



XII. Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Kongresi 29 - 31 Ekim 2020



BİLDİRİ KİTABI



BİLİMSEL SEKRETERYA
TÜRKİYE MATERNAL FETAL TIP VE PERİNATOLOJİ DERNEĞİ
Çetin Emeç Bulvarı Hürriyet Caddesi Harbiye Mahallesi No:1/13 Öveçler / Çankaya /
ANKARA
T: 0312 439 68 04 - F: 0312 439 68 02
tmftpdernegi@gmail.com



ORGANİZASYON SEKRETERYASI
FTS TURİZM KONGRE ORGANİZASYON
Güzeltepe Mah. Alper Sok. 14/9 Çankaya/ANKARA
T: 0312 439 68 04 * F: 0312 439 68 02
tmftp@ftskongre.org

İÇİNDEKİLER

DAVET MEKTUBU	1
BİLİMSEL PROGRAM	3-8
SÖZEL BİLDİRİLER.....	10-114
SS-001 Gebelikde COVID-19 Enfeksiyonu; Tek Merkez Sonuçları	10-11
SS-002 COVID-19 Hastası 88 Gebenin Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	12
SS-003 COVID-19 Enfeksiyonu Tanısı Alan Gebelerde Radyolojik Görüntülemeye Akciğer Tutulumu Olan Grup ile Bulgu Saptanmayan Grubun Maternal ve Fetal Sonuçlarının Karşılaştırması	13-16
SS-004 Semptomatik COVID-19 (Coronavirus Disease-19) Şüpheli Gebeler ile RT-PCR (Real Time Polymerase Chain Reaction) ile Kesin COVID-19 Tanılı Semptomatik Gebelerin Klinik ve laboratuvar Özelliklerinin Karşılaştırılması	17-20
SS-005 COVID-19 Pandemi Döneminde Komplike Olmayan Hamile Kadınların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi	21
SS-006 Preeklampsik Gebelerde Dislipideminin Değerlendirilmesi ve Hemato-Lipid Profilin Prediktif Değerinin Saptanması: Prospektif Kesitsel Olgu Kontrol Çalışması	22-25
SS-007 Geç Başlangıçlı Preeklampsinin Teşhisinde ve/veya Şiddetinin Belirlenmesinde Maternal Serum	26-28
SS-008 Gebelikte İdiyopatik Trombositopenik Purpuranın Maternal ve Neonatal Sonuçları	29
SS-009 Ciddi Makrozomi! 4500 gr ve Üzeri Doğan Bebeklerin Maternal ve Neonatal Sonuçlarının Değerlendirilmesi	30-32
SS-010 Skar Gebelik Tedavisinde Dilatasyon ve Küretaj Yöntemi - Tek Merkez Deneyimi.....	33-34
SS-011 İntrauterin Gelişme Geriliği Bulunan Fetüslere Sahip Gebelerdeki sFlt-1, PlGF Düzeyleri ile sFlt-1/PlGF Oranları ve Bu Değerlerdeki Değişikliklerin Doğum Zamanı ve Maternal-Fetal Komplikasyonlar Üzerindeki Prognostik Değerinin Araştırılması	35
SS-012 İdiyopatik Trombositopenik Purpura Tanılı Gebelerin Maternal ve Neonatal Sonuçları.....	36-39
SS-013 Fetal Büyüme Kısıtlılığında Serebroplasental Oran Ve Serebroplasental-Uterin Oranın Değerlendirilmesi	40
SS-014 Gebeliğin İntrahepatik Kolestazının Neonatal Sonuçlara Etkisinin Değerlendirilmesi	41
SS-015 Prenatal Dönemde Trizomi 21 Tanısı Konmuş Fetusların, Fetal Ekokardiyografi Sonuçlarının Değerlendirilmesi	42
SS-016 Gebelerin İlk Trimester Prenatal Tanı Testine İlişkin Kararlarının Risk Faktörlerine Göre Değerlendirilmesi	43
SS-017 Gestasyonel Diyabetten Mellitus Erken Dönem Öngörüsünde Maternal Plazma Adiponektin Düzeyi ve HOMA-IR İndeksi	44
SS-018 Maternal Obezitenin Fetal Kardiyak Fonksiyonlara Etkisi	45-46
SS-019 Dondurulmuş Çözülmüş Embriyo Transferi Sonrası Elde Edilen İkiz Gebeliklerde İlk Trimester Tekil Fetal Kaybın Perinatal Sonuçlara Etkisi: 5 Yıllık Tecrübe	47
SS-020 Prenatal Dönemde Özefagus Atrezisi – Trakea Özefajiyal Fistül Şüphesi İle Takip Edilen Gebeliklerin Obstetrik Sonuçları: Hacettepe Üniversitesi Tecrübesi	48-49

SS-021 Pulmoner Kapak Yokluğu Sendromulu Olguların Prenatal, Neonatal ve İnfantil Dönem Sonuçları	50-52
SS-022 Fetal Genital Anomalilerde Ultrasonun Tanısal Değeri	53-54
SS-023 İzole Aberran Sağ Subklavyen Arter Down Sendromu İçin Bir Belirteç Midir?	55
SS-024 Sakrokoksigeal Teratom Saptanan Gebelerde Perinatal ve Postnatal Sonuçların Değerlendirilmesi	56-58
SS-025 Plasenta Dekolmanı İle Maternal Serum Alfa-Fetoprotein (Msaftp) Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	59
SS-026 Modifiye Misgav-Ladach Sezaryen Tekniği, Klasik Pfannenstiel-Kerr Tekniğine Tercih Edilebilir Mi?...	60-62
SS-027 Miad Gebeliklerde Kornual Yerleşim Gösteren Plasental Anomalilerin Vajinal Doğum Sonrası Yönetimi	63
SS-028 Plasenta Anomalilerinde Adezyon Molekülü Olan P-Kaderinin Rolü	64-65
SS-029 Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu Nedeniyle Kadavradan Uterus Nakli Yapılan Anneden Doğan Prematür Yenidoğanın Takibi	66
SS-030 Loop Eksizyon Uygulamaları Erken Dönem Gebelik Mortalitesi Üzerine Herhangi Bir Etki Yaratır mı?	67-68
POSTER BİLDİRİLER	70
PS-001 İzole Proteinürisi Olan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları	70
PS-007 İntrauterin Kan Transfüzyonlarında Subgrup Uyuşmazlığı: III. Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimleri	71
PS-008 Nadir Görülen Femur-Fibula-ulna Sendromlu Olgu Sunumu	72-74
PS-012 Pelvik Organ Prolapsusu Olan Gebenin Yönetimi: Nasıl doğurtalım? Ne Zaman Opere Edelim?...	75-77
PS-013 Gebelikte Levetirasetam Kullanımı Ne Kadar Güvenli?	78-80
PS-015 Didelfis Uterus Erken Term Gebelikte Sezaryen	81-83
PS-016 Even-Plus Sendromu ile Uyumlu Nadir Bir Olgu Sunumu	84-86
PS-019 Fetal Anomali Nedeniyle Birinci ve İkinci Trimesterde Gebelik Sonlandırması Yapılan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin Karşılaştırılması	87-88
PS-020 İntrahepatik Gebelik Kolestazının Tanısında Safra Asitleri ve Biyokimyasal Belirteçlerin İlişkisi	89-90
PS-021 Asemptomatik COVID-19 Pozitif Gebede İzole Fetal Taşikardi; Bir Olgu Sunumu	91-92
PS-022 Maternal Solid Tümör Varlığı, Cell-Free DNA Taramasında Yanlış Negatiflik Sonucuna Neden Olabilir Mi?	93
PS-023 Prenatal Tanısı Konulan Uterus Didelfisin Eşlik Ettiği Persistan Kloaka; Bir Olgu Sunumu	94
PS-024 Donohue Sendromu; Olgu Sunumu	95-96
PS-026 OEIS Olgusu, Nadir Bir Olgu Sunumu	97-100
PS-027 Preeklampsia Olgularında İnflamasyon Markerları, Hematokrit ve Trombosit Sayısı ve Ortalama Trombosit Hacmi Oranı İlişkisinin Değerlendirilmesi	101-102

PS-028 Gebe Okulu Eğitimleri Gebelerdeki Doğum Korkusunu Azaltabilir Mi?.....	103
PS-029 Gebeliğin Erken Döneminde Gelişen Ağır Preeklampsi ve HELLP Sendromu	104
PS-031 Gestasyonel Diyabet Tanısı Alan Hastalarda Postpartum Taramaya Uyum	105
PS-032 Gebelik Döneminde Görülen Beyin Tümörü, Glioma	106-107
PS-033 Sezaryen İle Doğum Esnasında Saptanan Brenner Tümörü Olgusu	108-109
PS-034 Fetal Kistik Higromaya Eşlik Eden 46, Der(13)Add(13p) Olgusu Sunumu	110-111
PS-035 Fetal Sol Serebellar Hipoplazi: Olgusu Sunumu	112-113
PS-036 Fetal Porencefali: Prenatal Tanı ve Yönetim	114-115
PS-037 Fetal Dönemde Tespit Edilen Megakolon: Olgusu Sunumu	116-117
PS-038 Nükal Translüzensi Artışı ve Normal Karyotip İkillemi	118-119
PS-039 Fetal Volvulus Vakasında Mide Dilatasyonu	120-123
PS-040 Nadir Bir Alt Üriner Sistem Obstrüksiyonu Nedeni; Fetal Anterior Üretral Valv Olgusu	124
PS-042 Semilobar Holoprozensefali ile Prezente Olan 46,--,del (7) (q32--qter) Karyotipli Olgunun Prenatal Yönetimi	125-126
PS-043 İdiopatik Fetal İntrakranial Kanama Olgusu.....	127-128
PS-044 SARS COV-19 Pandemisinde Doğum Odasında Tarama Nasıl Olmalı?	129
PS-045 Gebelik Kolestaz Kliniğini Taklit Eden Kist Hidatik Olgusu	130
PS-047 Fetal Hiperekojen Böbrek ile 17q12 Mikrodelesyon Sendrom İlişkisi: İki Olgusu Sunumu	131
PS-048 Büyük Arterlerin Anatomik İlişkilerine Göre Dört Tip Çift Çıkışlı Sağ Ventrikül Olgusu	132
PS-049 Body-Stalk Anomalisi Olgusu Sunumu	133-135
PS-050 Vasa Previa Olgusu Sunumu	136-137
PS-051 Joubert Sendromu Olgusu Sunumu	138-140
PS-052 Şizensefali Olgusu Sunumu	141-143
PS-053 İntrauterin Fetal Renal Duplikasyon Tanısı, Antenatal ve Postnatal Dönem Sonuçları; Olgusu Serisi	144-145
PS-054 Konjenital Leptin Eksikliği İle Komplike Gebelik Vaka Sunumu	146
PS-055 Prenatal Tanısı Olan Ebstein Anomalili Bir Olgusu	147-148
PS-056 Fetal Sirenomeli: Nadir Bir Olgusu Sunumu	149-150
PS-057 Fetal Gastroşizis: Olgusu Sunumu	151-152
PS-058 Eisenmenger Sendromunda Gebelik; Olgusu Sunumu	153-154
PS-059 Prenatal Tanısı Konmuş Bir İnienensefali Vakası	155-156
PS-060 Fetal Over Kisti: Prenatal Tanı, Takip ve Sonuçları	157-160
PS-061 Gebelik ve Krukenberg tümörü: Nadir Bir Olgusu Sunumu	161-162
PS-063 Çift Girişli Sol Ventrikül Olgusu	163-164
PS-064 Triple Bubble Bulgusu: Proksimal Jejunal Atrezi Ultrasonografik Belirteci	165-166
PS-065 Sol Atriyal İzomerizm'li İki Olgunun Prenatal Tanısı	167-170

PS-066 Bronkopulmoner Sekestrasyon Olgusu, Tanı ve Prognoz	171-172
PS-068 Servikal Lenfanjioma Olgusu Prenatal Tanı ve Prognoz	173
PS-069 Gebelikte Akut Batın Nedeni: Heterotopik Gebelik	174
PS-070 İnkomplet Abortus Nedeniyle Küretaj Yapılan Hastada Akut Batın Nedeni: Rüptüre Heterotopik Gebelik	175
PS-071 Gebelikle İlişkili Plazma Protein-A Ve İnhibin A'nın Gestasyonel Diabetes Mellitus Öngörmedeki Önemi	176
PS-072 Nadir Bir Kromozomal Anomali Olan "Fetal Trizomi 12p" Olgusu Sunumu	177-179
PS-073 Jejunoileal Atrezi; Olgusu Sunumu	180-181
PS-074 Mekonyumlu Amnion Mayisine Sahip Gebelerde, Total Oksidant Status (TOS), Total Antioksidant Status (TAS) ve Oksidatif Stress İndeksi (OSI) Markerlerinin Umbilikal Kord Ve Maternal Serum Düzeylerinin Karşılaştırılması	182
PS-075 Diastematomyelia Olgusu Sunumu	183-184
PS-076 Fetal Boyunda İmmatür Teratom: Prenatal Tanısı ve Yönetimi	185
PS-077 Pouch Sign: Esophagus Atrezisinde Ultrasonografi Bulgusu	186-188
PS-078 Prenatal Dönemde Nadir Rastlanan Bir Anomali: Rombensefalosinapsis Olgusu Sunumu	189-191
PS-079 Tip B Kesintili Aortik Ark ile Prezente Olan DiGeorge Sendromu; Olgusu Sunumu	192-195
PS-080 TRAP sekansı tanılı 4 olgunun gebelik sonuçları	196
PS-081 Nadir Görülen Bir Vaka Sunumu: Mekonyum Psödokisti ile Prezante Olan Bir İleal Atrezi ve Perforasyon Olgusu	197-199
PS-082 Cantrell Pentalojisi: Olgusu Sunumu	200
PS-083 Gestasyonel Diabetes Mellitusta Gebelikle İlişkili Plazma Protein-A ve İnhibin A Seviyeleri	201
PS-084 Fetal Mikroftalmi, Fetal Yarık Damak-Dudak ve Fetal Ventrikülomegali: Olgusu Sunumu	202-203
PS-086 Şiddetli Hiperemezis Gravidaruma Bağlı Akut Renal Yetmezlik ve Fetal Kayıp: Olgusu Sunumu	204
PS-087 Ciddi Kordon Dolanması Olan Monoamniyotik İkiz Gebeliğin Spontan Vajinal Doğumu	205-208
PS-088 Suriyeli Göçmen Gebelerde Servikal Yetmezlik ve Serklaj Tedavisi	209-210
PS-089 Atrioventriküler Blok Saptanan Fetusların Antenatal ve Postnatal Takip ve Tedavisi	211
PS-090 Treatment of Cornual Pregnancy in a Patient with Uterus Septum by Electrosurgical Operative Hysteroscopy	212
PS-091 21 Yaşında Over Malignitesi Olan Kişinin Başarılı Vajinal Doğumu ve Tedavisi: Vaka Sunumu	213-214

Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, çalışma grubu olarak doğuşundan bu yana 20 yılı aşkın süredir, ülkemizin alanındaki en faal kuruluşudur. Derneğimiz, anneler ve bebeklerinin sağlığının korunması ve geliştirilmesi çerçevesinde, eğitimler düzenlemek, araştırmalara destek vermek, alanında yapılanların daha iyi ve daha doğru gerçekleşmesi için yol haritaları sunmak, çalışanların ve hizmet alanların medikolegal haklarını korumak için vardır.

Sizi davet etmekten onur duyduğum 29-31 Ekim 2020 tarihlerinde ONLINE KONGRE olarak düzenlenecek olan XII. Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Kongre'miz bu etkinliklerin en önde gelenidir. Yalnız üyelerine ve perinatoloji gönül verenlerine değil, tüm doğum hekimlerine ve anne-yenidoğan sağlığına yönelik bu çalışmalar sosyal ve ekonomik kaynak gereksinimindedir.

XII. Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Kongre'mizin bilimsel düzeyinin ve katılımının çok yüksek olacağını düşünüyoruz. Kurumsal yapısı ve geçtiğimiz yıllardaki organizasyon başarıları ve ilişkileri ile derneğimiz üretken özelliğini ortaya koymuştur.

Sizleri aramızda görmekten derneğimizin yönetim kurulu olarak mutluluk duyacağımızı bildirir, 29-31 Ekim 2020 tarihlerinde Online Kongremizde buluşmak ümidi ile sevgi ve saygılar sunarız.

Prof. Dr. Namık DEMİR
Dernek ve Kongre Başkanı

Prof. Dr. Ahmet GÜL
Dernek ve Kongre Sekreteri

BİLİMSEL PROGRAM

29 EKİM 2020

08.30-09.00	AÇILIŞ KONUŞMASI
	Namık Demir, TMFTP Dernek ve Kongre Başkanı
09.00-11.00	PANEL-1: PERİNATAL ENFEKSİYONLARIN TANI VE YÖNETİMİ
Panel Başkanı	Namık Demir
	KONUŞMA-1
	SARS-COV2, COVID-19: Gebelik ve Perinatal Sonuçlar
Konuşmacı	İnanç Mendilcioğlu
Panelistler	Hakan Erenel, Erkan Kalafat, Esin Koç, Semir Köse, Cem Sanhal, Mert Turğal, Ayşe Filiz Yavuz
Tartışmacılar	Handan Çelik, Hülya Dede, Seval Erdiç, Tamer Mungan, Selçuk Özden
11.00-11.15	ARA
11.15-12.00	SÖZEL BİLDİRİ-1
Oturum Başkanları	Acar Koç, Fehmi Yazıcıoğlu
	SS-001 Gebelikde COVID-19 Enfeksiyonu; Tek Merkez Sonuçları
	İlkan Kayar
	SS-002 COVID-19 Hastası 88 Gebenin Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi
	Murat Ekmez
	SS-003 COVID-19 Enfeksiyonu Tanısı Alan Gebelerde Radyolojik Görüntülemelerde Akciğer Tutulumu Olan Grup ile Bulgu Saptanmayan Grubun Maternal ve Fetal Sonuçlarının Karşılaştırması
	Ali Taner Anuk
	SS-004 Semptomatik COVID-19 (Coronavirus Disease-19) Şüpheli Gebeler ile RT-PCR (Real Time Polymerase Chain Reaction) ile Kesin COVID-19 Tanılı Semptomatik Gebelerin Klinik ve Laboratuvar Özelliklerinin Karşılaştırılması
	İsmail Alay
	SS-005 COVID-19 Pandemi Döneminde Komplike Olmayan Hamile Kadınların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi
	Barış Çıplak
	SS-006 Preeklampitik Gebelerde Dislipideminin Değerlendirilmesi ve Hemato-lipid Profilin Prediktif Değerinin Saptanması: Prospektif Kesitsel Olgu Kontrol Çalışması
	Nesibe Zeyveli Çelik
12.00-13.00	USG PRATİK UYGULAMA-1
Moderatör	Nuri Danışman
	I-II. Üçay Obstetrik USG
	Fehmi Yazıcıoğlu, Atıl Yüksel
	USG Pratik Sorumlusu Hekim: Lütfe Uygur
13.00-13.40	ARA
13.40-14.10	KONUŞMA-2
Moderatörler	Bilge Çetinkaya Demir, Özgür Özyüncü
	IUGR: Tanı ve Yönetimini Nasıl Yapalım?
	Özhan Turan

14.10-14.30	UYDU SEMPOZYUMU-1 (NOBEL)
Moderatör	Mehmet Uludoğın
	Kalsiyum ve D vitaminin Kadın Sağlığındaki Önemi: Gebelik'teki Yeri
	Tamer MUNGAN
14.30-16.00	PANEL-2: PRETERM DOĞUM
Panel Başkanı	Sabahattin Altunyurt
Panelistler	Esra Esim Büyükbayrak, Zeynep İnce, Doruk Katlan, Selda Demircan Sezer, Ahmet Tayyar, Hakan Timur, Işıl Uzun
Tartışmacılar	Emre Karaşahin, Mert Kazandı, Erdal Malatyalıoğlu, Özgür Özyüncü, Neşe Yücel
16.00-16.15	ARA
16.15-17.00	KONUŞMA-3
Moderatör	Namık Demir
	Uterus Transplantasyonu ve Gebelik
	İnanç Mendilcioğlu, Ömer Özkan
17.00-17.10	ARA
17.10-18.40	PANEL-3: PREEKLAMPSİ: TANI VE YÖNETİMİ
Panel Başkanı	Rıza Madazlı
Panelistler	Ebru Çelik, Bilge Çetinkaya Demir, Oktay Kaymak, Zeynep Özköse, Salim Sezer, Atakan Tanaçan, Erzat Toprak, Nihal Şahin Uysal
Tartışmacılar	Metin Altay, Metin İngeç, Arda Lembet, Sermet Sağol, Semih Tuğrul

30 EKİM 2020

09.00-10.30	PANEL-4: TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARI: NEYİ, NASIL ARAŞTIRILIM VE TEDAVİ EDELİM
Panel Başkanı	Miğracı Tosun
Panelistler	Selim Büyükkurt, İlker Çerçi, Aytül Çorbacioğlu, Ebru Alıcı Davutoğlu, Fedi Ercan, Deniz Karçaltıncaba, Tuncay Yüce
Tartışmacılar	Fuat Akercan, Aslı Göker, Recep Has, Babür Kaleli, İrfan Kutlar, Gülseren Yücesoy
10.30-11.00	KONUŞMA-4
Moderatörler	Ahmet Gül, Mehmet Uludogan
	Anti-Ro/La-Antikoru Pozitif Olan Gebelerin Yönetimi ve Fetal Sonuçları
	David Williams
11.00-11.15	ARA
11.15-12.00	SÖZEL BİLDİRİ-2
Oturum Başkanları	İskender Başer, Tuncay Nas
	SS-007 Geç Başlangıçlı Preeklampsinin Teşhisinde ve/veya Şiddetinin Belirlenmesinde Maternal Serum tiyol/disülfid Seviyeleri
	Ali Ovaryolu
	SS-008 Gebelikte İdiyopatik Trombositopenik Purpuranın Maternal ve Neonatal Sonuçları
	Feyza Bayram
	SS-009 Ciddi Makrozomi! 4500 gr ve Üzeri Doğan Bebeklerin Maternal ve Neonatal Sonuçlarının Değerlendirilmesi
	Deniz Şimşek
	SS-010 Skar Gebelik Tedavisinde Dilatasyon ve Küretaj Yöntemi - Tek Merkez Deneyimi
	Cem Yener
	SS-011 İntrauterin Gelişme Geriliği Bulunan Fetüslere Sahip Gebelerdeki sFlt-1, PlGF Düzeyleri ile sFlt-1/PlGF Oranları ve Bu Değerlerdeki Değişikliklerin Doğum Zamanı ve Maternal-Fetal Komplikasyonlar Üzerindeki Prognostik Değerinin Araştırılması
	Merve Erol Deniz
	SS-012 İdiyopatik Trombositopenik Purpura Tanılı Gebelerin Maternal ve Neonatal Sonuçları
	Çiğdem Kunt İşgüder
12.00-13.00	USG PRATİK UYGULAMA-2
Moderatör	Filiz Yanık
	I-II Üçay Obstetrik'de Doppler: Klinik Kullanımı Nasıl Olmalı?
	Halil Aslan, Cenk Sayın
	USG Pratik Sorumlusu Hekim: Şule İnce
13.00-13.40	ARA
13.40-14.10	KONUŞMA-5
Moderatörler	Recep Has, Tuncay Özgün
	Plasenta Previa ve Accreata: Tanı ve Yönetimi
	Amarnath Bhide

14.10-16.00	PANEL-5: hdDNA (cfDNA) TESTLERİNİ HANGİ DURUMDA VE NASIL YAPALIM?
Panel Başkanı	Acar Koç
14.10-14.30	FİRMA SUNUMLARI
	Ali Erdem, Natera
	İbrahim İlhan, Feast
	Filiz Kartal, Eurofins
14.30-16.00	hdDNA (cfDNA) Testleri
Panelistler	Seher Başaran, Oya Demirci, Yasemin Doğan, Selen Gürsoy Erzincan, Cihan İnan, Gürcan Türkyılmaz
Tartışmacılar	Mustafa Başbuğ, Şevki Çelen, Ahmet Gül, Zeki Şahinoğlu, Filiz Yanık
16.00-16.15	ARA
16.15-17.00	SÖZEL BİLDİRİ-3
Oturum Başkanları	Yalçın Kimya, Alkan Yıldırım
	SS-013 Fetal Büyüme Kısıtlılığında Serebroplasental Oran ve Serebroplasental-Uterin Oranın Değerlendirilmesi
	Betül Yakıştıran
	SS-014 Gebeliğin İntrahepatik Kolestazının Neonatal Sonuçlara Etkisinin Değerlendirilmesi
	Özgül Bulut
	SS-015 Prenatal Dönemde Trizomi 21 Tanısı Konmuş Fetusların, Fetal Ekokardiyografi Sonuçlarının Değerlendirilmesi
	Züat Acar
	SS-016 Gebelerin İlk Trimester Prenatal Tanı Testine İlişkin Kararlarının Risk Faktörlerine Göre Değerlendirilmesi
	Filiz Halıcı Öztürk
	SS-017 Gestasyonel Diyabetten Mellitus Erken Dönem Öngörüsünde Maternal Plazma Adiponektin Düzeyi ve HOMA-IR İndeksi
	Erkan Çağlıyan
	SS-018 Maternal Obezitenin Fetal Kardiyak Fonksiyonlara Etkisi
	Miraç Özalp
17.00-18.30	PANEL-6: FETAL İYİLİK HALİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNİ NASIL YAPALIM?
Panel Başkanı	Cüneyt Evrücke
Panelistler	Deniz Acar, Erol Arslan, Deniz Öztekin, Berkan Sayal, Gülenay Gençosmanoğlu Türkmen, Alin Başgül Yiğiter
Tartışmacılar	Başak Baksu, Aydan Biri, Sadettin Güngör, Özlem Pata, Ayhan Sucak, Bülent Tandoğan

31 EKİM 2020

09.00-09.30	KONUŞMA-6
Moderatörler	Seval Erdinç, Özlem Pata
	Gestasyonel Diabetes Mellitus: Taramadan Klinik Uygulamaya Güncel Durum
	Yariv Yogev
09.30-11.00	PANEL-7: GEBELİKTE DERİN VEN TROMBOZU-TROMBOEMBOLİ PROFİLAKSİSİ VE TEDAVİSİ
Panel Başkanı	Özgür Deren
Panelistler	Umut Kutlu Dilek, Derya Eroğlu, Ali Özgür Ersoy, Kazım Gezginç, Serdar Kütük, Mehmet Özsüremeli, Gökhan Yıldırım
Tartışmacılar	Merih Bayram, Ali Çetin, Serkan Güçlü, Mehmet Osmanağaoğlu, Mehmet Şimşek, Başak Yıldırım
11.00-11.15	ARA
11.15-12.00	SÖZEL BİLDİRİ-4
Oturum Başkanları	Tamer Mungan, Feride Söylemez
	SS-019 Dondurulmuş Çözülmüş Embriyo Transferi Sonrası Elde Edilen İkiz Gebeliklerde İlk Trimester Tekil Fetal Kaybın Perinatal Sonuçlara Etkisi: 5 yıllık Tecrübe
	Nur Dokuzeylül Güngör
	SS-020 Prenatal Dönemde Özefagus Atrezisi – Trakea Özefajiyal Fistül Şüphesi İle Takip Edilen Gebeliklerin Obstetrik Sonuçları: Hacettepe Üniversitesi Tecrübesi
	Canan Ünal
	SS-021 Pulmoner Kapak Yokluğu Sendromulu Olguların Prenatal, Neonatal ve infantil Dönem Sonuçları
	Münip Akalın
	SS-022 Fetal Genital Anomalilerde Ultrasonun Tanısal Değeri
	Lütfiye Uygur
	SS-023 İzole Aberran Sağ Subklavyen Arter Down Sendromu İçin Bir Belirteç Midir?
	Özgür Kara
	SS-024 Sakrokoksigeal Teratom Saptanan Gebelerde Perinatal ve Postnatal Sonuçların Değerlendirilmesi
	Özge Kahramanoğlu
12.00-13.00	USG PRATİK UYGULAMA-3
Moderatör	Atıl Yüksel
	I- II. Üçay Fetal Kardiak Değerlendirme
	Yalçın Kimya, Zeki Şahinoğlu
	USG Pratik Sorumlusu Hekim: Çiğdem İşgüder
13.00-13.20	UYDU SEMPOZYUMU-2 (NATERA)
Moderatör	Ali Ergün
	Ahmet Yeşilyurt
	NIPT için Yeni ACOG Uygulama Bülteni, İkiz Gebeliklerde SNP Tabanlı NIPT (Panorama) ile Zigozite ve Bireysel Fetal DNA Oranını Tespit Etmenin Avantajları
13:20-13:40	ARA

13.40-14.10	KONUŞMA-7
Moderatörler	Özgür Deren, İbrahim Kalelioğlu
	Gebelik Kolestazının Yönetimi
	Jim Thornton
14.10-14.30	ARA
14.30-16.00	PANEL-8: POSTPARTUM KANAMANIN YÖNETİMİNİ NASIL YAPALIM?
Panel Başkanı	Ali Acar
Panelistler	Turhan Çağlar, İbrahim Kalelioğlu, Levent Keskin, Tuncay Özgün, İsmail Özdemir, Aybike Pekin, Aykan Yücel
Tartışmacılar	Ragıp Atakan Al, Turhan Aran, Halil Aslan, Ali Ergün, Tuncay Nas, Dilek Şahin
16.00-16.15	ARA
16.15-17.00	SÖZEL BİLDİRİ-5
Oturum Başkanları	Şevki Çelen, Selçuk Özden
	SS-025 Plasenta Dekolmanı ile Maternal Serum Alfa-Fetoprotein (MSAFP) Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
	Orhan Altınboğa
	SS-026 Modifiye Misgav-Ladach Sezaryen Tekniği, Klasik Pfannenstiel-Kerr Tekniğine Tercih Edilebilir mi?
	Engin Türkgeldi
	SS-027 Miad Gebeliklerde Kornual Yerleşim Gösteren Plasental Anomalilerin Vajinal Doğum Sonrası Yönetimi
	Pınar Kırıcı
	SS-028 Plasenta Anomalilerinde Adezyon Molekülü Olan P-Kaderinin Rolü
	Gizem Durmaz
	SS-029 Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sendromu Nedeniyle Kadavradan Uterus Nakli Yapılan Anneden Doğan Prematür Yenidoğanın Takibi
	Hakan Ongun
	SS-030 Loop Eksizyon Uygulamaları Erken Dönem Gebelik Mortalitesi Üzerine Herhangi Bir Etki Yaratır mı?
	Ali Gemici
17.00-18.30	PANEL-9: DOĞUM ZAMANLAMASINA NASIL KARAR VERELİM?
Panel Başkanı	Nuri Danişman
Panelistler	Işıl Turan Bakırcı, Cem Batukan, Barış Büke, Ali Ekiz, Cantekin İskender, Başak Kaya, Ayşegül Özel, Hasan Özkan, Tuğba Saraç Sivrikoz, Aytaç Yüksel
Tartışmacılar	İskender Başer, İsmail Dölen, Yakup Ertan Erata, Orhan Gelişen, Mehmet Zeki Taner, Füsün Varol
18.30-18.45	KAPANIŞ

SÖZEL BİLDİRİLER

Gebelikte COVID-19 Enfeksiyonu; Tek Merkez Sonuçları

Özer Birge, İlkan Kayar

Osmaniye Devlet Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, Osmaniye

Amaç

10 Mart 2020 tarihinde ülkemizde ilk Corona virüs vakasının tanımlanmasından itibaren Eylül ayına kadar geçen 6 aylık dönemde Osmaniye ili devlet hastanesinde takip ve tedavileri yapılan 34 corona virüs enfekte gebe olgunun verilerini literatür eşliğinde sunmayı amaçladık. Yöntem: Verilerin analizinde SPSS 22 programından yararlanılmıştır. Kantitatif veriler tablolarda ortalama, std, median, minimum-maximum değerler şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik veriler ise n (count) ve yüzdelerle (%) ifade edilmiştir.

Bulgular

Olguların yaş ortalaması $27,4 \pm 6,57$ idi. Median gravida ve parite sırasıyla 3(range;1-6) ve 2(range;0-5) idi. Olguların tanı aldıkları gebelik haftaları 28 olup en erken hafta 7 iken en geç tanı haftası 40. hafta olarak saptandı. Gebe olguların sigara içme oranı % 23,5 olup en sık başvuru şikayetleri sırasıyla ateş (%32,4), nefes darlığı (%11,8), öksürük(%11,8) olarak saptandı (tablo 1). Ek hastalık açısından en sık diabet(%14,7) saptanmış iken %58,8 de herhangi bir ek hastalık mevcut değildi (tablo 2). Olguların 1 tanesi dışında (%2,9) diğerlerine Corona virüs için tedavi uygulanmıştı. Laboratuar bulgularına bakıldığında; sırasıyla median Crp, lökosit, trombosit düzeyleri 22,5, 12705, 135750 olarak saptandı. Tüm olguların 2 tanesinde sezaryen doğum (%5,9) 2 tanesinde (%5,9) acilden tam açıklık ile başvurup normal vajinal doğum yaptıkları ve sonrasında klinik şikayetlerine göre corona testi pozitif saptanmıştı (tablo 3). 30 olgunun corona virüs tedavisi tamamlanmış ve gebeliklerinin rutin takiplerine halen devam edilmektedir ve şuana kadar yapılan taramalarda herhangi bir fetal anomaliye rastlanmadı.

Sonuç

COVID-19 pandemisi döneminde rutin gebelik takipleri sırasında ortaya çıkan nonspesifik semptomlarda corona virüs enfeksiyonu akılda tutularak, gebelik takip ve tedavisi multidisipliner ekip tarafından yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Corona virüs, Gebelik, Öksürük, Sezaryen doğum

Tablo 1

Klinik Bulgular	Sayı(n)	Yüzde oran
Ateş	11	32,40%
Nefes darlığı	4	11,80%
Öksürük	4	11,80%
Başağrısı	2	5,90%
Boğaz ağrısı	2	5,90%
Ses kısıklığı	2	5,90%
Koku-tat alma azlığı	2	5,90%
Kas eklem ağrısı	2	5,90%
Bebek hareket azlığı	2	5,90%
Hemoptizi	1	2,90%
Asemptomatik	1	2,90%

Olguların başvuru şikayetleri

Tablo 2

Ek hastalık	Sayı(n)	Yüzde oranı
Diabet	5	%14,7
Troid hastalıkları	3	%8,8
Hipertansiyon	2	%5,9
Epilepsi	1	%2,9
Romatolojik hst(RA)	1	%2,9
Kardiovasküler hastalık	1	%2,9
Akc hst(Astım)	1	%2,9
Ek hastalık yok	20	%58,8

Olguların ek hastalık oranları

Tablo 3

		Sayı (n)	Sd/Min-Max/%
Yaş		27.41	±6,57
Gravida		3	1-6
Parite		2	0-5
Sigara	İçiyor İçmiyor	8 26	23,5 76,5
Tanı haftası(hafta)		28	7-40
Tedavi	Hidroksiklorokin Ritonavir+lopinavir Konservatif	7 26 1	20,6 76,5 2,9
Pcr test sonucu	Pozitif Negatif	19 15	55 45
Doğum şekli	Nspd C-s Gebelik devam	2 2 30	5,9 5,9 88,2
Crp düzeyi		22,5	3,2-123,3
Lökosit düzeyi		12705	4560-21450
Trombosit düzeyi		135750	78900-489000

Demografik ve klinik karakteristik faktörler.

COVID-19 Hastası 88 Gebenin Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Murat Ekmez, Filiz Yarşılıkal, Handan Karakuş, Cem Dane

Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç

Çalışmamızın amacı, hastanemizde tedavi gören SARS-CoV-2 ile enfekte gebelerin klinik yönetimindeki deneyimimizi aktarmaktır.

Yöntem

30 Mart - 15 Eylül 2020 tarihleri arasında İstanbul Sultangazi-Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bakımı ve tedavisi yapılan 88 gebe kadından alınan klinik verileri inceledik. Hastaların demografik verileri, klinik bulguları, laboratuvar test sonuçları, tedavi sonuçları toplandı.

Bulgular

Toplam 88 gebe kadına Coronex-COVID 19 RT-qPCR testi ile COVID-19 tanısı kondu. Tanı konan hastaların gebelik haftası 5-39 hafta arasında idi. En sık görülen semptomlar: ateş (% 11), öksürük (% 51), nefes darlığı (% 34), halsizlik (% 32.9), boğaz ağrısı (% 11.3), ishal (%2.2), sırt ağrısı(%1.1) şeklinde idi. Çalışma grubumuzda bulunan hastalar kliniğimize ya klinik semptomları olduğu için ya da doğum için başvuran gebelerdi. Hastalardan 56 sına (% 63.6) hidroksiklorokin, ritonavir-lopinavir, seftriakson ve azitromisin dahil olmak üzere farmakolojik tedavi uygulandı, 33 hasta (% 36.3) ise tedavisiz izleme alındı. Çalışma grubunun yaş ortalaması 28.05 (aralık: 18-42) idi. Çalışma grubundaki her değişken için eşik değer: lenfosit sayısı <0,9 x103/ µL, nötrofil sayısı > 7x103 /µL, trombosit sayısı <150x103/µL, nötrofil/lenfosit oranı: >3, CRP> 40 mg/L, D-dimer> 1,9 µg/ml prokalsitonin> 0.1ng/ml, troponin <0.06 ng / ml, ferritin> 150 ng/ml, fibrinojen> 400 mg/dl, olarak baz alındı. Hastaneye ilk başvuruda yapılan laboratuvar test sonuçlarında hastaların 11'inde(%12.5) lenfopeni, 15'inde (%17) nötrofili, 13'ünde (% 14,7) trombositopeni, 17'sinde (% 19,3) C reaktif protein (CRP) yüksekliği, 20'sinde (%22,7) D-dimer yüksekliği, 16'sında (% 18,5) prokalsitonin yüksekliği, 79'unda(%89.7) troponin yüksekliği, 2'sinde (%2.2) ferritin yüksekliği, 39'unda (%44.3) fibrinojen yüksekliği gözlemlendi. Nötrofil/lenfosit oranı hastaların 62'sinde (% 70,4) yüksek olarak bulundu. Çalışma süresince hastaların 23'ü (% 26.1) vajinal veya abdominal doğum yaptı.

Sonuçlar

Hastalarımızda yüksek troponin seviyeleri ve yüksek nötrofil/lenfosit oranı tespit ettik. Hastalarımızda en sık görülen semptomlar öksürük ve nefes darlığı idi. Hastaların yaklaşık yarısında fibrinojen düzeyi 400 ng/ml'nin üzerinde bulundu. COVID-19'lu hastaların 16'sı hastaneye başvurdıklarında asemptomatikti.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Gebelik, Troponin, Nötrofil/Lenfosit oranı, Fibrinojen

COVID-19 Enfeksiyonu Tanısı Alan Gebelerde Radyolojik Görüntülemeye Akciğer Tutulumu Olan Grup ile Bulgu Saptanmayan Grubun Maternal ve Fetal Sonuçlarının Karşılaştırması

Ali Taner Anuk¹, Dilek Şahin²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

²T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç

COVID-19 tanısı alan gebelerde radyolojik görüntülemeye akciğer tutulum bulguları olan grup ile tutulum bulgusu olmayan gebelerin maternal ve fetal sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem

Bu retrospektif çalışmada, 2020 yılı Nisan ve Eylül ayları arasındaki beş aylık dönemde kliniğimizde COVID-19 enfeksiyon tanısı kombine orofaringeal-nazofaringeal sürüntüden alınan gerçek zamanlı ters transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) ile doğrulanmış ve görüntüleme yöntemi olarak toraks bilgisayarlı tomografi (BT) veya akciğer grafisi çekilmiş gebelerde, COVID-19 pnömonisi ile uyumlu bulguları olan grup ile bulgu saptanmayan grubun maternal ve fetal sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. COVID-19 pnömonisinde akciğer grafisi ve BT’de periferik konsolidasyonlar ve buzlu cam opasiteleri başlıca bulgular olarak tanımlandı.

Bulgular

COVID-19 tanısı RT-PCR ile doğrulanmış ve görüntüleme yöntemi olan 81 gebe çalışmaya dahil edildi. 58 olguda radyolojik görüntülemeye COVID-19 pnömonisi ile uyumlu bulgular saptandı. Görüntüleme bulgusu saptanan grupta öksürük ve nefes darlığı semptomları anlamlı olarak artmış bulundu ($p<0.05$) (Tablo-1). Ek olarak hastanede kalış süresi de COVID-19 pnömonisi ile uyumlu grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede uzamış bulundu ($p<0.01$)(Tablo-1). Akciğer tutulumu olan grupta bir olguda gelişen kardiyak arreste bağlı mortalite izlendi (Tablo-3). COVID-19 pnömoni tablosu olan grupta, eşlik eden diyabetik ketoasidoz ve dekolmana bağlı iki olguda intrauterin ex gelişti(Tablo-3). Her iki grupta ayrı birer olguda preeklampsi ve akut böbrek yetmezliği gelişti (Tablo-3). Devam eden gebeliklerle birlikte, sezaryen doğum oranları, akciğer tutulumu olan grupta 25/34 (73%), akciğer bulgusu olmayan grupta ise 10/15 (66%) olarak bulundu. Medikal tedavide COVID-19 pnömonisi izlenen grupta,6 olguda immün plazma ve 3 olguda da interlökin-1 reseptör antagonisti olan anakinra tedavisi verildi. Düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı, akciğer tutulumu olan grupta anlamlı olarak artmış bulundu($p<0.01$)(Tablo-4).

Sonuç

COVID-19 pnömoni bulguları gösteren gebelerde, maternal ve fetal komplikasyon sıklığı artmaktadır. Eşlik eden komorbid hastalıkların varlığında, kliniği ağırlaşan olgular yoğun bakım şartları olan tersiyer merkezlerde, multidisipliner yaklaşımla tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, gebelik, görüntüleme, tomografi, viral pnömoni

Tablo 1: COVID-19 enfeksiyonu tanılı gebelerde radyolojik görüntülemelerde akciğer tutulumu olan ve olmayan grupların demografik ve klinik özellikleri

Değişkenler	Akciğer tutulumu olan grup (n=58)	Akciğer tutulumu olmayan grup (n=23)	p
Maternal yaş (y)(median,IQR)a	28.5 (5.7)	28 (7.5)	0.26
VKİ (kg/m2)a	29.9 (8.2)	28.6 (5.2)	0.40
Gravida (median, IQR)a	2 (2)	4 (3)	0.51
Parite (median, IQR)a	1 (2)	1 (3)	0.73
Enfeksiyonun saptandığı gestasyonel yaş (hafta) (median, IQR)a	36 (2)	35 (3)	0.75
Toraks BT (n,%)	30 (52%)	12 (52%)	
PA AC grafisi (n%)	28 (48%)	11 (48%)	
Respiratuar komorbiditeler (n)	Astım(2)	Astım (1) Bronşektazi(1)	
Aseptomatik (n,%)	5 (9%)	5 (22%)	
Satürasyon (median, IQR)a	97 (2)	97 (1.5)	0.10
Ateş (median, IQR)a	36.6 (0.4)	36.5 (0.6)	0.80
Öksürük (n, %)b	41 (71%)	5 (22%)	<0.01
Dispne (n, %)b	27 (47%)	5 (22%)	0.04
Boğaz ağrısı (n, %)b	8 (14%)	2 (23%)	0.71
Myalji (n, %)b	17 (29%)	5 (22%)	0.58
Baş ağrısı (n, %)b	5 (9%)	0 (0%)	0.31
Bulantı ve kusma (n, %)b	7 (12%)	1 (4%)	0.42
Burun akıntısı (n, %)b	4 (7%)	1 (4%)	0.56
Anosmi (n, %)b	7 (12%)	3 (13%)	0.58
Aguzi (n, %)b	3 (5%)	2 (9%)	0.61
Diare (n, %)b	2 (4%)	0 (0%)	0.51
Solunum desteği (n, %)b	17 (29%)	5 (22%)	0.42
Yoğun bakım ihtiyacı (n, %)b	3 (5%)	0 (0%)	0.55
Yatış süresi (median, IQR)a	6 (5.7)	4 (2.5)	0.01
Doğumda gestasyonel yaş (hafta) (median, IQR)a	38 (2.7)	38 (2)	0.57
Doğum ağırlığı (g) (median, IQR)a	3155 (880)	3100 (490)	0.61
Apgar 1.dakika (median, IQR)a	8 (1.7)	8 (1)	0.59
Apgar 5.dakika (median, IQR)a	9 (2)	9 (0)	0.88

VKİ: Vücut kitle indeksi, IQR: Inter quartile range BT: Bilgisayarlı Tomografi PA AC: Posteroanterior Akciğer
İstatistiksel analizde kullanılan Mann-Whitney U testi bİstatistiksel analizde kullanılan Khi-kare bağımsızlık testi

Tablo 2: COVID-19 enfeksiyonu tanılı, radyolojik görüntülemelerde akciğer tutulumu olan ve olmayan gebelere eşlik eden hastalıklar

Akciğer tutulumu olan gebelerde eşlik eden hastalıklar	(n=19)	Akciğer tutulumu olmayan gebelerde eşlik eden hastalıklar	(n=8)
Astım	2	Astım	1
Maternal kardiyak hastalık	1	Bronşektazi	1
Hipotiroidi	5	Hipotiroidi	1
Akut böbrek yetmezliği	1	Akut böbrek yetmezliği	1
Arnold-Chiari Tip 1	1	Romatizmal kapak hastalığı	1
Gestasyonel hipertansiyon	1	Gestasyonel hipertansiyon	1
Gestasyonel diyabet	2	Tip 1 diyabet+trombofili	1
Tip 1 diyabet	1	Çölyak	1
Ankilozan spondilit	1		
Behçet	1		
Varis	1		
Anemi	1		
Talasemi minor	1		

Tablo 3: COVID-19 enfeksiyonu tanılı gebelerde radyolojik görüntülemelerde akciğer tutulumu olan ve olmayan grupta gelişen maternal ve fetal komplikasyonlar

Değişkenler	Akciğer tutulumu olan grup (n=58)	Akciğer tutulumu olmayan grup (n=23)
Maternal komplikasyonlar		
Mortalite (n,%)	1 (1.7%)	0 (0%)
Mekanik ventilasyon (n,%)	1 (1.7%)	0 (0%)
Diyabetik ketoasidoz (n,%)	1 (1.7%)	0 (0%)
Akut böbrek yetmezliği (n,%)	1 (1.7%)	1 (4.3%)
Preeklampsi (n,%)	1 (1.7%)	1 (4.3%)
Dekolman (n,%)	1 (1.7%)	0 (0%)
Kolestaz (n,%)	1 (1.7%)	0 (0%)
Fetal komplikasyonlar		
Abortus (n,%)	3 (5%)	2 (9%)
Ölü doğum (n,%)	2 (3.4%)	0 (0%)
İntrauterin gelişme kısıtlılığı (n,%)	4 (7%)	1 (4.3%)
Preterm doğum (n, %)	6 (10%)	2 (9%)

Tablo 4: COVID-19 enfeksiyonu tanılı gebelerde radyolojik görüntülemelerde akciğer tutulumu olan ve olmayan grupta kullanılan medikal tedaviler

Medikal tedavi ajanları	Akciğer tutulumu olan grup (n=58)	Akciğer tutulumu olmayan grup (n=23)	p
İmmün plazma (n, %)*	6 (10%)	0 (0%)	0.17
Anakinra (n, %)*	3 (5%)	0 (0%)	0.55
Favipiravir (n, %) ^a	6 (10%)	4 (18%)	0.45
Lopinavir/Ritonavir (n, %)*	14 (24%)	3 (13%)	0.37
Klorokin (n, %)*	30 (52%)	9 (39%)	0.33
Azitromisin (n, %)*	10 (17%)	1 (4.3%)	0.16
Seftriakson (n, %)*	18 (31%)	5 (22%)	0.58
Düşük molekül ağırlıklı heparin (n, %)*	53 (91%)	15 (65%)	<0.01

** İstatistiksel analizde kullanılan Khi-kare bağımsızlık testi*

Semptomatik COVID-19 (Coronavirus Disease-19) Şüpheli Gebeler İle RT-PCR (Real Time Polymerase Chain Reaction) İle Kesin COVID-19 Tanılı semptomatik gebelerin Klinik ve Laboratuvar Özelliklerinin Karşılaştırılması

İsmail Alay¹, Şükrü Yıldız²

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç

COVID-19 tanısı RT-PCR testi ile kesinleşmiş semptomatik gebeler ile RT-PCR testi negatif olan şüpheli COVID-19 olan gebelerin klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

Yöntem

Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Mart 2020-Ağustos 2020 tarihleri arasında şüpheli veya kesin tanılı COVID-19 hastalığı nedeniyle yatarak tedavi alan 55 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar RT-PCR testine göre Pozitif ve Negatif olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. RT-PCR testi negatif olan hastalar, semptomlarına ve thorax bilgisayarlı tomografi (BT) sonucuna göre viral pnömoni ile uyumlu görünüm izlenmesi üzerine COVID-19 açısından şüpheli kabul edilerek tedaviye alınmıştır. İki grup sosyodemografik özellikleri, başvuru semptomları, klinik özellikleri, hemogram, koagülasyon ve akut faz reaktan parametreleri, takip süresince doğumu gerçekleştiren hastaların perinatal ve neonatal sonuçları açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular

Başvuru anında COVID-19 RT-PCR sonucu 25 (%45) hastada negatif iken 30 (%55) hastada pozitif idi. RT-PCR sonucu Pozitif ve Negatif olan gruplarda ortalama gebelik yaşı sırasıyla 27 hafta 2 gün ve 28 hafta 4 gün idi. Gruplar arasında sosyo-demografik özellikler açısından anlamlı fark yok idi (Tablo 1). Halsizlik semptomu PCR pozitif olan grupta anlamlı olarak fazla idi. Başvuru anındaki Fibrinojen ve D-Dimer düzeyi PCR negatif olan grupta anlamlı derecede yüksek saptandı (Tablo 2). Takip süresince 15 hasta doğum yapmıştır (11 Sezaryen, 4 vajinal doğum). PCR negatif olan grupta 6 hastada, pozitif olan grupta 3 hastada preterm doğum gerçekleşmiştir. Her iki grupta da iki hastanın doğum sonrası yoğun bakım ihtiyacı olmuştur. İki grup arasında sezaryen endikasyonları, doğum sayıları, preterm doğum oranları, neonatal sonuçları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 3).

Sonuç

Her ne kadar RT-PCR testi ile COVID-19 tanısında altın standart test olsa da semptom ve BT bulgularına göre şüpheli olan PCR negatif şüpheli gebe hastalar da benzer klinik laboratuvar ve neonatal sonuçlara sahiptir. RT-PCR testi negatif olan ve pnömoni bulguları olan gebelere de COVID-19 şüphesiyle yaklaşıp tedavi planlamak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilgisayarlı Tomografi, COVID-19, Doğum, Gebelik, Neonatal sonuçlar, RT-PCR

Tablo1. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	RT-PCR Negatif n= 25	RT-PCR Pozitif n=30	p değeri
Yaş (yıl)	30.4±5.3	30.3±6.0	0.983
Gravida (median)	3	2.5	0.696
Parite (median)	1	1	0.805
VKi(kg/m2)	28.7±5.0	27.9±4.5	0.551
Kronik hastalık (n, (%)) • Diabetes mellitus • Hipotroidi • Ankilozan spondilit • Astım • Aort anevrizması	1 (%4) 2 (%8) 1 (%4) - 1 (%4)	- 1 (%3) - 2 (%6) -	0.348
Gebelik yaşı (n, (%)) • 1. Trimester • 2. Trimester • 3. Trimester	1 (%4) 11 (%44) 13 (%52)	4 (%14) 13 (%43) 13 (%43)	0.467
Başvuru semptomları (n, (%)) • Ateş	5 (%20)	4 (%13)	0.716
• Öksürük	20 (%80)	20 (%66)	0.269
• Diare	3 (%12)	2 (%6)	0.650
• Koku tat alamama	2 (%8)	2 (%6)	1.000
• Boğaz ağrısı	2 (%8)	5 (%16)	0.436
• Solunum güçlüğü	11 (%44)	10 (%33)	0.418
• Baş ağrısı	3 (%12)	4 (%12)	0.883
• Halsizlik	6 (%24)	16 (%53)	0.027
Yatış süresi (gün) (mean±SD)	6.0±2.2	6.7±4.0	0.889
Maternal yoğun bakım ihtiyacı (n, (%))	2 (%8)	2 (%8)	1.000

VKi: Vücut Kitle İndeksi, SD: Standart deviasyon

Tablo 2. Grupların başvuru anındaki laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

	RT-PCR Negatif n= 25 Mean±SD	RT-PCR Pozitif n=30 Mean±SD	p değeri
RBC (x106/mm3)	3.8±0.4	4.0±0.5	0.168
WBC (cells/mm3)	9350±5300	8506±2605	0.886
Lenfosit (cells/mm3)	1502±717	1399±511	0.540
Nötrofil (cells/mm3)	6888±4815	6228±2501	0.516
Hemoglobin (gr/dL)	11.2±1.6	10.8±1.3	0.409
Platelet (cells/mm3)	204120±61888	230066±66076	0.142
Fibrinogen (mg/dL)	538.0±91.8	459.2±94.6	0.033
aPTT (sn)	37.0±4.1	34.6±4.3	0.050
PTZ (sn)	13.1±1.2	13.2±1.3	0.952
INR	0.9±0.1	0.9±0.1	0.707
D-Dimer (µg FEU/mL)	1.16±0.92	0.71±0.55	0.026
CRP (mg/L)	51.3±54.7	36.2±41.4	0.215
Prokalsitonin (ng/mL)	0.10±0.12	0.09±0.13	0.364
Ferritin (µg/L)	61.2±85.2	37.7±35.1	0.441

RBC: Red Blood Cell, WBC: White Blood Cell, aPTT: Activated Partial Thromboplastin Time, PT: Prothrombin Time, INR: International Normalized Ratio, SD: Standart deviasyon, CRP: C-Reactive Protein, SD: Standart deviasyon, RT-PCR: Real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction

Tablo 3. Doğum yapan hastaların maternal ve neonatal verilerinin iki grup arasında karşılaştırılması

	RT-PCR Negatif n=8	RT-PCR Pozitif n=7	p değeri
Doğum ağırlığı (gr)	2210±1074	2675±899	0.384
1. dk APGAR (median)	7.5	7.0	0.857
5. dk APGAR (median)	8.5	9.0	0.665
Neonatal yoğun bakım ihtiyacı (n)	3	2	0.714
Kordon kanı pH (mean±SD)	7.27±0.09	7.28±0.09	0.827
Doğum Haftası (n, (%)) • Miad • Geç preterm • Erken preterm	2 3 3	4 2 1	0.405
Doğum şekli (n) • Vaginal doğum • Sezaryen doğum	1 7	3 4	0.282
Sezaryen endikasyonları • Fetal distres • Önceki sezaryen doğum • Malprezentasyon • Preeklampsi	2 1 2 2	3 1 - -	0.301

RT-PCR: Real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction, SD: Standart Deviasyon

COVID-19 Pandemi Döneminde Komplike Olmayan Hamile Kadınların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Barış Cıplak¹, Yavuz Şimşek², Mustafa Kara¹, Selda Songur Dağlı¹, Yahya Şahin³, Sercan Eroğlu³

¹Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Kırşehir

²Özel Yavuz Şimşek Kliniği, Kırıkkale

³Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Kırşehir

Amaç

Hamilelik döneminde daha fazla anksiyete veya stres yaşayan kadınların daha yüksek spontan abortus oranlarına sahip oldukları ve prematüre bebek doğurma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. 2019 yılının sonlarında, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-COV-2) neden olduğu yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) adlı salgın Çin'in Wuhan kentinden ortaya çıktı. Tüm dünyaya yayılarak küresel bir pandemi haline geldi. Bu salgının ölüm oranı %2,3 olarak bildirilmiştir. Bu çalışma, COVID-19 pandemi döneminde komplike olmayan hamile kadınların psikolojik durumunu belirlemek, COVID-19 ile bu kadınlarda artan depresyon ve anksiyete düzeyi arasındaki olası bir ilişkiyi bulmak amaçlamıştır.

Yöntem

01 Nisan 2020-01 Ağustos 2020 tarihleri arasında komplikasyonsuz gebeliği olan toplam 98 gebe kadın üzerinde kesitsel bir klinik çalışma gerçekleştirildi. Hastalar gebelik dönemine göre üç gruba ayrıldı; Grup 1; ilk trimester (0-12 hafta): 30 gebe, Grup 2; ikinci trimester (13-24 hafta): 30 gebe, Grup 3; üçüncü trimester (25-42 hafta): 38 gebe şeklinde düzenlendi. Depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için Beck Depresyon Envanteri (BDI) ve Beck Anksiyete Envanteri'nin (BAI) Türkçe versiyonları kullanıldı.

Sonuç

Üçüncü trimesterdeki gebelerin, gebeliklerinin birinci ve ikinci trimesterindeki kadınlara göre anksiyete ve depresyon skorlarının önemli ölçüde artmış oldukları bulundu ($P < 0.05$). **Eğitim düzeyi arttıkça hastalardaki Anksiyete anlamlı olarak yükseliyordu. Eğitim düzeyi ve anksiyete anlamlı olarak korele bulundu ($P < 0.0001$).** Ek olarak, hamileliğin üçüncü trimesterindeki kadınların ortalama BDI skorları Türk popülasyonunda depresyonun eşik değeri olarak kabul edilen 17'den daha yüksekti (Hisli ve ark.). Diğer grupların ortalama BDI puanları, eşik değerinden daha düşüktü.

Tartışma

Covid-19 döneminde, doğuma yakın dönemdeki kadınlar önemli ölçüde yüksek anksiyeteye sahiptiler. Prenatal stresin anne ve bebek üzerindeki olumsuz sonuçlar doğurabildiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olup özellikle üçüncü trimesterdeki hamile kadınlara psikolojik destek düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Covid-19, Depresyon, Hamile Kadınlar, Beck Envanterini

EĞİTİM DÜZEYLERİ ANKSİYETE VE DEPRESYON SKORLARI

Eğitim Düzeyi	Test	P	Test	P
	Beck Anksiyete	P	Beck Depresyon	p
İlköğretim	15,4±4,6 ¥	<0.001	16,4±7,7	0,905
Lise	20,6±6,0 ¥	<0.001	17,0±7,9	0,905
Üniversite	27,3±8,7 ¥	<0.001	17,2±5,5	0,905

¥Diğerlerinden anlamlı olarak farklı (One Way Anova kullanıldı)

Preeklampitik Gebelerde Dislipideminin Değerlendirilmesi ve Hemato-Lipid Profilin Prediktif Değerinin Saptanması: Prospektif Kesitsel Olgu Kontrol Çalışması

Rauf Melekoğlu¹, Şeyma Yaşar², Nesibe Zeyveli Çelik¹, Halis Özdemir³, Ercan Yılmaz¹

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Malatya

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Ana Bilim Dalı, Malatya

³Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Kliniği, Malatya

Amaç

Bu çalışmada preeklampitik gebeler ile preeklampsi ile komplike olmayan gebelerin serumlarında hematolojik ve lipid parametrelerini değerlendirmeyi, sistemik enflamatuvar marker olarak tanımlanan bu parametrelerin oranlarını karşılaştırmayı ve bu oranların preeklampsideki prediktif değerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem

Çalışmamıza İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 01.03.2019-01.10.2020 tarihleri arasında gebeliğin 34-40. haftasında preeklampsi ve şiddetli preeklampsi tanısı alan ve çalışma kriterlerine uygun tüm hastaların serum örneklerinde rutin laboratuvar testlerinin yanında lipid profili analizi yapıp, katılımcıların doğum ve neonatal sonuçları kaydedildi. Çalışmanın kontrol grubu aynı dönemde kliniğimize başvuran preeklampsi ile komplike olmayan yaş ve gebelik haftası açısından eşleştirilmiş gebelerden oluşturuldu.

Bulgular

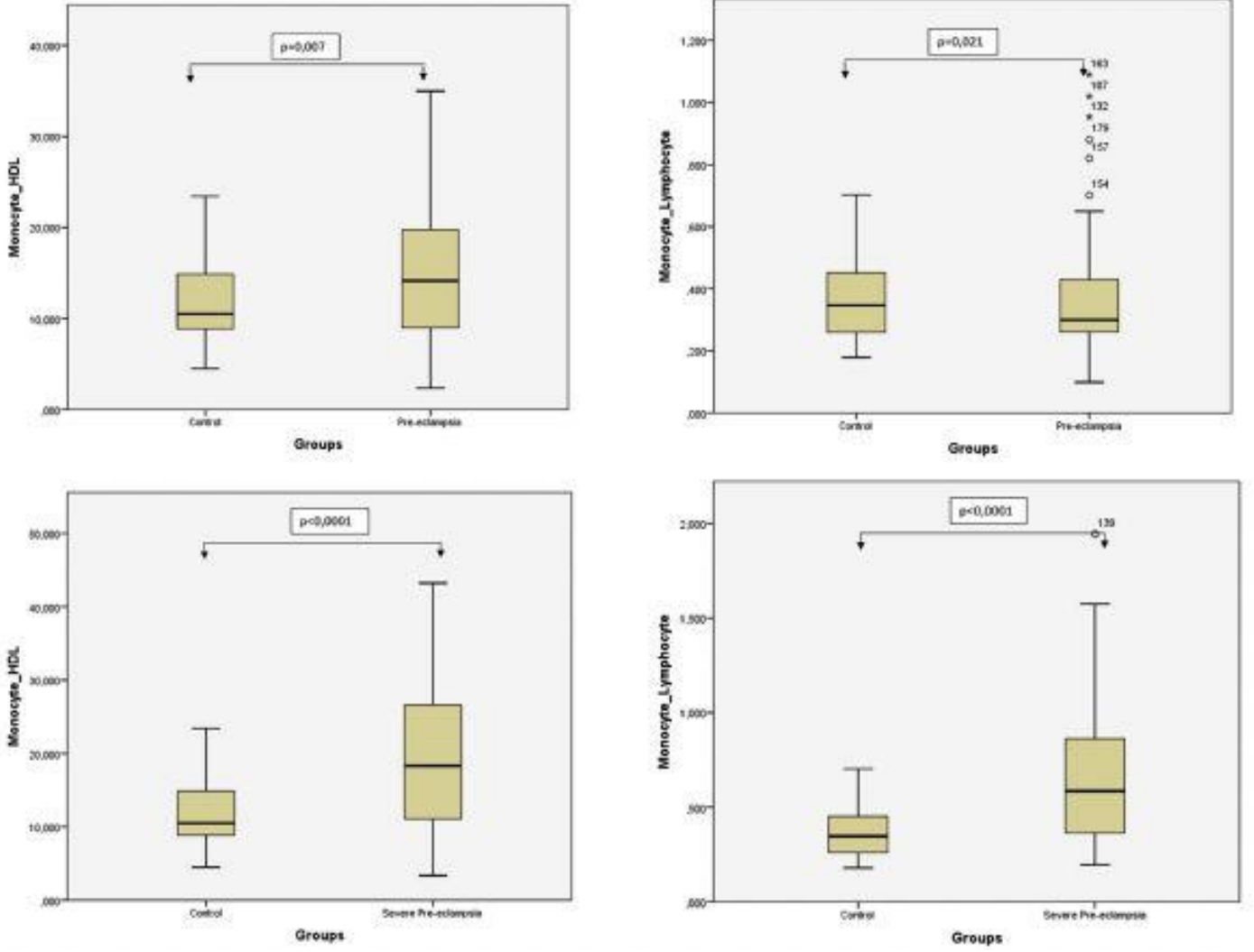
Çalışma periyodu içinde toplam 253 gebe çalışmaya dahil edildi. Çalışma grupları hematolojik ve kan lipid profili açısından karşılaştırıldığında; preeklampsi grubunda kontrol grubuna göre serum lenfosit, trigliserid ve total kolesterol seviyeleri anlamlı olarak yüksek iken (sırasıyla $p<0.0001$, $p<0.001$, $p=0.013$); HDL-kolesterol düzeyleri anlamlı olarak düşük saptandı ($p=0.017$). (Tablo 1) Hematolojik ve lipid parametrelerinin oranları değerlendirildiğinde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında monosit/HDL oranı ve monosit/lenfosit oranlarının hem preklampsi hem de şiddetli preeklampsi grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. (sırasıyla $p=0.007$, $p<0.0001$ ve $p=0.021$, $p<0.0001$). (Şekil 1) Şiddetli preeklampsi prediksyonunda Monosit/HDL oranı için cut-off değeri %59.0 sensitivite, %85.4 spesifite ile 16.65 (AUROC 0.756, 95%CI 0.681-0.821, $p<0.0001$) saptandı. (Şekil 2) Multivariate analiz monosit/HDL oranının bağımsız olarak hem preeklampsi hem de şiddetli preeklampsi ilişkili olduğunu gösterdi (sırasıyla OR:1.094;%95CI,1.009-1.185 ve OR:1.731;%95CI,1.218-2.459). (Tablo 2)

Sonuç

Bu çalışma preeklampsi saptanan gebelerde normotansif gebelere göre serum trigliserid ve total kolesterol düzeylerinin anlamlı oranda yüksek, serum HDL-kolesterol düzeylerinin ise anlamlı oranda düşük olduğunu göstermiştir. Hematolojik ve lipid parametrelerinin oranları değerlendirildiğinde ise monosit/HDL ve monosit/lenfosit oranlarının preeklampitik ve şiddetli preeklampitik gebelerde anlamlı oranda yüksek olduğunu, monosit/HDL oranının ise preeklampsi ve şiddetli preeklampsi ile bağımsız olarak ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmanın sonuçları gebe popülasyonunda monosit/HDL oranı ölçümünün preeklampsi gelişiminin prediksyonu açısından yararlı olabileceğini ortaya koymuştur.

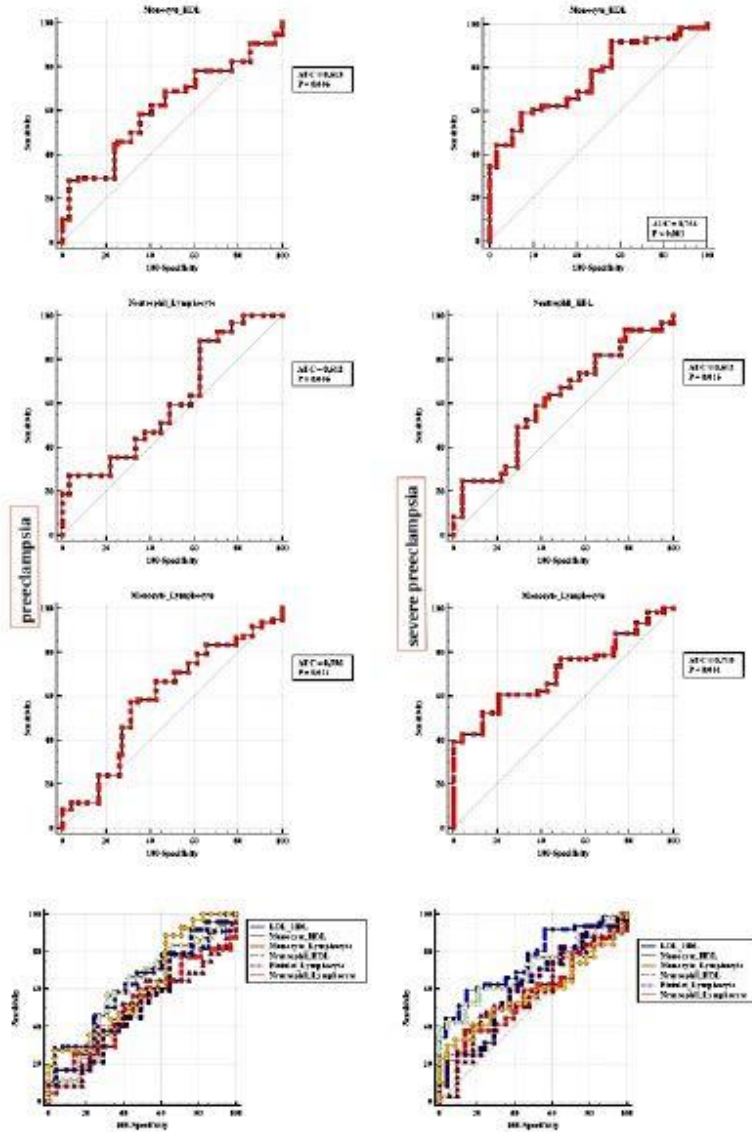
Anahtar Kelimeler: dislipidemi, gebelik, HDL kolesterol, monosit, pre-eklampsi

Şekil 1



Çalışma gruplarının (preeklamps ve şiddetli preeklamps) kontrol grubuna göre monosit/HDL kolesterol ve monosit/lenfosit oranlarının karşılaştırılması

Şekil 2



Hematolojik ve lipid parametrelerinin oranlarının preeklampsia ve şiddetli preeklampsia prediksyonunu gösteren ROC (receiver operating characteristics) analizi

Tablo 2

Değişkenler	Odds Oranı	%95 CI alt sınır	%95 CI üst sınır	p
Yaş	0.916	0.861	0.975	0.006
Monosit/HDL oranı	1.094	1.009	1.185	0.029
Trigliserid	1.008	1.000	1.016	0.061
Total kolesterol	1.040	1.015	1.065	0.001
LDL kolesterol	0.953	0.919	0.989	0.011
LDL/HDL	1.564	0.507	4.823	0.437

Multivariate regresyon analizi ile hesaplanan preeklampsia riski için Odds oranları

Tablo 1

Özellikler	Kontrol (n=96) Median (Min-Maks)	Preeklampsi (n=96) Median (Min- Maks)	Şiddetli preeklampsi (n=61) Median (Min- Maks)	p (kontrol vs. pe)	p (kontrol vs. şiddetli pe)	p (pe vs. şiddetli pe)
Yaş (yıl)	31 (20-42)	32 (18-44)	32 (20-44)	0.179	0.342	0.687
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	30.6 (19.3- 37.1)	31.8 (20.9- 38.2)	30.1 (20.2- 38.7)	0.124	0.145	0.263
Parite	1.0 (0.0-5.0)	1.0 (0.0-5.0)	0.0 (0.0-5.0)	0.388	0.084	0.292
Sistolik Kan Basıncı	110 (94- 130)	140 (130-155)	170 (150-240)	<0.0001	<0.0001	<0.0001
Diastolik Kan Basıncı	70 (60-93)	90 (80-102)	110 (90-133)	<0.0001	<0.0001	<0.0001
Lökosit	10.38 (5.60- 14.09)	10.18 (6.14- 18.90)	12.40 (6.72- 23.70)	0.589	<0.0001	<0.0001
Nötrofil	7.53 (3.73- 11.87)	7.29 (4.02- 14.53)	8.75 (4.52- 22.16)	0.074	0.001	<0.0001
Lenfosit	1.87 (1.21- 2.85)	2.18 (1.11- 4.62)	1.88 (0.71- 4.56)	<0.0001	0.860	0.022
Monosit	0.67 (0.36- 1.19)	0.66 (0.15- 1.53)	1.16 (0.24- 1.98)	0.222	<0.0001	<0.0001
Trigliserid	208 (101- 295)	242 (109-495)	255 (104-499)	<0,0001	<0,0001	0.419
Total kolesterol	186 (132- 279)	194 (128-378)	245 (115-427)	0.013	<0.0001	0.005
LDL kolesterol	114.3 (61.3- 163.4)	98.6 (21.5-210)	128.7 (42.5- 272.7)	0.171	0.022	0.005
HDL kolesterol	57.5 (34.4- 107)	53.6 (31.8- 79.5)	57.6 (36.5- 126.3)	0.017	0.564	0.008
Nötrofil/lenfosit	3.74 (2.06- 8.72)	3,40 (1,10- 5,90)	4,28 (1,89- 20,14)	0.007	0.107	<0.0001
Monosit/lenfosit	0.34 (0.17- 0.70)	0,30 (0,09- 1,09)	0,58 (0,19- 1,94)	0.021	<0.0001	<0.0001
Trombosit/lenfosit	120.53 (41.28-200)	127.01 (29.06- 208.48)	106.35 (38.99- 388.70)	0.940	0.122	0.381
Monosit/HDL	10.51 (4.49- 23.43)	14.15 (2.34- 34.98)	18.30 (3.36- 43.22)	0.007	<0.0001	0.003
Nötrofil/HDL	120.82 (47.04- 256.37)	122.57 (58.24- 303.98)	140.61 (44.42- 449.08)	0.371	0.018	0.098
LDL/HDL	1.82 (0.61- 3.21)	1.98 (0.46- 3.29)	2,04 (0,89- 4,49)	0.846	0.149	0.275

Kontrol ve çalışma gruplarının klinik özellikleri ve laboratuvar verileri

Geç Başlangıçlı Preeklampsinin Teşhisinde ve/veya Şiddetinin Belirlenmesinde Maternal Serum Tiyol/Disülfid Seviyeleri

Ali Ovayolu

Cengiz Gökçek Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Gaziantep

Amaç

Preeklampsia hamileliğe özgü bir hastalıktır. Preeklampsia, kısa ve/veya uzun süreli etkileri ile annenin ve/veya fetüsün sağlığını etkiler. Preeklampside oksidan/antioksidan moleküllerin ve anormal maternal inflamasyonun rolü gösterilmiştir. Tiyol-disülfid çifti, oksidatif stress için bir kılavuzdur. Oksidan moleküllerin etkisiyle tiyol grupları disülfid yapılarına dönüşebilir. Daha sonra disülfid yapıları tekrar tiyol gruplarına indirgenebilir. Tiyol-disülfid çifti, serbest radikal hasarının etkilerini önlemek için bir oksidan/antioksidan sistemdir. Bununla birlikte, preeklampside tiyoller gibi antioksidan moleküllerin önemi, şu ana kadar yeterince ortaya konmamıştır. Bu araştırmada, maternal serum tiyol seviyeleri ile geç başlangıçlı preeklampsinin (L-PrE) tanısı ve şiddeti arasındaki ilişki değerlendirildi.

Yöntem

L-PrE (gestasyonel yaşı $\geq$ 34 hafta) vakalarında ve kontrol grubu sağlıklı gebelerde maternal serum doğal tiyol, disülfid, toplam tiyol seviyelerini ölçtük ve bunların oranlarını inceledik. Spektrofotometrik ölçüm yöntemi kullanılarak yapılan değerlendirme ile bu üç belirtecin seviyesi iki grupta karşılaştırıldı.

Bulgular

L-PrE hastaları ile sağlıklı gebeler arasında serum doğal ve toplam tiyol düzeyleri açısından anlamlı farklılıklar vardı (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,008$). Disülfid düzeyleri her iki grupta da farklı değildi ($p = 0,729$). Hafif (23 hasta) ve şiddetli (27 hasta) L-PrE hastalarında total tiyol, doğal tiyol, disülfid konsantrasyonları ve oranları arasında fark yoktu ($p \geq 0,05$). Gebelik yaşına göre küçük bebeği (SGA) olan ve olmayan hastalar (sırasıyla 8 hasta ve 93 hasta) karşılaştırıldığında disülfid konsantrasyonları ve oranlar arasında farklılık olmadığı belirlendi ($p \geq 0,05$). Ancak toplam tiyol konsantrasyonları arasında anlamlı bir fark vardı (sırasıyla 273.44 ± 85.46 , 331.13 ± 66.49 , $p=0.023$). Doğal tiyol konsantrasyonları arasında da anlamlı bir fark vardı (sırasıyla 154.75 ± 54.92 , 203.74 ± 50.43 , $p=0.010$). ROC eğrisi analizlerinde, L-PrE varlığı için doğal ve toplam tiyollerin sırasıyla $175,86 \mu\text{mol/L}$ ve $296,73 \mu\text{mol/L}$ cut-off değerleri ile önemli bir ayırt edici rolünü tespit ettik.

Sonuç

Daha düşük seviyedeki doğal/toplam tiyol konsantrasyonları, L-PrE gelişimi ile bağlantılıydı. Bununla birlikte, PrE / L-PrE'deki tiyol gruplarından klinik olarak daha yararlı biyobelirteçlere/moleküllere ihtiyaç vardır.

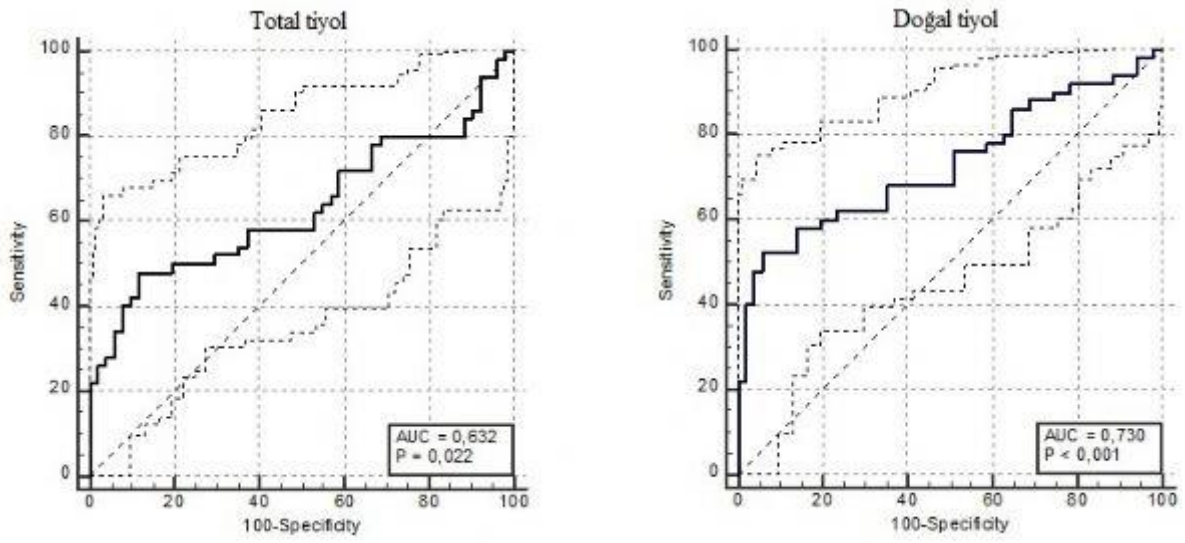
Anahtar Kelimeler: entegre stres tepkisi, oksidatif stres, plasental perfüzyon, preeklampsia biyobelirteçleri, sinsitiotrofoblast stres yanıtı

Tablo 1. Çalışma ve kontrol grubunun demografik verileri ve laboratuvar parametreleri

Değişkenler	Kontrol grubu (n=51)	Preeklamps grubu (n=50)	p
Maternal yaş (yıl)	24 [18]	28 [13]	0.015*‡
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	28.7 [4.6]	32.0 [8.8]	0.001*‡
Gestasyonal yaş (hafta)	38 [3]	38 [1]	0.569‡
Gebelik sayısı	2 [3]	4 [4]	0.176‡
Sistolik kan basıncı (mm Hg)	100 [10]	158 [20]	0.001*‡
Diastolik kan basıncı (mm Hg)	60 [10]	100 [10]	0.001*‡
Beyaz küre (x10 ³ /µL)	10.51±2.34	10.65±3.14	0.789§
Hemoglobin (g/dL)	11 [2]	12 [2]	0.058‡
Hematokrit (%)	34 [6]	36 [5]	0.035*‡
Trombosit (x10 ³ /µL)	217 [120]	211 [107]	0.836‡
Kan üre nitrojen (BUN) (mg/dL)	7.0 [3.3]	8.5 [4.0]	0.001*‡
Üre (mg/dL)	15 [6]	17 [8]	0.001*‡
Ürik asit (mg/dL)	3.8 [0.6]	5.1 [1.5]	0.001*‡
Albümin (g/dL)	3.7 [0.4]	3.1 [0.7]	0.001*‡
Alanin aminotransferaz (IU/L)	10 [5]	13 [13]	0.040*‡
Aspartat aminotransferaz (U/L)	16 [7]	18 [14]	0.187‡
Laktik asit dehidrogenaz (ünite/L)	225 [111]	234 [123]	0.140*‡
Kreatinin (mg/dL)	0.48 [0.10]	0.54 [0.17]	0.001*‡
Dipstick test ile spot idrarda proteinüri	0 [0]	2 [3]	0.001*‡
Total tiyol (µmol/L)	344.61±50.82	308.16±80.77	0.008*§
Doğal tiyol (µmol/L)	215.48 [41.96]	174.30 [76.64]	0.001*‡
Disülfid (µmol/L)	63.04 [27.84]	62.72 [20.49]	0.729‡
İndirgenmiş tiyol oranı (%) (doğal tiyol/total tiyol)	63.74 [8.82]	59.86 [10.16]	0.002*‡
Okside tiyol oranı (%) (disülfid/total tiyol)	18.13 [4.41]	20.07 [5.07]	0.002*‡
Tiyol oksidasyon indirgenme oranı (%) (doğal/disülfid tiyol)	351.62 [142.64]	298.32 [123.13]	0.002*‡

‡Mann-Whitney U test, §Student t-testi, * p<=0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Şekil 1. Geç başlangıçlı preeklampsiyi gösteren maternal serum total tiyol ve doğal tiyol seviyelerinin ROC eğrisi analizleri



Gebelikte İdiyopatik Trombositopenik Purpuranın Maternal ve Neonatal Sonuçları

Feyza Bayram

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

Amaç

Membran yüzeyindeki glikoprotein kompleksine karşı oluşan IgG tipi otoantikörler sonucu trombositlerin yıkımına yol açması ile karakterize olan idiyopatik trombositopenik purpura (ITP), gebelikte en sık görülen otoimmün hemolitik hastalıktır. ITP'da otoantikör oluşum mekanizması kesin olarak bilinmemekle beraber, antikör ile kaplı trombositler yaşam sürelerini doldurmadan retiküloendotelial sistem'de yıkılırlar. Megakaryositler tarafından üretilen trombositlerin üretim hızı ile yıkım hızı arasındaki denge trombositopeninin derecesini belirlemektedir. ITP, Yaklaşık 1000 gebelikte 2 sıklıkla görülmekle birlikte, gebelikte izlenen tüm trombositopenilerin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. Özellikle üreme çağındaki genç kadınlarda görülme eğilimindedir. Bu çalışmada; kliniğimizde gebelik takibi ve doğumu gerçekleştirilen ITP'lı gebelerin maternal ve neonatal sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem

Hastanemizde 01.01.2015 – 30.09.2020 tarihleri arasında gebelik takibi ve doğumu gerçekleştirilen ITP'lı gebelerin ve yenidoğanların dosyaları retrospektif olarak taranarak, çalışma kriterlerine uygun hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular

ITP tanısı ile izlenen 46 hastadan 12'sinin (%26.1) gebelik sırasında, 34'ünün (%73,9) ise gebelik öncesi ITP tanısı aldığı saptandı. Doğum sırasında trombosit sayısı $50 \times 10^9/l$ 'nin altında olan hastalarda steroid kullanımı, trombosit sayısı $50 \times 10^9/l$ 'nin üstünde olan hastalara göre istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p=0.008$). Doğum şekli sezaryen olan hasta grubu ile vajinal doğum olan hasta grubu arasında yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı ve yenidoğan tedavi gereksinimi açısından anlamlı fark izlenmedi. (sırasıyla $p=0.823$, $p=0.585$). Doğum sırasında 3 (%6.5) hastada postpartum kanama gözlenirken, 10 (%21,7) hastada trombosit aferez, 3(%8.6) hastada intravenöz immunglobulin (IVIG), 5(%17.3) hastada ise trombosit aferez ile birlikte IVIG tedavisi kullanıldı. Doğumda maternal trombosit sayısı ile doğumda yenidoğan trombosit sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0.618$)

Sonuç

Gebeliğin, ITP'nin seyrine etkisi olmadığı ve ağır trombositopeni ($<50 \times 10^9/L$) olmadıkça tedaviye gerek olmadığı görülmektedir. Ayrıca doğum şeklinin perinatal sonuçlar üzerine etkisi saptanmamıştır. Bu nedenle doğum şekli obstetrik endikasyonlara göre seçilmelidir. Bu gebeler, yüksek riskli gebelik grubunda kabul edilip, dikkatli takibi gerekmektedir. Uygun maternal ITP tedavisi, uygun doğum şekli ve dikkatli yeni doğan bakımı ile optimal sonuçlar alınabilir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, hipersplenizm, idiyopatik trombositik purpura, maternal trombositopeni, neonatal trombositopeni

Ciddi Makrozomi! 4500 Gr ve Üzeri Doğan Bebeklerin Maternal Ve Neonatal Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Deniz Şimşek

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç

Fetal makrozomi günlük obstetrik pratiğinde sık rastlanılan durumlardandır. Makrozomi gebelik haftasından bağımsız olarak 4000gr üstü bebekleri, ciddi makrozomi ile 4500gr üstü doğan bebekleri tanımlamak için kullanılmaktadır. ACOG diabeti olan gebelerde 4500gr, diabeti olmayan hastalarda 5000gr üstü bebeklerin elektif sezaryen ile doğurtulmasını önermekle beraber, tahmini fetal ağırlığın saptanmasını sağlayan yöntemlerin, özellikle makrozomi tayininde yüksek yalancı pozitiflik oranları ve makrozomiye bağlı olası komplikasyonların ciddi mediko-legal sonuçları nedeniyle doğumhane pratiğinde bu önerilere uymak çok mümkün olmamaktadır. Kliniğimizde doğumu gerçekleştirilen ciddi makrozomili(>4500gr) bebeklerin maternal ve neonatal sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2016- Eylül 2020 tarihleri arasında doğum yapan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. 4500 gr üstü doğum yapan hastalar ile 2500-4000gr arasında doğum yapan multipar hastalar ve ilk sezaryeni gerçekleştirilen hastalar randomize bir şekilde belirlenerek kontrol grubu olarak belirlenerek istatistiki olarak karşılaştırıldı.

Bulgular

Yaklaşık 4,5 yıllık süreçte kliniğimizde gerçekleşen doğum sayısı; 51.001. Bunlardan 2596(%5) tanesi 4000gr üstü ve 307(80 vajinal doğum, 227 sezaryen ile doğum) tanesi 4500gr üstü olarak saptandı. Doğum ağırlığı 2500-4000 gr arasındaki 2400 multipar hasta ile 1000 adet ilk sezaryenini olan hastalar kontrol grubu olarak değerlendirildi. Vajinal doğum yapan 80 hastadan 10'unda GDM saptandı; 2 hastada omuz distosisi, 10 hastada klavikula kırığı, 1 hastada postpartum hemoraji saptandı. Ölü doğum veya yenidoğan ölümü izlenmedi. Hiçbir hastada brakial pleksusu hasarı ve ciddi perineal travma (3.-4. Derece perineal yırtık) saptanmadı.

Sezaryen ile doğum yapan hastaların 14'ünde GDM saptandı; postpartum kanama, postoperatif komplikasyon, APGAR1. Ve 5. Dakika skorları ve sezaryeni komplike hale getiren durumlar açısından karşılaştırıldığında istatistiki fark saptanmadı.

Sonuç

Klavikula kırığı ciddi makrozomik bebeklerde daha sık karşılaşılsa da kalıcı bir hasara sebep olmamaktadır. Özellikle multipar hastalarda makrozomi saptanması halinde yakın travay takibi ve hastanın ayrıntılı bilgilendirilmesi ile normal doğum takibi uygun olarak gözükse de mediko-legal sorumluluklar asla göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Ciddi makrozomi, Klavikula fraktürü, Makrozomi, Neonatal Morbidite, Omuz distosisi

Vajinal doğum yapan hastaların karşılaştırılması. Makrozomi gurubunda 10 hastada GDM saptanmıştır.

	Makrozomi N: 80	Normal N: 2400	P değeri
Yaş	29,4 ± 5,9	23,3 ± 5,2	<0,001
Doğum ağırlığı (gram)	4670 ± 208	3256 ± 341	<0,001
PPH (n)	1	1	0,063
Perineal Travma (n)	0	2	
Omuz Distosi (n)	2	3	0,10
Brakial Pleksus Hasarı (n)	0	0	
Klavikula Fraktörü (n)	10	4	<0,001
YYBÜ yatış	4	63	0,168
APGAR 1. Dk	Mean: 8,75 Median:9 Range 3-9	Mean: 8,93 Median: 9 Range:2-9	<0,001
APGAR 5. Dk	Mean: 9,81 Median: 10 Range:8-10	Mean: 9,85 Median: 10 Range: 5-10	0,074

PPH: Postpartum hemoraji. YYBÜ: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi

Vajinal doğum yapan hastaların parametreler arasındaki korelasyon analizi

	Yaş	PPH	Perineal Travma	Omuz Distosisi	Klavikula Fraktörü	YYBÜ yatış
Doğum Ağırlığı	0,24	Korelasyon yok	Korelasyon yok	0,056	0,086	-0,052

Doğum ağırlığı ile ilgili parametlerin korelasyon katsayısı 'r değeri' verilmiştir. PPH: Postpartum hemoraji. YYBÜ: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi

Sezaryen ile doğum yapan hastaların karşılaştırılması

	Makrozomi N:227	Normal Ağırlık N:1000	P değeri
Yaş	30,34 ± 6	26 ± 5,8	<0,001
Doğum Ağırlığı	4692 ± 193	3110 ± 355	<0,001
PPH (n)	2	19	0,869
YYBÜ yatış (n)	31	86	0,025
Komplike sezaryen	2	2	0,160
Post-op komplikasyon	12	62	0.647
APGAR 1. dk	Mean: 8,92 Median:9 Range 7-9	Mean: 8,89 Median:9 Range 2-9	0,555
APGAR 5. dk	Mean: 9,89 Median:10 Range 7-10	Mean: 9,85 Median:10 Range 4-10	0,412

Makrozomi grubunda 14 hastada GDM mevcuttur. YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Skar Gebelik Tedavisinde Dilatasyon ve Küretaj Yöntemi - Tek Merkez Deneyimi

Cem Yener, Cenk Sayın, Cihan İnan, Esra Altan, Sinan Ateş, Füsün Varol

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne, TÜRKİYE

Amaç

Sezaryen skar gebeliğinde tedavi yöntemi olarak kullanılan dilatasyon ve küretaj işleminin başarısını araştırmak.

Gereç-Yöntem

Aralık 2017-Ağustos 2020 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde sezaryen skar gebelik (endojenik-Tip 1) tanısı konulan (Resim 1) ve ameliyathane koşullarında abdominal ultrason eşliğinde dilatasyon ve küretaj uygulanan 13 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, obstetrik öyküsü, gebelik özellikleri, işlem öncesi ve işlem sonrası hemoglobin ve B-Hcg değerleri, tedavi başarısı ve komplikasyonları incelendi.

Bulgular

Hastaların ortalama yaşı 31.4 ± 3.6 idi. Ortalama gravida 2.7 ± 0.4 , ortalama gestasyonel hafta 6.6 ± 0.8 , işlem öncesi ve 24 saat sonraki Hb ve B-Hcg değerleri sırasıyla $[(12.2 \pm 1.1), (19.445 \pm 10.529)]$ ve $[(11.3 \pm 0.9), (12.024 \pm 10.045)]$ bulundu (Tablo 1 ve 2). İşlem sırasında vaginal kanaması fazla (>100 ml) olan 2 (15%) hastanın uterus kavitesi alt segmentine ultrason kılavuzluğu altında 25 ml steril saline ile şişirilen foley kateter yerleştirildi ve on iki saat sonra alındı. 13 hastanın tümünde de komplikasyon (uterin rüptür, kanama, laparotomi gerekliliği) gelişmedi. Tüm hastalarda ek bir tedavi (metotreksat) gerekmeden başarı ile tedavi sağlandı.

Sonuç

Günümüzde artan sezaryen doğum ile beraber daha sık gözlenen sezaryen skar gebeliği, literatürde daha çok olgu sunumları şeklinde sunulduğu için ilk seçilecek tedavi konusunda tam bir görüş birliği yoktur. Kliniğimizde endojenik-Tip 1 skar gebeliklerde ilk tedavi tercihi olarak uygulanan dilatasyon ve küretaj işlemi başarılı ve uygulanabilir olarak bulunsa da; seçilecek tedavi yöntemi gebeliğin büyüklüğüne, hastanın semptomlarının şiddetine ve hastanın tedavisini üstlenen hekimin tecrübesine bağlıdır. Eğer dilatasyon ve küretaj yöntemi düşünülüyorsa kanamaya bağlı oluşacak her türlü önlem ve tedbir alınmalıdır. Kanama durumunda foley kateter kullanılması faydalı olabilir. Her klinik kendi tedavi algoritmasını oluşturmalıdır. İkincil merkezlerde skar gebelik şüphesi olan hastaların tersiyer merkezlere yönlendirilmesi maternal morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır. Erken tanı ve tedavi ciddi komplikasyonları önlemek açısından çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Dilatasyon ve küretaj, ektopik gebelik, hemoraji, sezaryen skar gebelik, ultrason

Resim 1. 6 hafta ile uyumlu skar gebelik.



Tablo 1. Demografik ve klinik özellikler.

	Çalışma grubu (sayı=13)
Gravida, ortalama $\pm$ SD	2.7 ± 0.4
Yaş, ortalama $\pm$ SD	31.4 ± 3.6
Gestasyonel hafta, ortalama $\pm$ SD	6.6 ± 0.8
Fetal kalp atımının olması, sayı (%)	3 (23%)
Vajinal kanama, sayı (%)	2 (15%)
Karın ağrısı, sayı (%)	3 (23%)
Gestasyonel kese ve mesane arasındaki kalınlık (mm)	4.05 ± 0.42
Gestasyonel kese çapı (mm)	10.1 ± 1.24

SD: Standard deviasyon

Tablo 2. Tedavi öncesi ve sonrası serum B-Hcg ve hemoglobin değerleri (ortalama $\pm$ standard deviasyon).

Tedavi öncesi B-Hcg değeri	19.445 ± 10.529
Tedavi sonrası 24. saat B-Hcg değeri	12.024 ± 10.045
Tedavi öncesi Hb değeri	12.2 ± 1.1
Tedavi sonrası 24. saat Hb değeri	11.3 ± 0.9

B-Hcg: beta human chorionic gonadotropin, Hb: Hemoglobin

Intrauterin Gelişme Geriliği Bulunan Fetüslere Sahip Gebelerdeki sFlt-1, PlGF Düzeyleri ile sFlt-1/PlGF Oranları ve Bu Değerlerdeki Değişikliklerin Doğum Zamanı ve Maternal-Fetal Komplikasyonlar Üzerindeki Prognostik Değerinin Araştırılması

Merve Erol Deniz¹, İnanç Mendilcioğlu², Sebahat Özdem³, Serdar Kaya⁴, İkbâl Özen Küçükçetin³, Alparslan Deniz⁵

¹Manavgat Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Biyokimya Anabilim Dalı, Antalya

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

⁵Alaaddin Keykubat Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya

Amaç

Intrauterin gelişme geriliği (IUGG) bulunan fetüslere sahip gebelerdeki çözünür fms-benzeri tirozin kinaz-1 (sFlt-1), plasental büyüme faktörü (PlGF) düzeyleri ile sFlt-1 / PlGF oranları ve bu değerlerdeki değişikliklerin doğum zamanı, maternal-fetal komplikasyonlar üzerindeki prognostik değerinin araştırılması.

Yöntem

Çalışmaya 24-36. gestasyonel haftalar arasındaki 42 IUGG bulunan fetüse sahip gebe dahil edildi. Maternal kandan ilk plazma örneği, fetüse IUGG tanısı konulduğunda, ikinci plazma örneği ise tanı konulduktan 1 hafta sonra alındı. Alınan 1. kan ve 2. kan örneklerinde sFlt-1, PlGF düzeyleri ölçüldü ve sFlt-1/PlGF oranı saptandı. 1. ve 2. kan örneklerinin ortalaması alınarak ortalama sFlt-1, PlGF düzeyi ve sFlt-1/PlGF oranı saptandı. Ultrasonografi ile fetal biyometri ve Doppler değerlendirmesi yapıldı. Doğum zamanı, preeklampsi varlığı, anormal Doppler bulguları, erken-geç IUGG, yenidoğan yoğun bakım açısından veriler değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan gebelerin 23 tanesi (%54) fetüse IUGG tanısı konulduğunda alınan 1. kan örneğinden sonra 4 hafta içerisinde doğum yaptı. Ortalama sFlt-1/PlGF oranı, fetüse IUGG tanısı konulduğunda alınan 1. kan örneğinden sonra sırasıyla 2, 3 ve 4 hafta içinde doğum yapanlarda, doğum yapmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptandı (181,61(3,8-899,71) ve 20,12(0,83-121,4) P=0,02; 109,86(2,03-899,71) ve 19,3(0,83-121,4) P=0,018; 100,53(1,41-899,71) ve 16,28(0,83-121,4) P=0,008). ROC analizine göre ortalama sFlt-1/PlGF oranı sınır değeri 12,075 (AUC 0,739) alındığı zaman fetüse IUGG tanısı konulduktan sonra 4 hafta içinde doğum yapanlar %69,57 sensitivite, %84,21 spesifite, %84,2 pozitif prediktif değer, %69,6 negatif prediktif değer ile saptanmıştır. 1. ve 2. kanın sFlt-1/PlGF oranı ortalaması preeklampsi gelişen IUGG grubunda 354,41(53,85-899,71); preeklampsi gelişmeyen IUGG grubunda 13,75(0,83-59,88) saptanmıştır (P<0,001). 1. ve 2. kanın sFlt-1/PlGF oranı ortalaması anormal Doppler bulguları olan IUGG grubunda 95,78 (1,37-899,71), anormal Doppler bulguları olmayan IUGG grubunda 13,36 (0,83-121,4) saptanmıştır (P=0,014).

Sonuç

Yüksek sFlt-1/PlGF oranı saptanan IUGG bulunan fetüse sahip gebelerde doğuma kalan gün sayısı azalmıştır. Yüksek sFlt-1/PlGF oranına sahip gebeler artmış maternal ve fetal komplikasyon riskine sahiptirler ve daha yakın takip edilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: çözünür fms-benzeri tirozin kinaz-1 (sFlt-1), doğuma kalan süre, intrauterin gelişme geriliği (IUGG), plasental büyüme faktörü (PlGF), preeklampsi

İdiyopatik Trombositopenik Purpura Tanılı Gebelerin Maternal ve Neonatal Sonuçları

Çiğdem Kunt İsgüder¹, Tuğba Saraç Sivriköz¹, Mehtap Akın², Lütfiye Uygur¹, Şule Birol İnce¹, Mustafa Törehan Aslan³, İbrahim Kalelioğlu¹, Recep Has¹, Alkan Yıldırım¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yenidoğan Bilim Dalı, İstanbul

Amaç

Bu çalışmada kliniğimizde gebelik takibi ve doğumu gerçekleştirilen idiyopatik trombositopenik purpura (ITP) tanısı almış gebelerin maternal ve neonatal sonuçlarını ortaya koymayı amaçladık. Yöntem: Çalışmamızda İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 01.01.2013-01.05.2020 tarihleri arasında gebelik takibi, doğumu gerçekleştirilen ITP tanılı gebelerin, yenidoğanların dosyaları retrospektif olarak taranarak, çalışma kriterlerine uygun hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular

ITP tanısı ile izlenen 54 hastadan 17'sinin (%31.5) gebelik sırasında, 37'sinin (%68.5) ise gebelik öncesi ITP tanısı aldığı saptandı. Doğum sırasında trombosit sayısı $50 \times 10^9/L$ ve üzerinde olan gebelere göre, trombosit sayısı $50 \times 10^9/L$ 'nin altında olan gebelerde gebelik sırasında tedavi alma (steroid ya da steroid + IVIG) ve doğum sırasında aferez, random, havuz trombosit şeklinde kan ürünü alma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.020$ ve $p=0.004$). Gebelik öncesi splenektomi geçirme öyküsü bulunan 5 (%12.8) hastada doğumdaki trombosit sayısı $50 \times 10^9/L$ ve üzerinde bulundu. Doğum şekli sezaryen olan grup ile vajinal doğum olan grup arasında yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı, yenidoğan tedavi gereksinimi açısından fark izlenmedi (sırasıyla $p=0.488$ ve $p=0.711$). Doğum sırasında 3 (%5.6) hastada postpartum kanama gözlenirken, 32 (%59.3) hastada aferez, random ya da havuz trombosit kullanıldı. Doğumda maternal trombosit sayısı ile yenidoğan trombosit sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0.727$). Neonatal trombosit sayısı $100 \times 10^9/L$ 'nin üzerinde olan gruba göre neonatal trombosit sayısı $100 \times 10^9/L$ ve altında olan grupta splenektomi öyküsü, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı, yenidoğan IVIG tedavisi alma sıklığı ve yenidoğan trombosit transfüzyonu yapılma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.028$, $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p=0.025$).

Sonuç

ITP'li gebelerin maternal ve neonatal prognozu genellikle iyidir. Doğum sırasında maternal trombosit sayısının $<50 \times 10^9/L$ olması gebelik sırasında daha fazla medikal tedavi gereksinimi ve doğum sırasında daha fazla kan ürünü kullanımı ile ilişkili olup doğum şeklinin perinatal sonuçlar üzerine etkisi görünmemektedir. Neonatal platelet sayısının maternal yaş ve maternal platelet sayısı ile ilişkili olmadığı ancak splenektomi öyküsü ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik trombositopenik purpura, gebelik, IVIG, aferez, yenidoğan trombositopenisi

Tablo 1: ITP tanısı ile izlenen hastaların maternal ve neonatal sonuçları

	ITP tanılı gebeler (n:54)
Maternal yaş*	28.4±5.4
Para Nullipar Multipar	21 (38.9%) 33 (61.1%)
Doğum haftası**	39 (31-41)
Doğum Şekli Sezaryen Vajinal	25 (46.3%) 29 (53.7%)
Sezaryen endikasyonları Geçirilmiş sezaryen nedeni ile elektif Diğer nedenler	16 (64.0%) 9 (36.0%)
ITP tanı zamanı Gebelik öncesi tanı alan Gebelikte tanı alan	37 (68.5%) 17 (31.5%)
Doğum sırasındaki trombosit sayısı (X109/L) **	64.3 (2.8-322.0)
Splenektomi öyküsü	5 (9.3%)
Gebelik sırasında tedavi Yok Steroid kullanımı IVIG+steroid	22 (40.7%) 23 (42.6%) 9 (16.7%)
Doğum sırasında kullanılan kan ürünü Yok Aferez,random,havuz trombosit	21 (38.9%) 32 (59.3%)
Doğum sonu kanama	3 (5.6%)
Doğum ağırlığı (gram) *	3220.3±563.1
Cinsiyet Kız Erkek	23 (42.6%) 31 (57.4%)
Neonatal trombositopeni	9 (16.7%)
Neonatal trombosit sayısı (X109/L) **	168.9±86.4
İntraventriküler kanama	1 (1.9%)
Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı	12 (22.2%)
YDYBÜ 'inde kalış süresi (gün) **	6.5 (3-16)
Yenidoğan tedavisi IVIG Fototerapi	8 (14.8%) 3 (5.6%)
Yenidoğan trombosit transfüzyonu	2 (3.7%)

*Ortalama ± standart sapma, **Medyan (minimum-maksimum), ITP:İdiyopatik trombositopenik purpura,

Tablo 2: Doğum sırasında trombosit sayısı 50×10⁹ /L’ nin altında olan gebeler ile 50×10⁹ /L ve üzerinde olan gebelerin maternal ve neonatal sonuçları

	Trombosit sayısı <50×10 ⁹ /L (n=15)	Trombosit sayısı ≥50×10 ⁹ /L (n=39)	p-değeri
Maternal yaş*	26.7±5.5	29.0±5.3	0.150†
ITP tanı zamanı Gebelik öncesi tanı alan Gebelikte tanı alan	12 (80.0%) 3 (20.0%)	25 (64.1%) 14 (35.9%)	0.338‡
Splenektomi öyküsü	0 (0.0%)	5 (12.8%)	0.306‡
Gebelik sırasında tedavi Yok Steroid kullanımı Steroid+ IVIG	2 (13.3%) 8 (53.3%) 5 (33.3%)	20 (51.3%) 15 (38.5%) 4 (10.3%)	0.020¶
Doğum sırasında kullanılan kan ürünleri Yok Aferez,random,havuz trombosit	1 (6.7%) 14 (93.3%)	21 (53.8%) 18 (46.2%)	0.004¥
Doğum şekli Sezaryen Vajinal	7 (46.7%) 8 (53.3%)	18 (46.2%) 21 (53.8%)	>0.999¥
Doğum sonu kanama	2 (13.3%)	1 (2.6%)	0.183‡
Doğum haftası**	39 (31-40)	39 (31-41)	0.625†
Preterm doğum	3 (20.0%)	6 (15.4%)	0.696‡
Doğum ağırlığı**	3285.0±383.2	3195.4±621.2	0.605¶
Neonatal trombosit sayısı(X10 ⁹ /L) * *	174.4±57.4	166.9±95.8	0.727¶
Neonatal trombosit sayısı ≤100x10 ⁹ /L >100x10 ⁹ /L	1 (6.7%) 14 (93.3%)	8 (20.5%) 31 (79.5%)	0.417‡
Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı	3 (20.0%)	9 (23.1%)	>0.999‡
YDYBÜ’de kalış süresi (gün) **	10 (5-16)	6 (3-16)	0.482†
Yenidoğanlara uygulanan tedavi IVIG Fototerapi	1 (6.7%) 1 (6.7%)	7 (17.9%) 2 (5.1%)	0.419‡ >0.999‡
Yenidoğan trombosit transfüzyonu	0 (0.0%)	2 (5.1%)	>0.999‡

*Ortalama ± standart sapma, **Medyan(minimum-maksimum), †Mann Whitney U testi, ‡Student’s t testi, ‡Fisher’in kesin sonuçlu olasılık testi, ¶Pearson’un χ² testi, ¥ Süreklilik düzeltilmeli χ² testi.

Tablo 3: Neonatal trombosit düzeylerine göre olguların maternal ve neonatal özellikleri

	Trombosit sayısı ≤100×10 ⁹ /L (n=9)	Trombosit sayısı >100×10 ⁹ /L (n=45)	p-değeri
Maternal yaş*	28.3±5.8	28.4±5.4	0.974†
ITP tanı zamanı (%) Gebelik öncesi tanı alan Gebelikte tanı alan	8 (88.9%) 1 (11.1%)	29 (64.4%) 16 (35.6%)	0.244‡
Gebelik esnasında en düşük trombosit sayısı (X10 ⁹ /L) **	55.0 (3.0-287.0)	56.2 (3.3-362.0)	0.972¶
Doğumdaki trombosit sayısı <50X10 ⁹ /L ≥50 X10 ⁹ /L	1 (11.1%) 8 (88.9%)	14 (31.1%) 31 (68.9%)	0.417‡
Splenektomi öyküsü	3 (33.3%)	2 (4.4%)	0.028‡
Doğum haftası **	38 (31-40)	39 (31-41)	0.281¶
Preterm doğum	2 (22.2%)	7 (15.6%)	0.635‡
Doğum ağırlığı*	2902.2±774.8	3283.9±498.0	0.063†
Doğum şekli Sezaryen Vajinal	4 (44.4%) 5 (55.6%)	21 (46.7%) 24 (53.3%)	>0.999‡
Gebelik esnasında tedavi Yok Prednol Prednol+IVIG	3 (33.3%) 3 (33.3%) 3 (33.3%)	19 (42.2%) 20 (44.4%) 6 (13.3%)	0.446¥
Doğum sırasında kullanılan kan ürünleri Yok Aferez,random,havuz trombosit	4 (44.4%) 5 (55.6%)	17 (37.8%) 27 (60.0%)	0.723‡ >0.999‡
Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı	7 (77.8%)	5 (11.1%)	<0.001‡
YDYBÜ’de kalış süresi (gün) **	7 (5-16)	6 (3-16)	0.530¶
Yenidoğanlara uygulanan tedavi IVIG Fototerapi	8 (88.9%) 2 (22.2%)	0 (0.0%) 1 (2.2%)	0 (0.0%) 1 (2.2%)
Yenidoğan trombosit transfüzyonu	2 (22.2%)	0 (0.0%)	0.025‡

*Ortalama ± standart sapma, ** Medyan (minimum-maksimum), † Student’s t testi, ‡ Fisher’in kesin sonuçlu olasılık testi, ¶ Mann Whitney U testi, ¥ Fisher-freeman-halton testi.

Fetal Büyüme Kısıtlılığında Serebroplasental Oran ve Serebroplasental-Uterin Oranın Değerlendirilmesi

Betül Yakıştıran, Aykan Yücel

Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Amaç

Fetal büyüme kısıtlılığında (FGR), serebroplasental oran (CPR) ve serebroplasental-uterine oran (CPUR) etkinliğini karşılaştırmak

Metod

Prospektif tasarlanmış bu çalışmada, tersiyer referans merkez olan kliniğimize başvuran FGR tanısı konulmuş gebelerin verileri sunulmuştur. 57 adet FGR tanılı fetus çalışmaya dahil edilmiştir, umbilikal arter (UA), orta serebral arter (MCA), maternal bilateral uterin arter Doppler akım çalışması ile tahmini fetal ağırlık (TFA) ölçülmüştür. Fetal ağırlıklarına göre <5 persentil ve ≥5 persentil olarak tanımlanan gruplarda CPR (MCA PI/UA PI) ve CPUR (CPR/UtA ortalama PI) Student T test ile değerlendirilmiştir. TFA persentil ve CPR-CPUR ilişkisinde korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık p:0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Her iki grup arasında maternal demografik özellikler arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,005). Ortalama gestasyonel yaş 230,6 ± 44,7 gündü. Gruplar arasında CPR için anlamlı fark izlenirken (p:0,004); CPUR için istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,264). TFA persentil ile CPR arasında düşük-orta düzeyde pozitif korelasyon (p:0,05 R:0,256) saptanırken; CPUR ile korelasyon tespit edilememiştir (p:0,237).

Sonuç

Tahmini fetal ağırlık ile CPR arasındaki pozitif korelasyon saptanırken, CPUR ile anlamlı ilişki tespit edilemedi.

Anahtar Kelimeler: fetal büyüme kısıtlılığı, CPR, CPUR, umbilikal arter, uterin arter

TFA persentiline göre CPR ve CPUR değerleri

	TFA<5PERSENTİL	TFA≥5 PERSENTİL	P
CPR	1,32±0,71	1,65±0,6	0,004
CPUR	1,36±0,92	2,06±2,83	0,264

CPR: Serebroplasental oran CPUR: Serebroplasental uterine oran

Gebeliğin İntrahepatik Kolestazının Neonatal Sonuçlara Etkisinin Değerlendirilmesi

Özgül Bulut

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç

Erken ve geç başlangıçlı gebeliğin intrahepatik kolestazında maternal ve neonatal sonuçların karşılaştırılması.

Gereç-Yöntem

Hastanemizde Ocak 2016-Ağustos 2020 yılları arasında doğum yapan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Hastalar erken başlangıçlı gebeliğin intrahepatik kolestazı (≤ 34 hafta), geç başlangıçlı gebeliğin intrahepatik kolestazı (> 34 hafta) ve kontrol grubu olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Gruplar arasında demografik özellikleri, maternal risk faktörlerini ve neonatal sonuçları karşılaştırmak için istatistiksel analiz yapıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 183 hastanın 30 (%16.4)'u erken başlangıçlı gebeliğin intrahepatik kolestazı, 47 (%26)'si geç başlangıçlı gebeliğin intrahepatik kolestazı ve 106 (%58)'si kontrol grubu idi. Erken başlangıçlı gebeliğin intrahepatik kolestazı grubunda, invitro fertilizasyon oranı anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p=0.001$). Erken ve geç başlangıçlı gebeliğin intrahepatik kolestazı gruplarında, antenatal steroid kullanımı ve AST, ALT, GGT, ALP ve total bilirubin değerleri, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek saptandı ($p=0.001$). Erken başlangıçlı gebeliğin intrahepatik kolestazı olan anne bebeklerinde, gestasyon haftası ve doğum ağırlığı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük saptanırken ($p=0.001$, $p=0.001$, sırasıyla), prematüre retinopatisi ve hiperbilirubinemi görülme oranları anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0.006$, $p=0.001$, sırasıyla). Kontrol grubu anne bebeklerinde, respiratuvar distres sendromu anlamlı derecede yüksek saptandı ($p=0.023$). Lojistik regresyon analizinde, AST ve ALT değerleri ile fetal distres görülme oranları arasında ($p=0.042$ ve 0.041), açlık safra asiti ve ALP değerleri ile SGA görülme oranları arasında pozitif ilişki olduğu bulundu ($p=0.034$, $p=0.002$, sırasıyla).

Sonuç

Çalışmamız, erken başlangıçlı gebeliğin intrahepatik kolestazının neonatal morbidite açısından önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Doğum sonrası dönemde, bu bebeklerin olumsuz neonatal sonuçlar açısından yakından izlenmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erken başlangıç, geç başlangıç, gebeliğin intrahepatik kolestazı, neonatal sonuçlar, risk faktörleri

Prenatal Dönemde Trizomi 21 Tanısı Konmuş Fetusların, Fetal Ekokardiyografi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Züat Acar

Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç

Trizomi 21 tanısı prenatal invazif yöntemler kullanılarak G bantlama tekniğinin yardımı ile koryonik villuslar, amniyositler ve periferik lenfositlerle yapılmaktadır. Prenatal dönemde tr21 tanısı konmuş fetuslarda, yapılan fetal ekokardiyografi ile konjenital kardiyak hastalıkların tipini ve görülme oranını saptamayı amaçladık.

Yöntem

Ocak 2018-aralık 2019 tarihleri arasında K.S.S E.A.H perinataloji bölümüne çeşitli endikasyonlar nedeni ile yapılan prenatal invazif yöntemler ile Tr 21 karyotip tanısı konmuş fetuslara sahip gebelerin işlem öncesi ve sonrası yapılan fetal ekokardiyografi inceleme ile konjenital kalp hastalıklarının görülme oranını ve tipinin belirlemeye çalıştık.

Bulgular

Çalışmaya Tr21 tanısı konmuş 62 hasta alındı. Tr21 li fetuslara sahip gebelerin ortalama yaş aralığı 34 ± 2.7 (20-43 yaş) idi. 62 olgunun 9 unda (%14.5) ileri anne yaşı, 7 (%11.2) olguda cf fetal DNA testinde yükseklik nedeni ile, 14 (%22.5) olguda da tarama testlerindeki yüksek risk nedeni ile, geriye kalan 32 (%51.6) olguda da ultrasonografik bulgular nedeni ile prenatal invazif yöntemleri uygulandı. Prenatal invazif yöntemi olarak olguların 38 ine amniyosentez (% 61.2), 9 una kordosentez (% 14.5), 15 inede (% 24.1) Cvs yöntemleri uygulandı.

Çalışmaya alınan hastaların yapılan fetal ekosunda 34 (%54.8) ünde konjenital kardiyak anomali saptandı. Kardiyak anomali saptanan fetusların kardiyak anomali tipi ve sıklığı şu şekilde idi; 13 ünde (%38.2) komplet AVSD, 2 (%5.8) fetusta parsiyel AVSD, 11 (%32.3) fetusta perimebranöz VSD, 4 (%11.7) olguda muskuler VSD, 2 (%5.8) fetusta fallot tetrolojisi (TOF), 9 (%26.4) olguda ARSA, 5 (%14.7) olguda duktus venozus agenezisi ve 1 (%2.9) olguda da Ebstein anomalisi saptandı.

Sonuç

Tr21 tanısı almış hastaların %40- 50'sinde doğumsal kalp hastalığı görülmektedir. Fetal ekokardiyografi ile konjenital kalp hastalıklarının saptanması durumunda, tr 21 ile yüksek birliktelik göstermesi nedeni ile prenatal invazif yöntemlerine başvurulup karyotip tayinin yapılması gerekmektedir. Ayrıca terminasyonu kabul etmeyip gebeliğin devamını isteyen Tr21 li fetuslarda, konjenital kardiyak hastalıklar doğum sonrası prognozu ve yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olması nedeni ile fetal Eko ile mutlaka incelenmesi ve doğumun tersiyer merkezde yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Amniyosentez, AVSD, Fetal ekokardiyografi, prenatal tanı, trizomi21

Gebelerin İlk Trimester Prenatal Tanı Testine İlişkin Kararlarının Risk Faktörlerine Göre Değerlendirilmesi

Filiz Halıcı Öztürk

Ankara Şehir Hastanesi

Amaç

Bu çalışmanın amacı ilk trimesterde genetik tanı testi için danışmanlık verilen gebelerin koryon villus biopsisi (CVS) yaptırma oranını ortaya koymak ve kabul-red kararlarını risk faktörlerine göre incelemektir.

Materyal ve Metod

Bu çalışmada, Ankara Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniğinde Eylül 2019- Eylül 2020 tarihleri arasında ilk trimesterde prenatal tanı testi ile ilgili danışmanlık verilen toplam 251 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular

Danışmanlık verilen hastaların risk faktörlerine ve CVS prosedürünü kabul edip etmemelerine göre dağılımları Tablo 1’de verilmiştir. Gebelerin %31,1’i CVS prosedürünün uygulanmasını kabul etmiştir. Fetal genetik anomali açısından yüksek riskli hastalarda (tarama testi riski, ense saydamlığı artışı, kistik higroma, fetal yapısal anomali ve genetik hastalık öyküsü) invaziv işlem yaptırma oranı %25 ile %64.3 arasındaydı. Maternal yaş riski ve biyokimyasal parametrelerde anormallik olması nedeniyle danışmanlık verilen düşük riskli hastaların invaziv işlemi kabul etme oranları sırasıyla %9.8 ve %16.7 olarak gözlendi.

Sonuç

Çalışma bulgularına göre, yüksek riskli gebelerle düşük riskli gebeler arasında CVS prosedürünü kabul oranı açısından önemli bir fark olduğu gibi, yüksek risk faktörlerinin kendi arasında da bazı farklılıklar gözlenmiştir. Ultrasonografik belirteçlerden kaynaklanan risk durumunda (ense saydamlığı artışı, kistik higroma ve fetal yapısal anomaliler) ve genetik hastalık öyküsü varlığında nispeten yüksek bir kabul oranı (%44,1 - % 64,3) gözlenirken, tarama testi sonucunda ortaya çıkan risk durumunda gebelerin CVS prosedürünü kabul oranının düşük (%25) olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Prenatal genetik tanı, Tarama testi, Koryon villus biopsisi (CVS), Hasta kararı, Sonografik belirteçler

Tablo 1 İlk Trimesterde hastaların prenatal tanıttestini kabul etme oranları ve risk faktörlerine göre dağılımı

	Kabul		Red		Total
	N	%	N	%	N
İlk trimester tarama testi pozitifliği	13	%25	39	%75	52
Ense saydamlığı artışı	15	%44,1	19	%55,9	34
Kistik higroma	13	%59,1	9	%40,1	22
Fetal yapısal anomaliler	13	%61,9	8	%38,1	21
Yaş riski	5	%9,8	46	%90,2	51
Biyokimyasal risk*	9	%16,7	45	%83,3	54
Genetik hastalık öyküsü	8	%64,3	5	%35,7	13
Maternal endişe	2	%50	2	%50	4
Total	78	%31,1	173	%68,9	251

* Biyokimyasal risk: İlk trimester taramada ikili test riski>1/300, β HCG ve PAPP-A anormallikleri.

Gestasyonel Diyabetten Mellitus Erken Dönem Öngörüsünde Maternal Plazma Adiponektin Düzeyi ve HOMA-IR İndeksi

Erkan Çağlıyan, Yakup Erkan Erata

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Amaç

Gestasyonel diabet mellitusun(GDM)ilk trimester öngörüsünde maternal plazma adiponektin düzeyi ve HOMA-IR indeksi

Yöntem

Gebeliğinin 11-14.haftasında başvuran toplam 160 hasta çalışmaya dahil edildi. Antenatal takiplere devam etmeyen veya oral glukoz tolerans testini tamamlayamayan 8 hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların plazma adiponektin düzeyi radyoimmunessay yöntemle ölçüldü. Açlık plazma glukoz ve insülin düzeyi ölçülerek HOMA-IR indeksi hesaplandı. Gebeliğin 24-28 haftaları arasında 100gr OGTT(oral glukoz tolerans testi)sonucu GDM tanısı alan ve normal glukoz toleransına sahip hastalar ilk trimester plazma adiponektin düzeyi ve HOMA-IR indeksi açısından karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen gebelerin ortalama gebelik haftası 12.7'di. GDM tanısı alan hastalar ile (n=14 %9.2) normal glukoz toleransına sahip hastalar (n=138, %90.8) ilk 3 ay plazma adiponektin düzeyleri karşılaştırıldığında 2 grup arasında anlamlı fark bulunmadı (p=0.25). GDM grubunda açlık glukoz, açlık insülin ve HOMA-IR indeksi normal glukoz toleransına sahip hasta grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0.001)

Sonuç

Gebelikte GDM gelişimi riski açısından 1.trimester maternal plazma adiponektin düzeyleri anlamlı saptanmadı. GDM gelişimi riski açısından 1.trimester HOMA-IR indeksi anlamlı bulundu.

Anahtar Kelimeler: adiponektin, gestasyonel diabetes mellitus, HOMA-IR, ilk trimester, OGTT

Maternal Obezitenin Fetal Kardiyak Fonksiyonlara Etkisi

Miraç Özalp¹, Ömer Demir², Turhan Aran¹, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Amaç

Obez hamile kadınlar, bir dizi maternal ve perinatal komplikasyon açısından yüksek risk altındadır ve bu riskler obezitenin şiddeti ile ilişkili olarak artar. Üreme çağındaki kadınlarda obezite prevalansı giderek artmaktadır. İn-utero dönemde obezogenik bir ortamda gelişme, fetal metabolik yollarda kalıcı değişikliklere yol açabilir. Bu fetuslarda doğumdan sonra yaşamın ilerleyen yıllarında hipertansiyon, insülin direnci, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı ve obezite riski artar. Fetal ekokardiyografi, fetal kardiyak anatomi ve fonksiyonu değerlendirmek için önemli bir araçtır. Global kardiyak fonksiyonu değerlendirmenin yararlı bir prediktörü ise miyokardiyal performans indeksidir (Mod-MPI).

Amacımız maternal obezitenin fetal kardiyak fonksiyonlara etkisini ortaya koymaktır.

Yöntem

Çalışma kapsamında 3.trimesterdaki gebeler, vücut kitle indekslerine (VKİ) göre üç gruba ayrıldı. VKİ 18,5-24,9 kg/m² olanlar Grup 1 (25 olgu), VKİ 25-29,9 kg/m² olanlar Grup 2 (26 olgu), ve ≥ 30 kg/m² olanlar Grup 3 (29 olgu) olarak belirlendi.

Diyabetik gebeler, gebeliğin hipertansif hastalıkları, maternal kronik hastalık öyküsü, çoğul gebelikler ve anomalili fetuslar çalışmanın dışlama kriterleri olarak kabul edildi. Fetal sol ventrikül miyokardiyal performans indeksi hesaplandı. Mitral kapağın açılması ile erken diyastolü temsil eden E dalgası tepe hızı ve geç diyastolde atriyal kontraksiyon sonucu oluşan A dalgası tepe hızı pozitif akış olarak belirlendi ve E / A oranı hesaplandı.

Bulgular

Gruplar arasında demografik veriler ve fetal doppler bulguları açısından anlamlı fark izlenmedi (Tablo 1). Fetal ekokardiyografi bulguları değerlendirildiğinde Grup 2 ile Grup 3 arasında izovolümetrik relaksasyon zamanı açısından ve Grup 1 ile Grup 3 arasında miyokardiyal performans indeksleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü (sırasıyla p:0,039, p:0,013) (Tablo 2).

Sonuç

Bulgularımız, maternal obezitenin giderek artan sıklığı düşünüldüğünde dikkat çekicidir ve obez annelerin fetuslarında yaşamın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabilecek kardiyovasküler hastalıkların riskini öngörmeye dair önemli bir ipucu olabilir.

Anahtar Kelimeler: Miyokardiyal performans indeksi, fetal ekokardiyografi, maternal obezite, izovolümetrik relaksasyon zamanı, vücut kitle indeksi

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri ve fetal doppler bulguları

	Grup 1 (n:25)	Grup 2 (n:26)	Grup 3 (n:29)	p*
Yaş	31,4±5,2	30,8±4,9	32,2±4,8	0,465
Gravida	2,93±0,96	3,06±1,42	3,21±1,72	0,216
Parite	1,8±1,1	1,7±0,9	2±1,4	0,158
USG haftası	34±2	35±2	36±2	0,059
Umbilikal arter PI	0,96±0,13	0,92±0,14	0,93±0,17	0,755
MCA PI	2,05±0,83	1,99±0,81	1,77±0,69	0,323

*<0,05

Tablo 2. Fetal ekokardiyografi bulguları

	Grup 1	Grup 2	Grup 3		p*	
				G1-G2	G1-G3	G2-G3
E dalgası (cm/s)	0,35±0,04	0,35±0,03	0,36±0,05	0,978	0,964	0,741
A dalgası (cm/s)	0,51±0,07	0,49±0,06	0,51±0,06	0,745	0,997	0,721
E/A oranı	0,69±0,05	0,71±0,07	0,71±0,05	0,669	0,555	1
ICT (ms)	35,8±5,6	35,1±3,8	37,1±4,1	0,963	0,829	0,208
IRT (ms)	38,6±4,9	38,2±4,1	41,7±5,4	0,993	0,214	0,039
ET (ms)	168,7±12,8	164,7±10,3	165,4±12,1	0,692	0,794	0,997
MPI	0,44±0,02	0,45±0,05	0,47±0,04	0,982	0,013	0,112

*<0,05 ICT: İzovolümetrik kontraksiyon zamanı IRT: İzovolümetrik relaksasyon zamanı ET: Ejeksiyon zamanı MPI: Miyokardiyal performans indeksi

Dondurulmuş Çözölmüş Embriyo Transferi Sonrası Elde Edilen İkiz Gebeliklerde İlk Trimester Tekil Fetal Kaybın Perinatal Sonuçlara Etkisi: 5 Yıllık Tecrübe

Nur Dokuzevlöl Güngör¹, Tuğba Gürbüz², Arzu Yurci³

¹BAU Medical Park Göztepe Hastanesi, IVF, İstanbul

²Medistate Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

³Kayseri Memorial Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi, Kayseri

Amaç

Bu çalışmanın amacı dondurulmuş çözölmüş embriyo transferi(DÇET) sonrası elde edilen ikiz gebeliklerde birinci trimesterde fetuslardan birinin kaybının, devam eden gebeliğin perinatal sonuçları üstüne olan etkisini göstermektir.

Yöntem

Ocak 2015-Ekim 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilen 1504 DÇET retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmaya 1. Trimesterde fetuslardan birinin kaybedildiği 59 ikiz gebelik dahil edilmiştir. Monoamniotik ikiz gebelikler, her iki gebeliğin kaybedildiği ikiz gebelikler, tekil gebelikler ve kronik hastalığı olan gebeler çalışma dışı bırakılmıştır. Bu çalışmada hastalar fetuslardan birinin kaybedildiği haftaya göre iki gruba ayrılmıştır. Grup 1(n=32) 8.haftadan önce gebelik kaybı olanlar ve grup 2(n=27) 8-12. Hafta aralığında gebelik kaybı yaşayanlardan oluşmaktadır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 1504 DÇET siklusundan elde edilen 797 gebeliğin 198 i ikiz gebelikti. (%24.8). DÇET siklus başına ikiz gebeliklerde 1. trimester tekil fetal kayıp oranı %3.9(59/1504) idi. İkiz gebelik başına ise bu oran %29.8(59/198) olarak bulundu. Gruplar arasında yaş, vücut kitle indeksi, ICSI deneme sayısı, sezaryen oranları ve bebek doğum kiloları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Preterm doğum ve erken membran rüptürü Grup 2 de Grup 1 e göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(p<0.05). Gestasyonel diyabet, intrauterin büyüme gelişme geriliği ve preeklamsi anlamlı olmamakla birlikte Grup 2 de daha yüksek bulundu.

Sonuç

İkiz gebeliklerde 1. trimester fetal kaybın yaşayan fetüs üzerine etkisini gösteren yeterli data yoktur. Bu çalışmada ilk trimester fetal kayıpların hafta ayrımı yapılmaksızın preterm doğum riskini arttırdığı sonucuna varılmıştır. Bu nedenle ICSI tedavilerinde tek embriyo transferi altın standart olmalıdır ve bu konuda hasta teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: embriyo transferi, fetal kayıp, ICSI, ikiz gebelik, preterm doğum

Prenatal Dönemde Özefagus Atrezisi – Trakea Özefajiyal Fistül Şüphesi İle Takip Edilen Gebeliklerin Obstetrik Sonuçları: Hacettepe Üniversitesi Tecrübesi

Canan Ünal, Özgür Deren

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Bilim Dalı
Ankara Türkiye

Amaç

Prenatal dönemde ön tanısı Özefagus Atrezisi (ÖA) ve Trakeo Özefajiyal Fistül (TÖF) olan gebeliklerin obstetrik sonuçlarının değerlendirilmesi.

Yöntem

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 2015-2020 yılları arasında fetal ÖA ve TÖF tanısı ile izlenen gebeliklerin sonuçları retrospektif olarak tarandı. Maternal demografik özellikler ve gebelik sonuçları değerlendirildi.

Bulgular

Prenatal dönemde 21 fetusa ÖA ve TÖF tanısı konuldu. Ortalama tanı haftası yaklaşık olarak 18. gebelik haftası olarak değerlendirildi. Fetüslerin 12'sinde ÖA ve TÖF'e ek olarak kardiyovasküler sistem, 3'ünde gastrointestinal sistem ve 1'inde iskelet sistemi anomalisi mevcuttu. Fetüslerin 4'ünde (%19) karyotip analizi yapıldı ve 2 fetusta Trizomi 18 saptandı. Gebeliklerin 18'i doğum ile sonuçlanırken 3'ünde terminasyon kararı alındı. Yenidoğanlardan 14'ünde TÖF saptanırken, 4'ünde fistül izlenmedi ve izole ÖA tanısı aldı. İki yenidoğana prenatal dönemde kardiyovasküler sistem anomalisi şüphesi olmamasına rağmen doğumdan sonra aort koarktasyonu tanısı konuldu. İki yenidoğanda ÖA ve TÖF izlenmedi ve izole yarı damak saptandı ve üç yenidoğanda da herhangi bir anomali saptanmadı. Doğumdan sonra anomali saptanmayan yenidoğanlardan 1'inde amino asit taşıma bozukluğu ve üre siklus metabolizma bozukluğu saptandı. Yenidoğanların 8'i (%44.4) opere edildi. Neonatal ex oranı da %44.4 bulundu.

Sonuç

Prenatal dönemde ÖA ve TÖF tanısı alan fetüslarda mortalite oranları literatüre kıyasla daha yüksek olarak seyredebilmektedir. Özellikle ÖA ve TÖF'e yüksek oranda eşlik eden kardiyovasküler sistem anomalileri açısından detaylı değerlendirme yapılmalıdır. Bu nedenle bu hastalarının antenatal takibinde dikkatli olunmalı ve doğum tersiyer merkezlerde planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Neonatal sonuç, Obstetrik sonuç, Özefagus Atrezisi, Prenatal tanı, Trakeo Özefajiyal Fistül

Maternal Demografik Özellikler

Yaş	28 (23-41)
Gravida	2(1-5)
Parite	1(0-3)
Prenatal Tanı Haftası	20(18-23)
Doğum Haftası	37(29-40)

Fetal Sonuçlar

Terminasyon	3
Doğum	18
İntrauterin Ex	0
Neonatal Ex	8
Neonatal Operasyon	8

Özefagus Atrezisi Tiplerine Göre Vaka Sayıları

Özefagus Atrezisi Fistül Yok	4
Özefagus Atrezisi Proksimal/Distal Fistül	13
Özefagus Atrezisi Proksimal ve Distal Fistül	1

İzole Özefagus Atrezisi Olan ve Ek Anomali Eşlik Eden Vaka Sayıları

İzole Özefagus Atrezisi	4
Özefagus Atrezisi ve Kardiyovasküler Sistem Anomalisi	12
Özefagus Atrezisi ve Gastrointestinal Sistem Anomalisi	3
Özefagus Atrezisi ve İskelet Sistemi Anomalisi	1

Pulmoner Kapak Yokluğu Sendromulu Olguların Prenatal, Neonatal Ve İnfantil Dönem Sonuçları

Münip Akalın, Oya Demirci

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

Amaç

Pulmoner kapak yokluğu sendromu (PKYS), pulmoner kapağın fonksiyonel yokluğunun sonucunda, pulmoner çıkımda darlık ve yetersizlik akımın birlikte görüldüğü ve pulmoner arter ve dallarının anevrizmal dilatasyonunun eşlik ettiği nadir görülen bir konotrunkal kalp anomalisidir. (Resim-1). Çalışmanın amacı prenatal tanı alan PKYS olgularının perinatal ve infantil dönem sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem

Hastanemizde 2014-2020 yılları arasında fetal ekokardiografi sonucunda PKYS tanısı alan olgular çalışmaya dahil edildi. Tüm yenidoğanlara neonatal ekokardiografi uygulanarak PKYS tanısı teyit edildi. Olguların demografik özellikleri, genetik sonuçları, doppler parametreleri, fetal ekokardiografi sonucunda ana pulmoner arter (MPA), sağ pulmoner arter (RPA) ve sol pulmoner arter (LPA) çapı Z skorları kaydedildi. Yenidoğanların neonatal ve infantil dönem takipleri kayıt altına alındı.

Bulgular

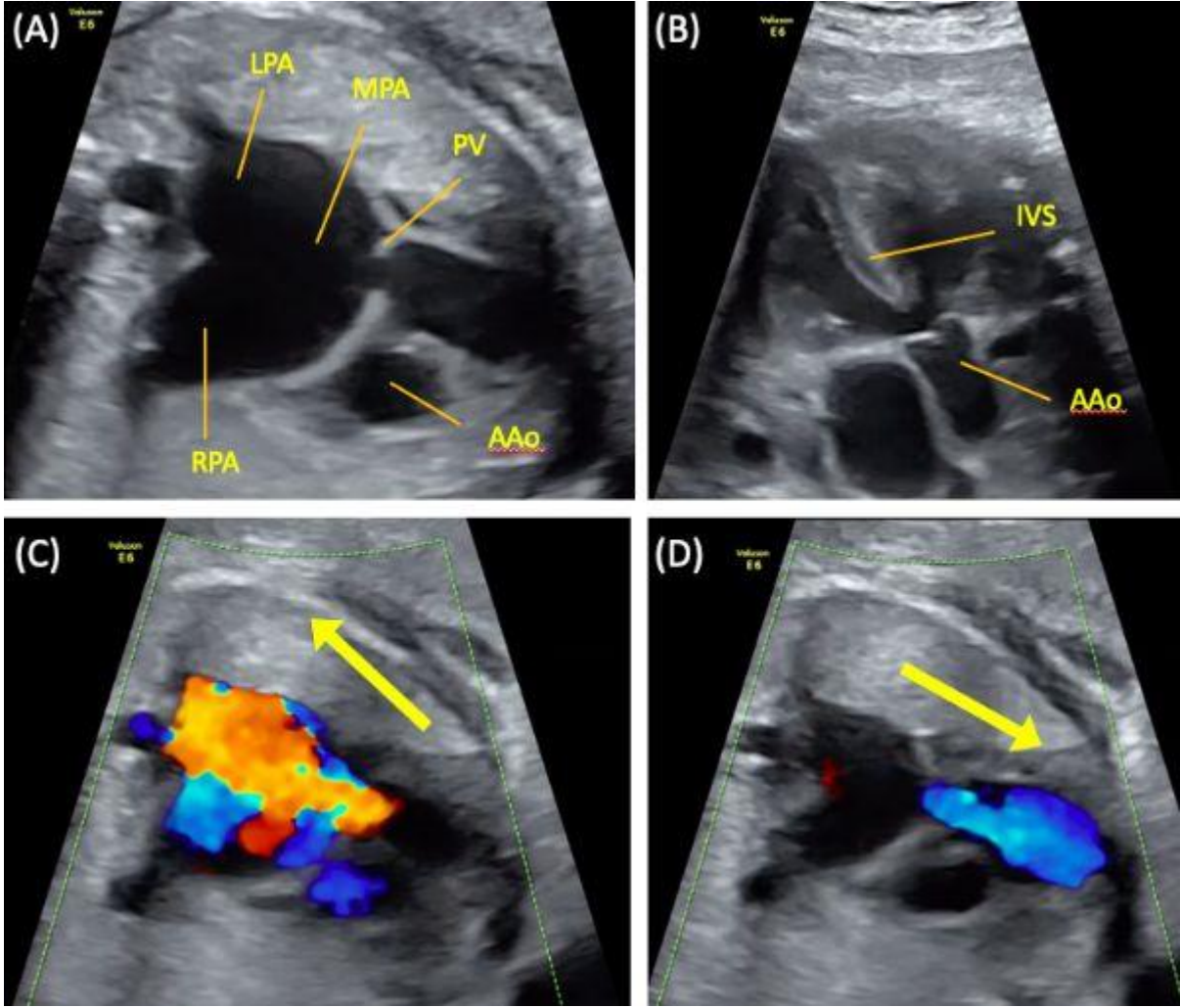
Prenatal dönemde PKYS tanısı alan 12 olgunun tamamında Fallot Tetralojisi tipi PKYS mevcuttu. Ortalama tanı haftası 25 (Min:14 - Max:34) haftaydı. Kromozomal anomalili 2 (%16.7) olgu (Trizomi 13 ve 22q11 mikrolelesyonu) termine edilirken, geriye kalan 10 (%83.3) olgunun tamamı canlı doğum ile sonuçlandı. Beş olguda ekstrakardiyak anomali (1 olgu megasistis, 2 olgu hiperekojen akciğer kitlesi, 2 olgu timus hipoplazisi) mevcuttu. Prenatal takipler sırasında gelişme kısıtlılığı veya kalp yetmezlik bulgusu gelişmedi. Dört (%40) olgu neonatal dönemde kaybedildi. Kalan 6 (%60) olgunun 5'i doğum sonrası opere oldu. Neonatal dönemde kaybedilen olgularla, infantil döneme ulaşan olguların ultrasonografi bulguları ve yenidoğan sonuçları Tablo-1'de gösterilmiştir. Neonatal dönemde kaybedilen olguların MPA, RPA ve LPA çapı Z skorlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte erken neonatal dönemde entübe olan yenidoğanlarda ölüm oranının daha yüksek olduğu izlenmektedir.

Sonuç

PKYS prenatal dönemde kolayca tanı koyulabilen, kromozomal ve ekstrakardiyak anomali riskinin yüksek olduğu nadir bir kalp anomalisidir. Dilate pulmoner arter ve dallarının kompresyonu sonucu yenidoğanda solunum sıkıntısına neden olabilir. Neonatal dönemde solunum desteğine ihtiyaç duyan bebeklerde prognoz kötü seyirlidir. Bu çıkarımın desteklenebilmesi için daha yüksek sayıda olgu içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Fetal ekokardiografi, Konjenital kalp hastalıkları, Konotrunkal kalp anomalileri, Prenatal tanı, Pulmoner kapak yokluğu sendromu

Resim-1: Pulmoner kapak yokluğu sendromu ultrasonografi görüntüleri



Açıklama: Pulmoner kapak yokluğu sendromlu fetusta üç damar kesitinin gri skala (A) ve renkli doppler (C,D) görüntüsü. (A)'da MPA, RPA ve LPA'nın anevrizmal dilatasyonu görülmektedir. Ayrıca duktus arteriozus bulunmamaktadır. (C)'de sistol sırasında ileri yönlü stenotik akım, (D)'de diyastolde pulmoner kapakta yetmezlik akımı görülmektedir. (B)'de ata binen aortun gri skaladaki görüntüsü. (AAo: Asendan aort, MPA: Ana pulmoner arter, RPA: Sağ pulmoner arter, LPA: Sol pulmoner arter, PV: Pulmoner kapak, IVS: İnterventriküler septum)

Tablo-1: Neonatal dönemde ölen olgularla infantil dönem sonrası yaşayan olguların prenatal ve postnatal sonuçlarının karşılaştırılması

	Neonatal ölen olgular (n:4) Ortalama (Minimum – Maksimum)	İnfantil dönem sonrası yaşayan olgular (n:6) Ortalama (Minimum – Maksimum)
Prenatal Dönem		
Tanı Haftası	28,25 (26 - 30)	25,17 (20 – 34)
Umb. A S/D	2,90 (2,80 – 3,10)	2,55 (2,40 – 2,80)
Umb A PI	0,95 (0,70 – 1,10)	0,87 (0,80 – 1,0)
MCA PI	2,10 (1,60 – 2,10)	1,90 (1,30 – 2,50)
MCA PSV (MoM)	1,28 (1,19 – 1,41)	1,30 (0,91 – 1,92)
CPR (Persantil)	64,75 (12,0 – 99,0)	62,50 (22,0 – 99,0)
MPA Z-skor	4,71 (3,96 – 5,87)	3,08 (2,10 – 3,95)
RPA Z-skor	7,21 (6,36 – 8,41)	5,60 (3,27 – 6,80)
LPA Z-skor	7,24 (6,22 – 8,49)	4,56 (3,01 – 5,81)
Postnatal Dönem		
Doğum Haftası	35,5 (29 – 38)	39,2 (39 – 40)
Doğum Kilosu (gr)	2512 (1750 – 2950)	3119 (2808 – 3460)
1 Dk. Apgar	2,25 (1,0 – 4,0)	6,67 (5,0 – 8,0)
5 Dk. Apgar	5,0 (4,0 – 7,0)	8,33 (7,0 – 9,0)
Umb. Kord Ph	7,31 (7,21 – 7,36)	7,31 (7,11 – 7,38)
SPO2	73,75 (70,0 – 75,0)	85,83 (80,0 – 90,0)
YD Entübasyon (-/+)	0/4	5/1

Fetal Genital Anomalilerde Ultrasonun Tanısal Değeri

Lütfiye Uygur¹, Tuğba Saraç Sivriköz¹, Çiğdem Kunt İşgüder¹, Halil İbrahim Kalelioğlu¹, Recep Has¹, Birsen Karaman², Atıl Yüksel¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç

Prenatal ultrasonda genital anomali (GA) tanısı koyulmuş fetüslerin ultrason bulguları ve tanıları ile postnatal tanıları karşılaştırarak ultrasonun genital anomalilerdeki tanısal gücünü, ayrıca genital anomalilere eşlik eden ek anomali, genetik tanı ve gebelik sonuçlarını incelemeyi amaçladık. Materyal-Metod: 2015-2020 arasında prenatal GA tanısı koyulmuş fetüslerin ultrason bulguları bilgisayar sistemindeki rapor kayıtları üzerinden, prenatal genetik tanıları genetik dosyalarından retrospektif olarak incelendi. Postnatal tanımlar ailelerle yapılan görüşmelerle pediatrik üroloji kayıtlarından elde edildi. Postmortem tanımlar genetik dosya kayıtlarından elde edildi. Postnatal güvenilir verilerine ulaşılamayan 12 fetüs çalışma grubundan çıkarıldı. Hipospadiasların tiplendirilmesi Duckett sınıflamasına göre yapıldı.

Bulgular

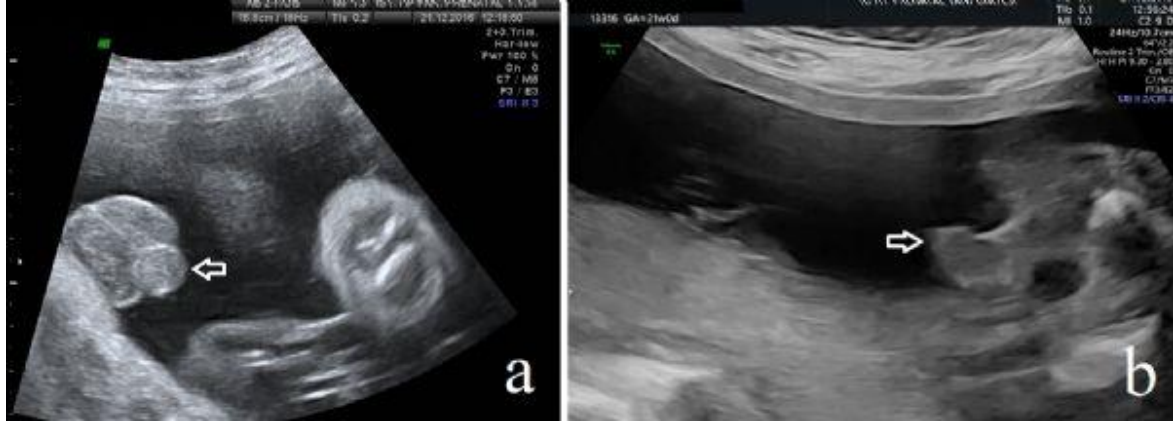
51 fetüse prenatal dönemde GA teşhisi koyuldu. Postnatal ürolojik veya genetik muayene sonuçlarına ulaşılabilen 39 fetüs çalışmaya dahil edildi. Tanıda ortalama gebelik haftaları 24 idi. Bu fetüslerin 25'i hipospadias, 6'sı ambigu genitalya (AG), 2'si mikropenis (Resim 1a), 3'ü penoskrotal transpozisyon (Resim 1b), 1'i kliteromegali ön tanısı almıştı. Genital anomaliler için ultrasonun pozitif prediktif değeri %84 idi. Hipospadiaslar için ultrasonun pozitif prediktif değeri %80 idi. Tulip sign saptanan fetüslerin 7 tanesi (%77) postnatal muayenede proksimal hipospadias tanısı aldı (Resim 2a). AG tanısı koyulanlardan sadece 1 tanesi postnatal AG tanısı aldı. Prenatalde mikropenis tanısı alanlardan biri postnatalde ağır hipospadias, diğeri mikropenis tanısı aldı. Diğer prenatal tanımlarımız penoskrotal transpozisyon, kliteromegali ve epispadias idi. Prenatal tanımlar ve postnatal sonuçlar tablo 1'de özetlenmiştir. GA öntanımlı fetüslerden 4'ünde ağır fetal büyüme kısıtlılığı vardı. Bu fetüslerin hepsi hipospadias grubunda idi. 13 fetüste izole genital anomali mevcutken; 18 fetüste, sıklık sırasıyla üriner sistem, santral sinir sistemi, inguinal herni, kriptorşitizm, metabolik hastalıklar, kardiyak, gastrointestinal sistem, iskelet sistemi, omfalosel, VACTERL saptandı.

Sonuç

GA'de ultrasonun pozitif prediktif değeri %80 olarak saptandı. Postnatal hipospadias tanımlarının %83'ünde, penoskrotal transpozisyonluların %100'ünde prenatal ultrason doğru tanı koyabildi. Postnatal serilerde hipospadiasların %70'inin distal tipte olmasına rağmen hastalarımızdaki hipospadiasların % 75'inin proksimal olması, beklendiği gibi distal tiplerin (Resim 2b) özellikle ek anomali olmadığında tanıdan kaçtığını düşündürmektedir.

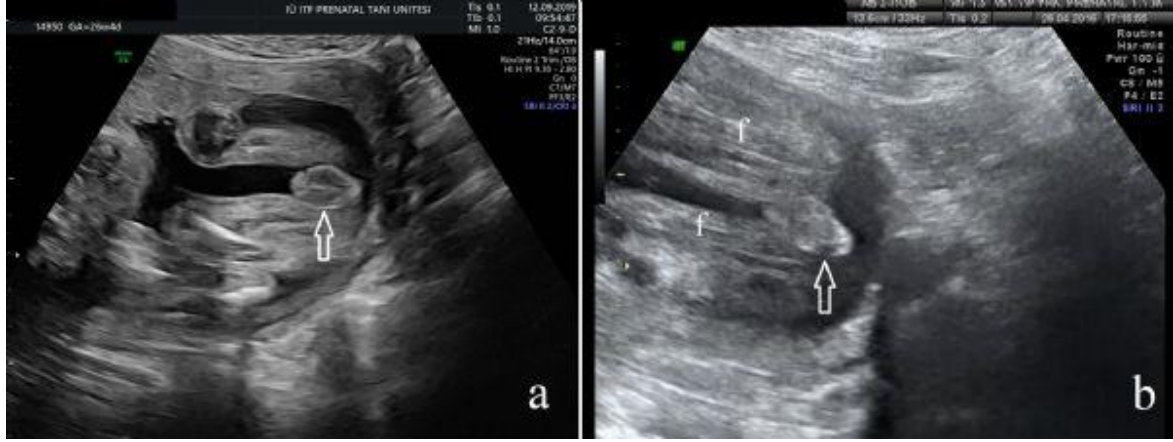
Anahtar Kelimeler: Genital anomali, hipospadias, ambigu genitalya, penoskrotal transpozisyon, mikropenis

2a,b



2a. Tulip sign, proksimal hipospadias, 2b. Penil kurvatur, distal hipospadias

Resim 1a,b



1a Mikropenis, 1b Penoskrotal transpozisyon

Tablo 1

PRENATAL TANI	GENETİK CİNSİYET TAYİNİ (GCT)	POSTNATAL TANI
Hipospadias: n=25	46,XY: 16 46, XX:0 çalışılmamış:9	Kloaka persistansı- ambigu: 1 (46, XY) Normal dişi: 3 (GCT yok: 2, 46,XX: 1) Hipospadias: 2 (proksimal tip) (46, XY:2)
Mikropenis: n=2	46, XY: 1 çalışılmamış: 1	Mikropenis: 1 (GCT yok) Hipospadias: 1 (46, XY:1)
Penoskrotal transpozisyon: n=3	46, XY: 2 çalışılmamış: 1	Penoskrotal transpozisyon: 2 (46 XY:1, GCT yok:1) Perineal hipospadias: 1 (46, XY)
Klitteromegali: n=1	46, XX	Normal dişi
Epispadias: n=2	46, XY:1 çalışılmamış:1	Epispadias, ekstrofia vezika:2
Ambigus genitalya: n=6	46, XY: 3 46, XX: 1 çalışılmamış:2	Kloaka persistansı- ambigu: 1 (46, XY) Normal dişi: 3 (GCT yok: 2, 46,XX: 1) Hipospadias: 2 (proksimal tip) (46, XY:2)

Genital anomalilerde prenatal tanılar ve genetik cinsiyet sonuçlarıyla postnatal tanıların karşılaştırılması

İzole Aberran Sağ Subklavyen Arter Down Sendromu İçin Bir Belirteç Midir?

Özgür Kara

Hatay Devlet Hastanesi, Antakya/ HATAY

Amaç

Aberran sağ subklavyen arter (ARSA), nadir görülen ve genellikle asemptomatik seyir gösteren konjenital bir vasküler anomalidir. ARSA midtrimester ultrasonografik fetal anatomi taramasında kullanılan hafif belirteçlerden bir tanesidir ve Down Sendromu ile ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmanın amacı gebe popülasyonunda izole ARSA sıklığını saptamak ve izole ARSA saptanan olgularda Down Sendromu riskini belirlemektir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma tek merkezli retrospektif bir çalışmadır. Eylül 2018-Haziran 2020 tarihleri arasında 6668 gebe 17-28. gebelik haftaları arasında ikinci trimester anomali taraması amaçlı aynı hekim tarafından değerlendirilmiştir. İzole ARSA tespit edilen tüm hastalara invaziv tanı testi önerilmiştir. Tanı testi yaptırmayan hastalara doğum sonrası telefon ile ulaşılmıştır. Takip süresi 3 ay ile 15 ay arasındadır.

Bulgular

Toplam 6668 gebe değerlendirilmiştir. Gebelerin yaş ortalaması 27,72 yıldır. 54 (%0,8) hastada izole ARSA saptanmıştır. 51 (%94,4) hastanın bilgilerine ulaşılmıştır. Bu 51 gebeden 9 (%17,6) tanesinde amniyosentez ile fetal karyotiplendirme yapılmıştır. Fetüste izole ARSA saptanan annelerin yaş ortalaması 29,14 yıldır. Tanı esnasında ortalama gebelik haftası 23 hafta 1 gün olarak saptanmıştır. Bu 51 fetüsün sadece 1 (%1,9) tanesinde Down sendromu tespit edilmiştir.

Sonuç

Fetal anomali taramasında izole ARSA saptanması üzerine ek bulgu yokluğunda nadiren kromozomal anomali saptanmaktadır ve fetal karyotiplendirme önerilmesi gerekmemektedir. Aileye mevcut veriler ışığında genetic danışmanlık verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: aberran sağ subklavyen arter, anomali taraması, down sendromu, prenatal diagnoz, trizomi 21

Sakrokoksigeal Teratom Saptanan Gebelerde Perinatal ve Postnatal Sonuçların Değerlendirilmesi

Özge Kahramanoğlu¹, Oya Demirci¹, Ayşenur Celayir²

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

²2 SBÜ, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Amaç

Antenatal dönemde sakrokoksigeal teratom saptanan fetüslerin perinatal ve postnatal sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem

2014-2020 yılları arasında kliniğimize başvuran ve ultrason ile sakrokoksigeal teratom olarak değerlendirilen hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların tanı anındaki gebelik haftası, kitlenin boyutu, solid veya kistik yapıda olması, amniyon mai miktarı, hidrops bulguları, ek fetal yapısal veya kromozomal anomali varlığı not edilmiştir. Sakrokoksigeal teratomlar 4 kategoride sınıflandırılmıştır: tip 1 tümörler minimal presakral komponentle birlikte dominant olarak eksternal yerleşimli, tip 2 tümörler belirgin presakral komponentle birlikte dominant olarak eksternal yerleşimli, tip 3 tümörler abdominal yayılımla birlikte dominant olarak internal yerleşimli ve tip 4 tümörler tamamen internal yerleşimli olanlar olarak değerlendirilmiştir. Tüm ultrason değerlendirmeleri aynı perinatoloji ekibi tarafından yapılmıştır.

Bulgular

Ultrason ile sakrokoksigeal teratom tanısı alan ve postnatal olarak tanısı doğrulanan 24 hasta çalışmaya dahil edildi. Tanı sonrası termine edilen 2 hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların tanı anındaki ortalama gebelik haftası 25.1 ± 3.3 olarak saptandı. 1 fetüste hidrops bulguları görüldü. Fetüslerin 5'inde sakrokoksigeal teratomla birlikte ek anomali izlendi. 22 hastanın 9 tanesi tip 1, 10 tanesi tip 2, 2 tanesi tip 3, 1 tanesi tip 4 teratom olarak tanı aldı. Kitlelerin 5'i kistik, 2'si solid ve 15'i mikst komponentli olarak saptandı. Hastaların hepsi sezaryen doğum ile doğurtuldu. Hastaların 10'u miadında doğurtuldu. 4 fetus doğumdan sonraki 3 gün içerisinde herhangi bir operasyon geçirmeden kaybedildi. 18 fetus doğumdan sonraki ilk bir hafta içerisinde opere edildi, 2'si operasyondan sonra kaybedildi. 16 fetüste operasyon sonrası sekel saptanmadı. Neonatal ölüm gerçekleşen 6 olgu, geri kalan 16 olgu ile karşılaştırıldığında, iki grup arasında tümör boyutu ve ek anomali varlığı açısından anlamlı fark saptandı (Tablo 2).

Sonuç

Ultrason ile sakrokoksigeal teratom tanısının diagnostik başarısı oldukça yüksek olup antenatal tanı doğum şekli ve doğum sonrası operasyonun planlanması açısından çok değerlidir. Tümör boyutu büyük olan ve ek anomali barındıran fetüslerde prognoz daha kötüdür.

Anahtar Kelimeler: hidrops, plasentomegali, polihidramnios, sakrokoksigeal teratom, sezaryen

Çalışma grubunun karakteristikleri

Karakteristikler	Çalışma grubu (n=22)
	Ortalama (aralık)
Maternal yaş, yıl	27.8 (18-42)
Gestasyonel yaş, hafta	25.1 (16.6-36.5)
Doğumdaki tümör boyutu, mm	101.6 (18-250)
	n (%)
Cinsiyet	
Kız	14 (63.6)
Erkek	8 (36.4)
Tümör tipi	
I	9 (40.9)
II	10 (45.5)
III	2 (9.1)
IV	1 (4.5)
Komponent	
Kistik	5 (22.7)
Solid	2 (9.1)
Mikst	15 (68.2)
Ek anomali varlığı	5 (22.7)
Hidrops	1 (4.5)
Plasentomegali	2 (9.1)
Polihidramnios	6 (27.3)

Gebelik Sonuçları

Karakteristikler	Neonatal Ölüm (n=6)	Neonatal Sağkalım(n=16)	p
	Ortalama (aralık)	Ortalama (aralık)	
Tümör boyutu, cm	156.6 (90-250)	81 (18-162)	0.01
	n (%)	n (%)	
Doğum anındaki gestasyonel yaş,hafta			NS
24-28	2 (33.3)	1 (6.2)	
28-32	2 (33.3)	2 (12.5)	
32-36	1 (16.6)	3 (18.8)	
>37	1(16.6)	10 (62.5)	
Tümör tipi			NS
I	1 (16.6)	8 (50)	
II	3 (50)	7 (43.8)	
III	1 (16.6)	1 (6.2)	
IV	1 (16.6)	0	
Komponent			NS
Kistik	0	5 (31.3)	
Solid	1 (16.6)	1 (6.2)	
Mikst	5 (83.7)	10 (62.5)	
Ek anomali varlığı	4 (66.6)	1 (6.2)	<0.01
Hidrops	1 (16.6)	0	NS
Plasentomegali	1 (16.6)	1 (6.2)	NS
Polihidramnios	4 (66.6)	2 (12.5)	0.02
Immature teratom	1 (16.6)	0	NS
Total	6 (100)	16 (100)	

Plasenta Dekolmanı ile Maternal Serum Alfa-Fetoprotein (MSAFP) Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Orhan Altınboğa

Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bölümü

Amaç

Çalışmamızda plasenta dekolmanı tanısı konulan hastalarda maternal serum alfa-fetoprotein (MSAFP) düzeyleri ile maternal, fetal ve neonatal sonuçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem

Bu prospektif vaka-kontrol, kohort çalışmaya, Ocak 2018-Ocak 2019 döneminde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Perinatoloji kliniğine başvuran, 34 hafta ve üzeri plasenta dekolmanı tanısı ile sezaryen doğuma alınan 40 hasta ile ek sistemik patolojisi bulunmayan, elektif koşullarda sezaryene alınan sağlıklı 41 hasta dahil edildi. Hastalara ait demografik veriler, MSAFP düzeyleri ve neonatal sonuçlar karşılaştırıldı. Verilerin analizi SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnow/Shapiro-Wilk testleri kullanılarak değerlendirildi. Non-parametrik sayısal veriler için Mann-Whitney U testi, parametrik sayısal veriler için Student T-testi uygulandı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare (χ^2) veya Fisher's χ^2 testleri kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

MSAFP düzeyleri dekolman grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek tespit edildi (299.1 ± 214 , 156.2 ± 52.3 , $p=0.012$, sırasıyla). Neonatal sonuçlarda ise, doğum ağırlığı, 1. ve 5. dk APGAR skorları dekolman grubunda kontrol grubuna göre daha düşük ($p=0.025$, $p<0.001$, sırasıyla), yenidoğan yoğun bakım (NICU) gereksinimi ve NICU yatış süresi dekolman grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek tespit edildi ($p=0.017$, $p=0.002$, sırasıyla). MSAFP düzeyleri ile 1. ve 5. dk APGAR skorları arasında ters yönlü korelasyon görüldü ($p<0.001$ ve $p=0.001$).

Sonuç

Plasenta dekolmanı son trimester kanamalarının en önemli nedenlerinden biri olup, maternal ve perinatal mortalite ve morbitideyle ilişkili gebeliğin ciddi bir komplikasyonudur. Olgularının %50'sinden fazlası ultrasonografi ile (USG) tanınamamakta ve normal USG bulguları saptansa dahi tanısı dışlanamamaktadır. Çalışmamızdan elde edilen veriler basit, ucuz ve hızlı bir test olan MSAFP'nin plasenta dekolmanı klinik yönetiminde ve neonatal prognozun öngörüsünde kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dekolman, maternal, MSAFP, neonatal, plasenta

Modifiye Misgav-Ladach Sezaryen Tekniği, klasik Pfannenstiel-Kerr Tekniğine Tercih Edilebilir Mi?Engin Türkgeldi¹, Lale Susan Karakış², Ceren Ünal¹, Şule Yıldız¹¹Koç Üniversitesi Hastanesi²Bahçeci Fulya Tüp Bebek Merkezi**Amaç**

Bu prospektif kohort çalışmada, Pfannenstiel-Kerr (PK) ve modifiye Misgav-Ladach (MML) sezaryen tekniklerinin kısa ve uzun dönem postoperatif ağrı, operasyon süresi, kan kaybı, ve postoperatif komplikasyonlar açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem

Çalışmaya Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Mayıs 2009 - Mayıs 2010 tarihleri arasında sezaryen doğum endikasyonu verilen, 32. gestasyonel haftadan büyük 100 tekil gebe dahil edildi. PK ve MML sezaryen teknikleri literatüre uygun olarak gerçekleştirildi. Hastaların demografik bilgileri, cilt kesisinden doğuma kadar geçen süre, toplam operasyon süresi, preoperatif ve postoperatif 1. gün hemoglobin-hematokrit değerleri ve postoperatif ateş, cerrahi alan enfeksiyonu, kan transfüzyonu ihtiyacı kaydedildi. Postoperatif birinci, üçüncü, otuzuncu ve doksanınıcı günlerde hastalardan ağrı seviyelerini 10 üzerinden değerlendirmeleri istendi. VAS (Vizüel Ağrı Skalası) skoru kaydedildi. Sürekli değişkenler dağılımlarına göre Student-t veya Mann-Whitney U testleriyle değerlendirildi.

Bulgular

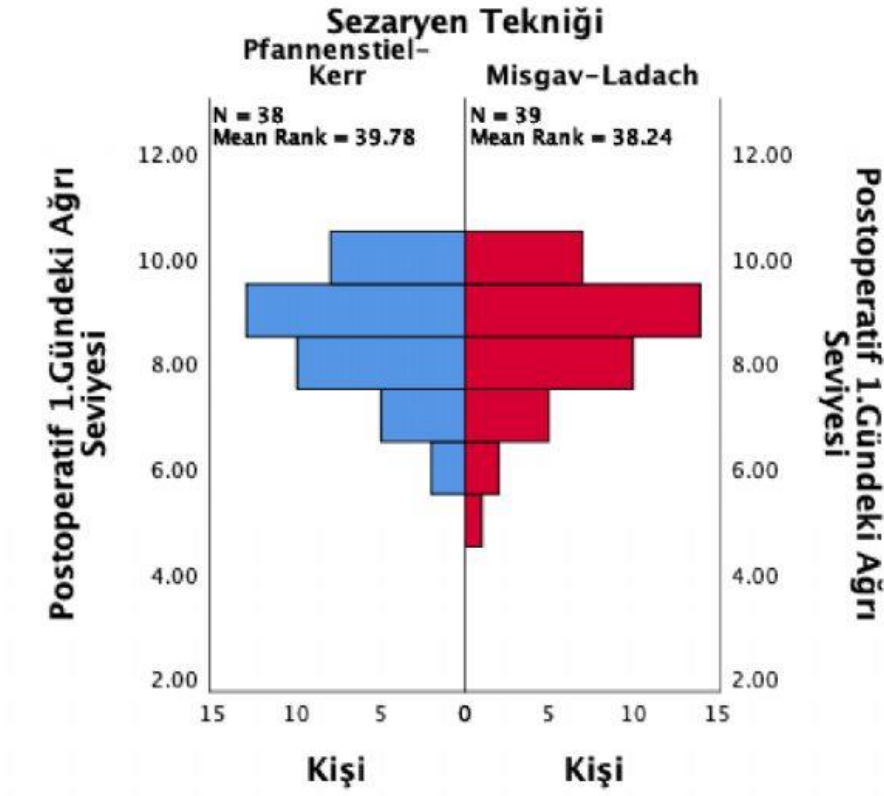
Takiplerini tamamlamayan 23 hasta analize alınmadı. Hastaların bazal karakteristikleri iki grupta benzerdi. PK ve MML gruplarındaki ortalama VAS ağrı skorları postoperatif 1. Gün (sırasıyla 8.53 ve 8.41, p=0.76), 3. Gün (sırasıyla 5.16 ve 5.33, p=0.69), 30. Gün (sırasıyla 0.90 ve 0.82, p=0.86) ve 90. Gün (sırasıyla 0.21 ve 0.18, p=0.95) benzer bulundu. Preoperatif ve postoperatif 1. gün hematokrit farkı PK grubunda %4.92, MML grubunda %4.68 olup benzerdi (p=0.26). Doğuma kadar geçen süre (3.81 ve 2.78 dakika, p <0.05) ve toplam operasyon süresi (33.03 ve 21.79 dakika, p <0.05) MML tekniğinde anlamlı olarak daha kısa bulundu. PK ve MML gruplarında postoperatif ateş (sırasıyla 3 ve 4 kişi, p=0.72), cerrahi alan enfeksiyonu (sırasıyla 1 ve 2 kişi, p=0.57) ve eritrosit süspansiyonu transfüzyonu ihtiyacı (sırasıyla 5 ve 4 kişi, p=0.72) benzer bulundu.

Sonuç

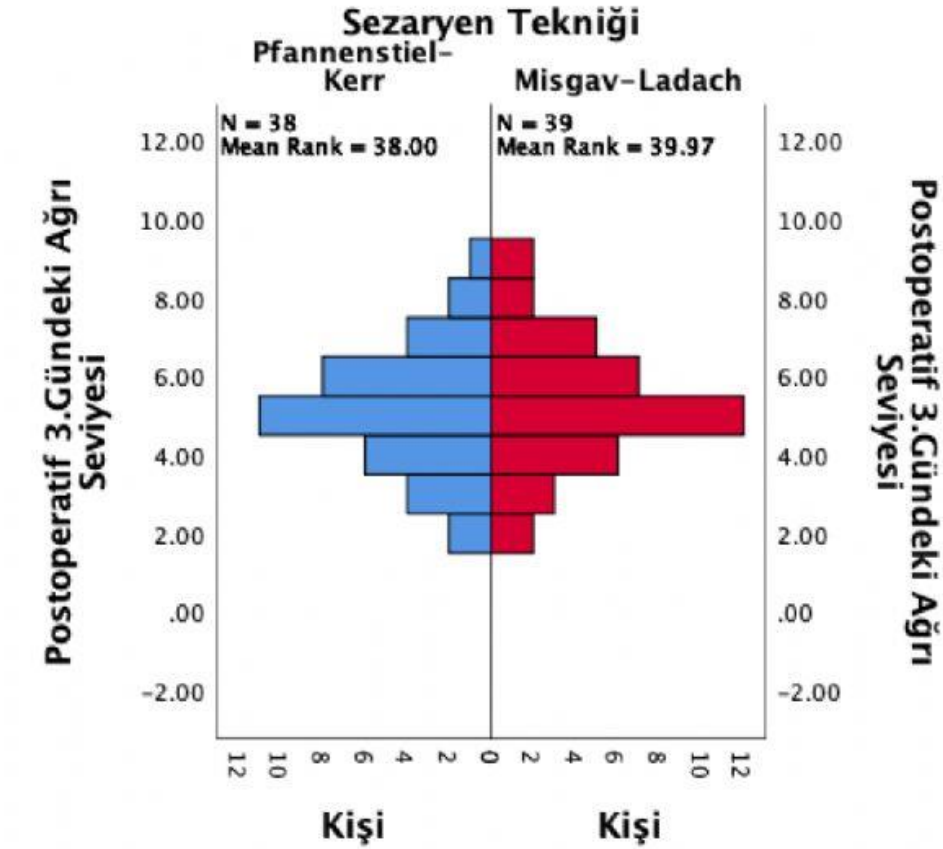
İki teknik kısa ve uzun dönem ağrı, kan kaybı ve komplikasyonlar yönlerinden benzerlik göstermiştir. Doğuma kadar geçen süre ve toplam operasyon süresi MML tekniğinde daha kısa bulunmuştur. MML tekniği, özellikle acil operasyonlarda güvenli bir seçenek olarak tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: ağrı, kanama, Misgav-Ladach, Pfannenstiel-Kerr, sezaryen, süre

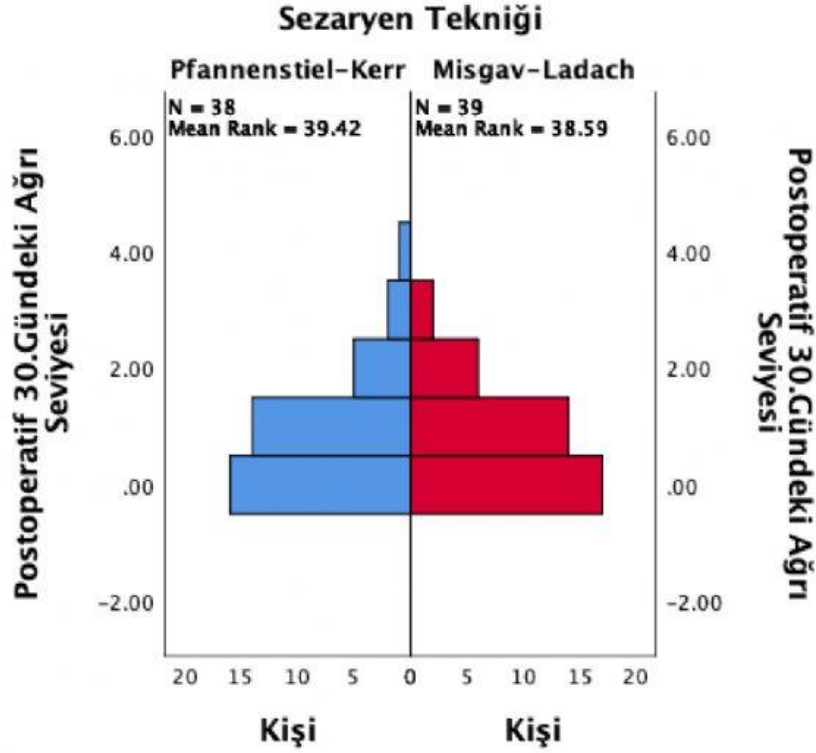
Postoperatif 1. gündeki ağrı seviyelerinin karşılaştırılması



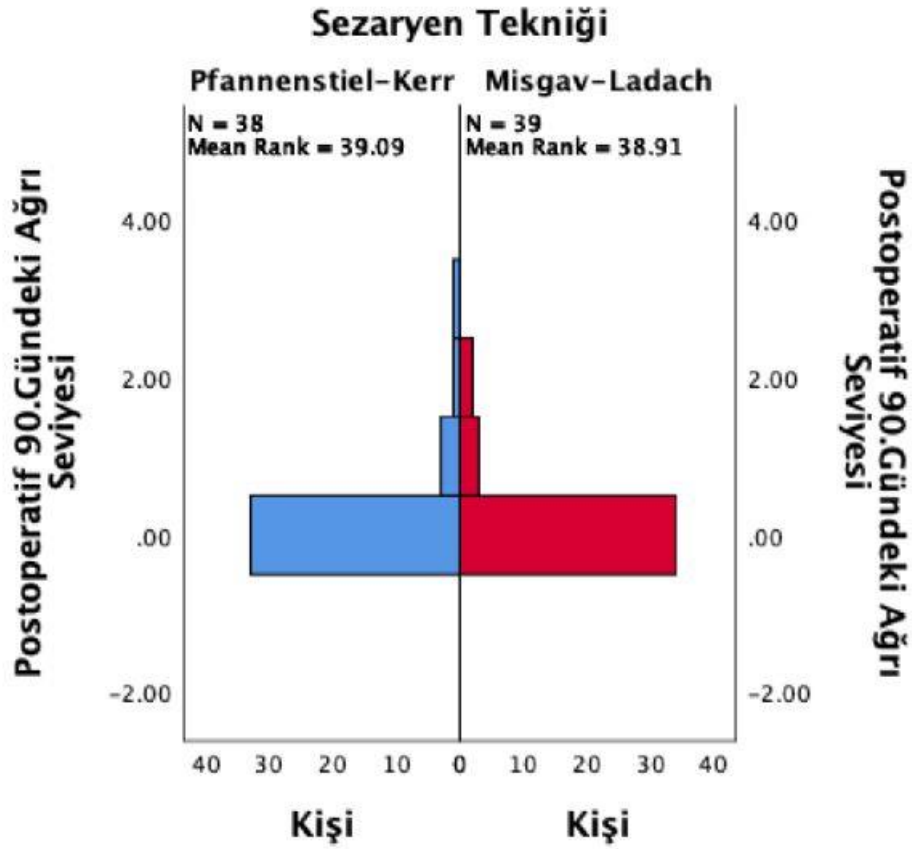
Postoperatif 3. gündeki ağrı seviyelerinin karşılaştırılması



Postoperatif 30. gündeki ağrı seviyelerinin karşılaştırılması



Postoperatif 90. gündeki ağrı seviyelerinin karşılaştırılması



Miad Gebeliklerde Kornual Yerleşim Gösteren Plasental Anomalilerin Vajinal Doğum Sonrası Yönetimi

Pınar Kırıcı

Adıyaman Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Adıyaman

Giriş-Amaç

Plasental yerleşimi kornual bölgede bulunan gebelerde vajinal doğum sonrası plasenta çıkarılmasının vakalara göre sunulmasını amaçladık.

Material Metod

2017-2019 yılları arasında plasental yerleşimi kornual bölgede bulunan, toplam 31 vakanın, dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Vakaların tanısı doğum sonrası plasenta çıkarılması sırasında yaşanan zorluk sonrası yapılan transabdominal USG ile konuldu. Tanı kriterinde plasentanın en az % 50 sinin kavite dışında kornual bölgede olması ve kornual myometrial kas tabakasının diğer kornual bölge kas tabakasına göre belirgin ince olması kriterlerine göre belirlenmiştir. Tüm gebelere plasental ayrılma için fundal masaj, vajinal cytotec ve İV sympitan infüzyon tedavisi uygulanmıştır. Doğum sonrası 18 vakada plasentanın çıkarılması için sedatif anestezi altında elle halas ve venter cerrahi aletle traksiyon uygulanarak plasentanın çıkarılması yapıldı (Grup 1). Diğer 13 vakada ise 24-48 saat bekleme yaklaşımı ile plasentanın spontan kornual bölgeden ayrılması beklenmiştir (Grup 2).

Bulgular

Her iki grupta da maternal mortalite görülmemiştir. Grup 1 vakalarda doğum sonrası halas tüm gebelerde başarılı olmuş, 2 gebede fokal atoni görülmüştür. Bu hastalarda uterotonik tedaviler ile tedavi edilmiştir. Grup 2 vakalarda bekleme ile 1 hastada post partum ikinci saatte spontan plasental ayrılma görülmüştür. Diğer 12 vakada plasental retansiyon olmuştur. 48 saat bekledikten sonra plasental retansiyon olan tüm hastalara plasentanın çıkarılması için sedatif anestezi altında elle halas ve venter cerrahi aletle traksiyon uygulanarak plasentanın çıkarılması işlemi denendi. 4 hastada retansiyon hali devam etti. Bu 4 hastaya laparotomi uygulandı. Laparotomi uygulanan hastaların dördünde fokal eksizyon ve primer sütürasyon yapılmıştır. Laparotomiye alınan bir vakada ise kanama kontrolünün sağlanamamasına bağlı subtotal histerektomi yapılmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Bu vaka serimize göre kornual yerleşimli plasenta anomalilerinde plasentanın çıkarılması bekleme yaklaşımı ile ayrılmasının çok düşük bir ihtimal olduğunu, plasentanın anestezi altında küretaj aletleri ile çıkarılmasının hasta için daha iyi bir yaklaşım olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kornual Gebelik, Maternal Mortalite, Plasenta, Vajinal Doğum, Venter Cerrahi

Plasenta Anomalilerinde Adezyon Molekölü Olan P-Kaderinin Rolü

Gizem Durmaz¹, Burcu Dinçgez Çakmak¹, Engin Korkmazer², Emin Üstünyurt¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa

²Bursa Özel Esentepe Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Bursa

Amaç

Plasenta akreta spektrumu ve plasenta previa perinatal morbidite ve mortalite ile ilişkili durumlardır. Bunların etiyolojik mekanizmalarının aydınlatılması morbiditenin azaltılmasında son derece önemlidir. Hücre adezyon moleküllerinden olan kaderinler, hücre farklılaşmasında, embriyolojik gelişimde ve inflamatuvar süreçlerde rol oynamaktadır. Ekspresyonlarının trophoblast invazyonunun rol oynadığı erken gebelik kaybında, ektopik gebelikte, preeklampside, gestasyonel trofoblastik hastalıkta değiştiği gösterilmiştir. E-kaderinin plasenta akreta olgularında zayıf eksprese olduğu gösterilmiş olmakla birlikte P-kaderinin bu olgulardaki ekspresyonunu değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Burada, p-kaderinin plasenta anomalilerindeki ekspresyonu araştırılmıştır.

Yöntem

Çalışmamıza Mart 2019 ile 2020 arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğum yapan 150 hasta dahil edildi. Hasta grubu; plasenta invazyon ve migrasyon anomalisi olan 75 hastadan (49 plasenta previa, 26 plasenta akreta spektrumu), kontrol grubu ise plasental bozukluğu olmayan 75 hastadan oluşturuldu. Plasentalardan santral ve periferik örnekler alınarak immünohistokimyasal boyama ile p-kaderin ekspresyonu değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, perioperatif ve perinatal sonuçları kaydedildi. Veriler öncelikle plasenta anomalisi olan grup ile kontrol grubu arasında, daha sonra plasenta akreta ve plasenta previa grupları arasında karşılaştırıldı.

Bulgular

Plasental bozukluğu olan grup ile kontrol grubu arasında yaş, gravida, parite, geçirilmiş uterin cerrahi, doğum haftası ve kilosu, postpartum kanama varlığı, transfüzyon ve histerektomi ihtiyacı açısından anlamlı fark mevcuttu (Tablo 1). P-kaderinin santral ve periferik örneklerdeki boyanmasının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha zayıf olduğu saptandı. Plasenta previa ve akreta spektrumu arasında demografik özellikler, geçirilmiş uterin cerrahi, doğum hafta ve kilosu, postpartum kanama varlığı, transfüzyon ve histerektomi ihtiyacı açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2). P-kaderin ise plasenta previa grubunda akreta spektrumundan daha güçlü boyandı.

Sonuç

P-kaderini invazyon ve migrasyon anomalilerinde değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda hem plasenta anomalileri kontrol grubu ile, hem de plasenta previa ve akreta spektrumları birbirleriyle karşılaştırılmış, P-kaderin ekspresyonunun en fazla kontrol grubunda, en az akreta spektrumu grubunda olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma bize plasenta migrasyon ve invazyon anomalilerinin etiyopatogenezinde endo-miyometrial hasara ek olarak bu hasarlı bölgeden gelen değişmiş adezyon molekül sinyalizasyonunun da etkili olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: hücre adezyon molekülleri, p-kaderin, plasenta akreta spektrumu, plasenta anomalisi, plasenta previa

Plasenta migrasyon ve invazyon anomalisi olan grup ile kontrol grubunun özellikleri

	Plasental Anomali Grubu (n=75)	Kontrol Grubu (n=75)	p
Yaş (yıl)	31(19-42)	24 (14-40)	<0,001
Gravida (n)	3 (1-7)	2 (1-6)	<0,001
Parite (n)	1(0-5)	0(0-5)	<0,001
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	28 (19-35)	27 (16-46)	0,480
Geçirilmiş uterin cerrahi (n,%)	53 (%70,7)	10 (%13,3)	<0,001
Doğum haftası (hafta)	37 (20-40)	39 (30-42)	<0,001
Doğum kilosu (gram)	2720 (560-4340)	3220 (1320-4180)	<0,001
Postpartum kanama varlığı (n,%)	45 (60%)	0(0%)	<0,001
Transfüzyon ihtiyacı (n,%)	42(56%)	0(0%)	<0,001
Histerektomi ihtiyacı (n,%)	18 (24%)	0 (0%)	<0,001
P- kaderin santral boyanma skoru	2(0-4)	3(0-4)	<0,001
P- kaderin periferik boyanma skoru	1(0-4)	3(0-4)	<0,001

Plasenta previa ve akreta spektrumu gruplarının özellikleri

	Plasenta Previa Grubu (n=49)	Plasenta Akreata Spektrumu Grubu (n=26)	P
Yaş (yıl)	31,18±5,79	31,69±6,05	0,723
Gravida (n)	2 (1-7)	3 (1-6)	0,441
Parite (n)	1 (0-4)	2 (0-5)	0,348
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	27,55±3,37	28,26±3,79	0,403
Geçirilmiş uterin cerrahi (n,%)	35 (%71,4)	18 (%69,2)	1,00
Doğum haftası (hafta)	37 (20-40)	36 (32-39)	0,093
Doğum kilosu (gram)	2720 (560-3920)	2750 (1820-4340)	0,616
Postpartum kanama varlığı (n,%)	29 (59,2%)	16 (61,5%)	1,00
Transfüzyon ihtiyacı (n,%)	27 (55,1%)	15 (57,7%)	1,00
Histerektomi ihtiyacı (n,%)	8 (16,3%)	10 (38,5%)	0,064
P- kaderin santral boyanma skoru	3 (0-4)	1 (0-4)	0,048
P- kaderin periferik boyanma skoru	1 (0-4)	0,5 (0-3)	0,043

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu Nedeniyle Kadavradan Uterus Nakli Yapılan Anneden Doğan Prematür Yenidoğanın Takibi

Hakan Ongun¹, İpek Acarbulut¹, Celal Sağlam¹, Zeynep Kızırtı¹, Kıymet Çelik¹, Sema Arayıcı¹, Nasuh Utku Doğan², İnanç Mendilcioğlu², Özlenen Özkan³, Ömer Özkan³, Nihal Oygür¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

Amaç-Yöntem

Üreme tıbbında gelişmelere rağmen, uterus içi faktöre bağlı infertilite ciddi bir problemdir. Uterus nakli ise potansiyel bir tedavi seçeneği olarak kabul edilir.

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sendromuna bağlı primer amenore ve infertilitesi nedeniyle, kadavradan uterus nakli yapılan ve in-vitro-fertilizasyon (IVF) yöntemiyle konsepsiyon sağlanan anneden doğan preterm yenidoğanın prenatal-natal-postnatal süreçleri incelenmiştir. Bulgular: 29 yaşındaki anneden, tekrarlayan gebelikler sonrası, gebelik hipertansiyonu, erken membran rüptürü ve intrauterin gelişme geriliği nedeniyle, son adet tarihine göre 28 haftalık, 760 gram olarak, sezaryen ile doğdu.

Prenatal öyküde, anneye Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sendromu nedeniyle kadavradan uterus nakli yapıldığı, tekrarlayan gebelik süreçlerine karşın tüm gebeliklerin intrauterin dönemde abortus ile sonuçlandığı, mevcut gebeliğinde de, konsepsiyonun in-vitro-fertilizasyon ile gerçekleştiği öğrenildi. Düzenli antenatal takiplerin yapıldığı, Takrolimus, azatioprin ve prednizolon şeklinde üçlü immüsupresif tedavisi aldığı, 18.haftada gerçekleşen erken membran rüptürü ve intrauterin gelişme geriliği nedeniyle iki kür antenatal steroid (betametazon) uygulandığı kaydedildi.

Doğum sonrası 1.-5.dakika Apgar skorları 7/8 olan hasta yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YYBÜ) yatırıldı. Solunum sıkıntısı nedeniyle LİSA yöntemiyle sürfaktan uygulandı. Entübasyon ihtiyacı olmaksızın toplam 26 gün noninvazif pozitif basınçlı ventilasyon, 15 gün nazal CPAP ve 4 gün kask içi oksijen olmak üzere 45 gün oksijen desteği aldı. Minimal enteral yolla ilk günden itibaren beslenmesi başlanan hastada 13.gün tam enteral beslenmeye geçildi. Medikal tedavi gerektirmeyen küçük PDA ve ASD dışında, transfontanel ultrason ile yapılan santral görüntülemelerinde prematüre-ilişkili sorunlara rastlanmadı. Takiplerde tek taraflı redükte edilebilen inguinal herni nedeniyle çocuk cerrahi bölümünce opere edildi. Taramalarda cerrahi müdahale gerektirmeyen bilateral Zone-2, Evre-1 (plus yok) prematüre retinopatisi ile bilateral tip-4 gelişimsel kalça displazisi saptandı.

Hasta 79 gün süren yoğun bakım takibi sonrası 2475 gram olarak şifa ile hastaneden taburcu edildi. Halen yenidoğan, çocuk nöroloji, göz hastalıkları, ortopedi, çocuk cerrahisi bölümlerince ayaktan poliklinik kontrollerine devam edilmektedir.

Sonuç

Uterus nakli hayat kurtarıcı olmayan ilk geçici nakil türüdür. Uterus nedenli infertilite yaşayan hastalarda potansiyel bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: Uterus nakli, infertilite, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sendromu, preterm doğum, yenidoğan yoğun bakım

Loop Eksizyon Uygulamaları Erken Dönem Gebelik Mortalitesi Üzerine Herhangi Bir Etki Yaratır Mı?

Ali Gemicı¹, Fırat Tülek²

¹Özel Güven Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Ankara

²Özel Memorial Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Ataşehir İstanbul

Giriş

Servikal kanser taramalarının yaygınlaşması ve toplumdaki serviks kanseri farkındalığının artması neticesinde servikal patolojilerin tanımlanma sıklığında artış mevcuttur. Bu da servikse uygulanan cerrahi müdahale sıklığını arttırmıştır. Loop eksizyon tedavi amacıyla en sık yapılan cerrahi müdahaledir. Loop eksizyon yapılan olguların bir kısmını fertilitesi devam eden kişiler oluşturmaktadır. Yapılan eksizyon işlemi esnasında endoservikal kanalın bir kısmı eksize edilmektedir. Endoservikal kanal sperm seçim mekanizmasında yer alan unsurlardan bir tanesidir. Yapılan bu işlem ile sperm seçim sürecinin etkilenip etkilenmediği bilinmemektedir. Bu noktada biz de servikse yapılan loop eksizyonun erken gebelik mortalitesi üzerine herhangi bir etkisinin olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metod

2013-2020 yılları arasında CIN2-3 nedeniyle toplamda 40 yaş altı 389 loop eksizyon yapılan olgu çalışmaya dahil edildi. Bu hastalardan hastane kayıtları incelenerek işlem sonrası gebelik sonuçları (n:121) aynı dönemde gebe kalan ve loop yapılmayan olgular arasından randomize olarak seçilen (n:300) olgularla karşılaştırıldı.

Sonuçlar

Loop eksizyon yapılan olguların %11,5'i (n:14), kontrol grubunun % 9,3'ü (n:28'i) düşük yaptı p:0.488. Loop eksizyon yapılan olguların %2,4'ünde (n:3), kontrol grubunun %2'sinde (n:6) ektopik gebelik ortaya çıktı p:0.721.

Tartışma

Her ne kadar erken dönem gebelik mortalitesi müdahale yapılan grupta kontrol grubuna kıyasla yüzdesel olarak fazla olarak belirlenmiş olsada istatistiksel anlamda her iki grup benzerdir. Endoservikal kanal eksizyonu bizim yaptığımız çalışmada erken dönem gebelik mortalitesi üzerine olumsuz etki yaratmamıştır. Ancak çeşitli kısıtlılıklar giderildikten sonra yapılacak geniş ölçekli iyi dizayn edilmiş randomize kontrollü çalışmalar ile bu etki daha iyi değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Abortus, ektopik gebelik, erken dönem gebelik mortalitesi, servikal loop eksizyonu, servikal patoloji

İki Grubun Karşılaştırılması

	Loop Yapılan Olgular	Kontrol Grubu	P değeri
Olgu Sayıları	121	300	
Yaş	30.8±4.40	29.5±3.6	0.530
Canlı Doğum Oranı	95/121(%78.5)	243/300(%81)	0.562
Düşük Yapma Oranı	14/121(%11.5)	28/300(%9.3)	0.488
Ektopik Gebelik Oranı	3/121(%2.4)	6/300(%2)	0.721
34. Gebelik Haftasından Önce Doğum Oranı	8/121(%6.6)	17/300(%5.6)	0.710

*Vaka ve kontrol grubunun özelliklerinin ve gebelik sonuçlarının karşılaştırılması * $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı fark var*

A solid orange vertical bar runs along the left edge of the page.

POSTER BİLDİRİLER

İzole Proteinürisi Olan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları

Onur Bektaş

Kızıltepe Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Mardin

Amaç

Proteinüri gebelik boyunca preeklampsii gelişebileceğini mi göstermektedir veya gebeliğin fizyolojik bir böbrek bulgusu mudur hala belirlenememiştir. İzole proteinürinin perinatal sonuçları ve preeklampsii ilişkisi merak konusu olmaya devam etmektedir. Biz de izole proteinürisi olan gebelerin perinatal sonuçlarını inceledik.

Yöntem

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG) tarafından 2013 yılında tanımlanan kriterlere göre preeklampsii tanısı bulunmayan ancak proteinürisi olan 310 gebenin bilgileri retrospektif olarak tarandı. İntrauterin ex fetüs olanlar, renal ve otoimmün hastalığı olanlar, kronik hipertansiyon, gestasyonel diyabet ve üriner sistem enfeksiyonu olan gebeler, çoğul gebelikler hariç tutma kriteri olarak belirlendi. Hastalar proteinüri düzeyine göre sınıflandırıldı, maternal ve perinatal özellikler gruplar arasında değerlendirildi ve 0.05 altındaki p değerleri anlamlı olarak kabul edildi. Bulgular: Yaş, gravida, yaşayan çocuk sayısı, preeklampsii öyküsü, sigara kullanımı oranları ve vücut kitle indeksleri açısından fark bulunamadı. Proteinüri şiddeti ile doğum ağırlığı arasında ters ilişki, fetal distres ile aynı yönde sonuçlara ulaşıldı. Doğum haftası, amniyotik sıvı indeksi arasında anlamlı korelasyon saptanmadı.

Sonuç

Preeklampsii gebelikleri etkileyen, artmış maternal ve perinatal morbidite ve mortalite ile beraber bir hastalıktır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki izole proteinürisi olan gebelerin preeklampsii gelişme ihtimali, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı görülme oranları artmakla birlikte proteinüri şiddeti ile birlikte bu bulguların daha erken haftalarda görülme sıklığı artmaktadır. Daha erken dönemde izole proteinüri saptanan gebelerin antenatal takiplerinin daha sık yapılması önemlidir çünkü bu gebelerin bir kısmı preeklampsii geliştirerek preterm doğumlara yol açabilmektedir. Hastaların yakın takibi erken müdahalesi sebebiyle önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Amniyotik sıvı indeksi, hipertansiyon, perinatal sonuçlar, preeklampsii, proteinüri

Intrauterin Kan Transfüzyonlarında Subgrup Uyuşmazlığı: III. Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimleri

Hakan Ongun, İpek Acarbulut

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç

Yenidoğanın Rh hemolitik hastalığında, yıkım kaskadını başlatan antikorlar en sık Rh (anti-D) antikorlar olmasına rağmen, sub-grup özelliği taşıyan diğer anti-Rh antikorlarsa ağır hemoliz oluşabilir. Rh uyuşmazlığı nedeniyle intrauterin transfüzyon yapılan iki olgunun yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki takiplerini paylaşarak, sub-grup uyuşmazlığının postnatal klinik seyir üzerindeki olumsuz etkilerini inceledik.

Olgu-1

Kardeş ölüm öyküsü (hidrops fetalis), Rh uyuşmazlığı nedeniyle tekrarlayan antenatal intrauterin transfüzyonlar (sadece Rh-anti D bakılarak O Rh - eritrosit süspansiyonu) uygulanmış olan olgu, 32 haftalık, sezeryanla doğdu. Solunum sıkıntısı, hepatosplenomegali, assit saptanan olguda hematokrit:%22, retikülosit:%25.6, trombosit:74.000/mm³, direk coombs(-), total bilirubin 15.19 mg/dl olduğundan kan değişimi uygulandı. Takipte tekrarlayan eritrosit, trombosit süspansiyonları ile iki kez IVIG verildi. Aile taraması yapılan hastanın kan grubunun B Rh pozitif ve 'anti-c' antikor sub-grup uyuşmazlığı olduğu görüldü. On üç gün entübe olarak izlenen olgu yatışının 39.günü taburcu edildi.

Olgu-2

Fetal anemi, polihidroamnioz nedeniyle üç kez, (sadece Rh anti-D bakılarak), O Rh (-) eritrosit süspansiyonuyla intrauterin transfüzyon yapılan olgu, 35 haftalık, sezeryanla doğdu. Solunum sıkıntısı, hepatosplenomegali, assit saptandı. Kan grubu tayininde annenin A Rh (-), bebeğin, intrauterin transfüzyonlar nedeniyle, postnatal O Rh (-) (intrauterin O Rh +), ilk tetkiklerde hematokrit %29, retikülosit: %6.3, direk coombs (+3), total bilirubin 18.8 mg/dl olduğu görüldü. Tekrarlayan kan değişimleri, IVIG tedavilerine rağmen hemoliz devam etti. İleri tetkiklerde 'anti-c' ve 'anti-E' subgrupları pozitif bulundu. Uygun eritrosit/trombosit süspansiyonlarıyla transfüzyonlar yapıldı. Takipte genel durumu bozulan olgu yatışının altıncı günü kaybedildi.

Sonuç

Fetal anemi saptanan olgularda, yapılacak intrauterin transfüzyonların, sadece Rh anti-D antikor değil, diğer sub-grup uyuşmazlıkları açısından da değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: antenatal takip, intrauterin transfüzyon, kan uyuşmazlığı, subgrup, yenidoğan

Nadir Görülen Femur-Fibula-ulna Sendromlu Olgu Sunumu

Cuma Taşın, Revan Sabri Çiftçi

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

Amaç	: Nadir görülen Femur-Fibula-Ulna Sendromlu olguyu sunma
Yöntem	: İkili test zamanı yapılan ultrasonografide saptanan anomaliler
Bulgular	: 27 yaşında ilk gebeliği olan hasta SAT göre 13 hafta 5 gün
Kombine risk	: <1/10000
ikili test	: <1/10000
Yaş riski	: 1/851
Trizomi 13/18 riski	: <1/10000
BPD	: 14 hafta 4 gün
HC	:14 hafta 4 gün
AC	:14 hafta 4 gün
FL	: sol 13 hafta 4 gün, sağ izlenmedi
HL	: 14 hafta

sağ üst ekstremitde de ulna izlenmedi, sol elde oligodaktili,
sol üst ulna ve radius izlendi.
sağ alt ekstremitde clup foot
sol alt tibia izlenmedi.

Sonuç

Hastaya fetusta multipl anomali olduğundan ileri genetik inceleme önerildi. Hasta tahliye ve genetik inceleme istemedi. Dış merkezde gebeliği sonlandırmış. genetik inceleme yaptırmamış

Anahtar Kelimeler: Ekstremit Anomalisi, Femur-Fibula-Ulna Sendromlu, Fetal anomali, ikili test, Ultrasonografi

Clup Foot



Tibia Fibula Agenezisi



Ulna Agenezisi



Pelvik Organ Prolapsusu Olan Gebenin Yönetimi: Nasıl Doğurtalım? Ne Zaman Opere Edelim ?

Adeviye Elçi Atilgan

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

Amaç

Gebelikte pelvik organ prolapsusu insidansı 1/10.000 - 1/15.000'dir. Zor doğumlar bunun nedeni olabileceği gibi, gebeliğin kendisi de hormonal değişimle ligament ve fasyalarda gevşemeye neden olarak prolapsusa neden olabilir. Biz burada gebelikte yeni ortaya çıkan uterine prolapsus ve daha önceden uterine prolapsusu olup üzerine gebeliğin oluştuğu 2 olgunun yönetimini sunmayı hedefledik:

Gereç ve Yöntemler

Olgu-1: 34 yaşında, önceden 3000gr komplikasyonsuz vajinal doğum öyküsü olan hasta, vajinada kitle şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muaynesinde uluslararası Pelvik organ prolapsusu evreleme sistemine (POP-Q) göre Evre-2 uterine prolapsus (C:0, Aa:-2, Ba:-1, Ap:-2, Bp:-1 POP-Q-IIC) tesbit edildi. Hastaya Laparoskopik Sakrokolpopeksi operasyonu planlandı, ancak hasta ameliyat gününden önce istemeden gebe kaldı. Kendisine yatak istirahati ve yakın izlem önerildi. Prolapsusun zamanla spontan redükte olduğu gözlemlendi. 20.hafta kontrolünde C:-3 olarak ölçüldü. Hastaya normal doğum sırasında prolapsus nedeniyle distosi, uterine rüptür gibi riskler anlatılarak, 38. haftada elektif sezeryana alındı. Postpartum 12 aylık izlemde prolapsusunun nüks etmediği izlendi.

Olgu-2: 36 yaşındaki bayan hasta, 24. gebelik haftasında uterine prolapsus gelişmesi nedeniyle yönlendirilmişti. Hastanın 3 gebeliği olup diğer 2 si vajinal yol ile komplikasyonsuz gerçekleştirilmişti. Fizik muaynesinde Evre-3 uterine prolapsus (POP-Q IIC:+2, Aa:-1, Ba:-1, Ap:-2, Bp:-2) saptandı. Hasta sarkmasının ilk kez bu gebeliğinde yeni çıktığını belirtti. Ultrasonografide fetal gelişim haftası ile uyumlu ve amnion sıvısı normal idi. Hastaya vajinadan 4 no-halka Pessier yerleştirilerek pessier bakımı anlatıldı. 2 hafta aralıklarla kontrolü yapılan hastanın 36. haftada sularının gelmesi ve yine vajinal doğum sırasında distosi, uterine rüptür gibi riskler nedeniyle sezeryan ile doğum önerildi. Hastanın sezeryan sırasında sarkmasının da tedavi edilmesini, tekrar ameliyat için gelemeyeceğini belirtmesi üzerine, sezeryan sırasında Lateral uterine süspansiyon yapıldı. Hastanın postoperatif 8 aylık izleminde nüks gelişmedi.

Sonuç

Gebelikte prolapsus, spontan redükte olabileceği gibi, yeni başlangıçlı da olabilir. Her iki durumda da maternal ve fetal komplikasyonları önlemek amaçlı sezeryan ile doğum önerilir. Prolapsusun tedavisi ise genellikle doğum sonrasına bırakılsa da, Lateral süspansiyon tekniği, Sakrokolpopeksiye göre, komplikasyon riskinin daha düşük olması nedeniyle, uygun hastalarda Sezeryan sırasında uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, distosi, doğum, lateral süspansiyon, pelvik organ prolapsusu, sakrokolpopeksi

Gebelik +POPQevre 3 Uterine Prolapsus



Gebelik +POPQevre 2 Uterine Prolapsus



Gebelikte Levetirasetam Kullanımı Ne Kadar Güvenli?

Hülya Kandemir, Cem Yaşar Sanhal, Mehmet Sakıncı

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Antalya

Giriş

Acheiria, bir veya her iki elin konjenital yokluğudur. Ekstremitte redüksiyon defektleri prevalansı her 20000 doğumda 3-8 iken izole konjenital el malformasyonları 65000'de 1'dir. Acheiria kromozomal veya genetik sebeplerle olabilmekle birlikte izole acheiria, amniotik bant, teratojen maruziyeti, vasküler hasar, inkontinentia pigmenti gibi durumlar da görülebilir. Rutin muayene sırasında ekstremitte yokluğu saptama oranı %5-35, fokomeli saptama oranı %80, el veya ayak yokluğunu saptama oranı %7 olarak bildirilmiştir.

Antiepileptik ilaç kullanımı ile majör fetal malformasyon görülme oranı %9'a kadar çıkmakta olup, bu oran ikinci kuşak antiepileptiklerde daha azdır. Levetirasetam ikinci kuşak antiepileptik ilaçtır ve gebelikte sıklıkla tercih edilmektedir. Genel popülasyonda majör fetal malformasyon oranı %2-3 iken levetirasetam kullanan gebelerde majör fetal malformasyon oranında artış bildirilmemiştir.

Vaka Sunumu

Kliniğimize 20. gebelik haftasında başvuran 35 yaşındaki hastaya ilk kez 19. gebelik haftasında fetal sol el yokluğu tanısı konulmuştu. En son 2 yıl önce epilepsi nöbeti geçiren hasta gebe kalmadan önce kullanmakta olduğu levetirasetam ve 5 mg folik asiti yine tüm gebelik boyunca kullanmıştı. Gebe ile eşi ile arasında akrabalık yok. Gebelikte levetirasetam ve folik asit dışında ilaç kullanımı, radyasyon maruziyeti yok. Sigara, alkol, narkotik madde kullanımı yok. Ultrasonografide fetal sol el bilekten itibaren izlenmedi, ucunda fetal parmaklara ait olabilecek yumuşak doku tomurcukaları izlendi, ek anomali izlenmedi. Amniosentez sonrası yapılan FISH ve ARRAY-CGH normal olarak geldi. Aile, ortopedi ve plastik cerrahi ile konsülte edilip doğum sonrası oluşabilecek sorunlar ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirildi. Hasta ve eşi gebeliğin terminasyonunu istedi.

Sonuç

Gebelikte ilaç tedavisi maternal ve fetal denge sağlanarak verilmelidir. Epileptik hastalara uygun antiepileptik başlanması, ilacın teratojenik riskleri hakkında bilgilendirme ve folat takviyesi için gebelik öncesi değerlendirme yapılmalıdır. Buna rağmen antiepileptik ilaç kullanımı ile majör fetal malformasyon görülme oranı %9'a kadar çıkabilmektedir. Fetal el anomalileri rutin ikinci trimester ultrasonografisinde sıklıkla saptanamamaktadır, ancak dört ekstremitte de morfolojik ve biyometrik olarak dikkatle değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: acheiria, ekstremitte redüksiyonu, levetirasetam, teratojen maruziyeti, majör fetal anomali

Sol Elin Lateral Görüntüsü



Sol Elin Medial Görüntüsü



Ultrason 3D



Ultrason Gri Skala



Didelfis Uterus Erken Term Gebelikte Sezaryen

Ayşe Geren, Aysel Üren

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Müllerian kanal anomalileri (MKA), Müllerian kanallarının anormal embriyolojik gelişiminden kaynaklanan kadın genital sisteminin konjenital kusurlarıdır. "Çift uterus" olarak da bilinen didelphys uterus, MKA'lar arasında en az yaygın olanlardan biridir. Bu rapor, başarılı bir şekilde gebe kalan, gebeliğini termine taşıyan ve herhangi bir önemli komplikasyon olmaksızın sezaryen doğum yapan bir didelphys uterus vakasını tartışmaktadır.

Olgu Sunumu

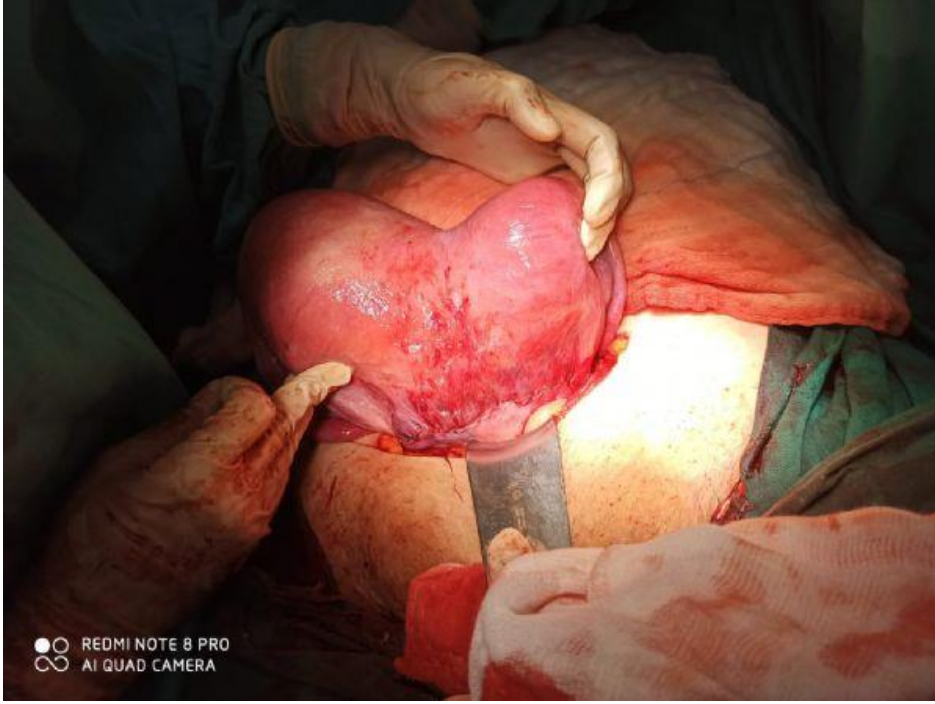
22 yaşında ilk gebelik, öncesinde infertilite abortus öyküsü olmayan bilinen ek hastalığı olmayan son adet tarihine göre 37 hafta 3 gün tekil gebeliği mevcut hasta gestasyonel hipertansiyon nedeniyle kliniğimize dış merkezden yönlendirilmiştir. Hastanın yapılan muayenesinde tansiyon 140/90 mm/Hg, nabız 82/dk ölçüldü. Muayenesinde sağ uterin hornda fetal kalp atımı normal, baş prezente, gebelik haftası ile uyumlu fetus, amniyotik sıvı volümü yeterli izlendi. Tahmini fetal ağırlık 3450 gram ölçüldü. Sol uterin hornda endometrial kalınlık 14 mm olup gebelik izlenmedi. Sağ böbrekte grade 1-2 hidronefroz izlendi. Sol renal pelvis doğal izlendi. Yapılan spekulum değerlendirilmesinde vajen normal anatomide olup, posterior yerleşimli çift serviks izlendi. İki servikte kapalı olup açıklık tespit edilmedi. Hastaya dış merkezde Alfamet 3x1 başlanmış olup tam idrar tetkikinde +2 dipsitick proteinüri olması üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Prodromal bulgu tariflemeyen gebe tansiyon takibi ve regülasyonu amacıyla doğumhaneye yatırıldı. Gebenin laboratuvar parametreleri (hemogram, trombosit, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri) normal aralıkta idi. Doğumhane takiplerinde preeklampsi gelişen hastaya sezaryen yapıldı.

Perioperatif Bulgular

Hasta anestezi altında gerekli alan temizliği ve uygun cerrahi hazırlıklardan sonra phannensteil kesi ile batına girildi. Alt uterin segmente transvers kesi yapıldı. Sağ uterin horndan tek vital baş prezente 3220 gram canlı kız bebek doğurtuldu. Apgar değeri 0. ve 5. dk da 9-10 olarak hesaplandı. Plasenta ve ekleri tam olarak çıkartıldı. Her iki uterin alt segmente kesi yapılması sonucu sol uterin kavitede açıldı. Uterus alt segment çift kat sütüre edildi. Bilateral over ve tuba anatomisi doğal izlendi. Postoperatif tansiyonları regüle olan hasta 3. günde taburcu edildi.

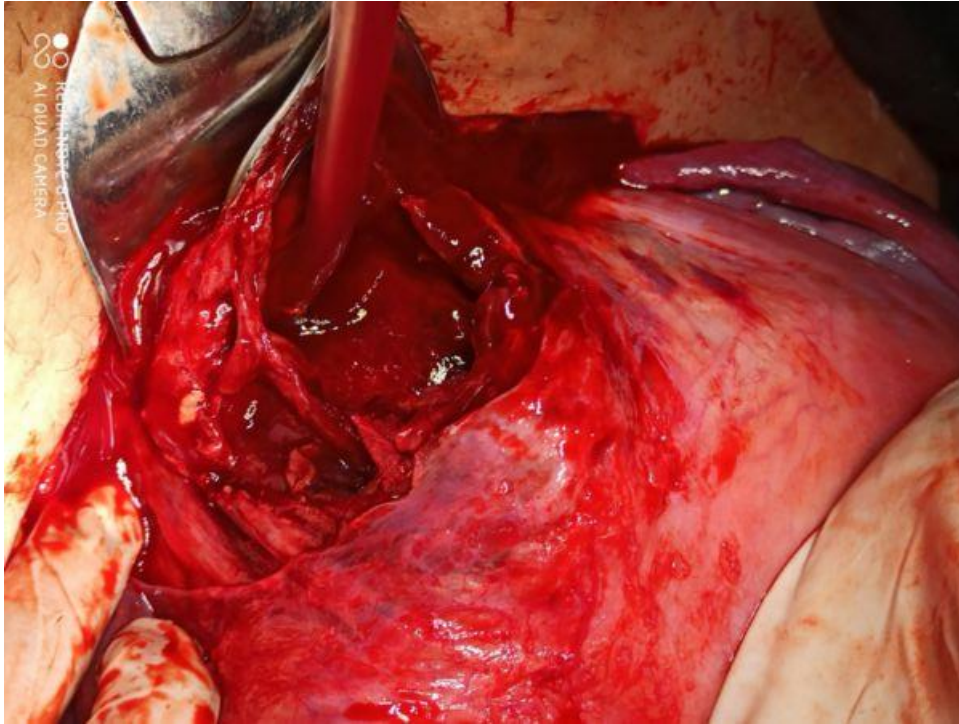
Anahtar Kelimeler: didelphys uterus, gebelik, müllerian kanal anomalisi, sezaryen, preeklampsi

Didelfis Uterus



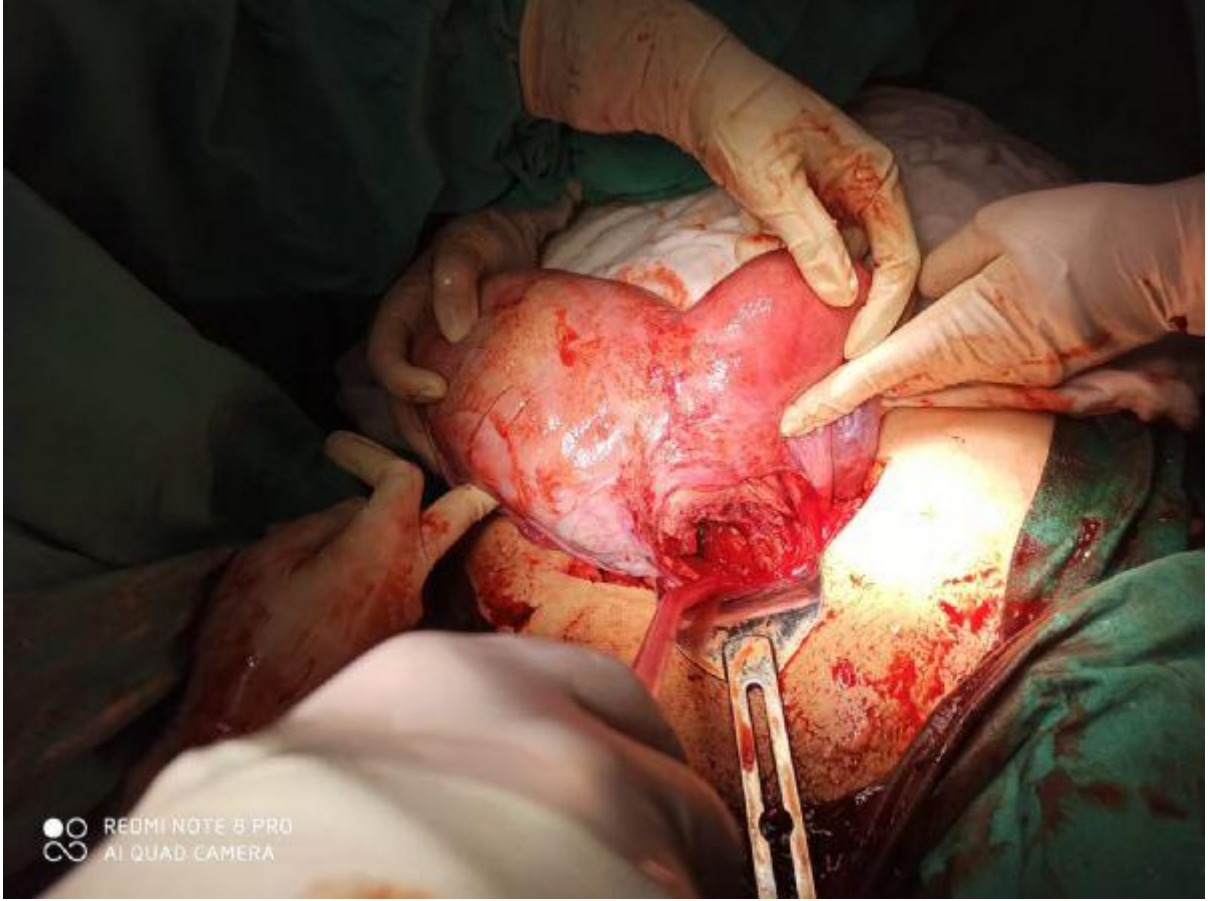
uterus sütürasyonu sonrası görüntüsü

Didelfis Uterus



  ft kavite görüntüsü

Didelfis Uterus



alt segment kesi sonrası intraoperatif görüntüsü

Even-Plus Sendromu İle Uyumlu Nadir Bir Olgu Sunumu

Seval Yılmaz Ergani, Can Tekin İskender, Şevki Çelen, Ali Turhan Çağlar

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum E.A.H.

Bildiri Özeti

Even-Plus sendromu, prenatal başlangıçlı santral sinir sistemi anomalileri, vertebral ve bifid femur gibi epifiz değişiklikleri, mikroti, kardiyak malformasyonlar, anal atrezi, hipodonti ve aplazi cutis gibi bulgularla karakterize bir sendromdur. Burada antenatal dönemde bu sendromla uyumlu nadir bir olgu sunulmaktadır.

Giriş

Even-Plus sendromu, otosomal resesif yolla aktarılan kalıtsal bir sendromdur (1-3). Hastalarda genel bir gelişme geriliği vardır. Yenidoğanda deri malformasyonu, kısa boyun, mikrotia, burun hipoplazisi, bifid femur, mikrognati, hipodonti görülebilir. Corpus callosum agenezisi, beyinde saptanan en önemli anomalidir (1, 2, 4). Mitokondriyal şaperon olarak bilinen ısı şok protein (HSPA9, 600548.0003) genindeki bir mutasyon sonucu bu sendromun meydana geldiği düşünülmektedir.

Olgu Sunumu

26 yaşında Suriyeli hasta, G2A1, 26 haftalık gebeliği olan ek hastalığı veya geçirilmiş operasyonu olmayan hasta dış merkezden hidrosefali nedeniyle yönlendirilmiş. Yapılan ultrasonda; Resim 1’de gösterildiği gibi CSP izlenmedi, bilateral lateral ventriküller dilate kolposefali halinde, korpus kallozum agenetik, Resim 2’deki gibi sağda bifid femur, Resim 3’teki gibi sağ alt ekstremitede fibula yok ve rocker bottom foot ve pes ekinovarus mevcut, posterior fossa ve kalp 4 odacık ve damar çıkışları normal izlendi. Hastaya kordosentez ile karyotip analizi ve mikro-array inceleme önerildi. Yapılan karyotip analizi ve mikro-array incelemesi normal olarak raporlanan hastaya ağır anomaliler nedeniyle terminasyon seçeneği sunuldu. Hastanın ve eşinin kararıyla gebelik 29. haftada termine edildi. Hasta ve eşi otopsi yapılmasını istemedi.

Tartışma ve Sonuç

Prenatal yapılan mikroarray ve karyotipleme yönteminde mitokondriyal hastalıklar için özel gen lokusları taranmadığı için bu vakada da prenatal kesin mitokondriyal genetik hastalık tanısı konulamamış sadece bulgular üzerinden tanı düşünülmüştür. Aile terminasyon sonrasında genetik değerlendirme ve otopsi istemedikleri için mitokondriyal hastalığın kesin genetik tanısı konulamamıştır. Ailede mitokondriyal hastalığa sahip önceden bir çocuk mevcut olsaydı onun genetiği üzerinden bu gebelikte prenatal tanı yapılabilirdi ancak bu olmadığı için bu vakada mümkün olmadı.

Ayırıcı tanıda; Gollop-Wolfgang kompleksi değerlendirilmelidir (5). Mitokondriyal hastalıkların prenatal tanısı üzerinde daha çok araştırma yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bifid femur, even-plus sendromu, iskelet displazisi, korpus kallozum agenezisi, mitokondriyal hastalık

Resim 1



kolposefali ve korpus kallozum agenezisi

Resim 2



bifid femur

Resim 3



fibula yok, pes ekinovarus ve rocker bottom foot

Fetal Anomali Nedeniyle Birinci ve İkinci Trimesterde Gebelik Sonlandırması Yapılan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin Karşılaştırılması

Gürcan Türkyılmaz

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Bölümü

Amaç

Fetal anomali nedeniyle gebeliğin ilk ve ikinci trimesterinde gebelik terminasyonu (GT) yapılan kadınların perinatal yas, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu skorlarını belirlemeyi ve karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem

Bu prospektif gözlemsel çalışma Ekim 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji bölümünde gerçekleştirildi. Kadınlar GT yapılan haftaya göre 2 gruba ayrıldı: <14 hafta GT yapılan olgular ilk trimester, 20-28 hafta arası GT yapılan olgular ikinci trimester grubu olarak tanımlandı. GT'den 8 hafta sonra Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Perinatal Yas Ölçeği-kısa versiyon (PYS) ve Olayların Etkisi Ölçeği-güncellenmiş versiyon (OEÖ-R) yüz yüze görüşmelerle uygulandı. İstatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for the Social Science, Chicago, IL, USA) 16.0 programı kullanıldı. Student-t test ve ki-kare testi ile gruplar karşılaştırıldı. $p < 0.05$ istatistiksel anlamlı kabul edildi.

Bulgular

İlk trimester grubuna 24, ikinci trimester grubuna 19 kadın dahil edildi. Ortalama BDÖ skoru ilk trimester grubunda 7.3 ± 4.2 , ikinci trimester grubunda 11.1 ± 4.6 idi ($p: 0.033$). Ortalama PYS puanı ilk trimester ve ikinci trimester gruplarında sırasıyla 86.3 ± 17.2 ve 101.4 ± 29.2 bulundu ($p: 0.014$). İlk trimester grubunda OER-R puanı 22.5 ± 8.6 , ikinci trimester grubunda ise 35.3 ± 17.1 bulundu ($p: 0.022$). İlk trimesterde GT yapılanların %29.1'de ikinci trimesterde yapılanların ise %57.8'de depresyon saptandı ($p: 0.023$). Perinatal yas sıklığı ikinci trimester grubunda anlamlı oranda daha fazla idi (%45.8 vs. %84.2 $p: < 0.01$). Travma sonrası stres bozukluğu oranı da ikinci trimester grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptandı (%41.6 vs %73.6 $p: 0.031$).

Sonuç

Çalışmamız gösterdi ki GT hem ilk trimesterde hem ikinci trimesterde birçok kadında ciddi psikiyatrik problemlere neden olmaktadır. Depresyon, perinatal yas ve travma sonrası stres sıklığı ikinci trimesterde GT yapılan olgularda ilk trimesterde yapılan olgulara göre anlamlı oranda daha fazladır.

Anahtar Kelimeler: anomali, depresyon, psikoloji, stres, sonlandırma, yas

43 olgunun demografik ve klinik özellikleri (Gelir: düşük <7000 lira, Yeterli >=7000 lira, NTD: Neural tube defect)

Değişken	1. Trimester n: 24 (%)	2. trimester n:19 (%)	p
Yaş	24.4±5.8	22.1±3.1	0.078
Eğitim	İlkokul: 19 (79.1) Lise: 4 (16.6) Üniversite:1 (4.1)	İlkokul:13 (78.4) Lise: 4 (21.1) Üniversite:2 (10.5)	
Meslek	Evet: 7 (29.1) Hayır: 17 (70.8)	Evet: 8 (42.1) Hayır: 11 (57.8)	0.024
Gelir	Düşük: 23 (95.8) Yeterli:1 (4.2)	Düşük: 19 (100) Yeterli: 0	0.089
Terminasyonda ortalama gebelik haftası	12.3±1.2	25.2±2.4	<0.01
Anomali	Anensefali: 15 (62.5) Body stalk anomalisi: 1 (4.1) Encephalosele: 2 (8.2) Alobar holoprosensefali: 1 (4.1) Hydrops fetalis: 5 (20.8)	Anencephali: 1 (5.2) NTD: 7 (36.8) Kardiak anomali: 3 (15.7) Hydrops fetalis: 3 (15.7) Bilateral renal agenesi: 1 (5.2) Multiple anomali: 4 (21)	
Canlı Doğum Öyküsü	Evet: 18 (75) Hayır: 6 (25)	Evet:13 (68.4) Hayır:6 (31.6)	0.067
Eş desteği	Evet: 20 (83.3) Hayır: 4 (16.7)	Evet: 17 (89.4) Hayır:2 (10.5)	0.081

(Gelir: düşük <7000 lira, Yeterli >=7000 lira, NTD: Neural tube defect)

Her iki grubunun anket puanlarının karşılaştırılması

Anket	1. Trimester n: 24 (%)	2. trimester n:19 (%)	p
Depresyon (BDI)	7.3±4.2	11.1±4.6	0.033
Perinatal Yas (PGS)	86.3±17.2	101.4±29.2	0.014
Post-travmatik stress (IES-R)	22.5±8.6	35.3±17.1	0.022

(BDI: Beck Depression Inventory, PGS: Perinatal grief scale-short version, IES-R: Impact of Event Scale-Revised)

Her iki grubun psikiyatrik morbidite sıklıklarının karşılaştırılması.

Psikopatoloji	1. Trimester n: 24 (%)	2. trimester n:19 (%)	p
Depresyon (BDI)	7 (29.1)	11 (57.8)	0.023
Perinatal Yas (PGS)	11 (45.8)	16(84.2)	<0.01
Post-travmatik stress (IES-R)	10 (41.6)	14(73.6)	0.031

(BDI: Beck Depression Inventory, PGS: Perinatal grief scale-short version, IES-R: Impact of Event Scale-Revised)

İntrahepatik Gebelik Kolestazının Tanısında Safra Asitleri ve Biyokimyasal Belirteçlerin İlişkisi

Revan Sabri Çiftçi, Hatun Çolak, Cuma Taşın

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

İntrahepatik gebelik kolestazı artmış fetal komplikasyonlarla ilişkilidir. Artan riskle bağlantılıdır. Bu hastalığın erken tanısı fetal komplikasyonları azaltır. Bu çalışmada cutt of değerlere göre biyokimyasal testlerin sensivite ve spesifitesine karar vermek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebeliğin intrahepatik kolestazı, safra asidi, ALT, (Alanin aminotransfereaz), AST (aspartat aminotransferaz)

intrahepatik gebelik kolestazında alt, ast roc eğrisi sonuçları

	CutOff Value	Sensitivity	Specificity	AUC±SE	%95 confidence interval		p
					Lower limit	Upper limit	
Group 1 ALT ICP bile acid ≥40µmol/L AST	72	%86	%87	0,76±0,140	0,484	1,032	0,048
	41,5	%86	%80	0,76±0,137	0,486	1,025	0,049
Group 2 ALT ICP bile acid <40µmol/L AST	62	%88	%87	0,89±0,050	0,793	0,989	0,000
	39,5	%88	%80	0,87±0,052	0,769	0,973	0,000

safra asit düzeyi <4 0mikromol/l olan hastaların roc eğrisi

Diagram 1: ALT and AST ROC Curves in Cases with ICP <40

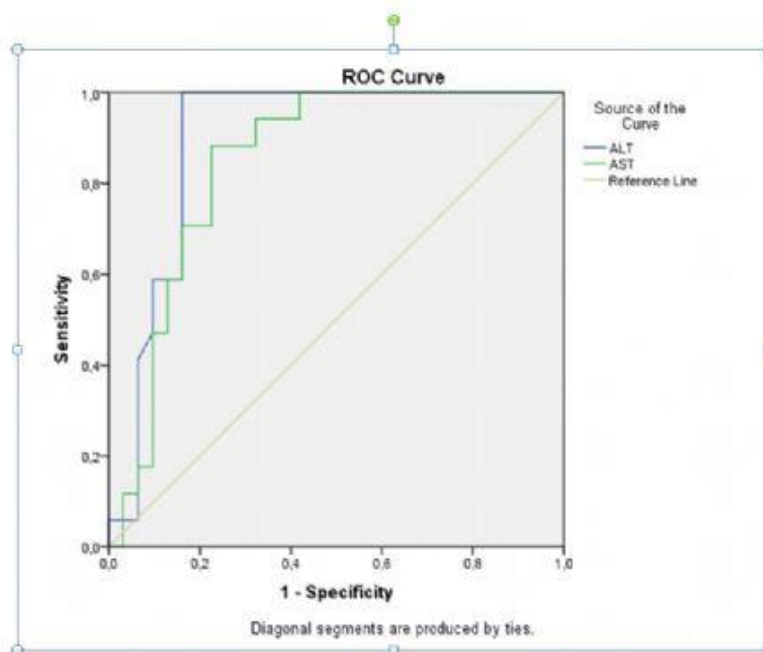
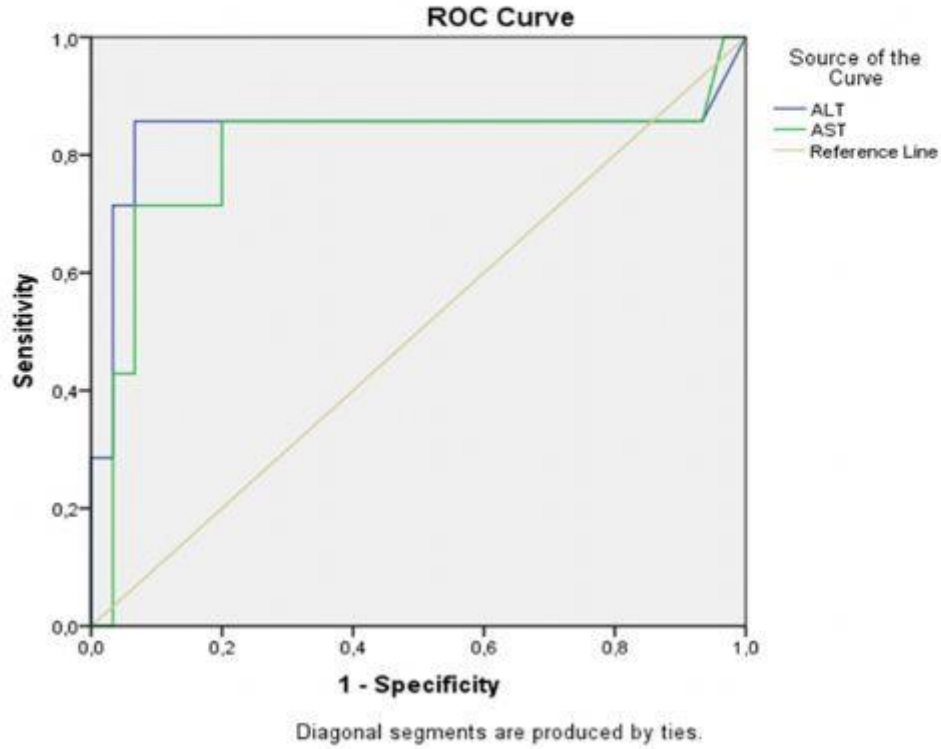


Diagram 2: ALT and AST ROC Curves in Cases with ICP ≥ 40



Vakaların demografik ve Ortalama Değerleri

	Group 1 ICP patient bile acid $\geq 40 \mu\text{mol/L}$ N=14	Group 2 ICP patient bile acid $< 40 \mu\text{mol/L}$ N=40	Group 3 control patient N=60	P
Age	27 $\pm$ 2,3	27 $\pm$ 5,3	29,4 $\pm$ 6,3	0,37
GGT	12,6 $\pm$ 4,0	14,4 $\pm$ 1,3	14,5 $\pm$ 3,6	0,42
ALP	193 $\pm$ 54,6	211 $\pm$ 80 ^a	137 $\pm$ 85 ^a	0,01*
ALT	235 $\pm$ 166 ^b	160 $\pm$ 134 ^b	23 $\pm$ 21 ^b	0,0001*
AST	142 $\pm$ 103 ^c	112 $\pm$ 97 ^c	25,5 $\pm$ 4,5 ^c	0,0001*
Bile Acid	85,3 $\pm$ 5,5	27,4 $\pm$ 2,44	N/A	N/A
Gestational Week	34,6 $\pm$ 0,1	36,4 $\pm$ 2,3	37 $\pm$ 2	0,31
Newborn Weight	2510 $\pm$ 882 ^a	3268 $\pm$ 462 ^a	3060 $\pm$ 577	0,02*
Umbilical Artery Ph	7,31 $\pm$ 0,06	7,32 $\pm$ 0,05	7,28 $\pm$ 0,09	0,31
Drug Dose	642 $\pm$ 134	750 $\pm$ 182	N/A	N/A

* $P < 0,05$, ^a $P = 0,019$, ^b $P = 0,0001$, ^c $P = 0,0001$, ^d $P = 0,011$, ^e $P = 0,015$, One-Way ANOVA Post Hoc test, ALT - serum alanin transaminase, AST- serum aspartat transaminase, GGT - g-glutamyl transpeptidase, ALP - alkaline phosphatase, MoM - multiple of the median, PAPP-A - pregnancy-associated plasma protein A, Free Beta hCG-free human chorionic gonadotropin

Aseptomatik COVID-19-Pozitif Gebede İzole Fetal Taşikardi; Bir Olgu Sunumu

Erdal Şeker, Batuhan Aslan, Koray Görkem Saçıntı, Mehmet Seçkin Özışık, Acar Koç

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

Olgu

28 yaşında, G2P1 gebe, 36. gebelik haftasında rutin prenatal muayene için başvurdu. Hastanın obstetrik hikayesinde daha önceden bir sezaryen ile doğumu dışında ek özelliği yoktu. Mevcut gebeliğinin takibinde özellikli bir durum saptanmadı. Vital bulguları normal sınırlardaydı. Ultrasonografik inceleme sırasında fetal taşikardi dışında anlamlı patoloji saptanmadı. Kardiyotokografide bazal kalp atım hızı 190 atım/dk, normal varyabilitedeydi ve eşlik eden uterin kontraksiyon veya deselerasyon saptanmadı (Şekil 1). Hastanın gözlemi ve etiyoloji araştırılması amacıyla yatış verildi. Sol yan pozisyonunda intravenöz mayi ve oksijen desteği başlandı. Bir saat sonra fetal kardiyak bazal atım hızı 155 atım/dk ve normal varyabilitedeydi. Laboratuvar parametrelerinde lökosit sayısı 12.3 10(9)/L ve nötrofil sayısı 9.89 10(9)/L, nötrofil lenfosit oranı 5.35 idi. Diğer laboratuvar parametreleri, c-reaktif protein dahil, normal sınırlardaydı. Solunum yolu patojeni saptanmadı. Nazofaringeal sürüntüden çalışılan RT-PCR pozitif olarak sonuçlandı. Hidroksiklorokin ve enoxaparin sodyum başlandı. Gözlemin üçüncü gününde kardiyotokografide fetal taşikardi 170 atım/dk ve varyabilite kaybı saptanması üzerine acil sezaryen ile doğum kararı verildi. Bir adet kız bebek apgar 1.dk 7, 5.dk 8 ile doğurtuldu. Yenidoğan, kord ve plasentanın her iki yüzeyinden alınan sürüntü örnekleri, RT-PCR sonucu negatif olarak sonuçlandı. Postoperatif 1.gün çekilen bilgisayarlı tomografide COVID-19 lehine bulgu saptanmadı. Postoperatif 48. saat hasta 14 gün izolasyon planı ile taburcu edildi.

Tartışma

Zaman içinde COVID-19 daha bilinir hale gelse de hastalığının potansiyel maternal-fetal etkileri hala tartışmalıdır. Artmış inflamatuvar yanıt nedeniyle fetal durumun dolaylı olarak etkilendiği düşünülmektedir. Minimal sitokin artışları bile fetal strese neden olabilir. COVID-19 geçiren gebelerde artmış plasental desidual arteriyopati oksijenasyonu bozarak olumsuz fetal sonuçlara neden olabilir. Fetal hipoksi ve artmış sitokin yanıtı fetal kalp atım hızında artışa neden olabilir. Anne asemptomatik olsa bile hastalığa bağlı gelişen fizyolojik değişikliklerin fetüsü etkileyebileceği unutulmamalı, izole fetal taşikardinin fetomaternal ünitenin bir COVID-19 semptomu olabileceği düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: asemptomatik, COVID-19, fetal taşikardi, fetal stres, gebelik

Şekil 1



Asemptomatik COVID-19 pozitif gebede saptanan izole fetal taşikardi kardiyotokografi görüntüsü

Maternal Solid Tümör Varlığı, Cell-Free DNA Taramasında Yanlış Negatiflik Sonucuna Neden Olabilir mi?

Ümran Kılınçdemir Turgut, Mehmet Okan Özkaya

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

Giriş

Maternal kanda cell-free DNA(cfDNA) miktarına hem anne hem de fetal-plasental birim katkı sağlar. Maternal dolaşımdaki "fetal" cfDNA'nın birincil kaynağının plasental hücrelerin apoptozu olup, az bir kaynak fetal dolaşımda cfDNA üreten fetal eritroblastların apoptozudur.

En yaygın cfDNA tarama yöntemi, 'dizileme' yöntemidir. Hedefli dizileme, tüm genom dizileme, yeni nesil dizileme(NGS) olarak alt sınıfları bulunmaktadır.

Dolaşımdaki hücresiz tümör DNA'sı (ctDNA), maligniteli kadınlarda ölçülebilir düzeylerde maternal dolaşıma aktarılabilir. Tümörü olan hamile bir kadında hücresiz fetal ve maternal DNA'nın yanı sıra ctDNA, toplam cfDNA'ya katkıda bulunur. Maternal solid tümör varlığının cell- free DNA için yanlış pozitiflik olasılığı bilinmektedir. Olgu sunumu ile maternal solid tümör varlığının, cell-free DNA sonuçlarında yanlış negatiflik durumu ile bağlantısına değinilmektedir.

Olgu

Kırk yaşında geçmişinde özellik bulunmayan G2P1 gebelik takibinde kombine test düşük riskli <1/350 olarak raporlandı. On sekizinci gebelik haftasında ayrıntılı organ taramasında nazal kemik <%1 olarak değerlendirildi, aile invaziv ve non-invaziv tarama yöntemleri hakkında bilgilendirildi. Genetik test metodu NGS olan non-invaziv prenatal test uygulandı. Test sonucu trizomi 21 için düşük riskli olarak raporlandı. Takip eden haftalarda annede epigastrik ağrı şikayetlerinin olması üzerine yapılan manyetik rezonans görüntülemeye karaciğerde çoklu kitle saptandı ve kolonoskopi ile yapılan ileri incelemede kolorektal tümör kitlesine rastlanıldı. Alınan biyopsi sonucu kolorektal adenokarsinomu, tanı ileri evre kolorektal adenokarsinom olarak belirlendi. Gebeliğin otuz ikinci haftasında sezaryen ile 1900 g tek canlı kız bebek doğumu gerçekleştirildi. Yapılan yenidoğan muayenesinde; hipoaktif, Moro refleksi zayıf, hipotonik görünümdeydi. Düşük kulak, epikantus, avuç içlerinde parsiyal simiyan çizgisi saptandı. Genetik danışmanlık eşliğinde yapılan karyotip analizi trizomi 21 olarak raporlandı. Anne, doğum sonrası altıncı ayda ileri evre kolorektal karsinoma bağlı komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetti.

Sonuç

Maternal solid tümörlerin, cell-free DNA sonucunda oluşabilecek yanlış negatiflik arasında muhtemel ilişki ele alınmalıdır. Nazal kemik hipoplazisi veya agenezisi, anöploidi taramaları düşük riskli raporlanan fetüsler için bile önemli bir bulgudur. İleri invaziv tanı testleri ve cell-free DNA hakkında aileler bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cell-free DNA, Nazal kemik, Organ taraması, Sonografi, Trizomi 21

Prenatal Tanısı Konulan Uterus Didelfisin Eşlik Ettiği Persistan Kloaka; Bir Olgu Sunumu

Mehmet Seçkin Özışık, Koray Görkem Saçıntı, Erdal Şeker, Acar Koç

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Amaç

Persistan kloaka; genellikle kadınlarda görülen gastrointestinal, üriner ve genital yapıların birleşerek tek bir perineal açıklık ile sonuçlandığı nadir görülen bir anomalidir. Fetal ultrasonografi ile prenatal olarak tanı konulan uterus didelfisin eşlik eden bir persistan kloaka olgusunu sunuyoruz.

Olgu

35 yaşında kadın, G3P2, fetal böbreklerde orta derecede pyelektazi ve fetal yaygın intestinal dilatasyonun olduğu 22 haftalık gebelik tanısıyla kliniğimize sevk edildi. Ayrıntılı ultrason taramasında, fetal pelvik bölge seviyesinde 5,2x5,5 cm boyutlarında kalın duvarlı, septalı, kistik pelvik kitle rapor edildi. Target sign visualize edilemedi, anal atrezi olarak değerlendirildi. İlerleyen haftalarda yapılan ultrason görüntülemesinde uterin septum hattında mekonyum görülmesi, komşuluğunda mesanenin izlenmesi ve anal atrezi bulgusu ile beraber değerlendirilen hastaya persistan kloaka tanısı konuldu (Şekil 1). Normal vajinal doğumdan sonraki ilk gün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan pelvik ultrason bilateral 2. derece hidronefroz, presakral dilate barsak segmentleri, uterus didelfis, vajinal septum, üretra ve vajina arasında direkt temas, rektumda proksimal atrezi olarak rapor edildi ve persistan kloaka tanısı kesinleştirildi. İkinci gün çocuk cerrahi tarafından kolostomi açıldı. Renal durumu stabil kalan yenidoğan, şimdi persistan kloaka cerrahisi için takip ediliyor.

Sonuç

Persistan kloakada erken prenatal tanı, yenidoğan yoğun bakım ve çocuk cerrahi gerekliliği olacak yenidoğan için, üçüncü basamak bir hastanede doğum planlaması adına zaman sağlar. Ultrason ile tanı konulan hidronefroz ve kistik pelvik kitle ile gelen her kız fetüste persistan kloaka mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: persistan kloaka, uterus didelfis, prenatal tanı, fetal pelvik kitle, ultrason

Şekil 1



Persistan kloaka tanısıyla takipli fetusun sırasıyla 30, 35 ve 37. haftalardaki ultrason görüntüleri (R-Ut; sağ uterus kavitesi L-Ut; sol uterus kavitesi, B; mesane ve M:mekonyum).

Donohue Sendromu; Olgu Sunumu

Aysel İbrahimli, Esra Esim Büyükbayrak

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Perinatoloji B.D. Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç

Donohue Sendromu (Leprechaunism) şiddetli insülin direnci ile karakterize nadir görülen otozomal resesif geçişli genetik hastalıktır. İnsülin reseptör geninde (INSR; 19p13.3-p13.2) mutasyon sonucu oluşur. İnsidansı canlı doğumlarda 1: 1000000'dur. Kız bebeklerde daha sık görülür. İntrauterin ve postnatal büyüme geriliği, hipertrikozis, akantozis nigrikans, ciltaltı yağ dokusunda azalma, melek yüzü ile karakterizedir. Tanı; prenatal genetik tanıyla, postnatal fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile konur. Kötü prognozludur, hastalar genellikle ilk yıl içinde kaybedilirler.

Bu bildiride Donohue sendromlu 3. bebeğini doğuran hasta sunularak literatüre katkı sağlamak hedeflenmiştir.

Olgu

22 yaşında, G4P3Y1 olan hastanın postnatal tanı alan 2 Donohue sendromlu bebek doğurma öyküsü mevcut olup bebekleri 6 aylıkken kaybedilmişlerdir. 3.derece akraba olan hastaya ve eşine INSR gen mutasyonu taraması yapılmış ve heterozigot mutasyonları belirlenmiştir. Mevcut gebelikte hastaya prenatal tanı için amniyosentez önerilmiş, aile kabul etmemiştir. Antenatal takipte, annede gestasyonel Diabet (GDM) gelişmiştir ve insülin kullanmıştır. Fetüste 3.trimesterde intrauterin gelişme geriliği (IUGG) başlamıştır, Donohue sendromuna bağlı IUGG olduğu düşünülmüştür.

Ağır mükerrer sezaryen olan hasta 38.haftada sezaryen ile 1740gr,7-9 apgarlı kız bebek doğurtulmuştur. Bebek Yenidoğan YBÜ alınmıştır. Muayenesinde ciltaltı yağ dokusu azalmış, hipertrikozis, düşük ve geniş kulaklar, mikrognat, dismorfik yüz görünümü mevcuttu (Resim 1). Yüksek insülin ve C peptid düzeyleri saptanmıştır. Abdomen USG'de böbreklerde medüller kalsifikasyon, EKO'da hipertrofik kardiyomiyopati, koroner AV fistül, perikardiyal effüzyon tespit edilmiştir.

Bebek sepsis, metabolik asidoz, DIC sebebiyle 1,5 ay sonra ex olmuştur.

Sonuç

Donohue sendromu insülin rezistans sendrom spektrumunda olan nadir hastalıklardandır. Preprandiyal hipoglisemi, postprandiyal hiperglisemi, şiddetli insülin direnci ve hiperinsülinemi ile karakterizedir.

Aile öyküsü olanlarda prenatal tanı için amniyosentez önerilmelidir. Antenatal takipte USG tanı koyduramaz ancak geç IUGG olan fetüslerde ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Dismorfik bulguları ve hipertrikozisi olan neonatal diyabetli olgularda gözden kaçmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Donohue Sendromu, insülin reseptörü, INSR, IUGG, neonatal diyabet

Resim 1



Donohue sendromlu yenidoğan görüntüsü

OEIS Olgusu, Nadir Bir Olgu Sunumu

Coşkun Ümit¹, Reyhan Ayaz²

¹Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi, Ankara

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

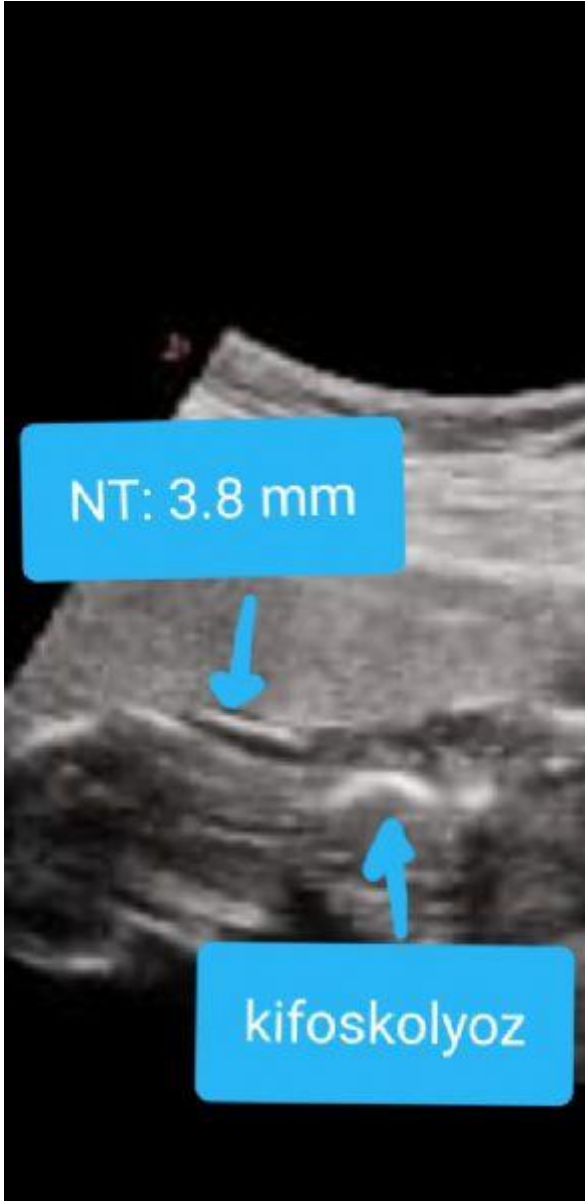
OEIS kompleksi oldukça nadir görülen ve ilk trimesterde tanısı nispeten zor olan bir sendromdur. Bu patoloji 200.000-400.000 gebelikte bir görülmektedir. İlk kez 1978 yılında Carey ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Bu sendrom omfalosel, ekstrofi vezika, imperfore anus ve spinal defekt malformasyonlarının birlesiminden oluşur. Özellikle imperfore anusun intrauterin hayatta tanısı zordur. Bu olgu sunumunda klinimize 99.persentilin üzerinde olan ense saydamlığı ölçümü (3.8 mm) nedeniyle sevk edilmiş ve tanı olarak OEIS sendromu düşünülmüş 13 hafta gebelik olgusundan bahsedilecektir.

26 yaşında özgeçmişinde ve soygeçmişinde özelliği olmayan primigravid hasta ikili taramada ense saydamlığının 3.8 mm ölçülmesi üzerine klinimize refere edildi. Hastaya yapılan ultrasonda 13 hafta tek, canlı gebelik, batin ön duvarında içerisinde karaciğer bulunan omfalosel kesesi, ciddi kifoskolyoz ve lomber bölgede meningesel kesesi izlendi. Ense Saydamlığı 99. Persentilin üzerinde saptandı. Amnion mayii normal izlenmesine rağmen mesane izlenemedi. Normal mesanenin olması gereken yerin etrafında her 2 umbilikal arter trasesi izlendi. Erken hafta nedeniyle anal sfinkter ve anus değerlendirilemedi. Hastaya tahliye seçeneği sunuldu.

OEIS nedeni tam bilinmeyen nadir bir anomalidir. Çoğu vaka sporadik olmasına rağmen nadiren ailesel vakalar da bildirilmiştir. Sebebi çoğu zaman multifaktöriyeldir. Kloakal membranin rüptürüne bağlı anormal abdominal duvar gelişimi ve diğer malformasyonlar meydana gelir. Rüptürün zamanlaması malformasyonların ciddiyetini belirler. Burada ense saydamlığı ölçüm değeri 99. Persentilin üzerinde olan fetüsün detaylı incelenmesi ile yakalanmış nadir bir olgunun sunumundan bahsedilmiştir. Ense kalınlığı ölçümü kromozomal anomalilerin erken tanısı yanında kromozomal olmayan anomalilerin yakalanmasında da önem arz etmektedir. Omfalosel kesesinin fizyolojik omfaloselden ayrımı erken haftalarda önemlidir. Baş-popo uzunluğu 61 mm ve üzeri olan fetuslarda fizyolojik omfalosel izlememesi gerekir. Eğer izleniyorsa diğer organların da sistemik ve detaylı incelenmesi konjenital malformasyonların ve sendromların erken yakalanmasında önemlidir. Erken haftalarda yakalanan malformasyonlar aileye erken tıbbi tahliye seçeneği sunulmasını sağlayarak annenin maruz kalabileceği obstetrik ve psikolojik travmaları en aza indirecektir.

Anahtar Kelimeler: Ekstrofi vezika, nukal saydamlık, omfalosel, spinal defekt, ultrasonografi

Kifoskolyoz ve NT 99. Persentilin Üzerinde



Nokal translusensi 3.8 mm

Mesane izlenmiyor



Amnion mayii normal

Omfalosel Kesesi ve Meningosel



İçerisinde karaciğer bulunan omfalosel kesesi ve spinal defekt

Preeklampsi Olgularında İnflamasyon Markerları, Hematokrit ve Trombosit Sayısı ve Ortalama Trombosit Hacmi Oranı İlişkisinin Değerlendirilmesi

Recep Erin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş

Gebelikte hipertansif hastalıklar perinatolojinin en çok üzerinde durduğu konuların başında gelmektedir. Bu grup içerisinde de etyolojisinin ve tedavisinin henüz tam anlamıyla anlaşılamadığı preeklampsi – eklampsi özel bir öneme sahiptir. Bu hastalıklar tüm gebeliklerin yaklaşık %3-8'ini etkilemektedir.

Amaç

Preeklampsi olgularının tam kan sayımı inflamasyon markerları, hemogram ve trombosit sayısı ve ortalama trombosit hacmi ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem

Trabzon Kanuni Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde 2019 yılında preeklampsi nedeniyle yatırılmış olguların dosyaları retrospektif olarak incelenmesi planlandı. Demografik verilerden yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), gravida ve laboratuvar bulgularından tam kan sayımı parametreleri olan lökosit, nötrofil, platelet (PLT), ortalama platelet hacmi (MPV), hemoglobin, hematokrit kayıt edildi. Benzer yaş gruplarında kontrol grubu alındı.

Bulgular

Çalışmaya 26 preeklampsi, 30 kontrol grubu olarak 56 gebe dahil edildi. Preeklampsi grubu yaş ortalaması $28,24 \pm 8,12$ idi, kontrol grubu ise $26,91 \pm 7,24$ idi. Diğer demografik veriler preeklampsi / kontrol sırası ile gravida $2,1 \pm 0,81$ / $1,9 \pm 0,76$, VKİ $29,45 \pm 4,57$ / $26,43 \pm 3,4$ idi. Demografik verilerin karşılaştırılmasında anlamlı farklılık saptanmadı. Laboratuvar bulguları preeklampsi / kontrol sırası ile hemoglobin (HGB) (gr/dl) $12,08 \pm 2,23$ / $11,8 \pm 1,97$ idi, hematokrit (HTC) $34,24 \pm 6,46$ / $33,8 \pm 4,45$ idi, platelet (PLT) ($\times 10^3 / \mu L$) $197,41 \pm 78,65$ / $215,35 \pm 67,23$ idi, MPV (fl) $10,23 \pm 1,56$ / $11,02 \pm 2,35$ idi, lökosit ($\times 10^3 / \mu L$) $10,56 \pm 2,31$ / $9,67 \pm 3,48$ idi, nötrofil / lökosit oranı $2,8 \pm 0,23$ / $3,1 \pm 0,54$ idi. Gruplar arasında değişkenler açısından fark tespit edilmedi ($p > 0.05$). Ancak ortalama tansiyon değerleri ile PLT arasında negatif yönde zayıf ilişki ve MPV değerleri ile de pozitif yönde zayıf ilişki tespit edildi ($R = 0.21$).

Sonuç

Tam kan sayımı inflamasyon markerları açısından gruplar arasında fark tespit edilmedi. Bu verilerin preeklampsi tanısı ya da şiddeti ile ilişkilendirilmesi çok uygun görünmemektedir. PLT ve MPV ile ilişki tespit edildi ancak zayıf bir ilişki idi. Çok büyük serilerle çalışma sonuçlarının desteklenmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: preeklampsi, tam kan sayımı, hematokrit, platelet, ortalama platelet hacmi

Tablo 1

	Preeklampsi	Kontrol
Yaş	28,24±8,12	26,91±7,24
Gravida	2,1±0,81	1,9±0,76
VKi	29,45±4,57	26,43±34
Hematokrit	34,24±6,46	33,8 ± 4,45
Platelet	197,41±78,65	215,35±67,23
MPV	10,23±1.56	11.02±2.35
Lökosit	10,56±2,31	9,67±3,48
Nötrofil /lökosit oranı	2,8±0,23	3,1±0,54

Tabloda preeklampsi ve kontrol grubu demografik ve laboratuvar ortalama değerleri ve standart sapması görülmektedir.

Gebe Okulu Eğitimleri Gebelerdeki Doğum Korkusunu Azaltabilir mi?

Kübra Baki Erin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş

Ülkemizde, son yıllarda sezaryen oranları %50'nin üzerine çıkmıştır. Bunun en önemli sebepleri arasında gebelerin eş, dost ve yakın akrabadan vajinal doğumla ilgili kötü tecrübe aktarmına ve bunun sonucunda doğum korkusuna kapılması vardır.

Amaç

Çalışmadaki amacımız, gebe okulunda eğitim alan gebelerin doğum korkusu ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem

Trabzon Kanuni Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde 2019 yılında gebe okulunda eğitim almış 120 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm gebelerin yaş, gravida, gebelik haftası, eğitim durumu vücut kitle indeksi kayıt edilmiştir. Gebelere eğitim öncesinde ve sonrasında doğum ile ilgili düşüncelerini değerlendiren gebelerin yaşadıkları doğum korkusunun düzeyini belirlemek üzere Türkçe'ye uyarlaması Körükçü ve arkadaşları tarafından yapılmış Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) verilmiştir. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. Sıfır "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçek minimum puanı 0, maksimum puanı 165'tir. Toplam puanın yüksek olması yüksek düzeyde korkuyu göstermektedir. Verilerin analizinde normal dağılıma uyan verilere independent t ve pearson korelasyon testi uygulandı.

Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $27,34 \pm 8.09$ yıl, gravidası $1,9 \pm 0,91$, VKİ $27,23 \pm 3,61$ idi. Eğitim durumuna göre %23,6'sının lise mezunu, %75,31'ünün çalışmadığı tespit edildi. Ortalama gebelik haftası $30,23 \pm 5.34$ idi. Gebelerin W-DEQ puan ortalaması eğitim öncesi $63,45 \pm 13,56$, eğitim sonrası ise $82,62 \pm 15,32$ saptandı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($P=0,003$). W-DEQ toplam puanı ile eğitim seviyesi arasında negatif yönde ilişki tespit edildi.

Sonuç

Çalışma sonuçlarımıza göre eğitim öncesi ve sonrası doğum korkusunda ciddi bir azalma tespit edilmiştir. Barut ve arkadaşlarının gebelerin öz yeterliliği ve doğum korkusu ilişkisini araştırdığı çalışmalarında öz yeterlilik arttıkça doğum korkusunu azaldığı bildirilmiştir. Gebe okulları gebelerin doğum korkularını yenmesine yardımcı olarak sezaryen oranlarının azalmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum, gebelik, doğum korkusu, doğum beklentisi, gebe okulu

Gebeliğin Erken Döneminde Gelişen Ağır Preeklampsi ve HELLP Sendromu

Feyza Bayram

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

Giriş

HELLP sendromu, gebeliğin 20. haftasından sonra görülen ve gebeliklerin % 5-8'inde meydana gelen, hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Tennessee sınıflandırmasında tanı kriterleri hemoliz (anormal periferik yayma, artmış bilirubin düzeyi>1.2mg/dl, yüksek LDH>600 IU/L), karaciğer enzimlerinde yükselme (AST>70IU/L) ve düşük platelet sayısı (<100bin/mm3) olarak tariflenmiştir. Maternal mortalite %1-24 arası değişen oranlardadır. İntrauterin kayıp %10-15 ve neonatal mortalite %25 oranındadır.

Olgu

27 yaşında, son adet tarihine göre 18 haftalık gebeliği olan, özgeçmişinde bilinen bir sistemik hastalığı olmayan hasta burun kanaması ve baş ağrısı şikayeti başvurdu. Hastanın tansiyon arteriyel değeri 150/100mm/Hg idi. Obstetrik ultrasonda 17 hafta ile uyumlu, 161 gr ağırlığında ve umbilikal arterde end diastolik akım kaybı olan canlı bir fetus mevcuttu. Laboratuvar değerlendirmesinde; AST:84U/L, ALT:103U/L, HB:9,6G/dL, HCT:32,1%, PLT:20.000/ ml, LDH:682U/L, koagülasyon parametreleri ve Elisa testleri normal sınırlarda ve spot idrar tahlilinde 3+ protein mevcuttu. Hasta şiddetli preeklampsi ve ona bağlı gelişen HELLP sendromu şüphesiyle hospitalize edildi. Hastanın tansiyonları yüksek seyretmesi (>160/100mm/Hg, karaciğer fonksiyon testleri yükselmesi ve trombositopeni (17.000/mL) ilerlemesi üzerine terminasyon kararı verildi. Hastaya magnezyum tedavisi başlandı (yükleme dozu:4,5g, idame doz.1g/saat). Terminasyon amaçlı ilk gün toplamda 4 adet vajinal misopristol uygulandı. Sonrasında 2.gün servikal balon uygulanarak gebelik sonlandırıldı. Postpartum kadın doğum yakın bakım ünitesinde takip edilen ve idame Mg sülfat tedavisi alan hastaya prepartum 2Ü, postpartum 8Ü olmak üzere toplamda 10Ü trombosit replasmanı ve 2Ü eritosit süspansiyonu uygulandı. Postpartum 3.gün laboratuvar verileri (hb:7, G/dL plt 28.000/ ml ast:62U/L alt:58U/L) ve genel durumunun düzelmesi üzerine servise alındı. Diğer hastalıklardan ayırıcı tanı amacıyla antifosfolipid antikorları ve adamts13 tetkikleri istenerek postpartum 7.günü taburcu edildi.

Tartışma

HELLP Sendromunun trombositopeni ile seyreden, hemolitik üremik sendrom, idiyopatik trombositopenik pupura ve trombotik trombositopenik pupura ile ayırıcı tanısı yapılmazdır. Bu olgu sunumunda da, ağır preeklampsi ve HELLP Sendromunun, nadir olarak erken trimesterde de görülebileceği hakkında güncel literatür bilgisi verilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken hafta gebelik, HELLP Sendromu, şiddetli preeklampsi, trombositopeni, terminasyon

Gestasyonel Diyabet Tanısı Alan Hastalarda Postpartum Taramaya Uyum

Gülenay Gencosmanoglu Türkmen

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç

Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) ileride gelişebilecek olan tip 2 diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür. Doğum sonrası yapılan uygun bir takiple, bu hastalar hastalıkların erken evresinde tespit edilebilmektedir. Biz bu çalışmada, gebelikte gestasyonel diyabet tanısı alan hastalarda postpartum takiplerin ne oranda yapıldığını, takip yapılmayan hastalarda ise takipsizliğin nedenini ortaya koymaya çalıştık.

Metot

Bu retrospektif çalışmaya 2018 Ocak-2020 Haziran tarihleri arasında kliniğimizde takip edilip doğumları yaptırılan 122 gestasyonel diyabetli gebe hasta dahil edilmiştir. Hastane kayıtlarından alınan telefon numaraları ile hastalara ulaşılarak postpartum 6. haftadan sonra açlık kan şekeri veya oral glukoz tolerans testi yaptırıp yaptırmadıkları sorulmuştur ve hastalardan diyabet tarama sonuçları öğrenilmiştir. Postpartum diyabet taraması yapılmama nedenleri sorgulanarak kaydedilmiştir.

Sonuçlar

Ocak 2018-Haziran 2020 tarihleri arasında kliniğimizde GDM olarak takip edilen ve doğum yapan 122 hastadan 4'üne ulaşılamadı. Ulaşılan 118 hastanın 16'sında doğum sonrası diyabet taraması yapıldığı görüldü (% 13,5). Bu hastaların 7'sinde (% 43) oral glukoz tolerans testi yapıldığı, 9'unda (% 57) açlık kan şekeri bakıldığı tespit edildi. Diyabet taraması yapılan 5 hastada (% 31) persiste eden glukoz intoleransı bulundu. Postpartum dönemde tarama yapılmamış 112 hastanın 65'inin bilgilendirilmediği (% 58), 43 hastanın testin gerekliliğine inanmadığı (% 38), 4 hastanın sağlık sigortası olmaması nedeniyle (% 3,5) testleri yaptırmadığı belirlendi.

Tartışma

Çalışmamızın sonuçlarına göre yakın tarihli literatürde GDM'li hastaların artmış tip 2 diyabet riski ve bu hastaların erken dönemdeki persiste glukoz intoleransı net olarak gösterilmiş olmasına rağmen postpartum diyabet taramasının yetersiz olduğu görülmüş olup bunda en büyük nedenin bilgilendirme eksikliği olduğu bulunmuştur. GDM'li hastalar için ileride gelişebilecek riskler göz önüne alındığında, bu yüksek riskli grupta postpartum diyabet taramasını iyileştirme çabaları gereklidir.

Anahtar Kelimeler: gestasyonel diyabetes mellitus, postpartum diyabet taraması, perinatal bakım, persiste glukoz intoleransı, postpartum bilgilendirme

Gebelik Döneminde Görülen Beyin Tümörü, Glioma

Feyza Bayram

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

Giriş

Reprodüktif dönemde beyin tümörleri oldukça nadir görülmektedir. Gebelikte beyin tümörü ilk defa Bernard tarafından 1898 yılında tanımlanmıştır. Bu yaş grubunda en sık görülen beyin tümörü glial tümörlerdir. Primer malign beyin tümörlerinin yıllık insidansı 100.000'de 2.6'dır; glioma en yaygın histolojik tiptir. Glial hücrelerden kaynaklanan bu tümörler, derecesine bağlı olarak yavaş büyüyen veya agresif ve invaziv olabilen intrinsik parankimal tümörlerdir. Tipik olarak nonspesifik semptomlarla ortaya çıkar, nöbet veya fokal nörolojik defisitlere sebep olabilir. Hormonların etkisi ile mevcut olan tümör boyutunda değişiklikler olabilir. Gebelikte ortaya çıkan beyin tümörleri hem anne hem fetus için ciddi risk taşımaktadır. Hastaya multidisipliner yaklaşım gerekmektedir.

Olgu

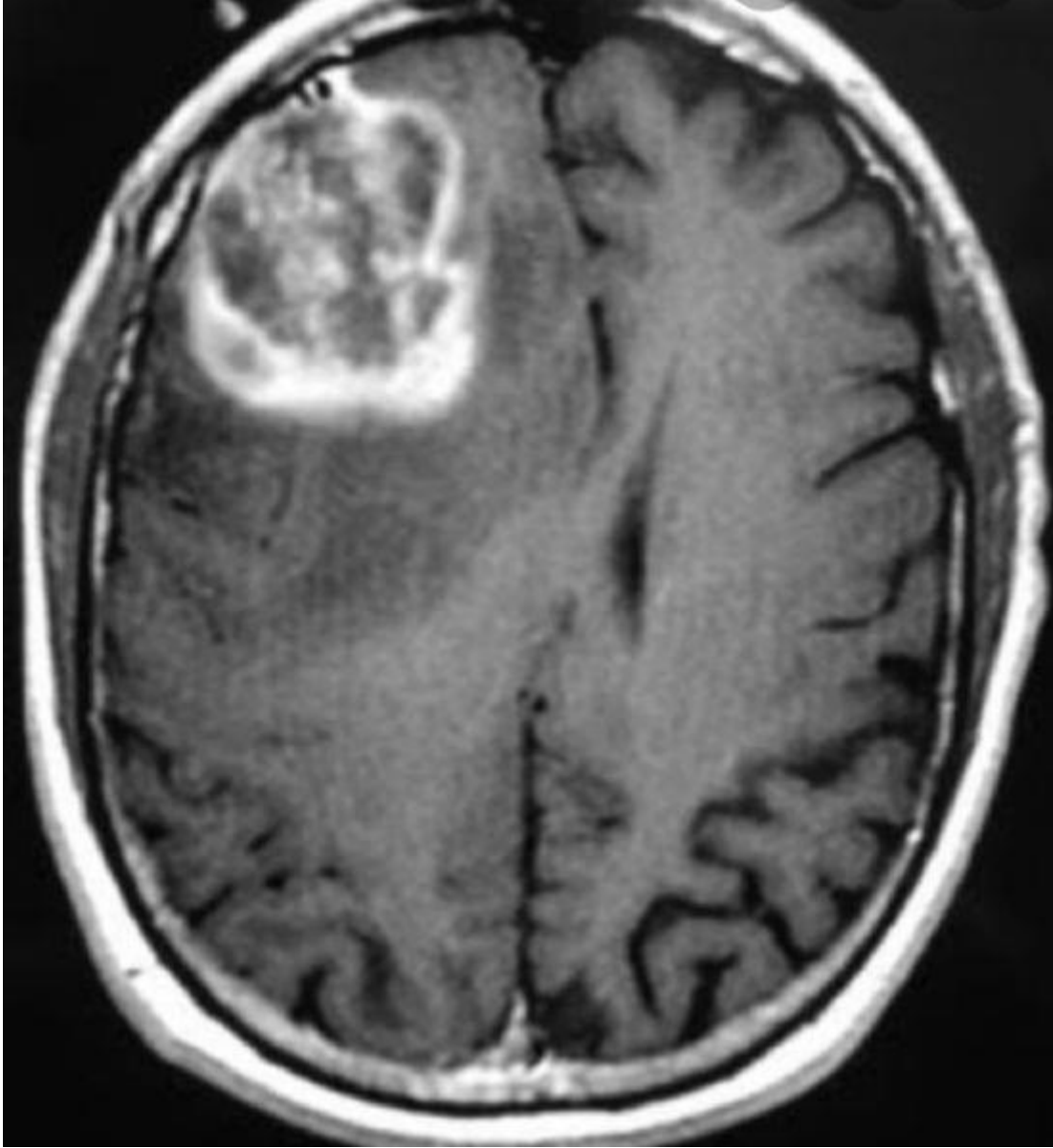
38 yaşında, gravida 3 parite 2 olan, 28 haftalık gebe bulantı, kusma ve baş ağrısı şikayetleri ile birkaç kez kadın doğum polikliniği ve acil servise başvuruyor. Hasta gebelik sürecinde düzenli takipte olmayıp, bilinç bulanıklığı şikayeti ile hastanemiz acil servisine getiriliyor. Anamnezde son 1 haftadır 2.kez nöbet geçirdiği anlaşıldı. Obstetrik ultrasonda fetüs 31 hafta ile uyumlu 1950gr kalp atımı mevcut idi. Acil obstetrik bir patoloji saptanmadı. Nörolojiye konsülte edilen hastaya yapılan magnetik rezonansda sağ frontalde postkontrast t1 imajlarda heterojen iç yapıda çevresinde belirgin ödem izlenen orta hat yapılarında sola yer değiştirmeye ve basıya yol açan 4x3cm kitle tespit edildi. Hastanın bilinci kapalı ve oksijen saturasyonu (<90) düşük olması nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Beyin tümörü tanılı gebe hastalarda cerrahi seçenekte uygulanabilir bir seçenektir. Ancak bizim olgumuz cerrahi açıdan inoperatif kabul edilmiştir. Yatışının 2.günü kardiyak arrest gelişen hastaya acil C/S yapıldı. Apgar 4-7 kız fetüs doğurtuldu. Müdahalelere cevap vermeyen hasta ex kabul edildi.

Tartışma

Gebeliğe bağlı olarak bulantı, kusma gibi semptomların görülmesi, beyin tümörlerinde nonspesifik semptomları olduğundan gebelerde beyin tümörü tanısını koymakta geç kalınmasına neden olabilir. Bu durum, gebeliğin erken döneminde görülen hiperemesis gravidarum veya preeklampsi ile karıştırılabilir. Gebede inatçı baş ağrısı, bulantı ve kusma semptomlarında beyin tümörü ihtimali akılda tutulmalı, ileri tetkikler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: beyin tümörü, gebelik, glioma, sezaryen, son trimester

Beyin MR (magnetik rezonans)



hastanın beyin MR sonucu

Sezaryen ile Doğum Esnasında Saptanan Brenner Tümörü Olgusu

Aysel İbrahimli, Esra Esim Büyükbayrak

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş

Brenner tümörü over tümörlerinin %1.5'ini oluşturur. Gebelikte görülme sıklığı oldukça azdır ve literatürde sadece 6 vaka bildirilmiştir (Tablo 1). En sık 50'li yaşlarda görülür ve genellikle asemptomatiktir. Büyük lezyonlarda ağrı, ele gelen kitle ve bası semptomları oluşturabilir. Sadece %1'i malignite potansiyeli taşır. Over koruyucu cerrahi tercih edilen kadınlarda unilateral salpingoofektomi yeterlidir. Bu olguda sezaryenle doğum esnasında saptanmış Brenner tümörü sunulacaktır.

Olgu

Hastamız 46 yaşında, G6P4A1 olup, Vücut Kitle İndeksi 41'dir. Medikal özgeçmişinde Tip 2 DM, kronik hipertansiyon, KOAH, Nefrotik sendrom, geçirilmiş pulmoner emboli ve vokal kord tümörü nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttur. İleri anne yaşı nedeniyle invazif ve non-invazif genetik testler anlatılmış, önerilmiş ancak hasta ileri tetkik istememiştir. Antenatal takiplerinde 32. haftada kronik hipertansiyona superempoze preeklampsi gelişmiştir ve hasta fetal maturasyon tamamlanana kadar yakın takip edilmiştir. 36. haftada mükerrer sezaryen ve preeklampsi tanısıyla 9-9Apgarlı, 2880gr, kız bebek doğurtulmuştur. Sezaryen operasyonu sırasında sağ overde 7'cmlik beyaz renkli, solid kitle izlenmesi üzerine ovaryen tümör düşünülerek sağ salpingoofektomi uygulanmıştır. Diğer overde, batin içi organlarda patolojik bulgu saptanmamıştır.

Nihai patoloji sonucu 'Brenner tümörü' olarak raporlanmıştır.

Tartışma

Gebelikte adneksiyel kitlelerin görülme sıklığı %1-2'dir ve çoğu benign karakterlidir. Dermoid kist, kistadenom, endometrioma ve fonksiyonel kistler en sık görülenlerdir. Özellikle ilk trimester başvurusunda hastalar adneksiyel kitleler açısından değerlendirilmelidir. Olgumuz kliniğimize 2. trimesterdeyken başvurmuş, asemptomatik ve morbid obez olduğundan obstetrik ultrasonografi muayenelerinde kitle saptanamamıştır. Gebelikte overler ve ovaryan kitleler büyüyen uterusun arkasında kalabildiği için ultrasonografi muayenelerinde görülemeyebilirler.

Bu nedenle, sezaryen sırasında overlerin kontrolü ve şüpheli lezyon varlığında kitlenin alınması histopatolojik tanı için önemlidir. Sunduğumuz vakada histopatolojik olarak, Brenner tümörü için karakteristik olan epitel adacıkları ve stromal lüteinizasyon izlenmiştir ve tanı konmuştur. Brenner tümörünün malign potansiyeli düşüktür, ek tedavi gerektirmez ve prognozu iyidir. Hastamızın takibi kliniğimizde devam etmektedir.

Sonuç olarak, gebelikte over tümörleri nadir görülse de hem antenatal ultrasonografi muayenelerinde, hemde sezaryen operasyonu sırasında overlerin kontrol edilmesi önemlidir ve gereklidir.

Anahtar Kelimeler: adneksiyel kitle, Brenner tümörü, insidental, over tümörü, Sezaryen

Geblikte Saptanmış Brenner Tümörleri

Vaka yazarları	Yaş	Klinik
Beckmann	33	Histerektomi(8 haftalık gebe)
Briggs	35	37.haftada elektif sezaryen(Preeklampsi ve makat prezentasyon) insidental adneksiyel kitle
Yang	30	15.haftada saptanmış, Sezaryen sırasında alınmış
Gedikbasi	35	Fetal distres nedeniyle Sezaryen, insidental adneksiyel kitle
Baser	belli değil	belli değil

İngilizce literatürde yayınlanmış vakalar

Fetal Kistik Higromaya Eşlik Eden 46, Der(13)Add(13p) Olgu Sunumu

Miraç Özalp, Emine Ahu Koç, Hümeysra Yavuz, Turhan Aran, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Trabzon

Amaç

Yapısal kromozom anomalileri;delesyon, duplikasyon, translokasyon, inversiyon ve mosaizmi içerir. Toplamda doğumdaki sıklıkları yaklaşık %0,3'tür. Yapısal bir kromozom anomalisinin saptanması öncelikli olarak iki soruya neden olur: İlki, bu bulgularla ilişkili fenotipik ve gelişimsel anomaliler nelerdir? İkincisi, ebeveynlerin karyotipinin değerlendirilmesi gerekli midir?

Olgu

40 yaş, G5P3, 16 haftalık gebe, ense kalınlığında artış nedeniyle dış merkezden kliniğimize refere edildi. Hastanın yapılan ultrasonunda kistik higroma ve tüm vücut çevresinde yaygın ödem izlendi. Amniyosentez önerildi. A/S sonucu 46,--,der(13)add(13p) olarak raporlandı. 19.haftada yapılan ultrasonda sağ lateral ventrikül atrium: 8,9 mm olup, koroid pleksusun lateral ventrikül medial duvarına uzaklığı 6,2 mm olarak değerlendirildi. Ayrıca sol ayakta postaksiyel polidaktili izlendi. Ailevi bir translokasyonun dengesiz ürünü olma olasılığı yüksek olan bu anomalinin aydınlatılabilmesi için ebeveynlerden kromozom analizi yapılması gerektiği belirtildi ancak aile kabul etmedi, gebelik takiplerine hastanemizde devam etmedi.

Tartışma

Translokasyon, bir kromozomun kaybolan ya da kopan bir parçasının başka bir kromozoma yapışması şeklinde görülen kromozom anomalileridir. Translokasyonlar, her zaman homolog olmayan parça değişimleridir. Gen sayısının ve niteliğinin aynı kaldığı translokasyonlara "dengeli translokasyon"lar denirken gen sayısının ve niteliğin değiştiği, çoğunlukla anomalilere neden olan translokasyonlara "dengesiz translokasyon"lar denir. Artmış nukal kalınlık ile ilgili spesifik etyoloji, altta yatan patolojik duruma bağlı olarak değişebilir ve sıklıkla kardiyak anomaliler, baş-boyunda venöz göllenme, extrasellüler matriks komponentinde değişiklik, lenfatik drenajda yetersizlik, fetal anemi, fetal hipoproteinemi ve fetal enfeksiyonlar ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Amniyosentez, kistik higroma, prenatal tanı, translokasyon, ultrason

Şekil 1: Lateral ventrikül atrium ölçümü



Şekil 2: Lateral ventrikülün medial duvarı ve koroid pleksus glomusu



Fetal Sol Serebellar Hipoplazi: Olgu sunumu

Miraç Özalp, Emine Ahu Koç, Hümeysra Yavuz, Turhan Aran, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı

Amaç

Serebellumun embriyolojik gelişimi uzun bir süreçte tamamlanır ve bu süreç boyunca malformasyon gelişimine duyarlıdır. Tek taraflı serebellar hipoplazi; bir serebellar hemisferde hacim kaybı olarak tanımlanır. Sonografik tanı; serebellar hemisferlerin asimetrisine ve / veya transvers serebellar çapta azalmaya dayanır. Bu durum genetik hastalıklar, kromozomal anomaliler, intrakraniyal kanamalarla ve fetal malformasyonlarla ilişkilidir. Amacımız prenatal dönemde unilateral serebellar hipoplazi tanı ve yönetimi hakkında klinik deneyimimizi paylaşmaktır.

Olgu

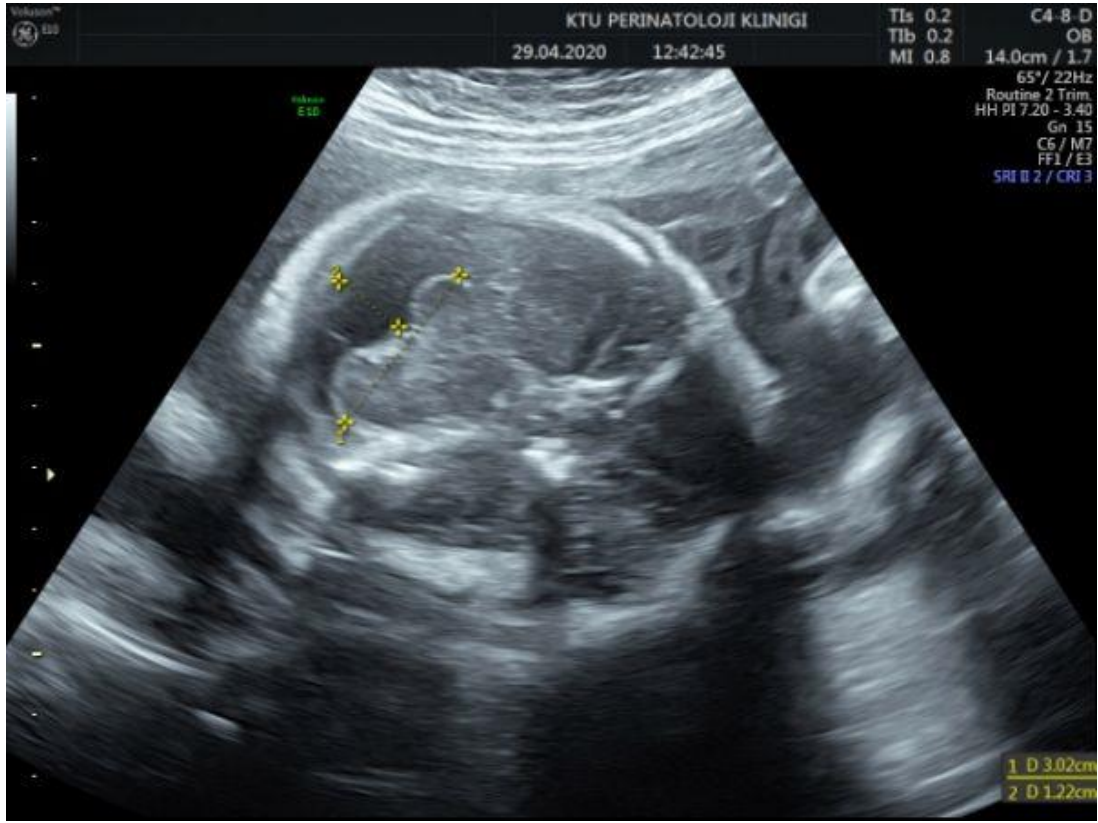
33 yaş, G1PO, 27 haftalık gebe, posterior fossa anomalisi sebebiyle dış merkezden refere edildi. Hastanın yapılan ayrıntılı ultrasonunda serebellar asimetri, transvers serebellar çap (TCD): 25 mm (< 5.persentil), sol serebellar hemisferde hipoplazi ve sisterna magna 21 mm (megasisterna magna) olarak ölçüldü (Şekil 1). Serebellar vermis normal olarak değerlendirildi (Şekil 2). Hastanın takiplerinde TCD<5.persentil olarak devam etti. Hastanın herhangi bir kanama bozukluğu, travma öyküsü mevcut değildi. 32. haftada fetal MRG çekildi; sol serebellar hipoplazi olarak raporlandı, ek bulgu saptanmadı. Hastaya invazif test önerildi ancak aile kabul etmedi. Postpartum dönemde yapılan transfontanel ultrason ile tanı teyit edildi ve çocuk nöroloji poliklinik takipleri devam etmektedir.

Tartışma

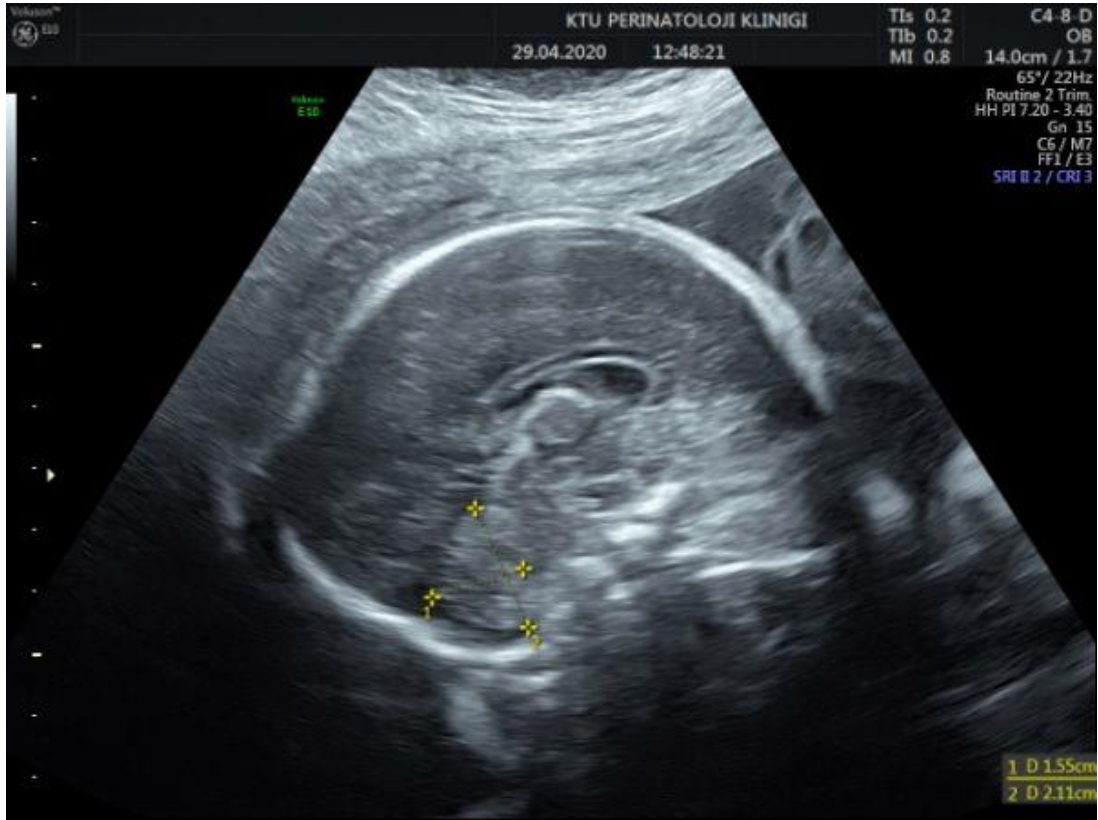
Posterior fossa lezyonları arasında unilateral serebellar hipoplazi nadirdir ve patofizyolojisi belirsizdir. Kanama ve iskemik olaylara sekonder gelişen fokal serebellum lezyonu olarak düşünülür. Vermis normal olduğunda sıklıkla normal sonuçlarla ilişkilidir. Ancak hem santral sinir sistemi hem de santral sinir sistemi dışı lezyonlarla birliktelik gösterebilir. Doğum sonrası yapılan klinik takiplerde; konuşmada gecikme, okulomotor bozukluklar ve ciddi gelişimsel gecikme ile karşılaşılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Serebellum, vermis, posterior fossa, ultrason, sisterna magna

Şekil 1: 27.haftada yapılan ultrasonda unilateral serebellar hipoplazi



Şekil 2: 27.haftada serebellar vermiş ve corpus callosum



Fetal Porensfali: Prenatal Tanı ve Yönetim

Emine Ahu Koç, Miraç Özalp, Hümeysra Yavuz, Ecem Kaya, Turhan Aran, Mehmet Armağan
Osmanağaoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Trabzon

Amaç

Porensfali, nöronal migrasyon tamamlandıktan sonra meydana gelen yıkıcı lezyonlara bağlı oluşan serebral parankimin kistik lezyonlarını tanımlar. Maternal travma, hipotansiyon, hipoksi, TORCH enfeksiyonları, fetal intrakranial kanama ve otozomal dominant geçişli COL4A1 mutasyonu etyolojik nedenlerdir. Amacımız prenatal dönemde porensfali tanı ve yönetimi hakkında klinik deneyimimizi paylaşmaktır.

Olgu

34 yaş, G2P1, 22 haftalık gebe, ventrikülomegali nedeniyle dış merkezden refere edildi. Hastanın yapılan ayrıntılı ultrasonunda fetusta bilateral ventrikülomegali (12 mm-15 mm) ve bilateral lateral ventriküllerle ilişkili, ekojen septalar içeren kistik kaviteler izlendi (Şekil 1). Kitle etkisi izlenmedi. Korpus kallozum izlenmedi, 3.ventrikül dilate idi ve mikrognati mevcuttu. Ayrıca batında asit ve bilateral pyelektazi (10mm-8 mm) izlendi (Şekil 2). Maternal enfeksiyon, travma, hastalık öyküsü yoktu. İnvazif tanısal işlem önerildi ancak aile onay vermedi. Pediatrik nöroloji ve tıbbi genetik doktorlarının katılımıyla perinatoloji konseyinde hasta değerlendirildi. Terminasyon seçeneği sunuldu. Ailenin kararıyla gebelik termine edildi.

Tartışma

Porensfali etyolojisini her zaman belirlemek mümkün olmamaktadır. Ancak intrakranial kanama ile genetik geçişli COL4A1 mutasyonu arasında yakın ilişki olduğu bildirilmiştir. Porensfalide araknoid kist ve tümörlerin yapmış olduğu kitle etkisi yoktur. Bu genetik mutasyona bağlı damar duvarlarındaki değişiklikler beyinde, gözlerde, kaslarda, böbreklerde ve diğer organlarda anormalliklere neden olur. Porensfaliye eşlik eden çoklu anomaliler, genetik geçişli gibi gözükmemektedir. Prognoz lezyonun genişliğine bağlı olarak değişmektedir. Fakat birçok vakada prognoz kötüdür. Psikomotor gerilik, hemiparezi ve epilepsi gelişebilir.

Anahtar Kelimeler: Porensfali, ventrikülomegali, COL4A1mutasyonu, mikrognati, piyelektazi

Şekil 1: 22. Haftada Yapılan Ultrason Muayenesinde Porencefali



Şekil 2: Bilateral Piyelektazi ve Batında Asit



Fetal Dönemde Tespit Edilen Megakolon: Olgu Sunumu

Emine Ahu Koç, Miraç Özalp, Hümeysra Yavuz, Ecem Kaya, Turhan Aran, Mehmet Armağan
Osmanağaoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Trabzon

Amaç

Kolon atrezisi 20.000 canlı doğumda 1 görülen nadir bir durumdur. Vasküler tıkanmanın bir sonucu olarak ortaya çıkabilmesine rağmen bu hastalığın patogenezinde genetik bir mekanizmanın rol oynadığını gösteren kanıtlar da mevcuttur. Kolonun herhangi bir bölgesini tutabilir. Genişlemiş tek bir bölge olarak gözlenir. Amacımız prenatal dönemde megakolon tanı ve yönetimi hakkında klinik deneyimimizi paylaşmaktır.

Olgu

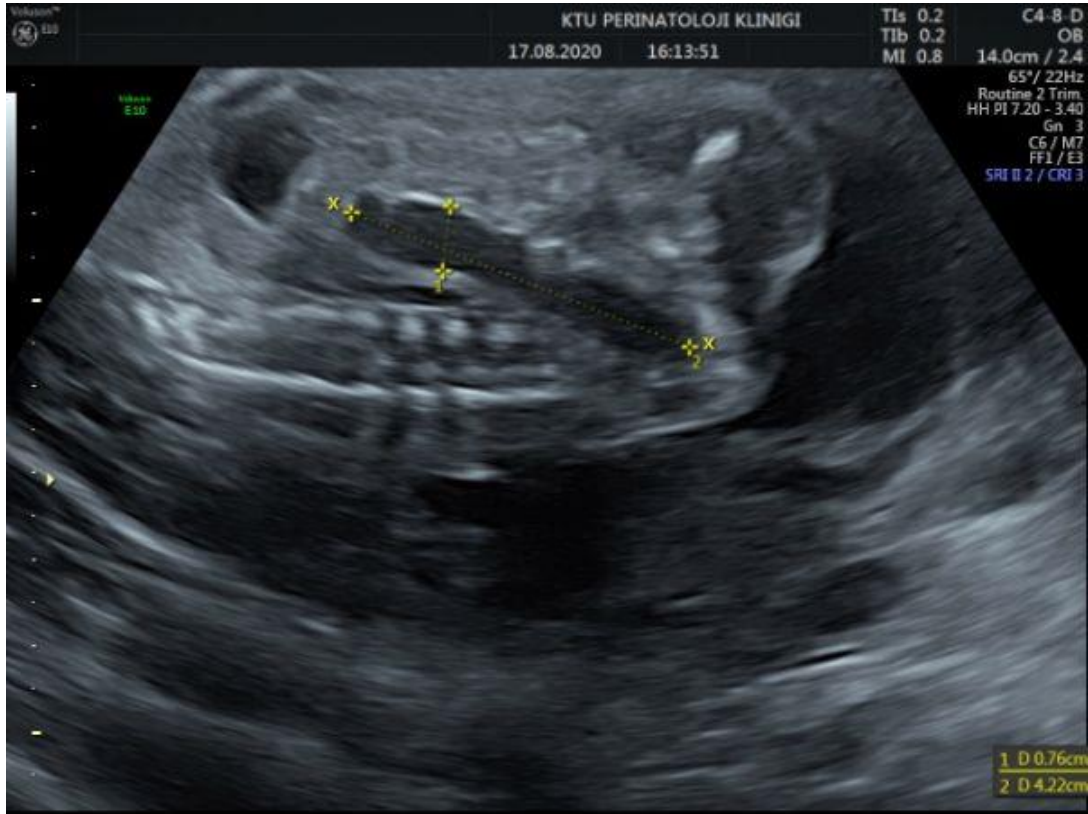
34 yaş, G2P1, 23 haftalık gebe kliniğimizde değerlendirildi. Gebe 1. ve 2. trimester tarama testlerini yaptırmamıştı. Etyoloji ile ilişkili olabilecek nikotin, kokain ve dekonjestan kullanım öyküsü yoktu. Hastanın yapılan ayrıntılı ultrasonunda bağırsaklarda ekojenite ile kolon transvers çapı 7.6 mm ve longitudinal çap 42 mm olarak normalden geniş izlendi. Anüs çapı 8.5 mm olup, geniş olarak değerlendirildi, anal dimple izlenmedi. Ultrasonda ek bulgu saptanmadı. Genetik danışmanlık verildi. Karyotip analizi seçeneği sunuldu ancak aile kabul etmedi. Hasta takiplerini kliniğimizde sürdürmektedir.

Tartışma

Kolon atrezisi geniş, ekojen abdominal kist görünümü ile tanınır. Perforasyon, asit ve peritonit riskleri mevcuttur. Hirschsprung hastalığı ve abdominal duvar defektleriyle birliktelik gösterebilir. Hirschsprung hastalığı ile birlikte olduğunda neonatal prognoz daha kötüdür. Çoğunlukla izole anal malformasyonlarda amniyotik sıvı miktarı değişmez. Özellikle üçüncü trimesterde bir miktar mekonyum rektal poşu doldurur. Fakat rektumun maksimum çapı normal koşullarda bitişik dolu mesane kadar genişleyemez. Erken farkedildiğinde ilişkili morbidite ve mortaliteyi en aza indirmek mümkündür. Bu nedenle prenatal dönemde megakolon tanısı koymak önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Megakolon, anal dimple, mekonyum, ultrason, prenatal tanı

Şekil 1: Fetal Megakolon



Şekil 2: Fetal Anüsün Ultrasonografik Değerlendirmesi



Nukal Translusensi Artışı ve Normal Karyotip İkilemi

Emine Ahu Koç¹, Miraç Özalp¹, Hümeysra Yavuz¹, Ecem Kaya¹, Gülsün Özbay², Mehmet Armağan Osmanağaoğlu¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Amaç

Nukal translusensi artışı anöploidi ile yakın ilişkisinin yanında pek çok kromozomal olmayan fetal yapısal hastalıkla da ilişkilidir. Başlıca kardiyak defektler olmak üzere diafram hernisi, fetal iskelet sistemi anomalileri ve nörolojik hastalıklar bunlar arasındadır. Ayrıca artmış nukal translusensi; tek gen hastalıkları, delesyon ve duplikasyonları içeren anöploidik olmayan genetik hastalıklarla da ilişkilidir. Amacımız kliniğimizde takip ettiğimiz multisistem anomalisi olan fetusun tanı ve yönetimi hakkında deneyimimizi paylaşmaktır.

Olgu

28 yaş, G1P0, kliniğimizde takip edilen hastanın 12. haftada yapılan ultrason muayenesinde nukal translusensi 5 mm ölçüldü. Bunun üzerine hastaya CVS yapıldı. Sonuç normal karyotip olarak raporlandı. Devam eden takiplerde 18. haftada yapılan ayrıntılı ultrasonda; hidrosefali, AVSD, rocker bottom foot, sol üst extremitede clenched hand, yarık dudak ve damak izlendi (Şekil 1-2). Genetik danışmanlık verildi. Amniyosentez yapıldı. Mikroarray sonucu 6. kromozomda delesyon olarak raporlandı. Aile bilgilendirildi. Ailenin kararı ile gebelik sonlandırıldı.

Tartışma: Nukal translusensi artışı, tüm olası anomalileri detaylı bir şekilde incelemeyi gerektirir. NT artışının derecesi hem anöploidi hemde ilişkili yapısal malformasyon ihtimalini doğru orantılı şekilde artırır. Hastaya detaylı bilgi verilerek dikkatli takip yapılması gerekir. Ayrıca normal karyotip ve normal ayrıntılı ultrason bulguları olması durumunda dahi % 5 oranında genetik sendromlarla karşılaşılır. Mikroarray teknolojisi ile tanı oranları yükselmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hidrosefali, AVSD, yarık dudak, clenched hand, ultrason

Şekil 1: Komplet AVSD



Şekil 2: Yarık Dudak-Damak



Fetal Volvulus Vakasında Mide Dilatasyonu

Hülya Kandemir¹, İbrahim İnanç Mendilcioğlu¹, Ahmet Yoldan², Hakan Aldemir³

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Antalya

²Kadın Hastalıkları ve Doğum, Anadolu Hastanesi Manavgat

³Çocuk Cerrahisi, Anadolu Hastanesi Antalya

Giriş

Volvulus barsak anslarının mezenterik damarların etrafında döndüğü çok nadir bir durumdur, ayrıca kistik fibrozis, mekonyum ileusu, atrezi, mezenterik kist, duplikasyon, fetal batında kist veya tümör, konjenital diafram hernisi, batin duvar defektleri nedeniyle de izlenebilir. Tanısı genellikle 3. trimesterde ve sıklıkla 27. gebelik haftasında konur. %70-80 vakada saat yönünde girdap bulgusu izlenir, bu bulgu volvulusa özgü olmayıp başka nedenlerle de görülebilir. Diğer bulgular, fetal hareketlerde azalma, güven vermeyen kardiyotokogram, polihidramniyoz, barsak dilatasyonu, asit, mekonyum pseudokist, gastrointestinal kalsifikasyonlar, hiperekojen barsak, fetal anemi olabilir. Komplikasyonları, barsak perforasyonu, ciddi hemorajik asite bağlı fetal anemi, hipovolemi, kalp yetmezliği, plevral-perikardiyal effüzyon, fetal ölüm olabilir. Ayırıcı tanıda duplikasyon kistleri, Meckel divertikülü, omfalomezenterik kist, segmentel ince barsak dilatasyonu, batında kistik kitle, intestinal atrezi, mekonyum peritoniti düşünülmelidir. Fetal volvulus tanısı durumunda erken doğum ve yenidoğana acil cerrahi gerekmektedir.

Vaka Sunumu

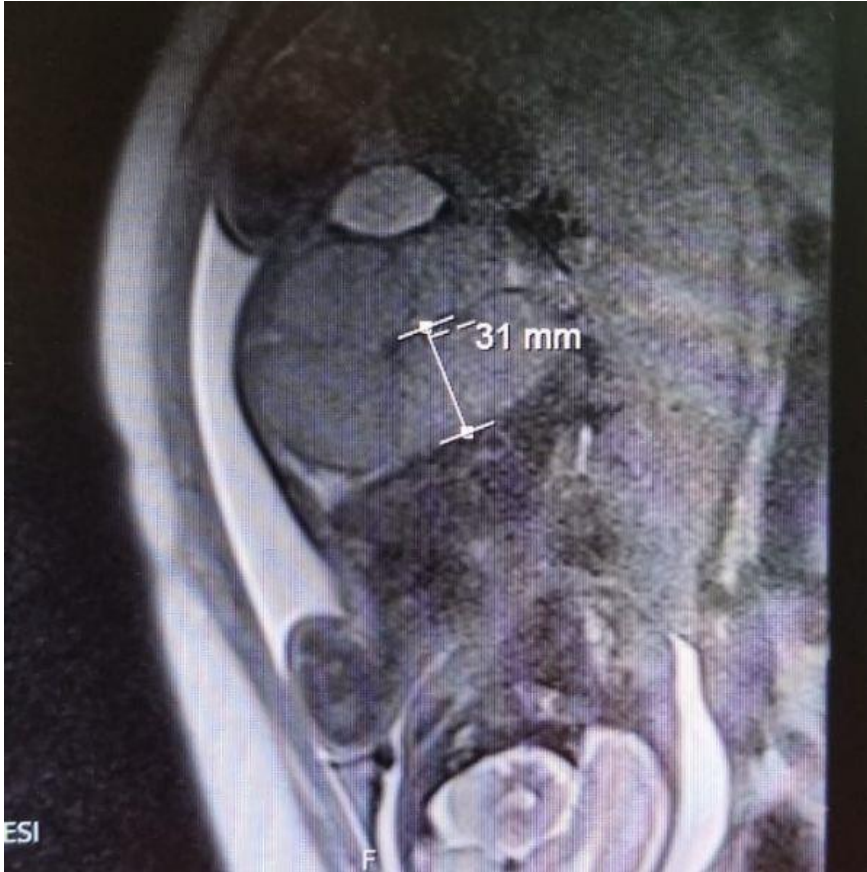
33 yaşındaki hasta tarafımıza 30. gebelik haftasında fetal barsaklarda dilatasyon ve polihidramniyoz bulguları ile gönderildi. 11-14 tarama testi düşük riskli, 2. trimester ultrasonografi taraması normal, OGTT normal izlendi. Fetal hareketlerde azalma olan hastaya yapılan ultrasonografide mide 29*32*49 mm boyutlarında dilate ve ince barsak transvers çapı 31 mm olarak izlendi, geri kalan ince barsak segmentlerinde peristaltizm yoktu. MCA PSV normal, asit yok, girdap bulgusu yok, polihidramniyoz vardı. Hasta 31. gebelik haftasında sezaryene alındı ve 2160 gr kız bebek doğurtuldu. Yenidoğan batını distandü izlendi, yapılan değerlendirmeler sonrasında operasyona alındı, operasyonda yaklaşık 15 cm'lik barsak segmentinin nekroze olduğu ve barsak segmentinin mezosu etrafında döndüğü izlendi ve volvulus olarak değerlendirildi. Nekroze segment çıkarılıp ileostomi açıldı.

Sonuç

Volvulusun erken tanısı spesifik ultrasonografi bulgusu olmadığından dolayı zordur. Gastrik dilatasyon nadir bir bulgu olup, etyolojide pilor veya duodenumun mekanik obstrüksiyonu ya da nöromüsküler kontraktile bozukluğu vardır. Yapılan çalışmalarda barsak operasyonu sonrası midenin kendiliğinden düzeldiği izlenmiş olup gastrik dilatasyonun volvulusa ikincil geliştiği düşünülmektedir. Gastrik dilatasyon varlığı fetal volvulus tanısına yardımcı bir bulgu olabilir.

Anahtar Kelimeler: antenatal, fetal ölüm, gastrik dilatasyon, girdap bulgusu, volvulus

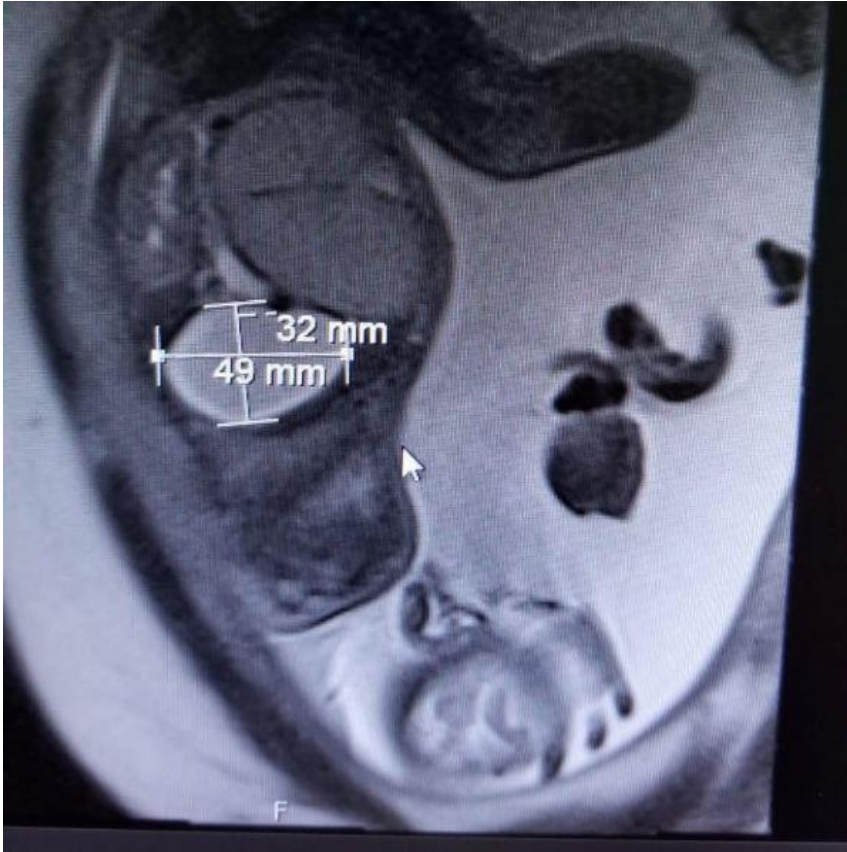
Bağırsak Çapı



Bağırsak İçeriği ve Polihidroamnios

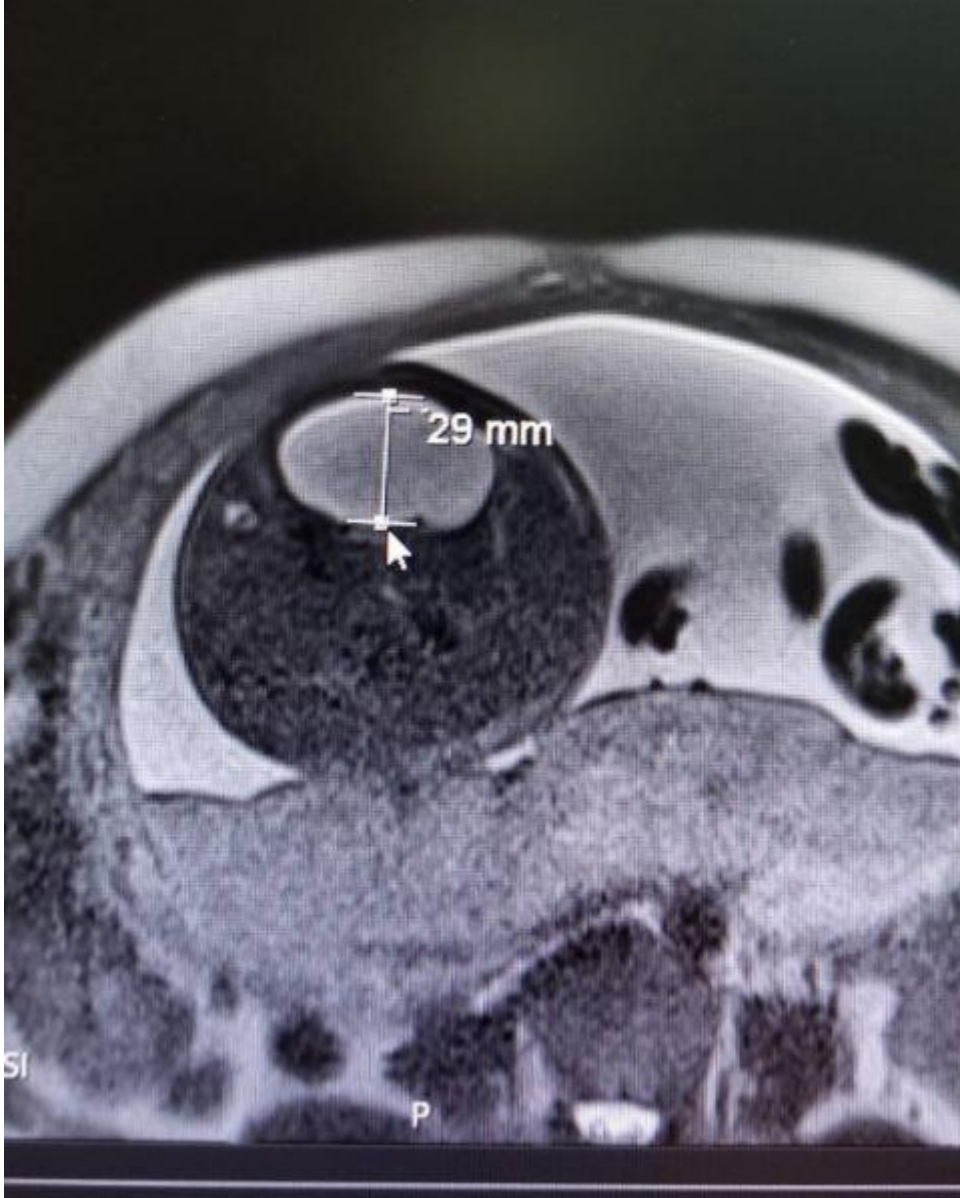


Mide Aşağı-Yukarı ve Ön-Arka Çap



Mide İçeriği ve Dilatasyonu





Nadir Bir Alt Üriner Sistem Obstrüksiyonu Nedeni; Fetal Anterior Üretral Valv Olgusu

Gülşah Dağdeviren

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Amaç

Alt üriner sistem obstrüksiyonlarında nadiren etyolojik faktör olarak bahsedilen anterior üretral anomalilere dikkat çekmek ve fetal anterior üretral valv olgusunu sunmaktır. Olgu: 24 yaşında, primigravid, son adet tarihine göre gestasyonel yaşı 17 hafta 3 gün olan gebe, megasistis tanısı ile refere edildi. Ultrasonografik değerlendirmesinde fetal biyometrik ölçümler gestasyonel haftası ile uyumlu ve amniyotik sıvı indeksi normaldi. Fetüsta anterior üretral anomaliiyi düşündüren genişlemiş ödematöz fetal penis, fetal dilate üretra ve dilate mesane izlendi (Şekil 1). İlişkili anormallikleri dışlamak için kapsamlı bir anatomik tarama yapıldı. Renal pelvisler ve böbrek boyutları normaldi, diğer sistemlerde eşlik eden anomali saptanmadı. Hastada öncelikle anterior üretral valv düşünüldü.

Tartışma

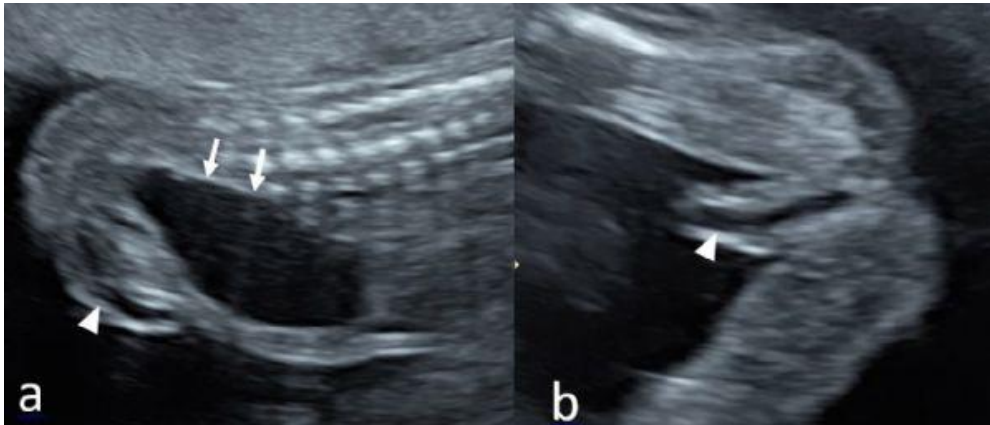
Fetal alt üriner sistem obstrüksiyonu sıklığı 10.000 doğumda 2.2' dir. Alt üriner sistem obstrüksiyonu, yaygın olarak posterior üretral valv (% 64) veya üretral atrezi (% 39) olmak üzere bir dizi patolojik sürecin sonucudur. Anterior üretral anomaliler de nadir bir alt üriner sistem obstrüksiyonu nedenidir. Anterior üretral anomaliler, alt üriner sistem obstrüksiyonu yapan diğer nedenlerle ortak prenatal sonografik özelliklere sahipken, ayrıca ödemli penis, dilate üretra ve / veya divertikül ile karakterizedir. Fetal genitalyanın değerlendirilmesi, posterior üretral valv ile ayırıcı tanı sağlar ancak alt üriner sistem obstrüksiyonunun diğer bir nedeni olan konjenital megalourethra ile prenatal ayırıcı tanı zordur. Konjenital megalourethra, anterior üretranın önemli ölçüde genişlemesi ve penil erektile dokunun yetersiz gelişimi ile karakterize çok nadir görülen bir anomalidir. Prenatal genitoüriner sonografik bulgusu megasistis ve dilate / uzamış fallustur.

Sonuç

Üriner trakt dilatasyonu ile sevk edilen male fetüslerde doğru prenatal tanı koymak için anterior penil üretranın değerlendirilmesi önemlidir. Prenatal tanı ebeveynlere uygun danışmanlık ve gebeliğin yönetimiyle ilgili en doğru kararı vermeyi sağlar.

Anahtar Kelimeler: anterior üretral anomaliler, dilate mesane, prenatal tanı, üretral valv, üriner trakt

Resim 1



Sagittal kesitte (a) ve aksiyel kesitte (b) dilate penil üretra (ok başı) ve sagittal kesitte (a) dilate mesane (oklar) izlenmektedir.

Semilobar Holoprozensefali ile Prezente Olan 46,--,del (7) (q32--qter) Karyotipli Olgunun Prenatal Yönetimi

Hümeysra Yavuz¹, Miraç Özalp¹, Sultan Ot², Ekin Asanoğlu², Könül Umudova², Turhan Aran¹, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Amaç

46,--,del (7) (q32--qter) mutasyonu, de novo gelişebileceği gibi ebeveynlerdeki dengeli bir translokasyona bağlı da ortaya çıkabilir. Olgular mikrosefali ile seyrederek. Çeşitli derecelerde yüz dismorfizmi izlenir. Gelişimsel, mental ve psikomotor gerilik saptanabilir. Erkek fetuslarda genital anomaliler eşlik edebilir.

Holoprozensefali ağır bir doğumsal defekt olup, ön beyin ve yüzü içeren orta hat anomalileri ile seyrederek. Büyük çoğunlukla yaşamla bağdaşmaz. Yüz orta hat anomalileri tipik olmakla beraber diğer organ ve sistemlerde de çok çeşitli anomaliler tanımlanmıştır. Etiyolojisinde çok çeşitli faktörler suçlanmakta olup özellikle trizomi 13 en karakteristik kromozomal anomalidir (%47). 7. kromozom uzun kolunda delesyonu bulunan ve holoprozensefali sekansı ile prezente olan olgunun prenatal ve kromozomal tanısını sunmayı amaçladık.

Olgu

İlk trimesterda ense kalınlığının 4,2 mm ölçülmesi nedeniyle refere edilen olgu, kliniğimize gebeliğinin 18. haftasında başvurmuştur. Yapılan ultrasonografi değerlendirmesinde fetal biyometrik ölçümler 5. persentilin altında izlendi. Kranyumda interhemisferik sulkusun devamlılığının bozulduğu ve talamusun füzyone olduğu tespit edildi (Şekil 1). Olgu semilobar holoprozensefali olarak değerlendirildi. Fetüsün yüz incelemesinde probosis ve mikroftalmi izlendi. Sağ böbrekte hidronefroz saptandı. Aile fetüs hakkında bilgilendirildi. Karyotip analizi ve gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunuldu. Amniyosentezi takiben kurul kararı ve aile onamı alınarak gebelik termine edildi. Karyotip analizinde 46,--,del(7)(q32--qter) saptandı. Terminasyon sonrası antenatal bulgular doğrulandı (Şekil 2).

Sonuç

Holoprozensefali saptanan olgularda özellikle yüz ve diğer sistemler dikkatlice değerlendirmelidir. Olguların anöploidi açısından değerlendirilmesi tanıyı kesinleştirmeye katkı sağlar. Ebeveynler, kromozom incelemesiyle dengeli translokasyon açısından araştırılmalı ve daha sonra planlanan gebelikler için genetik danışma verilmelidir. Bu olgularda prognoz kötü olup gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunulabilir.

Anahtar Kelimeler: Holoprozensefali, probosis, mikroftalmi, amniyosentez, terminasyon

Prenatal Semilobar Holoprosensefali



Termine Edilen Fetus



İdiopatik Fetal İntrakranial Kanama Olgusu

Hümeysra Yavuz¹, Miraç Özalp¹, Zeynep Begüm Bayrak², Ömer Demir², Mehmet Armağan Osmanağaoğlu¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Amaç

Fetal intraventriküler kanama (İVK) sıklıkla hidrocefali, beyin parankim hasarı ve bunun sonucunda nörogelişimsel bozukluğa neden olabilen bir olaydır. Fetüste İVK tipik olarak lateral ventriküllerin subependimal tabakasını oluşturan germinal matrixte izlenmektedir. İVK, fetüste ultrasonografi ile ventrikülomegali ve hiperekojenik alan olarak yansırken, fetal manyetik rezonans(MRI) görüntüleme ile daha kolay saptanır. Etiolojide maternal, fetal ya da plasental pek çok sebep bulunmaktadır. Bu yazımızda gebeliğin 37. Haftasında ultrasonografide saptanan İVK olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu

29 yaşında 1 canlı sezeryan doğum ve 3 abort öyküsü olan hasta fetal ventrikülomegali tanısı ile gebeliğinin 37. Haftasında kliniğimize sevk edildi. Gebenin bilinen herhangi bir sistemik hastalığı yoktu. Gebeliğinin başından beri düşük molekül ağırlıklı heparin kullanmakta idi. Fetal kraniyunda sol lateral ventrikül 24mm izlendi. Sağ lateral ventrikülün anterior kornunda ekojen görünüm izlendi.(Şekil-1) Doppler USG incelemesinde kitlede kan akımı izlenmedi. Maternal trombositopeni saptanmadı. Seroloji ve TORCH testleri negatif, koagülasyon testleri normal tespit edildi. Fetal MRI: “Fetal kraniumda ventriküler sistem dilate olup lateral ventrikül atrium çapı 26mm olarak ölçülmüştür. Ventriküller içerisinde kan sıvı seviyeleri mevcuttur. Frontal lobda, lateral ventriküle açılmış yaklaşık 2 cm çapında T2 hipointens hematoma mevcuttur. Evre 4 germinal matriks hemorajisi” olarak raporlandı. 38. gebelik haftasında sezaryen doğum ile 2800 gr ağırlığında 5. dakika APGAR skoru 8 olan bebek doğurtuldu. Bebeğin kranial bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde tanı doğrulandı.(Şekil-2) Beyin cerrahisi tarafından ventriküler TAP yapıldı ve 20 cc BOS boşaltıldı.

Sonuç

Ventrikülomegali saptanan olgular İVK açısından dikkatle taranmalıdır. Grade 3 İVK da %50’ye yakın nörolojik sekel kalmakta ve Grade 4’de %90’lara ulaşmaktadır. Muhtemel fetomaternal alloimmun trombositopeni ve konjenital koagülasyon bozukluklarını belirlemek için ileri tetkik gerekliliği ve sonraki gebeliklerde tekrarlama ihtimali aileler ile paylaşılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ventrikülomegali, intrakranial kanama, hidrocefali, germinal matriks, fetal MRI

Fetal MRI



Fetal ultrasonografik değerlendirme



SARS Cov-19 Pandemisinde Doğum Odasında Tarama Nasıl Olmalı?

Erkan Çağlıyan, Orkun İlgen, Süreyya Sarıdaş Demir, Derya Öztürk, Onur Ada, Sena Dinç

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Amaç

Doğum için başvuran gebelerde Covid-19 enfeksiyonu için universal veya selektif tarama stratejilerinin karşılaştırılması

Yöntem

Çalışmaya Haziran–Eylül 2020 arasında kliniğimize aktif doğum eyleminde başvuran 18-45 yaş arasında 70 gebe kadın dahil edildi. Çalışmaya alınan gebelerin demografik verileri, Covid-19 semptomları, temas durumu, eşlik eden hastalıkları, doğum şekli ve fetal sonuçlar değerlendirildi. Tüm hastalardan doğumhaneye kabul sırasında Covid-19 için nazal ve farengeal sürüntü örnekleri alındı. Alınan sürüntü örneklerinde reverse- transcriptase-polimerase-chain reaction (RT-PCR) testi pozitif olan hastalar Covid-19 vakası olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 5/70 (%7,14) hastada Covid 19 RT- PCR pozitif saptandı. PCR testi pozitif saptanan 3/5’inde (% 60) temas öyküsü veya 4/5’inde (% 80) Covid 19 semptomlarından en az biri mevcuttu. Semptomu veya temas öyküsü olmayan hastalar arasında yalnızca 1/66 (% 1,51) gebede PCR testi pozitif saptandı. Covid-19 için temas öyküsü olması veya semptomların varlığında PCR testi yapılması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç

Bölgemizde doğum için başvuran gebelerde Covid-19 PCR testinin selektif olarak temas öyküsü olan ve/veya semptomatik hastalarda yapılmasının uygun olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, doğum, gebelik, semptom, tarama

Gebelik Kolestaz Kliniğini Taklit Eden Kist Hidatik Olgusu

Erkan Çağlıyan, Hakan Kula, Süreyya Sarıdaş Demir, Eyüphan Özgözen, Aslı Akdöner

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Amaç

Gebelik kolestazı klinik bulgularına benzer semptomlarla başvuran karaciğer kist hidatik olgu sunumu

Yöntem

Gebeliğinin 355 haftasında giderek şiddetlenen döküntüsüz kaşıntı şikayeti, karaciğer transaminaz düzeylerinde hafif artış ile başvuran, klinik tabloyu açıklayacak herhangi dermatolojik rahatsızlığı saptanmayan hasta kolestazı ön tanısı ile hospitalize edilerek total bilirubin düzeyleri, karaciğer fonksiyon testleri, hepatik ve bilier sistem ultrasonografisi ile değerlendirildi.

Bulgular

Hastanın karaciğer fonksiyon testlerinde yaklaşık 3 kat artış (ALT: 129 U/L, AST: 105 U/L, ALP: 227 U/L), bilirubin düzeyleri normal sınırlarda saptandı. Yapılan hepatobilier ultrason görüntülemesinde karaciğer segment 6'da 38x40 mm boyutlarında karaciğer kist hidatik ile uyumlu kalsifiye kistik lezyon saptandı. Karın içi basıncın yükselmesi kist rüptürüne yol açabileceği nedeniyle efektif şartlarda 37.gebelik haftasında sezaryen ile doğum gerçekleştirildi. Postpartum dönemde yapılan bilgisayarlı tomografide segment 6'da izlenen lezyon Tip 4 kist hidatik ile uyumlu bulundu. Moleküler tanı amacıyla yapılan ELİSA'da ekinokokus granulosus pozitifliği saptandı.

Sonuç

Endemik olarak sık görülen kist hidatik gebelik kolestazı kliniği ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ekinokokus, gebelik, kist hidatik, kolestaz, ultrason

Fetal Hiperekojen Böbrek ile 17q12 Mikrodelesyon Sendrom İlişkisi: İki Olgu Sunumu

Çiğdem Kunt İşgüder¹, Tuğba Saraç Sivrikoz¹, Lütfiye Uygur¹, Şule Birol İnce¹, İbrahim Kalelioğlu¹, Recep Has¹, Birsan Karaman², Atıl Yüksel¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç

Prenatal tanıda hiperekojen böbrek, özellikle amniyotik sıvı miktarı normal ise danışmanlık esnasında klinik bir ikilem oluşturabilir. Çocukluk çağında olası renal yetmezlikle ilişkili renal parankimal hastalıkların bir belirtici olabildiği gibi normalin bir varyantı da olabilir. 17q12 mikrodelesyon sendromu (OMIM 614527) ile normal boyutlu hiperekojen böbrek arasında sıkı bir ilişki söz konusudur. Burada prenatal dönemde ortak ultrason bulgusu hiperekojen böbrek olan ve karşılaştırmalı genomik hibridizasyon (array-CGH) analizi ile 17q12 mikrodelesyon sendrom tanısı konulan iki olgunun sunumu amaçlandı.

Olgu 1: 20 yaşında, G1, 23 haftalık gebe kliniğimize konjenital diyafragma herni tanısı ile yönlendirildi. Ultrasonografik muayenede; sol hemitoraksta kalbi ve inen aortayı sağa iten mide ve bağırsaklar izlendi. ASM ve böbrek boyutları normal olup renal parankim ekojenitesinde artış saptandı. Olası kromozom anomalileri, mikrodelesyon/duplikasyon sendromları açısından fetal karyotip ve kromozomal array için koryonik villus örneklemesi önerildi. 17q12 bölgesinde HNF1Beta, LHX1, ACACA genlerini içeren 1.6 Mb delesyon saptandı.

Olgu 2: 38 yaşında, IVF, G2P1Y0 (postnatal 1,5. ayda nedeni bilinmeyen infant kaybı), 22. gebelik haftasında ultrasonografik muayenede; ASM ve böbrek boyutları normal olup renal parankim ekojenitesinde artış, dilate grade 3 hiperekojen bağırsak ve şiddetli IUBK ve mideye komşu 7.5*5.8*3.7mm ölçüsünde dublikasyon kisti olabileceği düşünülen kistik yapı izlendi. Fetal karyotip ve kromozomal array için yapılan CVS’de 17q12 bölgesinde HNF1Beta, LHX1, ACACA genlerini içeren 1.5Mb delesyon saptandı.

Her iki fetusta 17q12 delesyon sendromu tanımlandı, ailelere olumsuz prognoz anlatılarak gebeliğin terminasyonu seçeneği sunuldu, postmortem klinik genetik muayene önerildi. Ebeveynlerde kromozom-array analizi planlandı.

Sonuç

Prenatal dönemde hiperekojen böbrek tespit edildiğinde ayırıcı tanıda 17q12 mikrodelesyon sendromu düşünülmelidir. En yaygın prenatal bulgu renal ekojenite artışı olup diğer renal anomaliler, intestinal obstrüksiyon, genital anomaliler, diyafragma hernisi prenatal dönemde saptanabilir. Bilişsel gerilik, epilepsi, nöropsikiyatrik bozukluk ve maturity-onset diabetes of the young type 5 (MODY-5) ile birlikteliği de söz konusudur. Sitogenetik tanı testi olarak array-CGH önerilmeli, danışmanlıkta delesyon sendromu ile ilişkili geniş klinik spektrumdan bahsedilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Prenatal tanı, konjenital renal anomaliler, karyotip, 17q12 mikrodelesyon, karşılaştırmalı genomik hibridizasyon

Büyük Arterlerin Anatomik İlişkilerine Göre Dört Tip Çift Çıkışlı Sağ Ventrikül Olgusu

Özge Yücel Çelik¹, Osman Yılmaz²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, Ankara

Amaç

Prenatal çift çıkışlı sağ ventrikül (DORV) olgularında büyük arter ilişkilerini değerlendirmeyi amaçlandık.

Yöntem

Kardiyak anomali nedeniyle tarafımıza refere edilen beş DORV olgusun antenatal takipleri, fetal ekokardiyografi (EKO) ve postnatal sonuçları değerlendirildi.

Bulgular

Olgu 1: 24 yaş, G2y1, antenatal testler düşük risk grubunda olan hasta detaylı ultrasonografi sonucunda kardiyak defekt izlenmesi üzerine 23. gebelik haftasında başvurdu. Fetal EKO' da sol ventrikül hipoplazik, aort ve pulmoner arterin sağ ventrikülden çıktığı ve aortun, pulmoner arterin sağ lateralinde olduğu izlendi. Hasta, tanı sonrası takipten çıktı.(Video 1-3)

Olgu 2: 19 yaş, G1, hasta 21. gebelik haftasında kardiyak defekt izlenmesi üzerine başvurdu. Fetal EKO' da subarteriyal ventküler defekt(VSD)(committed), aort ve pulmoner arter sağ ventrikülden çıktığı ve aortun, pulmoner arterin sağ anteriorunda olduğu izlendi. Hasta, tanı sonrası takipten çıktı.(Video 4-5)

Olgu 3: 28yaş, G2Y1, ilk trimester antenatal taramada yüksek rik grubunda olan hasta 20. gebelik haftasında başvurdu. Fetal EKO'da inlet VSD(non-committed), aort ve pulmoner arterin sağ ventrikülden çıktığı ve aortun, pulmoner arterin sağ anteriorunda olduğu izlendi. Amniyosentez sonucu normal karyotip olarak sonuçlandı. Gebelik, 24. gebelik haftasında termine edildi.(Video 6-7)

Olgu 4: 30 yaş, G2Y1, ilk trimester taramada yüksek risk grubunda olan hasta 21. Gebelik haftasında başvurdu. Fetal EKO'da inlet VSD, aort ve pulmoner arter sağ ventrikülden çıktığı ve aortun pulmoner arterin sağ posteriorunda olduğu izlendi. Hasta 3. trimesterde takipten çıktı.(Video 8-9)

Olgu 5: 39 yaş, G3Y1, antenatal tarama testleri düşük risk grubunda olan hasta 22 gebelik haftasında başvurdu. Fetal EKO'da deksrokardi, subpulmoner VSD, aort ve pulmoner arterin sağ ventrikülden çıktığı ve pulmoner arterin, aortun sol anteriorunda olduğu izlendi. Dış merkez takipli hastanın amniyosentez sonucu 22q11del olarak sonuçlandı. Postnatal cerrahi ihtiyacı olmadı.(Video 10-11)

Sonuç

DORV, konotrunkal bir konjenital kalp hastalığıdır (%1-1.5). Tanı ve tedavisi, büyük arterlerin birbirleriyle ilişkisine ve VSD' nin tipine göre belirlenmektedir. Prenatal DORV sınıflandırması, postnatal antenatal takip ve postnatal tedavi için önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çift çıkışlı sağ ventrikül, prenatal, fetal, ekokardiyografi, büyük arter

Body-Stalk Anomalisi Olgu Sunumu

Özge Kahramanoğlu, Münip Akalın, Gizem Elif Dizdaroğulları, Aydın Öcal, Hayal İsmailov, Ali Şahap Odacılar, Oya Demirci

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

Amaç

Body stalk anomalisi toraks ve/veya abdomenin ölümcül bir malformasyonudur. Sıklıkla ekstremiteler defektleri de eşlik eder. İntratorasik ve abdominal organlar, abdominal kavite dışında yer alır ve doğrudan plasentaya bağlı amnio-peritoneal membrandan oluşan bir kese içinde bulunur. Umblikal kord hiç olmayabilir veya çok kısadır. Sıklıkla ciddi kifoskolyoz eşlik eder. Canlı doğumların 100.000’de 0.4’ünde ve ölü doğumların 100.000’de 3.2’sinde görülür.

Gereç-Yöntem

Olgu sunumu

Bulgular

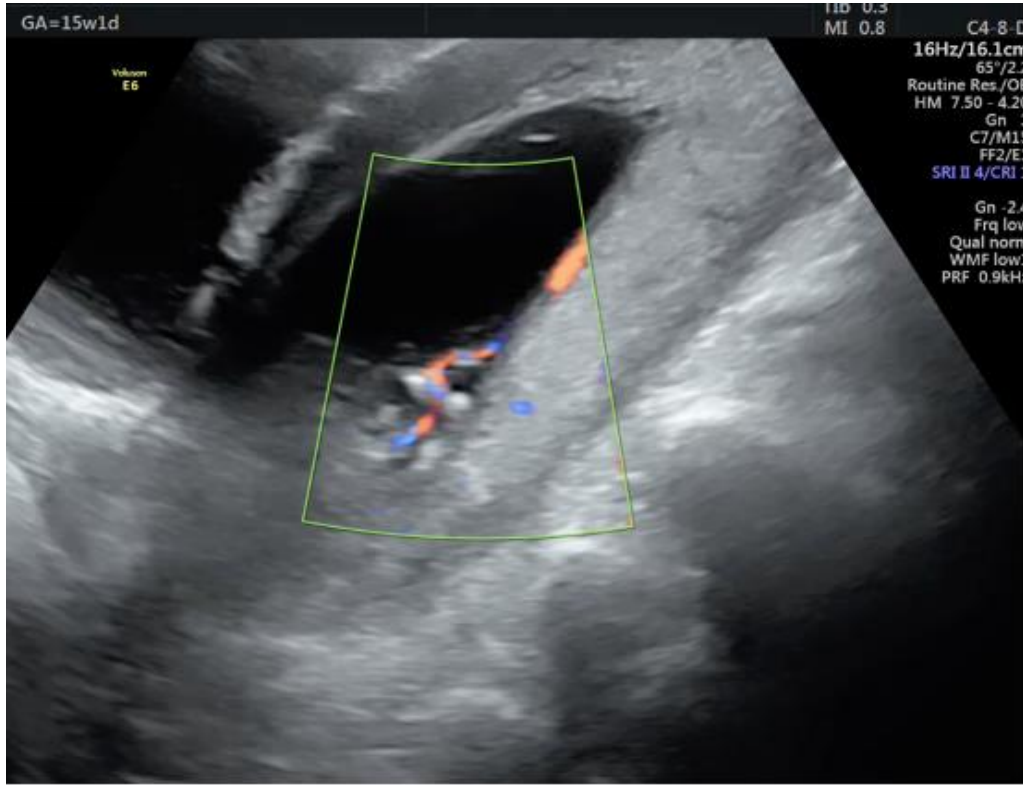
25 yaşındaki G1P0, 15 haftalık gebeliği olan hastanın yapılan fetal ultrasonografisinde fetüs ön duvarının bütünlüğünün olmadığı ayrıca batin içi organlarının bir bölümünün ekstra-çölemik boşluk içerisinde olduğu gözlemlendi. Umblikal kord kısa olarak izlendi ve vertebra hiperekstansiyonda olarak saptandı. Bu bulgularla body-stalk anomalisi olarak değerlendirilen hastaya fetal prognoz hakkında bilgi verildi. Terminasyon seçeneği sunuldu. Sitogenetik analiz ve olası genetik hastalıkların araştırılması amacıyla genetik danışma önerildi. Gebeliğinin sonlandırılmasını isteyen hastaya balon ve cytotec uygulaması sonrası hasta abort etti.

Sonuç

Postnatal tanı fetüsün fizik muayeneyesine dayanır. Letal bir anomali olması nedeniyle body-stalk anomalisinin yaşamla bağdaşabilen diğer anomalilerden ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Ayırıcı tanıları içerisinde abdominal duvar defektleri olan omfolosel ve gastroşizis yer alır. Bu iki hastalıkta da fetal kord insersiyon yeri umblikaldir, fakat body stalk anomalisinde umblikal arter ya hiç yoktur ya da görülemez ve anterior abdominal duvar parsiyel yokluğu mevcuttur. Amniyotik band sekansı da ayırıcı tanıları içerisinde yer almakla birlikte ekstremiteler, kranyum, yüz gibi abdominal olmayan yapı defektlerini de içerir. Body stalk anomalisi saptanan gebelere terminasyon seçeneği sunulmalıdır.

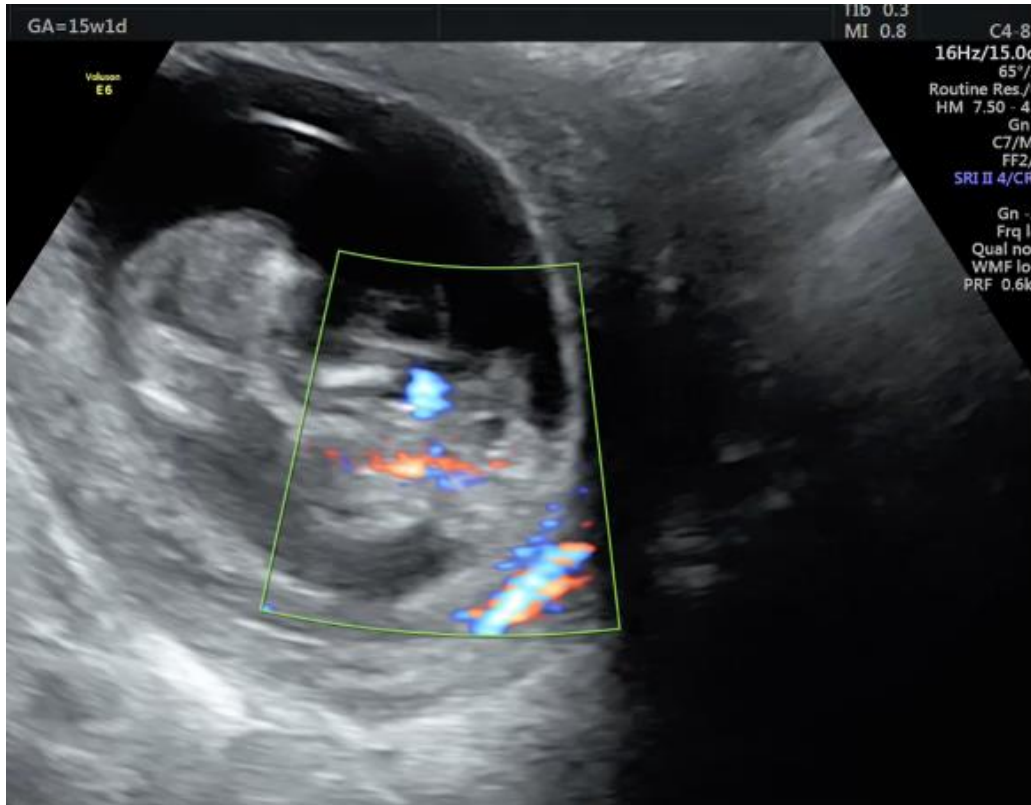
Anahtar Kelimeler: Body stalk, gastroşizis, omfolosel, terminasyon, umblikal kord

Resim 1



Body-stalk anomalisi, kısa umbilikal kord

Resim 2



Batın ön duvar defekti ve ekstraembriyonik çöлом-amniyotik kavite görünümü

Resim 3



Abortus materyali

Vasa Previa Olgu Sunumu

Münip Akalın, Özge Kahramanoğlu, Aydın Öcal, Gizem Elif Dizdaroğulları, Ali Şahap Odacılar, Hayal İsmailov, Oya Demirci

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

Amaç

Vaza previa, fetal kan damarlarının servikal os üzerinde seyretmesi ile meydana gelen gelen bir durumdur. Membranöz damarlar umbilikal kordun plasentaya velamentöz girişiyle (tip 1 vasa previa) veya bilobule/ süksentriat lobla bağlantılı (tip 2 vasa previa) olabilir. Damarların internal os <2 cm yakınlığının da internal osu kapatmasıyla benzer sonuçlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yardımcı üreme tekniklerinin kullanıldığı gebeliklerde, çoğul gebeliklerde, plasenta previa ile komplike gebeliklerde ve vamentöz insersiyonda daha sık görülmektedir.

Gereç-Yöntem

Olgu sunumu

Bulgular

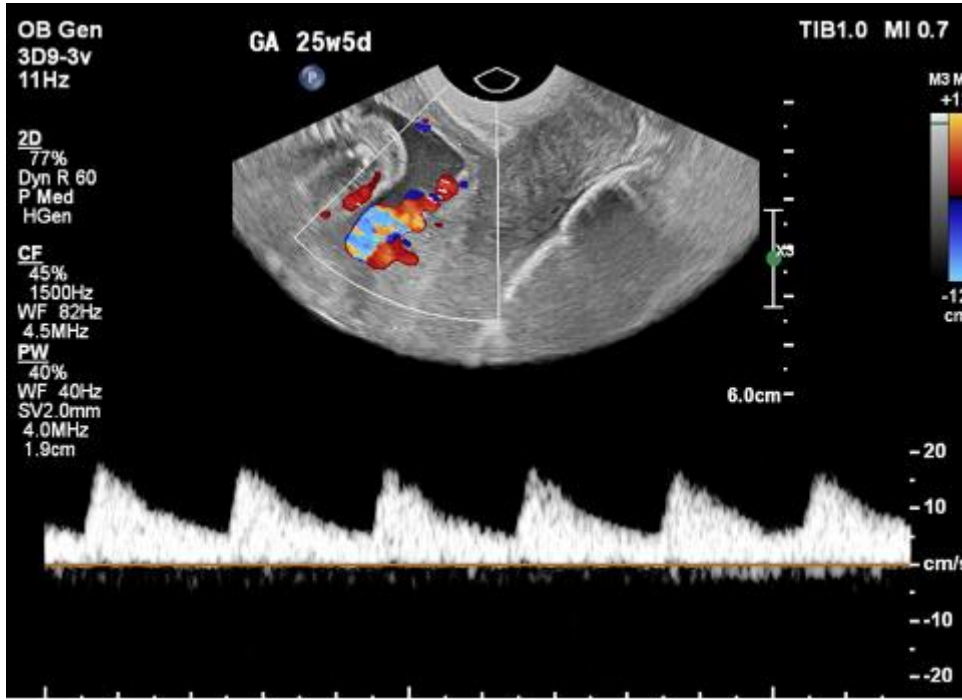
31 yaşındaki G1P0 olan ve plasenta previa ön tanısıyla perinatoloji kliniğimize başvuran hasta değerlendirildi. 25 haftalık gebenin yapılan transvaginal ultrasonografik incelemesinde plasenta ile internal os arasındaki mesafe 9mm ölçülmüş olup aşağı yerleşimli posterior plasenta saptandı. Umbilikal kordun plasentaya giriş yeri değerlendirildiğinde, umbilikal kordun marjinal yerleşimli olduğu, umbilikal arter ve venin posteriordan gelip serviks internal os üzerinde seyrettiği izlendi. Bu bulgularla vasa previa olarak değerlendirildi. Antenatal takiplerinde bir sorun gözlenmeyen hasta 34. Gebelik haftasında sezaryen ile doğurtuldu.

Sonuç

Vasa previa, fetal membranların kontrolsüz olarak açıldığı durumlarda ani kanamaya neden olarak fetal mortalite ile yakından ilişkili olabilecek bir durumdur. Antenatal tanı koyulmamış gebeliklerde komplikasyon oranlarının yüksek olması nedeniyle doğum öncesi tanı oldukça önemli olup, tanı konulduğunda acil durumlar hakkında hasta bilgilendirilmeli, kortikosteroid uygulaması planlanmalı ve geç preterm/erken term dönemde planlı olarak sezaryen ile doğum yapılmalıdır.

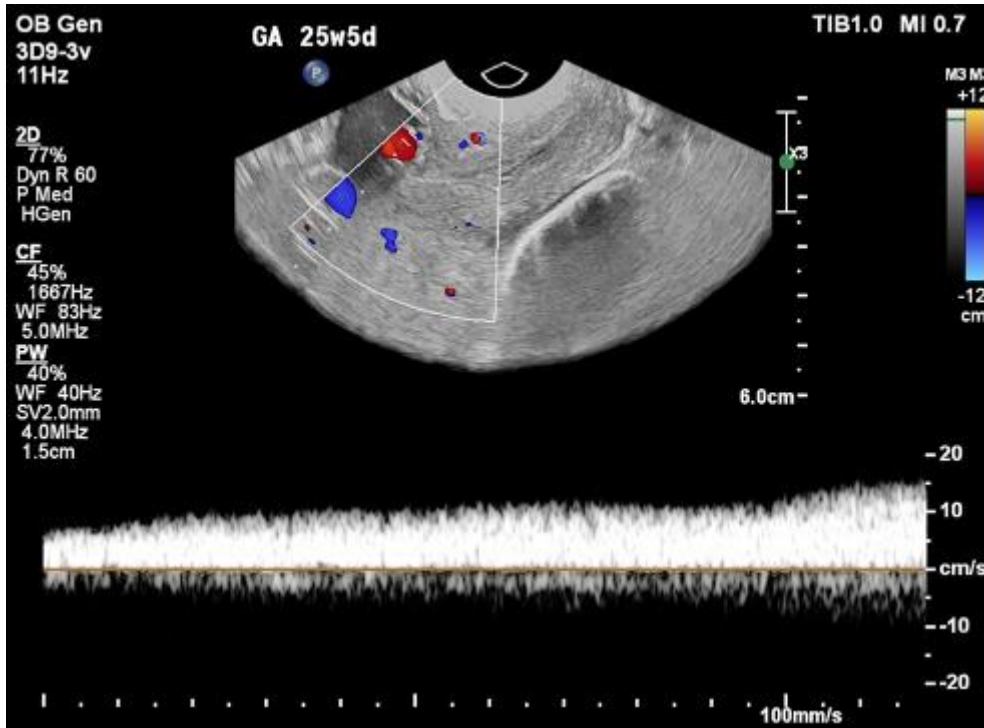
Anahtar Kelimeler: preterm, term, ultrason, vasa previa, vamentöz kord insersiyonu

Resim 1



Servikal os üzerinde umbilikal arter görünümü

Resim 2



Servikal os üzerinde umbilikal ven görünümü

Joubert Sendromu Olgu Sunumu

Özge Kahramanoğlu, Münip Akalın, Oya Demirci

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

Amaç

Joubert Sendromu, serebellar vermiş agenezisi veya hipoplazisi ile karakterize olan otozomal resesif geçişli bir nörolojik hastalıktır. Ataksi, polidaktili, hipotoni, gelişim geriliği, neonatal solunum rahatsızlıkları ve anormal göz hareketleri ile birliktelik gösterebilir. Nefronofitizis veya böbrek displazisi olguların yaklaşık olarak dörtte birinde mevcuttur. MR incelemede superior serebellar pedinküllerde çıkıntı görüntüsü- molar diş işareti- patognomonik bulgusudur.

Gereç-Yöntem

Olgu sunumu

Bulgular

27 yaşındaki G2P1Y1 olan ve yaşayan çocuğunda Joubert Sendromu mevcut olan hasta kliniğimize 20. gebelik haftasında başvurdu. Hastanın yapılan fetal ultrasonografik incelemesinde, kranial değerlendirmede transvers ve sagittal kesitlerde vermiş agenezisi saptandı. Molar diş düşündürecek şekilde, kalınlaşmış süperior pedinkül görünümü izlendi. Her iki böbrek superior inferior uzunluğu artmış olarak görüldü, bilateral böbrekler hiperekojen olarak izlendi ve kortiko-medüller diferansiasyon izlenmedi. Genetik danışmalık verildi. Önceki Joubert Sendromlu kardeşte mevcut olan Joubert Sendromu'nun bulunduğu gen bölgesine ve bu hastalıkla ilişkili diğer gen bölgelerine analiz yapılması amacıyla amniyosentez yapıldı. Amniyosentez sonucunda Joubert sendromu ile ilişkili genlerin bu fetüste saptanmamasına rağmen ultrasonda vermian agenezi saptanması nedeniyle fetal kranial MR çekildi. MR'da vermian agenezi ve molar diş bulgusu saptandı. Konsey kararı ile terminasyon seçeneği sunuldu. Gebeliğinin sonlandırılmasını isteyen hastaya fetosid işlemi yapıldı.

Sonuç

Joubert Sendromu çok nadir ancak çok ciddi bir anomalidir. Herhangi bir tedavisi yoktur. Kesin tanısı kranial MR ile konulmakla birlikte fetal ultrasonografik inceleme gerek kranial bulguların gereksede ekstrakranial bulguların saptanmasında oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Joubert Sendromu, molar diş, MR, renal displazi, ultrason, vermian agenezi

Resim 1



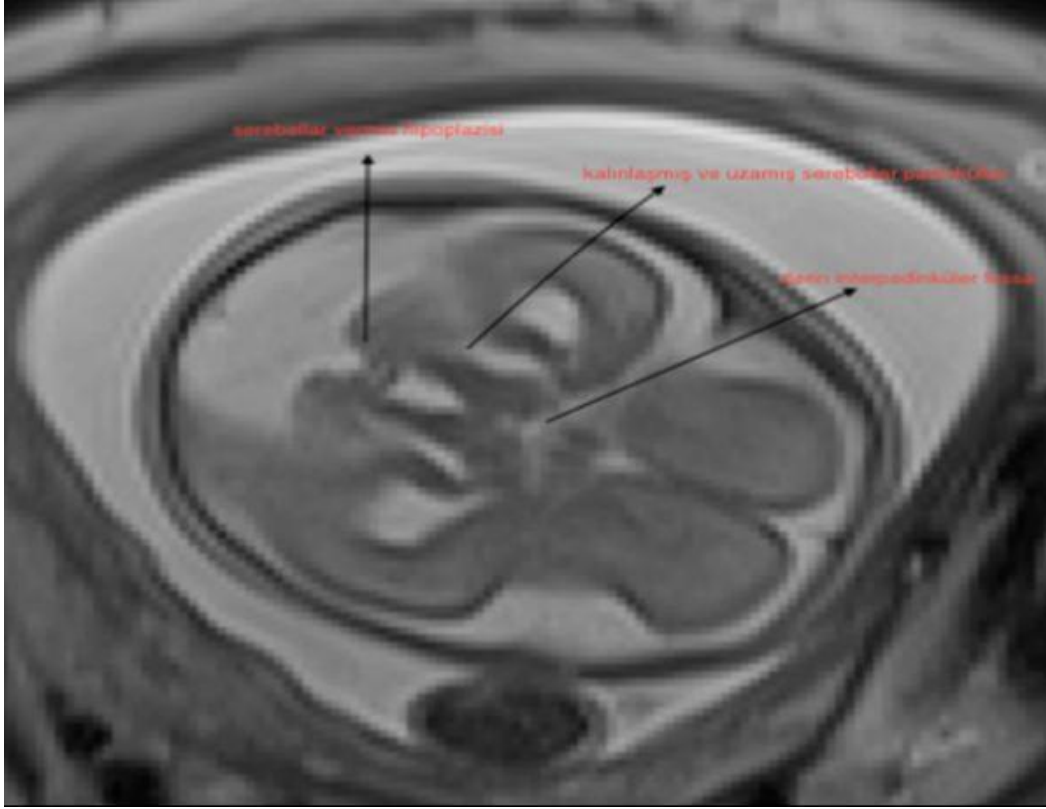
Vermiyan agenezi, kalınlaşmış süperior serebellar pedinkül görünümü

Resim 2



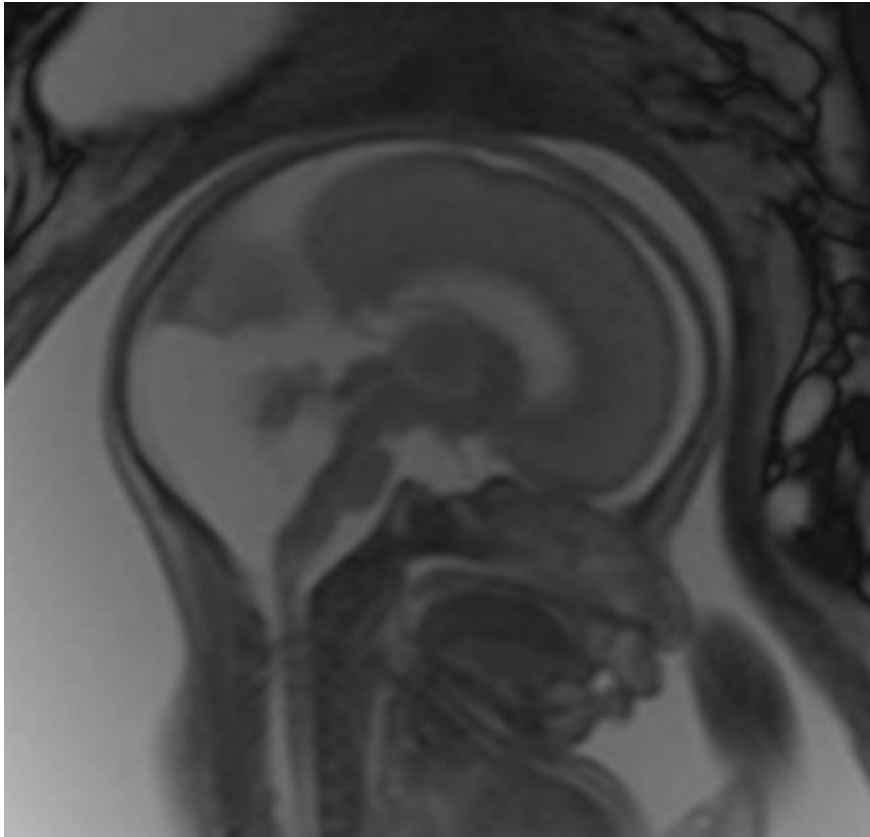
erekojen böbrek, kortikomeduller ayırım görülmemekte

Resim 3



Fetal MR görüntüsü- molar dış bulgusu

Resim 4



Fetal MR görüntüsü- vermian agenezi

Şizensefali Olgu Sunumu

Münip Akalın, Özge Kahramanoğlu, Oya Demirci

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

Amaç

Şizensefali, serebral hemisferde lateral ventriküllerle ilişkili içi sıvı dolu yarıkların varlığıyla karakterize bir noronal migrasyon anomalisidir. Oldukça nadir görülen bu hastalık enfeksiyonlar gibi edinsel veya genetik nedenlere bağlı olarak gelişebilir.

Yöntem

Olgu sunumu

Bulgular

41 yaşındaki G4P3Y3 hastanın ikinci trimester ultrasonografik incelemesinde 22 haftalık gebelik ve unilateral ventrikülomegali (11,8mm), kolposefali, CSP agenezisi saptandı. Korpus kallozum izlenmemiş olup perikallosal arter seyri patolojik olarak değerlendirildi. Genetik hastalıkların araştırılması amacıyla genetik danışma verilen hastanın isteği üzerine amniyosentez yapıldı. Amniyosentez sonucunda normal karyotip saptandı ve mikroyarray sonucu normal olarak değerlendirildi. Fetal MR planlandı. 29. Gebelik haftasında yapılan ultrasonografik incelemede lateral ventriküllerde genişleme, 3. Ventrikülde dilatasyon, sol lateral ventrikülle orta hat subaraknoid mesafe arasında şizensefali ile uyumlu yarı izlenimi veren birleşme görüldü. Fetal MR görüntüleri değerlendirildiğinde şizensefali görüntüsü izlendi. Hastaya fetal prognoz hakkında bilgi verilerek terminasyon seçeneği sunuldu. Aile gebeliğin devamını istedi. 37. Gebelik haftasında sezaryen ile 2650gr tek canlı bebek doğurtuldu. Şu an iki aylık olan fetüste emme ve yakalama refleksleri mevcut, başını tutabiliyor. MR ile takiplerine devam etmekte.

Sonuç

Şizensefali, özellikle bilateral ve açık olanlar, genellikle ağır mental retardasyon ile ilişkili olup nöbetlerle karakterizedir. Diğer serebral anomalilerle birlikteliği kötü prognostik belirteçtir. Kapalı olanların prenatal ultrasonografik tanısı mümkün olmamakla birlikte açık şizensefalinin oldukça kötü prognozlu olması nedeniyle antenatal tanı önemlidir.

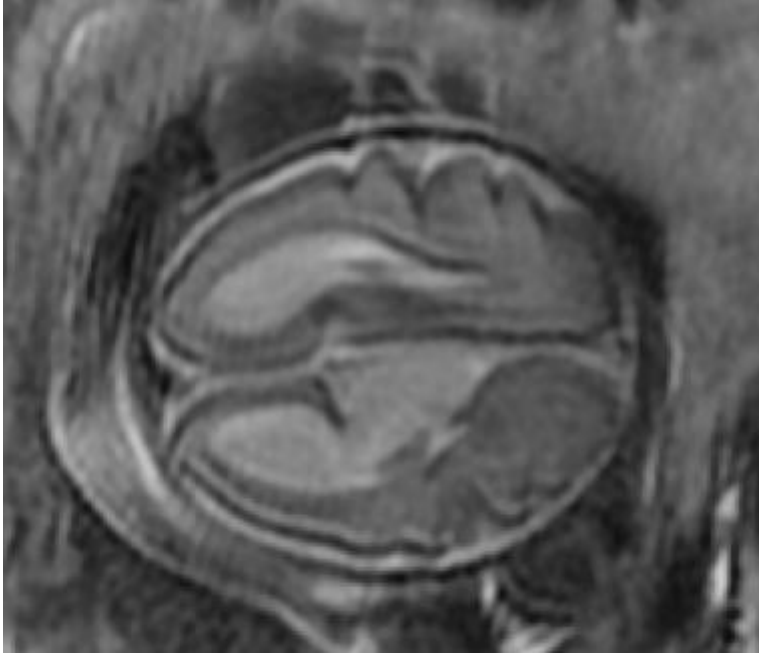
Anahtar Kelimeler: kolposefali, korpus kallozum, şizensefali, ultrason, ventrikülomegali

Resim 1



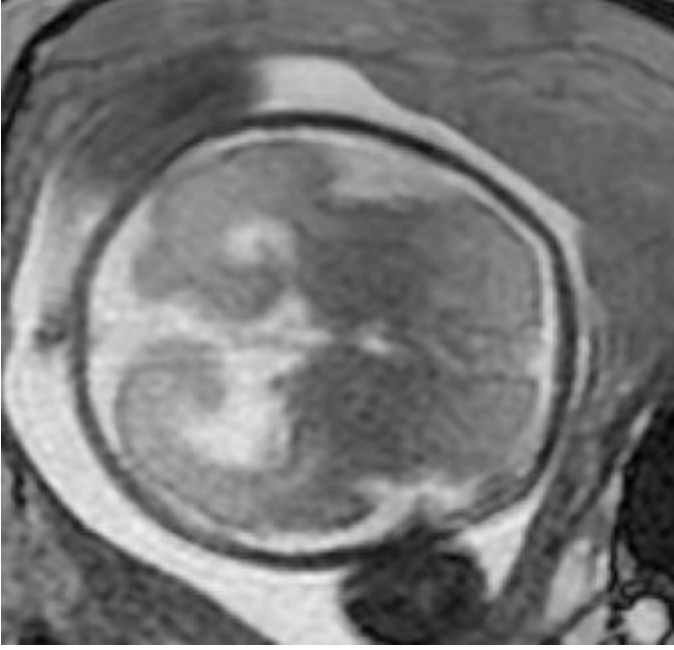
Ultrasonografik yarık görüntüsü

Resim 2



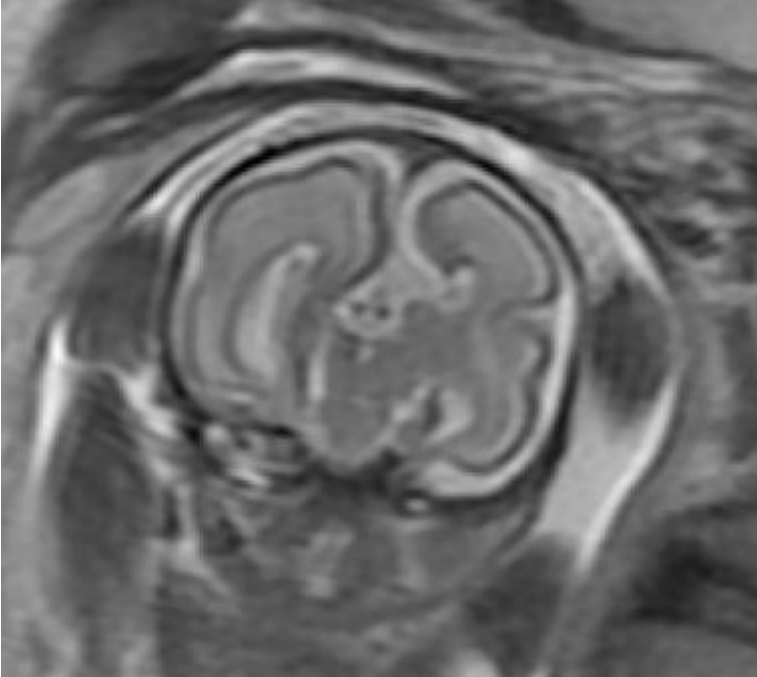
Fetal MR görüntüleri 1

Resim 3



Fetal MR görüntüleri 2

Resim 4



Fetal MR görüntüleri 3

Intrauterin Fetal Renal Duplikasyon Tanısı, Antenatal ve Postnatal Dönem Sonuçları; Olgu Serisi

Neval Çayönü Kahraman, Mehmet Obut

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç

Duplikasyon üriner sistemin en yaygın görülen majör konjenital malformasyonlarından bir tanesidir. İnsidansı canlı doğumlarda %1 'dir. Renal duplikasyon ve ilişkili üreterosel varlığının antenatal tanısı nadirdir. Biz burda renal toplayıcı sistemde unilateral duplikasyon, üreterosel ve üreter duplikasyonu olan üç adet olguyu sunmayı planladık.

Yöntem

Tüm hastalar Voluson E6 (GE Healthcare Austria GmbH & Co OG) ile aynı perinataloglar tarafından konseyde değerlendirildi. Renal duplikasyon tanısı için sagittal planda böbrek üst pol de dahil böbrek boyutunu göstermek, iki tane bağlantısız renal pelvis, dilate üreter ve/veya mesanede kist imajı (üreterosel) kriterleri baz alındı (1). Tüm hastalarda postnatal dönemde tanı konfirme edildi.

Bulgular ve Tartışma

Serimizde fetuslardan 2' si kız biri erkek idi. Tüm fetuslarda tek taraflı idi. Ortalama tanı haftası 20 (17-24) idi. Bir fetusta ureterosel mevcuttu (Tablo 1). Tüm gebeliklerin yaklaşık %5'inde üriner sistemin konjenital anomallikleri nispeten sık görülür (2). Rutin prenatal ultrason muayenesinde üriner sistem anomalilerinin saptanma oranı, toplam malformasyon sayısının %20-30 'u civarındadır (3). Üriner sistemin duplikasyonu üriner sistem içinde en sık görülen konjenital malformasyonudur (4). Bu, canlı doğumların yaklaşık %1'inde ortaya çıkan en yaygın konjenital obstrüktif ürolojik hastalıklarından bir tanesidir (5). Vakaların %85 'inde renal üst polü tutulur ve %24-47 arasında üreterosel görülür (6). Renal duplikasyondaki üst polu drene eden üreter genellikle göreceli obstrüksiyon göstererek üst renal kutbun displazisine yol açmaktadır. Diğer yandan alt polu drene eden üreter ise vezikal trigonun tepesine yerleşerek vezikoüretal reflüye yol açabilmektedir (7). Renal duplikasyon olgularının %83-90 'ı tek taraflı (5,6,8) iken bizim vakalarımızda unilateral olarak izlendi. Üreterosel, renal üst pol hidronefrozu ile birlikte renal duplikasyonlarının %50 'ye varan bir kısmında bildirilmiştir (8).

Sonuç

Fetal renal duplikasyonlar rutin USG'de saptama oranı oldukça düşüktür. Tanı için USG'de fetal böbreklerin sagittal planda değerlendirilmesi gerekmektedir. Prenatal tanı postnatal tedavinin erken başlanması ve komplikasyonların önlenmesi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Antenatal tanı, duplikasyon, fetal anomali, hidronefroz, üreterosel

Resim 1: 24 haftalık kız fetüste sol renal duplikasyon



Resim 2: 24 haftalık kız fetüste üreterosel ve dilate üreter



Olguların antenatal ve postnatal karakteristik özellikleri

Olgu	Tanıda gestasyonel yaş	Fetal cinsiyet	Renal duplikasyon	Üst veya alt polde dilatasyon	Dilate üreter	Üreterosel	Postnatal tedavi
1	20h4g	Kız	A:sol P:sol	A:üst P:üst	A:yok P:yok	A:yok P:yok	Üroloji takip
2	17h6g	Erkek	A:sol P:sol	A:üst P:üst	A:var P:var	A:var P:var	Üroloji takip
3	24h1d	Kız	A:sol P:sol	A:üst P:üst	A:yok P:yok	A:yok P:yok	Üroloji takip

h:hafta g:gün A: Antenatal P: Postnatal

Konjenital Leptin Eksikliği İle Komplike Gebelik Vaka Sunumu

Erkan Çağlıyan, Eyüphan Özgözen, Süreyya Sarıdaş Demir

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Amaç

Konjenital leptin eksikliği, LEP genindeki mutasyonlardan kaynaklanan resesif geçişli, tipik olarak dolaşımdaki leptin yokluğuna yol açan, yoğun hiperfajili, aşırı obezite ve ciddi metabolik anormalliklerle sonuçlanan nadir bir metabolik hastalıktır. Leptin eksikliği veya rezistansı insanlarda obezite, diyabet ve infertilite ile sonuçlanmaktadır. İngilizce literatürde canlı doğumla sonuçlanan olgu sunumuna rastlanmamıştır. Bu bildiride konjenital leptin eksikliğine sahip hastanın obstetrik sonuçları sunuldu.

Yöntem

26 yaşında ilk gebeliği olan, konjenital leptin eksikliğine sahip morbid obez (VKİ: 61.4 kg/m²) hasta ilk defa 27. Gebelik haftasında gestasyonel diyabete bağlı kan glukoz düzeylerinin yüksek olması nedeniyle başvurdu. Obstetrik ultrasonografide fetüsün kontrolsüz diyabete bağlı gestasyonel haftaya göre iri olduğu ve amnion sıvı indeksinin % 95 persentil üstünde olduğu saptandı. Hasta servis takiplerine alınarak insülin dozları ve diyeti düzenlendi, tromboemboli profilaksisi amacıyla subkutan LMW 6000IU (düşük moleküler ağırlıklı heparin) başlandı. Hastanın morbid obezitesi nedeniyle NST (nonstress test) takipleri yapılamadı, fetal iyilik değerlendirmesi haftada iki kez olmak üzere biyofizik profil değerlendirmesi ile yapıldı. Gebeliğin 37.haftasında insülin bağımlı diyabete preeklampsi bulgularının eklenmesi, antepartum ve intrapartum fetal iyilik halinin belirlenmesinde yaşanan zorluklar ve fetal makrozomi şüphesi ile hastada sezaryen ile doğum kararı verildi. Genel anestezi altında sezaryene alınan hasta 4540 gr ağırlığında canlı bebek dünyaya getirdi. Fetüste doğum sonrası bir anomali saptanmadı.

Sonuç

Nadir metabolik hastalık olan konjenital leptin eksikliğinde yakın antenatal takip ve multidisipliner yaklaşımla olumlu gebelik sonuçları elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Gestasyonel diyabet, konjenital leptin eksikliği, morbid obezite, perinatal sonuçlar, preeklampsi

Prenatal Tanısı Olan Ebstein Anomalili Bir Olgu

Esra Altan Erbilin, Cihan İnan, Gülizar Füsün Varol, Cem Yener, Niyazi Cenk Sayın

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne

Giriş

Ebstein anomalisi, esas olarak apikal yerleşimli triküspit kapak ile karakterize, 20.000 canlı doğumda 1 görülen oldukça nadir bir konjenital anomalidir. Değişken klinik tablo ve spektrum ile karakterizedir ve ekstrem vakalarda duktusa bağımlı bir kalp hastalığı oluşturur. Biz de burada prenatal tanısını koyduğumuz ve doğurttuğumuz Ebstein anomalili bir olguyu sunduk.

Olgu

31 yaşındaki G2P1Y1 hasta ikinci trimester rutin obstetrik ultrason incelemesinde fetal kardiyomegali saptanması üzerine tarafımıza refere edildi. Fetal ekokardiyografide, apikale yakın yerleşimli triküspit kapakla birlikte ciddi triküspit yetersizliği, sağ atriyum (RA) genişlemesi, atrialize olmuş segment sebebiyle hipoplazik olan sağ ventrikül, kardiyomegali ve duktus arteriyozusta ters akımla birlikte pulmoner kapaktan anterograd akım olmayan bir Ebstein anomalisi saptandı (Şekil 1). Uterus istmus seviyesinde sağ posterolateral yerleşimli doğum yolunu kapatan 10x9 cm boyutunda intramural myom nüvesi izlendi. Prenatal invaziv işlem önerilen hasta herhangi bir invaziv işlemi kabul etmedi. Takiplerinde polihidroamnios gelişen gebe, alt uterin segmente yakın myom nedeniyle 38. haftada sectioya alındı. 1. ve 5. dakika Apgar skorları 8/9 olan, 3010 gram ağırlığındaki erkek yenidoğanda bradikardi ve solunum sıkıntısı atağı sebebiyle pozitif basınçlı ventilasyon ve entübasyon ihtiyacı gelişti. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine alınan, prostaglandin E2 infüzyonu başlanan yenidoğanın PA akciğer grafisinde kardiyomegali ve ekokardiyografik incelemesinde triküspit kapağın apikale yakın yerleşimde olduğu (Ebstein anomalisi) izlendi. Aynı zamanda orta-ağır derecede triküspit yetersizliği, pulmoner stenoz, patent ductus arteriosus saptanan yenidoğan çocuk kalp damar cerrahisi olan bir merkeze transfer edildi.

Sonuç

Ebstein anomalisi, triküspit kapak yetersizliğine ve sağ kalp dilatasyonuna neden olan nadir bir konjenital kalp anomalisidir. Ciddi formlarında pulmoner kapakta anterograd akım yokluğu gelişebilir ve yenidoğan döneminde yoğun bakım ve operasyon gerektiren duktusa bağımlı kalp hastalığına yol açabilir. Ebstein anomalili fetusların yaklaşık üçte biri inutero ölür ve sadece 1/10'u yenidoğan döneminde hayatta kalır. Postpartum bakım ihtiyacı ve operasyon gerekliliği nedeniyle hastalığın prenatal tanısı klinik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Ebstein Anomalisi, Fetal Ekokardiyografi, Konjenital Kardiak Malformasyon, Prenatal Tanı, Triküspit Kapak

Şekil 1



Apikale yakın yerleşimli triküspit kapak, atrialize olmuş sağ ventrikül. (Beyaz Ok: Mitral Kapak, Beyaz Yıldız: Apikale yakın yerleşimli triküspit kapak)

Fetal Sirenomeli: Nadir Bir Olgu Sunumu

Cem Yener, Cihan İnan, Gülizar Füsün Varol, Esra Altan Erbilin, Niyazi Cenk Sayın

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne

Giriş

Sirenomeli (deniz kızı sendromu), alt ekstremitelerin tam veya kısmi füzyonu ile karakterize olan nadir bir konjenital fetal anomalidir. Bu sendrom, çeşitli konjenital visseral anormalliklerin birlikteliği nedeniyle yaşamla bağdaşmaz. Burada prenatal tanı koyduğumuz olgumuzu sunmayı amaçlıyoruz.

Bulgular

37 yaşındaki G2P1Y1 gebe 13. haftada birinci trimester tarama testi yaptırmak için tarafımıza başvurdu. Yapılan ultrasonda CRL: 64.2 mm 12 hafta 6 gün ile uyumlu NT:1.8 olan fetüsün mesanesi izlenmedi. Tek umbilikal arter görüldü. Alt ekstremitelerin füzyon halinde olduğu saptandı (Şekil 1). Aileye fetal prognoz hakkında bilgi verildi. Prenatal invaziv işlem ve gebeliğin terminasyonunun önerilmesine rağmen aile herhangi bir işlem istemedi. Gebeliğin 17. haftasında missed abortus nedeniyle gebelik tahliyesi gerçekleştirildi. Abort sonrası inceleme ile prenatal tanı doğrulandı (Şekil 2).

Sonuç

Sirenomeli nadir görülen ve ölümcül bir doğumsal anomalidir. Değişen düzeyde alt ekstremitte füzyonu, torakolomber spinal anomaliler, sakrokoksigeal agenezi, genitoüriner ve anorektal atrezi ile karakterizedir. Alt ekstremitelerdeki füzyon sonucu denizkızı görüntüsü oluşmaktadır. Görülme sıklığı 0.8-1/100.000 doğumdur. Male/female oranı 3:1'dir. Erken tanı konması gebelik terminasyonunun gebeliğin ilerleyen haftalarına geciktirilmemesi açısından önemi vardır.

Anahtar Kelimeler: Alt Ekstremitte Füzyonu, Deniz Kızı Sendromu, Kaudal Regresyon, Mermaid Sendromu, Sirenomeli

Şekil 1



Alt ekstremité füzyonunun ultrasonografik görünümü

Şekil 2



Abort sonrası fetusun görünümü

Fetal Gastroşizis: Olgu Sunumu

Esra Altan Erbilin¹, Niyazi Cenk Sayın¹, Gülizar Füsün Varol¹, Ümit Nusret Başaran², Cem Yener¹, Sinan Ateş¹, Cihan İnan¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Edirne

Giriş

Gastroşizis ince barsakların, nadiren mide, kolon ve gonadların bir zarla çevrili olmadan batin ön duvarındaki defektten herniasyonu ile karakterize bir durumdur. Defekt genellikle göbek kordonunun sağında yerleşir. Bir membranla çevrili olmadığı için herniye olan organlar direkt amniyotik sıvıya temas halindedir. Bu nedenle enfeksiyon ve hasarlanma riski artar. İnsidansı 2500 doğumda 1'dir.

Olgu

20 yaşında ilk gebeliği olan hasta 30. gebelik haftasında dış merkezden tarafımıza yönlendirildi. Yapılan obstetrik ultrasonografide sağ paraumblikal ön karın defektinden herniye olan barsak ansları görüldü ve gastroşizis tanısı konuldu (Şekil 1). 36 hafta 2 günlükken yapılan ultrasonografide fetal barsak anslarında genişleme ve barsak duvarında kalınlaşma saptanması üzerine yenidoğan yoğunbakım ve pediatrik cerrahi ekibi bilgilendirilerek sezaryen ile 2910g 51cm, 1. ve 5. Dakika Apgar skorları 9-9 olan kız bebek doğurtuldu (Şekil 2). Doğum sonrası yenidoğan, pediatrik cerrahi ekibi tarafından opere edildi. Barsak ansları kolay ve basınçsız bir şekilde batına yerleştirildi. Fasya ve cilt tek sütürler ile kapatıldı (Şekil 3). Postoperatif yenidoğan yoğunbakım şartlarında takip edilen olgu erken dönemde ekstübe edildi.

Sonuç

Göbek kordonu giriş bölgesi normal olmasına rağmen paraumblikal bölgedeki defektten herniye olan barsak ansları direkt amniyotik sıvıyla temas eder. Prenatal dönemde USG ile tanı konularak intrauterin gelişebilecek komplikasyonlar açısından yakın takip yapılmalıdır. Ayrıca doğumun yenidoğan yoğunbakım ve pediatrik cerrahi ekiplerinin olduğu bir merkezde yapılması sağlanmalıdır. Böylelikle nadir görülen bu durumun uygun takip ve tedavi ile sağkalım ve prognozunun daha iyi olması sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Abdominal Duvar Defekti, Gastroşizis, Paraumblikal Defekt, Prenatal Tanı, Yenidoğan

Şekil 1



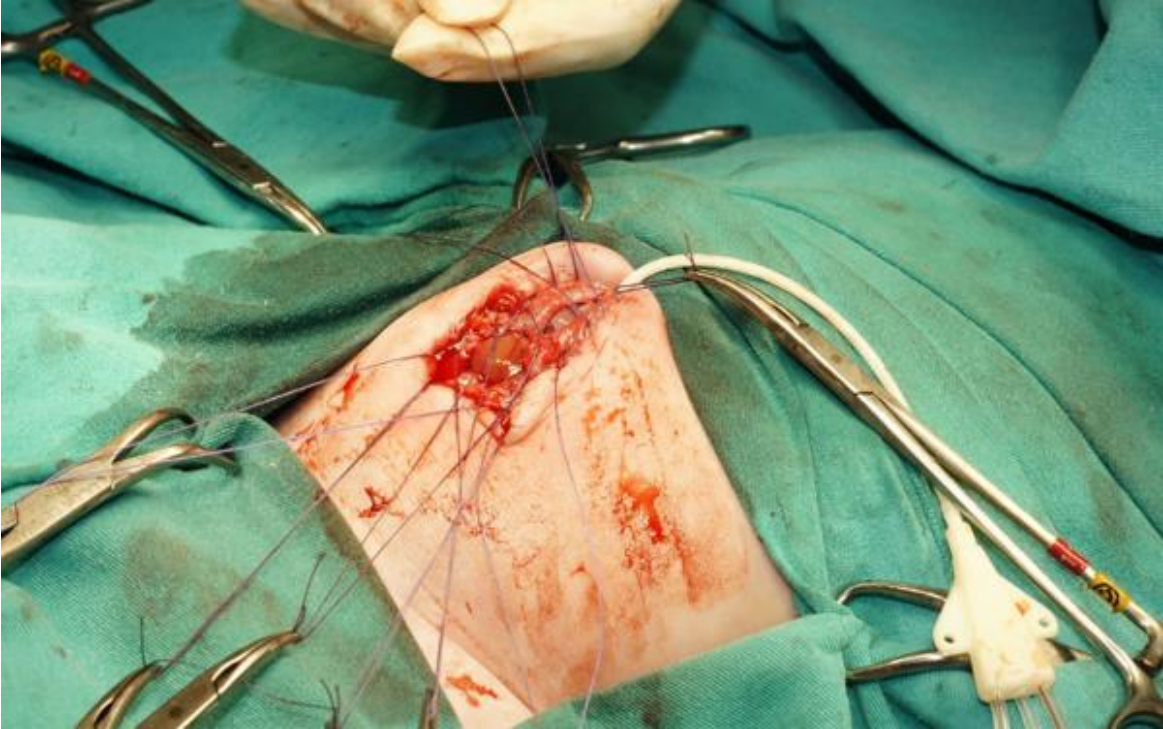
Abdominal duvar defektinden herniye olan barsak anslarının ultrason görünümü. (Beyaz Yıldız: Amniyotik sıvı içinde yüzen barsak ansları)

Şekil 2



Doğum sonrası genişlemiş barsak anslarının görünümü

Şekil 3



Yenidoğanda abdominal defektin cerrahi olarak onarılması

Eisenmenger Sendromunda Gebelik; Olgu Sunumu

Başak Akay¹, Arif Öztürk¹, Halil Ataş², Esra Esim Büyükbayrak¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Eisenmenger Sendromunda Gebelik; Olgu Sunumu

Giriş

Eisenmenger sendromu (ES), pulmoner vasküler direncin geri dönüşümsüz artışı nedeniyle sağdan sola şantla karakterizedir. Konjenital kalp hastalığı olanlarda ES insidansı %8'dir. Dünya Sağlık Örgütü, kardiyak hastalık varlığında gebelik risk sınıflandırması'na göre ES en yüksek riskli olarak değerlendirmiştir*. Normalde hipoksik olan hastada fetal hipoksi gelişeceği, hastanın gebelikte kardiyak ve pulmoner yükü tolare edemeyeceği ve artmış koagülopati riski nedeniyle ES'lu hastalarda gebelik kontraendikedir. *

Bu sunumda, gebelik isteminden vazgeçmeyen ES'lu hastanın gebelik ve doğum sürecini aktarmayı amaçladık.

Olgu

Ventrikuloseptal defekte(VSD) sekonder ES'lu 30 yaşındaki hasta, plansız ilk gebeliğinin 16. Haftasında perinatoloji polikliniğimize başvurdu. Başka medikal ve cerrahi özelliği olmayan, sildenafil ve aspirin kullanan hastaya gebeliğin terminasyonu seçeneği sunuldu ancak hasta tüm riskleri göze alarak gebeliğin devamını istedi ve perinatoloji- kardiyoloji ortak takibine alındı. İnspeksiyonda hastanın dudakları siyanotikti ve clubbing mevcuttu(resim 1). Hastanın oksijen saturasyonu(O2S) %85-90 civarında olup ortopenesi vardı ve normotansifti. Obstetrik takipte, fetus 24. haftadan itibaren gebelik yaşına göre küçük(SGA) izlendi. Doppler ultrasonografide bozulma görülmedi.

Perinatoloji ve kardiyoloji ortak kararıyla tamamlanmış 32. haftada doğum planlandı. Ancak hasta 31+4 iken ağır preeklampsi tablosuyla başvurdu. Acil sezaryene(C/S) alındı. 7/8 apgarlı, 1250 gr bebek doğurtuldu. Post-op 20. günde olan hastanın ve yenidoğanın genel durumları iyidir.

Tartışma

Eisenmenger sendromunda gebelik kontraendikedir çünkü hem maternal hem fetal-neonatal morbidite ve mortalite yüksektir. Bu gebelerin terme ulaşabilmesi maternal nedenle çok nadirdir*. Bizim olgumuz 31. Haftada preeklampsi nedeniyle acil olarak doğurtulmuştur. ES mutlak C/S endikasyonu değildir*, ancak hastamızda ağır preeklampsi olduğundan acil doğum gerekliliği nedeniyle C/S yapılmıştır. ES'lu hastalarda epidural anestezi tercih edilir*, ancak hastamızda trombositopeni nedeniyle rejyonel anestezi uygulanamamıştır.

Komplike olmamış ES'lu gebeliklerde mortalite yüzde %56'ya ulaşabilmektedir. Ancak reproduktif çağda hastalar çok detaylı bilgilendirilseler de psikososyokültürel nedenlerle gebelik istemlerinden vazgeçmeyebilmektedirler. Maternal ve neonatal mortalite olmaksızın takip edip doğurttuğumuz ES'lu hastamızın şanslı küçük bir grupta olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eisenmenger sendromu, Eisenmenger sendromunda doğum, pah, preeklampsi, pulmoner hipertansiyonda gebelik, siyanotik kalp hastalığında gebelik

Resim 1



Distal falankslarda clubbing ve siyanoz

Prenatal Tanısı Konmuş Bir İnienefali Vakası

Esra Altan Erbilin, Gülizar Füsün Varol, Niyazi Cenk Sayın, Deniz Çokay, Cihan İnan
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı,
Edirne

Giriş

İniensefali, başın retrofleksiyonu, oksipital kemik defekti ve nöral tüp defekti ile karakterize oldukça nadir bir anomalidir. Beraberinde bulunabilecek merkezi sinir sistemi patolojileri; anensefali, ensefalosel, hidrosefali, holoprensefali, posterior fossa defektleridir. İniensefaliye düşük kulak, kardiyovasküler anomaliler, toraks deformiteleri, diyafragma hernileri, gastrointestinal malformasyonlar eşlik edebilmektedir.

Olgu

30 yaşında gravida 3 parite 2 olan 30 haftalık gebe dış merkezden tarafımıza fetal anomali şüphesi ile refere edildi. Akraba evliliği, teratojen maruziyeti öyküsü olmayan gebe folik asit kullanmamıştı. Yapılan obstetrik ultrasonografide mide cebi izlenmedi, kalpte hiperektojen odak ve polihidroamnios saptandı. Fetal başın retrofleksiyonu, oksipital kemik defekti ve raşizizm bulgularıyla tipik 'hayalci' (stargazer) fetus görüntüsü ile iniensefali tanısı konuldu (Şekil 1). Aile gebelik terminasyonu seçeneğini kabul etti. Postmortem incelemede female fetusta baş fikse, hiper-ekstansiyonda idi (raşizis), düşük kulak ve servikotorakal nöral tüp defekti mevcut idi (Şekil 2).

Tartışma

İniensefali servikal vertebral kolon ve oksipital kemiğin füzyonu ile karakterize çok nadir görülen bir merkezi sinir sistemi anomalisidir. Düşük sosyoekonomik durum, folik asit eksikliği, obezite, sulfonamid, anti-tümör ilaçlar, tetrasiklin ile risk artışı olduğu düşünülmektedir. Aile öyküsü varsa tekrarlama riski %5' tir. Ultrasonografide tipik hayalci fetus görüntüsü olur. Genişlemiş foramen magnum ve oksipital kemik defekti ile malforme vertebraların irregüler füzyonu, servikal omurganın hiperektansiyonu izlenir. Böyle vakalarda erken tanı ve gebeliğin terminasyonu maternal morbiditeyi azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İniensefali, Konjenital Anomali, Nöral Tüp Defekti, Rachischisis, Stargazer Fetus

Şekil 1



Spinal defektin USG görüntüsü

Şekil 2



Hiperekstansiyonda baş, açık nöral tüp defekti izlenmekte

Fetal Over Kisti: Prenatal Tanı, Takip ve Sonuçları

Ayşe Keleş, Ali Turhan Çağlar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği

Giriş

Over kistleri, kız fetüslerde karın içi kitlelerin en sık nedenidir. Fetal yumurtalıklarda hormonal etkiyle oluşan fonksiyonel kistlerdir. Genellikle üçüncü trimesterde oluşurlar. Ayırıcı tanı için sistematik bir yaklaşımla diğer sistem anomalileri dışlanmalıdır. Bu derlemede kliniğimizde tanı konulan fetal over kisti olgularının prenatal tanı, yönetimi ve sonuçları gözden geçirilmektedir.

Bulgular

Fetal over kisti saptanan 13 vakanın ortalama tanı haftası 31'di. Over kistleri 11 vakada (%85) unilateral, 2 vakada (%15) bilateral idi. İki gebede kistler hamilelikte geriledi. On vakanın tanısı postnatal dönemde doğrulandı. Postpartum iki vakaya torsiyon nedeniyle 1. gün ve 3. ayda ooferektomi yapıldı. Diğer vakalarda kistler spontan olarak regresyona uğradı. Bilateral over kistleri olan bir vaka halen gebeliğinin 35. haftasında olup takipleri tarafımızdan yapılmaktadır. Üç vakada polihidroamniyos varken hiçbirinde yapısal anomali tespit edilmedi. Vakaların klinik özellikleri Tablo 1'de sunulmaktadır. Olgulara antenatal dönemde müdahale edilmedi. Seri ultrasonografik görüntüleme ile takip edildiler.

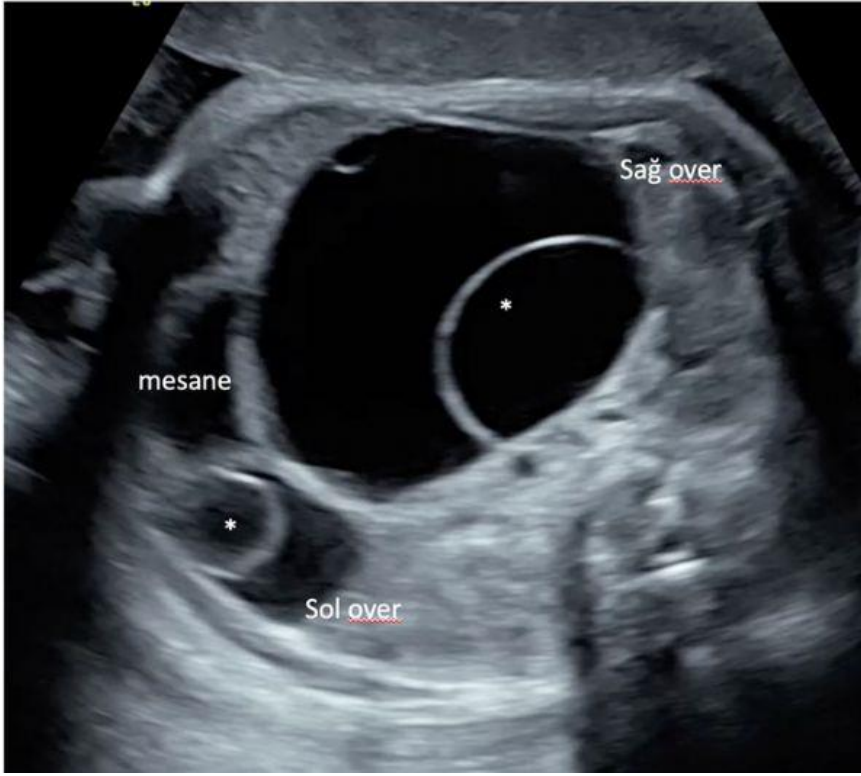
Sonuçlar

Fetüste yumurtalık kistleri gebeliğin üçüncü trimesterinde ortaya çıkar. Genellikle mesane komşuluğunda, parasagittal, yuvarlak, tek gözlü, ince duvarlı ve tek taraflıdır. Ancak komplike ve çift taraflı da olabilir. Yavru kist bulgusu (daughter kist) over kistleri için patognomoniktir, kist içindeki küçük, yuvarlak, anekoik kistik yapıyı tanımlar (Şekil 1). Komplike kistler heterojen ekoda, kalın duvarlıdır ve septasyonlar, sıvı seviyelenmeleri, solid komponentler içerebilirler (Şekil 2). Fetüste destekleyici bağlar gevşek ve pelvis sığ olduğundan over kistleri sıklıkla intraabdominal yerleşimlidir ve postnatal döneme göre antenatal dönemde torsiyona daha yatkındır. Torsiyon veya kistte oluşan kanama ultrasonografik görünümde değişikliğe neden olur. Kistin çevre organlar üzerindeki bası etkisine bağlı olarak fetusta polihidroamniyos ve asit oluşabilir. Prenatal tanı amaçlı fetal MR kullanılabilir (Şekil 3). Ayırıcı tanıda üriner sistem kistleri, enterik duplikasyon kisti, dilate barsak, mekonyum kisti, lenfanjiyom dışlanmalıdır. Tanı sonrası, seri USG'lerle kist özellikleri takip edilmelidir.

Fetal over kisti olgularında, perinatal sonucun en önemli belirleyicisi kistin boyutu ve yapısal özellikleridir. Çoğunluğu fonksiyonel olan bu kistler genellikle postnatal dönemde regresyon eğilimindedirler.

Anahtar Kelimeler: fetal over kisti, MR, torsiyon, ultrasonografi, yavru kist

Şekil 1



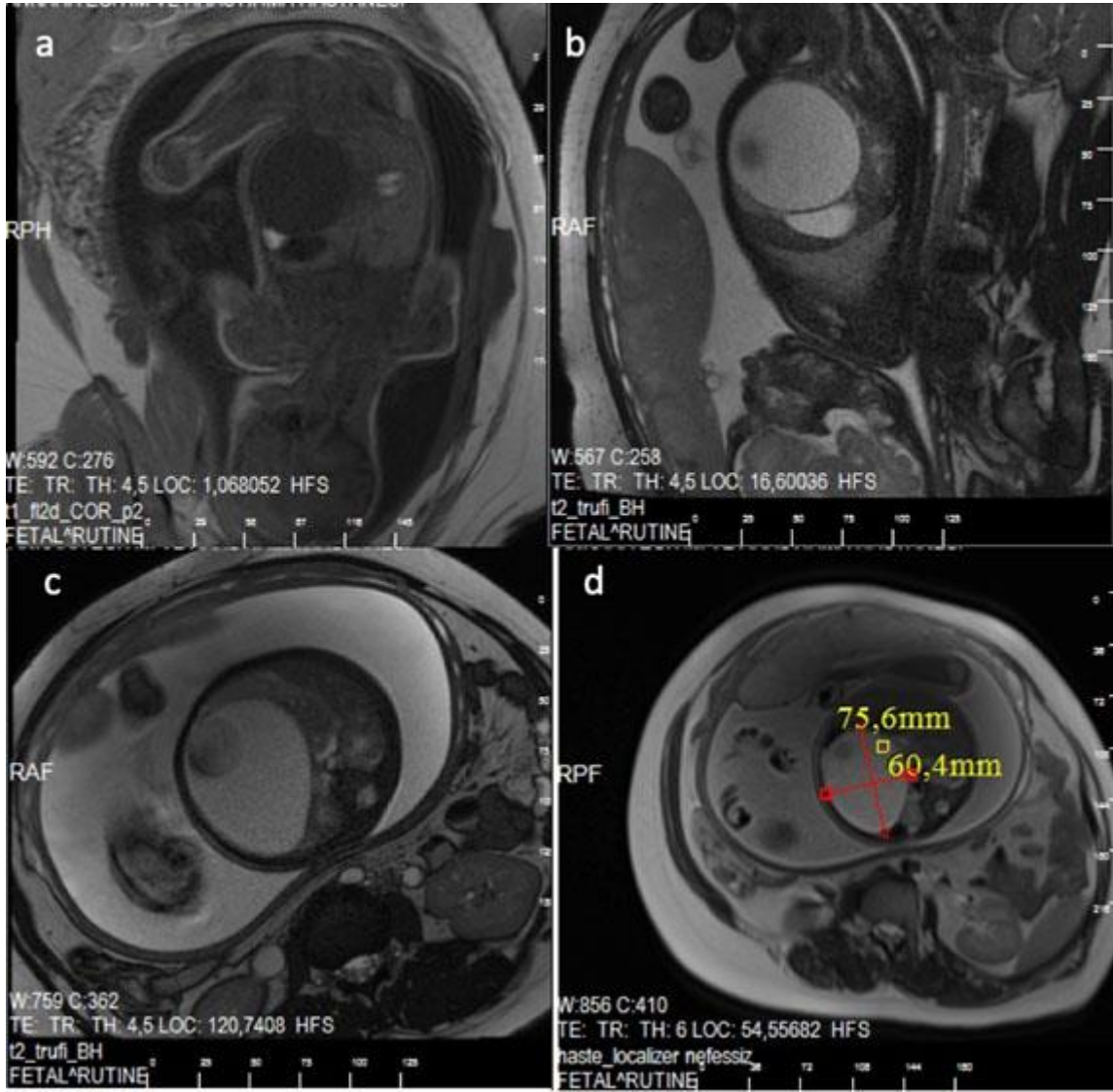
33 haftalık gebelik, bilateral over kisti, * over kisti tanısı için patognomonik daughter kist (yavru kist) bulgusu

Şekil 2



33 haftalık gebelik, polihidroamniyosun eşlik ettiği sol over kaynaklı, solid komponent içeren kompleks kistik yapı

Şekil 3



Şekil 2'deki gebenin T1-T2 MR görüntülemesi, sol over kaynaklı septasyon ve solid komponent içeren kistik yapı

Fetal over kisti vakalarının klinik özellikleri

Tanı haftası	Usg özellikleri	MR bulgusu	Gebelikteki seyri	Eşlik eden bulgu	Doğum haftası	Postnatal seyir
33	Sol overde 80*69mm hiperekojen, septasyon	Sol overde 7,5*5,5cm kistik yapı, içinde 28*29mm solid alan	Büyüdü	Polihidroamniyos	35	Postnatal 1. gün opere edildi, torsiyon saptandı, ooferektomi
33	Mesane superiorunda solda 19*21mm bilobule anekoik over kisti	Mesane sol anterolateralde 15*13mm ince cidarlı basit kistik yapı (over kisti düşünüldü)	Stabil	Yok	38	Postnatal 4. ayda regrese oldu.
30	Mesaneye komşu solda 34*45mm sağda 34*39mm kistik yapı	Mesane sup da sağda 46*32mm, solda 52*42mm over kist düşünüldü	Büyüdü	Yok	37	Postnatal 6. ayda regrese oldu.
22	Mesane sağda 28*18mm basit kistik yapı		Stabil	Yok	38	Postnatal 2. ayda regrese oldu.
31	Mesane sup orta hatta yakın 30*31mm avasküler kistik yapı	Mesane sağ sup orta hatta yakın 24*36mm avasküler kistik yapı	Büyüdü	Yok	36	Postnatal 3. ayda torsiyon nedenli ooferektomi
32	Mesane sol sup da 55*45mm internal eko içeren düzgün sınırlı kistik kitle		Küçüldü	Yok	41	Postnatal 3. ayda regrese oldu.
34	Mesane sol da 40*41mm kistik yapı papiller oluşum		Büyüdü	Yok	41	Postnatal 6. ayda regrese oldu.
33	Sağ overde 44*53mm sol overde 18*30mm yavru kist yapısı içerek kistik yapılar		Takip ediliyor	Polihidroamniyos	Gebe	
33	Mesaneye komşu solda unilokule 29*22mm kistik yapı	Sol overde 33*24mm ince cidarlı basit kist	Küçüldü	Yok	40	Kist izlenmedi
32	Sağ adneksensten sola uzanan 88*58mm septasyon ve papiller yapı içeren yoğun içerikli oluşum		Stabil	Polihidroamniyos	40	Postnatal 2. ayda regrese oldu.
32	Mesane komşu da sol da 42*23mm kistik yapı		Stabil	Yok	39	Postnatal 1. ayda regrese oldu.
31	Mesane sol sup da unilokule 39*50mm kistik yapı		Küçüldü	Yok	39	Kist izlenmedi
28	Sol alt kadranda over lokalizasyonunda 28mm kist		Büyüdü	Yok	37	Postnatal 6. ayda regrese oldu.

Gebelik ve Krukenberg Tümörü: Nadir Bir Olgu Sunumu

Esra Altan Erbilin, Niyazi Cenk Sayın, Cihan İnan, Cem Yener, Deniz Çokay, Gülizar Füsün Varol

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne

Giriş

Gebelikte adneksiyal kitle saptanma olasılığı %1'dir. %90 'ı ilk trimester sonunda kaybolan corpus luteum veya fizyolojik over kistleridir. Persistan kistlerin ancak %1-6'sı maligndir. Krukenberg tümörleri tüm over tümörlerinin %1-2'sidir, gebelikte nadirdirler, ileri evrelerde saptandıklarından prognozları kötüdür. Geç tanı almalarının nedeni gastrointestinal yakınmalara gebelikte çok sık rastlanmasıdır.

Vaka

36 yaşında iki sezaryen doğum öyküsü, kronik hipertansiyonu olan hasta dış merkezden 25 haftalık gebelik, batın içi kitle ve yüksek tümör markerları nedeniyle tarafımıza refere edildi. Hastada bir aydır mide ağrısı, kusma, solunum sıkıntısı mevcuttu. Dış merkezde çekilen diffüzyon MR'da her iki adneksiyal alanda batını dolduran solid heterojen diffüzyon kısıtlaması olan kitleler izlendi. Ultrasonografide her iki adneksiyal alandan epigastrik alanlara uzanan yaklaşık 10*15 cm büyüklüğünde solid kitleler izlendi. Barsak ansları arasında serbest sıvı mevcuttu. CA125:1051 u/mL, CA19-9:2043 u/mL, CEA:407 ng/mL olarak saptandı. İki doz betametazon uygulandı. Solunum sıkıntısı olan hasta için laparotomi kararı alındı. Göbek altı median kesiyle yapılan laparotomide overyan kitleler çıkartıldı (Şekil 1), bilateral salpenjektomi ve total omentektomi yapıldı. İntraoperatif eksplorasyonda mide büyük kurvaturda kitle izlendi, perioperatif genel cerrahi konsültasyonu istendi. Frozen-sectionla elde edilen materyalin histopatolojik tanısı adenokarsinom metastazı olarak raporlandı (Şekil 2). Postoperatif yapılan endoskopide mide büyük kurvaturdaki ülser alandan alınan biyopsinin taşlı yüzük hücreli adenokarsinom olarak yorumlanmasıyla pelvik kitlelerin krukenberg tümörü olduğuna karar verildi. Hastaya 27. gebelik haftasında ilk kür, 29. gebelik haftasında 2. kür sisplatin ve 5FU verildi. İkinci kür kemoterapiden 10 gün sonra gebeliğin 30. haftasında, ağrı, kusma ve median insizyonun açılması nedeniyle acil sezaryenle 1070 gr 1.-5. Dakika Apgar Skorları 8-8 olan bir kız bebek doğurtuldu. Hasta postoperatif 13. günde 3. kür kemoterapisini aldı ve bebek doğum sonrası 43. günde yenidoğan yoğunbakım ünitesinden taburcu edildi.

Sonuç

Gebelikte Krukenberg tümörü yönetimi tartışmalıdır. Gebelik haftası dikkate alınarak onkolog ve perinatologla birlikte multidisipliner yaklaşım önerilmektedir. Tanı sırasında genellikle ileri evre oluşu nedeni ile beş yıllık sağkalım oranı %12-24 arasındadır.

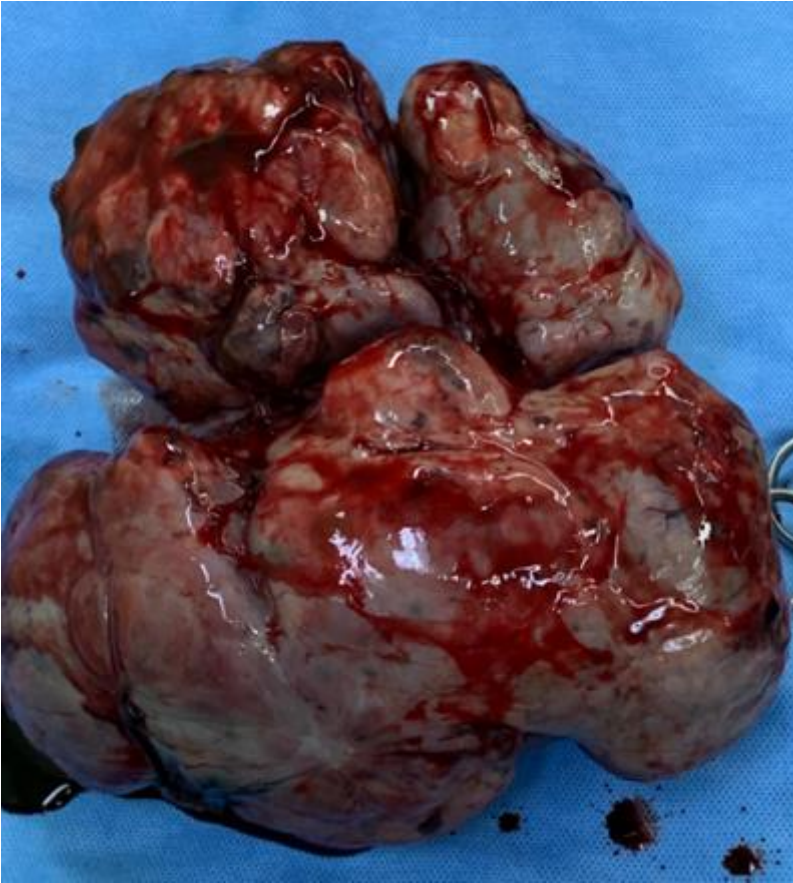
Anahtar Kelimeler: Gebelik, Kemoterapi, Krukenberg Tümörü, Mide Kanseri, Over Kitleleri

Şekil 1



Laparotomi sırasında irregüler yüzeyli batını dolduran kitle

Şekil 2



Frozen-section ile adenokarsinom metastazı saptanan Krukenberg Tümörü

Çift Girişli Sol Ventrikül Olgusu

Fatma Didem Yücel Yetişkin, Berchan Besimoğlu, Eda Özden Tokaloğlu, Ayşegül Atalay, Selvi Şenel, Dilek Şahin

Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Perinatoloji Kliniği

Giriş

Çift girişli ventrikül (DIV) univentriküler atriyoventriküler bağlantının klasik ve en yaygın formu kabul edilir. Ortak bir ventriküle ayrı olarak sağ ve sol atriyoventriküler kapaklarla bağlanan iki adet normal gelişmiş sağ ve sol atriyumla karakterizedir. Her 1000 canlı doğumun 0.1'inde görülür. DIV'in en yaygın formu çift girişli sol ventrikül morfolojisidir ve bu anomali çift girişli sol ventrikül olarak adlandırılır (DILV). DILV'de küçük az gelişmiş sağ ventrikül genellikle vardır ve ventriküler septal defekt (VSD) aracılığıyla tek ventrikülle bağlantılıdır. Bu kalıntı ventrikülün küçük çıkışlı boşluğudur ve VSD genellikle bulboventriküler foramen olarak isimlendirilir. Aorta ve pulmoner arter genellikle D veya L malpozisyonda birlikte yükselir. Bulboventriküler foramenin kısıtlandığı vakalarda kalıntı boşluğa ulaşan damarlar küçülebilir (aort koartasyonu, pulmoner stenoz).

Olgu

26 yaşında primigravid 21 haftalık gebeliği olan hasta, dış merkezde fetak kardiyak anomali saptanması nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiştir. Ultrasonografide sol ventrikül morfolojisi ile uyumlu tek ventrikül, mitral ve triküspit kapaklarla bağlanan sol ve sağ atrium izlenmiştir. Hipoplazik sağ ventrikül ile sol ventrikül arasında musküler tip VSD izlenmiştir. Tek ventrikülden büyük tek bir damar çıkışı izlenmiş olup aort pulmoner arterden köken almaktadır (trunkus arteriosus). Aort ileri derecede hipoplazik, pulmoner arter geniş izlenmiştir. Hasta dış merkezde 39. Haftada vajinal yolla 3040 gram ağırlığında erkek çocuk doğurmuştur. Postnatal 9. Gününde hastanemiz yenidoğan yoğun bakımına sevk edilmiştir. Postnatal ekokardiyografisinde; DILV, sağ ventrikül hipoplazisi, tek ventrikül fizyolojisi, büyük arter malpozisyonu (d-TGA), asendan ve transvers aorta hipoplazisi, triküspid ve pulmoner yetmezlik (1. Derece), mitral yetmezlik (eser), küçük sekonder ASD, interrupted aorta, tip 4 truncus arteriosus görülmüştür. Postnatal 14.gününde pediatrik kalp-damar cerrahisi tarafından norwood operasyonu yapılmıştır. Operasyon sonrası yenidoğan yoğun bakımda medikal tedavisi devam etmektedir.

Sonuç

DIV, operasyon seçeneği bulunan ve erken dönemde operasyon yapılması gereken bir konjenital kalp hastalığıdır. Bu nedenle prenatal tanı uygun merkezde doğumun gerçekleşmesi ve tedavinin planlaması açısından son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bulboventriküler foramen, çift girişli ventrikül (DIV), çift girişli sol ventrikül (DILV), interrupted aorta, truncus arteriosus

Aort çıkışı



Pulmoner arter çıkışı



Tek ventrikül, hipoplazik sağ ventrikül, sol ve sağ atrium



Triple Bubble Bulgusu: Proksimal Jejunal Atrezi Ultrasonografik Belirteci

Berchan Besimoğlu Aşıcıoğlu, Ayşegül Atalay, Didem Yetişkin Yücel, Eda Tokaloğlu, Selvi Aydın, Filiz Öztürk, Orhan Altınboğa, Aykan Yücel

Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Perinatoloji Kliniği, Ankara

Giriş

Jejunoileal atrezi insidansı 3000-5000 canlı doğumda 1 olarak bildirilmektedir. Çoğunluğu sporadik olgulardır ve etyolojide en sık kabul edilen teori embriyolojik gelişim sırasında oluşan vasküler hasara bağlı iskemi sonucu gelişen edinsel bir defekt olduğudur. Prenatal olarak dilate ince bağırsak segmentleri ve polihidroamnios birlikteliği ince bağırsak obstrüksiyonun en önemli bulgusudur. Triple bubble bulgusu literatürde proksimal jejunal atrezi için tanımlayıcı bir bulgu olarak belirtilmektedir.

Olgu

22 yaşında gravida 4 parite 3, son adet tarihine göre 23 hafta iken kliniğimize yönlendirilmiş. Ultrasonografi değerlendirmesinde biometrik ölçümlerde gebelik haftasına göre gerilik, hiperekojen grade 3 bağırsak, fetal mide 21x13 mm boyutlarında distandü izlendi. Takipten çıkıp daha sonra 37. gebelik haftası başvurusunda yapılan ultrasonografik değerlendirmede, biyometrik ölçümler 28 hafta ile uyumlu, polihidramniyoz, üst fetal abdomeni dolduran dilate mide, duodenum ve jejunum olduğu düşünülen triple bubble bulgusu izlendi. Bu bulgularla fetüste jejunoileal atrezi düşünüldü. Spontan vajinal doğum ile 1400 gr ağırlığında, Apgar skoru 3/5 olan kız bebek doğurtuldu. Postartum 3. gün ameliyat bulguları; mide, duodenum ve jejunum ileri dercede dilate, treitz ligamınının 10 cm distalinde Tip 1 Jejunal atrezi olarak kayıt edildi. Operasyonda atretik segment rezeke edilerek, distal segmentte ucu uca reanastomoz yapıldı. Kromozom analizi normal karyotip olarak geldi(46XX).

Sonuç

Jejunoileal atrezinin prenatal tanısı, lezyonun proksimalinde oluşan dilate bağırsak segmentlerinin varlığı ve eşlik eden polihidroamnios birlikteliğinde, birçok kez bildirilmiş olmakla birlikte, lezyonun tam olarak lokalizasyonu nadiren tam olarak belirtilebilmiş. Jejunoileal atrezide birçok dilate bağırsak segmenti izlenmektedir. Proksimal düzeydeki intestinal atrezilerde 2 veya 3 sıvı dolu dilate bağırsak segmenti fetal üst abdomende izlenebiliyor. Vakamızdaki triple bubble bulgusu da dilate mide, duodenum ve jejunumu temsil etmekteydi. Double bubble bulgusunun duodenal atrezinin tanımlayıcı bulgusu olduğu literatürde bildirilirken, Triple bubble bulgusunun proksimal jejunal atrezinin tanımlayıcı bulgusu olduğu nadiren bildirilmiş. Sonuç olarak fetal üst abdomende triple bubble varlığı, proksimal jejunal atrezi tanısının tanımlayıcı bulgusudur. Prenatal tanı erken tedavi şansını arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Triple, Bubble, Jejunoileal, Atrezi, Obstrüksiyon

Triple Bubble Sign



Triple Bubble Sign 2



Sol Atriyal İzomerizm’li İki Olgunun Prenatal Tanısı

Ali Taner Anuk¹, Aykan Yücel²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

²T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Sol atriyal izomerizm, sol atriyum ve atriyal apendiksin bilateral geliştiği durumdur. Sağ tarafta yer alan inferior vena kavanın intrahepatik kısmının gelişmemesi ve sağ atriyumla birlikte sinüs nodunun bulunmaması veya anormal gelişmesi sık görülen durumlardandır. Kompleks kardiyak malformasyonlarla birlikte seyreden sol atriyal izomerizmin prenatal tanısında önemli noktaların iki olgu üzerinden vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu 1: 20 yaşında gravida 2 parite 1, 22. gestasyon haftasında başvuran hastada ultrasonografide mide sağ tarafta izlendi. Kesintili inferior vena kava ve devam eden hemiazigos venin, inen aortanın arkasında yer aldığı transvers planda “çift damar” belirtisi ve parasagittal kesitte “ters kan akımı” saptandı. Persistan sol süperior vena kavanın da izlendiği olguda sol ventrikül hipoplazik değerlendirildi. Geniş inlet tip ventriküler septal defekt görüldü. Danışmanlık sonrası terminasyon isteği olan hastanın gebeliği sonlandırıldı. Aile karyotipleme istemedi.

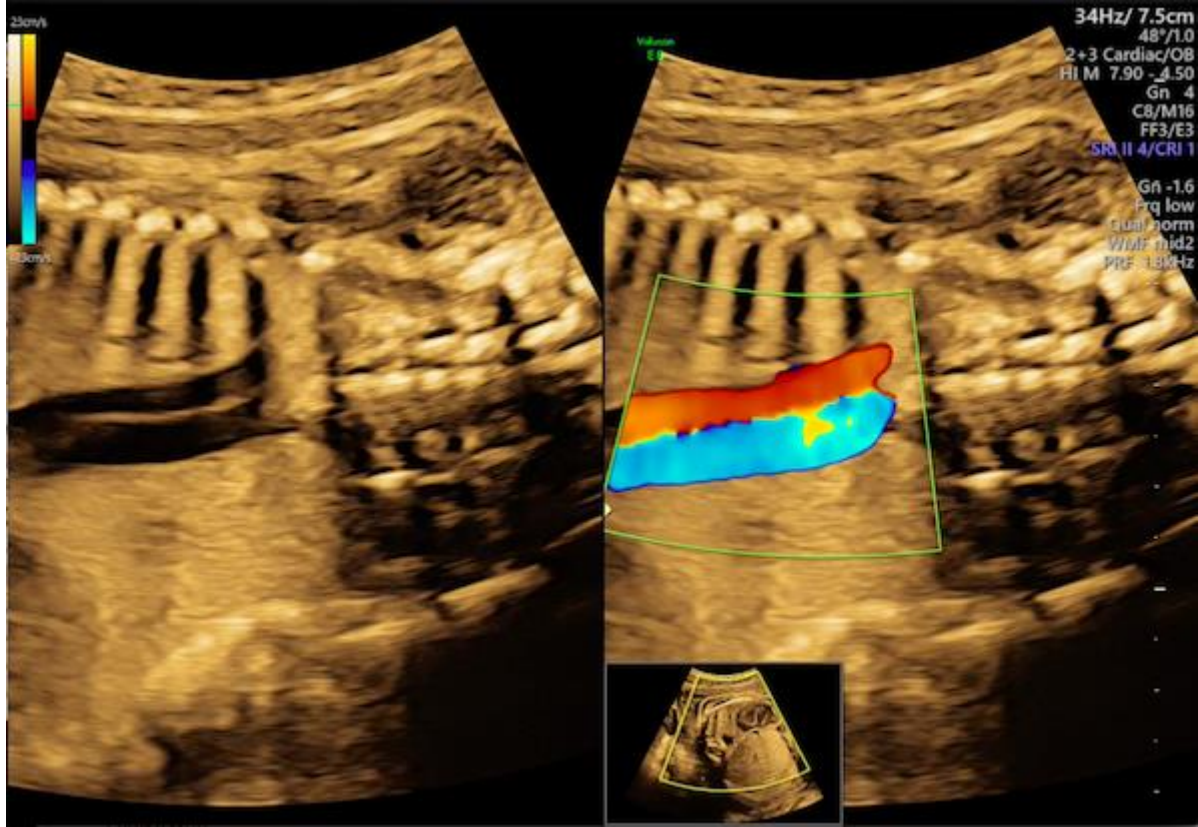
Olgu 2: 27 yaşında gravida 7 parite 5 yaşayan 4, 21. gestasyon haftasında başvuran hastada detaylı ultrasonografide mide sağ tarafta izlendi. “Çift damar” belirtisi görüldü. Bilateral atriyumlar, sol atriyum morfolojisinde izlendi. Atriyal hız 110 atım/dakika, ventrikül kızı 60 atım/dakika olmak üzere tam kalp bloğu saptandı. Komplet atriyoventriküler septal defekt (AVSD) görüldü. Bu durumla ilişkili fetal hidrops izlendi. Danışmanlık sonrası yapılan amniosentez işlemi sonucu normal karyotip ile uyumlu geldi. 22q11.2 delesyonu açısından ileri genetik testler planlandı.

Sonuç

Fetal sol atriyal izomerizmin prenatal tanısı için önemli ultrasonografik kardiyak ve ekstrakardiyak bulgular vardır. Çoklu anomali varlığında karyotipleme yapılmalıdır. Heterotaksi düşünülen durumlarda kesintili inferior vena kava varlığı, sıklıkla sol atriyal izomerizmi düşündürür.

Anahtar Kelimeler: çift damar belirtisi, kesintili inferior vena kava, prenatal tanı, sol atriyal izomerizm, sol atriyal apendiks, tam kalp bloğu, ters kan akımı, ultrasonografi

Olgu-1 Parasagittal kesitte ters kan akımı



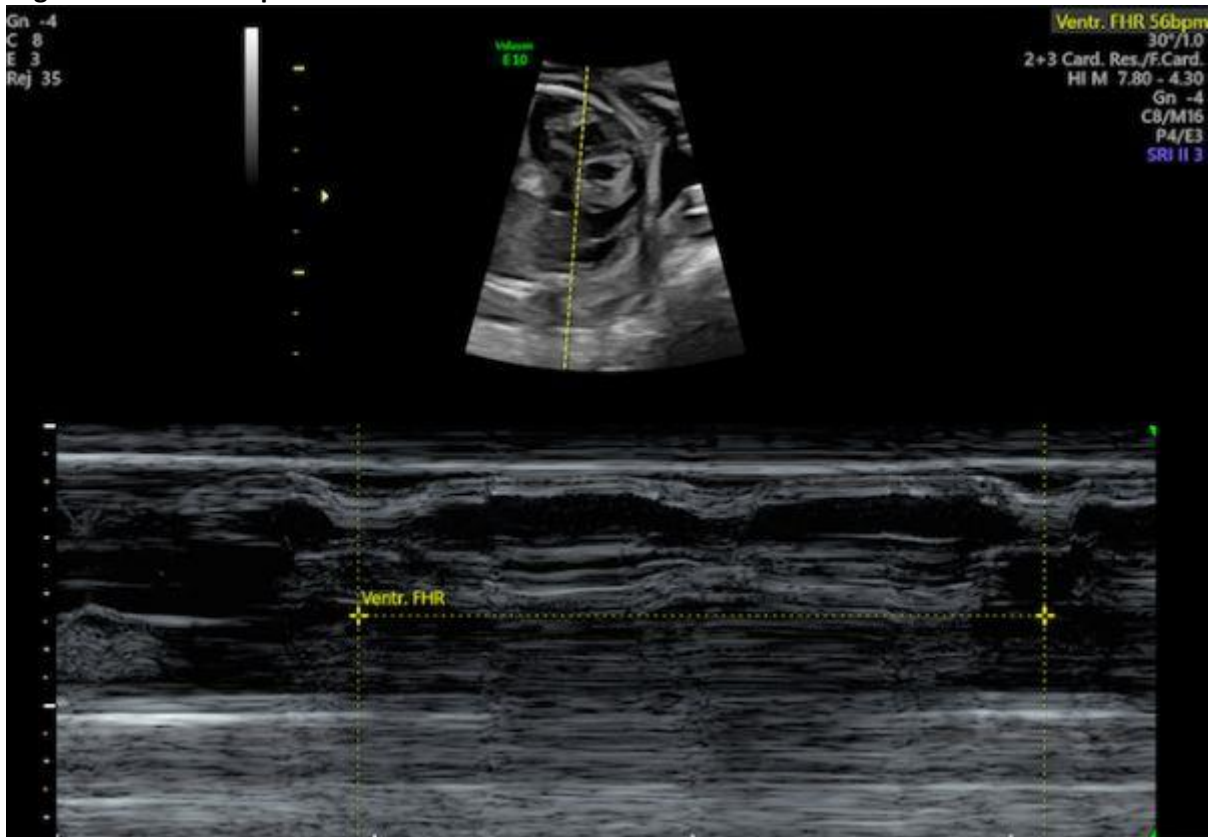
Olgu-1 Transvers kesitte çift damar belirtisi



Olgu-2 midenin sağ yerleşimi ve hidrotoraks



Olgu-2 M-modu komplet AV blok



Olgu-2 sol atriyal apendiksler ve çift damar belirtisi



Bronkopulmoner Sekestrasyon Olgusu, Tanı ve Prognoz

Betül Yakıştıran, Ali Taner Anuk, Orhan Altınboğa, Elif Gül Yapar Eyi, Aykan Yücel

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Kliniği

Bronkopulmoner sekestrasyon (BPS), trakeobronşial sistem ve pulmoner artere bağlanmayan pulmoner yapı olarak tanımlanmaktadır.

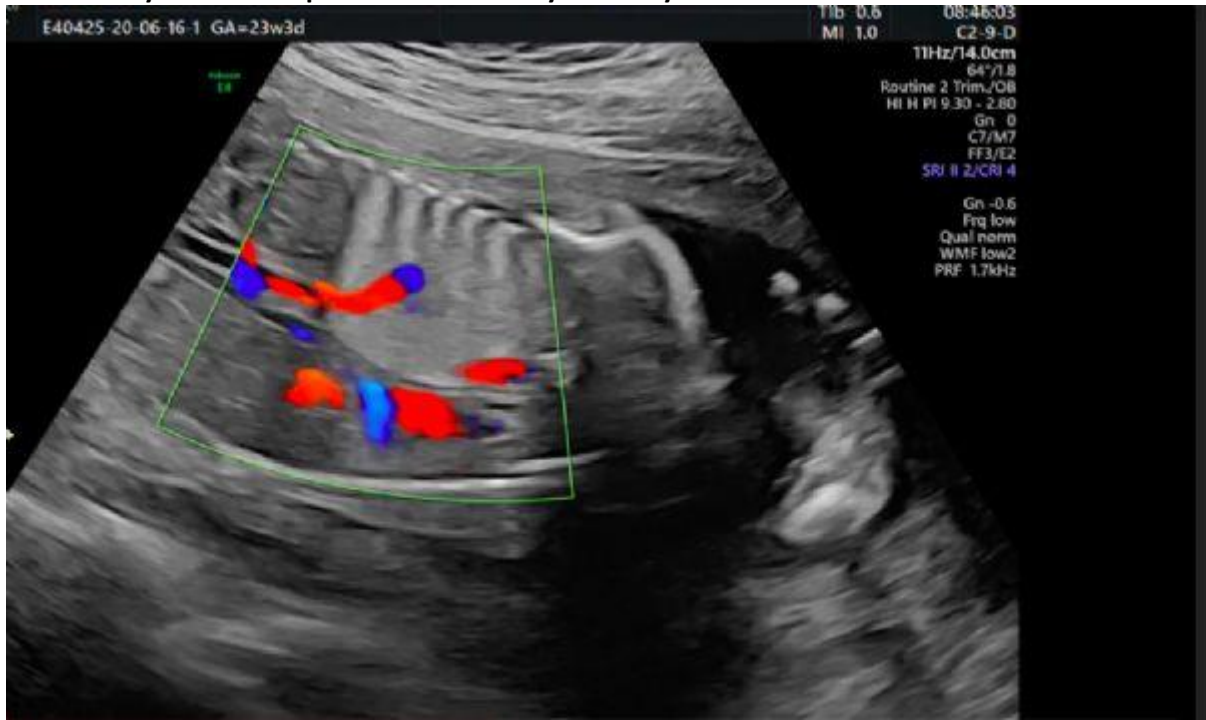
Olgu

26 yaşında, G1P0, 23*3 haftada fetal akciğerde kitle ile kliniğimize sevk edilen hastanın yapılan sonografik incelemesinde sol akciğer bazalde 33*24*22 mm, aortadan vasküler dal alan ve kalbin dekstropozisyonuna yol açan hiperekoben solid BPS ile uyumlu kitle lezyonu tespit edilmiştir. EKO sonucunda fetal kardiyak anomali tespit edilmemiştir, antenatal takipte hidrops izlenmemiştir. Doğum ağırlığı 2850 gr 22. Günde pediatri tarafından takipli olan hastanın operasyon planı için BT sonucu beklendiği bilgisine ulaşıldı.

Sıklıkla extralobar sekestrasyon şeklinde izlenen bu olgular çok nadiren intralobar olarak da yerleşebilmektedir. %85-90 supradiyafragmatik olup solda yerleşimlidir ve subdiyafragmatik olgularda adrenal gland patolojilerinden ayırt edilmesi önemlidir. Tanısı USGde besleyici damarını aortadan tek veya birden fazla damardan alabilen ve azigos veya inferior vena kava ile drene olan hiperekoben solid akciğer dokusunun gösterilmesi ile konulur. Abdominal BPS daha çok solda yerleşir ve kitle etkisi ile mideyi pozisyonunda değişiklik yapabilir. Ayırıcı tanıda yer alan kistik adenomatoid malformasyon (CPAM) pulmoner arterden beslenmesiyle, teratom kalsifik odaklar içerip, aortadan beslenmemesiyle, bronşial atrezide de daha üst loblarda karşılaşılması ve anormal damarlanma izlenmemesi ile ayrılır. Ayrıca adrenal hemoraji zamanla hipoekoik görünümüyle, nöroblastom ise çoğunlukla sağda ve kistik görünümde olması ile ayırt edilebilir. Tanı konulduktan sonra eşlik eden diğer patolojiler açısından detaylı anatomi taraması yapılmalıdır hidrops veya plevral effüzyon gelişimi açısından yakın takip etmek gerekir. Spontan rezolusyon olabilir. Prenatal dönemde tedavi genellikle yapılmaz ama hidrops gelişirse, laser koagülasyon, steroid ve doğum ya da torakoamniyotik shunt uygulanabilir. Postnatal dönemde BT/MRI sonrası embolizasyon ya da rezeksiyon uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Bronkopulmoner sekestrasyon, hidrops, fetal anomali, aorta, color Doppler

Aortadan ayrılan bronkopulmoner sekestrasyon besleyici damarı



Sol akciğer bazalinde bronkopulmoner sekestrasyon



Servikal Lenfanjioma Olgusu Prenatal Tanı ve Prognoz

Betül Yakıştıran, Ali Taner Anuk, Denizhan Demir, Orhan Altınboğa, Elif Gül Yapar Eyi, Aykan Yücel

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Kliniği

Olgu

32 yaşında, G2P1Y1, 34. Haftada fetal boyunda kistik kitle nedeniyle kliniğimize refere edilen hastanın anamnezinden kombine test risk yüksekliği nedeniyle karyotip analizi yapıldığı ve normal karyotip sonucu olduğu öğrenildi. Yapılan USGde fetal boyun sol yandan göğüs ön duvarı üst kısma uzanan 45*50*25 mm septalı, Color Doppler Us ile akım izlenmeyen kistik lezyon ve yapılan anatomik incelemede izole megasisterna magna tespit edilmiştir. Eski sezaryen endikasyonu ile termde sezaryen yapılarak 3460 gr erkek bebek doğurtulmuştur. Postnatal dönemde MRI sonucu sol göğüs ön duvarında sol omuz eklemi ile supraklavikuler fossa arasındaki boşluğu dolduran multiloküle multikistik lezyonun (5*3,5*4,5 cm) aksiller fossa, derin boyun yapıları ve toraks boşluğuna uzanımı izlenmediği şeklinde raporlanmıştır. Cerrahi girişim düşünülmemiş olup yenidoğanın takibine devam edilmektedir.

Embriyolojik gelişimde, lenfatik obstrüksiyon, anormal lenfatik epitel gelişimi ya da bozulmuş lenfatik venöz kan akımının sonucu olarak ortaya çıkan lenfanjioma, 0,8-18/10000 sıklıkta görülmektedir. Lenfanjiomalı fetusların yalnızca %2sinde kromozomal/yapısal anomaliler saptanabilir. Çoğunlukla boyunda yerleşen ve unilokuler veya multiloküler olabilen lenfanjioma, %70 oranında aksillada olup göğüs ön duvarına uzanabilir. Tanıda gri skala USG bulguları; kompleks, solid komponent içermeyen, anekoik, septalı kistik oluşumdur. Renkli Dopplerde kitle içerisinde kan akımı izlenmez. Kitlenin uzanım yerini kesin olarak belirlemek zor olsa da, MRI inceleme hem kitlenin hacmini değerlendirmede hem de uzanımın saptanmasında faydalıdır. Tedavide prenatal dönemde geniş kistin hacmini küçültmek için aspirasyon ya da sklerozan madde (OK432) enjeksiyonu yapılabilir. Postnatal dönemde sklerozan madde (bleomisin, doksisiklin ve etanol) enjeksiyonu dışında cerrahi eksizyon da yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Lenfanjioma, Lenfatik sistem, servikal, sklerozan, MRI

Servikal lenfanjioma



Gebelikte Akut Batın Nedeni: Heterotopik Gebelik

Hakan Sağer¹, Ecem Berfun Sağer², Burcu Dinçgez Çakmak¹, Gizem Durmaz¹, Gülten Özgen¹, Emin Üstünyurt¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Giriş

Heterotopik gebelik, intrauterin gebelik ve ektopik gebeliğin eş zamanlı olması durumudur. Literatürde 1/30000 olarak bilinen klasik insidansı yeni analizlerde 1/700 olarak revize edilmiştir. Bu oranın yardımcı üreme teknikleri ile oluşan gebeliklerde 1/100'e ulaştığı bildirilmiştir. Teşhis genellikle transvajinal sonografi ile muayene sırasında, intrauterin canlı gebeliğin yanı sıra pelvik kitle kompleksi ile konur. Burada yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan ve akut batın ile başvuran tubal ve intrauterin heterotopik gebelik olgusu irdelenmiştir.

Olgu

Medikal ve obstetrik öyküsünde bir özellik bulunmayan, 29 yaşında, G1P0, in vitro fertilizasyon sonucu oluşan ve son adet tarihine göre 12 hafta gebeliği olan hasta bulantı-kusmanın eşlik ettiği, ani başlangıçlı karın ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenesinde şuuru açık, koopere ve oryante, kan basıncı 80/50 mmHg, nabız 124 atım/dk idi. Abdominal muayenesinde defans ve rebound mevcut olup tüm batında hassasiyet mevcuttu. Uterus yaklaşık 14 haftalık gebelik cesametinde idi. Transvajinal sonografide intrauterin kavite içinde CRL: 12+1 hafta, kalp atımları olan tekil gebeliğe ek olarak sol tubada CRL: 10+2 hafta, kalp atımları olan ektopik odak izlendi. Douglasta koagulum ve serbest sıvı ile uyumlu görünüm mevcuttu. Laboratuvar değerlendirmesinde Hb: 7,2 g/dl, Htc: %19 olup, diğer değerler normal idi. Laparoskopik girişim uygulandı. Eksplorasyonda batın içinde yaygın koagulum ve sol tubada 6x7 santimetrelilik ektopik odak izlendi. Hastaya sol salpenjektomi yapıldı. Patoloji sonucu tubal ektopik gebeliği doğruladı. Peroperatif 2 ünite kan, 2 ünite plazma replasmanı yapılan hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif sonografide intrauterin, kalp atımları olan gebelik teyit edilerek hasta taburcu edildi. Hastanın gebeliği sorunsuz devam etmektedir.

Tartışma

Özellikle yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kişilerde daha fazla olmak üzere tüm gebelerde akut batın bulguları ile başvuruda heterotopik gebelik akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve tedavinin hayat kurtarıcı olduğu bu durum bize gebelik takiplerinde intrauterin gebelik tespit edilmiş olsa bile adneksiyal alanların da mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini göstermesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: gebelikte akut batın, heterotopik gebelik, intrauterin gebelik, tubal gebelik, yardımcı üreme teknikleri

İnkomplet Abortus Nedeniyle Küretaj Yapılan Hastada Akut Batın Nedeni: Rüptüre Heterotopik Gebelik

Hakan Sağer¹, Ecem Berfun Sağer², Burcu Dinçgez Çakmak¹, Emin Üstünyurt¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Giriş

Heterotopik gebelik, genellikle yardımcı üreme tekniği uygulanan hastalarda görülen, maternal morbidite ve mortalite ile ilişkili bir durumdur. Teşhis intrauterin gebeliği olan olgularda özellikle adneksiyal alanlar olmak üzere pelviste kitle saptanmasıyla konur. Burada, inkomplet abortus sonrası tubal ektopik rüptüre bağlı akut batın gelişmiş spontan heterotopik gebelik vakası sunulmuştur.

Olgu

Özgeçmişinde; dört yıl önce geçirilmiş sezaryen operasyonu ve bir yıl öncesinde bir kez başarısız inseminasyon hikayesi olan, 28 yaşında, gravida 2 parite 1 hasta, şiddetli kasık ağrısı ve kanama ile dış merkezde kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvurmuştur. Öncesinde intrauterin gestasyonel kese saptanan hastanın son adetine göre 8 hafta spontan gebeliği mevcut olması gerekirken dış merkez sonografide intrauterin gestasyonel kese saptanmayan hasta inkomplet abortus olarak değerlendirilmiş ve kürete edilmiştir. Küretaj sonrası 6.saatte genel durum ve vital bulgularının bozulması nedeniyle tekrar değerlendirilmiş ve batın içinde yaygın sıvı izlenmesi üzerine uterin perforasyon ön tanısıyla kliniğimize sevk edilmiştir. Servisimize kabulünde kan basıncı 90/60 mm/Hg, nabız 100 atım/dk idi. Batın muayenesinde defans ve rebound olan hastanın ultrasonografik incelemesinde endometriyum düzenli, sol adneksiyal alanda heterojen ekoda oluşum ile birlikte paraovaryan bölgede, douglas boşluğu ve batın içinde yaygın serbest sıvı koleksiyonu izlendi. Kan gazında derin anemi saptanan hastaya acil olarak laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda batın içinde yaklaşık 1000 cc hemorajik sıvı ve aktif kanama mevcuttu. Sol adneksiyel alanda ampuller kısımdan rüptüre yaklaşık 5x4 cm boyutunda tubal ektopik gebelik materyali izlendi. Sol salpenjektomi ve kanama kontrolü sonrası operasyona son verildi. Perioperatif eritrosit ve taze donmuş plazma replasmanı yapılan hastada komplikasyon gelişmedi. Postoperatif ikinci gününde hasta sorunsuz taburcu edildi.

Tartışma

Bu olguda daha önce tespit edilmemiş olsa da gebe hastanın her gelişinde adneksiyal alanların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bizim hastamızda spontan gebelikte olsa da bu durum özellikle yardımcı üreme teknikleri ile gebelik elde edilen hastalarda daha da önem kazanmaktadır. Ayrıca heterotopik gebelikte erken tanının ve inkomplet abortusta hastanın işlem sonrası takibinin önemi gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: akut batın, inkomplet abortus, heterotopik gebelik, küretaj, tubal gebelik

Gebelik İlişkili Plazma Protein-A Ve İnhibin A'nın Gestasyonel Diabetes Mellitus Öngörmedeki Önemi

Gülten Özgen¹, Burcu Dinçgez Çakmak¹, Levent Özgen²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

²Bursa Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Son yıllarda, erken ikinci trimester tarama testi olarak kullanılan maternal serum alfa fetoprotein, insan koryonik gonadotropin ve unkonjuge estriol üçlü tarama testine, 1996'da 15-22. gebelik haftalarında inhibin A'nın ilave edilmesiyle geliştirilen maternal serum dördümlü tarama testi down sendromu için oldukça yüksek sensitiviteye sahip oldu. Bu testin ilk trimesterde kullanılan ense kalınlığı, insan koryonik gonadotropin ve gebelik ilişkili plazma protein-A (Pregnancy Associated Plasma Protein-A (PAPP-A)'nın oluşturduğu ikili tarama testi gibi %83 lük yüksek benzer oranda Down sendromu belirleme sensitivitesi olduğu görüldü.

Amaç

Maternal serum PAPP-A ve İnhibin-A düzeyi 1. ve 2. trimester kromozomal anomalileri belirlemekle kalmaz; aynı zamanda gebelikde görülen preterm doğum, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği, erken membran rüptürü, gestasyonel diabetes mellitus (GDM) gibi olumsuz gebelik sonuçlarını öngörmede de etkilidir. Çalışmadaki amacımız PAPP-A ile birlikte İnhibin-A'nın maternal ve fetal kısa ve uzun dönem komplikasyonları büyük bir önem taşıyan gestasyonel diabetes mellitusu erken belirlemedeki etkinliğini saptamaktır.

Yöntem

Çalışmamız Ocak 2017 ve Ocak 2019 tarihleri arasında ikili ve dördümlü tarama ile challenge testi yapılan 400 gebeyi kapsamaktadır. Hastaların demografik özellikleri, olumsuz gebelik sonuçları retrospektif olarak hasta dosya ve laboratuvar kayıtlarından saptandı.

Bulgular

Çalışma grubunu oluşturan 400 hastada GDM oranı %8.5 (n=34) olarak bulundu. GDM saptanan hastaların yaş ortalamaları $30,68 \pm (5,56)$ yıl, ($p=0,263$) gravida $2,48 \pm (1,26)$, ($p=0,508$) parite $1,61 \pm 1,13$ ($p=0,585$) idi. Maternal vücut kitle indeksi $29,13 \pm 5,44$ ($p=0,041$) ile yüksek saptandı. Fetal doğum kilosu ve vajinal doğum GDM hasta grubunda anlamlı düzeyde daha düşük bulunurken (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,006$) sezeryan sıklığında ise 5.154 kat daha fazla artış gözlemlendi ($p=0,011$). Gestasyonel diabetes mellitus ile PAPP-A arasında $0,95 \pm (0,62)$ MoM ($p=0,479$) ve İnhibin A ile $0,92 \pm (0,48)$ MoM değeri ile ($p=0,247$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç

PAPP-A ve İnhibin A tek başına, patogenezinde inflamasyonun büyük önemi olan GDM'un erken öngörülmesinde yeterli olmayıp diğer biyokimyasal belirteç ve akut faz reaktanları ile desteklenmesi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, gebelik ilişkili plazma protein-A, gestasyonel diabetes mellitus, inhibin A, tarama testi

Nadir Bir Kromozomal Anomali Olan “Fetal Trizomi 12p” Olgu Sunumu

Eda Özden Tokaloğlu, Ayşegül Atalay, Berhan Besimoğlu, Doğa Öcal, Şule Göncü Ayhan, Elif Gül Yapar Eyi, Dilek Şahin

Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Giriş

12. kromozomun kısa kolunun trizomisi, 50.000 doğumda 1 görülür. Trizomi 12p sendromu, psikomotor gerilik, jeneralize hipotoni ve belirgin yanaklı yuvarlak yüz, çıkıntılı alın, geniş burun köprüsü, kısa kalkık burun, uzun filtrum, ince üst dudak, geniş dışa dönük alt dudak ve anormal kulaklarla karakterize yüz dismorfizmiyle ilişkilidir.

Olgu

27 yaşında, G1 hasta dış merkezde yapılan ikili tarama ultrasonografisi sırasında ense saydamlığı (NT):3,2 mm ölçülmesi üzerine koryon villus örnekleme yapılmış, sonuç “trizomi 12p (12 p duplikasyonu) olarak raporlanmıştır. Hastaya terminasyon seçeneği anlatılmış, ailenin gebeliğin devamını istediği öğrenilmiştir. 28.haftada yapılan ultrasonografi esnasında diafram hernisi gözlenmesi üzerine merkezimize refere edilmiştir. Ultrasonda karaciğer toraksta, kalp ileri derecede sağa itilmiş, sağ ve sol renal pelvis anteroposterior çapları sırasıyla 6,5mm- 4,5mm, böbreklerde ekojenite artışı ve şiddetli polihidroamnios izlendi. Kulak atipik görünümde, burun köprüsü basık, kısa ve kalkık burun izlendi. Yüzün 3D incelemesinde ince üst dudak, uzun filtrum, kısa kalkık burun izlendi. Fetal ekokardiyogramda sol kalp boşlukları sağ göre geniş, aort hipoplazik izlendi. 32. Hafta kontrolü sırasında hastaya, IUGR, polihidroamnios, güven vermeyen NST tanıları ile yatış verildi. Fetal distress endikasyonu ile acil sezeryan ile doğurtuldu. 1. Ve 5. Dakika APGAR: 0- 0 idi. Yapılan postnatal incelemede, belirgin alın, anormal yapıda kulaklar, basık burun kökü, kısa ve yukarı dönük burun, uzun filtrum, ince üst dudak ve aşağı dönük alt dudak, hipertelorizm, kol ve uylukta kısalık izlendi.

Sonuç

Daha önce yayınlanan vaka serilerine göre, trizomi 12p vakalarında en sık görülen 3 bulgu polihidroamnios (% 84), konjenital diafram hernisi (%16) ve rizomeli (%10) bizim vakamızda mevcuttu. Bu vaka, iyi yapılmış bir antenatal ultrasonun önemini vurgulamaktadır. Tam yapılmış bir postnatal muayene, ultrason bulgularının doğrulanması ve uygun nüks riskinin belirlenmesinde yardımcı olan tanıyı koymak için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: dismorfik yüz, prenatal tanı, trizomi 12p, ultrason, 12p duplikasyon

Fetal yüz dismorfizminin postnatal görünümü



Fetal yüz dismorfizminin prenatal ultrason görünümü



Pelviyektazi



Postnatal Genel Görünüm



Sol kalp hipoplazisi



Jejunoileal Atrezi; Olgu Sunumu

Ali Taner Anuk¹, Betül Yakıştıran¹, Orhan Altınboğa¹, Elif Gül Yapar Eyi¹, Aykan Yücel²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

²T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş

Jejunoileal atrezilerin insidansı canlı doğumda yaklaşık 1:4000'dir. Çoğul gebelik ve erkek fetüslerde, tekil gebelik ve dişi fetüslere göre sıklığı daha fazladır. Jejunoileal atrezi sıklıkla tek başına görülür. Ultrasonografik tanıda proksimal bağırsak anslarındaki genişleme, özellikle 25.gebelik haftasından sonra görülür. Polihidramniyoz geç izlenen bir bulgudur ve sıklıkla proksimal yerleşimli bir obstrüksüyonla işaret eder. Eşlik eden anomalilerin varlığında (gastroşizis, mekonyum ileusu, volvulus, ince bağırsak duplikasyonu, malrotasyon vb.) fetal batında kalsifikasyon saptanması perforasyon için değerli bir bulgudur ve sıklıkla ileal atrezi ile ilişkilidir.

Olgu

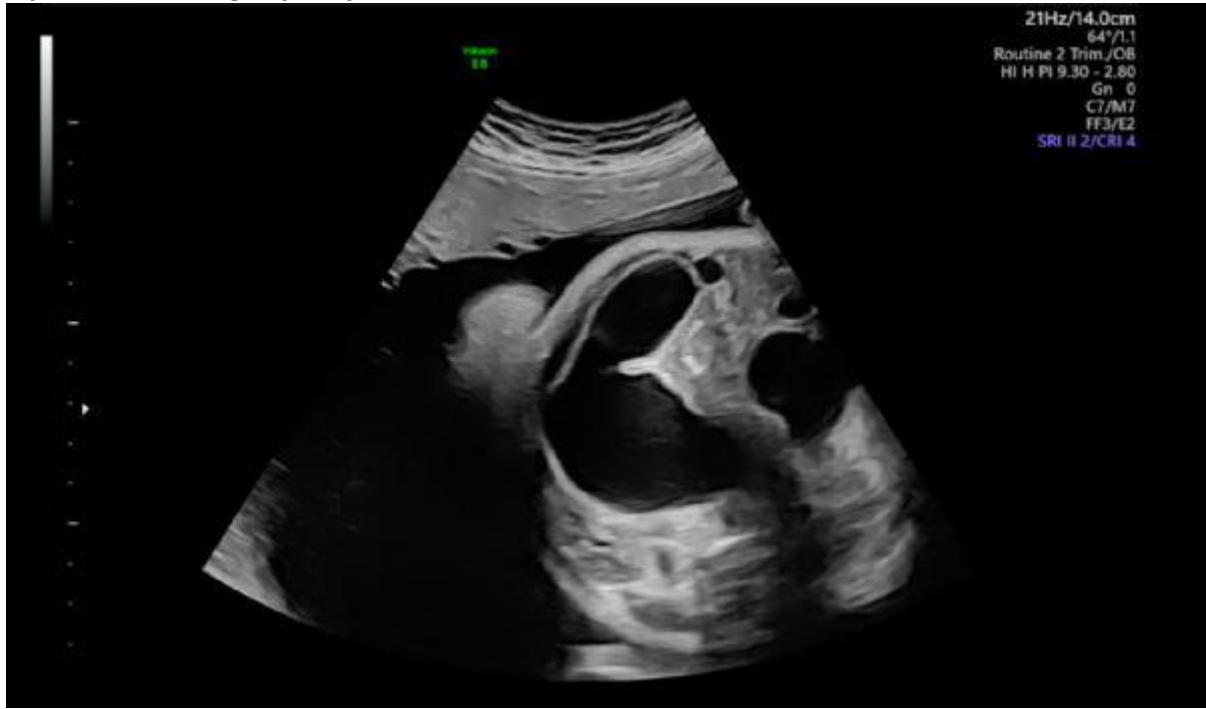
29 yaşında gravida 3 parite 2, 35. gebelik haftasında başvuran hastada ultrasonografide ileum ve kolon seviyesinde yaygın dilatasyon izlendi. Fetal abdomende çok sayıda dilate bağırsak segmentleri görüldü. Proksimal düzeyde genişlemiş bağırsak görünümü ön tanıda jejunal obstrüksüyonu düşündürdü. Aynı zamanda daha küçük dilate bağırsak segmentleri distal düzeyde ileal obstrüksüyon ile ilişkili değerlendirildi. Polihidramniyoz ek bulgu olarak saptandı. Anal atrezi ekarte edilemedi. Term dönemde 3100 gram canlı erkek bebek doğdu. Neonatal dönemde baryum enema ile görüntülemeye jejunoileal atrezi tanısı doğrulanarak opere edildi.

Sonuç

Prenatal dönemde ultrasonografik tanı obstrüksüyon seviyesinin proksimalinde genişlemiş bağırsak anslarının görülmesine dayanır. Sıklıkla üçüncü trimesterde çok sayıda, belirgin genişlemiş bağırsak ansları varlığında ön planda jejunoileal darlık ve atrezi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: jejunoileal atrezi, prenatal tanı, ultrasonografi, genişlemiş bağırsak ansları, polihidramniyoz, baryum enema

Jejunoileal atrezi- genişlemiş barsak ansları



Jejunoileal atrezi- neonatal dönemde baryum enema grafisi



Mekonyumlu Amnion Mayisine Sahip Gebelerde, Total Oksidant Status (TOS), Total Antioksidant Status (TAS) ve Oksidative Stress İndeks (OSİ) Markerlerinin Umbilikal Kord Ve Maternal Serum Düzeylerinin Karşılaştırılması

Eyüp Gökhan Turmuş¹, Barış Çıplak², Hüseyin Yeşilyurt³

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Malatya, Türkiye

²Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

³Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Amaç

Herhangi bir fetal distres bulgusu göstermeyen eylemde olan term gebelerden doğum öncesi anneden ve doğum sonrası kordondan alınan kanlarda Total Oxidant Status (TOS), Total Antioxidant Status (TAS) ve oxidative stress index (OSİ) düzeylerine bakılarak mekonyumlu amnion mayi ile korelasyonunu inceledik.

Gereç ve Yöntemler

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Ünitesine, Ocak- Haziran 2017 tarihleri arasında yatırılan 100 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya düşük riskli, 18 yaş üstü, 37 hafta üstü aktif doğum eyleminde olan, baş prezentasyonunda gebeler alındı. Çalışmaya dahil edilen hastaların membran rüptürü sonrası mekonyumlu amniyon mai (MAM) saptanan 51 hasta çalışma grubu, berrak amnion mai (BAM) olan 49 hasta kontrol grubu olarak belirlendi. Maternal kan doğum öncesi vajinal açıklık 6 cm'den sonra alındı. Ardından doğumdan sonra kord kanı alındı. Anne ve kordon kanında TAS, TOS çalışıldı ve OSİ oranları hesaplandı. Araştırma verileri PASW Statistics (17.0.3) aracılığıyla değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılım uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uygun olarak saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel verilerde bağımsız t-testi kullanıldı.

Sonuç

MAM'ye sahip gruptaki annelerde bakılan TOS değerleri 22.8 ± 23.2 olarak hesaplandı. BAM'ye sahip annelerde TOS hesaplandığında 8.2 ± 5.8 olarak bulundu. Ardından yapılan regresyon hesaplamasında **TOS değerindeki artış yaklaşık 8 kat mekonyumlu amniyon mayiye sahip olma ihtimalini artırmaktadır**. Her iki grup anne kanlarında yapılan OSİ hesaplamasında ise MAM'ye sahip annelerde OSİ değeri 20 ± 21.1 , BAM'ye sahip annelerde ise 7.3 ± 4.7 olarak bulundu. Yapılan regresyon hesaplamasında **OSİ değerindeki artış mekonyumlu amniyon mayiye sahip olma ihtimalini yaklaşık 11 kat artırmaktadır**.

Tartışma

Mekonyumlu amnion mayi günümüzde Fetal Distresin göstergesi olarak kabul görmemekle birlikte Mekonyum Aspirasyon Sendromu hala fetal morbidite açısından önem taşır. Doğum eylemi sırasında mekonyumun öngörülmesi oluşabilecek mekonyum aspirasyonuna erken müdahale önlemleri olarak kötü neonatal sonuçları en aza indirmek için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Mekonyumlu Amnion Mayi, Total Oxidant Status (TOS), Total Antioxidant Status (TAS), Oksidative Stress İndeks (OSİ), Mekonyum Aspirasyon Sendromu

Diastematomyelia Olgu Sunumu

Betül Yakıştıran, Aykan Yücel

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Kliniği

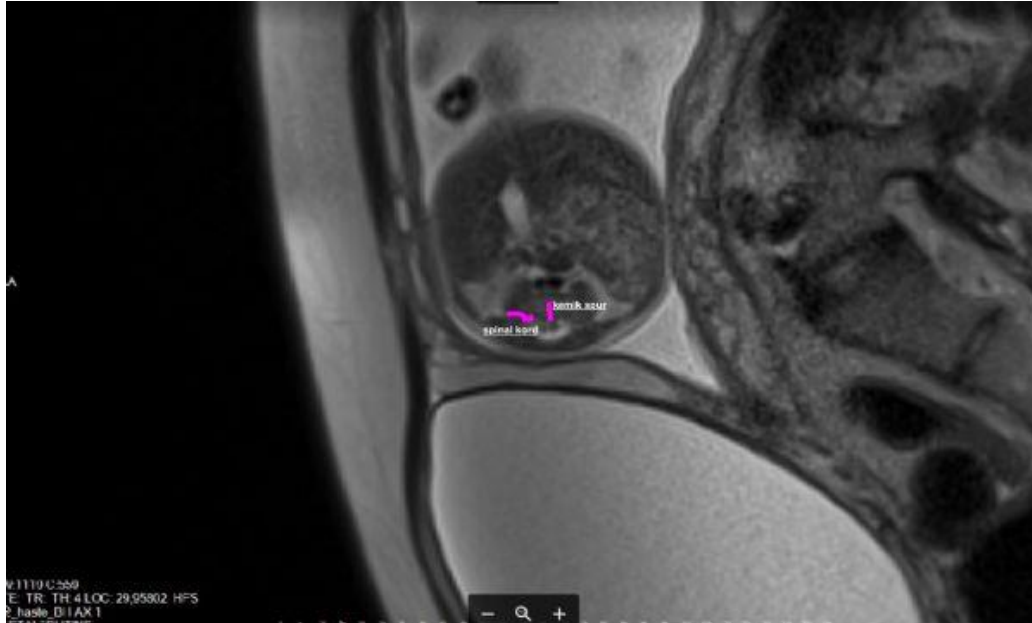
Olgu

21 yaşında, G1P0, 26 hafta gebelik, fetal vertebral kolonda düzensizlik görülmesi nedeniyle refere edilmiştir. Yapılan USde skolyoz, hemivertebral izlenmiş ve kemik spur saptanması üzerine Tip 1 diastematomyelia öntanısı ile fetal MRI önerilmiştir. MRI sonucunda spinal kordun sakral düzeye (S2) kadar uzandığı, L2 düzeyinden itibaren 2 cm uzunluğunda split kord izlendiği, torakolomber düzeyde rotoskolyoz ve L1 düzeyinde hemivertebral tespit edildiği raporlanmıştır. Gebe yenidoğan ve beyin cerrahi konsültasyonlarına gönderilmiştir, henüz doğumunu yapmayan hasta takiplerine devam etmektedir.

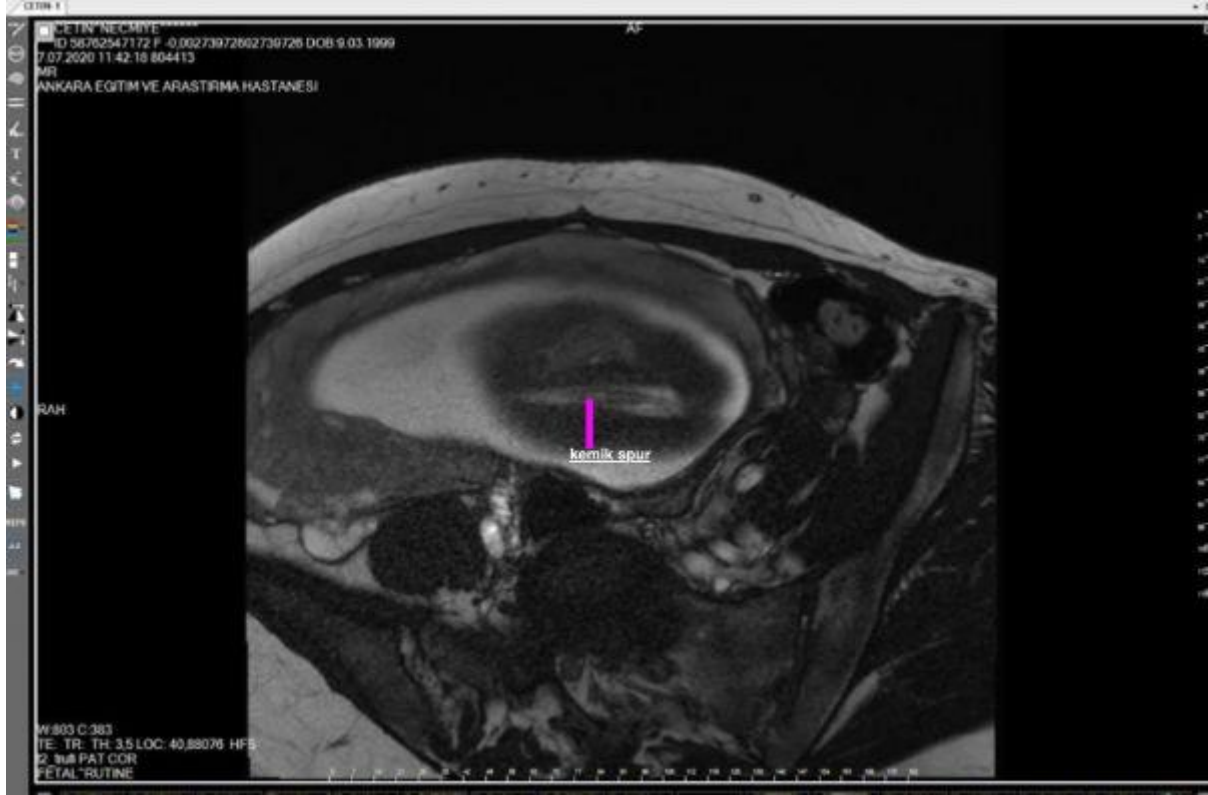
Nadir bir spinal disrafizm türü olan diastematomyelia, tek spinal kanal içindeki spinal kordun spurlar tarafından sagittal olarak iki hemikorda ayrılması olarak tanımlanabilir. %85 torakolomber bölgede saptanan bu olgularda, tanı aksiyel US kesitlerinde spinal kanalın arkasında hiperektojen osseöz veya fibrotik spur görülmesi; koronal kesitlerde spinal kanalın geniş izlenmesi ve skolyoz, sagittal kesitlerde vertebral anomalilerin izlenmesi ile konulabilir. MRI spurun altı ve üstünde kalan spinal kanalı değerlendirmede, eşlik edebilen tethered kord ve fibrolipoma gibi anomalilerin saptanabilmesi açısından faydalı bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Ayırıcı tanıda, duplike spinal kord (2 anterior, 2 posterior boynuz ve kök) düşünülmelidir. Diastematomyelia Pang Tip 1; her iki kordu saran ayrı dural sac ve araknoid boşluk ile karakterize, osseöz veya fibroz spurlar izlenen, sıklıkla semptomatik olan tipidir. Pang Tip 2 ise, tek dural kanal ve subaraknoid boşluk ile beraber olan, osseöz spurların izlenmediği, eşlik eden tethered cord veya hidromyeli olmadığı sürece asemptomatik seyreden tipidir.

Anahtar Kelimeler: diastematomyelia, spinal disrafizm, spur, vertebral anomali, tethered kord

Aksiyel MRI kesitinde osseöz spur ile ikiye bölünmüş spinal kord



Koronal kesitte osseöz spur



Fetal Boyunda İmmatür Teratom: Prenatal Tanısı ve Yönetimi

Erkan Çağlıyan, Süreyya Sarıdaş Demir, Samican Özmen, Kadir Alper Mankan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Amaç

Teratomlar her üç germ yaprağından köken alan ve en sık sakrokoksigeal bölge görülen tümöral kitlelerdir. Baş-boyun teratomları olgularının yaklaşık %6'sını oluşturmaktadır. Servikal bölgede yer alan teratomlar lokalizasyonlarından dolayı ciddi solunum sıkıntısı ve mortalite riski taşırlar. Bu vaka sunumunda prenatal dönemde servikal teratom tanısı almış bir olguda görüntüleme, ayırıcı tanı, takip ve tedavi yaklaşımları literatür eşliğinde sunuldu.

Yöntem

25 yaşında gravida bir, parite sıfır, 30 hafta 2 gün gebeliği olan hasta fetal boyunda kitle lezyonu saptanması üzerine perinatoji kliniğimize refere edildi. Ultrasonografisinde biyometrisi haftasıyla uyumlu olan fetusta boynu tamamen dolduran 10x9 cm boyutunda septasyonlar içeren kistik kitlesel lezyon izlendi (Resim 1 ve Resim 2). Polihidramnios ve fetal hidrops bulguları saptanmadı. Umbilikal arter doppler ve MCA doppler normal sınırlarda izlendi. MR görüntülemesinde sol prefrontal ve sol boyun kesiminde 27x19 mm çaplı, içerisinde kistik alanlar bulunan kitlesel lezyon ayırt edildiği, bunun yanında fetal üst sağ yarımda 58x46 mm boyutlu, internal septasyonlar içeren 3-4 kompartmanlı geniş bir kistik lezyon izlendiği tespit edildi. İzlemde erken membran rüptürü gelişmesi üzerine acil şartlarda sezaryene alındı. Sezaryen sırasında EXIT prosedürü gerekliliği ihtimaline karşın çocuk cerrahisi, yenidoğan ve KBB ekibi doğum salonunda hazır bulundu. Baş geliş 2343 gram canlı kız bebek boyundaki kitleye zarar verilmeden doğurtuldu (Resim 3 ve Resim 4). Bebeğin spontan solunumu olması üzerine entübasyon ve trakeostomiye gerek görülmedi, 1. düzey yoğun bakıma yatırılarak takip edildi. Doğum sonrası 6. Günde bebek çocuk cerrahisi, KBB ve plastik cerrahi tarafından opere edildi (Resim 5). Operasyon sırasında boyundaki 12 cm boyutundaki dev kitle intakt olarak eksize edildi. Patoloji sonucunda baştaki kitle immatür teratom grade 3 ile, mastoid kavitedeki kitle matür teratom ile uyumlu geldi.

Sonuç

Nadir görülen konjenital servikal teratomlar bulunan fetüslerde prenatal tanı, tedavinin planlanabilmesi için hayati öneme sahiptir ve bu müdahaleler sırasında ve sonrasında hem anne hem de yenidoğanın uygun bakımı için multidisipliner bir yaklaşım gereklidir.

Anahtar Kelimeler: ex utero intrapartum tedavi, MRI, servikal teratom, ultrason, yenidoğan

Pouch Sign: Esophagus Atrezisinde Ultrasonografi Bulgusu

Ayşegül Atalay, Eda Özden Tokaloğlu, Didem Yücel Yetişkin, Berhan Besimoğlu, Yüksel Oğuz, Dilek Şahin

Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Giriş

Esophagus atrezisi(EA) 1/3000-4000 canlı doğumda görülmektedir. İzole bir anomali olarak (%7) görülebilmekle birlikte daha sık olarak proksimal atrezi ve distal trakeoesofageal fistül(TEF) ile birlikte (%86) izlenir. Fakat bu birliktelik amniotik sıvının fistül aracılığı ile distal esophagus ve mideyi doldurabilmesi nedeniyle intrauterin tanıyı zorlaştırmaktadır. Prenatal olarak mide cebinin yokluğu veya küçüklüğü, polihidramnion, intrauterin gelişme geriliği ve boyunda veya üst mediastende kör sonlanan proximal esophagusun yutmayla birlikte gelişen geçici dilatasyonu (pouch sign) izlenebilmekle birlikte her zaman bu bulguları vermeyebilir.

Olgu

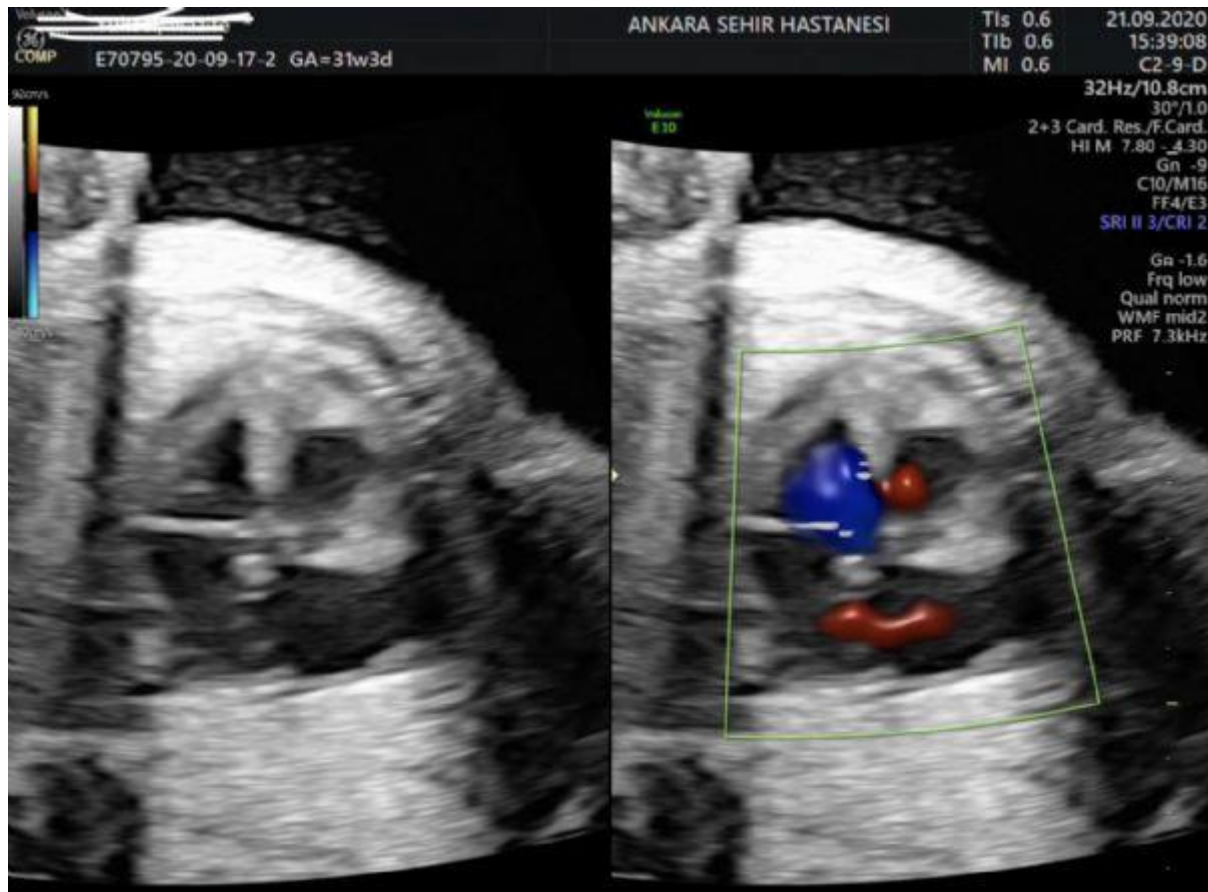
25 yaşında gravida 1 parite 0, son adet tarihine göre 31 haftalık iken polihidramnion ve mide cebinin izlenememesi nedeniyle kliniğimize yönlendirilen hastanın yapılan biyometrik ölçümlerinde gebelik haftasına göre gerilik, polihidramnion, tekrarlayan görüntülemelerde mide cebi normalden küçük ve üst mediastinal bölgede pouch sign izlendi. Fetal ekokardiyografik incelemede, inlet muskuler VSD, primum küçük ASD, geniş sekundum ASD, AV kapak yetersizliği izlendi ve AVSD düşünüldü. Takiplerinde PPRM olması nedeniyle yatış yapılan hasta kendi isteği ile taburcu edildi. Dış merkezden edinilen bilgilere göre özel bir hastanede 32 haftalıkken cs abdominalis ile 1400 gr ağırlığında apgar skoru 4/6 olan kız bebek doğurtulmuş ve spontan aktif solunumu olmayan hasta entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınmış. Postnatal muayenesinde atipik yüz, mikrognati, mikroftalmi, hipertelorizm nedeniyle genetik analiz yollanmış (sonuç bekleniyor). Ekosunda AVSD doğrulanmış. Nasogastrik sonda ilerletilememesi üzerine kateter ile çekilen grafisinde distal fistüllü proksimal esophagus atrezisi düşünülmüş. Takiplerinde RDS gelişen yenidoğan 3. Gününde operasyon amacı ile hastanemize sevk edilmiş fakat sepsis ve DIC nedeniyle aynı gün ex olmuştur.

Sonuç

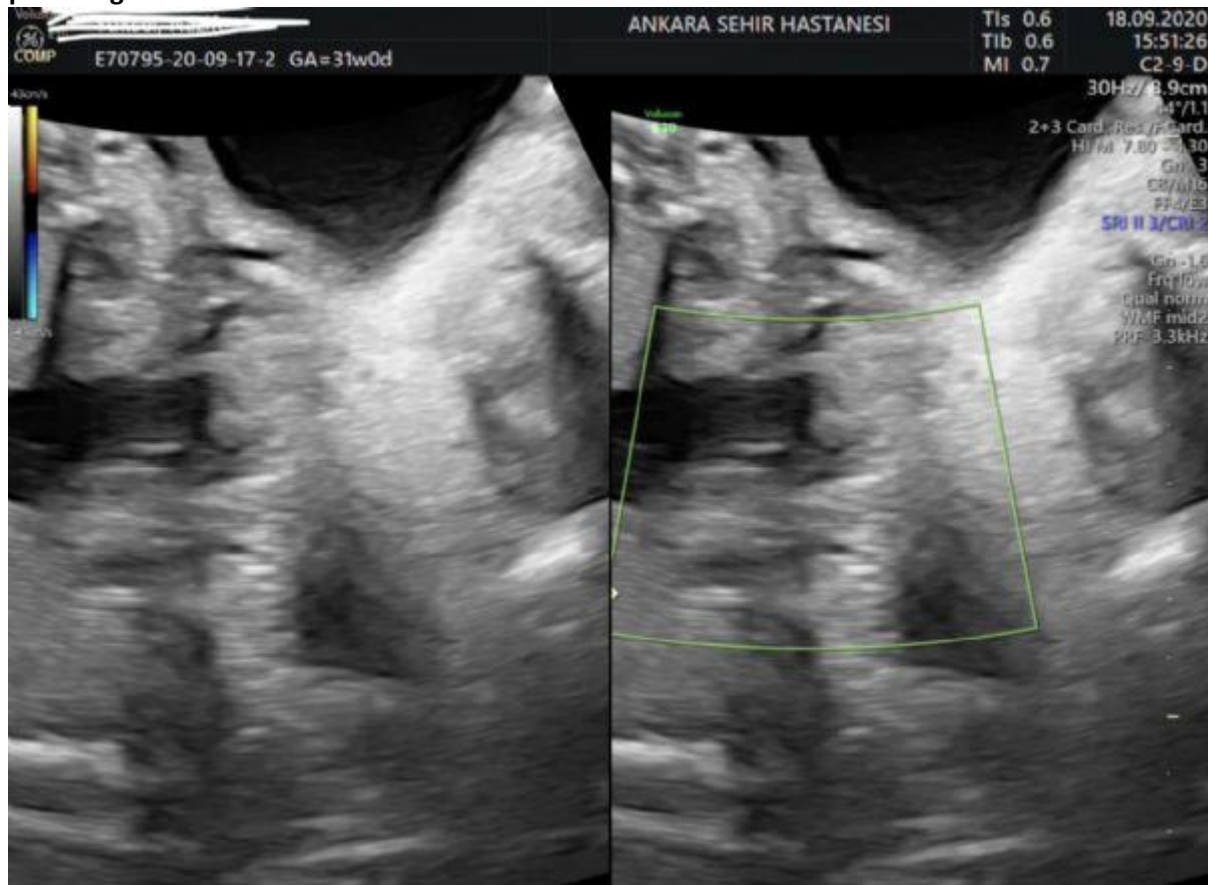
Esophagus atrezisinde polihidramnion çoğunlukla 20. Haftadan önce gelişmediği ve TEF varlığında mide cebi küçük de olsa görülebildiği için erken tanısı zordur. Bu iki bulgunun varlığında EA'dan şüphelenildiğinde düşük pozitif prediktif değere sahiptir. Pouch sign (özellikle boyunda görülen) patognomonik değildir, normal fetuslerde de görülebilir. Üst mediastende izlendiğinde EA tanısı daha olasıdır. Vakamızdaki pouch sign bulgusu da üst mediastende izlenmiştir ve EA için güvenilir bir bulgu olarak kabul edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: avsd, esophagus atrezisi, prenatal tanı, pouch sign, trakeoesophageal fistül, ultrason

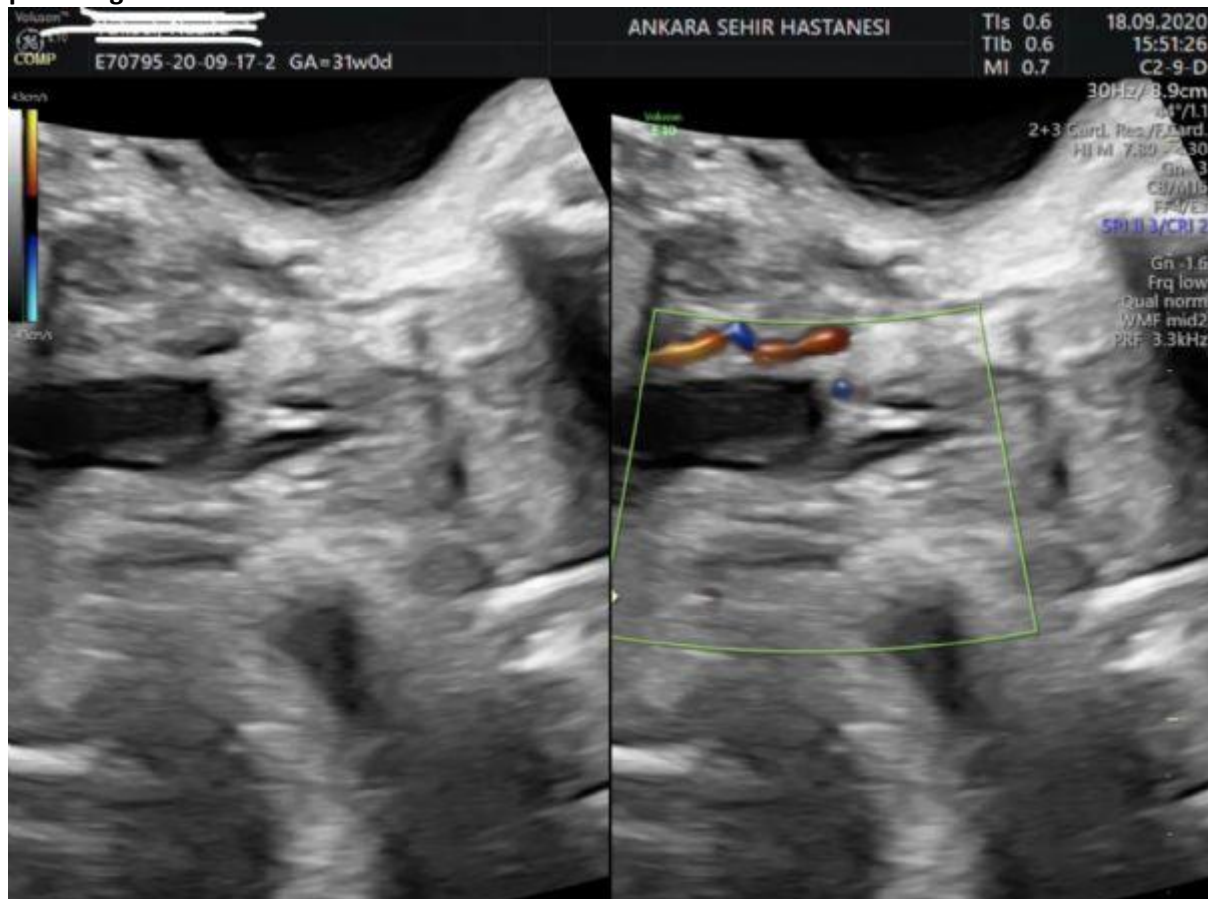
AVSD



pouch sign



pouch sign



Prenatal Dönemde Nadir Rastlanan Bir Anomali: Rombensefalosinapsis Olgu Sunumu

Selvi Aydın Şenel, Şule Göncü Ayhan, Ali Taner Anuk, Elif Gül Yapar Eyi, Özlem Moraloğlu, Dilek Şahin

Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Perinatoloji Kliniği

Amaç

Kliniğimizde tespit edilen, prenatal dönemde nadir rastlanan rombensefalosinapsis olgusunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu

38 yaşında, gravida: 8 parite: 7 son adet tarihine göre 22 hafta, antenatal takipsiz gebe, dış merkezden tarafımıza hidrosefali ön tanısı ile refere edilmiştir. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik bulunmayan hastanın ultrasonografik değerlendirilmesinde; bpd: 26 hafta ac:22 hafta fl: 22 hafta ile uyumlu olup, ileri derecede hidrosefali izlenmiştir. Cerebellum hipoplazik (TCD: 16.4 mm, % 1 percentil altı), vermiş izlenmemiştir (Resim 1). Bilateral ciddi ventrikülomegali (sol LV: 29 mm sağ LV: 20 mm), üçüncü ventrikül de dilate görünümde olup, triventrikülomegali izlenmiştir (Resim 2 ve 3). Korpus kallozum izlenmiş olup, parankim net değerlendirilememiştir. Serebellar hipoplazi ve rombensefalosinapsis düşünülen hastaya MRI, yenidoğan, genetik, pediatrik nöroloji konsültasyonları planlanmıştır. Ataksi, psikomotor/mental retardasyon ve nöbetlerle seyredebilecek olumsuz prognoz hakkında aileye bilgi verilmiş olup, olası kromozom anomalileri, mikrodelesyon / duplikasyon sendromları açısından fetal karyotipleme önerilmiştir. Gebeliğin terminasyon seçeneği aileye sunulmuştur. Ancak hasta hiçbir invaziv işlemi kabul etmeyip, prenatal bilgilendirmeye ve kötü nörolojik sonuçlarla ilişkilendirilen patolojiye rağmen aile terminasyon istememiş ve gebeliğin devamına karar vermiştir.

Sonuç

Rombensefalosinapsis; vermiyan agenezi ile beraber serebellar hemisferler, pedüncüller ve dentat nükleusların füzyonu ile karakterize nadir bir malformasyondur. İnsidansı %0,13'tür. Bu anomali ile birlikte kranial bölgede orta hat anomalileri (holoprozensefali, septooptik displazi), korpus kallozum disgenезisi, akuadukt stenozu, hidrosefali ve kortikal displaziler bildirilmiştir. Ayrıca Gomez-Lopez-Hernandez Sendromu ve VACTERL Asosiasyonu ile birliktelik gösterebilmektedir. Rombensefalosinapsisle ilişkili spesifik bir klinik yoktur. Hafif trunkal ataksi, normal bilişsel yetenekten, şiddetli serebral palsiye ve zeka geriliğine kadar değişen klinik tablo gösterebilmektedir. Joubert Sendromu, Dandy Walker malfarmasyonu ve oksipital sefalosel ile birlikteliği olan Tektoserebellar distrofi, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer patolojilerdir. Rombensefalosinapsis saptandığında tam bir fetal anatomik tarama yapılmalıdır, çünkü ekstrasöral sistem anomalileri ile birliktelik gösterme riski yüksektir.

Anahtar Kelimeler: hidrosefali, rombensefalosinapsis, serebellar hipoplazi, ventrikülomegali, vermiyan agenezi

Resim 1



Aksiyel kesitte vermisin izlenemediği hipoplazik serebellum.

Resim 2



Dilate üçüncü ventrikül ve daralmış sisterna magna

Resim 3



Şiddetli hidroşefali

Tip B Kesintili Aortik Ark ile Prezente Olan DiGeorge Sendromu; Olgu Sunumu

Ali Taner Anuk¹, Betül Yakıştıran¹, Seyit Ahmet Erol¹, Atakan Tanaçan¹, Dilek Şahin²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

²T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş

DiGeorge sendromu en sık görülen mikrodelesyon sendromu olup, prevalansı canlı doğumlarda 1/3000'dir. 22q11.2 mikrodelesyonu ile karakterize bu sendrom 45%-57% oranında kesintili aortik ark tanılı fetüslerde, özellikle Tip B tanılı olanlarda saptanmaktadır. Ventriküler septal defekt sıklıkla eşlik etmektedir.

Olgu

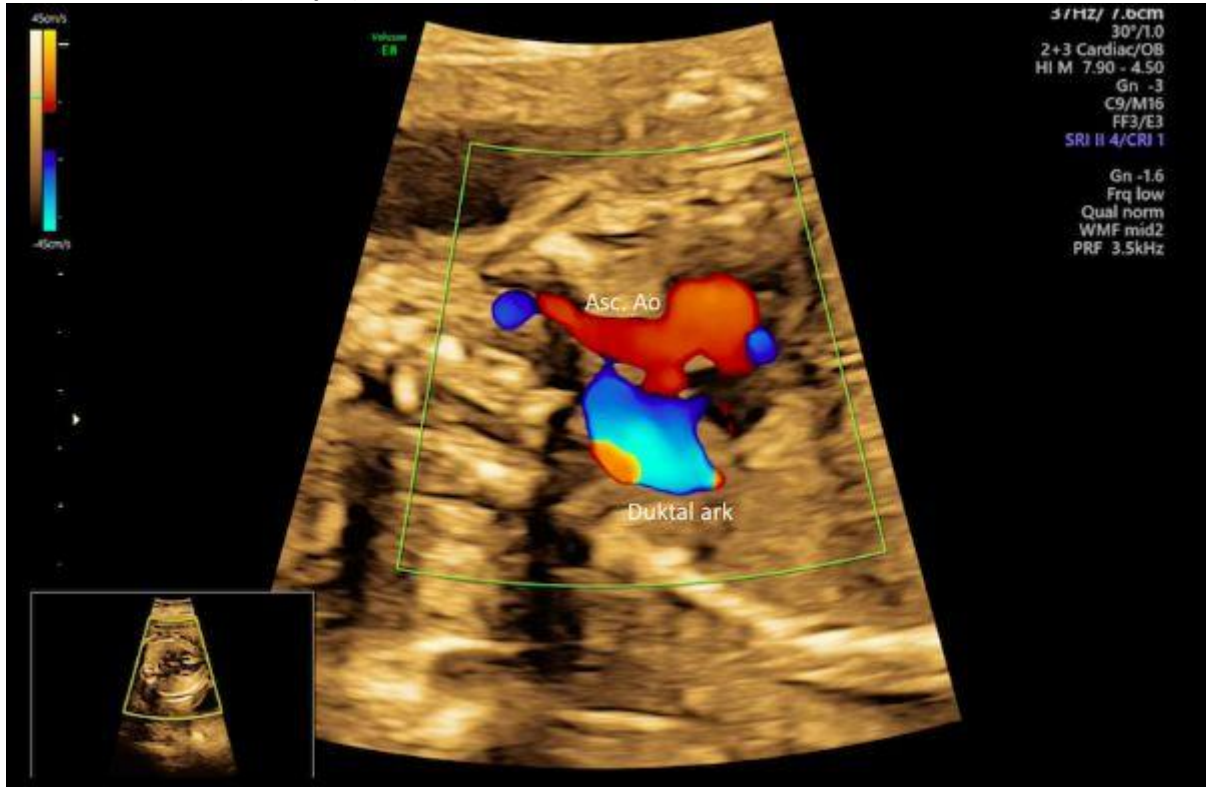
22 yaşında gravida 2 parite 1, 22. gestasyonel haftada başvuran hastada ultrasonografide aort hipoplazik (0.3 cm) ve ana pulmoner arter geniş izlendi. Aortik arkus hipoplazik görünümde olup transvers kesitte desendan aorta ile devamlılığı gösterilemedi. Asendan aorta içinde antegrad akım izlendi. Ayrıca geniş perimembranöz ventriküler septal defekt izlendi. Timus bezi normal boyutlarda izlendi. Ön tanıda kesintili arkus ve koarktasyon düşünüldü. Danışmanlık sonrası yapılan amniosentezde, FISH analizinde 22q11.2 mikrodelesyonu saptandı. Term dönemde 2840 gram canlı erkek bebek doğurtuldu. Postnatal dönemde çekilen torakal aort BT(bilgisayarlı tomografi) anjiyografide sağ brakiosefalik trunkus ve sol CCA (ortak karotid arter)'nın asendan aortadan ve sol subklavyen arterin desendan aortadan köken aldığı saptandı. Tip B kesintili aortik arkus tanısı konuldu. Postnatal 1. ayda Yasui prosedürü uygulandı. Ancak postoperatif 1. haftada kalp yetmezliği ve dirençli metabolik asidoz nedeniyle eksitus gerçekleşti.

Sonuç

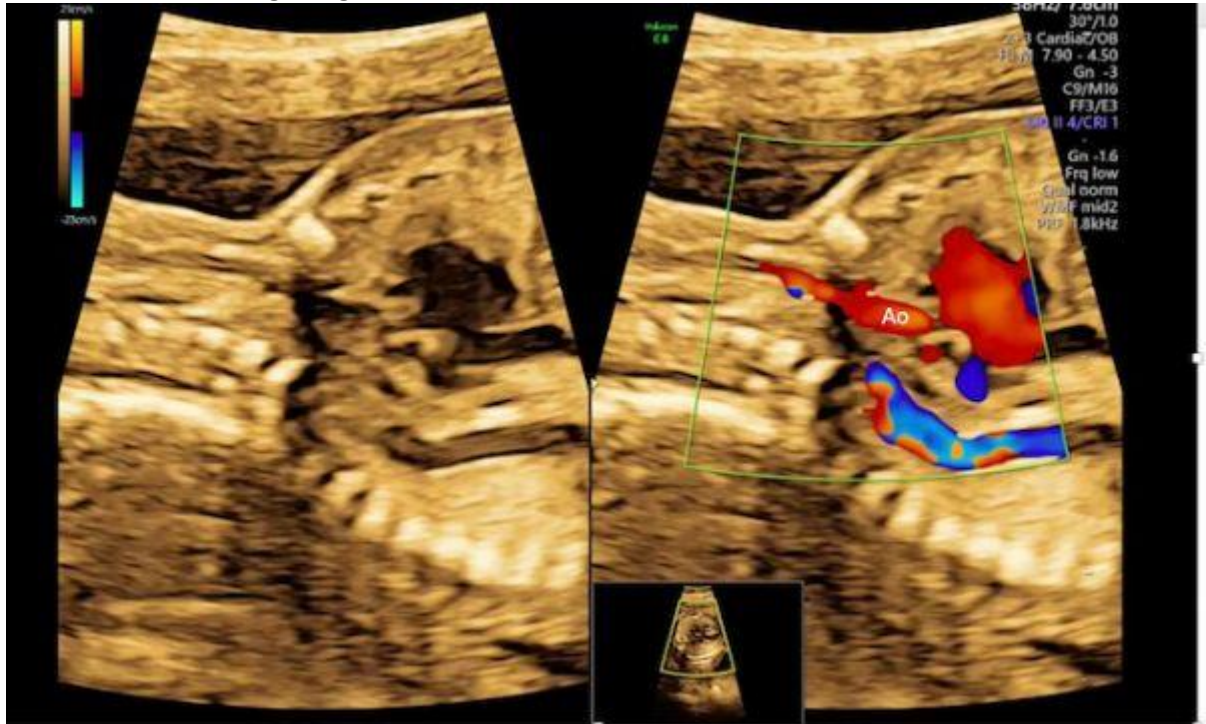
Prenatal dönemde aortik ark ve ductus arteriosus anormallikleri ile ilişkili konotrunkal kalp defektleri varlığında 22q11.2 delesyonundan şüphelenilmelidir. Bu nedenle genetik danışmanlık verilmelidir. Özellikle Tip B Kesintili aortik ark ile DiGeorge sendromu arasındaki ilişki daha güçlüdür.

Anahtar Kelimeler: BT anjiyografi, DiGeorge sendromu, 22q11.2 mikrodelesyon, prenatal tanı, timus, Tip B kesintili aortik ark, ultrasonografi, VSD

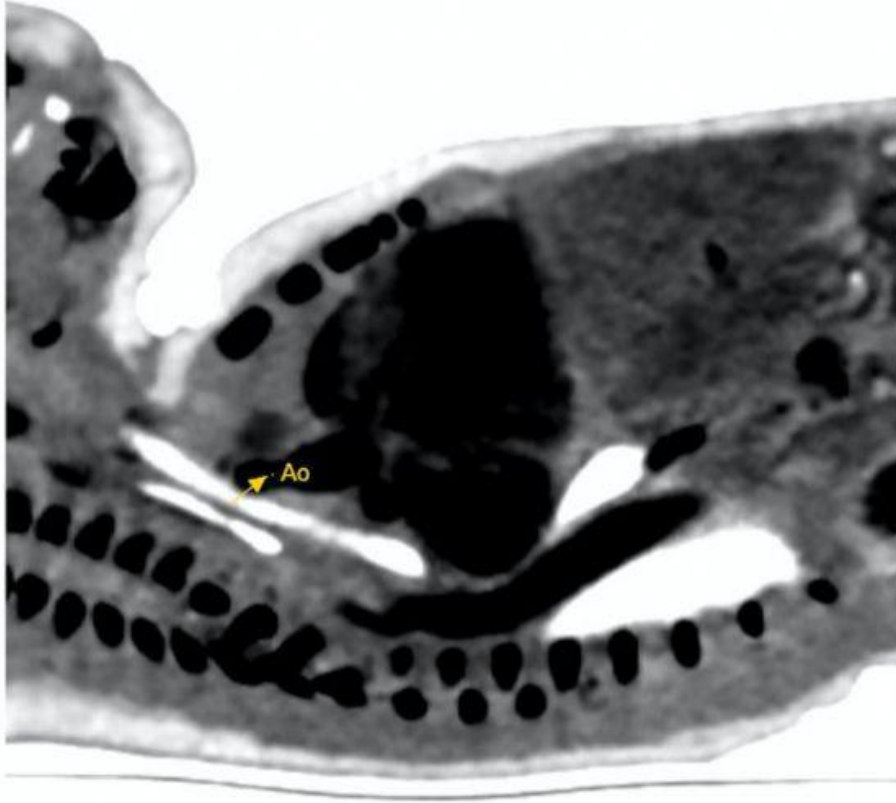
Kesintili aortik ark (IAA,tip B)



Kesintili Aortik Ark sagittal görünüm



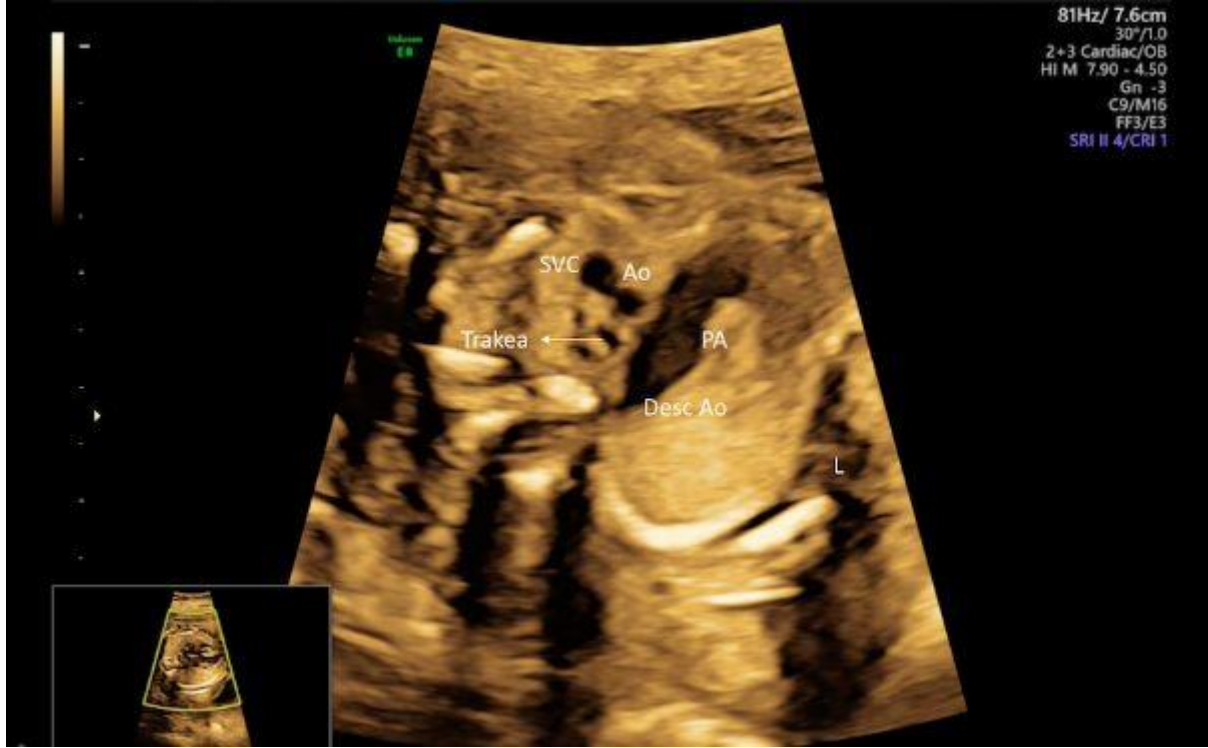
Postnatal dönemde BT-anjiyografide sagittal planda aort çıkışı



Postnatal dönemde çekilen BT-anjiyografide asendan aort ve sol common carotid arter



Üç damar kesitinde aortik arkın desendan aorta devamlılığının görülmemesi



TRAP Sekansı Tanılı 4 Olgunun Gebelik Sonuçları

Nazan Vanlı Tonyalı

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

TRAP sekansı (twin reversed arterial perfusion), monokoryonik ikiz gebeliklere özgü bir komplikasyondur. TRAP sekansında akardiyak “nonviable” bir fetus ile bu fetusu vasküler anastomozlar yoluyla besleyen pompa fetus mevcuttur. Akardiyak ikizde mortalite %100 iken, pompa ikizde %50’dir. Burada, kliniğimizde TRAP tanısı alan dört olgunun perinatal sonuçları değerlendirildi.

Olgu 1

22 yaşında G1, monokoryonik diamniyotik gebelik tanısı alan hastanın takibinde 13. haftada TRAP tanısı kondu. Konservatif takip edilen pompa ikizde, izole tek umbilikal arter izlendi. Termde 2590 gr sağlıklı kız bebek canlı doğdu. 2 yıl sonraki takiplerinde bebeğin sağlıklı olduğu öğrenildi.

Olgu 2

28 yaşında G1 olan hastanın ultrasonografisinde 1. Fetus 15 hafta, 2. Fetus 12 hafta ile uyumlu saptandı ve TRAP tanısı kondu. Hastaya dış merkezde 19. haftada radyofrekans ile ablasyon uygulandı. Takiplerde yaşayan ikiz eşinde 28. Haftada PPROM ve preterm eylem gelişti. Bunun üzerine, 1050 gr tek canlı erkek bebek vajinal yol ile doğurtuldu. 2 yıl sonraki takiplerinde bebeğin sağlıklı olduğu öğrenildi.

Olgu 3

21 yaşında G2P1Y1 16. haftada yapılan ultrasonografide monokoryonik monoamniyotik ikiz gebelik izlendi. 1. Fetus 15 hafta ile uyumlu, 2. Fetusde anensefali, gastroşizis izlendi ve TRAP sekansı tanısı konuldu. Hasta 19. Gebelik haftasında spontan abort etti.

Olgu 4

24 yaşında G2P1Y1 monokoryonik monoamniyotik ikiz gebelik nedeniyle yönlendirilen hastaya, 18. haftada TRAP sekansı tanısı koyuldu. Konservatif olarak takip edilen hastada 25. haftada akardiyak ikiz eşinde doppler ile akım görülmedi ve 30 haftada ikiz eşinin ex olduğu saptandı.

Sonuç

Çalışmaya dahil olan 4 olguda 2 intrauterin exitus ortaya çıkmış olup, İntrauterin müdahale uygulanan 1 bebek pprom sonrası preterm doğmuştur. Kalan 1 bebek ise termde canlı olarak doğmuştur. Literatüre benzer şekilde, verici bebekte hayatta kalma oranı %50 olarak bulunmuştur. Bu yüksek ölüm oranının artmış dolaşım yükü neticesinde gelişen kalp yetmezliği ve erken doğum sonucu prematüriteye bağlıdır.

Anahtar Kelimeler: Akardiyak fetus, çoğul gebelik, doppler ultrasound, in utero tedavi, TRAP sekansı

Nadir Görülen Bir Vaka Sunumu: Mekonyum Psödokisti ile Prezante Olan Bir İleal Atrezi ve Perforasyon Olgusu

Begüm Ertan¹, Süreyya Sarıdaş¹, Hikmet Tunç Timur¹, Erkan Çağlıyan¹, Oktay Ulusoy²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş

Fetal gastrointestinal sistem (GİS) obstrüksiyonları, GİS kanalı boyunca farklı bölgelerde gelişebilir. Prenatal dönemde ultrasonografide (USG) 13. gebelik haftasından sonra barsak ansları içerisinde sıvı görülebilirken, 20. haftadan sonra barsak lümenini görmek mümkündür. Fetal GİS obstrüksiyonları arasında jejunal ve ileal obstrüksiyon insidansı yaklaşık 1/3000 kadardır. İnce barsakta stenozdan ziyade atrezi daha sık izlenir. İleum atrezilerinde çoğunlukla tek lezyon olur ve intrauterin dönemde perfore olma riski yüksektir. Duodenum dışı atrezilerde ortalama %50.6 prenatal tanı oranı bildirilmiştir. İleal atrezilerde tanı oranı %25.9'a kadar düşmektedir. İnce barsak obstrüksiyonlarında USG'de dilate anslar, 3 mm'den büyük mural kalınlık, polihidramniyoz, abdomen distansiyonu, artmış barsak ekojenitesi saptanabilir. Barsak ansı dilatasyonu doğum sonrası cerrahi ihtiyacı öngörüsünde önemlidir. Cerrahi sonrası anastomoz hattındaki fonksiyonel tıkanıklık ve kaçak en sık komplikasyonlardır.

Olgu

26 yaşında, gravida 2, parite 1, 32 hafta gebeliği olan hasta fetal batında kitle ön tanısı ile yönlendirildi. Akraba evliliği olan gebenin USG'sinde fetüste mekonyum psödokisti ile uyumlu görünüm, polihidramniyöz, umbilikal arterde direnç artışı saptandı. Servikal açıklığı olan hasta, tokoliz altında fetal akciğer gelişimi için betametazon uygulandıktan sonra 34. gebelik haftasında sezaryene alındı. 2550 gr canlı kız bebek doğurtuldu. Bebeğin USG'sinde batında mesane superioru ile yakın ilişkide, yoğun içerikli alanlar içeren kistik 10 cm boyutta kitle saptandı. Postnatal 3. günde çocuk cerrahisi tarafından yapılan laparotomisinde mekonyum psödokisti eksize edildi, ileal atrezi nedeniyle ileostomi açıldı ve apendektomi yapıldı. 49.günde yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburcu edildi. 7. ayda ileostomisi kapatılan bebek komplikasyonsuz taburcu oldu.

Tartışma

GİS obstrüksiyonlarında tanı ve tedavi seçimi konusunda ortak bir görüş oluşmamıştır. Prenatal tanı oranı GİS obstrüksiyonlarında %34 kadar düşük olarak bildirilmektedir. Ayırıcı tanısı oldukça zor olan bu olgularda şüphe duyulduğunda doğumun çocuk cerrahisi ile koordineli şekilde planlanması, teşhis doğrulandıktan sonra bebeğin prognozunu çok olumlu etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: gastrointestinal sistem, ileal atrezi, mekonyum psödokisti, prenatal tanı, ultrasonografi

Intestinal Perforasyon



İleal atrezi proksimalinde perforasyon görünümü

Preop Batında Distansiyon



Operasyon Öncesinde Batında Distansiyon

Ultrasonogramda Mekonyum Psödokisti



Ultrasonogramda Mekonyum Psödokisti Sagittal Kesit

Ultrasonogramda Mekonyum Psödokisti



32. Hafta Ultrasonografisinde Transvers Kesitte Mekonyum Psödokisti

Cantrell Pentalojisi: Olgu Sunumu

Erkan Çağlıyan, Gökçe Aykanat, Günce Babacan, Süreyya Sarıdaş Demir
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Amaç

Cantrell Pentalojisi oldukça nadir görülen, 1/65.000-1/200.000 doğumda rastlanan bir fetal anomalidir. Bu olguda amaç kistik higromanın eşlik ettiği nadir Cantrell Pentalojili olgusunun literatür eşliğinde sunumudur.

Olgu

33 yaşında ilk gebeliği olan hasta gebeliğin 11,6 haftasında omfalosel ve kardiyak anomali tanıları ile refere edildi. Transvaginal ultasonda kistik higroma, torako-abdominal duvar defekti ve bu defektten intraabdominal organlar ile kalbin herniasyonu izlendi. Vertebral kolon kısa izlendi. Olgu Cantrell Pentalojisi olarak düşünüldü. Fetal kromozom anomalilerine yönelik CVS yapıldı, normal karyotip saptandı. Terminasyon seçeneğini sunulan ailenin isteği üzerine 12,4 gün gestasyonel haftada terminasyon gerçekleştirildi. Terminasyon sonrası eksternal morfolojik patoloji sonucunda sternumun alt ucundan batına kadar uzanan orta hat füzyon defekti ve bu defektten kalp ile batin organlarının protrüze olduğu izlendi.

Sonuç

Birinci trimesterda omfalosel ve ektopia kordis birlikteliği Cantrell Pentalojisini akla getirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Birinci trimester, Cantrell pentalojisi, ektopia kordis, terminasyon, ultrasonografi

1



11. Gebelik haftasında Cantrell Pentalojili fetüsün ultrason görüntüsü

Gestasyonel Diabetes Mellitusta Gebelikle İlişkili Plazma Protein-A ve İnhibin A Seviyeleri

Gülten Özgen, Burcu Dinçgez Çakmak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa

Amaç

Gebelikle ilişkili plazma protein-A ve inhibin-A son yıllarda tarama testlerinde sıklıkla kullanılan maternal serum belirteçleridir. Bunların seviyeleri sadece birinci ve ikinci trimester kromozom anomalilerinde değil; aynı zamanda preterm doğum, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği, erken membran rüptürü, gestasyonel diabetes mellitus gibi olumsuz gebelik sonuçlarında da araştırılmış ve çelişkili sonuçlar saptanmıştır. Bu çalışmadaki amacımız gestasyonel diyabetes mellitusta gebelikle ilişkili plazma protein-A ve inhibin A seviyelerini değerlendirmektir.

Yöntem

Çalışmamız retrospektif özellikte olup, çalışmaya Ocak 2017 ve Ocak 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde gebelik takipleri yapılan ve doğumu gerçekleştiren hastalardan ikili ve dördü tarama sırasında değerlendirilen gebelikle ilişkili plazma protein-A ve inhibin A seviyelerine ulaşılabilen gebeler dahil edildi. Toplam 400 hastanın verisine ulaşıldı. Hasta dosyalarından gestasyonel diyabet gelişen ve gelişmeyen hastalar tespit edildi. Gestasyonel diyabet ve kontrol grubu demografik veriler, gebelikle ilişkili plazma protein-A ve inhibin A seviyeleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışma grubunu oluşturan 400 hastada gestasyonel diyabet oranı %8.5 (n=34) olarak bulundu. Gestasyonel diyabet grubu ile kontrol grubu arasında yaş (p=0,263), gravida (p=0,508), parite (p=0,585), vücut kitle indeksi (p=0,053) ve doğum haftası (p=0,789) açısından anlamlı fark saptanmadı. Doğum kilosu ve sezaryen oranı gestasyonel diyabette kontrol grubundan daha yüksekti (p=0,001 ve p=0,006). İki grup arasında gebelikle ilişkili plazma protein-A ($0,95 \pm 0,62$ ve $0,91 \pm 0,53$; p=0,479) ve inhibin A ($0,92 \pm 0,48$ ve $0,91 \pm 0,55$; p=0,247) seviyeleri açısından anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç

Gebelikle ilişkili plazma protein-A ve inhibin A seviyeleri gestasyonel diyabette değişim göstermemektedir. Bu da bize tek başına bu belirteçlerin, patogenezinde inflamasyonun büyük önemi olan gestasyonel diyabetes mellitus tanı ve takibinde yeterli olmayıp diğer biyokimyasal belirteç ve akut faz reaktanları ile desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: dördü test, gestasyonel diabetes mellitus, gebelikle ilişkili plazma protein-A, ikili test, inhibin A

Fetal Mikroftalmi, Fetal Yarık Damak-Dudak ve Fetal Ventrikülomegali: Olgu Sunumu

Begüm Ertan, Süreyya Sarıdaş, Hikmet Tunç Timur, Erkan Çağlıyan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Giriş

Anoftalmi ve mikroftalmi çok nadir görülen bir konjenital göz anomalisidir. Sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte 1/10000-3/10000 arasında görüldüğü tahmin edilmektedir. Kromozomal anomaliler, konjenital enfeksiyonlar ve teratojenler etiyolojide suçlanmaktadır. İzole yarık damak-dudak ise 0.5/1000 gibi bir insidanda görülmektedir. Mikroftalmiden daha sık izlenen bu anomalinin prenatal dönemde tanınması ve aileye bilgi verilmesi; ailenin psikolojik olarak hazırlanması açısından çok önemlidir. Kliniğimizde tanı almış, bu iki anomalinin birlikte varlığının tespit edildiği olgu eşliğinde konunun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu

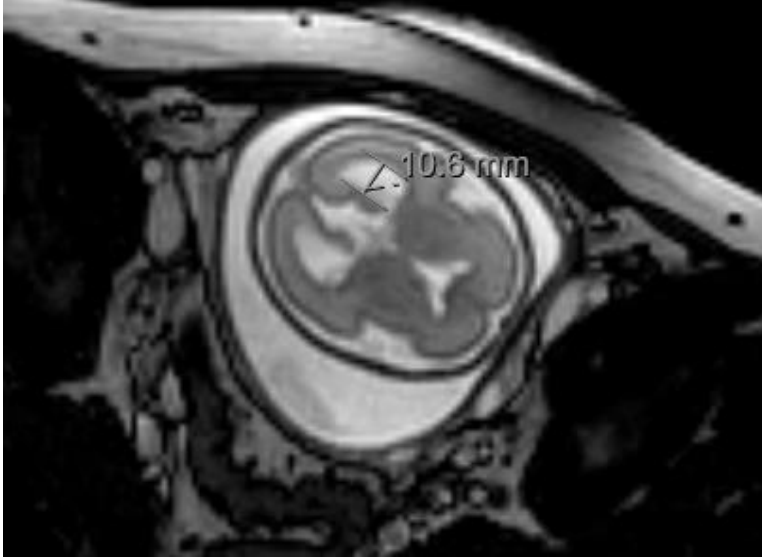
24 yaşında, gravida 3, parite 1, abortus 1 olan hasta 27. gebelik haftasında tarafımıza başvurdu. Daha önce başvurduğu merkezde yapılan birinci trimester kombine testinin düşük riskli olarak sonuçlandığını sözel olarak ileten hastanın kliniğimizde ultrasonografisi (USG) yapıldı. USG'de fetal mikroftalmi, yarık damak - dudak ve hafif ventrikülomegali saptanması nedeniyle tıbbi genetik görüşü istendi. Anomalilerin minör anomaliler olarak değerlendirilmiş olması ve ileri gebelik haftası nedeniyle prenatal tanı düşünülmeydi. Fetal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı; hafif ventrikülomegali dışında beyin yapıları normal gelişimde yorumlandı, bilateral göz kürelerinin 7 mm çapta olduğu ve mikroftalmi ile uyumlu olduğu tespit edildi. Kurumumuz perinatoloji konseyinde göz hastalıkları ekibinin de katılımıyla yapılan değerlendirmede yaşamla bağdaşmayan bir anomali tespit edilmediği teyit edildi ve aileye bu konuda danışmanlık verilerek gebeliğin izlemine devam edildi.

Tartışma

Fetal mikroftalmi nadir görülen bir anomalidir ve saptanması durumunda intrakranial yapıların ayrıntılı değerlendirilebilmesi için fetal MRG faydalı olabilmektedir. Özellikle eşlik eden başka anomalilerin de varlığında, doğum sonrası prognoz hakkında daha isabetli öngöründe bulunabilmek için ilgili tüm branşların multidisipliner çalışması çok önemlidir. Özellikle ileri hafta gebeliklerde aileye terminasyon seçeneğinin sunulabilmesi çoğunlukla mümkün olmadığından dolayı aileye de uygun danışmanlık verilmesi; doğum öncesi ve sonrasındaki riskler ve prognoz açısından ayrıntılı bilgi verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: manyetik rezonans görüntüleme, mikroftalmi, ultrasonografi, ventrikülomegali, yarık damak

Fetal MRG Ventrikülomegali



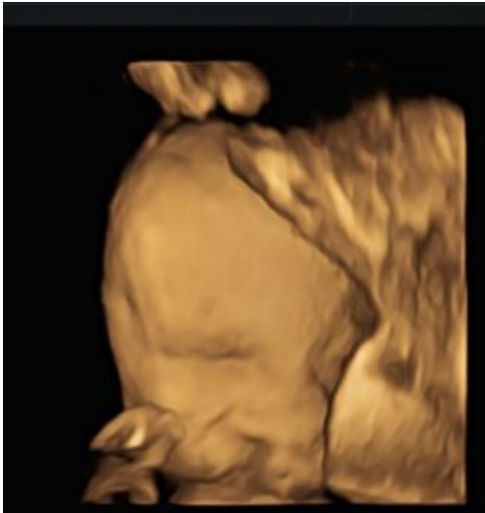
Fetal MRG'de Transvers Kesitte Hafif Ventrikülomegali

Mikroftalmi



Ultrasonografide mikroftalmi görünümü

Yarık Damak-Dudak



3 Boyutlu Ultrasonografide Yarık Damak - Dudak Görünümü

Şiddetli Hiperemesis Gravidaruma Bağlı Akut Renal Yetmezlik ve Fetal Kayıp: Olgu Sunumu

Eyüp Gökhan Turmuş¹, Barış Çıplak², İdris Şahin³

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Malatya, Türkiye

²Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim dalı, Malatya, Türkiye

Hiperemesis gravidarum erken gebeliğin sık bir komplikasyonudur. Genellikle kendi kendini sınırlamakla birlikte, nadiren tedavisiz olgularda yaşamı tehdit eden sonuçlar doğurabilir. Burada 12 hafta gebeliği olan ileri derecede dehidratasyona sekonder akut böbrek yetmezliği gelişen ve missed abortla sonuçlanan olgudan bahsedeceğiz.

Olgu

27 yaşında, son adet tarihine göre 12 hafta ilk gebeliği olan hasta genel durum bozukluğu ile acilden başvurdu. Hastanın yaklaşık 2 aydır süren günlük 10-15 defa olan şiddetli kusmaları ve yaklaşık 8-10 kilo kaybı olmuş. Ultrasonda 12 hafta ile uyumlu canlı tekil gebelik izlendi. Genel durumu orta-kötü olan ve ileri derecede dehidrate görünen hastanın; Tansiyon: 90/40, nabız:120, ateş:36,1, Satürasyon: 97 olarak ölçüldü. İlk başvuru laboratuvar sonuçları; **Hgb: 18.1, Hct: 54, Wbc: 23.980, INR:7.00, Glukoz:462, Üre:240, Kreatin:4.27, AST:42, ALT:183, Bilirubin(T/D): 3.66/1.92, Na:164, Cl:120, K:3.1, Ca:8.22, CRP:1.67.** Bilinçli konfüze ve idrar çıkımı olmayan hasta hiperemesis gravidaruma bağlı akut böbrek yetmezliği ön tanısıyla Üniversite Hastanesine sevki edildi. Nefroloji yoğun bakıma ABY tanısıyla yatırılan hasta uygun hidrasyon ve tedavi ile diyalize gerek kalmadan hastanın tüm kan değerleri düzeldi. Yatışın 2.günü kalp atımı alınamayan fetüs missed abort tanısıyla tahliye edildi.

Tartışma

Hiperemesis Gravidarum tüm gebeliklerin %0,3-2'sine eşlik eden, genelde kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Tedavinin geciktiği şiddetli olgularda dehidratasyon ve hipotansiyona bağlı akut böbrek yetmezliği nadiren bildirilmiştir. Bu ağır tablo, anne ve bebek için fatal olabilir. Sunduğumuz olguda gebelik öncesi bilinen bir renal hastalık öyküsü yoktu ve şiddetli kusmayı açıklayacak ek bir medikal ya da cerrahi hastalığı bulunmuyordu. Hastanın sıvı elektrolit kaybı düzeltilince akut böbrek yetmezliği tablosu düzeldi. Kısa sürede düzelme olmasaydı hemodializ planı da yapılmıştı. Obstetrik pratiğinde genelde basit bir sorun olarak görülen hiperemesis gravidarum tablosunun maternal mortaliteye yol açabilecek şiddette seyredebildiğini göstermesi ve tedavi yanıtının dramatik olmasıyla sunduğumuz olgu dikkat çekicidir. Maternal ve perinatal olumsuz sonuçlardan kaçınmak için ilk trimesterde kilo kaybı ve ketonüri ile başvuran bulantı-kusma yakınmalı hamilelerde, gecikmeden sıvı-elektrolit desteği sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Şiddetli Hiperemesis Gravidarum, Akut Renal Yetmezlik, Şiddetli Kusma, Dehidratasyon, Missed Abort

Ciddi Kordon Dolanması Olan Monoamniyotik İkiz Gebeliğin Spontan Vajinal Doğumu

Ülkü Mete Ural, Aybike Uysal, İhsan Şafak

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu

Giriş

Monoamniyotik ikiz gebeliğin doğal insidansı 10,000’de birdir. Kordon komplikasyonları nedeniyle %80’e kadar yüksek perinatal mortalite oranları bildirilmiştir. Bu gebeliklerin ideal doğum yönetimi net olarak bilinmese de, 24-28. gebelik haftalarından itibaren yakın takip ile 32-34.gebelik haftaları arasında sezaryen doğum sıklıkla yapılan uygulamadır. Bu olgumuzda, 36 haftalık monoamniyotik ikiz gebeliğin normal vajinal yolla sorunsuz olarak doğumunu sunmayı amaçladık.

Olgu

26 yaşında, ilk gebeliği olan ve spontan ikiz gebelik tanısı ile dış merkezde takipleri yapılan hasta sancı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Son adet tarihine göre 36 haftalık gebeliği olan hastanın yapılan ultrasonografik değerlendirmesinde monoamniyotik ikiz gebelik olduğu, fetusların 33-34 hafta ile uyumlu oldukları ve baş-baş geliş oldukları tespit edildi. Kabul tuşesinde, %80 silinme ve 5cm açıklığı olan hasta, olası riskler konusunda detaylı olarak bilgilendirilmesine rağmen normal doğum yapmak istediğini ifade etti. Travay sırasında fetal kalp atımları sürekli olarak monitörize edildi. Kordonlarda ileri derecede dolanma (Resim 1-3) olmasına rağmen her iki fetusun NST takiplerinde patolojik trase izlenmedi. Sorun yaşanmadan 2180gr ve 2280gr ağırlıklarında, 6-9 ve 7-9 apgarlı kız bebekler doğurtuldu.

Tartışma

Monoamniyotik ikiz gebelik, tüm monozigotik ikiz gebeliklerin %1’ini oluşturur. Monoamniyotik ikiz gebelik tanısı, erken ilk trimesterde tek yolk kesesi, iki fetal pol içeren bir amniyotik kese ve tek bir plasentanın varlığıyla güvenilir olarak koyulabilir. Monoamniyotik ikizlerde kordon dolanması tanı koydurucudur ve sıklıkla ilk trimesterde dahi umbilikal kordon damarlarının oluşturduğu dolanmış kitlenin içerisinde Doppler ile iki ayrı kalp atımının gösterilmesiyle ispat edilebilir. Bu gebeliklerde yüksek perinatal mortalitenin en önemli sebebi kordon dolanması ve düğümlenmesidir. Umbilikal kordonlar, genellikle birbirine yakın olarak plasentaya ortadan girerler. Monoamniyotik ikiz gebelikler yoğun antenatal takip gerektirir ve önerilen doğum şekli 32-34.gebelik haftaları arasında sezaryendir. Renkli doppler incelemede kord kompresyon bulgularının yokluğunda, ileri obstetrik koşulların sağlandığı merkezlerde, baş-baş prezentasyonlu fetuslarda ve ailenin de onamı alınarak vajinal doğum denenebilir.

Anahtar Kelimeler: İkiz gebelik, kordon dolanması, monoamniyotik, perinatal mortalite, vajinal doğum

Resim 1



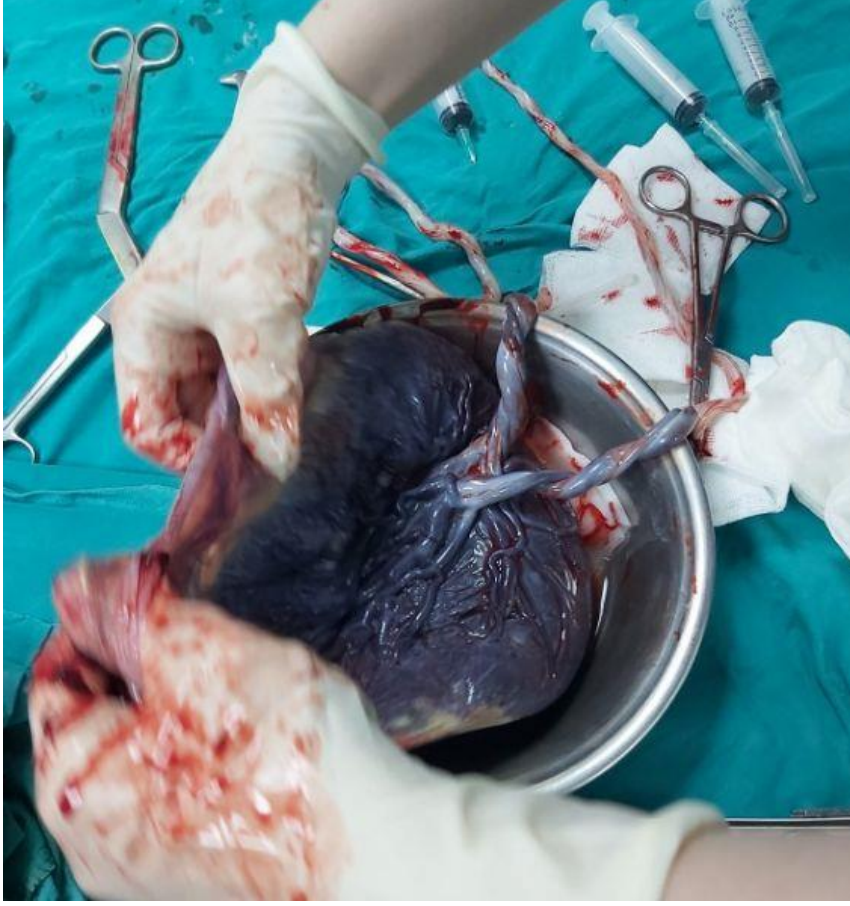
İleri derecede kordon dolanması

Resim 2



Dolanan kordonların ayrılması sonrası gerçek düğüm

Resim 3



Plasentaya ortadan giriş yapan kordonlar

Suriyeli Göçmen Gebelerde Servikal Yetmezlik ve Serklaj Tedavisi

İlkan Kayar¹, Özer Birge¹, Mehmet Sait Bakır²

¹Osmaniye Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Osmaniye

²Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Antalya

Amaç

2011 yılından beri ülkelerindeki iç savaş nedeniyle ülkemize göç eden ve yaklaşık 9 yıldır 5. nesil doğumlarını yapan Suriyeli gebe hastalarımızdan servikal yetmezlik tanısı konularak servikal serklaj sütürü konulan 42 olgunun 2015 ve 2017 yılları arası verilerini literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık. Yöntem: Verilerin analizinde SPSS 22 programından yararlanılmıştır. Kantitatif verilerin analizi için normal dağılıma uygunluğu kolmogrov simirnov testi ve homojenliği Levene testi ile incelenmiş olup; normal dağılım gösterenlerin analizinde parametrik yöntemler, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin analizinde nonparametric yöntemler kullanılmıştır. Kantitatif veriler tablolarda ortalama, std, median, minimum-maxium değerler şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik veriler ise n(count) ve yüzdelerle(%) ifade edilmiştir. Parametrik yöntemlerden, bağımsız grupların ikili karşılaştırılmasında indepennden t test kullanılmıştır. Nonparametric yöntemlerden, bağımsız grupların ikili karşılaştırılmasında mann whitney u testi, bağımlı grupların karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanılmıştır. Veriler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0,05 ten küçük ise anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya alınan olguların ortalama yaşları 27.4 ± 6.8 idi. 12(%28.6) olguda 2 kez 2.trimester spontan kayıpları mevcuttu. 24(%57.1) olgu spontan vajinal doğum yaparken, 18(%42.9) olgu sezaryen ile doğum yapmıştı. Serklaj öncesi ve serklaj sonrası servikal uzunluk arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı(sırasıyla 17.5, 32.5)(p:0.01) (tablo 1). Doğum haftası 37 hafta olarak alındığında serklaj öncesi servikal uzunlukta fark saptanmazken (p:0.324), serklaj sonrası servikal uzunlukta anlamlı fark saptandı (p:0.02)(tablo2).

Sonuç

Özellikle savaştaki kimyasal silahların ve sonrasında yaşanan stresin neticesinde ilk birkaç yılda gebelik düşüklerinin ve ikinci trimester kayıplarının artması ve üreme isteğinin özellikle savaşlar sonrası artması sağlıklı gebelik ve doğum istemini de artırmaktadır. Sonuç olarak serklaj öncesi servikal uzunluğun 37 hafta ve altındaki doğumlarda daha kısa olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Olgu sayısı artırılarak bu ilişki tekrar araştırılabilir. Ancak serklaj sonrası servikal uzunluğun 30 mm altında olması istatistiksel olarak anlamlı derecede doğumun 37 hafta altında olmasını öngörebilir.

Anahtar Kelimeler: Göçmen Suriyeli, Servikal Yetmezlik, Serklaj, Erken doğum, Gebelik düşükleri

Tablo 1

		n	Mean/Median	Sd/Min-Max/%	P-value
Yaş			27.4	±6.8	
Gravida			3	2-5	
Parite			1	0-2	
Doğum haftası(W)			38	34-40	
Fetal ağırlık(gr)			3106	±342	
Serklaj öncesi Cx uzunluğu(mm)			17.5	12-21	
Serklaj sonrası Cx. uzunluğu(mm)(4.hafta)			32.5	26-40	p<0.01
2.tr.spontan kayıp	1	30		%71.4	
	2	12		%28.6	
Doğum şekli	C/s	18		%42.9	
	Nspd	24		%57.1	
Cinsiyet	E	21		%50	
	K	21		%50	
Serklaj haftası			15.5	13-20	

Demografik klinik karakteristik bulgular.

Tablo 2

	Doğum Haftası (hafta)		P-value
	36+6	>=37 w	
Serklaj öncesi Serviks uzunluğu(mm)	16.5(min;15-max;18)	18.5(min;12-max;21)	0.324
Serklaj sonrası serviks uzunluğu(mm)	30(min;26-max;31)	33.5(min;27-max;40)	0.02

Servikal uzunluk doğum haftası ilişkisi.

Atrioventriküler Blok Saptanan Fetusların Antenatal ve Postnatal Takip ve Tedavisi

Reyhan Ayaz¹, Öykü Tosun²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

Amaç

Konjenital kalp bloğu fetal hidrops ve kayıpla sonuçlanan ve optimal tedavisi tartışmalı nadir görülen bir konjenital kalp hastalığıdır. Etiyolojisinde otoimmün antikorlar, konjenital yapısal kardiyak anomaliler, idyopatik ailesel konjenital kalp blokları yatar.

Yöntem

Kliniğimize 2018-2020 tarihleri arasında fetal aritmi nedeniyle başvuran 4 hasta ve hiperekogen odak nedeni tarafımıza yönlendirilen 1 hasta hem antenatal hem de postnatal dönemde retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

5 hastanın 4'ünde yapısal kardiyak ya da ekstrakardiyak anomali saptanmamış olup bu hastaların tamamında anti-Ro ve anti-La antikorları pozitif saptanmıştır. Fakat bu hastaların Sjögren sendromu veya Sistemik lupus eritematozus açısından herhangi bir semptomu yoktu. 5. hastada ise corrected transpozisyon(CTGA) saptanmış olup, antikor testleri negatif bulundu. Antikor pozitifliği olan 3 hastada kalp tepe atımı(KTA)<55/dk olup her üçünde de perikardiyal effüzyon, kardiyomegali, triküspit kapakta orta düzeyde regürjitasyon saptandı. Bu hastalara hidroksiklorokin+deksametazone başlandı. CTGA saptanan olguda ise herhangi bir kardiyak yetmezlik saptanmamış olup KTA>60/dk üzerinde olduğundan dolayı herhangi bir tedavi uygulanmamıştır. İlk hasta 34. gebelik haftasında 1600 gr tek canlı doğum ile sonuçlandı ve fetal kilo nedeni geçici pace takılıp postnatal 3. ayında kalıcı pace ile değiştirildi. 2.ve 3. gebeler term doğduktan sonraki postnatal 4. ve 7. gününde KTA<55/dk olduğundan dolayı kalıcı pace uygulandı. 4 nolu hasta hiperekogen odak saptanması üzerine yapılan fetal ekokardiyografik incelemede PR aralığı 150ms üzerinde olduğundan dexametazone tedavisi uygulandı ve sinüs ritmi doğum sonrası izlendi. CTGA nedeni olan hasta ise doğum sonrası takiplerde KTA>70/dk ve hemodinamik açıdan stabil olduğundan acil pace endikasyonu olmadı.

Sonuç

Konjenital kalp bloğu saptanan olgularda yapısal kardiyak inceleme sonrasında maternal Anti-Ro ve Anti-La antikorların varlığı değerlendirilmelidir. Konjenital kalp blokları genellikle maternal anti-Ro/La antikorlarının transplasental fetusa geçişi ile oluşan erken tanı ve tedavi ile olumlu sonuçların elde edildiği nadir görülen bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Anti-Ro, Anti-La, Komplet AV blok, Hidroksiklorokin, CTGA

Treatment of Cornual Pregnancy in a Patient with Uterus Septum by Electrosurgical Operative Hysteroscopy

Meliha Kovancı Bayraktaroğlu, Ahmet Cantuğ Çalışkan

Acıbadem Eskişehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve doğum, Eskişehir

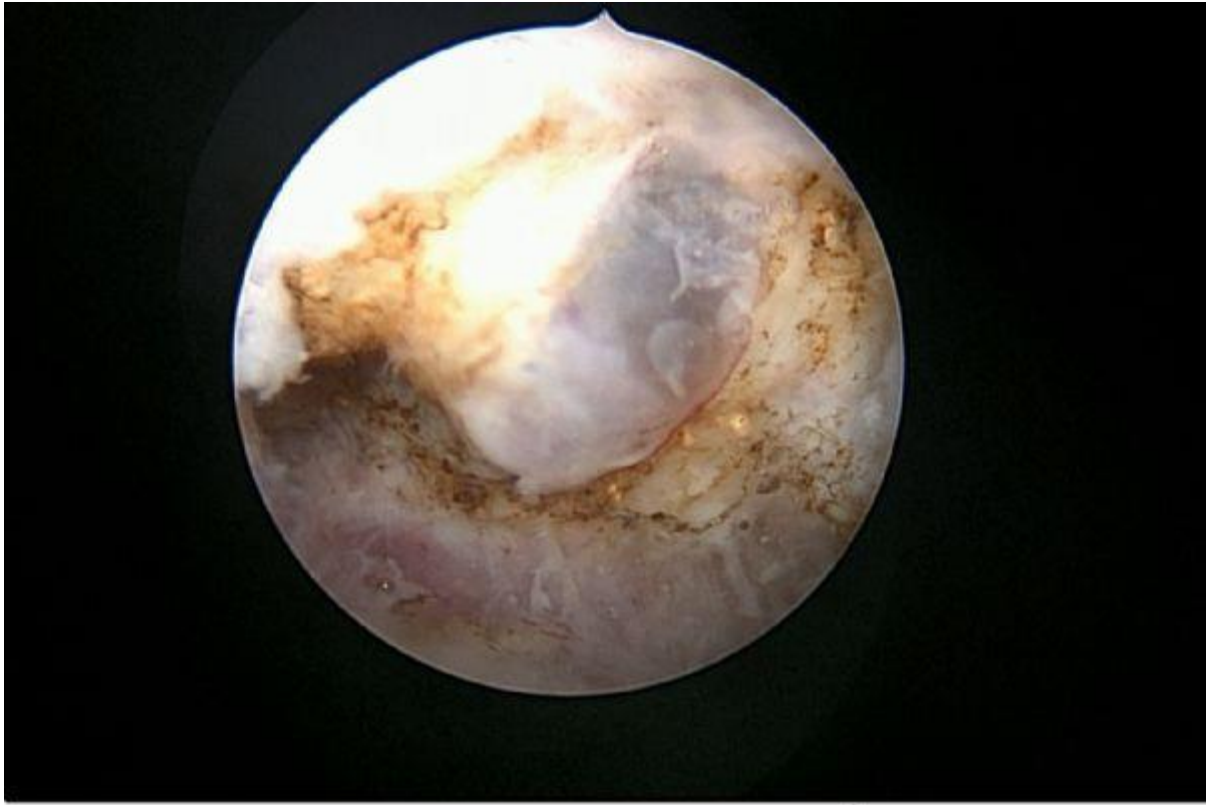
Cornual ectopic pregnancy in uterus bicornus patients is an unusual condition, which may necessitate particular assessment for straight diagnosis and treatment.

A 24-year-old woman presented with vaginal bleeding and prevalent abdominal and pelvic pain. The serum HCG level was 5960mmol/L and transvaginal ultrasound showed the presence of a cystic structure (22mm) at the right uterine horn and endometrial thickness of 1.8mm. Ultrasonographic color doppler imaging detected the blood flow and regular edges of the gestational sac. The right cornual pregnancy was treated by operative hysteroscopic surgery without any bleeding (Picture 1). Serum HCG levels decreased to < 2mmol/L after 45 days post operation. Confirmation of gestational sac by magnetic resonance imaging was normal after 60 days.

In this case, we successfully performed electrosurgery by operative hysteroscopy and treated the cornual ectopic pregnancy and uterine septum resection (Picture 2) without any complications.

Anahtar Kelimeler: cornual, hysteroscopy, operative, pregnancy, septum

Kornual Gebelik



Sağ kornual gebelik.

21 Yaşında Over Malignitesi Olan Kişinin Başarılı Vajinal Doğumu ve Tedavisi: Vaka Sunumu

Meliha Kovancı Bayraktaroğlu, Ahmet Cantuğ Çalışkan

Acıbadem Eskişehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve doğum, Eskişehir

21 yaşında ilk gebeliği olan hasta 6 haftalık iken gebe takip polikliniğine kasık ağrısı ve kusma öyküsü ile başvurmuştur. Daha önce iki kez iki taraflı over borderline seröz tip kanser tanısı ile operatif ve second-look laparaskopi öyküsü mevcuttur. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen aile gebe kalarak 6.haftada polikliniğe başvurmuştur. Doğuma kadar yapılan aylık takiplerde obstetrik sorun izlenmemiştir.39.haftada spontan vaginal yoldan 3700gr sağlıklı kız çocuğu doğurtulmuştur. Doğumdan 2 ay sonra karında gerginlik ve kasık ağrısında artış olmuş ve radyolojik incelemede mevcut lezyonlarda büyüme izlenmiştir. CA-125 değerleri daha önceki değerlerden yüksek bulunmuştur. Total abdominal histerektomi,bilateral salpingooferektomi,omentektomi,apendektomi ve pelvik ve paraaortik lenf nod diseksiyonu uygulanmıştır.Patoloji sonucu bilateral seröz adenokarsinom olarak raporlanmıştır.Ameliyat sonrası karboplatin ve paklitaksel kemoterapi verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: doğum, gebelik, infertilite, kanser, tüp bebek

Over Kanseri