klinik bulgulara ve laboratuvar incelemeler ile konur. Gebelik kolestaz tanısı öncesi benzer klinik tablo oluşturabilecek patolojiler ayırt edilmelidir. Olası fetal mortalite nedeniyle antenatal dönemde yakın fetal ve maternal izlem gereklidir.

**Anahtar sözcükler:** Kolestaz, prognoz, izlem

### PB-119

#### Preeklampsi hastalarında klinik sonuçların uterin arter Doppler bulguları ile korelasyonu

Bekir Gülaç<sup>1</sup>, Berhan Besimoğlu<sup>1</sup>, Alev Aydın<sup>2</sup>, İbrahim Polat<sup>2</sup>, Ali Gedikbaşı<sup>2</sup>