

ULTRASONOGRAFi

Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

Türkiye



23-06-1998

KURSU

2-4 KASIM 2017

HARBİYE ASKERİ MÜZE

İSTANBUL



BİLDİRİ KİTABI

tmftpultrason2017.org

2017tmftpultrason Kabul:Sözlü

Toplam: 29

[SS-001]

Persistan sol superior vena kavalı fetusların sonuçları

Mehmet Özsürmeli¹, Erol Arslan¹, Mete Sucu¹, Selahattin Mısırlıoğlu¹, Selim Büyükkurt¹, Nazan Özbarlas², Ferda Özlü³, Süleyman Cansun Demir¹, İsmail Cüneyt Evrüke¹, Fatma Tuncay Özgönen¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Adana

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Adana

Amaç:

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Prenatal Tanı ve Tedavi Merkezi'nin kısa dönemdeki persistan sol superior vena kavalı (PSSVC) olgularının sunulması

Yöntem:

Mayıs 2015- Ağustos 2017 tarihleri arasında tanı alan 16 hastanın perinatal sonuçlarının geriye dönük incelenmesi

Bulgular:

Persistan sol superior vena kavalı gebeliklerin sonuçları tablo 1'de sunulmaktadır.

Sonuç:

PSSVC, embriyonik dönemde gerilemesi gereken sol innominant venin proksimal parçasının gerilememesi nedeniyle oluşur. Torasik venöz sistemdeki en sık varyanttır ve genel popülasyonun %0,3'ünde görülür. Bu damar olguların büyük çoğunluğunda koroner sinüse açılır. Prenatal dönemde tanı dört oda kesitinde ve üç damar trakea kesitinde konur. Dört oda kesitinde sol atriyumun sol yanında, üç damar trakea düzleminde pulmoner arterin solunda dördüncü bir damar olarak görülür. PSSVC tanısı parasagittal düzlemde, damarın koroner sinüse boşaldığının gösterilmesiyle doğrulanır. Koroner sinüsün geniş olarak izlenmesi tanıda ipucudur. Fetusta PSSVC saptanması, olguların %80'inde ek kalp anomalileri bulunması nedeniyle önemlidir. Heterotaksi sendromu, sol ventrikül çıkış yolu kusurları, konotrunkal anomaliler PSSVC ile sıklıkla ilişkilidir. Bizim serimizde bir hasta hariç PSSVC saptanan tüm olgularda kalp ve kalp dışı ek anomaliler saptanmıştır. PSSVC saptandığında ek kalp ve kalp dışı anomaliler aranmalı, ek bulgu varlığında karyotip analizi önerilmelidir. İlişkili kalp anomalileri varlığında prognoz kötüdür.

Anahtar Kelimeler: prenatal, persistan sol superior vena kava, ultrason

persitan sol superior vena kava



peristan sol superior vena kavalı fetusların sonuçları

	Tanı haftası	Doğum haftası	Ek anomaliler	Kromozom analizi	Perinatal sonuç
1	29	39	Kardiyak: parsiyel anormal pulmoner venöz dönüş Kalp dışı: tek umbilikal arter	yok	2 aylık, hayatta
2	24		Kardiyak: VSD Kalp dışı: tek umbilikal arter, nazal hipoplazi	yok	gebelik devam ediyor
3	25	25	Kardiyak: AVSD, ARSA, çift çıkışlı sağ ventrikül, pulmoner stenoz Kalp dışı: Tek umbilikal arter	normal	tıbbi tahliye
4	35		Çift çıkışlı sağ ventrikül	yok	gebelik devam ediyor
5	35	39	Kardiyak: Kardiyomegali, duktus arteriosuz daralması Kalp dışı: mikrosefali	yok	Yenidoğan döneminde eksitus
6	24	37	Laringeal atrezi	normal	Yenidoğan döneminde eksitus
7	21	21	Kardiyak: VSD Kalp dışı: Ventrikülomegali, serebellum hipoplazisi	normal	tıbbi tahliye
8	23	35	Kardiyak: VSD Kalp dışı: Duedonum atrezisi	normal	Cerrahi sonrası 2 yaş hayatta
9	32	34	Kardiyak: aort stenozu, AVSD Kalp dışı: sol renal agenezi, gelişme geriliği	yok	Yenidoğan dönemi eksitus
10	29	40	Mega sisterna magna, hiperekojen barsak	yok	2 yaş, hayatta. nörolojik gelişim iyi
11	21		Sol kalp hipoplazisi VSD	yok	Gebelik devam ediyor
12	27	37	Total pulmoner venöz dönüş anomalisi	yok	Cerrahi sonrası yenidoğan dönemi eksitus
13	31	37	Malalignment VSD	yok	3 aylık hayatta
14	24	37	Aortik ark kesintisi Geniş VSD, mitral atrezi	yok	Cerrahi sonrası yenidoğan dönemi eksitus
15	29	39	parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi	yok	2 aylık, hayatta
16	27	39	izole	yok	2 aylık, hayatta

[SS-002]

Prenatal Tanı Alan Gomez Lopez Hernandez Sendromu: Olgu Sunumu

Aylin Yılmaz, Tuğba Saraç Sivrikoz, Gürcan Türkyılmaz, Didar Kurt, İbrahim Kalelioğlu, Recep Has, Atıl Yüksel
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

27. gebelik haftasında kliniğimize bilateral ventrikülomegali ve serebellar hipoplazi ön tanısıyla refere edilen ve Gomez Lopez Hernandez sendromu tanısı alan olgunun sunumu amaçlandı.

Olgu:

28 yaşında, G1, akraba evliliği (1.derece kuzen evliliği) öyküsü olan hastanın yapılan ultrasonografisinde bilateral ventrikülomegali (sağda: 32.2 mm, solda:22.6 mm) saptandı. Kavum septum pellucidum destrükte, 3. ventrikül dilate(8mm) izlendi. Serebellum hipoplazik (TCD: 16 mm), vermis görüntülenemedi, rombensefalosinapsis görünümü izlendi. Korpus kallozum agenezisi saptandı. Fetusta izlenen rombensefalosinapsis, serebellar hipoplazi, korpus kallozum agenezisi gibi bulgularla ön tanıda Gomez-Lopez-Hernandez sendromu düşünüldü. Ataksi, psikomotor/mental retardasyon, nöbetler, trigeminal anestezi gibi bulgularla seyreden olumsuz prognoz hakkında aileye bilgi verildi. Olası kromozom anomalileri, mikrodelsiyon/duplikasyon sendromları açısından fetal karyotip ve kromozomal array için koryonik villus örnekleme önerildi.Gebeliğin terminasyon seçeneği aileye sunuldu. 1280 gr, 39 cm ölçülerinde kız fetus doğurtuldu. Fetusun postmortem fizik muayenesinde; geniş alın, hafif hipertelorizm, aşağı çekik palpebral fissürler, bilateral proptozis, belirgin infraorbital çizgiler, belirgin ve geniş burun kökü, hafif kısa filtrum, sağ pariyetal bölgede lokal alopesi, el 5. parmaklarda minimal klinodaktili ve bilateral hafif pes ekinovarus saptandı. Karyotip sonucu normal olarak saptandı. Rombensefalosinapsis, dismorfik bulgular ve pariyetal alopesi bulguları ile klinik olarak olgunun Gomez-Lopez-Hernandez sendromu olduğu düşünüldü.

Sonuç:

Rombensefalosinapsis serebellar vermisin agenezisi/hipogenezisi ve serebellar hemisferlerlerin füzyonu ile karakterize bir malformasyondur. Gomez-Lopez-Hernandez sendromu, rhombensefalosinapsis, trigeminal anestezi ve bilateral parietal/parietookipital alopesi triadı ile karakterize bir sendromdur. Ataksi, hipertoni/hipotoni, nöbetler, mental retardasyon, hiperaktivite, bipolar bozukluk gibi bulgular da sendrom dahilinde gözlenebilen nörolojik bulgular arasındadır. Sporadik olarak gözlenen Gomez-Lopez-Hernandez sendromu ile ilişkili genler henüz tanımlanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Gomez-Lopez-Hernandez sendromu, pariyetal alopesi, rombensefalosinapsis, vermis agenezisi

1



2



3



4



[SS-004]

Prenatal tanı alan Joubert Sendromu: Olgu Sunumu

Gürçan Türkyılmaz, Tuğba Sivrikoz, Didar Kurt, Aylin Yılmaz, İbrahim Kalelioğlu, Recep Has, Atıl Yüksel
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Joubert Sendromu anormal solunum düzeni ve göz hareketleri, hipotoni, ataksi ve nöromotor geriliğin eşlik ettiği, otozomal resesif kalıtmalı nadir bir sendromdur. Prenatal dönemdeki ultrasonografik bulgularının özgün olmaması nedeniyle genellikle postnatal dönemde tanı almaktadır. Biz burada antenatal dönemde tanış koyulan Joubert sendromu olgumuzu sunmayı amaçladı.

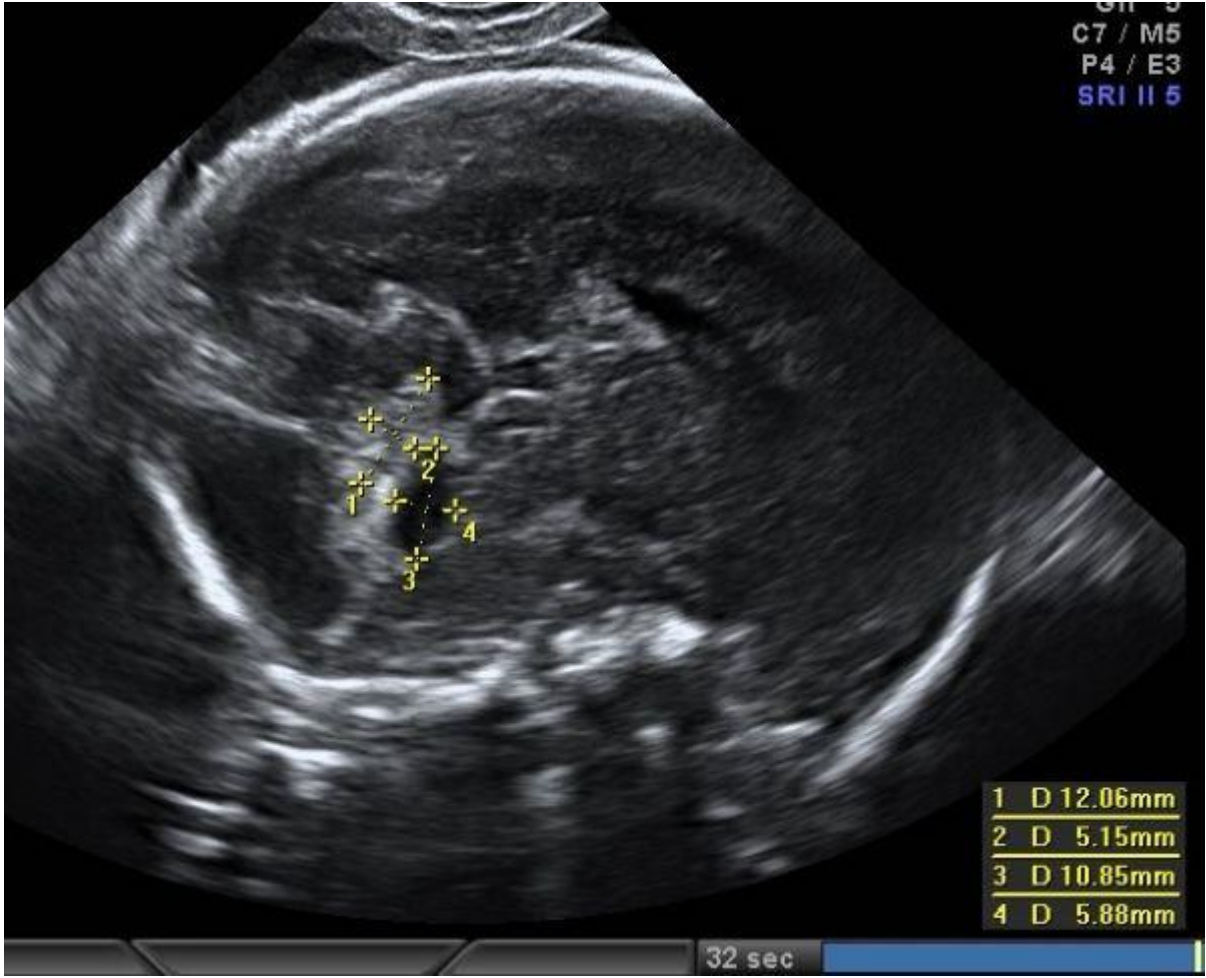
Olgu: 37 yaşında gravida 5 para 3 olgu vermiş hipoplazisi ön tanısıyla 25. Gebelik haftasında kliniğimize refere edildi. Kliniğimizde yapılan fetal muayenede vermiş hipoplazik olarak izlendi ve vermişin fastigium kısmı görülemedi. Sol elde postaksiyal polidaktili saptandı. Diğer sistemlerde anomali izlenmedi. Hastaya daha önce karyotip analizi yapıldığı ve sonucunun normal olduğu öğrenildi bu nedenle kromozomal array planlandı ancak hasta bu incelemeyi kabul etmedi. 29. Haftada fetal kranial MRI görüntüleme yapıldı ve vermiş agenezisi, süperior serebellar pedinküllerde inferiora doğru uzama görüldü. Molar tooth bulgusu saptandı. Bu bulgularla Joubert sendromu teşhisi koyuldu. Hastaya olumsuz prognoz anlatılarak gebeliğin terminasyonu seçeneği sunuldu ve hastanın kabul etmesi üzerine fetosit işlemi uygulandı. 1300 gr 37 cm ölçülerinde erkek fetüs doğurtuldu. Hasta postmortem genetik inceleme ve otopsiyi kabul etmedi.

Tartışma: Joubert Sendromu anormal solunum düzeni ve göz hareketleri, hipotoni, ataksi ve nöromotor geriliğin eşlik ettiği nadir bir sendromdur. Retinal distrofi, kolobom, polikistik böbrek, polidaktili, hepatik fibrozis gibi diğer organ sistemlerinde anomaliler eşlik eder. İnsidansı 1/80.000-1/100.000'dir ve otozomal resesif kalıtılır. Prenatal ultrasonografik özellikleri özgün değildir ve mega sisterna magna, vermian agenezisi, oksipital ensefalosel, ventrikülomegali, polidaktili, renal kistler, hiperekogen böbrek görülebilir. Fetal kranial MRI'da molar tooth bulgusu (vermiş hipoplazisi/agenезisi, posterior interpedinküler fossada genişleme, kalın ve uzamış serebellar pedinküller) patognomik bulgusudur. Bizim olgumuzda da ultrasonografik muayenede vermiş hipoplazisi ve postaksiyal polidaktili tespit edilmesi nedeniyle ön tanıda Joubert sendromu düşünüldü ve fetal MRI ile tanı doğrulandı.

Sonuç: Vermiş hipoplazisi saptanan olgularda ön tanıda Joubert sendromu ayırıcı tanıda yer almaktadır özellikle aile öyküsü olan olgularda ayrıntılı fetal değerlendirme ve gerekli durumlarda fetal kranial MRI tanıda yardımcı olur.

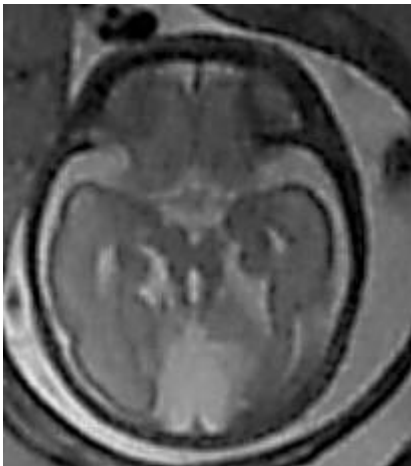
Anahtar Kelimeler: Joubert sendromu, molar tooth, polidaktili, vermiş agenezisi

resim 1



vermis hipoplazinin sagital planda görünümü

resim 2



molar tooth bulgusunun fetal MRI görünümü

Prenatal tanı alan ailesel kleidokranial displazi: Olgu sunumu

Gürçan Türkyılmaz, Tuğba Sivrikoz, Didar Kurt, Aylin Yılmaz, İbrahim Kalelioğlu, Recep Has, Atıl Yüksel

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

Amaç: Kleidokranial displazi kemik ve dişlerin gelişimini etkileyen, otozomal dominant kalıtılan nadir bir hastalıktır. Bulgular olgular arasında geniş bir çeşitlilik gösterebilir. Biz burada daha önce kleidokranial displazi tanılı çocuğu olan ve sonraki gebeliğinde prenatal dönemde kleidokranial displazi tanısı koyduğumuz olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 39 yaşında gravida 3 para 2 29 haftalık gebe daha önceki gebelik öyküsü nedeniyle kliniğimize refere edildi. İlk çocuğu sağ ve sağlıklı, ikinci çocuğu kleidokranial displazi tanılıydı. Baba ikinci çocuğun doğumundan sonra kleidokranial displazi tanısı almıştı. Akraba evliliği ve annenin bilinen bir hastalığı yoktu.

Kliniğimizde yapılan fetal değerlendirmede polihidramniyos (ASİ:26 cm) saptandı. Nazal kemik izlenmedi, yüz profili normaldi. femur boyu 3. persantildeydi ancak diğer uzun kemiklerde kısalık saptanmadı. Bilateral klavikülalar görülmedi. Bu bulgularla ön tanıda kleidokranial displazi düşünüldü. Aileye daha önceki indeks vakada ve babada saptanan RUNX2 genindeki mutasyonunu araştırmak için invaziv girişim önerildi ancak hasta işlemi kabul etmedi. 38. gestasyonel haftada 2940 gr/48 cm ölçülerinde term bir erkek bebek doğurtuldu. Neonatal dönemdeki grafide bilateral klavikülalar hipoplazik izlendi. RUNX2 geninde daha önce tanımlanan ailesel mutasyon saptandı ve kleidokranial displazi tanısı konuldu.

Tartışma: Kleidokranial displazi; kemik, kıkırdak ve dişlerin gelişimini etkileyen ve otozomal dominant kalıtılan nadir bir hastalıktır. Olgular arasında klinik bulgular büyük değişkenlik gösterebilir. Bulguları: klavikula hipoplazisi/agenezisi, fontanellerin geç kapanması, Wormian kemiklerin varlığı, süt dişlerinin geç dökülmesi, kalıcı dişlerin çıkmasında gecikme, brakisefali, burun kökü basıklığı ve hipertelorizmdir. Bizim olgumuzda da antenatal dönemde bilateral klavikülalar izlenmedi ancak nasal kemik yokluğu sendromun bulguları arasında literatürde tanımlanmamıştır. Bazı olgularda işitme kaybı olabilir, zeka normaldir. İnsidansı 1/ bir milyondur ancak çoğu hafif olgu tanı almadığı için daha sık olduğu düşünülmektedir. 6. kromozomun uzun kolundaki RUNX2 geninde mutasyonlar olguların %80'den sorumludur. Olgumuzda daha önceki kardeşte ve babada RUNX2 genindeki mutasyon neonatal dönemde moleküler tanı koyulabildi. Tekrarlama riski %50'dir.

Sonuç: Aile öyküsü olan olgularda prenatal tanı ayrıntılı fetal muayene ve moleküler yöntemlerle koyulabilir.

Anahtar Kelimeler: , iskelet displazisi, kleidokranial displazi, RUNX2

resim 1



fetal burun kemiği yokluğu

resim 2



bilateral klavikula yokluğu

resim 3



postnatal grafide bilateral klavikula hipoplazisi

[SS-006]

Korpus kallosum anomalisi nedeniyle kliniğimizde takip edilen olguların sonuçları

Gürcañ Türkyılmaz, Tuğba Sivrikoz, Didar Kurt, Aylin Yılmaz, İbrahim Kalelioğlu, Recep Has, Atıl Yüksel

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

Amaç: Bu çalışmada korpus kallosum anomalisi nedeniyle kliniğimizde takip edilen hastaların perinatal sonuçlarının sunulmasını, fetal MRI görüntülemenin klinik uygulamada ek yararının araştırılmasını, korpus kallosum anomalisine eşlik eden yapısal malformasyonların ve genetik anomalilerin taranmasını ve canlı doğan olgularda neonatal prognozun incelenmesini amaçladık. **Materyal-Metod:** 2012-2017 yılları arasında kliniğimizde korpus kallosum anomalisi ön tanısıyla değerlendirilen ve fetal MRI görüntüleme yapılan 33 olgu retrospektif olarak incelendi. Olgulara transabdominal ve transvaginal USG uygulandı. Tüm fetal MRI görüntülemeleri aynı merkezde yapıldı ve aynı radyolog tarafından değerlendirildi. Karyotip ve kromozomal array analizlerinin hepsi aynı genetik laboratuvarında yapıldı. Terminasyon yapılan olgularda ailelerin kabul etmemesi nedeniyle fetal otopsi yapılamadı.

Bulgular: Ultrasonografik değerlendirmede 16 (%48,5) olguda korpus kallosum agenezisi, 9 (%27,2) olguda korpus kallosum disgenezisi, 8 (21,2) olguda parsiyel agenezi saptandı. Fetal kranial MRI 'da ise 15 (%45,5) olguda korpus kallosum agenezisi, 10 (%30) olguda korpus kallosum disgenezisi, 8 (24,5) olguda parsiyel agenezi saptandı. Her iki görüntüleme yönteminin sonuçları arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. 21 (%63,6) olguya karyotip analizi yapıldı 19 (%57,5) olgunun sonucu normal bulunurken 2 (%6) olguda trizomi 13 saptandı. Karyotipi normal olgulardan 7 (%21) vakaya kromozomal array uygulandı ve 1 (%3) olguda 15q11.2 mikrolelesyonu saptandı. 9 olguda (%27,2) ek anomali saptandı. 14 (%42,4) hastaya gebelik terminasyonu uygulandı. Canlı doğan 19 olgunun neonatal sonuçları incelendiğinde 9 (%47,3) sağlıklı, 9 (%47,3) mental-motor retarde 1 (%5,2) olgu neonatal ex saptandı. **Sonuç:** Transabdominal ve transvaginal ultrasonografi birlikte kullanıldığında fetal MRI korpus kallosum patolojilerini değerlendirmede anlamlı ek yarar sağlamamaktadır. Eşlik eden anomaliler açısından ayrıntılı fetal değerlendirme yapılmalıdır. Karyotipi normal çıkan olgularda kromozomal array ile patolojik kromozomal değişiklikler tespit edilebilir ve bu prognozu değiştirebilir. İzole olgularda neonatal prognoz, normal nörogelişimden ciddi geriliğe kadar değişkenlik gösterebilir.

Anahtar Kelimeler: fetal MRI, korpus kallosum, kromozomal array

şekil 1

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Parametre	Hastalar, Mean±SD
Yaş	32,67±4,61
Gravida	1,73±0,84
Parite	0,48±0,62
Doğum haftası	34,03±5,12
Doğum ağırlığı	2997,22±647,50

olguların demografik özellikleri

şekil 2

Tablo 2: USG ve fetal MRI karşılaştırılması

	USG	MR	p
<i>Ventrikül türü, n (%)</i>			
Düzenli	14 (42,5)	13 (39,3)	0,892
Kolposefali	19 (57,5)	20 (60,7)	
<i>Serebellum, n (%)</i>			
Normal	32 (97,0)	33 (100,0)	0,317
Hipoplazik	1 (3,0)	-	
<i>Vermis, n (%)</i>			
Normal	28 (84,8)	26 (78,8)	0,157
Hipoplazik	5 (15,2)	7 (21,2)	
<i>Korpus Kallosum, n (%)</i>			
Agenezi	16 (48,5)	15 (45,5)	0,832
Parsiyel agenezi	9 (28,2)	8 (24,3)	
Disgenezi	7 (21,2)	10 (30,3)	
<i>Kortikal Gelişim, n (%)</i>			
Normal	27 (81,8)	24 (72,7)	0,378
Geri	6 (18,2)	9 (27,3)	

USG ve fetal MRI karşılaştırılması

şekil 3

Ek Anomali	Sayı	Sıklık (%)
Toplam	9	27,2
İntestinal dilatasyon	1	3,0
İnterhemisferik kist, ambigius genitale, TUA mikrognati, çift çıkışlı sağ ventrikül	1	3,0
İUBK, mikrosefali	1	3,0
İUBK, ekstremitte kısalığı	1	3,0
İUBK, tek taraflı renal agenezi	1	3,0
PSUV	1	3,0
Anoftalmi, median yarık damak/dudak, trigonasefali	1	3,0
Skalp ödemi	1	3,0
VSD, mikrognati	1	3,0
Total	33	100,0

Ek Anomaliler

şekil 4

Tablo 4. Doğum sonrası bulgular

Parametre	Hastalar, 19 (%)
<i>Nörolojik Gelişim</i>	
Sağlıklı	9 (%47,3)
Mental-motor Gerilik	9 (%47,3)
Neonatal ex	1 (%5,3)
<i>Neonatal MRI</i>	17 (%89,4)
Normal	1 (%5,8)
Agenezi	10 (% 58,8)
Parsiyel Agenezi	3 (% 17,6)
Disgenezi	3 (% 17,6)
<i>Neonatal MRI Ek Bulgu</i>	
Yok	14 (%82,3)
Var	3 (%17,7)

Doğum sonrası bulgular

[SS-007]

Circulating Thyroid Autoantibodies Weaken beta-hCG Expression in Women Undergoing IVF/ICSI

Aynur Ersahin¹, Haldun Arpacı², Nilufer Celik³

¹Bahcesehir University Medical Faculty Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul, Turkey

²Department of obstetrics and Gynecology, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey

³Department of Biochemistry, Behcet Uz Children's Hospital, Izmir, Turkey

Aim: To investigate the effect of thyroid autoantibodies on serum beta hCG levels in ICSI patients

Methods: Eighty-five patients who underwent their first IVF/ICSI cycle with GnRH antagonist treatment were included in the study. They were grouped as women with autoimmune thyroiditis (n:39) and control participants with normal thyroid function and antibodies (n:46). It was administered antagonist protocol in two groups. On the 14th day of OPU blood beta-HCG levels of both groups of participants were measured and compared. Serum samples collected for determining the beta-hCG levels in both group of subjects. Total number of oocytes retrieved, the number of transferred embryo, implantation and clinical pregnancy rates, live birth and abortion rates, total dose of rhFSH were noted in both group of subjects.

Result: The age, BMI, trial number, the number of retrieved oocytes during oocyte pick-up, MII oocytes and 2 PN embryo, the fertilization, and the number of embryo transferred were the same at both groups of subjects. First beta-hCG levels measured at the 14th day of OPU were significantly lower in subjects with thyroid antibody positive group than those in the control group ($93,8 \pm 35,8$ vs $128,5 \pm 55,8$ respectively). Serum levels of anti-TPO and anti-TG antibodies were significantly higher in subjects with autoimmune thyroiditis group when compared to controls.

Conclusion: This study demonstrates for the first time that beta-hCG levels measured on the 14th day of OPU of subjects with autoimmune thyroiditis is lower than expected. The presence of high thyroid antibody in subjects undergoing IVF/ICSI is a predictor of cross reactivity between serum beta-hCG and other gestational hormones.

Keywords: β hCG, ICSI, thyroid autoimmunity

[SS-008]

Nadir görülen Galen ven anevrizmalı iki olguya prenatal yaklaşım

Bahar Konuralp Atakul¹, Alkım Gülşah Şahingöz Yıldırım¹, Emine Demirel¹, Özgür Öztekin², Cüneyt Eftal taner¹

¹S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği,İzmir

²S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Radyoloji Kliniği,İzmir

Amaç: Galen ven anevrizması(GVA) internal serebral venlerin füzyon defektinden kaynaklanan,renkli Dopplerde türbülant akım gösteren,orta hat yerleşimli genişlemiş vasküler yapıyı içeren nadir bir konjenital anomalidir. İntrakraniyal vasküler malformasyonların %1'ini oluşturur. Prenatal tanısı kistik oluşumun ve türbülant kan akımının doppler ultrasonografi ile gösterilmesiyle konulur.Bizde kliniğimizde tanı alan iki olgu üzerinden galen ven anevrizmasına prenatal yaklaşımı değerlendirmek istedik.

Olguların sunumu

Olgular 1: 32 yaşında G2P0A1 olan hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hasta 30. gebelik haftasında intrakraniyal kistik oluşum izlenmesi sebebiyle kliniğimize refere edildi. Ultrasonografik incelemede kranium tabanında kistik oluşum, türbülant akımın görüldüğü genişlemiş venler izlendi. Hidrops bulgusu izlenmedi. Fetal ekokardiyografi (EKO) normal olarak değerlendirildi. Fetal manyetik rezonans görüntüleme koroidal tip GVA olarak raporlandı.Beyin cerrahisi ve dış merkez girişimsel radyolojiye hasta konsülte edildi. 36.gebelik haftasında hidrosefali gelişti. Hastaya yakın zamanda girişimsel radyolojinin de olduğu tersiyer bir merkezde doğum planlanmaktadır.

Olgular 2: 29 yaşında ikinci gebeliği olan hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Kötü fetal doppler nedeniyle 31. haftada kliniğimize refere edildi. Yapılan ultrasonografik değerlendirmede diastol sonu akım kaybı,kranium tabanında arteriyovenöz malformasyon ve Fetal EKO değerlendirmesinde kardiyomegali, sağ atrium ve ventrikül boyutunda artış, atrial septal defekt, triküspit kapakta ağır yetmezlik ve vena cava superiorda genişleme izlendi. Fetal MR'da sağ serebral hemisferde ekstraaksiyel mesafede anormal vasküler yapılar,sağ lateral sinüste belirginleşme,sağ serebral hemisferde atrofi izlendi. Başka bir merkezde 35. haftada APGAR 4/6 ile doğurtulan kız bebeğin postnatal 7. saatte ex olduğu bilinmemektedir.

Sonuç: GVA tanısı konulan fetuslarda aquaduktusun basısı sonucu sekonder hidrosefali ve arteriovenöz fistüle bağlı düşük direnç nedeniyle, yüksek debili kardiyak yetmezlik gelişebilir. Eğer lezyonun anatomisi uygunsa ve kardiyak yetmezlik gelişmediyse embolizan ajanlarla endovasküler yaklaşım iyi sonuç sağlayabilir. Prenatal tanı ve tedavi ile mortalite ve morbidite azalabilir ancak intrauterin komplikasyon gelişen hastalar olası kötü fetal prognoz hakkında bilgilendirilmeli ve doğum için girişimsel radyolojik işlemlerin de yapılabildiği tersiyer bir merkeze yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: galen ven anevrizması, kardiyak yetmezlik, hidrosefali

[SS-009]

Nadir görülen intrakranial kanamaya sekonder gelişen 3 porencefali olgusunun prenatal tanısı

Bahar Konuralp Atakul¹, Emine Demirel¹, Alkım Gülşah Şahingöz Yıldırım¹, Özgür Öztekin², Deniz Öztekin¹

¹S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği,İzmir

²S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Radyoloji Kliniği,İzmir

Amaç: Porencefali tek taraflı kistik lezyon olarak ve genellikle ipsilateral ventrikülle veya subaraknoid alanla bağlantılı olarak görülür.Beyin parankiminde hasar sonucu oluştuğundan kitle etkisi göstermez.İzole veya ventrikülomegali ile birlikte olabilmektedir. Kromozomal anomali riski düşüktür. Prognoz lezyonların büyüklüğüne ve yerleşim yerlerine bağlıdır. Fakat birçok vakada prognoz kötüdür. Psikomotor gerilik,hemiparezi ve epilepsi gelişebilir.Bizde kliniğimizde tanı alan 3 porencefali olgusunu değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu 1:23 yaşında ilk gebeliği olan hasta 35. gebelik haftasında ventrikülomegali nedeniyle kliniğimize refere edildi. Ultrasonografi (USG) ile değerlendirmede sağ lateral ventrikül posterior horn 38 mm,sol lateral ventrikül posterior horn 23 mm ölçüldü.3. ventrikül normalden geniş,sağda parankim dokusu belirgin derecede incelmış izlendi. Fetal manyetik rezonans (MR) görüntülemeye bilateral,solda daha belirgin germinal matriks kanaması ve iskemi sahası izlendi. Solda kortekse kadar uzanan porencefali sahası ve parankimin belirgin derecede incelendiği görüldü.Danışmanlık için aile pediatrik nörolojiye yönlendirildi.İleri gebelik haftası nedeni ile aileye gebeliğin takibi önerildi.

Olgu 2:24 yaşında ilk gebeliği olan hasta 37. gebelik haftasında intrakranial kist nedeniyle kliniğimize refere edildi. Yapılan USG'de sol taraf beyin parankiminde 23x40 mm boyutunda porencefali ile uyumu görünüm izlendi. Fetal MR'da sol lateral ventrikül çapında artışa neden olan ve koroid pleksus boyunca intraventriküler sahada kanamaya neden olan olasılıkla geçirilmiş germinal matriks kanamasının ventriküle açılması sonucu gelişmiş kanama bulguları izlendi. Danışmanlık için aile pediatrik nörolojiye yönlendirildi.İleri gebelik haftası nedeni ile aileye gebeliğin takibi önerildi.

Olgu 3: 34 yaşında ikinci gebeliği olan hastanın 20. haftada yapılan fetal anomali taramasında ventrikülomegali,ekzoftalmi,nazal kemik aplazisi,her iki ayakta pes ekinavrus izlendi.Cavum septum pellucidum izlenmedi.Fetal MR'da porencefali ve ekzoftalmi izlendi.Fetal EKO normal ve karyotip normal olarak değerlendirildi.Hasta 27. gebelik haftasında erken doğum yaptı.

Sonuç: Porencefalide kromozomal anomali riski düşüktür. Prognoz lezyonların büyüklüğüne ve yerleşim yerlerine bağlıdır.Fakat birçok vakada prognoz kötüdür. Kanamaya sekonder geliştiği düşünülen vakalarda ilk olarak kanamanın nedeni bulunmalıdır. Koagülasyon bozuklukları/trombosit antijenleri için maternal testler,muhtemel fetomaternal alloimmün trombositopeni(FMAİT) ve konjenital koagülasyon bozukluklarını belirlemek için yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: FMAİT, Porencefali, germinal matriks kanaması

A case of enlarged intracranial translucency in a fetus with corpus callosum agenesis and vermian hypoplasia

Mucize Eric Ozdemir, Oya Demirci, Guher Bolat

Department of Perinatology, Health Science University, Zeynep Kamil Maternity and Children Research Hospital, Istanbul, Turkey

Objective: We aimed to report a new case of CCA (corpus callosum agenesis) and vermian hypoplasia, in which the posterior fossa images of first trimester have been evaluated. **Case:** A 23-year-old patient, G2 P1, underwent 1st trimester aneuploidy screening at 11 + 5 weeks of gestation. The crown-rump length was 48 mm, nuchal translucency was 1.0 mm, IT (intracranial translucency) was 3.5 mm and CM (cisterna magna) was normal (Figure 1). The combined risk for trisomy 21 was 1/72967. Bilateral choroid plexus was butterfly-like and was not filling the lateral ventricles. Genetic counseling and TORCH panels were requested due to suspicion of the ventriculomegaly and posterior fossa anomalies. The patient with normal torch test results did not accept invasive intervention for genetic research. At 17th week of gestation, posterior diameters of lateral ventricles were measured as 8.4 mm and 8.3 mm (Figure 2). At the 19th week, in the neurosonogram, CSP (cavum septum pellucidum) was not seen (Figure 3). "Keyhole" appearance of 4th ventricle was detected (Figure 4). On the parasagittal section pathological course of the pericallosal artery was observed and the superoinferior diameter of the vermis was measured as 8.2 mm and assessed as hypoplasia. Posterior diameters of the lateral ventricles were measured as 9.0 mm and 9.1 mm. Considering corpus callosum agenesis and vermian hypoplasia with these findings, amniocentesis was suggested again for cytogenetic analysis and pregnancy termination option was offered. The patient wanted to continue her pregnancy and refused the amniocentesis. So, she is still being followed-up at the antenatal polyclinic.

Conclusion: Routine assessment of posterior fossa during first trimester screening is useful. The IT represents an important marker for posterior fossa anomalies. It is suggested to wait until the second trimester in order to distinguish between benign and pathologic posterior fossa anomalies.

Keywords: corpus callosum agenesis, intracranial translucency, vermian hypoplasia, ultrasonography

Intracranial translucency



Intracranial translucency measured 3.5 mm at 11+5 gestational week.

Ventriculomegaly



Posterior horn of the lateral ventricle at the 17th gestational week.

Absence of CSP



CSP was not observed at 19th gestational week.

Vermian hypoplasia



Kardiyak miksomada prenatal ultrasonografik bulgular

Tuğba Saraç Sivrikoz¹, Recep Has¹, Ibrahim Halil Kalelioglu¹, Gurcan Türkyılmaz¹, Rukiye Eker Ömeroğlu², Atıl Yüksel¹

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Perinataloji BD, İstanbul

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Pediatrik Kardiyoloji BD, İstanbul

Fetüste kalp tümörlerinin prevalansı %0.14 olup, kardiyak miksomalar en nadir rastlanılan grubu oluşturmaktadır ve sıklığı %1'den azdır. Gravida 1, 29 yaşında 31 (-) gebelik haftasında kadın hasta kliniğimize intrakardiyak kitle şüphesi ile yönlendirildi. Yapılan fetal ekokardiyografik incelemede sağ ventrikül içerisinde interventriküler septumdan kaynaklanan 13x6.5 mm boyutlarında polipoid heterojen ekoda saplı kitle tespit edildi. Kitle kardiyak sistol esnasında sağ ventrikül çıkışına doğru protrüde olarak izlendi ve bu nedenle sağ ventrikül dolumu ve kontraktilitesi sola göre kısıtlı olarak izlenmiştir. Pulmoner arter kapak hizasında 6 mm olup, içerisinde akım hızı >140 cm/sn ve triküspid kapakta regürjitasyon mevcuttur. Fetüste ek intrakardiyak ve ekstrakardiyak anomali saptanmamıştır. Amniyosentezde fetal karyotip normaldir. Ayırıcı tanıda papiller fibroelastoma, pleomorfik sarkom ve miksoma yer almaktadır. 39. gebelik haftasında sezaryen ile 3945 gr 51 cm 9/9 kız bebek olarak doğum gerçekleşti. Yenidoğan doğum sonrası 1. günde ekokardiyografi yapılarak opere edildi. Sağ ventrikülden eksize edilen kitlenin miksoma olduğu patoloji raporları ile doğrulandı. Ancak yenidoğan 17. Günde progrese olan kalp yetmezliği ve sepsis nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde eks oldu. Kardiyak tümörler prenatal dönemde oldukça nadir olup, en sık randomyomlar ile karşılaşılmaktadır. Miksomalar en nadir tiptir, saplı ve orta derecede yoğunluk-ekojenite varlığı prenatal tanıya katkı sağlamaktadır. Prognoz prenatal dönemde büyüme paterni ve kardiyak çıkışı etkilemesi, postnatalde ise cerrahi doğrudan ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: fetal ekokardiyografi, miksoma, pulmoner kapak

Kitle peroperatif



Kitlenin operasyon neticesinde makroskopik görünümü

Sağ ventrikül çıkışında yer kaplayıcı kitle



[SS-012]

Prenatal detection and obstetric management of true umbilical cord knots with 2D, Color Doppler and 4D ultrasonography; two case reports and a review of literature

Ayşe Filiz Gökmen Karasu¹, Serdar Kutuk²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Bezmialem Vakıf University, Istanbul, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Erciyes University, Kayseri, Turkey

Objective: Our objective was to identify antenatally diagnosed reports of true umbilical cord knots (TUCK). Although TUCK 's are common benign findings at birth; they may be associated with perinatal mortality if they constrict fetal blood flow.

Case Reports: We analyzed 16 cases from 10 published reports apart from the two cases we hereby present. All babies were delivered in excellent conditions and there were no stillbirths. Preterm delivery was necessitated in six reports due to pathologic Doppler evaluations and nonreassuring fetal heart rate tracings. Application of modern technology such as Doppler flow imaging and 4D USG were used in monitoring knot architecture and compression. The tension produced by a taut knot compared to a more slack one is panoromically demonstrated with 4D scanning. 4D USG is also beneficial in depicting the spacial configuration of the knot with regards to the fetus. However in our second case despite these advantages we were unable to diagnose one of the knots which were within 3 cm promity of each other. Multiparity, increased fluid volume and male gender are well established risk factors for true knots. Additionally both our cases had abnormal first trimester anouploidy screening test results. The clinical significance of an increased screening test risk needs to be explained. It is theoretically possible that TUCK may lead to an abnormal transport of metabolites at early gestation and cause false positive biochemical screening tests.

Conclusion: We propose babies diagnosed with TUCK be monitored with daily kick counts, biweekly cardiotocography and weekly with Doppler flow indexes of especially the umbilical artery. When available 4D USG may be employed to survey the knot architecture and monitor the compression of vessels. Continous fetal monitorization during labour should be recommended with the knowledge that umbilical cord pathologies are associated with nonreaasuring fetal heart rate tracings and fetal distress.

Keywords: umbilical cord knot, prenatal diagnosis, true umbilical knot, 4D ultrasonography, color Doppler

Figure 1: Ultrasonographic diagnosis and postpartum umbilical cord morphology of Case 1.

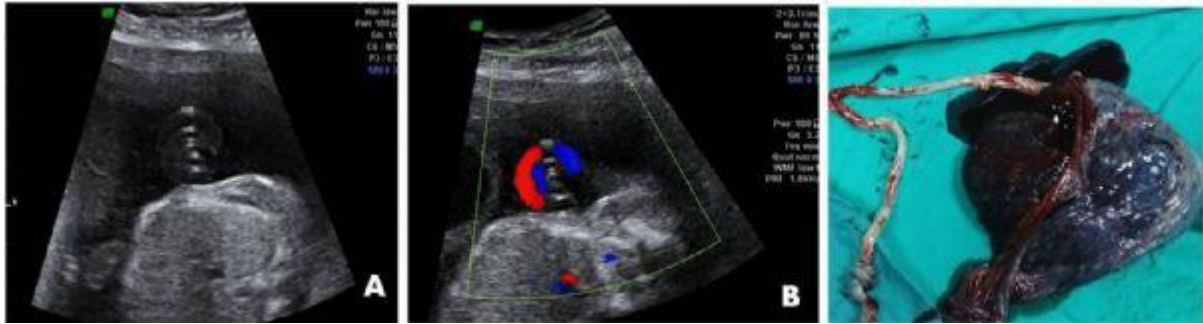
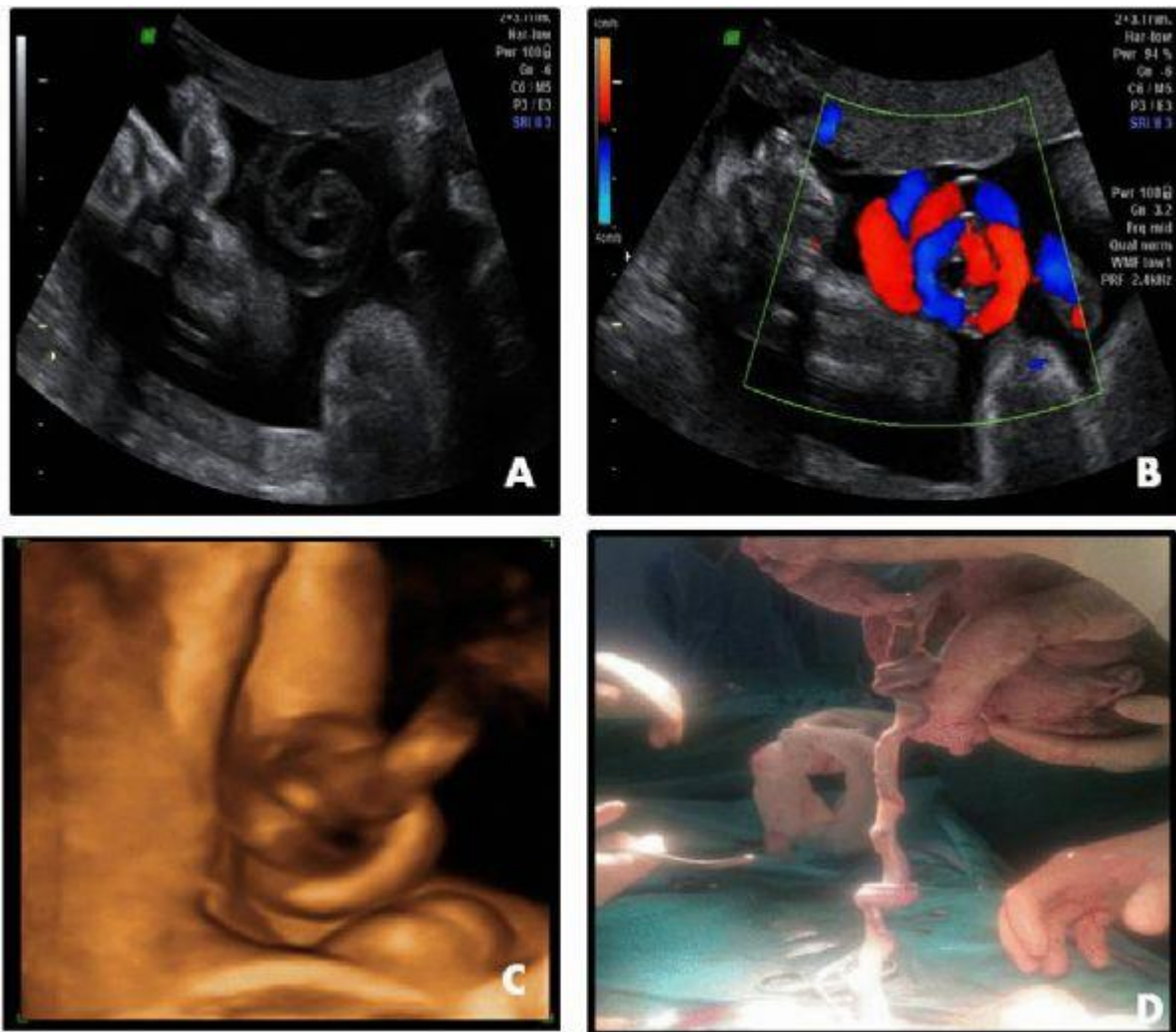


Figure 1: Ultrasonographic diagnosis and postpartum umbilical cord morphology of Case 1. Figure 1A: USG performed at 20 weeks. Gray scale image of an umbilical loop segment suggestive of a TUCK. Figure 1B: Color Doppler imaging demonstrating the knot. Figure 1C: Postpartum the knot is observed close to the umbilical insertion.

Ultrasonographic diagnosis and postpartum umbilical cord morphology of Case 2.



USG performed at 31 weeks. 2D imaging suggests a TUCK. Transverse section of the umbilical cord is enclosed by a circular loop segment. Figure 2B: Color flow imaging demonstrates the arteries. Figure 2C: 4D USG is beneficial in depicting the knot architecture and tightness. In this image the knot is not tightly constricted. Figure 2D: Fetus delivered via c-section. The second knot closer to the placental insertion is diagnosed postnatally.

[SS-013]

Fötal bradiaritmi ayırıcı tanısı için vurgu: İletilmemiş bigemine atrial ekstrasistol olan olgu sunumu

Mehmet Özsürmeli¹, Erol Arslan¹, Mete Sucu¹, Selahattin Mısırlıoğlu¹, Selim Büyükkurt¹, Süleyman Cansun Demir¹, İsmail Cüneyt Evrüke¹, Fatma Tuncay Özgünen¹, Nazan Özbarlas²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Adana

Amaç:

Düzensiz kardiyak ritim olgularının çoğundan atriyal ekstrasistoller sorumludur. Bloklü atriyal ekstrasistoller bradiaritmi yapabilirler. Bu durumun AV kalp bloklarından ayrımı önem taşımaktadır. Burada kliniğimizde tanısı konulan bigemine iletilmeyen atriyal ekstrasistol olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:

24 haftalığı gebeliği olan, 30 yaşında, tıbbi öyküsünde özellik olmayan hasta başka bir klinikten fetal bradikardi nedeniyle gönderildi. Yapılan değerlendirmede fetal kardiyak anatomi normal olarak saptandı. Fetusta bradiaritmi saptandı. Atriyal hızın dakikada 140, ventrikül hızın dakikada 69 atım hesaplandı. M mod ve pulse dalga Doppler’de bigemine iletilmemiş atriyal ekstrasistol saptandı. Antiaritmik ilaç önerilmedi. 32.haftada yapılan kontrol ekokardiyogramda fetusun sinüs ritminde ve dakikada kalp atım hızının 146 olduğu saptandı. Şuan gebelik 34.haftasında, antenatal takipleri sorunsuz devam etmektedir.

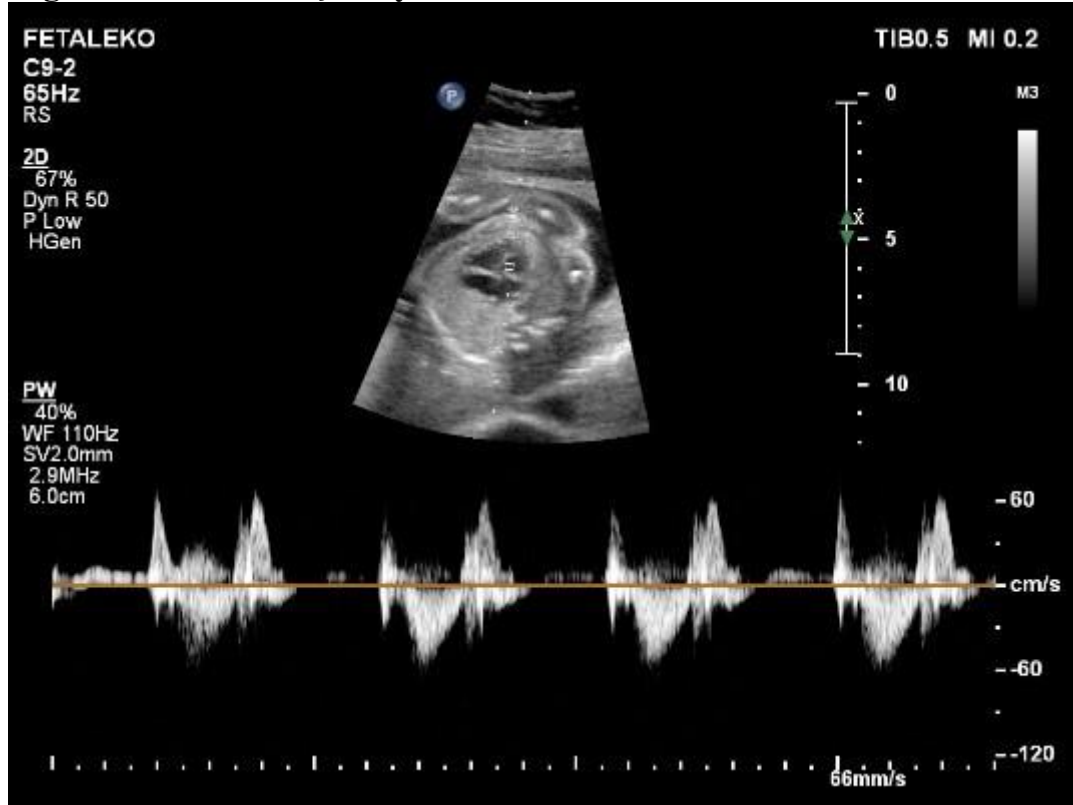
Sonuç:

Fetal aritmi görülen olguların en sık sebebi düzensiz kardiyak ritim olup çoğundan atriyal ekstrasistoller sorumludur. Üçüncü trimesterde fetusların %1,7’sinde görülürler. Atriyal ekstrasistollerin çoğu benign yapıdadır. Olguların sadece %2-3 kadarı sürekli taşikardiye ilerler, %1-2 kadarı konjenital kalp hastalıkları ile ilişkilidir.

Atriyal ekstrasistoller, atriyoventriküler (AV) nod henüz refraktörken gelirse, bu atımlar iletilmeyecektir. Bu duruma bloklü atriyal ekstrasistol denir. İletilmemiş atriyal ekstrasistollerin AV kalp bloklarından ayırt edilmesi çok önemlidir. Her iki durumda da atriyal hız ventriküler hızdan fazla olacaktır. Bu iki durumun ayırıcı tanısında atriyal vuruların zaman aralığı önem taşır. AV blokta ard arda takip eden atriyal vurular arasındaki zaman aralığı aynı iken, her iki (bigemini) veya her üçüncü (trigemini) atriyal vuruda atımlar arası zaman kısalır. Bloke olmuş atriyal ektopik atımların olduğu birçok vakada tedavi gerekmez. Fakat AV blokların, çoğu zaman altta yatan konjenital veya immünolojik sebepleri olduğundan prognozları kötüdür. Bu iki durumun ayrımı takip, danışmanlık ve yönetim seçeneklerini değiştireceğinden çok önemlidir.

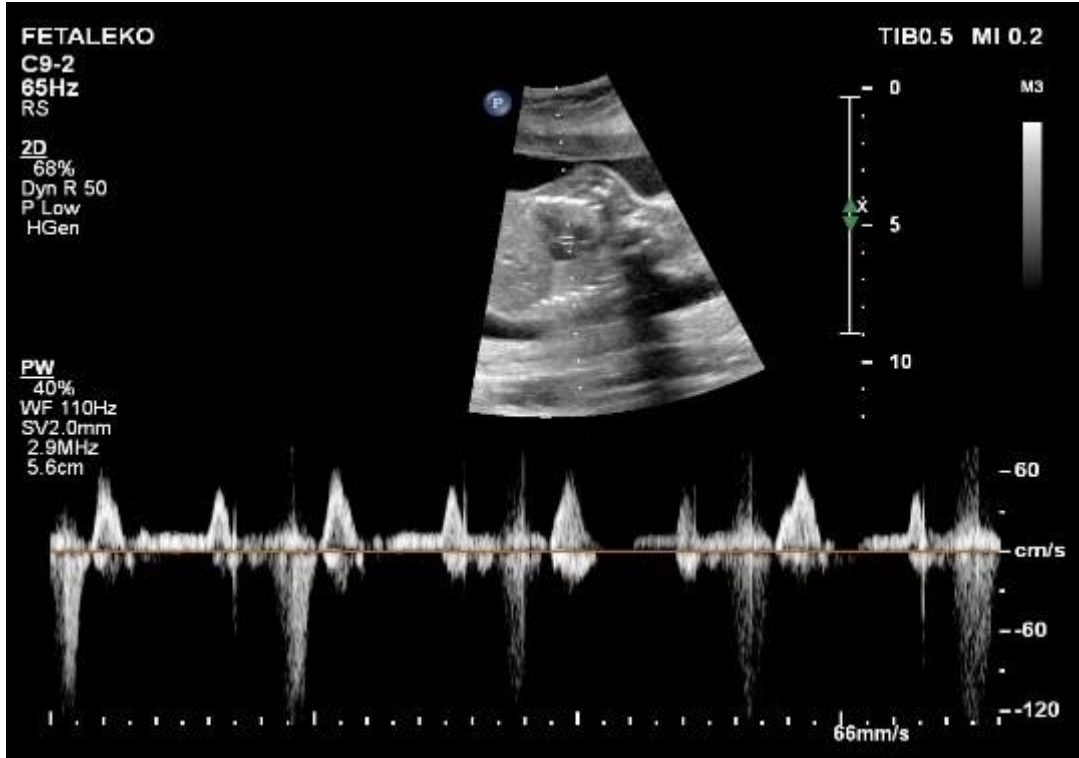
Anahtar Kelimeler: Atriyal ekstrasistol, AV blok, bigemini

Bigemine iletilmemiş atriyal ekstrasistol



Resim 1: Bigemine iletilmemiş atriyal ekstrasistol; beşboşluk kesitinde pulse Doppler kutusu sol ventrikül giriş ve çıkış yolu arasına yerleştirildiğinde atrial atımların ritmik olmadığı, erken gelen atrial atımlardan sonra ventriküler atım olmadığı görüntülenmiştir.

blok



Resim 2: Komplet kalp bloğu, atriyal atımlar arasında eşit süre vardır, ventriküler ve atriyal atımlar arasında ilişki yoktur.

[SS-014]

Sağlıklı fetuslarda kolon ve rektum çaplarının doğum eylemi ve postpartum mekonyum çıkış zamanı ile ilişkisi

Cihan İnan, N. Cenk Sayın, Z. Nihal Dolgun, Selen Gürsoy Erzincan, Işıl Uzun, Havva Sütcü, Füsün G. Varol

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D.

Amaç: Bu çalışmada doğum eyleminde olan ve olmayan sağlıklı 3. trimester gebelerde fetal kolon çaplarının, doğum eylemindeki uterin kontraksiyonlarla ilişkisini, fetal distress ve yenidoğan döneminde mekonyum çıkış süresini öngörmedeki yerini, Doppler ultrason (USG), Apgar skoru ve nonstres test (NST) bulguları ile araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Toplam 162 tane 36. gestasyonel hafta ve üzerindeki, doğum eyleminin latent fazında bulunan veya doğum eylemine girmemiş sağlıklı tekiz gebeler çalışmaya dahil edildi. USG ile fetal ölçüler, maternofetal damar Doppler indeksleri, fetal kolon (asendan, transvers, desendan, sigmoid) ve rektum çapları değerlendirildi. Doğum sonrası yenidoğanların 1. ve 5. dakika Apgar skorları ile ilk mekonyum zamanları kaydedildi. USG ölçümleri sırasında doğum eyleminde olan ve olmayan iki grup hasta popülasyonu daha sonra doğum şekli açısından 4 ana subgruba ayrıldı ve elde edilen veriler bu subgruplara göre incelendi (Tablo1).

Bulgular: USG sırasında doğum eyleminde olan gebelerde umbilikal ve her iki uterin arter pulsatilite ve rezistif indekleri anlamlı olarak yüksek bulunurken, fetal kolon ve rektum çaplarının daha küçük olduğu izlendi($p=0.001$). USG ölçümleri sırasında doğum eyleminde olmayıp daha sonra doğum eylemine giren hastalar değerlendirildiğinde, USG-doğum eylemi arasında geçen süre ile fetal kolon çapları arasında anlamlı bir pozitif korelasyon saptandı($p=0.001$). Elektif sezeryan ile doğurtulan yenidoğanların mekonyum çıkış süreleri, vaginal doğum ile doğurtulanlara göre daha uzundu($p=0.001$). Sezeryan ile doğurtulan gebeler gruplara göre ayrı ayrı incelendiğinde, NST’de geç deselerasyon veya uzamış variabilite kaybı nedeniyle sezeryan uygulanan ve bu bulguların izlenmediği gebeler arasında fetal kolon çapları açısından anlamlı bir ilişki saptanmadı($p>0.05$). Vaginal doğuran grupta, doğum eylemi sırasında yapılan fetal kolon çap ölçümleri ile Apgar skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı($p>0.05$).

Sonuç: Fetal distress öngörüsünde fetal kolon çapları ile güven vermeyen NST bulguları ve yenidoğan Apgar skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Doğum eyleminde olan fetuslarda kolon ve rektum çapları, eylemde olmayanlara göre daha küçüktür. Vaginal doğan yenidoğanlarda ilk mekonyum zamanı elektif sezeryanla doğanlara göre daha erkendir.

Anahtar Kelimeler: Fetal kolon, doğum eylemi, mekonyum zamanı, fetal distress

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen olguların gruplara göre dağılımı.

Gruplar	n (%)
Grup 1: USG ölçümleri sırasında doğum eyleminde olmayıp, daha sonra sezeryan ile doğurtulanlar	62 (38,2)
Elektif sezeryan uygulananlar (Grup1a)	48 (29,6)
Doğum eylemi başladıktan sonra sezeryan uygulananlar (Grup1b)	14 (8,6)
Grup 2: USG ölçümleri sırasında doğum eyleminde olmayıp daha sonra vaginal yolla doğurtulanlar	31 (19,1)
Grup 3: USG ölçümleri sırasında doğum eyleminde olup daha sonra sezeryan ile doğurtulanlar	35 (21,6)
Grup 4: USG ölçümleri sırasında doğum eyleminde olup vaginal yolla doğurtulanlar	34 (21)
TOPLAM	162 (%100)

Sakrokoksigeal teratom: Tek bir merkezin 3 yıllık deneyimi

Erol Arslan¹, Mete Sucu¹, Mehmet Özsürmeli¹, Selahattin Mısırlıoğlu¹, Selim Büyükkurt¹, Hüseyin Şimşek², Önder Özden³, Mustafa Akçali², Ferda Özlü², Hacer Yapıcıoğlu Yıldızdaş², Süleyman Cansun Demir¹, İsmail Cüneyt Evrûke¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Perinatoloji Bilim Dalı

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Neonatoloji Bilim Dalı

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi ABD,

Amaç: Merkezimizde intrauterin dönemde tanı almış sakrokoksigeal teratomlu fetüslerin gebelik sonuçlarının ve yenidoğan dönemindeki kısa dönem takiplerinin değerlendirilmesi. **Metod:** Eylül 2014-Ağustos 2017 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı'nda ultrason ile tanı almış hastalar viewpoint programı aracılığıyla tarandı. Hastaların ameliyat notları ve yenidoğan yoğun bakımdaki bilgileri dosyalar geriye doğru taranarak derlendi. Hastaların son durumları ve gelişimleri ile ilgili bilgiler aileler telefonla aranarak edinildi. **Bulgular:** Son üç yıllık süreçte toplam 13 fetüse sakrokoksigeal teratom teşhisi konuldu. Hastalara ait gebelik ve yenidoğan dönemi sonuçları tablo 1'de sunulmuştur. Bu 13 fetüsten 3'üne terminasyon yapılmış olup bunlardan 26 haftalık olan fetüs 4'de eşlik eden multiple anomaliler bulunmaktaydı. Fetüs 8'in doğumu vajinal yoldan gerçekleşmiştir. Diğer 9 fetüsün doğumu sezeryanla gerçekleşmiş olup fetüs 11 hariç pfannenstiel cilt insizyonu ve uterus kerr insizyonu kullanılmıştır. Fetüs 11'in doğumunda ise median cilt insizyonu ve uterus klasik insizyon yapılmıştır. Doğum sırasında hiçbir fetüste kitlenin rüptürüne yol açılmamıştır. Ailelerinden edinilen bilgiye göre şu ana kadar hiçbir fetüsün gelişiminde yaşitlarına göre belirgin bir farklılık izlenmemiştir. **Sonuç:** Sakrokoksigeal teratom, Hensen nodundaki pluripotent hücrelerden kaynaklanan ve intrauterin dönemde oldukça nadir görülen bir neoplazmdır. Sakrokoksigeal teratom pür kistik, pür solid ya da kistik-solid karışımında olabilmektedir. Neonatal mortalite oranı %30-40 olup, kötü prognoz kitlenin solid, malign ve büyük olmasıyla ilişkilidir. Vakaların çoğuna kalp yetmezliği bulguları eşlik eder. Ayırıcı tanı özellikle sakral bölgede yer kaplayan küçük ve kistik kütleler için önem arz etmekte olup, bu gibi durumlarda nöral tüp defekti ve lipomalar ile karışabilmektedir. Bunu destekleyecek şekilde fetüs 8 dış merkezden tarafımıza spina bifida tanısı ile refere edilmiş olup 3*3 cm'lik teratom tanısı merkezimizde konulmuştur. Gebeliğin yönetiminde terminasyon seçeneği büyük ve solid kütleler için ve kalp yetmezliğine yol açan erken gebelik haftalarında göz önünde bulundurulabilir. Aksi takdirde doğum 3. düzey bir merkezde yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sakrokoksigeal teratom, ultrason, fetüs, operasyon

Sakrokoksigeal teratomlu fetüslerin gebelik sonuçları ve kısa dönem neonatal sürvileri

Fetüs No	Tanıda gebelik haftası	Boyut (cm)	Gebelik sonucu	Doğum haftası	Apgar skoru	Doğum tartısı	Cerrahi işlem sayısı/günü	Yaş(ay)
1	18	4*3	Doğum	36w6d	8-9	3470	1/4. gün	29
2	18	7*5	Doğum	39w	9-10	4380	1/3. gün	24
3	29	12*13	Doğum	31w3d	4-5-7	2500	1/2.gün	21
4	26	8*9	Terminasyon					
5	16	5*4	Terminasyon					
6	26	5*4	Doğum	37w	7-8	3740	1/7.gün	10
7	16	3*3	Terminasyon					
8	21	3*3	Doğum	29w3d	6-7	1525	1/20.gün	10
9	23	6*3	Doğum	38w5d	6-7	4550	1/4. gün	8
10	22	4*3	Doğum	38w	6-7	3600	2/ 12. gün 40. gün	10
11	31	10*12	Doğum	37w5d	5-7	5830	1/1.gün	6
12	26	10*9	Doğum	28w	4-6-7	1650		doğduktan 1 gün sonra ex
13	34	8*9	Doğum	36w2d	4-7	3150	1/10.gün	3

[SS-016]

Konjenital Boyun Bölgesinde Saptanan Ewing Sarkom- Nadir bir Olgu Sunumu

Gülşah Aynaoğlu Yıldız, Ömer Erkan Yapça, Ragıp Atakan Al, Metin İnceç
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzurum

Amaç:: Konjenital ewing sarkomu, yüksek malignensi gösteren küçük yuvarlak hücreli nadir görülen bir tümördür. İskelet dışı ewing sarkomu genellikle ekstremiteler, pelvis ve gövdedeki yumuşak dokuyu tutan ve yenidoğanda çok nadir görülen bir tümördür. Yapılan geniş serili çalışmalarda 3 yaşından önce tanı konulan grupta genellikle iskelet tutulumu olduğu gösterilmiştir. Bu vaka hem intaruterin kitle saptanması hem de iskelet dışı tutulum olması sebebiyle önemlidir.

Olgu: 32 yaşında G2 P1 Y1 35 haftalık gebe fetusun baş boyun bölgesinde kitle tespit edilmesi üzerine kliniğimize sevk edildi. Hastanın öyküsünde, 3 yaşındaki kız çocuğunda grade 4 santral sinir sisteminin embriyonel tümörü olduğu belirlendi. Bu haftaya kadarki Ultrasonografik incelemeleri normal olan hastanın kliniğimizdeki ultrasonografik muayenesinde yaklaşık 10 cm lik boyun ve omuz bölgesinden kaynaklanan, teratomu düşündüren, septalı solid kistik kitle saptanmıştır. MRI incelemede kitle rabdomyosarkom olarak raporlandı. Başka herhangi bir fetal anomali saptanmadı. Hasta 38. Haftada sezaryen ile başka bir merkezde doğum yapmış ve doğumu takiben 24 saat içinde opere edilmiştir. Operasyon sonrasındaki patoloji raporunun ewing sarkomu düşündüren küçük yuvarlak hücreli malign tümör gelmesi üzerine hastaya kemoterapi başlanmıştır.

Sonuç:: İskelet dışı ewing sarkomu genellikle 10-30 yaş arasında görülmektedir. Genellikle paravertebral ve interkostal alanlarda ve de alt dudakta yerleşim gösterir. Pelvik ve kalça bölgesinde yerleşimi daha nadirdir. Lezyon, görüntüleme yöntemleriyle 2. Trimesterin sonu veya 3. Trimesterde tespit edilir. Tutulum genellikle derin yumuşak dokular olup dermiş ve subcutis tutulumu nadirdir. İnfant ve süt çocuğu döneminde görülmesi beklenmez. En yaygın sitogenetik anomali translokasyon t(11;22) (q24; q12) dir. Bu ailede de bu genlerin taranması planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ewing sarkom, konjenital, teratom

[SS-017]

Konjenital üst hava yolları obstrüksiyon sendromu (CHAOS): Olgu sunumu

Hasan Eroğlu, Onur Kaya, Gökhan Karakoç, Orhan Altınboğa, Şule Aykan, Ertuğrul Ertuğrul, Mert Turğal, Deniz Esinler, Aykan Yücel
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Konjenital üst hava yolları obstrüksiyon sendromu (CHAOS) Olgu sunumu
Olgu: Konjenital üst havayolu obstrüksiyon sendromu (Congenital high airway obstruction syndrome- CHAOS) fetal üst hava yollarının komplet ya da parsiyel obstrüksiyonu sonucu oluşan nadir bir anomalidir. Genellikle larinks ya da trakeanın atrezi ya da stenozu sonucu oluşur. Prenatal dönemde ultrasonografide bilateral genişlemiş hiperekojen akciğerler, dilate hava yolları, düzleşmiş ya da invert olmuş diyafram ve fetal asit ile teşhis edilebilir. Üst hava yollarının obstrüksiyonu,fetal akciğerde sıvı toplanmasına ve sonuçta akciğerlerin aşırı genişlemesine yol açar.Büyüyen akciğerler kalbe bası yapıp;kalbin orta hatta ve küçük görünmesine sebep olur. Toraks içi basıncı artışı ile venöz dönüş azalır.Fetal kalp yetmezliği ile birlikte asit ve hidrops fetalis oluşur.Obstrüksiyonun distalinde sıvı ile dolu dilate trakea ve bronşlar izlenir. Tedavi edilmezse, CHAOS hemen hemen her zaman lethaldir. Erken prenatal dönemde ultrason ve / veya MR ile tanınması, uygun perinatal tedavi için zorunludur. Tipik CHAOS vakalarının çoğunluğu sporadiktir, ancak literatürde birkaç olgu otozomal dominant olarak belirtilmiştir. Ex utero intrapartum tedavi (EXIT) prosedürü uygulanan ileri merkezlerde doğum, sağkalım şansını artırır. Prenatal dönemde tanı konulamaması durumunda genellikle doğumda ya da doğumdan hemen sonra ölümle sonuçlanır.

37 yaşında G2,P1,Y1 18 hafta 6 günlük gebeliği olan hasta dış merkezden fetal asit ön tanısıyla hastanemize sevk edildi. Hastanın yapılan ultrason muayenesinde; her iki akciğer normalden büyük ve hiperekojenik,kalp basıya bağlı küçük ve orta hat pozisyonunda, genişlemiş akciğerler diyaframı aşağıya itmiş, fetal batında yaygın asit ve sıvı dolu dilate trakea izlendi. (Resim 1). Hastaya mevcut ultrasonografi bulgularıyla CHAOS tanısı konuldu..Aileye sendromun kötü seyri hakkında bilgi verildi.Ailenin isteği üzerine terminasyon kararı alındı. Abort eden fetusta yaygın asit izlendi (Resim 2).

Sonuç:

Erken prenatal dönemde bilateral büyük ve hiperekojen akciğerlerle, diyaframın aşağıya itilmesi ve asit gibi bulgular saptandığında CHAOS akılda tutulmalıdır. Aile gebeliğin devamını istiyorsa tersiyer merkezde doğum için planlama yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: CHAOS, EXIT, Abort

RESİM 1A



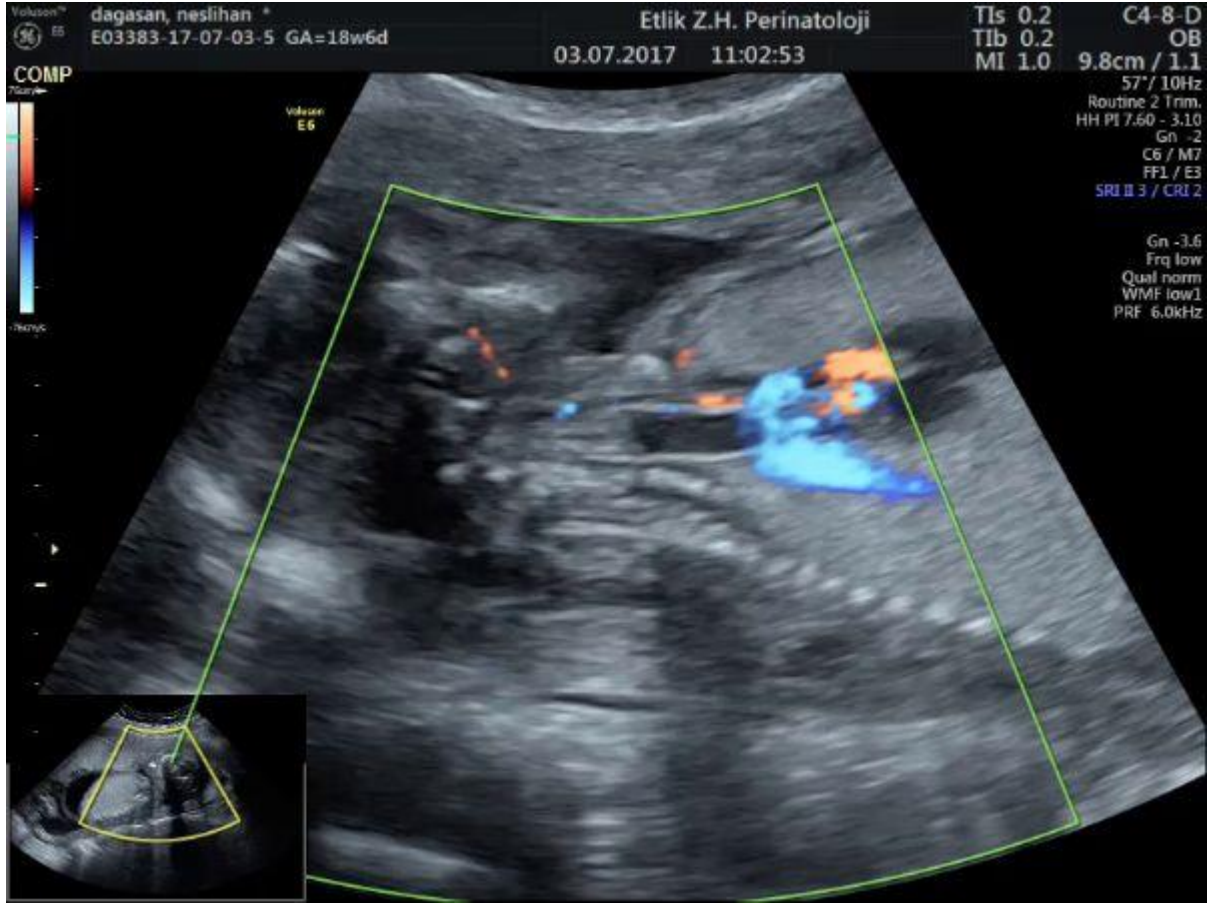
RESİM 1: 19 haftalık CHAOS'lu erkek fetüste bulgular; A-Bilateral büyük ekojenik akciğer ve dilate trakea

RESİM 1B



RESİM 1: 19 haftalık CHAOS'lu erkek fetüste bulgular; B-Bilarel büyük ekojenik akciğerler arasında, basıya bağlı küçülmüş ve orta hatta kaymış kalp

RESİM 1C



RESİM 1: C- Doppler ultrasonda avasküler dilate trakea

RESİM 1D



RESİM 1D-Batında asit ve diyaframın aşağıya itilmesi

Tanıdan prognoza konjenital unilateral pulmoner agenezi:Olgu sunumu

Tuğba Saraç Sivrikoz¹, Gürcan Türkyılmaz¹, İbrahim Halil Kalelioğlu¹, Recep Has¹, Rukiye Eker Ömeroğlu², Atıl Yüksel¹

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

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı

Sıklıkla diğer anomalilerin de eşlik ettiği, tek veya çift taraflı görülebilen, akciğerlerin total veya ağır hipoplazisi ile giden konjenital bir anomali olup sıklığı 1/15000 civarındadır. Olgu 34 yaşında Gravida 4, Parite 1, kliniğimize 25 (-) gebelik haftasında tek taraflı pulmoner agenezi şüphesi ile refere edilmiştir. Yapılan detaylı fetal ultrasonografik değerlendirmede, kalp sol toraks duvarı ile temas halinde olup, sol akciğer olması gereken anatomik lokalizasyonda izlenememiştir. Intrakardiyak anatomi normal olup, timüs, sağ akciğer normal konum ve boyuttadır. 3V planında, duktus arteriosus ve sağ pulmoner arter gösterilmiş olup, sol pulmoner arter gösterilememiştir. Fetal mide batında solda ancak küçük olarak izlenmektedir (7.7 x 2.8 mm). Safra kesesi normal anatomik lokalizasyonda olup diğer abdominal damarların yerleşimi doğaldır. Fetal karyotip, kromozomal ARRAY sonucu normal olarak saptanmıştır. Fetal MRG, sol akciğer agenezisi ile uyumlu olarak yorumlanmıştır. Hastaya olası prognoz anlatılarak, gebeliğin devamı kararı alınmıştır. Doğumda prenatal tanı doğrulanarak, ayrıca özofagus atrezisi saptanmıştır. Infant solunumsal nedenler ile değil, özofagus atrezisinden kaynaklanan 3. cerrahi sonrasında komplikasyonlara bağlı kaybedilmiştir. İzole olduğunda iyi prognoza sahip olan konjenital pulmoner agenezi olgularında eşlik eden anomaliler prognozu ağırlaştırmaktadır. Kromozom anomalisi birlikteliği literatürde belirtilmemiş olup, olgular sıklıkla yapısal anomaliler ile beraberlik göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: fetüs, pulmoner agenezi, özofagus atrezisi, prenatal tanı

Mide cebinin oldukça ufak olarak izlenmesi



Sol pulmoner arterin izlenememesi



Sol taraflı pulmoner agenezi



[SS-019]

Asfiktik Torasik Displazi: Nadir Görülen bir Olgu Sunumu

Gülşah Aynaoğlu Yıldız, Ömer Erkan Yapça, Ragıp Atakan Al
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzurum

Amaç: Asfiktik torasik displazi OR geçiş gösteren, küçük toraks, kısa baş parmaklar, polidaktili, rizomeli, pelvik anomaliler ve renal displazi ile karakterize bir iskelet hastalığıdır. İskelet displazileri 10.000 doğumda 2,4 oranında görülürken asfiktik torasik displazi yaklaşık 70000 doğumda 1 görülmektedir. Genellikle IFT80 ve DYNC2H1 genlerinde mutasyon vardır. Uzun ve dar göğüs kafesi, uzun kemiklerde kısalık ve daha nadir de polidaktili ile prezente olmaktadır. Klavikula handlebar görünümündedir. Böbrekler renal displazi sebebiyle hiperekoik ve polikistik görünür. Özafagial basıya bağlı polihidroamnioz ilerleyen haftalarda görülebilir. İskelet displazisi düşünülen vakalarda renal displazinin eşlik etmesi durumunda göz önünde bulundurulması gereken bir tanı olması açısından vaka tartışılmıştır.

Olgu: 24 yaşında G3 P2 Y2 term gebe hasta hidrops fetalis ön tanısıyla kliniğimize sevk edildi. Yapılan ultrasonografik muayenesinde 41-42 hafta ile uyumlu AC ve BPD saptanırken femur ve humerus uzunluğu 23-24 hafta ile uyumlu idi. Polihidroamnioz, bilateral renal displazi, fetal asit, ventrikulomegali, toraks darlığı, polidaktili, düşük kulak ve yarı damak ve dudak tespit edildi. Eski sezaryen olması nedeniyle yine sezaryen ile 3800 gr kız olduğu düşünülen bebek doğurtuldu. İnspeksiyonda vulvar ödem mevcuttu ancak muayenede vulvada testis veya over dokusu olabileceği düşünülen sertlik palpe edildi. Bebek entübe şekilde yenidoğan yoğun bakımında takibe alındı. Bebeğin MR incelemesi yapıldı ve takiben ex olması üzerine aile onayıyla bebekten, genetik inceleme için kardiyak kan örnekleme yapıldı. Sonuçlar beklenmektedir. Sonuç: Biz bu vakada perinatal olarak asfiktik torasik displazi düşündük. Ancak ultrasonografi ile değerlendiremediğimiz, vulvada testis olması testiküler feminizasyon veya over dokusu olması inguinal herni açısından MR görüntülerini beklemekteyiz. Bu bulguların varlığı henüz olasılıkla düşündüğümüz tanı için nadir de olsa tanımlanmamıştır. Tanıyı kesinleştirmek için genetik analiz sonucunu beklemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: dar toraks, polihidroamnioz, polidaktili, renal displazi, rizomeli

bebeğin doğum sonrası görünümü



uzun kemiklerin direk grafi ile görünümü



[SS-020]

Efficacy of carbetocin in the prevention of postpartum hemorrhage following vaginal or cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Erkan Kalafat, Ali Gokce, Ozan Ulusoy, Tuncay Yuce, Acar Koc, Feride Soylemez
Ankara University, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, TURKEY

BACKGROUND AND Objective:

Primary postpartum hemorrhage (PPH) is a major cause of morbidity and mortality. Active management of third stage and prophylaxis with uterotonics is universally recommended. Our objective was to systematically review the evidence regarding the efficacy of carbetocin in the prevention of postpartum bleeding events.

Methods:

Medline, Embase databases were searched electronically. Randomized trials exploring the effectiveness of carbetocin in comparison with either ergometrine or oxytocin were considered suitable for inclusion. Two reviewers independently extracted data regarding study characteristics and delivery outcome. Separate analysis' was performed for vaginal and cesarean delivery using a random-effects model.

Results:

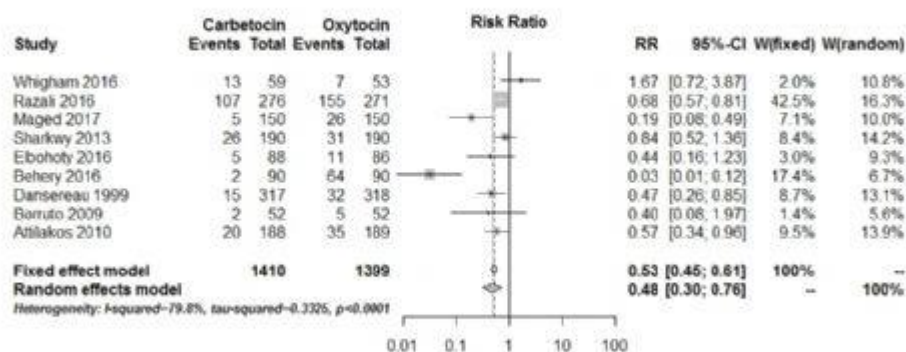
Seventeen studies (ten cesarean section, seven vaginal delivery), including a total of 4619 pregnancies (3029 cesarean, 1590 vaginal) were included. Significant reductions in the use of additional uterotonics (risk ratio:0.45, 95% confidence interval:0.29-0.70, $P<.001$, $I^2=80.8\%$), mean intraoperative blood loss (mean difference: -60.6mL, 95% confidence interval:-127.7-6.5mL, $P=.076$, $I^2=90.5\%$), and prevalence of major PPH defined as bleeding >1000mL (risk ratio:0.62, 95% confidence interval:0.39-1.00, $P=.049$, $I^2=53.7\%$), were observed with the use of carbetocin compared to oxytocin in cesarean section. Even though mean drop in hemoglobin levels (mean difference:-0.30 g/dL, 95% confidence interval:-0.45 to -0.15, $P<.001$, $I^2=88.9\%$) and the use of additional uterotonics (risk ratio:0.74, 95% confidence interval:0.54-1.03, $P=.074$, $I^2=80.8\%$) were lower with the use of carbetocin compared to syntometrine in vaginal delivery, there was no significant difference in the prevalence of major PPH defined as bleeding >500mL (risk ratio: 0.52, 95% confidence interval:0.23-1.22, $P=.134$, $I^2=80.8\%$).

Conclusions:

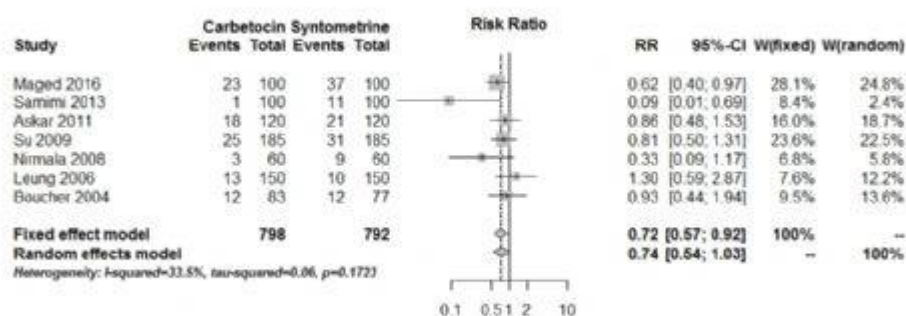
Carbetocin appears to be superior to oxytocin for the prevention of primary PPH in women delivering via cesarean section but not in women delivering vaginally. However, there was high heterogeneity between studies in regards to study population, outcome measurement and intervention method. More high-quality randomized trials are needed before carbetocin can be recommended as the primary uterotonic drug for the prevention of PPH.

Keywords: uterotonic, Pabal, carbetocin, oxytocin, syntometrine

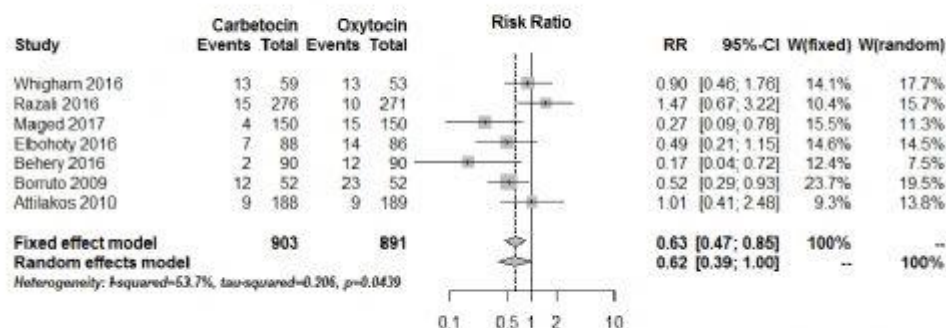
Meta-analysis of additional uterotonic usage following cesarean delivery with the use of carbetocin vs oxytocin



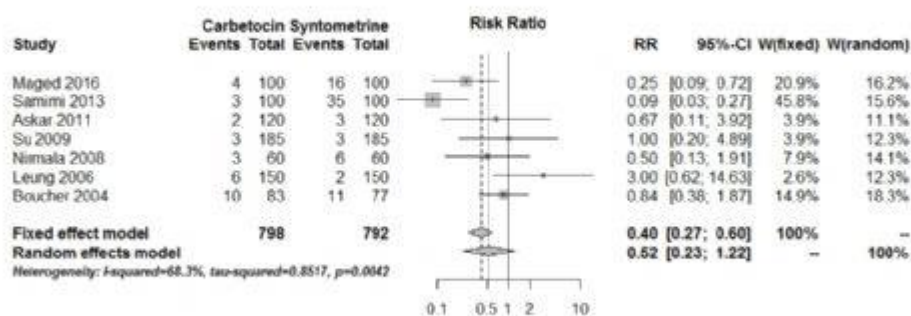
Meta-analysis of additional uterotonic usage following vaginal delivery with the use of carbetocin vs oxytocin



Meta-analysis of major postpartum hemorrhage following cesarean delivery with the use of carbetocin vs oxytocin



Meta-analysis of major postpartum hemorrhage following vaginal delivery with the use of carbetocin vs oxytocin



[SS-021]

Impact of single- versus double layer closure on scar related adverse outcomes in a subsequent pregnancy: a systematic review and meta-analysis

Erkan Kalafat, Can Benlioglu, Kaan Baydemir, Tuncay Yuce, Acar Koc, Feride Soylemez
Ankara University, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, TURKEY

Background:

Uterine rupture is a devastating complication usually occurring during a trial of labor after cesarean section (TOLAC). Increasing evidence suggests the type of uterine repair can influence the outcomes in a subsequent pregnancy. Our objective was to systematically review the evidence regarding the association between type of hysterotomy closure (single layer locked vs. double layer unlocked) and delivery outcome (uterine rupture during TOLAC).

Methods:

Medline, Embase databases were searched electronically. Retrospective, prospective cohort studies and randomized trials exploring the association between type of uterine closure in the previous cesarean section and delivery outcomes in a subsequent pregnancy were considered suitable for inclusion. Two reviewers independently extracted data regarding study characteristics and delivery outcome. Subgroup analysis for prospective trials and studies excluding multiple cesarean sections were planned.

Results:

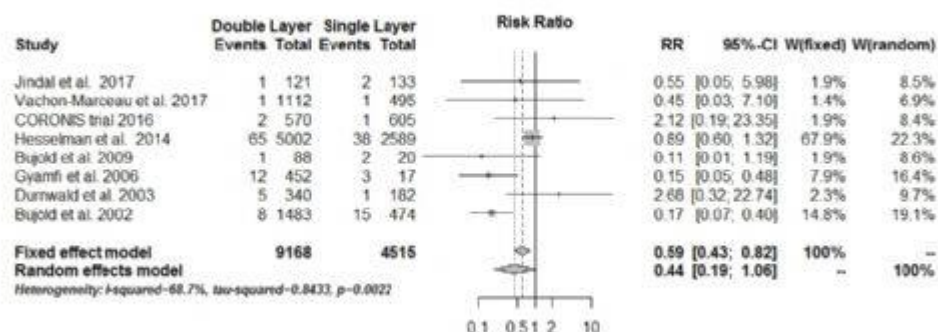
Eight studies, including a total of 13841 pregnancies and 158 cases of uterine rupture (1.1%), were included. We found a significant negative association between double layer closure (risk ratio:0.44, 95% confidence interval 0.19-1.07, $P=0.067$, $I^2=68.7\%$) and risk of uterine rupture. The subgroup of analysis of prospective trials showed an insignificant trend towards reduction in uterine rupture risk with double layer closure (risk ratio:0.49, 95% confidence interval 0.14-1.67, $P=0.254$, $I^2=0\%$), which may be due to the low number of rupture cases in this subgroup analysis ($n=11$). When the analysis was limited to the studies excluding multiple cesarean sections, the double layer closure was again showed a mild risk reduction for uterine rupture (risk ratio:0.43, 95% confidence interval 0.15-1.26, $P=0.124$, $I^2=79.3\%$).

Conclusions:

Double-layer repair of the hysterotomy during a cesarean section was associated with a reduced risk of uterine rupture in a subsequent pregnancy. However, the sample size was not adequate to give an accurate estimate indicating the need for further studies. Future trials should also focus on the association of uterine closure with placental invasion abnormalities.

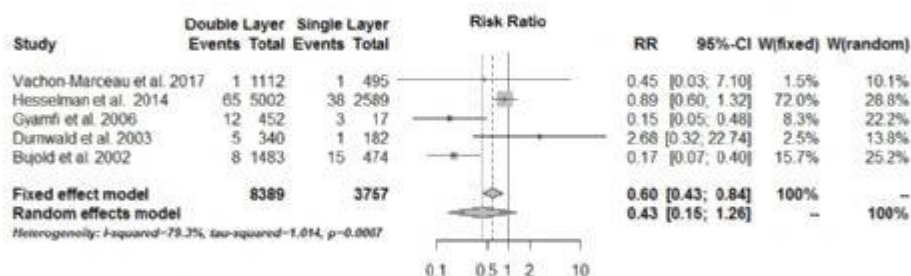
Keywords: closure, rupture, pregnancy, layer, single

Meta-analysis of uterine rupture during TOLAC with double-layer closure vs single-layer closure

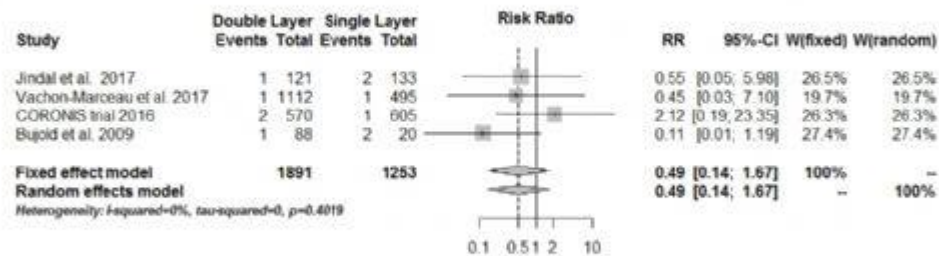


TOLAC: Trial of labor after cesarean section

Meta-analysis of uterine rupture during TOLAC with double-layer closure vs single-layer closure (excluding multiple sections)



Meta-analysis of uterine rupture during TOLAC with double-layer closure vs single-layer closure (prospective studies)



Anahtar Kelimeler: Erken membran rüptürü, preterm, amniyoreksis, elastrosonografi, servikal uzunluk

[SS-023]

A prospective cohort study on the prediction of fetal distress and neonatal status with arterial and venous Doppler measurements in appropriately grown term fetuses

Semir Köse¹, İrfan Külâhçioğlu¹, İhsan Atabay², Erkan Cagliyan¹, Bora Baysal³, Ebru Yücesoy³, Sabahattin Altunyurt¹

¹Division of Perinatology, Department of Obstetrics and Gynecology, Dokuz Eylul University, Balçova Izmir Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Dokuz Eylul University School of Medicine, Balçova Izmir Turkey

³Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Dokuz Eylul University School of Medicine, Balçova Izmir Turkey

Purpose: To assess the predictive power of the cerebro-placental ratio (CPR) and the venous-arterial index (VAI) for the development of intrapartum fetal distress (FD) and neonatal intensive care unit (NICU) admission.

Methods: Fetal umbilical artery, middle cerebral artery and umbilical vein Doppler measurements were obtained before the active phase of labor in 311 singleton pregnancies at ≥ 37 weeks. A continuous electronic fetal monitorization was applied, and an umbilical cord blood sample was obtained for each participant. FD and NICU admission were the primary outcomes. **Results:** Labor was concluded as uncomplicated spontaneous vaginal delivery (SVD) in 261 (83.9%) cases. The 22 (7.1%) FD cases were subdivided into FD with NICU admission (n: 7; 2.3%) and without NICU admission (n: 15; 4.8%). Six out of 7 (85.8%) FD with NICU admission cases were from nulliparous pregnancies. The combinatory indices (VAI and CPR) reached the highest sensitivity (31.8%) and negative predictive value (94.7%). None of the fetuses, distressed or non-distressed, with $CPR \leq 10$ th percentile were born with a cord pH < 7.20 .

Conclusion: FD frequency was increased in fetuses with a low CPR or low VAI. However, the Doppler patterns were heterogeneous in both subgroups: FD with and without NICU admission. FD seems to be a common endpoint of different circulatory-metabolic disturbances. Parity affects the FD frequency in a manner related but not limited to fetal arterial and venous circulation. Low CPR could be a part of the adaptive mechanisms providing metabolic preparedness for hypoxic episodes.

Keywords: Fetal distress prediction, cerebroplacental ratio, venous arterial index, pre-labor Doppler

Representation of the distressed and uncomplicated cases according to their combinatory index values

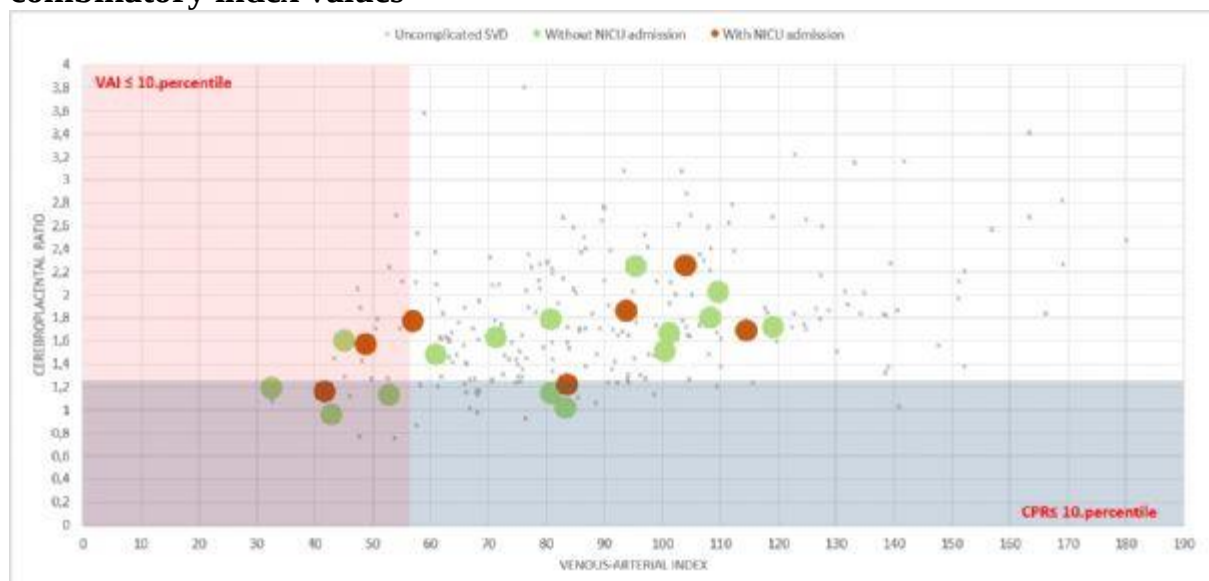


Table 3

Table 3. Characteristics of the fetal distress cases with neonatal intensive care unit admission

NICU cases	Gravidity Parity	GA (weeks)	Fetal weight gram (%)	Umbilical artery PI	Middle Cerebral artery PI	Umbilical vein T _{max} flow velocity (cm/s)	Corrected flow	CPR	VAI	Main indication for NICU admission
1	G2P1	37	2700 (15%)	0,76 (25-50%)	1,72 (75-90%)	20,16 (75-90%)	79,01 (50-75%)	2,26 (75-90%)	103,96 (50-75%)	RDS Respiratory support
2	G1P0	37	2640 (10%)	0,83 (50-75)	1,47 (50-75)	10,81 (<5%)	47,29 (5-10)	1,77 (50-75%)	56,98 (5-10%)	Hypoglycemia Blood glucose monitorization and support
3	G1P0	37	2610 (10%)	0,76 (25-50%)	0,88 (<5%)	9,12 (<5%)	31,66 (<5%)	1,16 (5-10%)	41,66 (<5%)	Hypoglycemia Blood glucose monitorization and support
4	G1P0	38	3100 (24%)	0,86 (50-75%)	1,60 (50-75%)	16,17 (25-50%)	80,60 (75-90%)	1,86 (50-75%)	93,80 (50-75%)	TTN Respiratory support
5	G1P0	38	2870 (%18)	1,05 (90-95%)	1,65 (75-90)	14,78 (25-50%)	51,24 (10-25%)	1,57 (25-50)	48,84 (5-10%)	EARLY NEONATAL SEPSIS
6	G1P0	39	3760 (75%)	0,70 (25-50%)	0,90 (<5%)	16,14 (25-50%)	58,44 (25-50%)	1,16 (5-10%)	83,49 (50-75%)	TTN Respiratory support
7	G1P0	39	2880 (10%)	0,65 (10-25%)	1,10 (10-25%)	23,47 (>95%)	73,53 (50-75%)	1,69 (25-50%)	113,12 (75-90%)	Hypoglycemia Blood glucose monitorization and support

NICU: neonatal intensive care unit; GA: gestational age CPR: cerebroplacental ratio; VAI: venous-arterial index;
RDS: respiratory distress syndrome; TTN: transient tachypnea of the newborn

Table 4**Table 4.** Marker performance of Doppler indices for fetal distress prediction

Outcome		Umbilical artery PI ≥ 1.02 (90%)	Middle Cerebral artery PI ≤ 0.99 (10%)	Umbilical vein T-max flow velocity ≤ 148.3 (10%)	Corrected flow in Umbilical vein ≤ 47.4 (10%)	CPR ≤ 1.22 (10%)	VAI ≤ 56.9 (10%)
Fetal Distress group	With NICU admission	1/7 (14.3%)	3/7 (42.8%)	3/7 (42.8%)	2/7 (28.6%)	2/7 (28.6%)	3/7 (42.8%)
	Without NICU admission	3/15 (20.0%)	2/15 (13.4%)	3/15 (20.0%)	3/15 (20.0%)	5/15 (33.3%)	4/15 (26.7%)
	Overall	4/22 (18.2%)	5/22 (22.7%)	6/22 (27.2%)	5/22 (22.7%)	7/22 (27.2%)	7/22 (27.2%)
Uncomplicated spontaneous vaginal delivery group		15/261 (5.7%)	12/261 (4.6%)	21/261 (8.4%)	25/261 (9.6%)	26/261 (9.9%)	24/261 (9.2%)
χ^2 test		p= 0.025	P< 0.001	p= 0.0032	p= 0.054	p=0.002	p=0.002
Single marker performance for Fetal Distress prediction	Sensitivity	13,0%	13,0%	26,1%	21,7%	31.8%	31.8%
	Specificity	94,2%	95,4%	91,9%	90,4%	90,0%	90.8%
	PPV	16,7%	20,0%	22,2%	16,7%	21.2%	22.5%
	NPV	92,5%	92,6%	93,4%	92,9%	94.0%	94.0%

CPR: cerebroplacental ratio; VAI: venous-arterial index; NICU: neonatal intensive care unit; PPV: positive predictive value; NPV: negative predictive value

[SS-024]

The association between maternal serum renalase level and the severity and the onset of preeclampsia

Onur Özdenoğlu, Tayfur Çift, Mehmet Özgür Akkurt, Engin Korkmazer, Emin Üstünyurt
Department of Obstetrics&Gynecology, Yuksek Ihtisas Training and Research Hospital, Bursa,
Turkey

Background: Renalase is a novel flavoprotein that metabolizes catecholamines and aid to maintain systemic blood pressure within normal range.

Aim: To evaluate whether maternal renalase concentration differ in preeclampsia and its association with the severity and the onset of the disease.

Method: A prospective case-control study was performed at Bursa Yuksek Ihtisas Training and Research Hospital during 6-month period. Study population was divided into three groups; healthy pregnant women (group 1, n=31), preeclamptic women with (group 2, n=29) or without (group 3, n=30) severe features. We compared clinical and laboratory features among groups. We also determined the correlation between maternal renalase level and those features.

Results: There were no differences regarding clinical (except systolic and diastolic blood pressure, gestational age at delivery) and laboratory features. Although renalase concentration was decreased in preeclamptic group (135 ng/ml, 95 ng/ml and 65 ng/ml for group 1,2,3, respectively) there was no statistically difference in terms of the severity and the onset of the disease. Maternal age was the sole clinical factor that found to be correlated with renalase levels.

Conclusion: Renalase deficiency seemed to be one of the contributor pathway for preeclampsia. However, maternal serum renalase level was associated neither the severity nor the onset of the disease. Due to limited sample size, larger scaled studies are warranted to ascertain the exact involvement of renalase thoroughly.

Keywords: early onset, marker, preeclampsia, renalase, severe preeclampsia

Comparison of clinical and laboratory features among groups

	Group 1	Group 2	Group 3	p-value
Maternal age (y)	28.7 ± 6.5	30 ± 7.1	29.7 ± 6.6	>0.05
Body mass index (kg/m ²)	32.4 ± 4.8	32.8 ± 5.6	34.3 ± 5.7	>0.05
Parity	0.8 ± 0.9	1.1 ± 1.4	1.2 ± 1.2	>0.05
Systolic blood pressure (mm/hg)	117 ± 11	166 ± 13	147 ± 8	<0.05
Diastolic blood pressure (mm/hg)	68 ± 9	111 ± 10	93 ± 5	<0.05
Gestational age at delivery (wk)	37 ± 1.9	35.3 ± 2.9	37.2 ± 2.1	<0.05
Urea	8.1 ± 2.5	11.2 ± 6.5		>0.05
Creatinine	0.66 ± 0.1	0.8 ± 0.4	0.69 ± 0.1	>0.05
ALT	11.4 ± 4.4	30.5 ± 50.9	15 ± 7.6	>0.05
AST	26.4 ± 10.1	43.3 ± 65.9	24.1 ± 8.4	>0.05
Renalase	135 ± 139	95 ± 90	66 ± 41	<0.05

[SS-025]

Prenatal tanı konan üçüz gebelikte Cantrell Pentalojisi vakası

Pelin Höbek¹, Şener Gezer¹, Oğuz Arslan¹, Saliha Ezgi Argan¹, Onur Argan²

¹kocaeli üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı

²kocaeli devlet hastanesi

Giriş: Cantrell pentalojisi seyrek görülen çoklu malformasyonlarla giden kötü sonlanımla ilişkilendirilmiş konjenital bir defektir. Sendrom ektopia kordis, konjenital kalp hastalıkları, batin ön duvarı, distal sternum ve anterior diyafram defektleri olarak tanımlanır. Olgumuz Cantrell pentalojisi olup, literatürde daha önce üçüz gebelikte bu sendroma rastlanmamıştır. Olgu: 28 yaşında, primigravid hastaya 16 hafta 2 günlük iken yapılan ultrasonografik incelemede trikoryonik triamniyotik üçüz gebelik ve tek fetusta omfalosel, ektopia kordis, vertebral eğrilik, batin ön duvarının amniyotik zar ile temas halinde olması patolojileri izlendi. Bu bulgular ile Cantrell pentalojisi tanısı düşünüldü. Karyotip analizi önerildi ancak hasta kabul etmedi. 26 hafta, 1 gün iken hasta su gelişi ve ağrı şikayetleri ile hastanemize başvurdu, vajinal muayenesinde 5 cm açıklık ve aktif su gelişi izlenmesi üzerine sezeryan ile doğumlar gerçekleştirildi. Anomalili olan bebek 1/1 apgar 560 gr ağırlığında, anomalisi olmayan 2. ve 3. bebekler sırasıyla 3/3 apgar 720 gr ağırlığında ve 3/3 apgar 760 gr ağırlığında doğurtuldu. Cantrell pentalojisi tanısı olan bebek yaklaşık 45 dk sonra ex oldu.

Tartışma: Cantrell tarafından tanımlanan bu durum 2 major defekt ile karakterizedir; bunlar ektopia kordis ve batin ön duvarı defektleridir. Karın ön duvarı defektlerinden en sık görüleni omfaloseldir. Diğer 3 defekt distal sternum, anterior diyafram ve diyafragmatik perikardiyum bozukluklarıdır. Sıklığı 100.000 doğumda 1'dir. X'e bağlı dominant kalıtım izlenir. Sıklıkla 2. trimesterden itibaren tanı alır. Ektopia kordis ve omfalosel varlığı tanıyı akla getirir. Batin ön duvarı defektler her 2 cinsiyette eşit oranda görülür ancak diyafram ve akciğer anomalileri daha çok erkeklerde görülür. Hastalara karyotip analizi önerilmelidir. Göğüs ve batin içeriğine olan bası nedeniyle asit ve plevral efüzyon gözlenebilir. Cantrell pentalojisinde prognoz, eşlik eden diğer anomalilerin ve intrensek kalp anomalilerinin varlığına göre değişmektedir, sıklıkla mortal olarak seyreder. Literatürde ikiz gebeliğe ait olgular mevcut olup, üçüz gebelikte bu sendroma ait olgu sunumu saptanmamıştır. Sendromun erken tanısı gebeliğin yönetimi açısından önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Cantrell pentalojisi, Prenatal tanı, Üçüz gebelik

Fotoğraf 1



25+1 hg gebelikte USG'de ectopia cordis

Fotoğraf 2



16+2 hg USG'de vertebral eğrilik

Fotoğraf 3



Neonatal görünüm

[SS-026]

Fractalkine immunoreactivity in placental tissue samples from women with preeclampsia

Akın Usta¹, Gulay Turan², Ceyda Sancaklı Usta³, Ertan Adalı¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Balıkesir University, Balıkesir, Turkey

²Department of Pathology, School of Medicine, Balıkesir University, Balıkesir, Turkey

³Department of Obstetrics and Gynecology, Balıkesir Atatürk State Hospital, Balıkesir, Turkey

Aim:

Preeclampsia is a pregnancy-induced systemic inflammatory disorder and is clinically identified by a combination of hypertension and proteinuria after 20 weeks of gestation. It is one of the most common causes of perinatal morbidity and mortality and affects approximately 5% of pregnant women. Fractalkine is one of chemokines and stimulate the migration of leukocytes and mediate inflammation. The aim of this study is to evaluate the placental fractalkine immunoreactivity and its association with maternal/fetal health outcomes in pregnant women with preeclampsia.

Materials-Methods:

A total 84 pregnant women (54 preeclampsia and 30 control) was included in this study. All participants followed until delivery. All biopsy specimens were fixed in 10 % neutral formalin and then subsequently embedded in paraffin. Immunohistochemistry for fractalkine was performed on formalin-fixed and paraffin embedded sections. All placenta specimens from participants was underwent histologic examination. On histologic examination, trophoblast proliferation, villous edema and vascularity of placenta were compared between pregnant women with and without preeclampsia.

Results:

The morphological analyses of placenta showed that the placental tissues were mainly composed of trophoblasts and syncytiotrophoblast layers, villous capillaries, fetal macrophages and fibroblasts. Pathological changes of placenta were increased in the presence of trophoblast proliferation, villous edema and vascularity of placenta in pregnant women with preeclampsia and there was a significant difference between the groups ($p<0.05$). Placental fractalkine expression was significantly different between pregnant women with and without preeclampsia ($p<0.05$).

Conclusion:

The discovered differences indicate that there is a possible relationship between histopathological alteration of placenta and the immunohistochemical expression of fractalkine in pregnant women with preeclampsia.

Keywords: preeclampsia, fractalkine, placenta

Serum cu ve seruloplasmin düzeylerinin preeklampsi şiddeti ile ilişkisi

Sibel Sak¹, Mert Ulaş Barut¹, Elif Ağaayak², Adnan İncebıyık¹, Muhammet Erdal Sak¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Şanlıurfa

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Preeklampsi patogenesinde oksidatif stressin rolünü inceleyen bir çok çalışma mevcuttur. Ancak oksidatif stress ile preeklampsi ciddiyeti arasındaki ilişki mevcut çalışmaların yetersizliği ve tutarsızlığı nedeniyle tam olarak açığa çıkarılamamıştır. Bu çalışmada, maternal serum bakır (cu) ve seruloplasmin (cp) düzeylerini hafif, ağır preeklampşik gebeler ve HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count) sendromlu gebelerde değerlendirip elde edilen sonuçların preeklampsinin ciddiyeti ile ilişkisini belirlemeyi hedefledik.

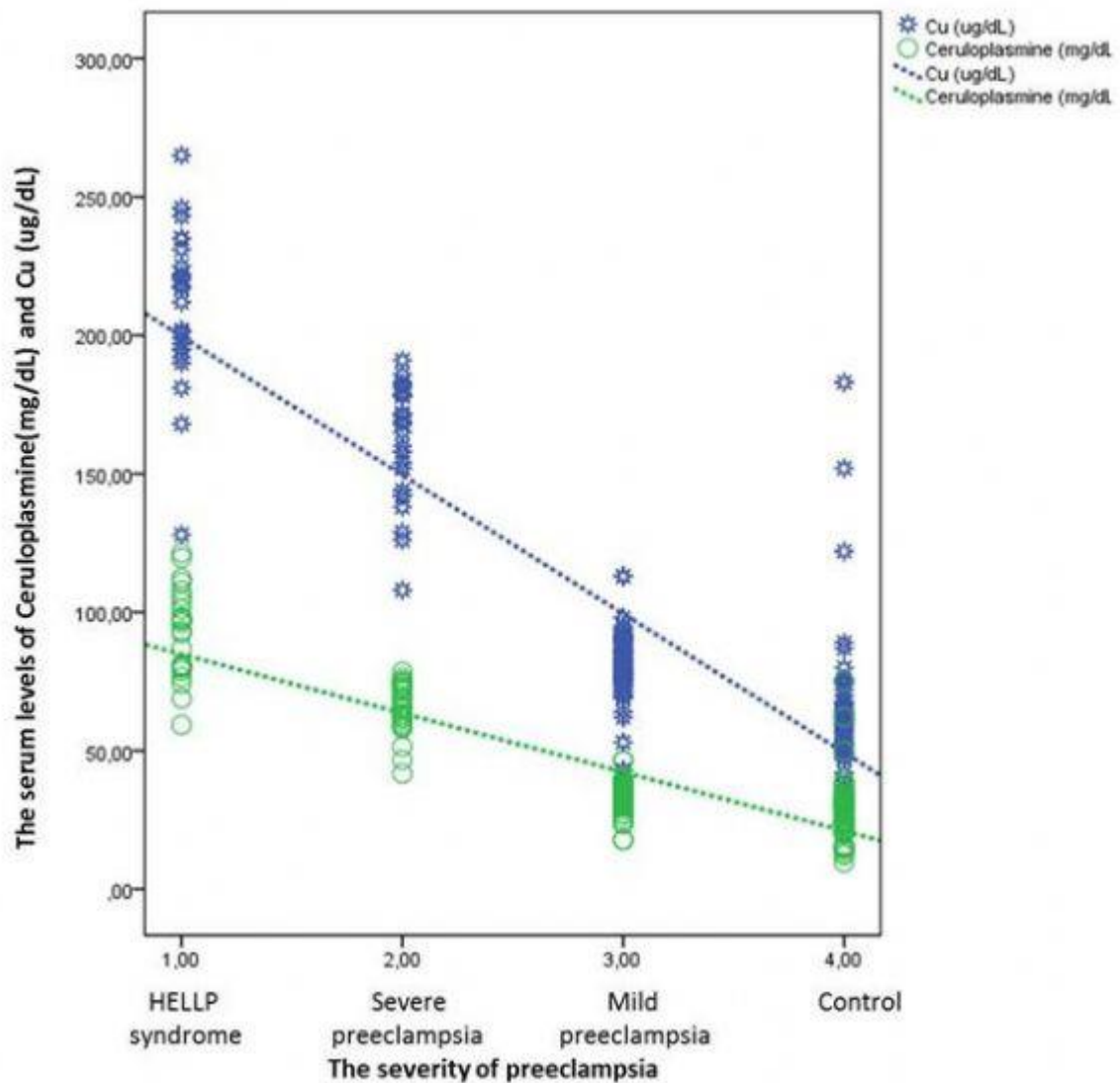
Yöntem: Bu prospective çalışmaya ACOG (2013) 'e (American College of Obstetricians and Gynecologists' guidelines In 2013) göre sınıflandırılmış 71 hafif, 26 sı ağır preeklampşik, 24 ü hellp sendromlu ve 58 i sağlıklı gebe olmak üzere toplam 179 hasta dahil edildi. Antioksidatif marker olan Cu ve cp nin bu hastalık gruplarında düzeyleri değerlendirildi. Cu düzeyleri atomik absorpsiyon/emission spektrometre ile serum Cp düzeyleri ise nephelometrik testler ile ölçüldü. Serum anti oksidatif marker düzeyleri ile preeklampsi ciddiyeti arasındaki korelasyon Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Cu ve cp nin median serum konsantrasyonları sırasıyla; hafif preeklampside 82 µg/dl, 32.8 mg/dl; ağır preeklampside 162.5 µg/dl, 66.18mg/dl bulundu ve control grubunda bulunan sonuçlar olan 60.5 µg/dl, 28.6 mg/dl ye göre anlamlı yüksek saptandı (p <0.0001, p <0.0001). Ağır preeklampsinin ileri ve daha ciddi bir formu olan HELLP sendromlu gebelerde en yüksek anlamlı median değerler elde edildi. Serum cu ve cp düzeylerinin preeklampsi ciddiyeti ile korele olduğu görüldü. (r=859, p<0.0001; r=786, p<0.0001 sırasıyla). Serum cu ve cp düzeyleri ile yüksek sistolik, diastolik kan basıncı, yüksek AST düzeyleri ve düşük trombosit sayısı arasında korelasyon izlendi.

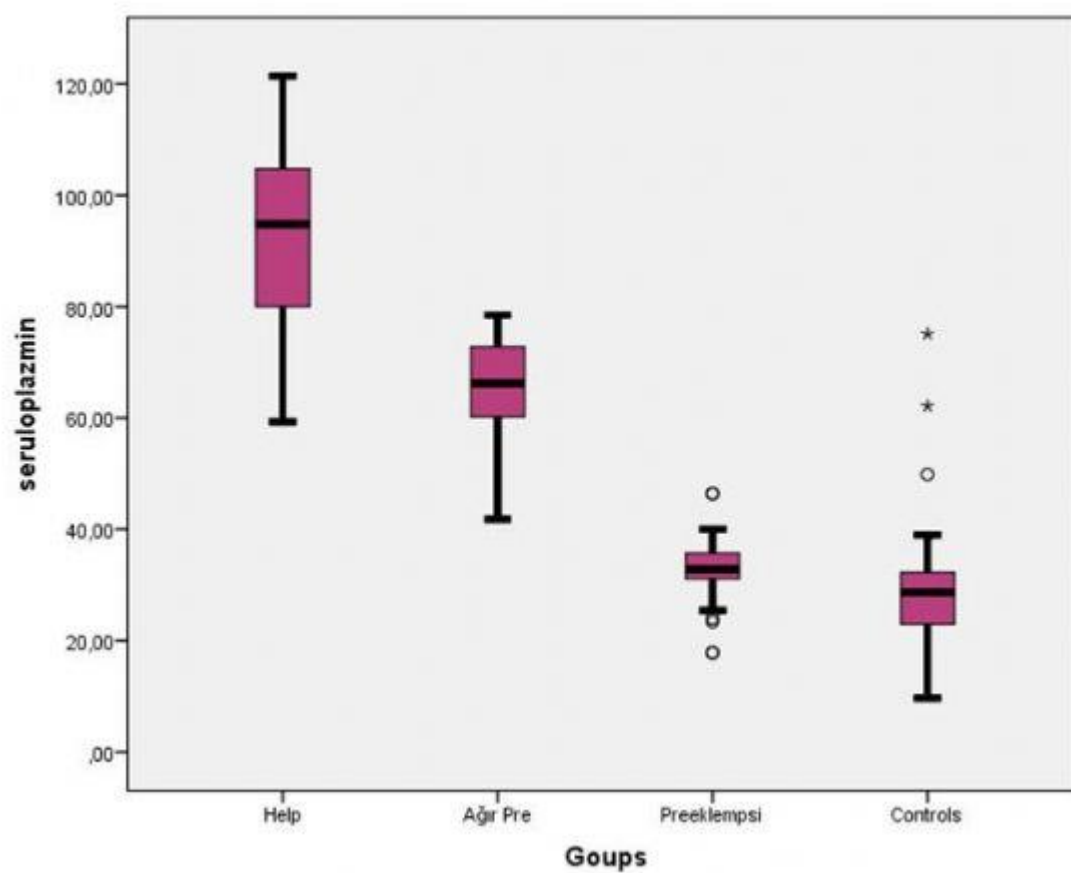
Sonuç: ilk kez HELLP sendromlu gebelerin dahil edildiği preeklampşik gebelerde cu ve cp düzeylerinin değerlendirildiği çalışmamızda en önemli oksidatif markerlardan olan cu ve cp düzeylerinin preeklampşik hastalığın şiddetiyle ilişkili olduğunu saptadık.

Anahtar Kelimeler: HELLP, oksidatif stress, preeklampsi

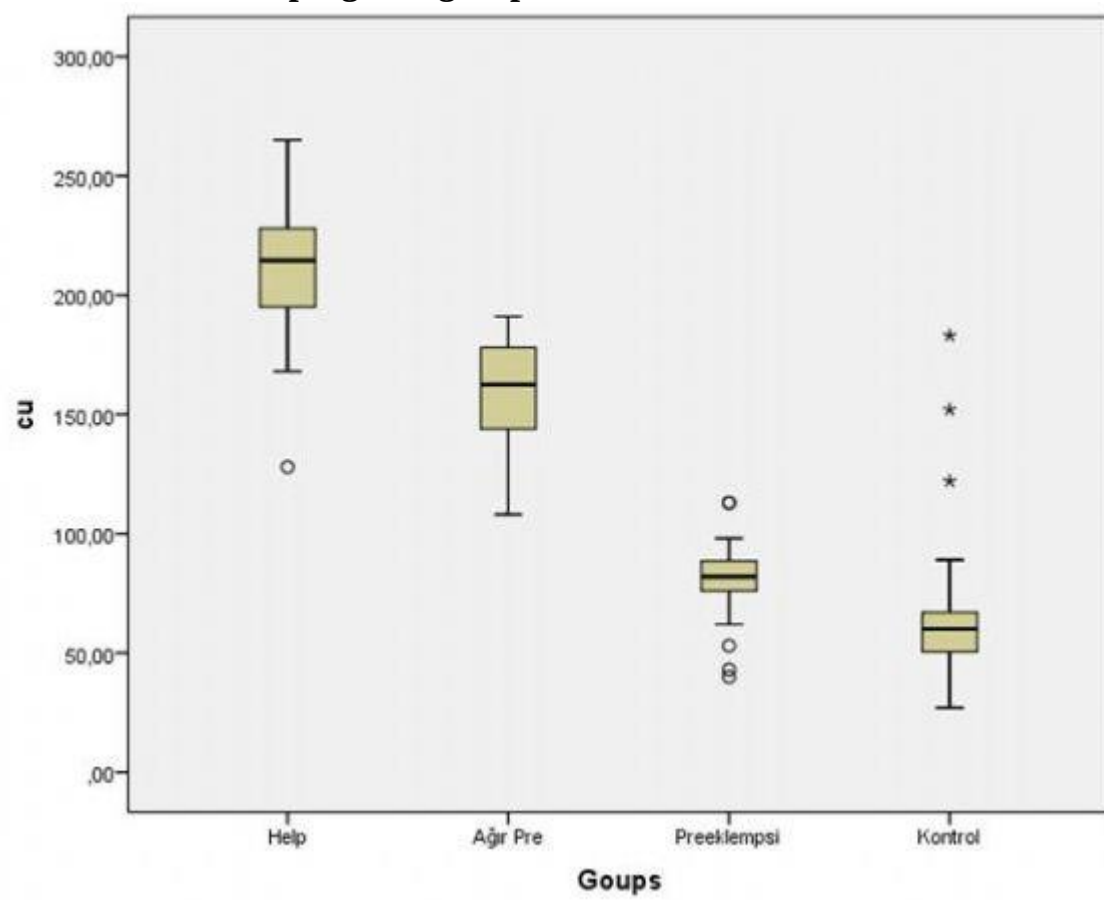
Linear correlation curve of serum levels of cu (ug/dl) and cp (mg/dl) and the severity of preeclampsia. The (Sperman) correlation coefficients (r) are: $r=859$, $p<0.0001$; $r=786$, $p<0.0001$ respectively)



Serum levels of ceruloplasmine in pregnant groups



Serum levels of cu in pregnant groups



Clinical and laboratory characteristics of the cases in the groups

	Controls	Pregnants with mild preeclampsia	Pregnants with severe preeclampsia	Pregnants with HELLP syndrome	p value
Age (years)	37 (52-23)	35 (51-22)	35(19 -49)	36.5 (46-24)	p= 0.71
Gravidity	4.0 (14-1)	4.0 (15-1)	5.0 (12-1)	4.0 (11-1)	p= 0.890
Parity	3.0 (12-0)	2.0 (10-0)	2.5 (0-8)	3.0 (9-0)	p= 0.677
Gestational age	34.5±2.3	33.8±2.7	34.7 ± 3.6	33.4 ± 3.2	p=0.278
Systolic blood pressure(mmHg)	120(90-130)	150(150-140)	170 (180-160)	170 (200-140)	pab,ac,ad,bd<0.0001 pbc=0.242 pcd=0.593
Diastolic blood pressure(mmHg)	80(100-60)	90 (100-90)	110 (120-110)	110(130-90)	pab,ac,ad,bc,bd<0.001 pcd=0.963
Platelet(K/uL)	244(439-107)	277 (395-121)	189.5 (388-109)	78.5(94-45)	Pab=0.275 pac=0.006 pad,bc,bd,cd<0.0001
AST(U/L)	31(70-11)	21(62-9)	53.5(149-10)	104.5 (837-74)	Pab=0.062 Pac=0.789 pad,bd,cd<0.0001 pbc=0.242
Mode of delivery Spontaneous vaginal delivery (n) Caesarean (n)	18(30.5 %) 41(69.5 %)	28 (39.4 %) 43 (60.6 %)	7 (26.9 %) 19 (73.1 %)	6(25.0 %) 18(75.0 %)	p= 0.452
cu	60.5(183-27)	82 (113-40)	162.5(191-108)	214.5(265-128)	Pab,ac,ad,bc,bd,cd<0.0001
ceruloplasmin	28.6(75.1-9.6)	32.8 (46.4-17.8)	66.1(78.4-41.8)	94.7 (121.4-59.3)	Pab,ac,ad,bc,bd,cd<0.0001

Correlations between cu,,cp and blood pressure,Platelet, AST

	Cu	ceruloplasmin
Systolic blood pressure(mmHg)	P<0.001 r=0.808	P<0.001 r =0.729
Diastolic blood pressure(mmHg)	P<0.001 r=0.845	P<0.001 r=0.762
Platelet	P<0.001 r= -0.442	P<0.001 r=-0.422
AST	P<0.001 r= 0.448	P<0.001 r= 0.473

[SS-028]

Komplike monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerde selektif fetosit yöntemi olarak radyofrekans ablasyon tedavisi sonuçları

Tugba Sarac Sivrikoz, Recep Has, Ibrahim Halil Kalelioğlu, Gürcan Türkyılmaz, Alkan Yıldırım, Atıl Yüksel
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji BD

Amaç: Merkezimize başvurmuş komplike monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerde selektif fetosit yöntemi olarak radyofrekans ablasyon sonrası sonuçlarının değerlendirilmesi

Metod: Kasım 2015 Eylül 2017 tarihleri arasındaki kliniğimize başvurarak girişim endikasyonu bulunan 47 olgu değerlendirmeye alınmıştır.

Sonuçlar: Girişim uygulanan gebeliklerde median gestasyonel hafta 20 (15-25.1 hafta) olup, en sık endikasyonu izole selektif IUBK %55 (26), diğer girişim nedenleri ikiz eşinde fetal anomali %11 (5), TRAP sekansı %11 (5), selektif IUBK ve İİTS birlikteliği %23 (11) oluşturmaktadır. Olguların %48 (23)'ünde girişim transplasental olarak uygulanmıştır. Ortalama doğum haftası 33 (24-39), ortalama doğum ağırlığı 2349 gr (760 gr-3630 gr)'dır. Olguların 3'ünde (%0.06) gebelik abortus ile, 4 (%0.08) neonatal kayıp, bir olguda intrauterine kayıp (%0.01) ile sonuçlanmıştır. Toplam perinatal sürvi %83'dür.

Tartışma: Komplike olmuş monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerde uygulanan radyofrekans ablasyon tedavisi diğer selektif fetosit yöntemleri ile karşılaştırıldığında etkin, güvenilir, perinatal sürviye olumlu katkıları olan bir girişimdir

Anahtar Kelimeler: çoğul gebelik, ikizden ikize transfüzyon sendromu, radyofrekans ablasyon, selektif fetosit

[SS-029]

İkizden ikize transfüzyon sendromunda selektif lazer ablasyon yöntemiyle tedavi sonuçları

Tugba Sarac Sivrikoz, Recep Has, İbrahim Halil Kalelioğlu, Gurcan Türkyılmaz, Alkan Yıldırım, Atıl Yüksel

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Perinatoloji BD

Amaç: Merkezimize başvurmuş olan ikizden ikize transfüzyon sendromu (İİTS) ile komplike olan monokoryonik diamiyotik ikiz gebeliklerin selektif fetoskopik lazer tedavisi sonrası sonuçlarının değerlendirilmesi

Metod: Mart 2013 Eylül 2017 tarihleri arasındaki kliniğimize başvurmuş İİTS ile komplike olan 96 monokoryonik ikiz (ikisi dikoryonik triamiyotik üçüz) gebelik retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tüm plasental vasküler anastomozlar sekansiyel selektif tekniğe uygun şekilde koagüle edilmiştir.

Sonuçlar: Girişim uygulanan gebeliklerde median gestasyonel hafta 22 (17-25.1 hafta) olup, Quintero evresine göre dağılım Q1 (n:11), Q2 (n:33), Q3 (n:49), Q4 (n:3) şeklindedir. Doğumda ortalama gestasyonel hafta 32.4 (23.-38. hafta)dır. Lazer prosedürü ile doğum arasında geçen süre 11.0 hafta (1.1-16.7) bulunmuştur. Verici fetüs için ortalama doğum ağırlığı 1438 gr (490-2500), alıcı fetüs için ise 1948 gr (560-3060) saptanmıştır. Üç olguda plasental lokalizasyon ve teknik olarak yetersiz görüntüleme nedeniyle anastomozların tam olarak görüntülenmesi yapılamamıştır (%6.2). Üç olguda (%3.8) İİTS tekrar etmiş, dört olguda (%5.8) ise TAPS gelişmiştir. Beş olguda her iki fetüs de kaybedilmiş olup, üçünde aynı gün, ikisinde aralıklar ile gerçekleşmiştir (%8.9). Bir olguda ikiz eşinin kaybını takiben, devam eden gebelikte diğer eşte hidrops gelişmesi nedeniyle gebelik termine edilmiştir (%1.2). Üçüz gebeliklerden birinde, üçüz canlı sağ sağlıklı doğum ile sonlanmış, diğer olguda ise üçüz canlı doğum ile sonuçlanmış olup, alıcı ve ayrı koryondaki yenidoğan prematürite komplikasyonları sonucu geç neonatal dönemde kaybedilmiştir.

Tartışma: Selektif lazer tedavisi İİTS ile komplike olmuş monokoryonik gebeliklerde hem her iki hem de en az bir fetüs için yüksek sürvi oranları ile iyi bir alternatif yönetim şeklidir. İİTS tekrarı ve TAPS gelişimi açısından düşük riskli olup, bu tekniğin avantajları arasında yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: ikizden ikize transfüzyon sendromu, fetoskopik lazer koagülasyon, TAPS

[SS-030]

Atipik Görünümlü Koledok Kistinin Prenatal Tanısı

Gülenay Gencosmanoğlu Türkmen, Yüksel Oğuz, Kadriye Yakut, Merve Öztürk, Dilek Şahin
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç:

Prenatal dönemde ultrasonografi ile tanısı konulan koledok kistinin sunulması

Olgu:

30 yaşında, multipar hasta, astım nedeniyle perinatoloji kliniğimizde takip edilmekteydi. Hastanın öyküsünde önemli bir özellik yoktu. 11-14 hafta tarama testi normaldi. Multivitamin dışında kullandığı ek ilaç bulunmamaktaydı. Hastanın kliniğimizde 20. haftada yapılan 2.düzey ultrason taramasında abdomen transvers kesitinde safra kesesine uyan alanda mideden ve barsaklardan net olarak ayrı izlenen bilokule hipoekojen kistik oluşum izlendi. Diğer fetal yapılar ve fetal biyometri normaldi. Safra kesesi bu yapıdan ayrı olarak izlenemedi. Color doppler ile kist içinde akım izlenmedi. Sagittal değerlendirmelerde kistik yapının lateralinden anterior ve sağa doğru uzayan ve dilate safra kanalları olduğu düşünülen iki adet tubuler yapı izlendi. Hastanın takibinde bu kistik yapıda bir değişiklik izlenmedi. Hasta 38 hafta 5 günlük iken spontan vajinal yoldan 3650 g kız bebek dünyaya getirdi. Doğum sonrası yenidoğan muayenelerinde de asemptomatik olan bebek tarafımızdan pediatrik cerrahiye konsulte edildi. Doğumdan 3 hafta sonra çekilen ultrasonografide tip 1 koledok kisti izlendi. Yapılan MRI kolanjiografi sonucunda da tip 1 koledok kisti tanısı netleştirildi. Postnatal 4. ayda bebek koledok kisti nedeniyle opere edilerek portoenterostomi yapıldı.

Sonuç:

Koledok kisti intra ve/veya ekstra hepatik biliyer trakttaki nadir görülen kistik dilatasyondur. Todani sınıflamasına göre 5 tipi bulunmaktadır. Tip 1 koledok kisti ortak safra kanalındaki fusiform veya sakkuler dilatasyon sonucu oluşur ve prenatal vakaların %70-80'ini oluşturur. Tanıda sağ üst kadranda safra kesesinden ayrı olan ve safra kanalları ile bağlantısı görülen kistik oluşum izlenmesi en patognomonik bulgudur.Tedavi edilmediği takdirde kolestaz, biliyer siroz ve hatta karaciğer yetmezliğine neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: prenatal, koledok kisti, ultrasonografi

resim-1 sagittal kesit



resim2- koledok kisti transvers kesit



2017tmftpultrason Kabul:Poster

Toplam: 55

[PP-001]

Maternal Cytoglobin (CYGB) serum levels in normal and preeclamptic pregnancies

Ahter Tanay Tayyar¹, Ahmet Tayyar², Şükran Kozalı¹, Resul Karakuş¹, Seren Karakuş¹, İlkbal Temel Yüksel², İsmail Dağ³, Oya Demirci¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Health Sciences University, Zeynep Kamil Maternity and Children's Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Health Sciences University, Kanuni Sultan Süleyman Education and Research Hospital, İstanbul, Turkey

³Department of Clinical Biochemistry, Eyup State Hospital, İstanbul, Turkey.

Objective: To investigate cytoglobin levels in women with preeclampsia and women with uncomplicated pregnancies.

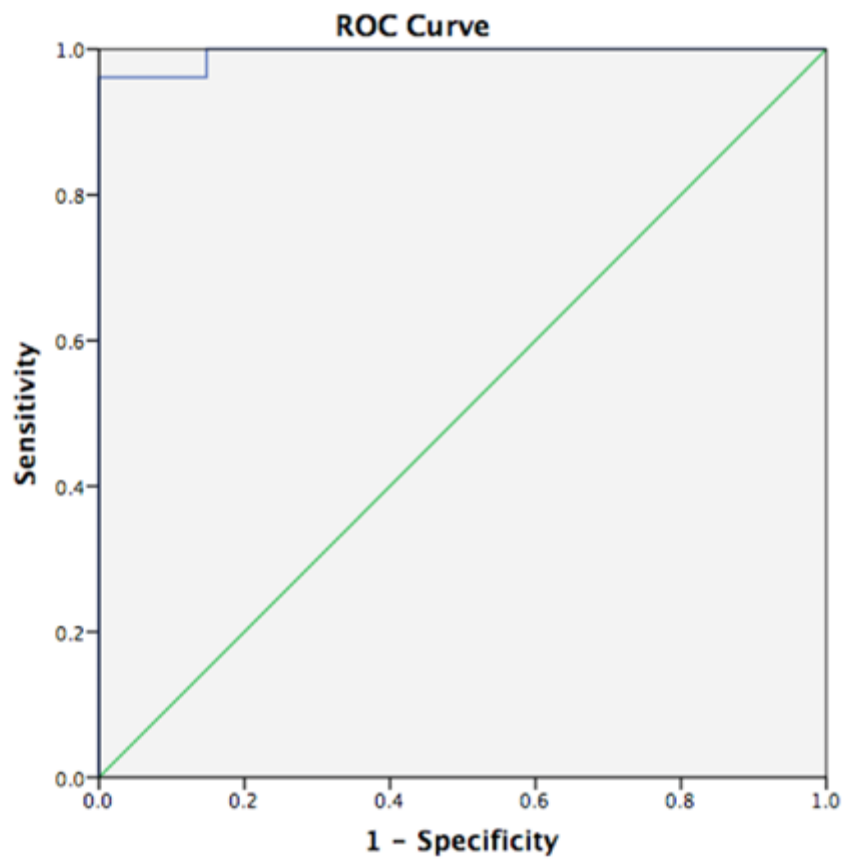
Materials-Methods: A cross-sectional study including 26 pregnant women complicated with early onset preeclampsia (EO-PE) and 26 pregnant women complicated with late onset preeclampsia (LO-PE) were recruited for the study group. 27 healthy pregnant women selected randomly were included into the control group. The serum cytoglobin concentrations were measured using an enzyme-linked immunosorbent assay.

Results: There were no differences in maternal age. Maximum mean arterial pressure (MAP) and protein creatinine ratio (PCR) were significantly higher in the preeclamptic group as compared with the control group. Although CYGB levels were higher in the preeclamptic group as compared with the control group ($p < 0.001$), a significant difference was not detected between the EO-PE and LO-PE groups. There was not a significant difference between the mild and severe preeclamptic groups ($p = 0.383$).

Conclusions: Serum CYGB levels were significantly higher in patients with EO-PE and LO-PE as compared to healthy pregnant women. However, there was no difference in serum CYGB levels between the EO-PE and LO-PE groups.

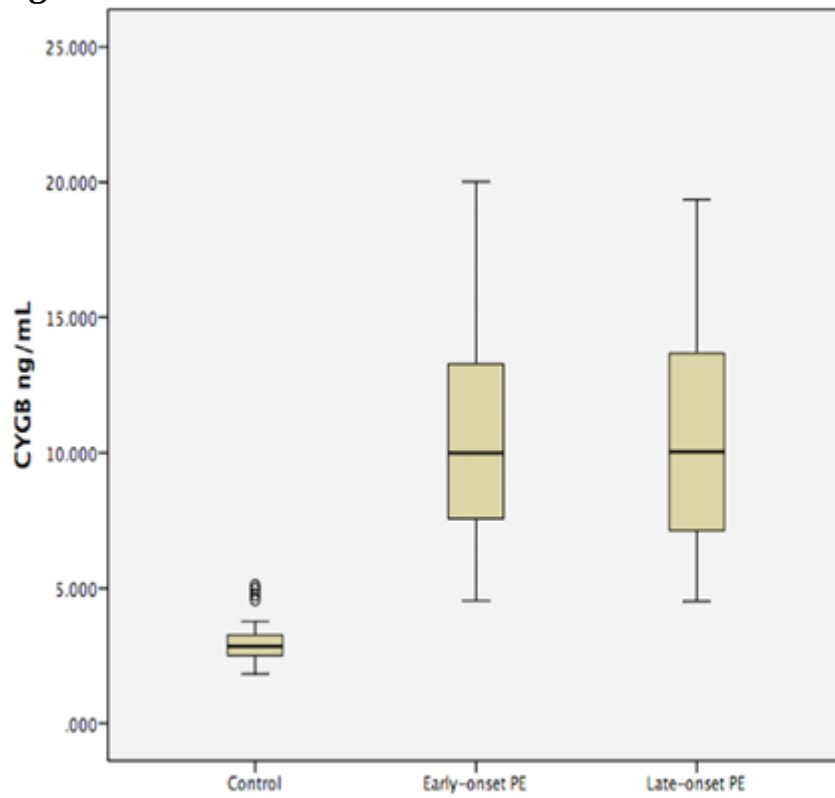
Keywords: early-onset preeclampsia, late-onset preeclampsia, oxidative stress, cytoglobin, treatment

Figure 1.



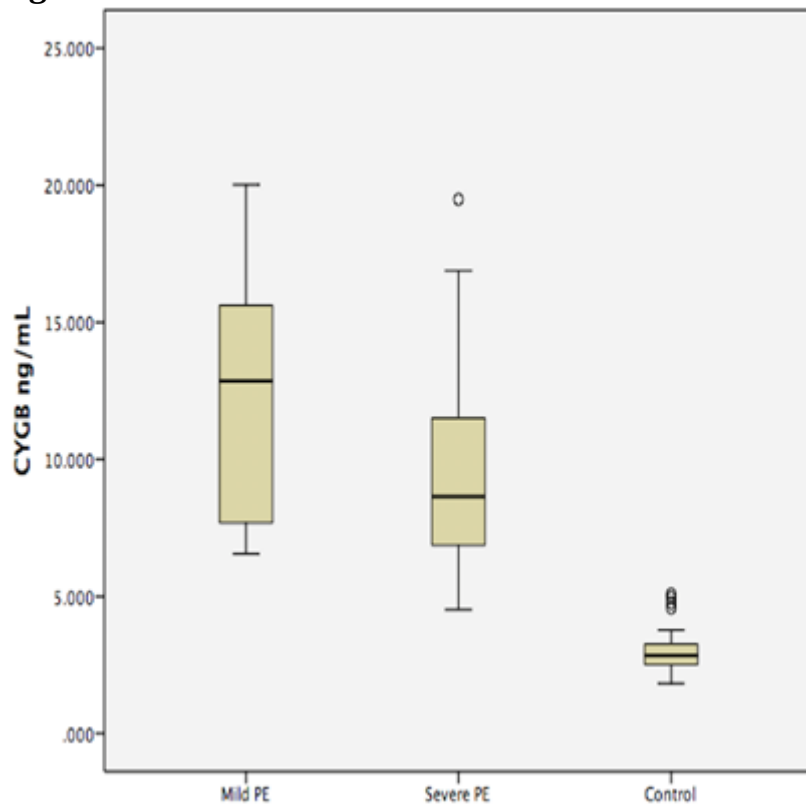
Receiver operating characteristic curve for CYGB concentration in preeclampsia; optimal cut-off = 5.31ng/ml; Area under the curve, 0.994; 95%CI: 0.984–1.00; sensitivity, 96.2%; specificity, 100%; PPV, 100%; NPV, 93.1%.

Figure 2



Boxplot analysis of serum CYGB levels. Patients with early-onset PE, late-onset PE, and the control group

Figure 3



Boxplot analysis of serum CYGB levels. Patients with mild PE, severe PE, and the control group, were compared.

Table 1. Clinical characteristics in the early-onset PE, late-onset PE, and control groups.

	Early-onset PE (n=26)	Late-onset PE (n=26)	Control (n=27)
Age (years)	29.8 ±6.5	28.5 ±5.5	27.4 ±6.2
BMI at blood sampling (kg/m ²)	31.9±5.4†	28.9±4.4	27.0 ± 4.2
Maximum MAP (mmHg)	115 (13.3) †	113.7 (14.2) †	83.3 (6.7)
Protein creatinine ratio (mg/mmol)	360 (762) †	365 (636) †	10 (4)
GA at blood sampling (weeks)*	31.4 ± 1.7†*	35.9± 1.4†	34.7± 1.9
GA at delivery (weeks)	32 (3.3) †*	36.8 (2.1) †	38 (1.3)
Birth weight (g)	1620 (565) †*	2680 (850) †	3080 (340)

BMI: body mass index, MAP: mean arterial pressure, GA: gestational age, CYGB: cytoglobin. Data are expressed as medians (interquartile) or as means (± SDs).

**p<.05 versus late-onset PE; †p<.05 versus controls via Kruskal-Wallis, followed by Dunn's multiple comparison test or ANOVA (age, BMI, and GA at blood sampling).*

Table 2. The levels of CYGB in the early-onset PE, late-onset PE, mild PE, severe PE, and control groups.

CYGB (ng/ml)	Early-onset PE (n=26)	Late-onset PE (n=26)	Control (n=27)
	9.99 (6.08) †	10.04 (7.04) †	2.84 (0.82)
	Mild PE (n=24)	Severe PE (n=28)	Control (n=27)
	12.87 (8.03)†	8.64 (4.85)†	2.84 (0.82)

Data are expressed as medians (interquartile) †p<.05 versus controls via Kruskal-Wallis, followed by Dunn's multiple comparison test

Nadir Bir Olgu: Fetal Brankiyal Kist

Erzat Toprak, Fedi Ercan, Aybike Pekin, Sevcan Sarıkaya, Hüseyin Görkemli, Ali Acar
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
Perinatoloji Bilim Dalı, Konya, Türkiye

Giriş: Brankiyal kistler, intrauterin 4 ila 7'inci haftalar arasında brankial kleft ve arkların yok olmaması, birleşmelerinin tamamlanamaması ve sonuç olarak anormal gelişiminden kaynaklanmaktadır. Burada intrauterin olarak üçüncü trimesterde tespit edilen ve yenidoğan döneminde tanısı doğrulanan ikinci brankiyal kleft kisti olgusu sunulmaktadır. Olgu: Antenatal takiplerini başka bir merkezde yaptıran G1, P0 gebe fetal boyunda kitle tanısı ile başka bir merkezden tarafımıza 33'üncü gebelik haftasında refere edildi. Yapılan ultrasonda (Samsung H60) fetus boynunun solunda 5x5x4 cm boyutlarında, kistik, merkezi kanlanmayan, komşuluğunda eksternal karotid arterin bulunduğu tek kitle tespit edildi (Resim 1 ve 2). İlk ve ikinci trimester maternal serum tarama testi yaptırmayan gebenin demir ve polivitamin suplamantasyonu dışında kullandığı bir ilaç ve kronik hastalığı olmadığı öğrenildi. Annenin serum tiroid stimüle edici hormon düzeyi normaldi (1,6 mÜ/mL). Gebe elektif sezaryen ile 39. gebelik haftasında 3750 gr, birinci ve beşinci dakika APGAR skoru sırası ile 9 ve 9 olan, erkek çocuk doğurdu (Resim 3). Yenidoğana yapılan sol boyun yüzeyel doku ultrasonografisinde 4 cm çapında düzensiz konturlu kistik lezyon tespit edildi. Hasta çocuk cerrahisi tarafından bir yaş civarında operasyon planlanarak takibe alındı.

Sonuç: Brankiyal kistler anatomik yerleşimlerine göre dörde ayrılır. En sık ikinci brankiyal kleft artıkları görülür (tüm brankiyal kistlerin %95'inin oluşturmaları). Birinci brankiyal kleft artıkları genellikle preaurikuler bölge yerleşir. İkinci brankiyal kleft anomalileri ise sternokleidomastoid kas önünde lokalizedir. Üçüncü ve dördüncü brankiyal kleft kistleri oldukça nadirdir ve birbirine çok benzerler. Boyunda paratrakeal bölgede internal ve eksternal karotis arterin komşuluğundadır. Ayırıcı tanıda kistik higroma, hemanjiom, teratom, ranula, ektopik tiroid dokusu ve benign ya da malign tümörler düşünülmelidir. Brankiyal kistler konjenital boyun kitleleri içinde lateral boyunda en sık görülendir. Asıl tedavi kistin traktusu ile birlikte total cerrahi eksizyonudur. Antenatal dönemde lateral boyunda kistik kitle izlenen fetuslarda brankiyal kleft kistleri akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Brankiyal kist, fetal boyunda kitle, prenatal tanı

Resim



Prenatal 33. haftada yapılan 2D ultrasonografide fetus boynunun solunda kistik kitle izlenmekte.

Resim 2



Prenatal 33. haftada yapılan 3D ultrasonografide fetus boynunun solunda kistik kitle izlenmekte.

Resim 3



Fetal boynun solunda yer kaplayan büyük kistik kitle izlenmektedir. A. Kistin boyun inferiorundan görünümü, B. Kistin boyun sol yanından görünümü (oklar kist sınırını göstermektedir).

Amniyosentez öncesi anksiyete ve depresyon risk düzeyi

Seda Kırcı Ercan¹, Fedi Ercan², İbrahim Eren¹, Hüseyin Görkemli², Ali Acar²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Amaç: Amniyosentez yapılacak gebelerde anksiyete ve depresyon risk düzeylerini belirlemek. **Gereç-Yöntem:** Çalışma Nisan 2016 - Aralık 2016 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Ünitesinde amniyosentez yapılan toplam 109 gebe üzerinde yapılmıştır. İşlemden bir gün önce hastalara sosyodemografik veri formu ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) formu doldurulmuştur.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik verileri tablo 1'de sunulmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %28.4'ü 25-30 yaş aralığında olup %40.4'ü ilkokul mezunudur (Tablo 1). Amniyosentez öncesi gebelerin anksiyete ölçeği (HADÖ-A) ortalaması 11.18 ± 2.36 (aralık: 2-20) olarak bulunmuştur. Kesme noktası 10 olarak alındığında gebelerin %72.5'i anksiyete yönünden risk altında oldukları saptanmıştır. Depresyon ölçeği (HADÖ-D) ortalaması ise 7.75 ± 2.19 (aralık: 2-19) olarak bulunmuştur. Kesme noktası 7 olarak alındığında gebelerin %74.2'si depresyon yönünden risk altında oldukları saptanmıştır (Tablo 2).

Sonuç: Gebelik ve doğum sonrası dönem kadın yaşamında psiko-medikal açıdan özel bir yer tutmaktadır. Bu dönemde endişe ve korku oluşturacak amniyosentez gibi işlemlerin risk grubundaki hastalarda psikiyatrik destek gerektirecek boyuta ulaşabileceği unutulmamalıdır. Bu risk grubundaki gebelerin belirlenmesi ve verilecek destek ile kadının yaşam kalitesi yükseltilebilir. Amniyosentezin anne adayında yaşatacağı endişe ve korku, anksiyete ve depresyon kaynağı olabilir ve meyilli kadınlarda klinik semptomların oluşmasına yol açabilir. Bunun ile ilgili olarak obstetrisyenlerin dikkatli olması ve gerektiğinde psikiyatrik destek için hastaları yönlendirmeleri uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: Amniyosentez, anksiyete, depresyon

Tablo 1

	SAYI	%
Yaş aralığı		
18- 24 yaş	25	22.9
25- 30 yaş	31	28.4
31- 35 yaş	26	23.9
36 ve üzeri yaş	27	24.8
Toplam	109	100
Öğrenim düzeyi		
Okur-yazar	7	6.4
İlkokul mezunu	44	40.4
Ortaokul mezunu	15	13.8
Lise mezunu	33	30.3
Üniversite mezunu	10	9.2
Toplam	109	100
Meslek		
Çalışmıyor	46	42.2
İşçi	35	26.6
Memur	26	29.4
Kendi işi	2	1.8
Toplam	109	100
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	35	32.1
Gelir gidere denk	52	47.7
Gelir giderden fazla	22	20.1
Toplam	109	100

Hastaların sosyodemografik verileri

Tablo 2

		Sayı (Yüzde)	Ortalama $\pm$ Standart Sapma	Minimum ve maksimum
HADÖ- A	Eşik altı (≤ 10 puan)	30 (%27.5)	11.18 $\pm$ 2.36	2 - 20
	Eşik üstü (> 10 puan)	79 (%72.5)		
HADÖ-D	Eşik altı (≤ 7 puan)	28 (%25.8)	7.75 $\pm$ 2.19	2 - 19
	Eşik üstü (> 7 puan)	81 (%74.2)		

Hastane anksiyete depresyon alt ölçeklerinin ortalamaları

Komplike olmayan vajinal doğumda gelişen humerus kırığı

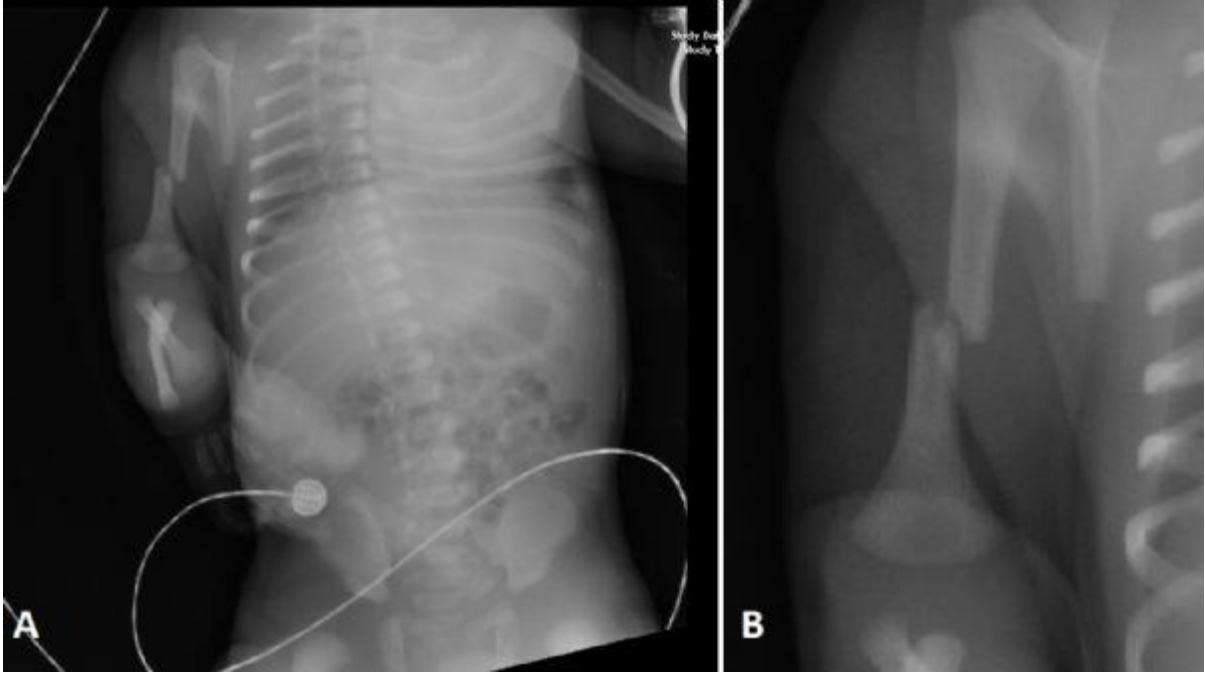
Müslüm Sarıkaya, Fedi Ercan, Erzat Toprak, Filiz Yarşılıkal, Berna Gencel, Ali Acar
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
Konya

Amaç: Obstetrisyenler doğum sırasında gelişen klavikula kırığına aşina olsa da, çok daha nadir de olsa klavikula dışındaki uzun kemik kırıklarıyla da karşılaşmaktadır. Bu komplikasyon yalnızca yenidoğan için değil, aynı zamanda aile ve doğumu yaptıran hekim için de oldukça travmatik ve açıklaması zor bir durumdur. Neyse ki, uzun kemik kırıkları için uzun vadeli prognoz mükemmeldir. Burada vajinal yolla tekil baş geliş olarak doğan ve görünüşte hiçbir anormalliğin izlenmediği bir doğumu takiben tespit edilen humerus kırığı olgusu sunulmaktadır. Olgusu: Yirmi yaşında, G1, P0, 41.hafta baş geliş gebe ağrıları başladığı için kliniğimize başvurdu. Gebelik takiplerinde herhangi bir anormallik saptanmayan hastanın muayenesinde dilatasyonun 3cm, silinmenin %70, sol oksiput transvers pozisyonunda ve baş seviyesinin de sıfır hizasında bulunduğu görüldü. İntrapartum partogramında hiçbir anormallik görülmeyen gebe yaklaşık 9 saat sonra vajinal yolla sağ mediolateral epizyotomiyle 3700gr, APGAR'ı 9 tek canlı erkek bebek doğurdu. Görünüşte gebenin doğum süreci ve doğumu sırasında hiçbir anormallik izlenmedi. Hastanemizde vajinal doğum sonrası infantların ilk bakımları anne yanında ve çocuk hastalıkları hekimi tarafından gerçekleştirilmekte olup bu kontrol sırasında infantın sağ kolunu oynatmadığı görüldü. Çekilen infantogramda sağ humerus diafiz kırığı olduğu tespit edildi. Kırık ortopedi bölümü tarafından dirseği de içine alacak şekilde alçıya alındı ve toraksa sabitlendi. Tartışma: Humerus kırığı doğumda en sık kırılan uzun kemik olmasına rağmen, insidansı 1000 doğumda 0.2 olacak kadar nadirdir. Kırıkların çoğu humerusun proksimal üçte birinde gelişir. Humerus kırıkları için risk faktörleri arasında omuz distosisi, makrozomi, sezaryen doğum, makat doğum ve düşük doğum ağırlığı sayılmaktadır. Ancak bu hastada sayılan hiçbir risk faktörü söz konusu değildi.

Teshis yapılan bir infantogram ile konulur(Şekil 1). Proksimal veya distal humerus kırıklarında (epifiz yakınındaki kırıklar ve ayrılmalar) manyetik rezonans görüntüleme yararlı bir tanı aracıdır. Tedavi, etkilenen kolun 90 derece fleksiyonda dirseği içine alacak şekilde tam alçıya alınmasıdır. İnfant büyüdükçe etkilenen kolda gelişebilecek angulasyon konusunda uyanık olunması dışında sonuçlar mükemmeldir. Ebeveynler bu konuda cesaretlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum travması, humerus kırığı, vajinal doğum

Resim 1



*Yenidoğan 1. saatte çekilen direk grafi. (A) Postpartum 1.saatte çekilen infatogram
(B) Sağ humerus diafzinde kırık.*

[PP-005]

Sezaryen sonrası gelişen geç postpartum kanamada modifiye Acar usulü sütür ile tedavi

Ali Acar, Fedi Ercan, Müslüm Sarıkaya, Aliye Balkan, Bayram Can, Osman Balcı
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Konya

Giriş: Uterin Atoni en sık postpartum kanama nedenidir. En sık nedeni postpartum ilk 1 saat içinde gelişen uterin atonilerdir. İlk 24 saatten sonra gelişen kanamalara geç postpartum kanama adı verilir. Burada sezaryen sonrası dokuzuncu günde gelişen geç postpartum kanamanın Acar usulü sütür tekniği kullanılarak tedavi edildiği olgu sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi dört yaşında G1, P1 kadın dokuz gün önce fetal distress tanısı ile başka bir merkezde sezaryen ile 3300 gr, tek, canlı erkek bebek doğurmuştur. Hasta sezaryen sonrası birinci günde taburcu edilmiş ve fakat aynı merkeze dokuz gün sonra ani başlayan şiddetli vajinal kanama nedeniyle başvurmıştır. Gebe buradan geç postpartum kanama ön tanısıyla kliniğimize refere edildi. İlk muayenesinde masif vajinal kanaması mevcut ve vital bulguları stabil değildi (TA 70/40mmHg, nabız 130atım/dakika, Hb 3,7gr/dL). Ultrasonda intrauterin retansiyone plasenta izlenmedi. Ameliyathanede litotomi pozisyonunda yapılan muayenede serviks yaklaşık 1 cm açık ve masif kanama mevcuttu. Uterus bimanuel muayenede yumuşak ve olması gerekenden büyük izlendi (subinvolyasyon halindeydi). Medikal tedaviye yanıt vermeyen hastaya kan transfüzyonuyla eş zamanlı laparotomi yapıldı. Pfannenstiel insizyondan batına girildi. Gözlemlerde histerotomi hattının açık, uterusun atonik olduğu görüldü. Öncelikle 16F Foley kateter kullanılarak bilateral infundibulopelvik ligament ve uterin arterleri içine alacak şekilde uterus kan akımını minimize edecek düğüm atıldı (Resim 1). Aynı anda jugüler venöz kateter vasıtasıyla 30 dakika içinde 4 ünite kan verildi. Vital bulguları stabilize olan hastanın (TA 110/60mmHg, nabız 86atım/dakika, Hb 8,1 gr/dL) uterus ön ve arka yüzüne konulan iki adet modifiye Acar sütürü kullanılarak muhtemel plasental yatak alanları komprese edildi (Resim 2A,B). Takiben Foley kateter gevşetildi. Uterustan kanama olmadığı görüldü. Histerotomi hattı çift kat devamlı kilitli olarak kapatıldı. **Sonuç:** Postpartum kanama gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde maternal morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerindendir. Cerrahi tedavide çeşitli konservatif yaklaşımlar tanımlanmıştır. Burada tarif edilen yaklaşım Acar ve arkadaşları tarafından tanımlanmış olup özellikle plasental yatağı hedef alarak geliştirilmiş bir tekniktir.

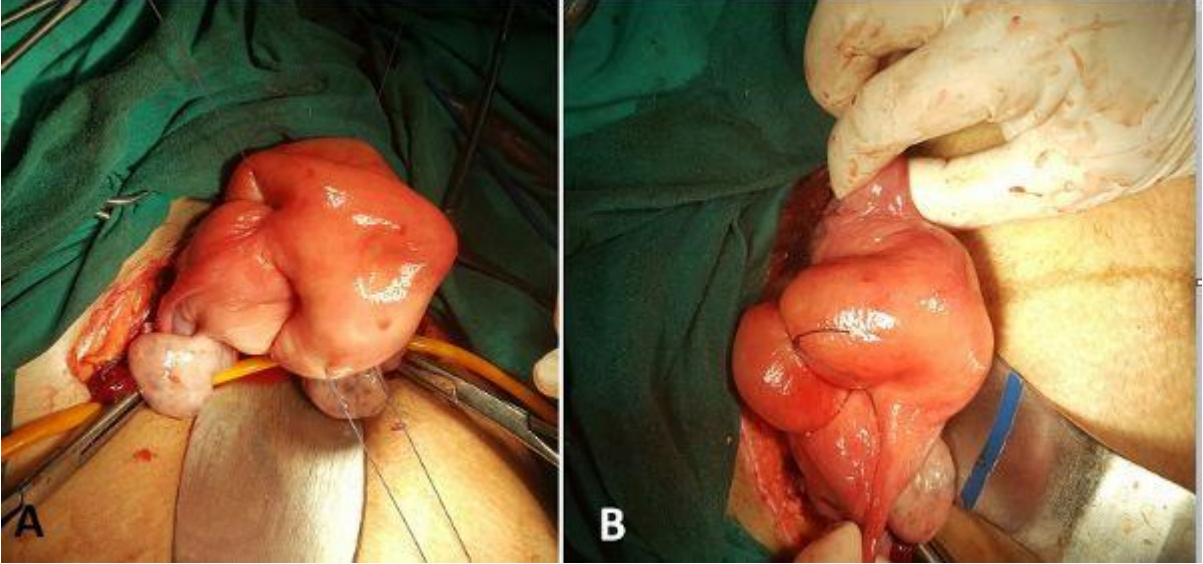
Anahtar Kelimeler: Geç postpartum kanama, modifiye Acar usulü sütür, uterin atoni, sezaryen

Resim 1



Uterin kan akımını minimize etmek ve zaman kazanmak için kullanılan, infundibulopelvik ligament ve uterin arteri de içine alacak şekilde bağlanmış Foley kateter görüntüsü.

Resim 2



Modifiye Acar usulü sütün. Uterus ön ve arka yüzüne konulan birer tane modifiye Acar usulü sütün (A) ve bağlandıktan sonraki görünümü (B).

[PP-006]

Fetal Bloklü Atrial Bigemine

Gülenay Gencosmanoğlu Türkmen, Berat Eralp, Yüksel Oğuz, Merve Öztürk, Kadriye Yakut, Dilek Şahin

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji kliniği, Ankara

Amaç: Fetal bloklü atrial bigemineli olguyu sunmak

Olgu:

20 yaşında primigravid hasta son adet tarihine göre 40 hafta gebeliği mevcutken fetal aritmi nedeniyle hastanemize sevk edilerek perinatoloji kliniğine yatırıldı. Hastanın takiplerinde 2'li ve 3'lü tarama testleri normaldi. Glukoz yükleme testi normaldi. Ek sistemik hastalığı olmayan, alkol ve sigara kullanmayan hastanın multivitamin dışında kullandığı ilaç bulunmamaktaydı. Gebeliğinde ateşli hastalık geçirme öyküsü ve aşırı kafein tüketimi olmadığı öğrenildi. Kardiyotokografide fetal kalp hızı 70-80/dk olarak izlendi. Hastanın yapılan ultrasonografisinde gebelik haftası ile uyumlu fetal biyometri izlendi. Amniyon sıvısı yeterliydi. Kardiyak incelemesinde dört oda, büyük damar çıkışları ve üç damar-trakea görünümü normal olup situs solitus mevcuttu. Kalp atımları irregüler izlendi. yapılan M mode değerlendirmede bloklü atrial bigemine izlendi. Doğum eylemi başlayan hasta kalp atış hızının kardiyotokografi ile güvenli izlenememesi nedeniyle sezaryene alındı. Doğum sonrası 1.günde bebek kalp atışları normale döndü.

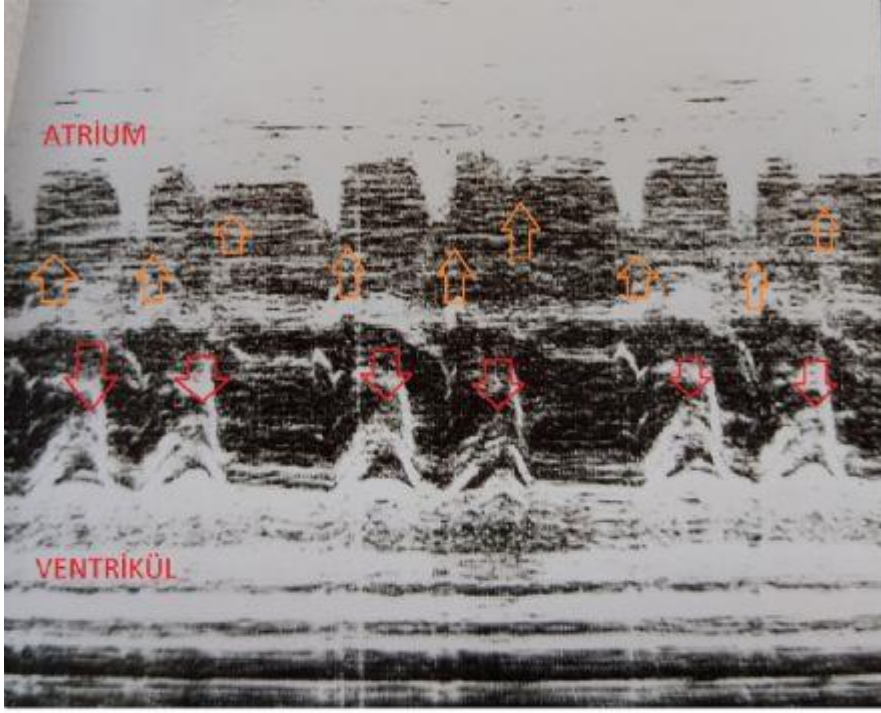
Sonuç:

Fetal aritmi gebeliklerin %1-2'sinde görülmektedir. Fetal kalpteki otomatisite ve/veya anormal iletiye bağlı olarak gelişir. ritme göre (regüler, irregüler) ve hıza göre (bradiaritmi, taşiaritmi) sınıflandırma yapılmaktadır. Tanısı en iyi ultrasonografi ile konulabilmektedir. Özellikle M-mode atrium ve ventrikül duvarı ile atrioventriküler kapak hareketlerini göstererek aritminin tipinin belirlenmesinde yardımcı olur.

İrregüler ritm rutin obstetrik değerlendirmede en sık görülen fetal aritmi tipidir. Çoğunlukla son iki trimesterde görülür. İrregüler ritmin en sık nedeni atrial ekstrasistoldür. Çoğunlukla geçici ve benignidir. Nadir olan formunda prematür atrial kontraksiyon ventriküle iletilmez ve ventrikül hızı atriumdan yavaştır. Çoğu vakada kalp hızı doğum öncesi veya doğumdan hemen sonra normale döner. %1-3 vakada taşiaritmi gelişebilir. Hasta yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: aritmi, fetal, prenatal, atrial bigemine

resim-1



bloklı atrial bigemine

Fetal Supraventriküler Taşikardide Yönetim

Erzat Toprak¹, Filiz Yarşılıkal Güleroğlu¹, Aliye Balkan Özmen¹, Aybike Pekin¹, Kazım Gezginç¹, Mehmet Burhan Oflaz², Nazlı Dilay Gültekin³

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı

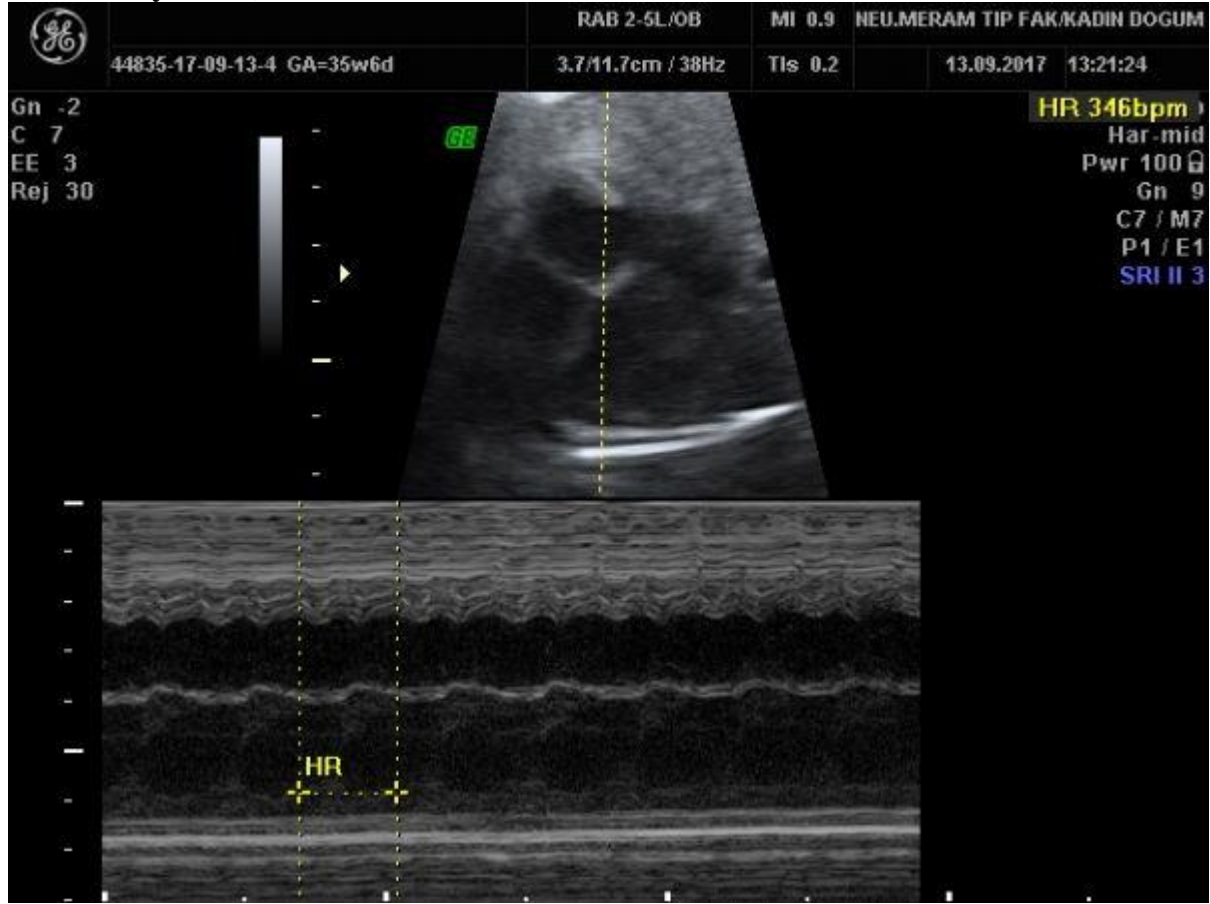
Amaç: Fetal supraventriküler taşikardiler gebelikte karşımıza çıkabilmektedir. Fetal aritmilerin yaklaşık % 90'nını supraventriküler taşikardiler oluşturmaktadır. Klinik spektrumu kalp yetmezliği, hidrops fetalis ve intrauterin kayıba kadar değişmektedir. Bu çalışmada olgu bazlı supraventriküler taşikardi irdelenmiştir.

Olgu: 18 yaşında nulligravid olgu, gebeliğinin 35. haftasında kliniğimize doğumunu planlamak üzere başvurdu. Rutin ultrasonografide fetal taşikardi saptanması üzerine yapılan M - Mode ve fetal Ekokardiografik (EKO) incelemede 2/1 - 3/1 (atriyal ve ventriküler hız: 346/170/dk) oranında bloklu supraventriküler taşikardi saptandı (Resim1 ve 2). Ultrasonografide fetal biyometri 37 hafta ile uyumlu olup, makat prezantasyon mevcuttu. Ayrıca yapısal fetal anomali izlenmedi. Fetal taşikardiye yol açabilecek olası nedenler açısından yapılan maternal fizik muayene ile laboratuvar testleri normal idi. Pediatrik kardiyolojiye konsülte edilen hastaya digoksin tedavisi başlandı. Digoksin 1 mg/gün yükleme tedavisi sonrası terapötik doz seviyesine ulaşıldıktan sonra (maternal kan digoksin seviyesi: 1.3 ng/ml) idame tedavisine 0.5 mg/gün olarak devam edildi. Tedaviden 48 saat sonraki yapılan kontrolde fetal taşikardi düzelmedi. Hastanın 35 hafta 6 gün iken doğum eylemi başladı. Makat prezantasyon tanısı ile sezaryen operasyonu yapıldı. 3570 gr canlı kız bebek doğurtuldu. Postnatal takibinde Fetal EKO ve Holter EKG yapıldı. Adenozin inhibisyon testi ile atriyal flutter ekarte edildi. Kontrollerde aritmisi olmayan bebek taburcu edildi.

Sonuç: Fetal supraventriküler taşikardiler gebelikte insidental olarak karşımıza çıkabilirler. İntrauterin yönetim gebelik yaşı, ventriküler hız, hidrops varlığı gibi faktörlere bağlıdır. Mevcut olguya digoksin tedavisi başlandı. Medikal tedaviye yanıt vermeyen hasta eyleme girdi, sezaryen ile doğumu gerçekleştirildi.

Anahtar Kelimeler: fetal taşikardi, M -Mode ultrasonografi, digoksin

Fetal atriyal hız, M- Mode



Fetal ventriküler hız, M- Mode



[PP-008]

Prenatal tanı alan Frontonazal (anterior) ensefalosel olgusu

Oğuz Arslan¹, Merve Baştan², Gülseren Yücesoy¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalı, Perinatoloji Ünitesi, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalı, Kocaeli

Amaç: Gebeliğinin 20.haftasında ultrasonografik muayenede frontonasal ensefalosel tanısı alan bir olgu incelenmiştir. Sinsiput bölgesinde kleft ve bu bölgeye fıtıklaşan anterior ensefalosel ile uyumlu görünüm tespit edildi. Kraniofasiyal kleftler nadir görülmekte olup 1.4-4.9/100000 doğumda bir görülmektedirler.

Olgu: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim dalı, Prenatal tanı ve tedavi ünitesine frontonasal ensefalosel ön tanıları ile başvuran, tıbbi öyküsünde özellik izlenmeyen 20. gebelik haftasında G2P1 olan 32 yaşındaki hasta değerlendirildi. Fetal biometri 20 hafta ile uyumluydu. Ultrasonda mikrosefali, frontonasal bölgede yarıklanma ve bu bölgeye doğru fıtıklaşan sağ frontal beyin kesimi, hafif ventrikülomegali izlendi. Binoküler ve interoküler çaplar normal sınırlardaydı. Ek patoloji gözlenmedi. Fetal olumsuz prognoz hakkında aileye bilgi verilerek karyotipleme ve terminasyon seçeneği sunuldu.

Sonuç: Beyin, beyin omurilik sıvısı (BOS), ve meninkslerin kalvaryal defektlerden herniasyonuna ensefalosel denmektedir. Frontonasal tip, nöral tüp defektlerinin en az görülen tipidir. Eşlik eden bulgu olmazsa prognoz genel olarak iyi olmakla birlikte BOS sızıntısı olan olgular menenjit ve beyin apsesi gibi riskleri taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anterior kleft, Frontonazal, Ensefalosel

Şekil 1-A



Frontal kemik defekti ile birlikte intrakraniyal yapıların protrüzyonu

Şekil-1B



Frontal bölgede, kleft ve bu bölgeye fıtıklaşan anterior ensefalosel

Şekil-2



İnteroküler bölgenin hemen üstünde, glabella hizasında açık kranial defekt

[PP-009]

Fokomeli: Bir olgu Sunumu

Esra Kaya, Özlem Ece Başaran, Turhan Aran, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji
Bilim Dalı, Trabzon

Amaç: Nadir görülmesi nedeniyle, antenatal dönemde ultrasonografik olarak saptanan bir fokomeli olgusunu sunmak.

Olgu: 23 yaşında, özgeçmişinde akraba evliliği ve gebelik boyunca ilaç kullanım öyküsü olmayan gravidası iki abortusu bir olan olgu, kliniğimize ilk kez, son adet tarihine göre 14 hafta 1 günlük gebelik haftasında başvurmuştur. Yapılan obstetrik ultrasonografide ölçümleri gebelik haftası ile uyumlu fetus görüldü, fetusta sol ön kol ve el izlenmedi, sağ elde oligodaktili izlendi, sağ alt ekstremitede izlenmedi, sol alt ekstremitede femur ve deforme ayak görünümü izlendi (Resim 1). Hastaya öncelikle fetal kromozom analizi için koryon villüs örnekleme önerildi. İşlem sonucu normal fetal karyotip olarak raporlandı. Aileye gebelik terminasyonu seçeneği sunuldu. Ailenin gebeliği sonlandırma isteği üzerine olgu Rahim Tahliye Kurulu tarafından değerlendirilerek gebeliğin terminasyonu uygun görüldü. Olgudan 50 g ağırlığında tek, exitus, cinsiyeti belirsiz fetus tahliye edildi (Resim 2). Aile düşük materyalinden genetik ve patolojik incelemeyi kabul etmedi. Plasentanin patolojik incelemesinde villuslarda yaygın ödem izlenmiştir.

Sonuç: Fokomeli, ultrasonografi ve genetik inceleme ile gebeliğin ilk trimesterinde tanı konulabilen bir konjenital hastalıktır. Tanıda erken dönem obstetrik ultrasonografisinin yeri tartışılmazdır.

Anahtar Kelimeler: Fokomeli, Gebelik terminasyonu, Ultrasonografi

Gebeliğin 14. haftasında ultrasonografik olarak saptanan bir fokomeli görüntüsü



Resim 2. Cinsiyeti belirsiz 50 g termine edilmiş fetüs



Jejunoileal atreziye bağlı mekonyum peritonitinin prenatal tanısı ve yönetimi

Aliye Balkan Özmen¹, Filiz Yarşılıkal Güleroęlu¹, Fedi Ercan¹, Erzat Toprak¹, Aybike Pekin¹, Müslüm Sarıkaya¹, Zeynel Gökmen², İshak Akıllıoęlu³, Ali Acar¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi Kadın Doğum Ana Bilim Dalı, Konya

²Başkent Üniversitesi Konya Uygulama Araştırma Merkezi Pediatri Neonatoloji, Konya

³Başkent Üniversitesi Konya Uygulama Araştırma Merkezi Pediatrik Cerrahi, Konya

Amaç: Mekonyum peritoniti çeşitli nedenlerle gelişen intrauterin barsak perforasyonuna bağlı kimyasal peritonit tablosudur. Neonatal dönemde mortalitesi yüksek olup prenatal tespiti önemlidir. En sık neden kistik fibrozis olup diğer nedenler arasında jejunal ve ileal atrezi de bulunmaktadır. Jejunal ve ileal atreziler 1/3000-5000 canlı doğumda görülen ince barsak lümen obstrüksiyonudur. Perforasyon ve mekonyum peritonit riski %6'dır. Asit, kalsifikasyonlar ve dilate barsak birlikteliği mekonyum peritonitinde patognomoniktir.

Olgu: Olgumuz 33 yaşında, Gravida 3 Para 2 olan 33+2 haftalık gebe batın içi kistik kitle ön tanısıyla kliniğimize refere edildi. Prenatal ultrason taramasında fetal batını dolduran yoğun içerikli mayi ve yer yer periton yüzeyleri ve karaciğer serozasında kalsifikasyonlar görüldü (resim 1-2). Mekonyum peritoniti ön tanısı ile fetal batın içi sıvı aspire edildi. Nativ yayma preperatta lanugo görölmesi sebebiyle aspirat mekonyum olarak değerlendirildi. Hasta interne edildi. Antenatal steroid uygulaması sonrası fetal iyilik hali günlük biyofizik profil ile takip edildi. 34/1 gestasyonel haftada uterin kontraksiyonların başlaması ve aktif doğum eylemi sebebiyle eski sezaryen endikasyonu ile sezaryen doğum gerçekleştirildi. Sırasıyla 1. ve 5. dk Apgarı 6 ve 7 olan 1910 gr kız bebek doğurtuldu. Batın distansiyonu olan yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı (resim 3). Batın aspirasyonu mekonyum olarak gelmesi ve baryumlu grafide intestinal atrezi saptanması üzerine pediatrik cerrahi tarafından mekonyum peritoniti ön tanısıyla yenidoğan postnatal 3. gününde opere edildi, operasyon sırasında jejunoileal atrezi tip 4'e bağlı perforasyon ve peritonit tablosu izlendi. Rezeksiyon ve enterostomi yapıldı (resim 4). Yenidoğan postop 0. günde kardiyorespiratuar yetmezlik nedeniyle ex oldu.

Sonuç: Jejunal ve ilaeal atreziler ultrasonda geç 2. ve 3. trimesterde bulgu veren, perforasyon ve mekonyum peritoniti gibi komplikasyonlara yol açabilen, neonatal morbidite ve mortalitesi yüksek malformasyonlar olmaları sebebiyle prenatal tanı konulan olgularda fetüs yakından takip edilmeli, doğum neonatoloji ve pediatrik cerrahi ekiplerinin de bulunduğu tersiyer merkezlerde gerçekleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: jejunoileal atrezi, mekonyum peritoniti, ultrasonografi

resim 1



batın içi sıvı ve barsak dilatasyonları

resim 2



batın içi sıvı ve kalsifikasyonlar

resim 3



batın distansiyonu

resim 4



jejunoileal atrezi

Prenatal Ektopia Kordis Tanısı ve Yönetimi: Olgu Sunumu

Aylin Yılmaz, Tuğba Saraç Sivrikoz, Gürcan Türkyılmaz, Didar Kurt, Emircan Ertürk, İbrahim Kalelioğlu, Recep Has, Atıl Yüksel
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ektopia kordis kalbin kısmen veya tamamen toraks boşluğu dışında yerleşmesi ile karakterize konjenital bir anomalidir. 0.8/100.000 doğumda bir görülür. İzole bir anomali olabildiği gibi Cantrell pentalojisine eşlik eden bir anomali olarak da bulunabilir. Ektopia kordisle beraber intrakardiyak anomaliler, abdominal duvar defekti, kranial anomaliler, yüz anomalileri, yarık damak dudak ve kromozomal anomaliler de saptanabilir. Kliniğimize başvuran ve gebelik terminasyonu ile sonuçlanan bir ektopia kordis olgusunun sunumunu amaçladık.

Olgu: 31 yaşında, bir normal doğum öyküsü olan gebe, 19. gebelik haftasında ektopia kordis ön tanısı ile kliniğimize refere edildi. Yapılan ultrasonografik değerlendirmede bilateral ventrikülomegali saptandı. Fetal başta yonca yaprağı görüntüsü izlendi (resim 1). Boyunda bilateral servikal blebler izlendi. Fetal kalp toraksın dışında, ektopia kordis izlendi (resim 2). Her iki alt ekstremitede fleksiyon kontraktürü izlendi. Koryon villüs biyopsisi yapıldı, uzun süreli hücre kültüründe normal fetal karyotip saptandı. Fetusta ektopia kordise eşlik eden bilateral ventrikülomegali ve yonca yaprağı şeklinde kafa şekli bulguları ile literatürde uyumlu sendrom bulunamadı. Olumsuz prognoz nedeniyle gebeliğin terminasyonu seçeneği aileye sunuldu. Postmortem incelemede fasiyal dismorfizm, bilateral mikroftalmi, ektopia kordis ve ek anomaliler saptandı (resim 3). Olgumuzda ektopia kordis ve mikroftalmi bulguları ayırıcı tanıda Goltz-Gorlin sendromunu akla getirse de bu sendromda izlenen yarık damak-dudak, fokal cilt atrofileri ve ekstremitte anomalileri bulunmaması nedeniyle bu tanıdan uzaklaşıldı. Kromozomal anomali dışlanan hastada olası submikroskopik delesyon ve duplikasyon sendromları açısından array-CGH analizi önerildi.

Sonuç: Prenatal tanı alan ektopia kordis bir sendromun parçası olabileceği gibi izole de olabilir. Kötü prognoz nedeniyle prenatal erken tanısı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ektopia kordis, Goltz-Gorlin sendromu, ventrikülomegali

1



Fetal başta yonca yaprağı görüntüsü

2



Ektopia kordis görüntüsü

3



Fetusun postmortem görüntüsü

[PP-012]

Birinci trimester intrauterin gelişme geriliği ile prezente olan triploidi olgusu

Filiz Yarşılıkal Güleröğlu, Aliye Balkan Özmen, Erzat Toprak, Fedi Ercan, Aybike Pekin, Müslüm Sarıkaya, Ali Acar

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Doğum Ana Bilim Dalı, Konya

Amaç: Triploidi klinik olarak tanınan gebeliklerin% 1-3'ünde görülür ve spontan düşüklerin yaklaşık % 20'sini oluşturur. Canlı doğan bebeklerde sıklığı 1/10,000 civarındadır. Triploidi, anneden (diginik) veya babadan (diandrik) gelen tam set halindeki haploid kromozom fazlalığıdır. Ekstra kromozom seti paternal olduğunda (diandrik, tip I triploidi, vakaların % 75'i) IUGG(intrauterin gelişme geriliği) orta derecede, simetrik olup plasenta hidropik ve büyüktür (parsiyel mol). Ense kalınlığı genellikle artar. Ekstra kromozom seti maternal (diginik, tip II triploidi, olguların % 25'inde) olduğunda, normal ense kalınlığı, şiddetli asimetrik IUGG, göreceli makrosefali ve küçük gövde, normal veya küçük plasenta ve oligohidramnios ile ilişkilidir. Bu fetusların %50'sinde bir veya daha fazla malformasyon bulunur. İlk trimesterde fetal gelişim geriliği endikasyonu ile karyotipleme yapılan ve sonucu triploidi çıkan olguyu sunmayı amaçladık. Olgu: 36 yaşında gravida 2 para 1 olan gebe dış merkezden İUGG, oligohidramnios ön tanısıyla tarafımıza refere edildi. Adetleri düzenli olan hasta son adet tarihine göre 14 hafta 0 günlük gebeydi. İlk ultrasonografi ile gebelik haftası teyit edilen fetusun baş popo mesafesi 12 hafta 4 gün, biparietal çap 14 hafta 0 gün ile uyumluydu (resim 1 ve 2). Plasenta ince olup oligohidramnios mevcuttu (resim 3 ve 4). Ense kalınlığı 1,19 mm ölçüldü. Hastaya tanı için genetik test önerildi. Onamı alınarak koryon villus örnekleme yapıldı. Sonuç 69 XXX olarak geldi. Hastaya terminasyon önerildi. Hasta ve eşinin onamıyla gebelik sonlandırıldı. Abort materyelinde gross patoloji görülmüdü.

Sonuç: Erken dönemde saptanan asimetrik gelişme geriliğinde ve göreceli makrosefali olgularında yaşamla bağdaşmayan triploidi ön tanısı akla gelmeli, hastalara tanı için invaziv genetik test önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: triploidi, erken İUGG, ultrasonografi

resim 1



CRL ölçümü

resim 2



BPD ölçümü

resim 3



resim 4



Prenatal Tanı Alan Tekrarlayan Fetal Megasistis: Olgu Sunumu

Gürçan Türkyılmaz, Emircan Ertürk, Tuğba Saraç, Aylin Yılmaz, Didar Kurt, İbrahim Halil Kalelioğlu
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

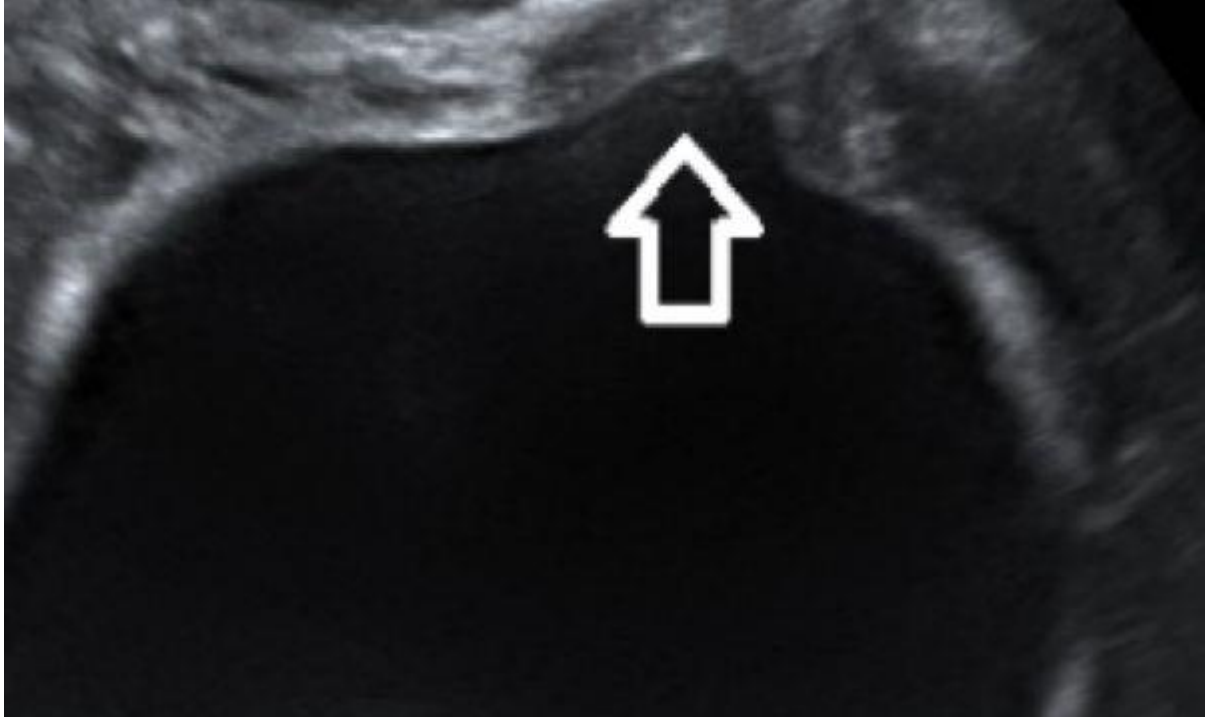
Amaç: İlk gebeliği PUV nedeniyle, ikinci gebeliğinde ise etiyojisi bilinmeyen megasistis saptanan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 29 yaşında G1P0 hastada yapılan 26. gebelik haftasındaki fetal değerlendirmede fetüste mesane ileri derecede dilate izlendi ve anahtar deliği görünümü mevcuttu. Amniyotik sıvı miktarı normaldi ve bilateral böbreklerde hidroüteronefroz saptanmadı ve böbrek ekojeniteleri normaldi. Mesane ponksiyonu yapılarak 350 cc fetal idrar boşaltıldı ve fetal idrar analizi yapıldı. İki gün aralarla iki kez daha mesane ponksiyonu yapıldı ve fetal idrar analizi sonucu fetal idrar kalitesinin iyi olduğunu düşünüldü. Bu nedenle hastaya vezikoamniyotik şant girişimi önerildi ancak hasta girişimi kabul etmedi. Haftalık amniyotik sıvı miktarı takip edildi ve 31. gestasyonel haftada anhidramniyos saptandı. 34. gebelik haftasında antenatal steroid dozlarını takiben sezaryen ile 2520 gr 47 cm 6/7 APGAR skorlu bir erkek bebek doğurtuldu. Neonatal 20. günde solunum yetmezliği nedeniyle bebek kaybedildi. 2 yıl sonra ikinci gebeliğinde 25. gestasyonel haftada tekrar fetal megasistis tanısı ile kliniğimize refere edildi. Yapılan fetal muayenede megasistis ve mesane duvar kalınlığında artış saptandı ve mesanede anahtar deliği görünümü mevcuttu. Fetal cinsiyet kız olarak değerlendirildi. Bilateral böbreklerde periferik kaliektazi ve ekojenite artışı saptandı. Amniyotik sıvı normal izlendi. Nukal kalınlık 10 mm ölçüldü. Bağırsaklarda dilatasyon veya ekojenite artışı saptanmadı. Hastaya karyotip analizi önerildi ancak hasta invaziv girişimi kabul etmedi. Takipleri kliniğimizde yapılan hastada 28. gestasyonel haftada anhidramniyos gelişti ve haftalık amniyotik sıvı takibi önerildi ancak hasta takiplerine gelmedi. 32. haftada dış merkezde intrauterin fetal ölüm saptanması üzerine 2050 gr 40 cm kız bebek doğurtuldu. Hasta genetik muayene ve postmortem otopsiyi kabul etmedi.

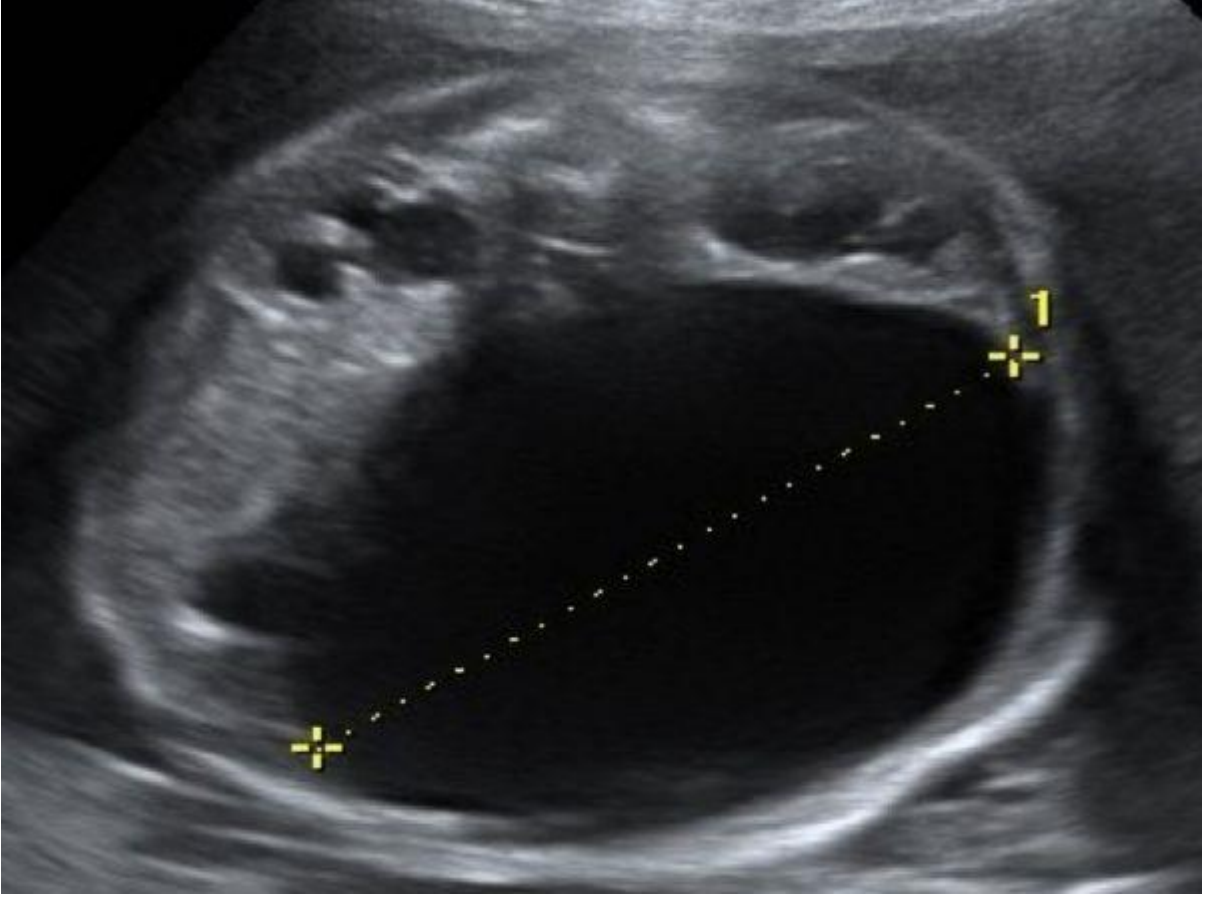
Sonuç: Obstrüktif nedenli fetal megasistis olguları sporadik vakalardır ve genetik bir neden gösterilememiştir. Tekrarlama ihtimali düşük olarak kabul edilir ancak yine de megasistis öyküsü olan gebeliklerde fetal anatomi değerlendirmesi yapılmalı ve megasististen şüphelenilirse prenatal tanı merkezlerine refere edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: anomali, genitoüriner, megasistis

anahtar deliği görünümü



megasistis ve kortikal displazi



Üçüncü Trimesterde Preeklampsi ile ilişkili subkoryonik hematoma; Olgu sunumu

Hasan Eroğlu, Onur Kaya, Gökhan Karakoç, Şule Aykan, Orhan Altınboğa, Ertuğrul Karahanoğlu, Deniz Esinler, Mert Turğal, Aykan Yücel
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

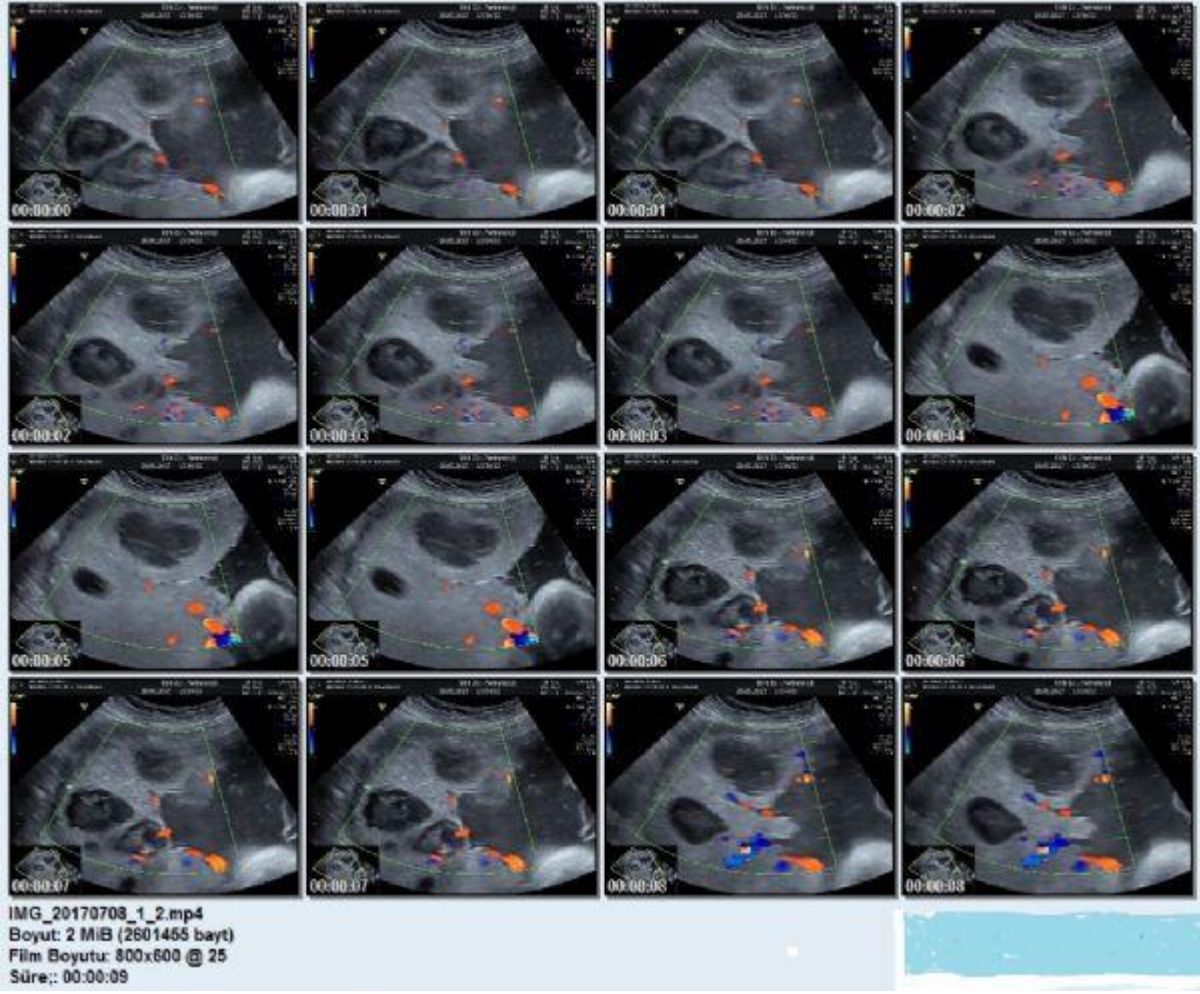
Amaç: Üçüncü Trimesterde Preeklampsi ile ilişkili subkoryonik hematoma olgu sunumu
Olgu: 37 yaşında SAT 'e göre 36 hafta 4 gün G3P2Y2 olgu kontrol için polikliniğimize başvurdu. Polikliniğimizde ölçülen kan basıncı 140/90 mm Hg idi. Rutin idrar tetkikinde protein 4 pozitif, LDH: 260 olarak tespit edildi. Yapılan abdominal ultrasonografide fetusun biyometrik ölçümleri gebelik haftasıyla uyumlu idi. Plasenta içinde en büyüğü 5 cm çapa ulaşan 4 adet hipoekoik hematoma alanı izlendi. (Resim 1-video1). Kitlede doppler ultrasonografi ile akım tespit edilmedi. Hasta bu bulgularla subkoryonik hematoma ve preeklampsi ön tanıları ile kliniğe yatırılıp takibe alındı. NST, Fetusun Biofizik profil değerlendirmesi ve doppler akımları normal saptandı. Hastanın klinik takiplerinde 24 saatlik idrarda protein 8913 mgr geldi. Yatışının üçüncü gününde Kan basıncı 160/100 mm Hg olunca Alfamet 4x1 başlandı. NST 'nin nonreaktif seyretmesi, hastada görme bulanıklığı ve baş ağrısı şikayetlerinin gelişmesi üzerine şiddetli preeklampsi tanısıyla sezaryan ile doğuma karar verildi. Sezeryanla çıkarılan plasenta masraskopik olarak incelendiğinde 5 adet subkoryonik hematoma plasenta içinde düzgün bir şekilde sınırlandığı görüldü (Resim 2-Video2).

Tartışma: Subkoryonik Hematoma intrauterin gelişme geriliği, fetal distres ve fetal ölüm gibi ciddi gebelik komplikasyonları ile ilişkilidir. Küçük ve asemptomatik subkoryonik hematoma olgularında gebelik komplikasyonları ve perinatal kötü sonuç beklenmez ve takip yapılabilir. Ancak fetusun beslenmesini ve oksijenizasyonunu önemli ölçüde azaltacak büyük bir kitle veya kanama söz konusu ise gelişme geriliği ve fetal ölüm gerçekleşebilir. Bu nedenle Doppler ultrasonografi ve diğer fetal iyilik hali testleri ile bu olgular yakın takip edilmelidir.

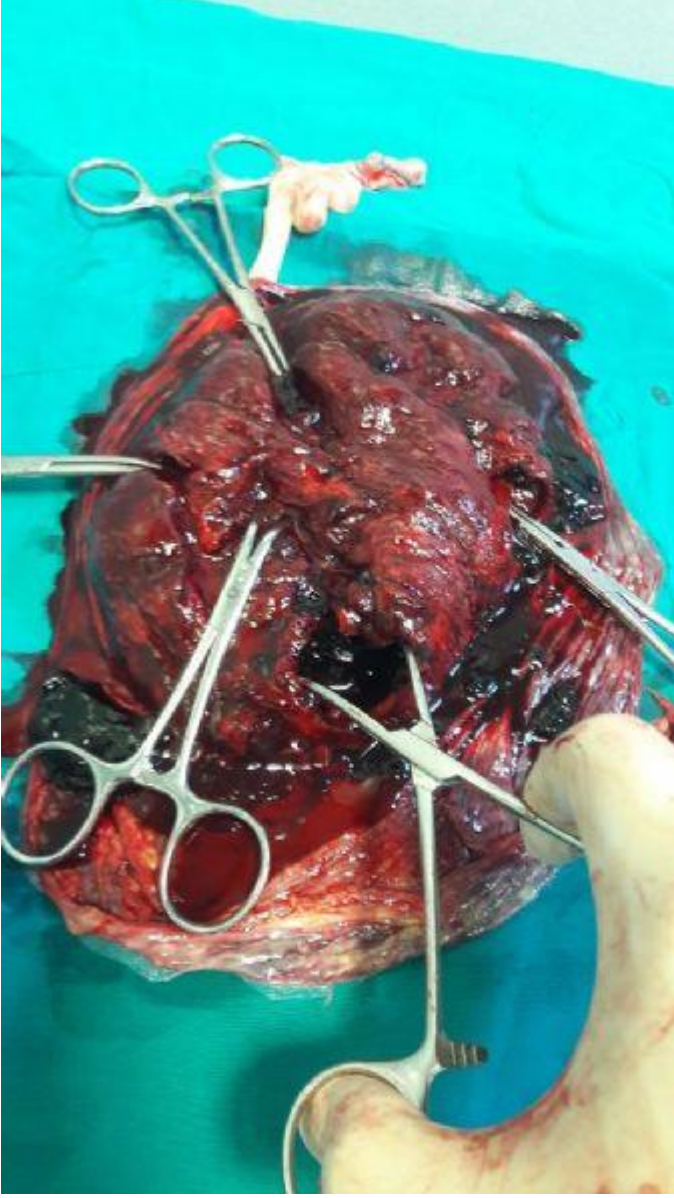
Sonuç: Gebelik sırasında saptanan kanamalarda doğru tanı için en önemli kriter kanamanın plasenta ile olan ilişkisidir. Subkoryonik hematoma olgularında antenatal kanama, intrauterin fetal ölüm gelişebileceği de unutulmamalıdır. Bizim olgumuzda olduğu gibi fetal distres veya maternal durumda kötüleşme söz konusu olduğunda doğum hemen gerçekleştirilmelidir. Termden uzak asemptomatik olgular ise yakın takip kaydıyla konservatif olarak takip edilebilirler. Doğru yaklaşım için doğru anatomik tanı gebelik kanamalarında önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Subkoryonik hematoma, Preeklampsi, Fetal Distres

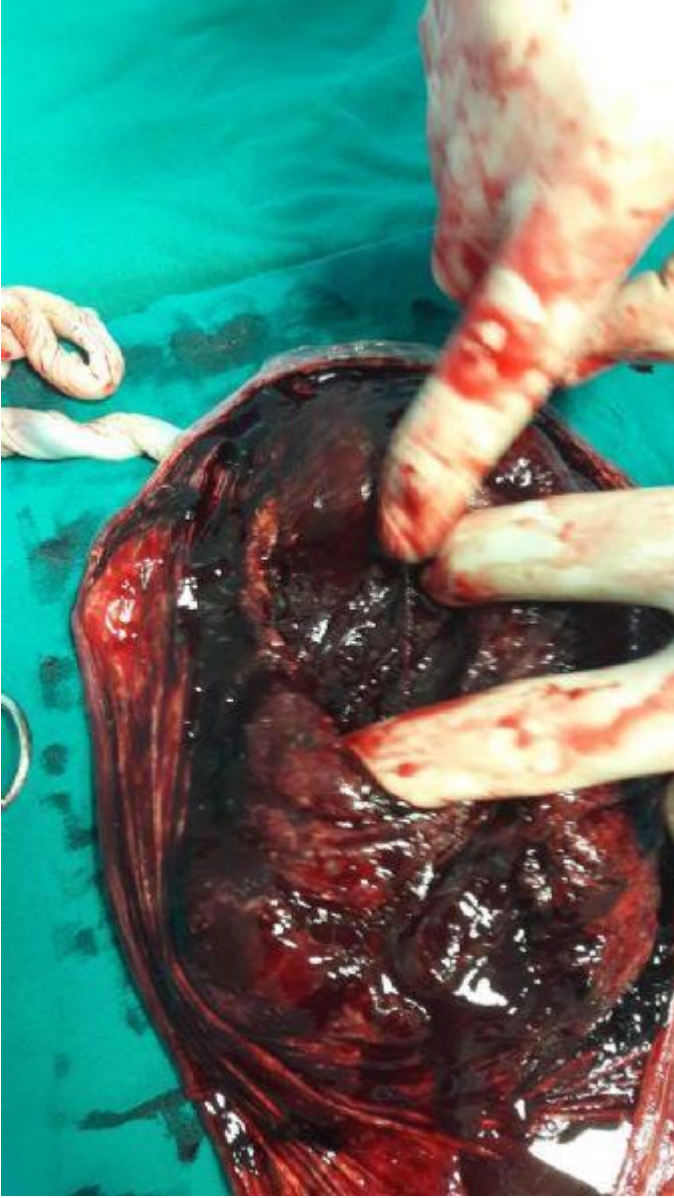
Resim 1. Plasenta içinde hipoekoik kitleler. Kitleler üzerinde yapılan doppler incelemesinde akım tesbit edilmedi.



Resim 2. İntraplasental hematom görölüyor.



Resim 2. İntraplasental hematom görölüyor.



Prenatal dev sakrokoksigeal teratom olgusu

İbrahim İnanç Mendilcioğlu¹, Serdar Kaya¹, Abdurrahman Karaman²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Teratomlar en sık görülen fetal tümörlerdir. Sıklıkla sakrokoksigeal teratom şeklindedir ve insidansı 1/27000 -40000 canlı doğumdur. Her ne kadar benign histolojik karaktere sahip olsa da prenatal olarak tanı alan olgularda %25-37 mortalite bildirilmiştir.

Olgu: 36 yaşında, primigravid, fetal hidronefroz ön tanısı ile 26. gebelik haftasında perinatoloji kliniğimizde değerlendirilen hastanın yapılan sonografik incelemesinde fetal batin içerisinde 65 x62 mm solid ve kistik alanlar içeren, belirgin vaskülarizasyon izlenmeyen, sınırları belirsiz heterojen kitle ve bilateral pelviyektazi saptandı. Mevcut bulgularla hasta sakrokoksigeal teratom ve nöroblastom ön tanılarıyla takibe alındı. 32. gebelik haftasında çevre intraabdominal organları basıya uğratan, diyaframı eleve eden kitlenin 141 x 100 mm'ye ulaştığı görüldü. İntrauterin dönemde fetal hidrops ve kardiyak yetmezlik bulgusu izlenmedi. Gebeliğin 33. haftasında 3135 gram kız bebek fetal distress endikasyonu ile sezaryen ile doğurtuldu. Postnatal dönemde solunum güçlüğü nedeni ile entübe olarak takip edilen yenidoğanın fizik muayenesinde batin ileri derecede distandü izlendi, kosta altında ele gelen sert kitle, bilateral ayaklarda ödem mevcuttu. Abdominal tomografisi germ hücreli tümör ile uyumlu olan ve yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde immatür mezenkimal hücreler saptanan yenidoğana preoperatif dönemde karboplatin kemoterapisi uygulandı. Postnatal 6.gününde opere edildi. Tüm batını dolduran 15 x 10 cm boyutlarında (900 gr) retroperitoneal kitle koksiks ile birlikte total çıkarıldı. Genel durumu kötüleşen bebek postpartum 10. gün ex oldu.

Sonuç: Sakrokoksigeal teratomlar pluripotent hücre kaynaklı her üç germ yaprağından doku içeren germ hücreli tümörlerdir. Olguların büyük kısmı benign iken yaklaşık % 20 olgu maligndir. Sakrokoksigeal tümörler presakral ve eksternal tümör oranına göre sınıflandırılır. Olgumuzda da olduğu gibi eksternal komponenti olmayan, tamamen internal büyüyen teratomlar tip 4 olarak sınıflandırılır. Bu büyüme paterninden dolayı tip 4 olgular geç dönemde tanı alır ve tanı anında sıklıkla malign transformasyon mevcuttur. Sıklıkla eksternal komponente sahip olan sakrokoksigeal teratomlar, bu olguda olduğu gibi sadece intraabdominal yerleşimli olan kitlelerin ayırıcı tanısında da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sakrokoksigeal teratom, intraabdominal kitle, fetal tümörler

Resim 1



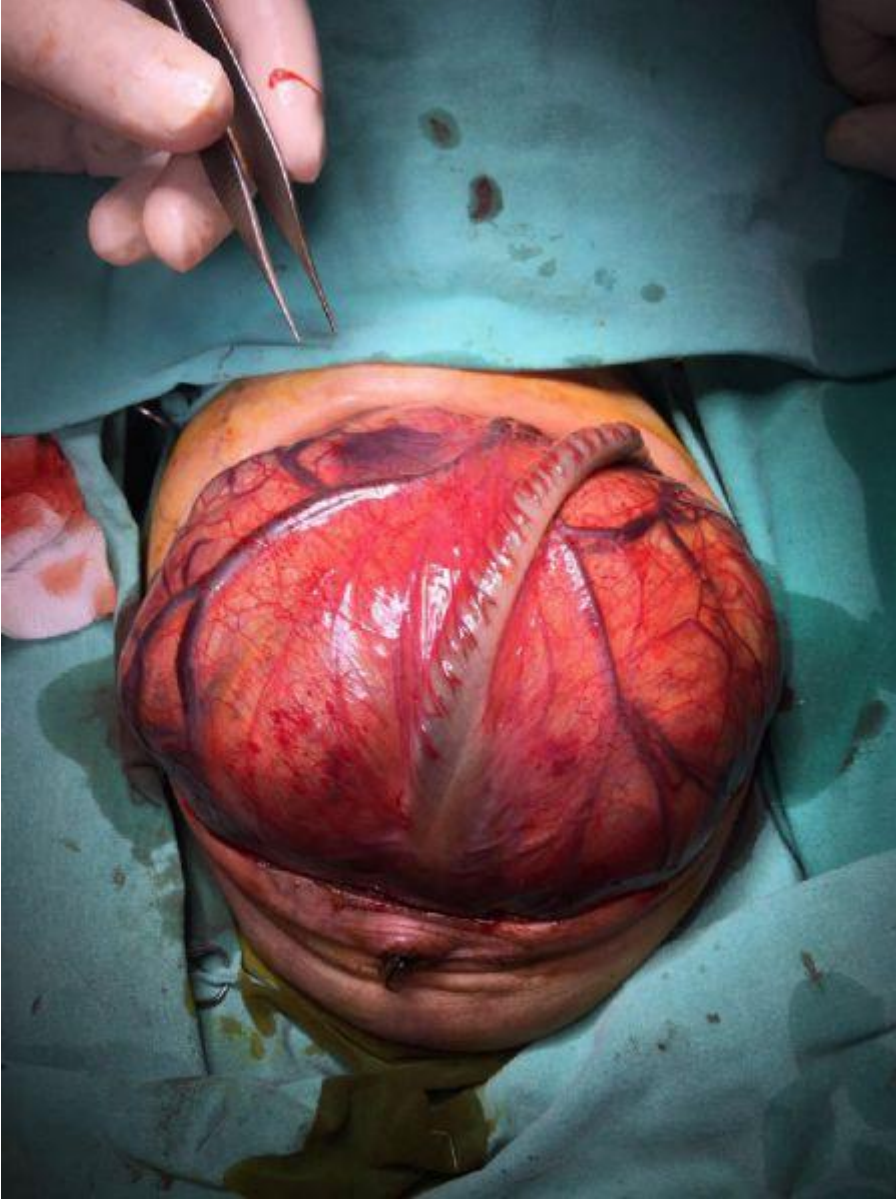
Fetal intraabdominal kitlenin sonografik görünümü

Resim 2



Yenidoğanın preoperatif görünümü

Resim 3



Fetal abdominal kitlenin intraoperatif görünüm

[PP-016]

TRAP (Twin Reversed Arterial Perfusion) Sekansı:Olgu Sunumu

Kadriye Yakut, Merve Öztürk, Yüksel Oğuz, Gülenay Gençosmanoğlu Türkmen, Özgür Kara, Dilek Uygur

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

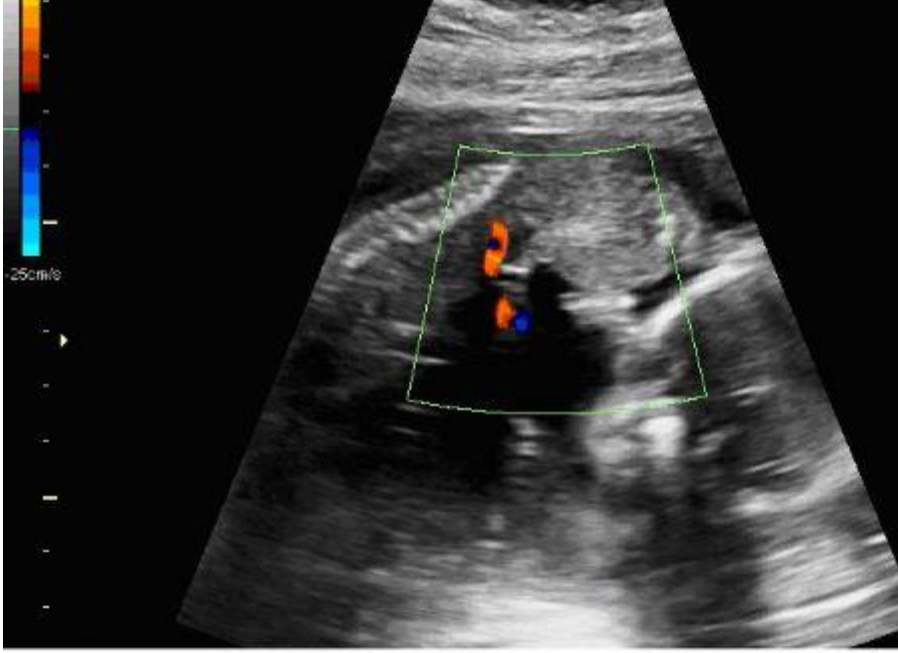
Amaç: TRAP sekansı 1/3 monoamniotik olmak üzere, monokoryonik ikiz gebeliğe spesifik, nadir görülen bir durumdur. İntrauterin mort fetus ön tanısı ile kliniğimize refere edilen, 18 hafta monokoryonik diamniotik TRAP sekansı olgusu prenatal ve postnatal bulguları ile sunulmuştur.

Olgu: 21 Y, G1; ultrason incelemesinde; 18 haftalık pompa ikiz ve asefalus, akardiyak fetus içeren TRAP sekansı izlendi. Akardiyak ikizde, gastroşisiz mevcut olup; kranyum ve üst ekstremitelerin izlenmediği, alt ekstremitelerin ise hipoplazik olduğu tespit edildi (Resim 1). Akardiyak ikize giden umbilikal arterde reverse akım izlendi. Hastaya,kromozomal anomali sıklığı, prognoz ve intrafetal ablasyon yöntemleri konusunda bilgi verildi.İnvaziv herhangi bir girişimi kabul etmeyen hastaya, konservatif yaklaşım planlandı.Pompa ikizin polihidramnios, anemi ve kardiyak disfonksiyon açısından antenatal takibi yapıldı.Kardiyomegali, triküspit yetmezliği ve anormal ductus venosus akım paterni izlenmesi üzerine; nöroprotektif ve kortikosteroid tedavi sonrasında 30. gestasyonel haftada sezaryen ile doğum gerçekleştirildi. 5-7 Apgar 1215 gr kız bebek ve 750 gr akardiyak ikiz doğurtuldu.(Resim 2)

Sonuç: TRAP sekansının erken embryonik dönemde plasentadaki anormal arterio-arterial anastomozlar nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir. Akardiyak ikiz, pompa ikizden gelen deoksijene kan ile umbilikal arter aracılığı ile perfüze olur ve sıklıkla kranial yapıların izlenmediği, rudimenter kalp dokularını içerebilen, alt ekstremitelerin üst ekstremiteye kıyasla belirgin geliştiği, anormal sonografik bulguları içerebilmektedir. Dismorfik anormal ikizde, umbilikal arterde reverse akım tespit edilmesi patognomiktir. %66 single umbilikal arter eşlik etmektedir.Pompa ikizde, artan dolaşım yükünden kaynaklanan; kardiyomegali, polihidramnios, kardiyak disfonksiyon bulguları ve hidrops izlenebilir. Major anatomik anormallikler ve aneuploidi riski bu olgularda artmıştır. Polihidramnios, pompa ikizde kardiyak yetmezlik bulguları, hidrops, TRAP ağırlığının pompa ikiz ağırlığından fazla olması kötü prognoz göstergesidir. İntrafetal ablasyon seçenekleri içerisinde radyofrekans ablasyon en başarılı yöntemdir.Konservatif yönetimde pompa fetus mortalitesi yaklaşık %50' dir..Monokoryonik gebeliklerde intrauterin mort fetus düşünülen olgularda TRAP sekansı ayırıcı tanıda akla gelmeli ve anormal ikizde umbilikal arter akımı değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: TRAP, monokoryonik, ikiz gebelik

resim 1



18 haftalık monokoryonik diamniotik trap sekansı içeren akardiak ikiz

resim 2



Akardiak İkiz, Otopsi Materyali

[PP-017]

Double Aortik Ark Prenatal Tanısı: Olgu Sunumu

Merve Öztürk, Kadriye Yakut, Yüksel Oğuz, Gülenay Gençosmanoğlu Türkmen, Özgür Kara, Dilek Şahin

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Fetal kalp anomalisi şüphesi kliniğimize başvuran 'double aortik ark' olgusunun prenatal tanı ve takibini sunmayı amaçladık

Olgu: 29 yaşında g2p1 olan hasta 24 haftalık gebe iken fetal aortik ark anomalisi şüphesi ile fetal ekokardiyografi incelemesi için dış merkezden perinatoloji kliniğimize yönlendiriliyor. Antenatal tarama testinde nt: 1.3 mm olarak ölçülmüş, ikili testte, down sendromu riski 1:16000 saptanmıştır. Kliğinimizde yapılan ultrasonografi incelemesinde normal fetal büyüme izlendi ve ekstra-kardiak anomali saptanmadı. Segmental analizlerde situs solitus, dört odacık ve atrioventriküler bağlantılar ve büyük damar çıkışları normal olarak izlendi. Bir üst kranial ve oblik seviyede sağ ve sol ark olmak üzere aortik ark bifurkasyonu izlendi (şekil.1A). Üst toraks kesitinde, trakea çevresinde yakın vasküler ring izlendi (şekil.1B). Double aortik ark (DDA) düşünüldü. Hastaya kromozomal analiz önerildi. Fakat hasta kabul etmedi. Fetal büyümüş gelişme takibinde sorun olmayan hasta, eski sezaryen skarı nedeniyle 39 hafta iken sezaryene alındı. Bir adet 3000 gr bebek 8/10 apgarla doğurtuldu. Post-natal incelemede double aortik ark tanısı konfirme edildi.

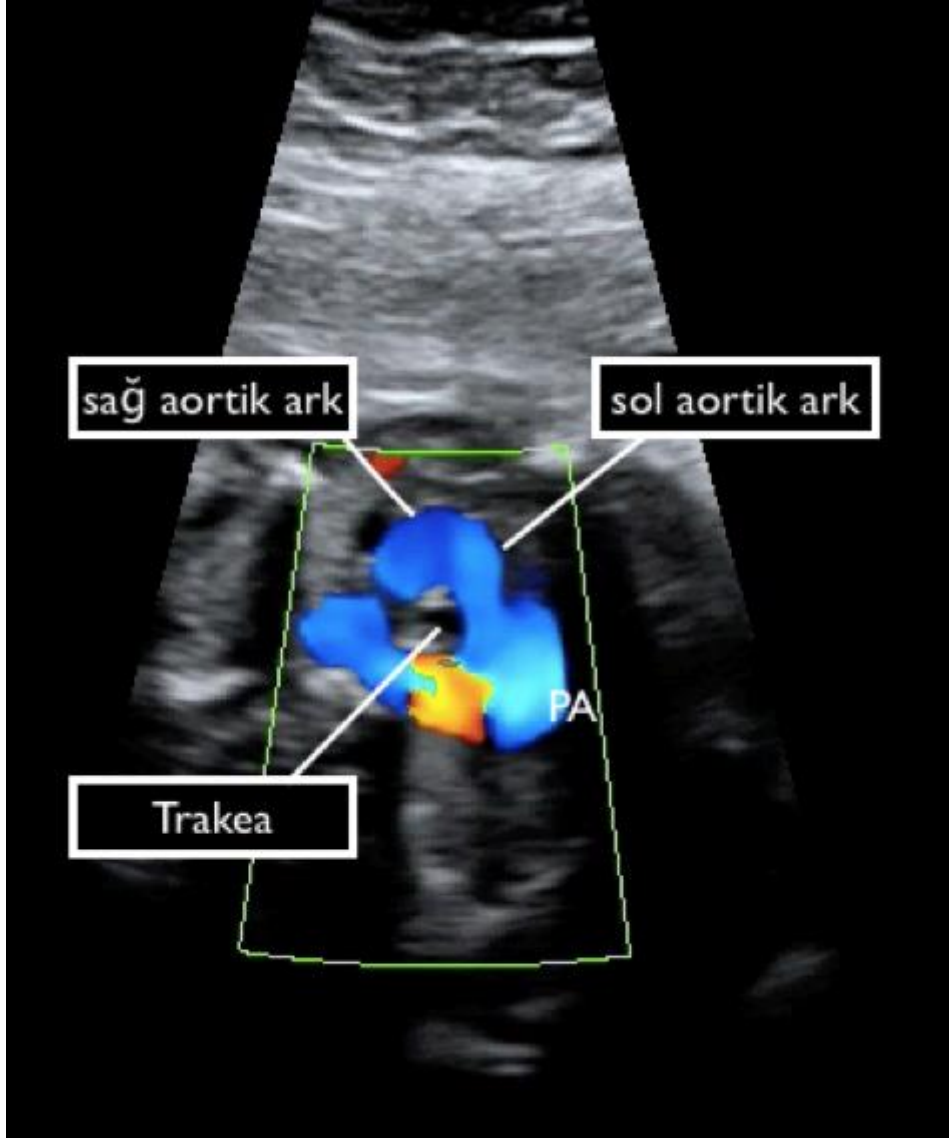
Sonuç: Double aortik ark (DDA) en sık görülen vasküler ring tiplerinden birisidir. DDA şüphesi, usg de her iki aortik ark ve sol duktus arteriozusun oluşturduğu 'U' işareti saptanması ile ortaya çıkar. 3 damar görüntüsünde, aortik ark sağa ve sola olmak üzere ikiye ayrılır ve arasında trakea izlenir. Dört oda görüntüsü genellikle normaldir ancak inen aorta daha medialdedir. Literatürde, vakaların %20 sinde DDA ile konjenital kalp hastalıklarının ilişkisi izlenmiştir(1). En sık, fallot tetralojisi, büyük arter transpozisyonu ve ventriküler septal defekt ile birliktelik gösterir. İzole bile olsa karyotiplendirme önerilmelidir (2). Trakeal bası nedeniyle postnatal dönemde stridora neden olabilir. Trakeomalazi gelişmeden önce müdahale planlanmalıdır.

Referanslar

1. Ginekoloj. Pol. 2009 Sep;80(9):712-5.[Double aortic arch: prenatal case report].
2. Ultrasound of Congenital Fetal Anomalies: Differential Diagnosis and Prognostic Indicators. Second Edition. Dario Paladini / June 2014

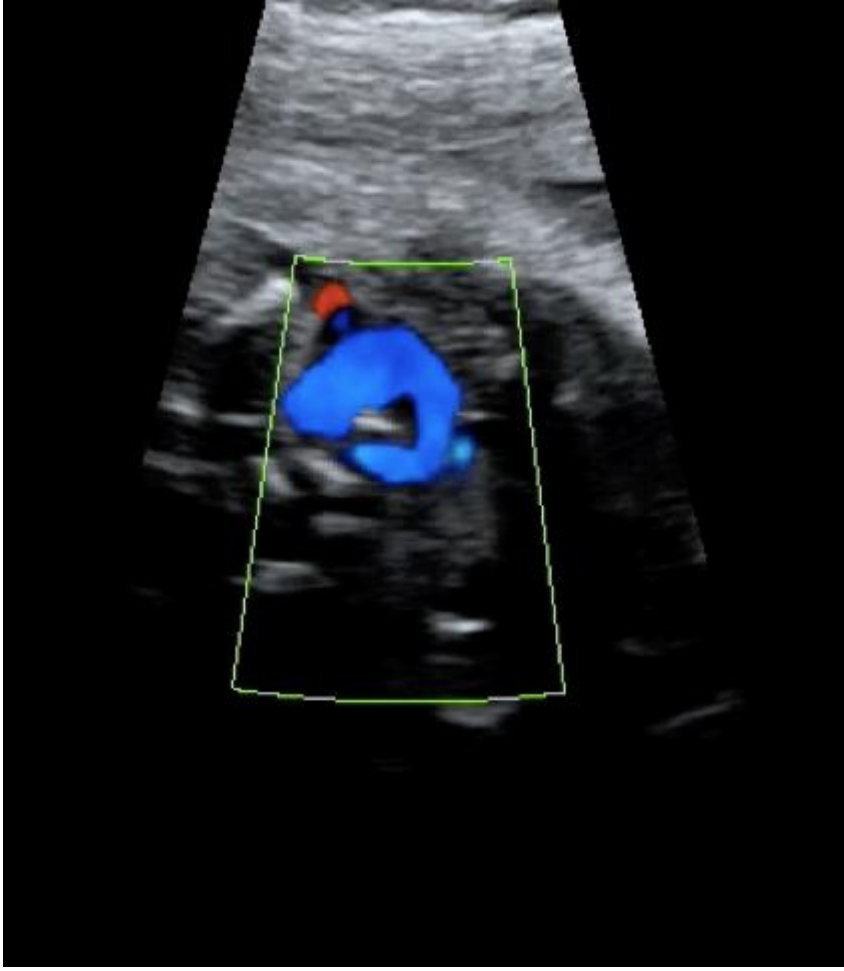
Anahtar Kelimeler: ark, aortik, double

Şekil.1a



DDA power doppler görüntüsü

Şekil.1b



DDA, vasküler ring

[PP-018]

Çift Çıkışlı Sağ Ventrikül ve Megasisterna Magna: Multipl Fetal Anomali: Olgu Sunumu

Merve Öztürk, Yüksel Oğuz, Kadriye Yakut, Gülenay Gençosmanoğlu Türkmen, Özgür Kara, Dilek Şahin

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Multipl fetal anomali nedeniyle kliniğimize refere edilen çift çıkışlı sağ ventrikül ve megasisterna magna olgusunun prenatal tanı ve takibi sunulmaktadır

Olgu: 26 yaşında, g3y2 olan hasta SAT a göre 30 haftalık gebe iken kardiyak anomali şüphesi ile tarafımıza danışılıyor. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir özellik saptanmıyor. Mevcut gebelikte yapılan ikili tarama testinde, trizomi 21 riski: 1:3827, trizomi 13/18 riski: >1:50 saptanması ve üçlü tarama testinde trizomi 18 riski: 1:63 saptanması nedeniyle genetik inceleme önerilmiş. Fakat hasta karyotiplendirme amaçlı invaziv girişimi kabul etmemiş. 30 hafta iken yapılan ultrasonda sisterna magna 15mm saptanıyor (Şekil1a). Fetal ekoda sağ boşluklar normalden geniş, interventriküler septum(İVS) üzerinde geniş VSD, aort İVS üzerinde %60 overriding gösterdiği, pulmoner arterin sağ ventrikülden çıktığı saptanıyor (Şekil1b). Çift çıkışlı sağ ventrikül düşünülüyor. Hastanın takiplerinde fetal intrauterin gelişme geriliği ortaya çıkıyor. Sat'a göre 35 haftalık gebe iken çekilen fetal kranial mr da: lateral ventriküller normal genişlikte, korpus kallosum posteriorda normalde ince olarak izleniyor. Sisterna magna ön-arka çapı: 25 mm, serebellar vermis inferiorda nispeten küçük olarak izleniyor. Sat a göre 39 haftalık iken fetal ölçümler 34 hafta ile uyumlu olan hasta, makat prezentasyon nedeniyle sezaryene alınıyor. 1840 gr bebek doğurtuluyor. Yenidoğan muayenesinde, her iki el ikinci parmakta klinodaktili, klitoral hipertrofi saptanıyor (Şekil2), fetal ekoda DORV tanısı doğrulanıyor.

Sonuç: Çift çıkışlı sağ ventrikül, fetal hayattaki insidansı %3-6, postnatal dönemdeki insidansı %2 dir. Sağ ventrikülden çift ventriküloarterial bağlantı izlenir (1). Kromozomal anomali riski oldukça yüksek olup (%12-45) mutlaka karyotiplendirme önerilmelidir (2). Ekstrakardiyak anomaliler açısından ayrıntılı inceleme yapılmalıdır. Neonatal sonuçlar kardiyak anatomiye bağlı olarak oldukça farklılık gösterebilir. Doğum pediatrik kardioloji ünitesi olan, tersiyer merkezde planlanmalıdır

Referanslar

1. Ultrasound of Congenital Fetal Anomalies. Second Edition Dario Paladini 2014
2. Allan LD, Sharland GK, Milburn A, et al. Prospective ultrasound diagnosis of 1006 consecutive cases of congenital heart disease in the fetus. J Am Coll Cardiol 1994.

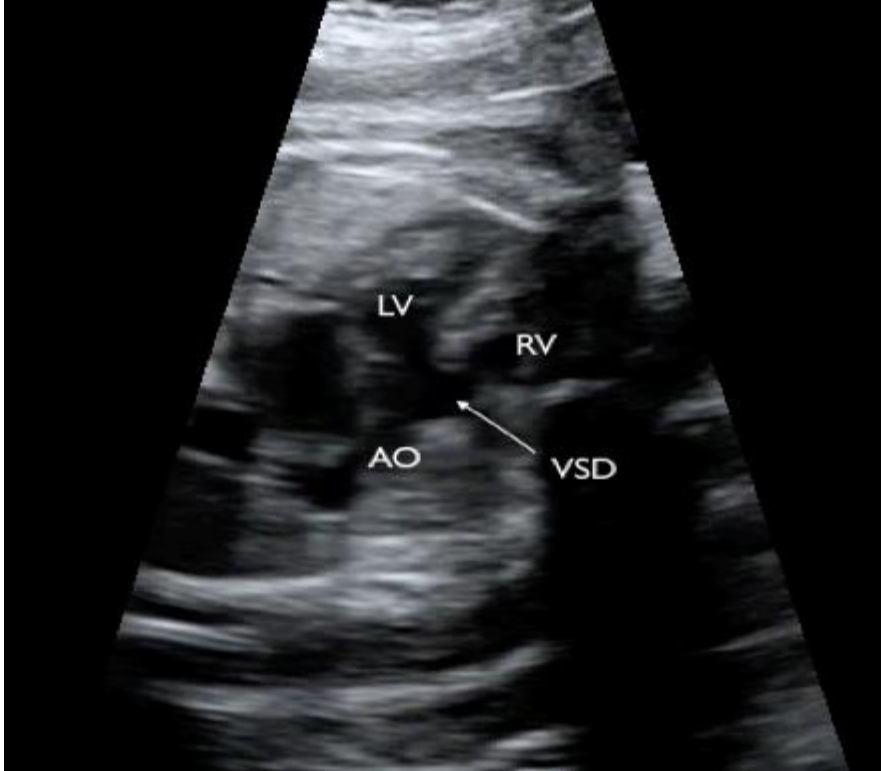
Anahtar Kelimeler: çift, çıkışlı, multipl, ventrikül

Şekil 1a



Megasisterna magna

Şekil 1b



Geniş VSD, aort İVS üzerinde %60 overriding gösteriyor

Şekil 2



klinodaktili

[PP-019]

PRUV (Persiste Sağ Umblikal Ven): Olgu Sunumu

Kadriye Yakut, Merve Öztürk, Yüksel Oğuz, Gülenay Gençosmanoğlu Türkmen, Özgür Kara, Dilek Uygur

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

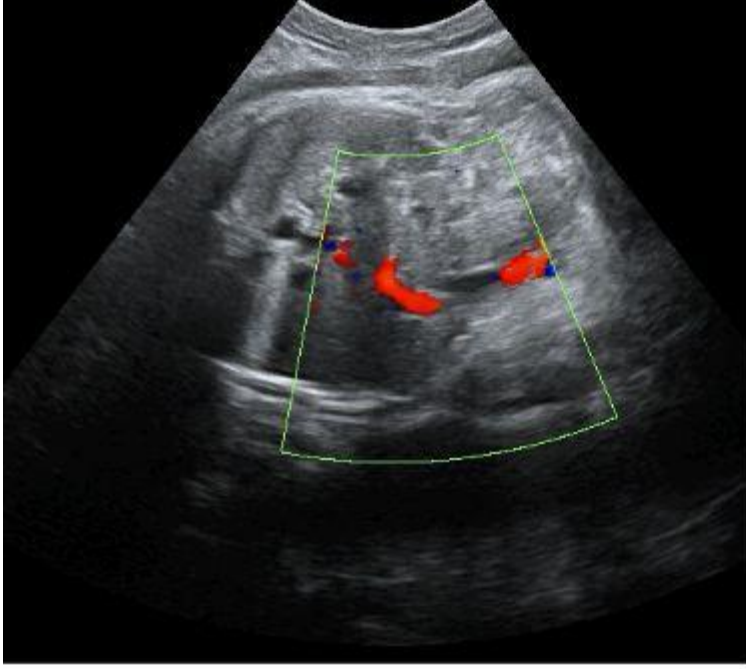
Amaç: PRUV, sol umblikal venin oblitere olup, sağ umblikal venin persiste seyrettiği vasküler bir patolojidir. İnsidansı 1/526 olup, ek anomalilere eşlik edebilmesi nedeni ile tespiti ve yönetimi önem arz etmektedir.

Olgu: G7P3Y2A3, 39 yaşındaki hasta, preeklampsi öyküsü olması nedeni ile 34.gestasyonel haftada tarafımıza yönlendirildi. Olgunun antenatal takibinde, 3'lü tarama testinde Trizomi 21 riski 1/210 olması üzerine amniosentez yaptırdığı ve normal sonuçlandığı öğrenildi. Tansiyon takipleri normal olan hastanın, yapılan ultrason değerlendirmesinde; 34 hafta gebelik izlenmiş olup, AC kesitinde PRUV 'un karaciğere girdiği ve safra kesesinin mediale yer değiştirdiği tespit edildi.(Resim 1) PRUV ve sol portal ven mideye doğru kavis yapmaktaydı. Olgunun fetal kalp muayenesi normal olup, ek anomali tespit edilmedi. Şu an 36 haftalık gebeliğe sahip olan olgunun antenatal takipleri devam etmektedir.

Sonuç: RUV 4. gestasyonel haftada oblitere olmaya başlar ve 7. haftada görülmez. En sık intrahepatik olmak üzere extrahepatik yerleşimli olabilir. Olgulara single umblikal arter (en sık eşlik eden anomali), trizomi 18, Noonan sendromu, situs anormallikleri, renal ve gastrointestinal olmak üzere ek anomaliler eşlik edebilir. Genellikle 2- 3. trimestrde tanı konmaktadır.Etiyopatogeneizde, folik asit eksikliği, retinoik asit gibi spesifik teratojen maruziyeti, erken embriyonik dönemde external basıya yol açan nedenlerin rol aldığı bildirilmiştir. Ultrasonda portal venin karaciğere doğru kavislendiği, fetal safra kesesinin umblikal ven ve mide arasında mediale doğru lokalize olduğu ve umblikal venin sağ portal ven ile bağlantısının tespiti ile tanı konulmaktadır.. Ekstrahepatik yerleşimli PRUV olgularında anormal vasküler bağlantı paternleri tespit edilebilir. İzole olgularda prognoz iyi seyretmektedir. Antenatal takipte tespit edilen olgulara detaylı anatomik değerlendirme, özellikle ek anomalilerin tespiti halinde ise karyotip analizi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: PRUV, umblikal ven, trizomi 18

resim1



Mediale Yer Değiştirmiş Safra Kesesinin Sağından Karaciğere insersio Yapan, PRUV Olgusu

[PP-020]

Fetal Sol Atrial İzomerizm

Yüksel Oğuz, Merve Öztürk, Gülenay Gencosmanoğlu Türkmen, Kadriye Yakut, Özgür Kara, Şevki Çelen, Dilek Şahin
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç:

Fetal sol atrial izomerizm olgusunu sunmak

Olgu:

Son adet tarihine göre 25 hafta 5 gün gebeliğe sahip multipar hasta dış merkezden kliniğimize kalpte atrioventriküler septal defekt (AVSD) izlenmesi nedeniyle refere edildi. Hastanın öyküsünde önemli özellik yoktu. Yapılan down sendromu tarama testleri ile dış merkezde yapılan amniyosentez sonucu normaldi. Hastaya tarafımızca yapılan ultrasonografik değerlendirme sonucunda fetal kalp sağda, mide solda izlendi. Üst abdomen aksiyel kesitinde aort ortada ve azigos veni ile beraber yan yana izlendi (double sign). Yapılan fetal ekokardiografisinde komplet AVSD ile birlikte her iki ana damarın sol yerleşimli sağ ventrikülden çıkmış olduğu (DORV) izlendi. Fetal aritmi izlenmedi. Safra kesesi sağda izlendi. Hastaya postnatal dönem danışmanlık verildi. Hasta gebeliğin devamını istedi.

Sonuç:

Heterotaxy sendromu torakal ve abdominal organların sağda ve solda anormal yerleşim göstermeleridir. İzomerizm asimetric organ ve organ sistemlerinin simetric gelişimini ifade eder. Situs ambiguus ile birlikte kalp anomalilerinin varlığı tanıda en değerli belirteçlerdir. Atrial izomerizmler çok nadir olup konjenital kalp anomalilerinin %4'ünü oluşturur. Sağ ve sol izomerizm olarak iki sınıfa ayrılır. Sol izomerizmde sağ taraflı yapılar olmayabilir. Fetal anomaliler içerisinde bilateral morfolojik sol atrial appendix, bilobe akciğerler, multipl dalak ve intestinde malrotasyon mevcuttur. %80 vakada interrupted inferior vena cava ile birlikte devam eden azigos veni izlenir. Aritmi ile birlikte AVSD, DORV gibi kalp anomalileri izlenebilir. Çoğu vakada fetal karyotip normaldir. Prognozu kardiak defekte bağlıdır. Kalp bloğu, kompleks kardiak anomali veya hidrops izlenmesi kötü prognozla ilgilidir.

Anahtar Kelimeler: fetal izomerizm, sol, avsd, dorv, prenatal

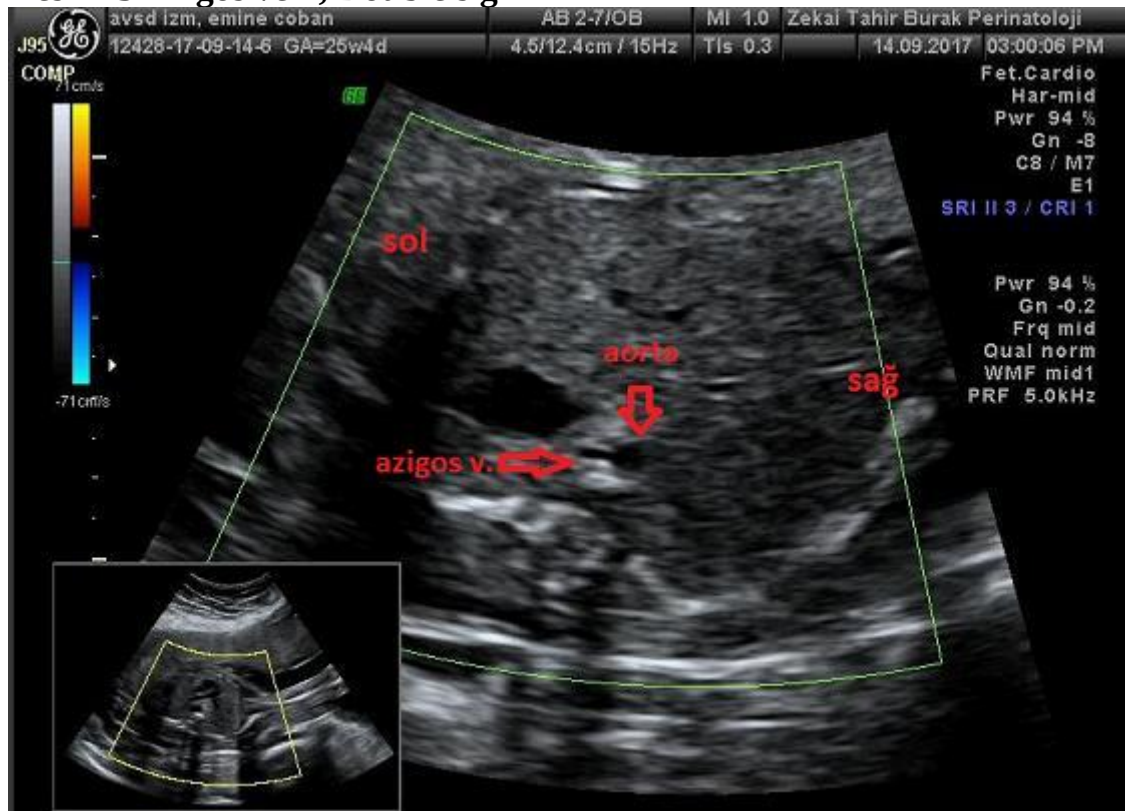
Resim-1 AVSD, Dekstrokardi



Resim-2 DORV



Resim-3 Azigos veni, Double sign



[PP-021]

İlk Trimester Sirenomeli Olgusu

Yüksel Oğuz, Kadriye Yakut, Gülenay Gençosmanoğlu Türkmen, Merve Öztürk, Özgür Kara, Cem Sanhal, Dilek Şahin
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç:

İlk trimester sirenomeli olgusunu sunmak

Olgu:

26 yaşında, G1P0, son adet tarihine göre 12 haftalık gebe olan hastanın öyküsünde özellik yoktu. Hasta ikili tarama testi için hastanemize başvurmuştu. Yapılan ultrasonda tek alt ekstremité, üst ekstremité anomalisi ve tek umbilikal arter izlendi. Hastaya danışmanlık verildi ve gebelik terminasyonu önerildi. Terminasyonu kabul etmeyen hasta 14. haftada missed abortus tanısıyla kliniğimize başvurdu ve gebelik sonlandırıldı.

Sonuç:

Sirenomeli (mermaid sendrom) insidansı 1/60.000 dir ve erkek-kız oranı yaklaşık 2,7:1 dir. Maternal diyabet risk faktörüdür. Monozigotik ikizlerde insidans 100 kat artmaktadır. Kokain ve yüksek doz vitamin A ve E bu anomali ile ilişkili olabilmektedir. Temel ultrason bulgusu tek veya füzyona uğramış alt ekstremité olmakla beraber, kısalmış omurga, renal agenezi ve tek umbilikal arter beraberinde sık görülen bulgulardır. Olguların yaklaşık yarısı prenatal missed abortus ile sonuçlanır. Aynı zamanda vakaların çoğunluğu pulmoner hipoplaziye bağlı ölümcül seyredir.

Anahtar Kelimeler: sirenomeli, tek alt ekstremité, tek umbilikal arter, missed abortus

Resim-1 Tek alt ekstremité



Resim-2 Tek umbilikal arter



Resim-3 Abort materyali



[PP-022]

Holt-Oram Sendromu

Yüksel Oğuz, Gülenay Gençosmanoğlu Türkmen, Kadriye Yakut, Merve Öztürk, Özgür Kara, Cem Sanhal, Dilek Şahin
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç:

Holt-Oram olgusunun sunulması

Olgu:

25 yaşındaki olgunun son adet tarihine göre 24 hafta gebelik mevcuttu (G1P0). Antenatal tarama testlerini yaptırmayan hastanın ayrıntılı ultrasonunda üst ekstremité anomalisi (radius ve ulnada gebelik haftasına göre kısalık) ve fetal ekokardiyografide belirgin triküspit yetmezliği izlendi. Holt-Oram sendromu düşünüldü. Hastaya danışmanlık verildi ve terminasyon önerildi. Terminasyon sonrası hastanın genetik incelemeyi kabul etmemesi nedeniyle genetik değerlendirme yapılamadı.

Sonuç:

Holt-Oram sendromu 100.000 canlı doğumda bir görülmektedir. Tipik olarak üst ekstremité anomalileri ve kardiyak malformasyonlar ile karakterizedir. Üst ekstremité defekti 1. trimesterde görülebilir ve aile öyküsü mevcuttur. Atriyal septal defekt en sık kardiyak defekt olmakla beraber sıklıkla doğum öncesi tanınmaz. T-box transkripsiyon faktör geninde TBX5 (12q24.21) mutasyonu izlenmektedir. %85 denova mutasyonlara bağlı gerçekleşir. Genel prognoz kardiyak ve üst ekstremité malformasyonlarının derecesine bağlıdır. Holt-Oram sendromu oldukça nadir görülmekle birlikte özellikle kardiyak açıdan kötü prognoza sahip olabilmektedir. Bu nedenle olgumuzda da görüldüğü gibi ekstremité anomalilerinde fetal ekokardiyografi gözardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Holt-Oram sendromu, üst ekstremité defekti, atriyal septum defekti, TBX5 geni

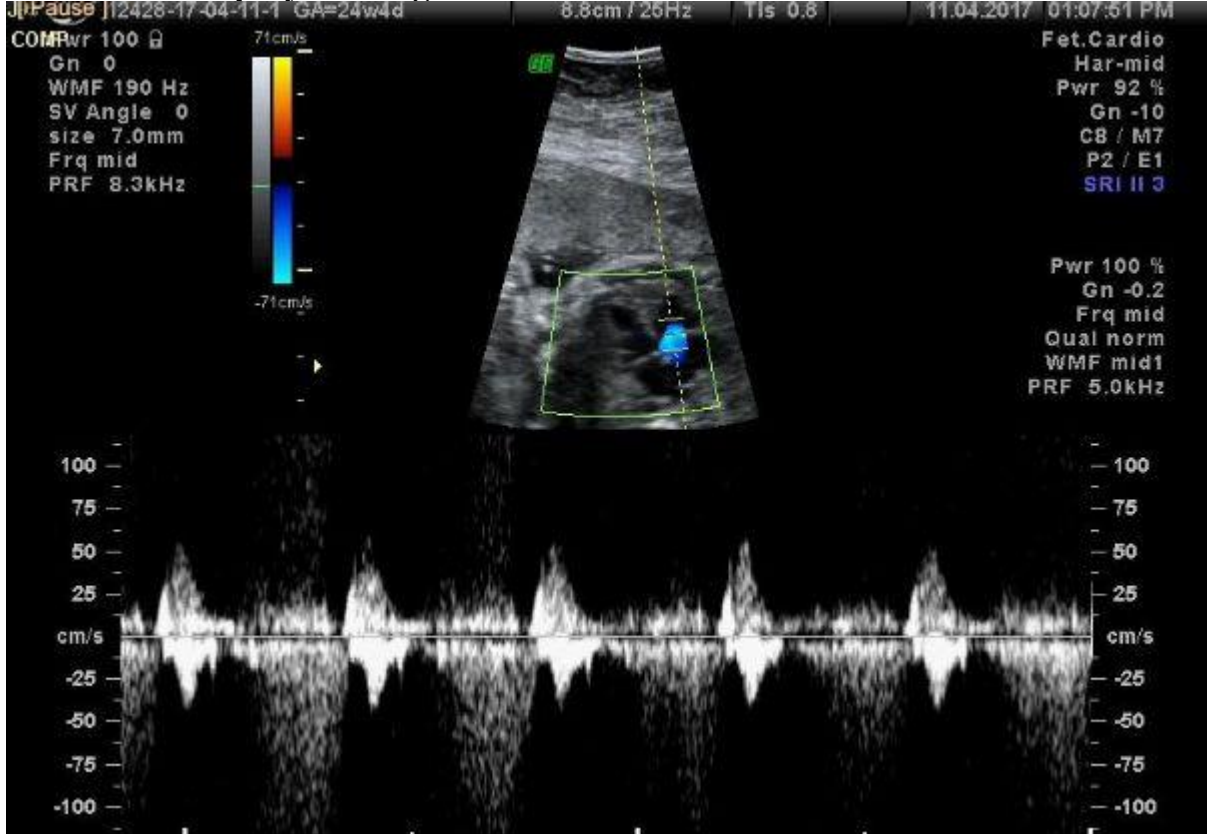
Resim-1 üst ekstremité defekti



Resim-2 Üst ekstremité defekti 3 boyutlu görünüm



Resim-3 triküspit yetmezliği



Resim-4 otopsi materyali



[PP-023]

Masif postpartum kanamanın nadir bir nedeni: uterin inversiyon olgu sunumu

Fazıl Avcı

Akşehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya

Amaç:

Postpartum kanama gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde maternal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir(1). Akut uterin inversiyon doğumun üçüncü evresinde nadiren gelişen obstetrik bir acildir. Uterin inversiyon uterus fundusunun tersine dönmesi ve serviksten dışarı uzanması olarak tarif edilmektedir. İnsidansı 1/1200 ve 1/57000 arasındadır(2-4).

Gereç ve Yöntem

Kliniğimize başvuran olgumuzun anemnezi, şikayeti, muayenesi ve tedavisinin değerlendirilmesidir.

Bulgular

Olgumuz 25y, G2P1, sancı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik bulunmayan ve travayda (4-5 cm SD, % 70 SE) olarak değerlendirildi. Yaklaşık 4 saat sonra vajinal doğumla bir adet canlı erkek bebek doğurtuldu. Ardından plasentası spontan olarak 20 dk içinde total olarak elle halasla çıkarılması sonrası abondan kanama ve uterin inversiyon gelişti. Olgumuzun 35 dakika içinde Hb 11.5 g/dl den Hb 6.25 g/dl 'ye ve WBC 9.78 103 UL den WBC 16.7 103 UL olması, stabil olmaması, TA 60-50 mmHg, nabız filiform ve taşikardik olması üzerine acil operasyona alındı. GAA vajinal olarak uterusun düzeltilememesi üzerine GAM inzisyonla batına girildi. Uterus normal pozisyonuna alındı ve uterus içine 2 adet 20 nolu foley sonda 60 cc şişirilerek uygulandı. Ardından vajinaya furasinli uzun gaz yerleştirildi ve mesaneye foley sonda uygulanarak işleme son verildi. Perop hastaya 2 ü ES ve 2 ü TDP verildi. Olgumuz yakın takip amaçlı yoğun bakıma alındı. Postoperatif olarak hastaya 2 ü ES ve 2 ü TDP daha verildi. Stabil olması üzerine önerilerle 4. gün taburcu edildi.

Sonuç

Akut uterin inversiyon postpartum masif kanamanın nadir görülen bir nedeni olmakla beraber erken tanısı ve tedavisi maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: cerrahi tedavi, postpartum kanama, uterin inversiyon

Akondroenezis tip 1A olgu sunumu

Hasan Berkan Sayal¹, Rauf Melekoğlu²

¹T.C. S.B. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Malatya

Akondroenezisi ciddi mikromeli, kıvrık ve güçlükle görülen kemikler, ciddi torasik hipoplazi ve değişik derecelerde yaygın hipomineralizasyon ile karakterize ölümcül iskelet displazisi grubu hastalıktır. Kalıtım paternine, genetik ve fenotipik özelliklerine göre 3 alt tipi mevcuttur. Bizim vakamıza ultrasonografik özelliklerine göre Akondroenezis tip 1A (Houston-Harris) tanısı konulmuştur.

Amaç: Ekstremitte kısalığı ile giden lethal iskelet displazilerinde insidans olarak en sık görülen 2. displazi olması nedeniyle bir takım özellikleri ultrasonografik görüntüler eşliğinde tartışılmıştır. 1/40.000 insidansa sahip bir anomali olması nedeniyle nispeten sık görülen bir durumdur. Ülkemiz gibi akraba evliliğinin sık görüldüğü ülkelerde OR paternle kalıtılan Tip 1'in görülme oranı yüksektir.

Yöntem: Hastamız artmış nukhal translusensi ve olası anomali ön tanısı merkezimize sevk edildikten sonra GE Voluson E6 ile detaylı anatomik incelemesi yapılmıştır. Hastaya amniosentez seçeneği sunulmuştur, ancak kabul etmemiştir. Hastanın gebeliği, ailenin durum hakkında bilgilendirilmesini takiben sonlandırılmıştır.

Olgu: Hasta SAT'a göre 14 hafta 3 günlük gebe. BPD 14 hafta 4 günlük ile uyumlu, CRL 14 hafta 1 gün ile uyumluydu. Tüm ekstremitte uzun kemiklerinde ileri derecede (<5p) kısalık tespit edildi. Tüm vertebral kolon boyunca ossifikasyonun olmadığı izlendi. Kardio-torasik oran artmış, kostalar kısa olarak tespit edildi. Anazarka tarzında yaygın cilt altı ödemi izlendi.

Sonuç: Hastamız eşiyle 2. derecede akrabadır. Bir önceki gebeliği de aynı lethal iskelet displazisi nedeniyle bir yıl önce sonlandırılmıştır. Bu gebeliğinde tespit ettiğimiz bulgular olgunun Akondroenezis tip 1 A olduğunu düşündürmektedir. Çok geniş bir hastalık spektrumunda içinde olan iskelet displazileri için öncelikli sorulması gereken soru lethal olup olmadığı, mevcut prognoza olumsuzluk ilave eden ek anomalilerin olup olmaması ve hidrops fetalis durumunun gelişip gelişmediğinin sorgulanmasıdır. Böylelikle aileye gerekli genetik konsültasyon imkanı sağlanabilir. Anomalinin lethal olması halinde veya hidrops fetalis görülmesi durumunda aileye gebeliğin sonlandırılması seçeneğinin sunulması mümkün olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: , Akondroenezis, lethal iskelet displazisi

[PP-025]

Double Aortik Ark Olgu Sunumu

Ezgi Turgut, Merve Öztürk, Gülenay Türkmen, Yüksel Oğuz, Kadriye Yakut, Dilek Uygur
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç:

Prenatal tanı konulan double aortik ark

Olgu:

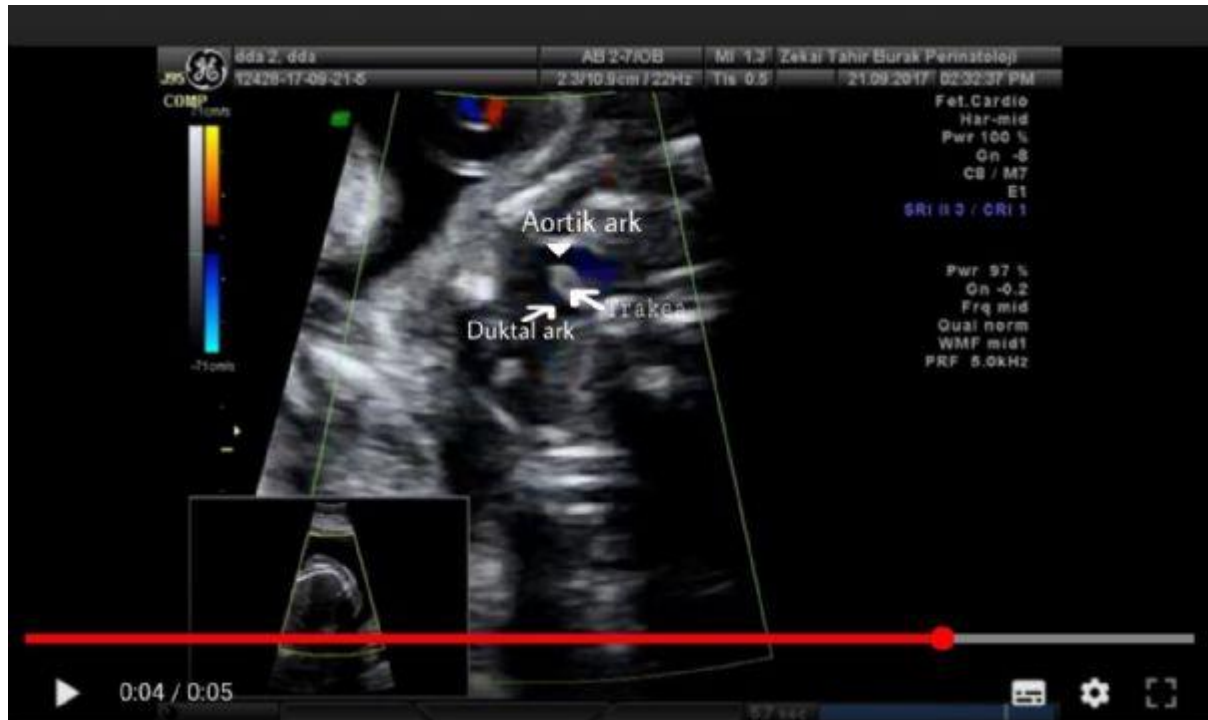
31 yaşında G3P2 olan kliniğimize vaginal kanama nedeniyle yatırılan hasta, sigara, alkol, ilaç kullanım öyküsü yoktu. Akraba evliliği, maternal sistemik hastalık, ailede kardiyak hastalık öyküsü yoktu. İkili ve üçlü testlerinde kromozomal anomali açısından düşük risk saptanmıştı. 20. haftada yapılan detaylı ultrasound incelemesinde üç damar trakea kesitinde aort trakeanın sağında yerleşmiş olarak görüldü. Aortun sağ ve sol arkı trakea etrafından vasküler ring oluşturup tekrar birleşerek desenden aortu oluşturduğu izlendi. doppler ultrasonografi ile vasküler ring gösterildi. Fetal ekoda yapısal ek anomali görülmedi. Hastaya 22q11 delesyonu incelenmesi açısından amniyosentez önerildi. Hasta kabul etmedi.

Sonuç:

Double aortik ark embriyolojik dönemde damarsal yapıların yetersiz involüsyonu sonucu oluşmaktadır. Vakamızda da olduğu gibi ultrason incelemesinde trakea ve özefagus sağ ve sol ark ile çevrelenmiştir. Her iki ark ve trakea santralde ve spinal kordun önünde yer alır. Beraberinde kalp anomalileri eşlik edebilir. En sık eşlik eden anomaliler fallot tetralojisi ve ventriküler septal defektidir. 22q11 delesyonu ile ilişkili olabilir. Trakea ve özefagus basısı oluşturabilir. Erken dönemde tanı koymak mümkün olduğundan temel kalp değerlendirmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Double aortik ark, fallot tetralojisi, ventriküler septal defekt, 22q11 delesyonu

Double aortik ark



Trakea etrafın sağ aortik ark ve duktal ark görünümü

Double aortik ark vasküler ring



Doppler ultrasonografi ile trakea etrafında sağ ve sol aortik arkın oluşturduğu vasküler ring görünümü

Spontaneous resolution of cavum veli interpositi: a case report

Mucize Eric Ozdemir, Guher Bolat, Oya Demirci

Department of Perinatology, Health Science University, Zeynep Kamil Maternity and Children Research Hospital, Istanbul, Turkey

Objective: It is aimed to make the diagnosis of the fetal cavum veli interpositi and its management by ultrasonography.

Case: The case 28 years of age, was referred to our perinatology unit at 15th gestational week because of the balanced translocation carrier in both parents. After genetic counseling, amniocentesis was done at the 17th gestational week and there was no karyotype anomaly in the fetus. A detailed ultrasonographic examination was conducted at the 19th gestational week. On cranial ultrasound, a cyst with 50 mm x28 mm dimensions was seen in the interhemispheric fissure (Figure 1). Interhemispheric cyst was considered as a preliminary diagnosis and ultrasonography was performed after 1 week. Cyst size was measured as 42mm x 35mm on following ultrasonography (Figure 2). In the images taken from the sagittal section, the cyst was observed behind the thalamus and under the splenium of the corpus callosum. The column of the fornix was separating the cyst from the cavum septi pellucidi and cavum vergae. So, it was thought that cavum veli interpositi as the final diagnose. There was no cystic lesion on the fetal cranial examination on ultrasound after one month (Figure 3). Pregnancy still continues without any problem as of now.

Conclusion: The cavum veli interpositi (CVI) is the space within the double-layered tela choroidea and occasionally it is fluid- filled and sonographically visible as an interhemispheric anechoic cyst with regular borders. It is not certain whether CVI cysts represent a simple variant of the norm or developmental malformations. Because of its rarity, the distinction between a dilated cavum and a true cyst is arbitrary. Psychotic disorders, low-pressure hydrocephalus, psychomotor retardation and epilepsy have all been reported in pediatric and adult patients with large cysts but normal outcomes have been reported in prenatally diagnosed cases.

Keywords: cavum veli interpositi, prenatal diagnosis, ultrasonography

The cyst at the 19th gestational week



The cyst in the interhemispheric fissure measured in 50 mm x28 mm dimensions.

Cavum veli interpositi



Cavum veli interpositi cyst: the midsagittal view allows correct visualization of the cyst (C), which is located below the splenium of the corpus callosum (large arrow); the column of the fornix (small arrow) separates it from the cavum septi pellucidi and the cavum vergae.

Normal appearance at the 26th gestational week.



There was no cystic lesion on ultrasound at the 26th gestational week.

Evaluation of FGF-19 and Beta-Klotho as Biomarkers in Patients with Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy

Ahter Tanay Tayyar¹, Ahmet Tayyar², Şükran Kozalı¹, Resul Karakuş¹, Nadiye Köroğlu², İlkbal Temel Yüksel², Gonca Yetkin Yıldırım², İsmail Dağ³, Mustafa Eroğlu¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Health Sciences University Zeynep Kamil Maternity and Children's Research Hospital, Istanbul, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Health Sciences University Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey,

³Department of Clinical Biochemistry, Eyup State Hospital, Istanbul, Turkey.

Objective: Fibroblast growth factor-19 (FGF-19) and its co-receptor, beta-klotho, regulate bile acid synthesis in the liver as an enterohepatic feedback mechanism. In this study, our aim was to investigate the circulating FGF-19 and beta-klotho levels in intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP) cases.

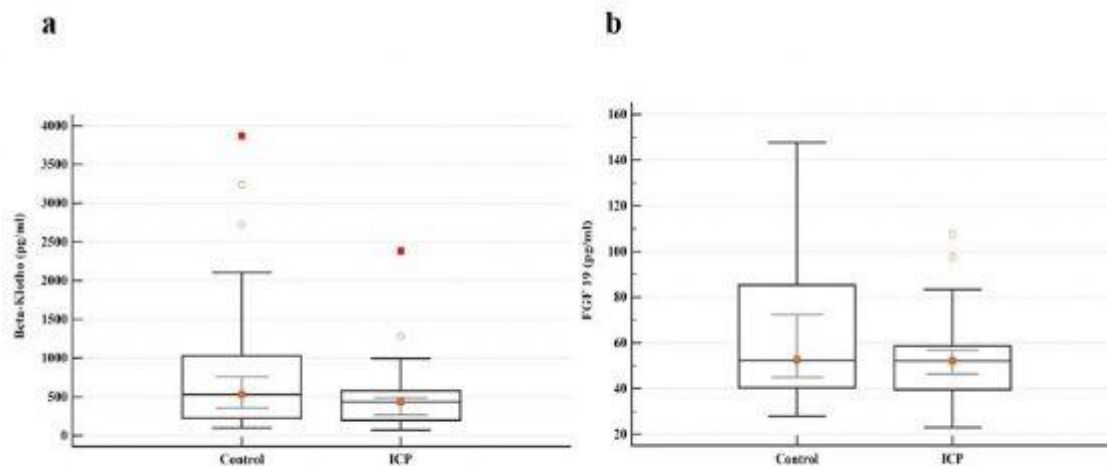
Materials-Methods: A cross-sectional study including 40 women whose pregnancies were complicated with ICP were recruited for the study group. Forty randomly selected healthy pregnant women were included in the control group. The serum FGF-19 and beta-klotho concentrations were measured using an enzyme-linked immunosorbent assay.

Results: The maternal ages, gravidities, parities, body mass indexes at the assessment, and gestational ages at the blood sampling were similar between the two groups ($p>0.05$). Moreover, there were no significant differences in the FGF-19 and beta-klotho concentrations between the two groups ($p=0.341$ and $p=0.086$, respectively), (Figure 1). Although it was not statistically significant, we detected lower beta-klotho levels relative to the control group [439.51 (398.79) pg/ml vs. 528.74 (826.09) pg/ml]. In our subgroup analysis, in which the ICP patients without previous histories of ICP ($n=14$), those who developed ICP previously ($n=8$), and the control group ($n=23$) were compared. Significant intergroup differences were detected as for beta-klotho levels ($p=0.017$), whereas there were no significant differences in the FGF-19 concentrations between the groups ($p=0.461$), (Figure 2).

Conclusions: The serum FGF-19 and beta-klotho concentrations did not differ between the pregnancies with ICP and the healthy controls. However, in some cases, abnormalities in the FGF-19, beta-klotho, and FGFR4 signaling system may play roles in the pathogenesis of ICP.

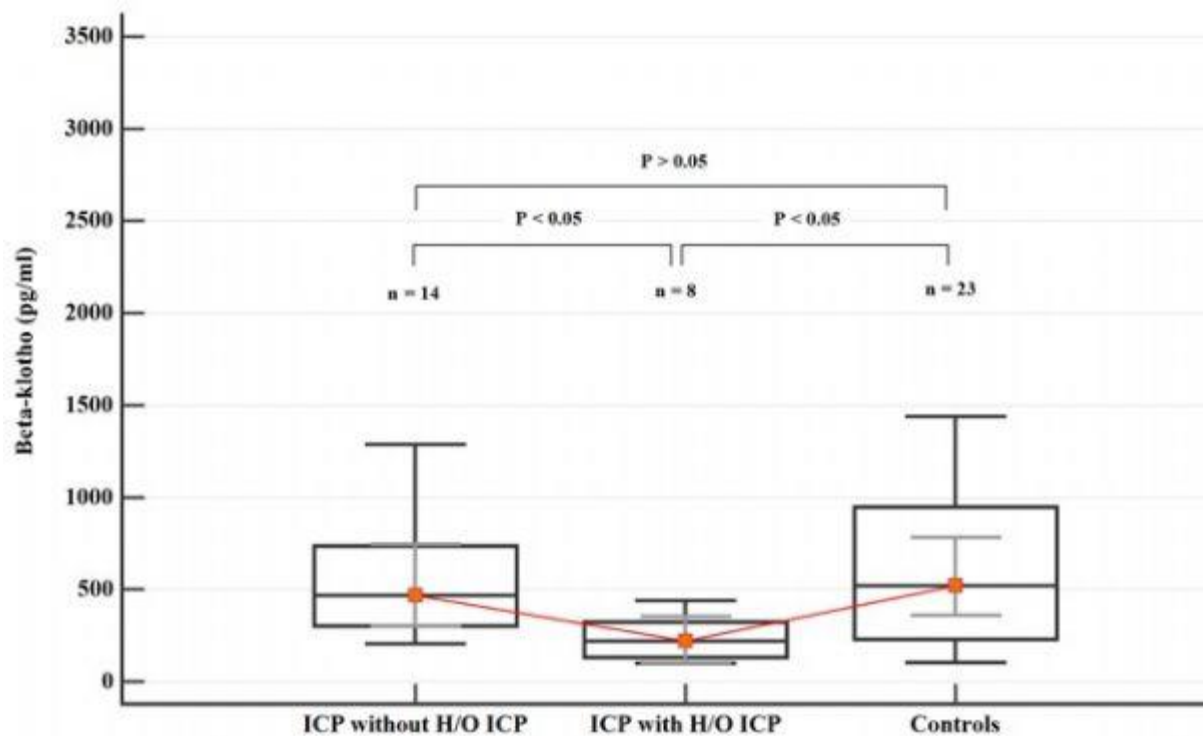
Keywords: FGF-19, beta-klotho, intrahepatic cholestasis, pregnancy

Figure 1



Boxplot analysis of a) beta-klotho and b) FGF-19 levels in the patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy and the control patients.

Figure 2



Boxplot analysis of the serum beta-klotho levels in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy with a history of intrahepatic cholestasis of pregnancy and without a history of intrahepatic cholestasis of pregnancy and the control group. The p values presented in the figure were computed by a pairwise comparison of the subgroups using the Conover post hoc test following the Kruskal-Wallis test. ICP: intrahepatic cholestasis of pregnancy, H/O ICP: previous history of intrahepatic cholestasis of pregnancy among the multipara.

Antepartum tanı alan vasa previa: Olgu sunumu

Seyma Banu Arslanca¹, Feride Söylemez¹, Acar Koç¹, Esra Özkavukçu Ünlü²

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

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

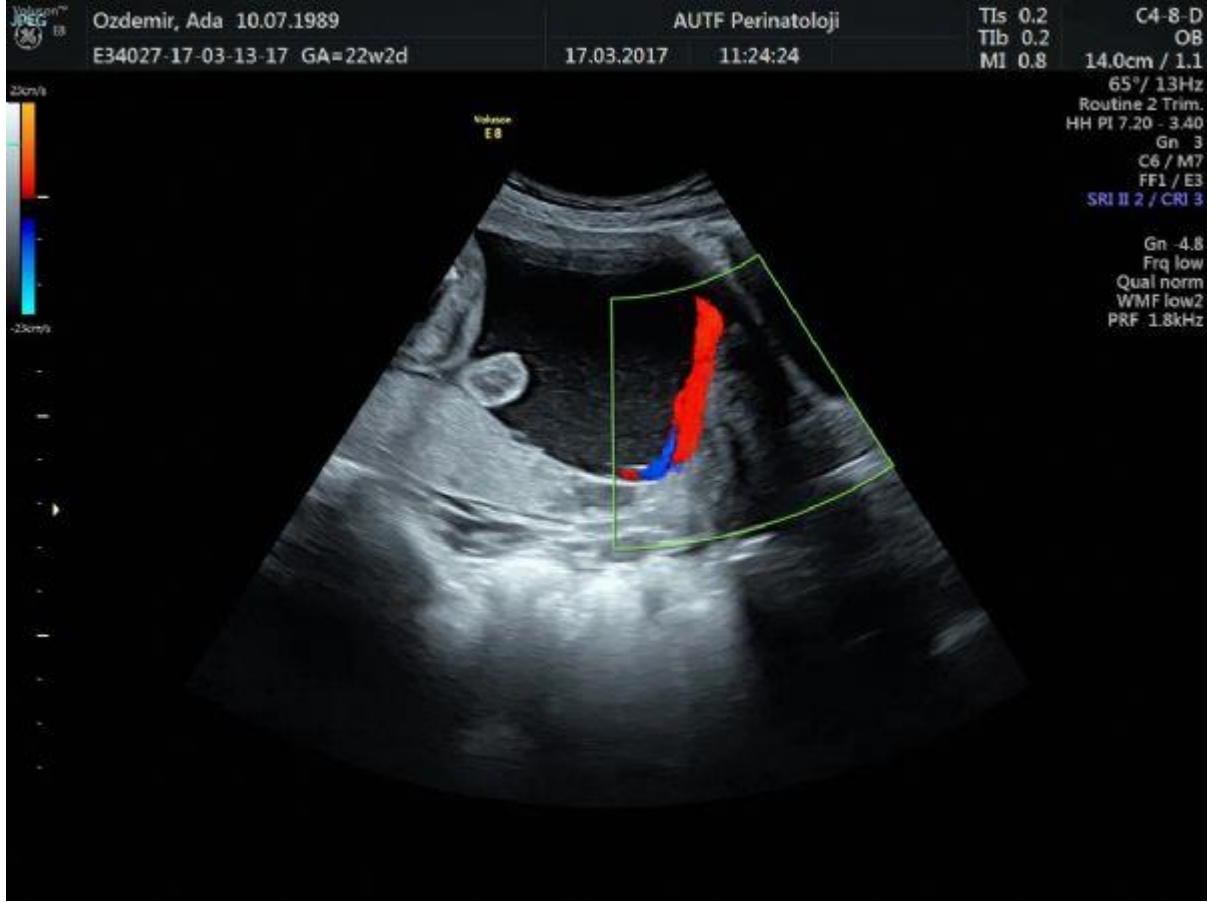
Giriş: Vasa previa, servikal os üzerinden membranlarla örtülmüş fetal kan damarlarının geçmesidir. Fetal damarlarda Wharton jeli koruması yoktur bu durum kompresyona ve fetüste kan kaybına neden olabilecek rüptüre yatkınlık oluşturur (1). Antepartum tanı, intrapartum tanıya göre daha iyi perinatal sonuçlara neden olduğu için ideali erken tanı konmasıdır (2). Bu olgumuzda antenatal tanı alan vasa previa'yı sunmayı amaçladık.

Olgu: 28 yaşındaki hastanın gravida 1 parite 0 olup 20. gebelik haftasında yapılan ultrasonografisinde vasa previa ve velamentöz insersiyon saptandı (şekil 1-3). 34 hafta 2 gün gebe iken hasta hastaneye yatırılarak takip edildi ve antenatal tek doz betametazon (6 mg) uygulandıktan 24 saat sonra 35 hafta 0 gün gebe iken planlı sezaryen doğumla 2540 gr. erkek bebek doğurtuldu (şekil 4, 5). Postpartum komplikasyon olmaması üzerine anne ve bebek postoperatif 2. gün taburcu edildi.

Tartışma: Vasa previa yaklaşık olarak 2500 doğumda 1 görülür (3), yardımcı üreme teknikleri ile elde edilen gebeliklerde prevalansı 1/202 bildirilmiştir (4-5). İki tipi mevcuttur, velamentöz kord ile birlikte olan (tip 1) ve bilobüle plasentada loblar arasında veya plasenta ile suksentriyat lob arasında (tip 2) (6). Risk faktörleri; velamentöz kord insersiyonu, ilk trimester ultrasonografisinde aşağı yerleşimli plasenta, ikinci trimesterde saptanan plasenta previa veya aşağı yerleşimli plasenta, suksentriyat plasental lob veya bilobüle plasenta, in vitro fertilizasyon ve çoğul gebeliklerdir (7-9). Plasenta previa (düzelmüş olsa bile) veya aşağı yerleşimli plasenta varlığında 32. gebelik haftasında transvajinal ultrasonografi ile renkli ve pulse Doppler ile vasa previa taraması yapılmalıdır. Renkli Doppler ile serviksten geçen damarlar saptanabilir, nadiren vajinal muayene esnasında pulsatil damarlar palpe edilebilir. Antepartum tanılı olgularda 34-36 haftalarda planlı sezaryen önerilir (10). Antepartum veya intrapartum sebebi açıklanamayan kanama varlığında yaralanmış damarın eşlik ettiği vasa previa mutlaka düşünülmeli ve fetal bradikardi, sinüsoidal ritim varlığında hızlıca doğum gerçekleştirilip, neonatal kan transfüzyonu sağlanmalıdır. Antenatal tanı alanlarda fetal sağ kalımın %44'den %97'ye yükseldiği bu plasenta insersiyon anomalisinde farkındalık artmalıdır.

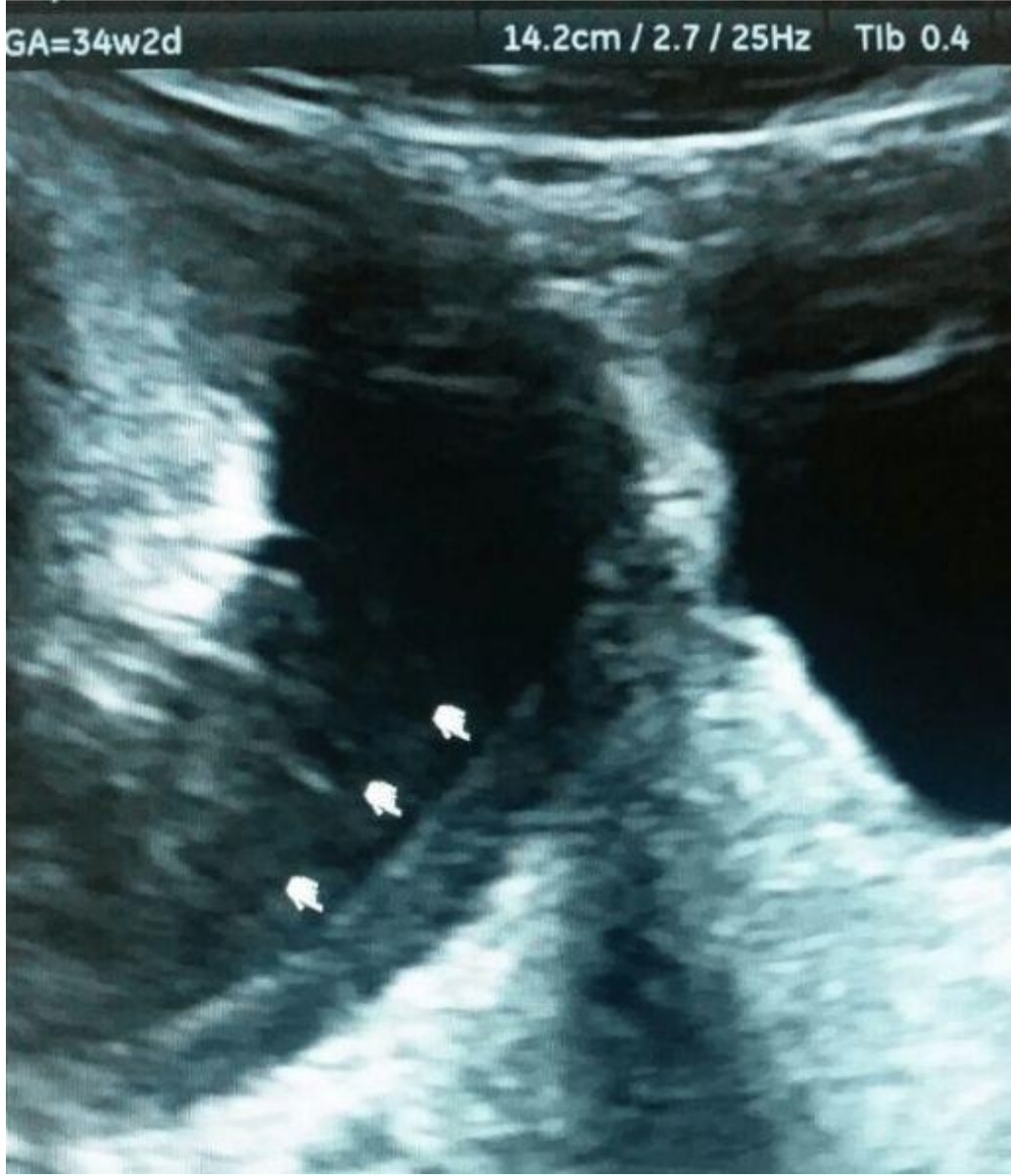
Anahtar Kelimeler: Vasa previa, ultrasonografi, antenatal tanı

şekil: 1



22. haftada renkli Doppler ile vasa previa görüntüsü

şekil: 2



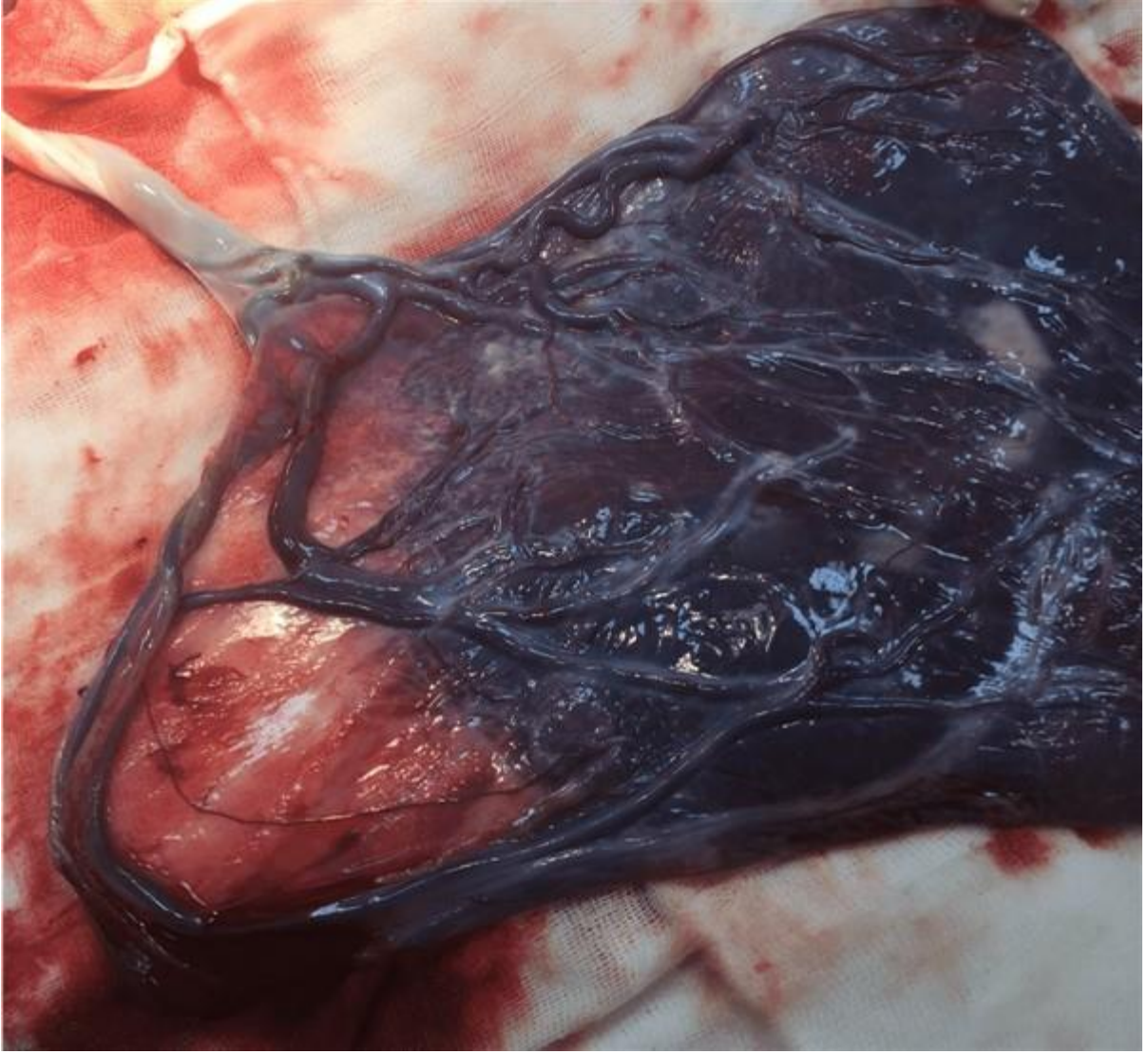
34. haftada ultrason görüntüsü

şekil: 3



34. haftada renkli Doppler ultrasonografi ile vasa previa görüntüsü

şekil: 4



vasa previa

şekil: 5



velamentöz kord insersiyonu

[PP-029]

Şiddetli porencefali süreci sonrası gelişmiş şizensefali olgusunun prenatal tanısı

Bahar Konuralp Atakul¹, Alkım Gülsah Sahingöz Yıldırım¹, Emine Demirel¹, Özgür Öztekin², Halil Gürsoy Pala¹

¹S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği,Perinatoloji Bölümü,İzmir

²S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Radyoloji Kliniği,İzmir

Amaç: Şizensefali,ventriküllerden korteks yüzeyine kadar uzanan,lateral ventrikülleri subaracnoid alandan ayıran,serebral korteksin bir parçasında yer alan anormal kleftlerin varlığı ile karakterizedir. Görülme sıklığı bilinmemektedir ve etyolojisi kesin değildir.Kromozomal anomali riski oldukça düşüktür.Sadece açık dudaklı şizensefali intrauterin tanınabilmektedir. Biz de kliniğimizde tanı alan şiddetli porencefali süreci sonrası gelişmiş şizensefali olgusunu değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu: 22 yaşında 3. gebeliği olan hastanın 21. haftada yapılan fetal anomali taramasında ince barsak ekojenite artışı,sol pelvikaliektazi ve porencefali izlendi..Fetal manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral serebral hemisferlerde korteksten orta hatta kadar uzanan şiddetli porencefali süreci sonucu gelişmiş şizensefali izlendi.Aileye kötü fetal prognoz hakkında bilgi verildi ve konsey kararı ile gebelik sonlandırıldı.

Sonuç: Şizensefali de kromozomal anomali riski düşüktür.Unilateral kapalı şizensefali olgularında prognoz değişkendir ancak bilateral açık şizensefal genellikle nöbet ve ağır mental retardasyon ile ilişkilidir.Hastalığın ağırlığı kortikal lezyonun genişliği ile değişmektedir.Tip 1 porencefalinin şizensefaliden ayırıcı tanısının yapılması gerekir.Şizensefalinin oldukça kötü prognozu nedeniyle terminasyon seçeneği aileye sunulabilir.

Anahtar Kelimeler: Porencefali, Şizensefali, Kortikal lezyon

[PP-030]

Fetal Batında Kistik Kitle: Fetal Adrenal Kanama

Güher Bolat, Oya Demirci, Mucize Ozdemir
Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Fetal adrenal kanama, genellikle rutin ultrasonografik inceleme sırasında tesadüfen saptanan bir görüntüdür. Yenidoğan döneminde sık görülmekle birlikte fetal dönemde çok sık karşılaşılan bir patoloji değildir. Ayırıcı tanıya giren diğer kistik patolojilerden ayırt edilmelidir. Biz bu vaka ile abdominal kistik kitlelerin ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gerekenleri vurgulamak istedik.

Olgu sunumu

Olgumuz 32 yaşında, G2P1, son adet tarihine göre 21+2 hafta gebelik, batında kist ön tanısı ile dış merkezden tarafımıza yönlendirilmişti. Perinatoloji Ünitemizde hasta değerlendirildiğinde hastanın özgeçmişinde ve sistemik muayenesinde bir özellik saptanmadı. Fetal biyometrik ölçümler de gestasyon haftası ile uyumlu idi. Solda, böbreğin üzerinde, adrenal gland lojuna uyan bölgede 12x10 mm'lik anekoik kistik görünüm dikkat çekmekteydi. Kistik yapının içi retiküler paterne sahipti. Doppler ile intrinsek vaskülarite saptanmadı. Bilateral böbrekler ve sağ adrenal gland normal izlendi.

Takiplerinde kistin büyüklüğü çok değişmemekle birlikte yapısı ve ekojenitesi zaman içinde değişkenlik gösterdi. Retiküler patern kayboldu. Hasta 40+2 haftalık iken spontan normal doğum ile 3240 gr, erkek bebek doğurdu. Yenidoğan döneminde yapılan ultrasonografide adrenal hematoma kaybolmaya yakın küçülmüş olarak izlendi.

Tartışma

Adrenal kanama, doğum travması, perinatal asfiksi, sepsis ve konjenital enfeksiyonlar ile ilişkili olabilen ve sonografi ile kolayca saptanan bir patolojidir. Tek taraflı veya bilateral olabilir. Ayırıcı tanıda nöroblastom, sekestrasyon, adrenal kist ve nefrom düşünülmelidir. Sağ tarafa eğilimlidir(%75). Bizim vakamızda adrenal kanama solda ve tek taraflı idi. İntrinsek vaskülaritesi yoktu ve zaman içinde küçülmüştü. Yenidoğan döneminde de adrenal gland sorunsuz normal haline döndü.

Anahtar Kelimeler: fetal adrenal, adrenal kanama, kist

adrenal hemoraji



adrenal hemoraji



[PP-031]

Hiperekojen kalp ve perikardial sıvı

Güher Bolat, Oya Demirci, Mucize Ozdemir
Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kalpte tüm duvarlarda ekojenite artışı sık karşılaşılan bir ultrasonografik görünüm değildir. Anomalinin eşlik etmediği ve kardiyak pompa fonksiyonunun tam olduğu durumlarda yönetim normal gebe takibinden farklı değildir.

Biz bu vaka ile, kardiyomiyopatinin eşlik etmediği hiperekojen ventrikül duvarları, spontan gerileyen perikardial sıvı ve fonksiyonları hiç bozulmayan bir fetal kalp vakası paylaşmak istedik.

VAKA

28 yaşında, G3P2Y1, 12 haftalık gebelik. İlk gebeliği 24 haftalık iken dekolman sonucu kaybedilen, 2. gebeliği de 32 haftada dekolman ile sonlanan hasta mevcut gebeliğinde, 2'li test için tarafımıza yönlendirilmişti. 2'li test için yapılan ultrasonografide, her iki ventrikül duvarları ve interventriküler septum hiperekojen olarak izlendi. AV kapaklar hizasında 4 mm'lik perikardial sıvı mevcuttu. A/S yapılan hastanın karyotipi normal olarak saptandı. Gebelik takiplerinde ekojenite giderek azaldı, perikardial sıvı 24. haftada kayboldu ve kalp fonksiyonları hiç bozulmadı. Hasta 39 haftada sağlıklı bir erkek bebek doğurdu. Doğum sonrası yapılan ekokardiyografide herhangi bir patoloji saptanmadı.

Tartışma

Hiperekojen ventrikül duvarları genellikle kardiyomiyopatili fetüslerde rastlanan bir görünümdür. Zamanla kardiyak kontraktilite azalır. Bizim hastamızda ise spontan olarak ultrasonografik görünüm düzelirken perikardial sıvı da rezorbe oldu. Pompa fonksiyonu hiç bozulmadı. Doğum sonrası yapılan ekokardiyografide herhangi bir patoloji saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: 11-14 scan, hiperekojen kalp, fetal kalp

11-14 hafta kalp



24 haftada kalp



39 haftada kalp



[PP-032]

Sirenomeli ve Body-Stalk anomali: Nadir anomalilerin birlikteliği

Güher Bolat, Oya Demirci, Mucize Ozdemir
Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sirenomeli, alt ekstremitelerin füzyonu ile karakterize nadir bir anomalidir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Çeşitli viseral anomalilerin de eşlik etmesi nedeniyle multisistemik bir anomali olarak kabul edilir. Body-stalk anomali de oldukça nadir karşılaşılan letal bir anomalidir. Biz bu vaka ile nadir görülen iki anomalinin birlikteliğini paylaşmak istedik. VAKA

35 yaşında, SAT'a göre 31 haftalık ilk gebelik tarafımıza takipsiz gebelik olarak yönlendirilmişti. Ultrasonografik ölçüleri 25 hafta ile uyumlu idi. Ağır kifoskolyoz ve bilateral renal agenezi mevcuttu. 8 yıldır diyabetik olduğu bilinen, HbA1C'si 10.5 olan gebede fetal karaciğer ve barsakların ekstarçölomik boşluğa uzandığı görüldü. Hastaya terminasyon önerildi. Ailenin kabul etmesi ile gebelik aynı hafta sonlandırıldı.

Tartışma

Sirenomeli 7 ayrı tipi olan nadir bir anomalidir. Alt ekstremitelerin füzyonu ile karakterizedir. Body Stalk anomali ise göbek kordunun yokluğu ve viseral organların ekşçölomik boşluğa uzanması ile karakterize nadir bir anomalidir. Aslında erken tanı alabilen bu anomaliler bizim gebemiz takipsiz olduğu için bu gebelik haftasına kadar gelmişti. İki nadir anomalinin birlikteliğinin sık karşılaşılan bir durum olmaması nedeni ile bu vakayı paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: sirenomeli, body-stalk anomali, fetal anomali, ultrason

sirenomeli&body stalk anomali



sirenomeli&body stalk anomaly



sirenomeli&bodystalk anomali



sirenomeli&bodystalk anomaly



[PP-033]

Komplet mol hidatiform: Atipik görünüm

Güher Bolat, Oya Demirci, Mucize Ozdemir
Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Komplet mol, gebelik takiplerinin yaygınlaşması ile seyrek olarak ilerlemiş gebelik haftalarında gördüğümüz bir patolojidir. Erken tanı alarak tedavi edilmektedir. Ancak halen takipsiz gebelerde 13. haftalara kadar gelmektedir. Biz bu vaka ile ultrasonografik görünümü de farklı 13. haftada karşımıza çıkan bir komplet mol vakasını paylaşmak istedik

VAKA

25 yaşında ilk gebelik 2'li test için tarafımıza yönlendirilmişti. SAT'a göre 13 haftalık gebelikti ve hasta o güne kadar hiç gebelik muayenesine gitmemişti. Hastayı ultrasonografik olarak incelediğimizde uterin kavitede heterojen görünümde, tüm kaviteyi dolduran kitle olduğunu gördük. Klasik üzüksü görünümü olmayan kitlenin vajinal ultrasonografi ile incelenmesinde de büyük hipoeoik kistik kitle olduğu görüldü. Uterin tümör ön tanısı ile tümör markerları istendi. Beta-HCG değeri 289000 gelen hastanın küretajı tamamlandı ve takibe alındı. Histopatolojik incelemede komplet mol tanısı kondu. Takiplerinde HCG değeri progresif olarak düştü ve komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Komple mol takipsiz gebelerde halen ilk trimester sonlarında bile tanı alabilmektedir. Klasik görünümü dışında malign tümör görünümü de verebildiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: mol, erken gebelik, 11-14 hafta tarama

komplet mol



komplet mol



[PP-034]

Diabetik Annede Sebosefalinin Eşlik Ettiği Fetal Alobar Holoprozensefali Olgusu

Merve Öztürk, Kadriye Yakut, Yüksel Oğuz, Gülenay Gençosmanoğlu Türkmen, Özgür Kara, Dilek Şahin

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Amaç:

Holoprozensefali, prozensefalonun en sık görülen malformasyonlarından biridir. Değişik derecelerde orta hat yüz defektleriyle birliktelik gösterir. Kliniğimize başvuran sebosefalinin eşlik ettiği alobar holoprozensefali olgusunun prenatal tanısını sunmayı amaçladık

Olgu:

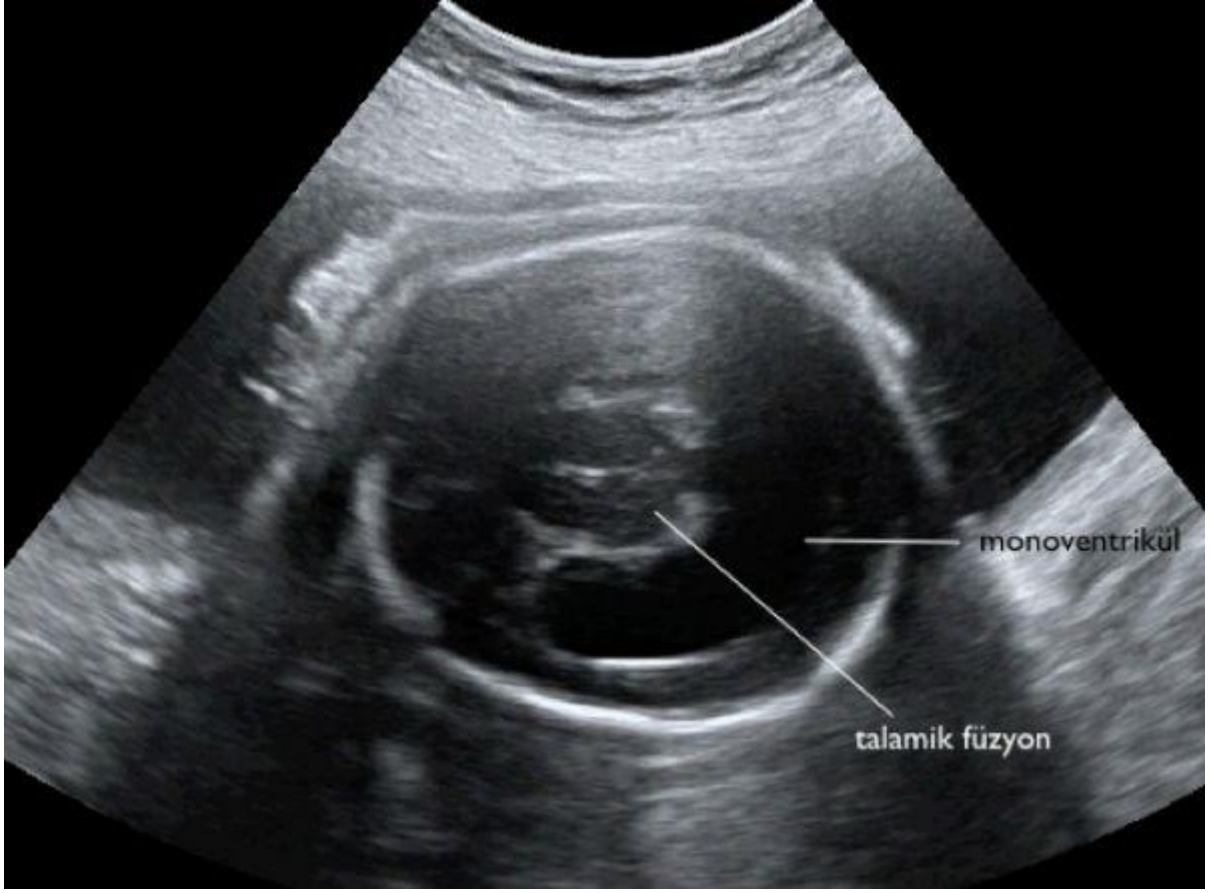
40 yaşında, gravida 4, parite 3 olan hasta, son adet tarihine göre 35 hafta iken fetal anomali nedeniyle kliniğimize yönlendiriliyor. Hasta obez ve diabet nedeniyle insülin kullanıyor. Kan şekeri regülasyonu yetersiz olan hasta, antenatal tarama testlerini ve düzenli gebelik takibi yaptırmamış. Yapılan ultrasonda, kranial incelemede tek serebral ventrikül, orta hatta talamik füzyon izlenirken, falks serebri, cavum septum pellucidum gibi diğer orta hat yapıları izlenmedi (Resim1). Alobar holoprozensefali düşünüldü. Fetal yüz incelemesinde tek nostril, oküler hipotelorizm ile karakterize sebosefali izlendi (Resim2). Fetal kardiak incelemede ventriküler septal defekt saptandı. Fetal biyometrik ölçümler ise 30 hafta ile uyumlu, ciddi intrauterin gelişme geriliği, polihidroamnios izlendi.

Sonuç:

Alobar holoprozensefali, prozensefalonun inkomplet bölünme ve morfogenezinden kaynaklanan ağır yüz defektleri ile karakterize nadir görülen bir beyin malformasyonudur. Ultrasonografik olarak gebeliğin oldukça erken döneminde tespit edilebilmektedir. Etiyolojisi oldukça heterojendir, çoğu vakada sebep belirlenemezken, tanımlanan en sık nedenler; kromozomal, monogenik ve teratojeniktir. Maternal diabet, önemli metabolik faktörlerden biridir. Yaklaşık 1/10.000-15.000 sıklıkta görülür. Sebosefali, çok nadir görülen, kör sonlanan tek burun deliği, oküler hipotelorizm ve genellikle alobar holoprozensefali ile birliktelik gösteren konjenital orta hat yüz anomalisidir. Karyotiplendirme önerilmeli ve ilişkili diğer anomaliler açısından ayrıntılı inceleme yapılmalıdır. Herhangi bir tedavi seçeneği olmamakla beraber gebelik terminasyonu önerilmeli ve aileye genetik danışma verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: alobar, holoprozensefali, sebosefali

Resim1.



Alobar holoprozensefali

Resim2.



Sebosefali

Prenatal sonographic findings associated with OEIS (omphalocele-exstrophy-imperforate anus-spinal defects) complex: a case report

Mucize Eric Ozdemir, Oya Demirci, Guher Bolat, Bulent Tandogan
Department of Perinatology, Health Science University, Zeynep Kamil Maternity and Children
Research Hospital, Istanbul, Turkey

Objective: We aimed to present a OEIS complex case that was suspected by ultrasound at 13th gestational week.

Case: A 31-year-old pregnant woman having one healthy child and one first trimester abortion was admitted to our hospital for first trimester screening. On ultrasound, there were wide anterior wall defect and spinal defect. After the genetic consultation, CVS (chorionic villus sampling) was done and termination of the pregnancy was offered. The woman was followed up antenatally since she did not want to terminate her pregnancy. No karyotype anomaly was detected in the fetus. At the 30th week of gestation, a large omphalocele sac was observed on the anterior wall of the abdomen with the liver tissue, intestine and stomach in 10 x 9 cm diamaters (Figure 1). Extrophy vesica was observed under the omphalocele sac. The genital area was abnormal and so it was evaluated as ambigus genitalia. There was also a meningomyelocele sac of 63x62 mm in the sacrococcygeal region (Figure 2). Multicystic appearance was observed in the left kidney (Figure 3). These findings suggest that cloacal extrophy (OEIS) was present. The pregnancy of this patient having no fetal additional anomaly still continues.

Conclusion: Omphalocele-exstrophy of the bladder-imperforate anus-spinal defect (OEIS) complex is a rare constellation of clinical abnormalities with wide phenotypic presentation. OEIS complex occurs at a rate of 1 in 200,000 to 400,000 live births. Despite previously fatal, improvements in neonatal and surgical cares have resulted in survival rates of 83 to 100%, but often with prominent morbidities. The management of OEIS is complicated, and it requires an interdisciplinary surgical approach from pediatric urology, pediatric general surgery, and neurosurgery.

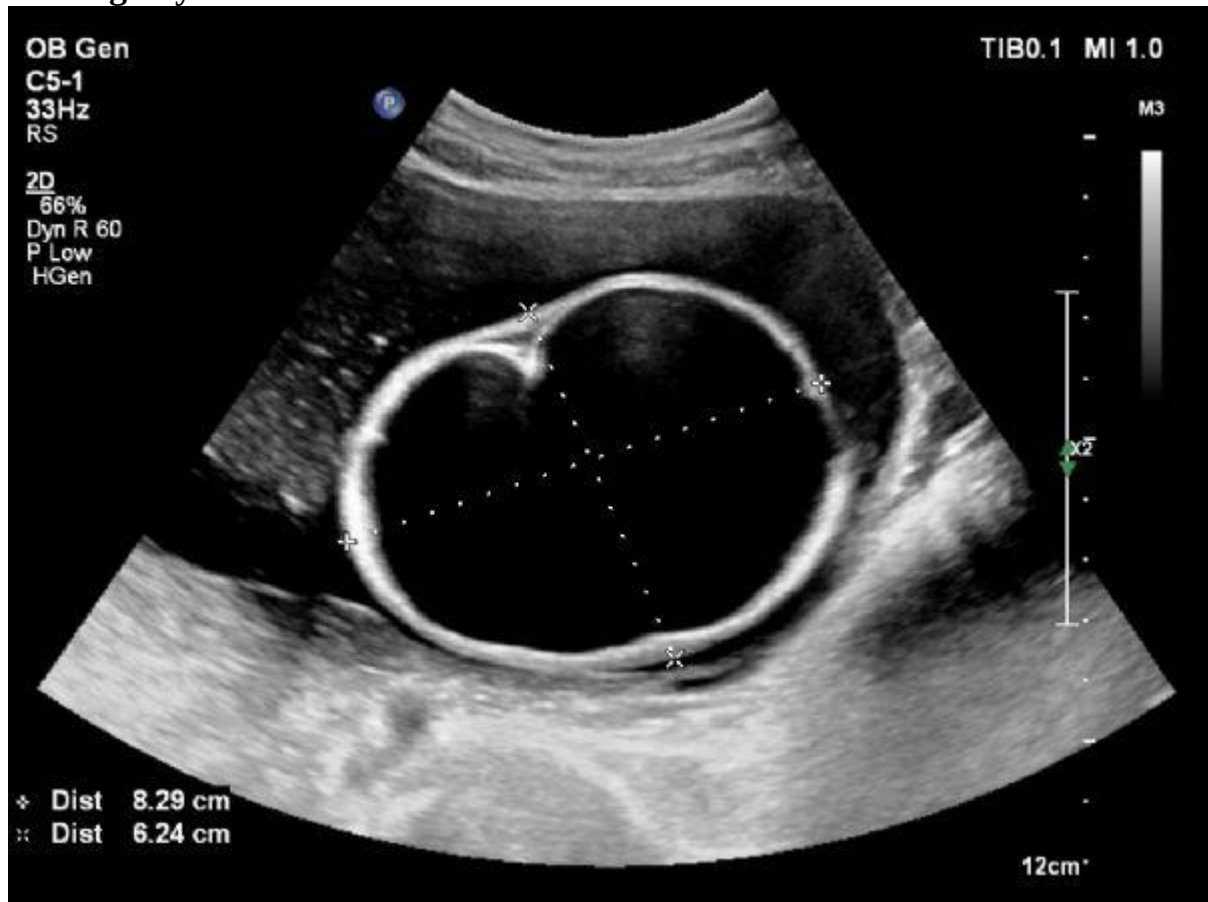
Keywords: exstrophy, omphalocele, spinal defect, ultrasonography

Large omphalocele sac



At the 30th week of gestation, a large omphalocele sac with the liver tissue, intestine and stomach in 10 x 9 cm diamaters.

Meningomyelosel



Meningomyelocele measured 82x64 mm in the sacrococcygeal region.

Multicystic kidney



Multicystic appearance was observed in the left kidney.

[PP-036]

Sağ uterin arterin inferiorunda myometriuma doğru yerleşimli RİA izlenen gebede doğum şekli

Hazel Çağın Kuzey, Taner Molla, Tuba Günay, Esin Hocaöğlü, Murat Arslan
Biruni Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Topkapı, İstanbul

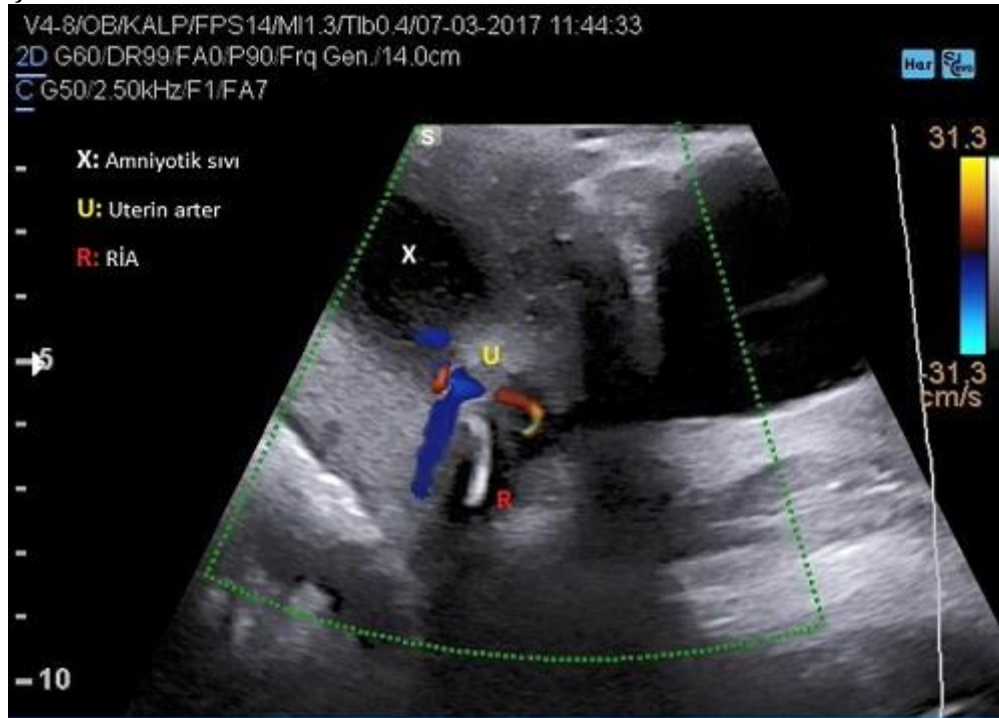
Amaç: Uterin arter komşuluğunda myometriuma yerleşim gösteren RİA saptanan gebede doğum şeklinin değerlendirilmesi

Olgu: 23 yaşında gravida: 4 parite: 3 (normal vajinal doğum) gebe 21 haftalık iken ilk muayenesine tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan ultrasonografi (USG)'sinde tek canlı fetüs izlenmiş olup ayrıca uteroisthmik bileşkede sağ uterin arterin inferioruna doğru kaymış myometriuma doğru yerleşim gösteren rahim içi araç (RİA) gözlemlendi. Yirmi üçüncü haftada tekrar kontrole gelen hastanın USG'sinde RİA'nın yerinde değişiklik olmadığı izlendi. Daha sonra takiplerini hariçte gerçekleştiren gebenin 40 haftalık iken sancılarının başlaması üzerine normal spontan vajinal yolla doğumu gerçekleştirildi. Doğum esnasında ve sonrasında komplikasyon oluşmadı. Doğum sonrası 8. haftada kontrole gelen hastanın USG'sinde RİA pozisyonunun değişmediği izlendi.

Sonuç: Bu tip hastaların doğum eylemi esnasında olası perforasyon ve uterin arter yaralanması riski nedeniyle doğum şekli tartışmalı olup literatürde bu konuda bir çalışmaya rastlanmamıştır.

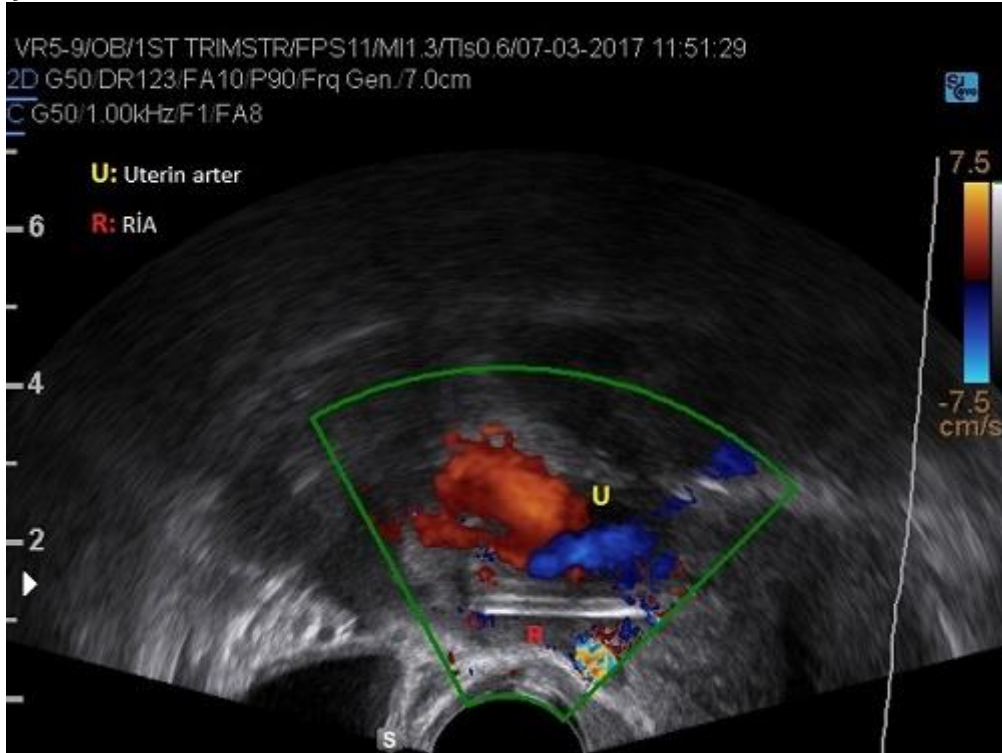
Anahtar Kelimeler: Normal vajinal doğum, RİA, Uterin arter

Şekil-1



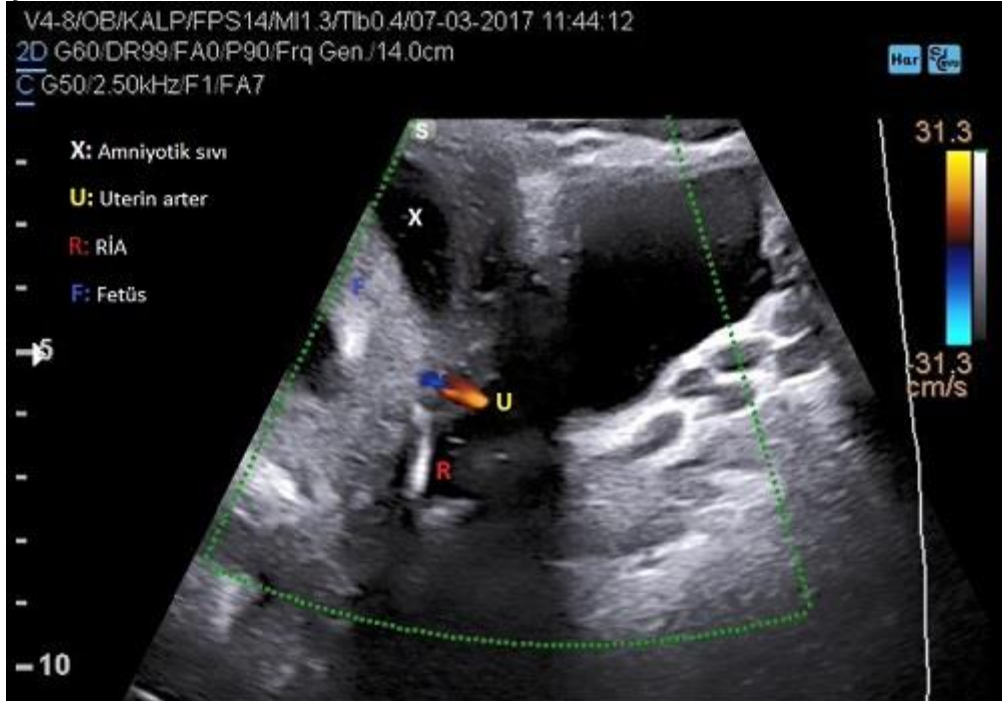
21. haftada sağ uterin arterin inferior dalı ile RİA ilişkisinin görünümü.

Şekil-2



21. haftada sağ uterin arter ile RİA ilişkisinin transvajinal USG'de görünümü.

Şekil-3



21. haftada sağ uterin arterin inferiorunda RİA izleniyor.

şekil-4



Postpartum 8. haftada sağ uterin arter ile RIA ilişkisinin görünümü.

[PP-037]

Erken Hafta Body Stalk Anomalisi Nedenli Karın Ön Duvar Defekti ve Ekstremitte Anomalisi

Halis Özdemir, Pınar Tokdemir Çalış, Mehmet Zeki Taner, Merih Bayram, Deniz Karçaaltıncaba
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Erken gebelik haftasında body stalk anomalisi izlenen hastanın bulgularını görüntüler eşliğinde tartışmak.

Olgu: 28 yaş gravida 1 olan hasta dış merkezde karın ön duvar defekti saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. Son adet tarihine göre 11 hafta 6 gün gebeliği olan hastanın CRL 61 mm ve USG'ye göre gebelik haftası 12 hafta 1 gündü. Sonografide içinde KC ve barsak segmentlerinin olduğu geniş bir karın ön duvar defekti ve defekt ekstraçölemik kavitede izleniyordu. Sol alt ekstremitte proksimalinden itibaren izlenmiyordu. Umblikal kord kısa ve batin ön duvar defektin yanından giriyordu. Aile öyküsünde herhangi bir risk faktörü ve teratojenik faktör saptanmadı. Aileye terminasyon önerildi ve kabul eden aileye medikal abortus uygulandı.

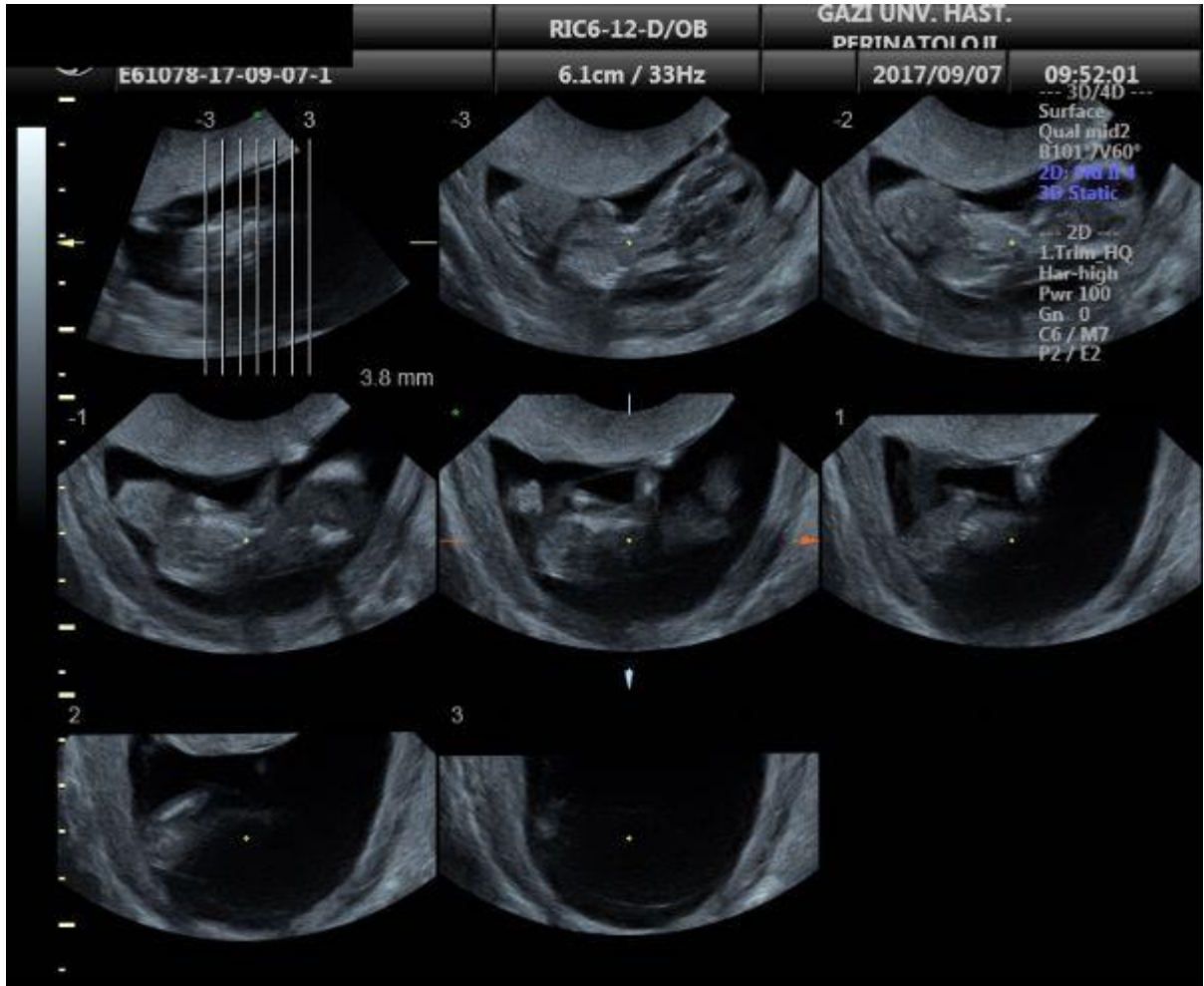
Sonuç: Body stalk anomalisi (BSA) ve amniyotik band sendromu (ABS) nadir izlenen benzer durumlardır. Sporadik gelişirler ve çoklu anomalilere neden olurlar. BSA persiste ekstraembriyonik çölemik kavite ile birlikte nöral tüp, karın ön duvar ve ekstremitte anomalilerin kombinasyonundan oluşur. Olgumuzda da karın ön duvar defektinden çıkan intestinal yapılar amniyon ile koryon arası mesafeye doğru uzanıyordu ve kord kısaydı. ABS ise ince bir membranın fetal bir yapıya yapışması ve konstriksiyon ve amputasyona neden olması ile karakterizedir. BSA'da etyoloji net değildir. Literatürdeki teoriler erken membran rüptürü, vasküler hadiseler ve embriyonik anormal gelişimlerdir. En fazla kabul gören teori çölemik kavite oblitere olmadan gelişen amniyotik membran rüptürüdür. BSA oldukça letaldir ve diğer karın ön duvar defektlerinden ayrımının yapılması ve gebeliğin sonlandırılması sebebiyle erken tanı oldukça önemlidir. Bu vakaya da tanı erken haftalarda konulabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Body stalk anormalisi, amniyotik bant sendromu, erken sonografi

resim 1

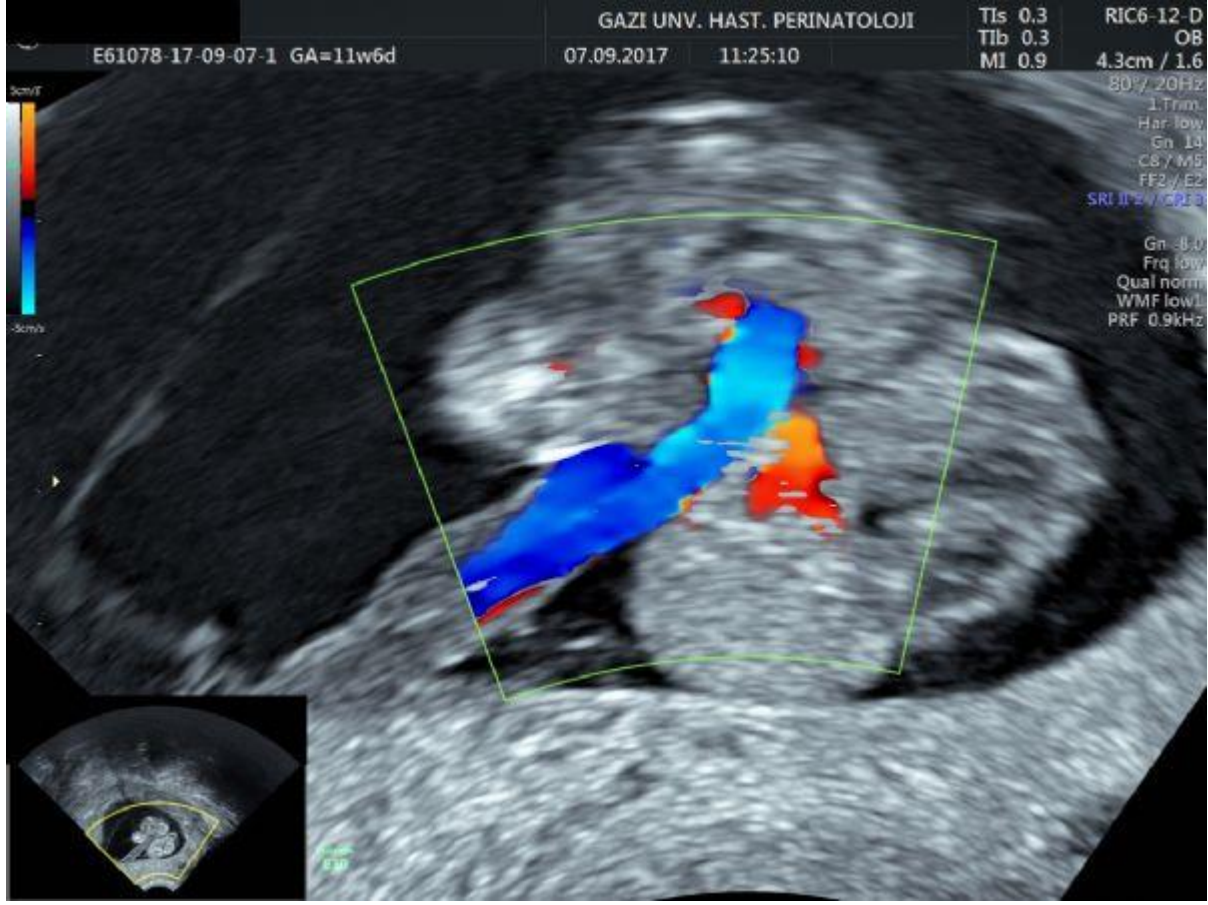


Geniş batın ön duvar defektin TUI görüntüsü

resim 2

defektin ekstra çölemik kavitede izlenmesi

resim 3



kord girişi lateral, kısa kord

resim 4



fetus, karın ön duvar defekti ve sol alt ekstremité yokluğu

First trimester sonographic findings related to vermian hypoplasia: Case report

Mucize Eric Ozdemir, Oya Demirci, Guher Bolat, Oya Pekin, Bulent Tandogan, And Yavuz
Department of Perinatology, Health Science University, Zeynep Kamil Maternity and Children
Research Hospital, Istanbul, Turkey

Objective: Our case demonstrated that a posterior fossa malformation could be suspected in the first trimester based on an abnormally large fourth ventricle-cisterna magna complex. **Case:** 25-year-old woman was admitted for first trimester screening at 12th week of gestation. The fetal crown-rump length and the nuchal translucency were 56.4 mm and 2.7 mm, respectively. Enlarged intracranial translucency was detected. Cisterna magna was 3.7 mm (Figure 1). The combined risk for trisomy 21 was 1/6144. Cisterna magna was observed as cystic and irregular on ultrasound at 14th week of gestation. It appeared as if there was a communication between the early cisterna magna and the fourth ventricle, which raised our suspicion for a posterior fossa malformation (Figure 2). The patient was offered genetic testing and sonographic follow-up. Amniocentesis was performed. Karyotype and microarray analysis results were normal. At 21 weeks' gestation, these findings were supported by fetal MR and termination of pregnancy was offered. The patient who did not want to terminate her pregnancy was followed-up antenatally. At 30th week of gestation, craniocaudal diameter and anteroposterior diameter of vermis were measured 16 mm and 9.5 mm, respectively (Figure 3). Therefore, vermian hypoplasia was thought as diagnosis. Also, shortness in long bones and polyhydramnios were detected. A 3820 gr neonate was delivered at 39th week of gestation by vaginally. Postnatal examinations also were supported with prenatal diagnosis.

Conclusion: We aimed to emphasize the importance of not only focus on nuchal thickness but also other intracranial structures in first trimester ultrasonography. When used with caution, this information may contribute to the diagnostic process by allowing for early genetic testing and appropriate sonographic surveillance of fetuses at risk for posterior fossa malformations.

Keywords: intracranial translucency, vermian hypoplasia, ultrasonography

Nuchal and intracranial translucency



Nuchal translucency was 2.7 mm and intracranial translucency increased.

Posterior fossa



Cisterna magna was observed as cystic and irregular on ultrasound at 14th week of gestation.

Vermian hypoplasia



At 30 weeks' gestation, craniocaudal diameter was measured as 16 mm and anteroposterior diameter of vermis was measured as 9.5 mm.

[PP-039]

Gebelikte pyojenik granülom

Gökhan karakoç, Orhan Altınboğa, Hasan Eroğlu, Caner Çakır, Aykan Yücel
Etlik zübeyde hanım hastanesi

Amaç:

Piyojenik granülom dişeti irritasyonuna veya hormonal faktörlere bağlı gelişen benign tümör benzeri bir lezyondur (1). Genellikle oral mukozada görülür. Lezyon özellikle oral hijyeni iyi olmayan ve hormonların vasküler sistem üzerindeki etkisine bağlı olarak gebelerde görülür (2). Gebelerin ortalama %2'sinde ve sıklıkla 2. ve 3. trimesterde görülür (3). Lezyonda konuşma ve çiğneme fonksiyonlarında kısıtlama görülür. Tedavide genellikle takip önerilir; fakat lezyonun kanaması veya gebelik sonrası gerilememesi tedavide cerrahi yaklaşım için endikasyon oluşturur (3).

Olgu:

29 yaşında 31. gebelik haftasında dişetinde şişli şikayeti bulunan hastanın preterm eylem tanısıyla Ankara Etlik Zübeyde Hanım Hastanesine yatışı yapıldı. Hastaya preterm eylem tedavisi yapıldı ve yapılan klinik muayenede 1. Ve 2. Molar diş hizasında palatinal yüze yerleşmiş 4 cm x7 cm çapında kırmızı renkli, yüzeyi ülserle lezyon görüldü (şekil 1 ve 2).

Buna ek olarak çiğnemede sorun yaşayan hastada spontan kanamaların olmadığı kaydedildi. Postpartum takip edilen hastaya lezyonun küçülmemesi üzerine cerrahi işlem uygulanarak lezyon eksize edildi. Alınan materyalin histopatolojik incelenmesinde pyojenik granülom tanısı konuldu

Sonuç:

Oral piyojenik granüloma sebep olan faktörler arasında, mikro travmalar, yabancı materyaller, diş taşları, kötü oral hijyen, travmatik diş fırçalama, gebelik ve hormonal değişiklikler, hipertansiyon ve vaskülitis sayılabilir. Ağız içinde dişetinde, dudaklarda, dilde, bukkal ve palatinal mukozada bulunabilir. Bu olguda da lezyon palatinal mukozada görülmektedir. Oral malignansiler piyojenik granülomadan tam olarak histopatolojik tetkikle ayırt edilebilirler. Histolojik olarak piyojenik granüloma; epitelde yer yer ülserasyonlar görülebilir (4). Sunulan olgunun histopatolojik değerlendirmesinde bununla uyumludur. Piyojenik granüloma tedavisinde krioterapide kullanılabilirken sıklıkla cerrahi eksizyon ile lezyonun tamamı çıkarılır. Sunulan olgumuzda da cerrahi işlem uygulanmıştır. Hastanın 2 ay sonraki postoperatif muayenesinde klinik olarak herhangi bir patolojiye rastlanılmadığı saptanmıştır ve kontrollere devam edilmektedir (5).

Anahtar Kelimeler: Pyojenik granülom, gebelikte oral lezyonlar, oral neoplaziler

şekil 1



şekil 2



[PP-040]

Marjinal hematomlu hastanın klinik takibi

Gökhan karakoç, Orhan Altınboğa, Onur Kaya, Caner Çakır, Aykan Yücel
Etlik zübeyde hanım hastanesi kadın hastalıkları ve doğum hastanesi

Amaç:

Marjinal hematom ise sıklıkla erken gebelikte plasenta köşesinde oluşan hematomdur. Bizim olgumuzda ise 3. trimesterde ve masif marjinal hematom görüldü. Vakanın verilerinin paylaşılması konusunda onam alınmıştır. Marjinal hematom 6 hafta persiste etmiştir. Sık görülmeyen ve uzun süre persiste olan majör marjinal hematom olgusu üzerinden, gebelik sırasında oluşan plasental kanamalar hakkında bilgi vermek istedik.

Olgu:

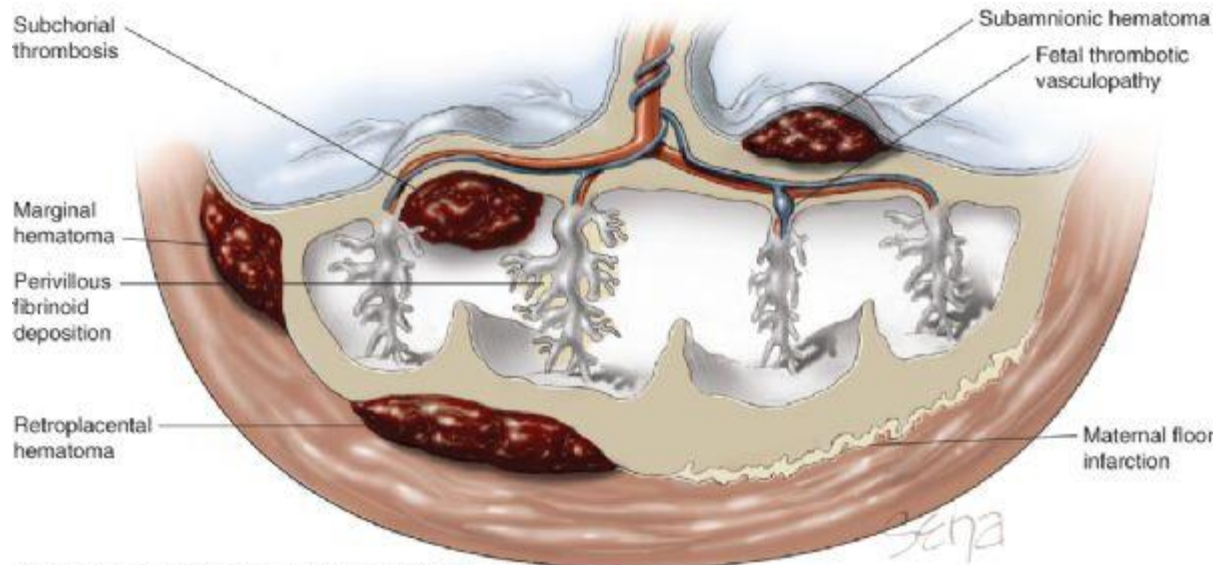
36 yaşında Gravida 6, Parite 5, geçirilmiş sezaryeni olmayan hasta, 26. gebelik haftasında vaginal kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Olgunun gebelik haftası son adet tarihine göre 26 hafta olup, fetal biyometrik ölçümleri gebelik haftasına uyumlu idi. Ultrasonografide plasental bölgede 3x7 cm boyutlarında marjinal hematom izlendi (Resim 2).. Amniyotik sıvı ve biofizik profil değerlendirmesi normal olan fetusun, doppler akımları normal saptandı. Hastanın takibinde minimal vaginal kanaması devam etti. Takibinin 1. haftasında hastanın minimal kanaması durdu. Laboratuvarında hemoglobin değeri 11.7 g/dl olarak saptandı. Takipleri sırasında 1 defa tansiyon değeri 140/90 düzeylerine çıksada bunun dışında vital bulgularında bir anormallik saptanmadı. Stabil olan hasta taburcu edilerek poliklinik takibine alındı. 32. Haftasında karın ağrısı ve kanama ile hastanemize başvuran hastanın ultrasonografisinde marjinal hematom alanının ilerlediği 6x14 cm olduğu retroplasental bölgeye yayıldığı görüldü. NST’de fetal bradikardi saptanan hasta fetal distres tanısıyla sezaryene alındı.

Sonuç:

Marjinal hematom ile ilgili olarak yapılan çalışmaların büyük kısmı gebeliğin ilk dönemlerinde saptanan olgulardan oluşmaktadır. Bizim olgumuz ise 3. trimester başında saptanmıştır. İkinci trimester de ultrasonografik marjinal kanama saptanan olgularda gebeliğin erken yarısında plasental dekolman riski 2 kat fazla bulunmuştur. Bizim olgumuzda da dekolman plasenta gelişti. Bizim olgumuzdada erken doğum gerçekleşmiştir. Gebelik sırasında saptanan kanamalarda doğru tanı için en önemli kriter kanamanın plasenta ile olan ilişkisidir. Marjinal hematom tespit edilmesi ile gebelik prognozu hakkında yorum yapılabilir. Masif marjinal hematomların doğuma kadar persiste olarak sağlıklı doğum ile sonuçlanabileceği gibi, kötü gebelik prognozlarına da yol açabilir. Bu hastaların çok dikkatli ve titizlikle takip edilmesi önemlidir.

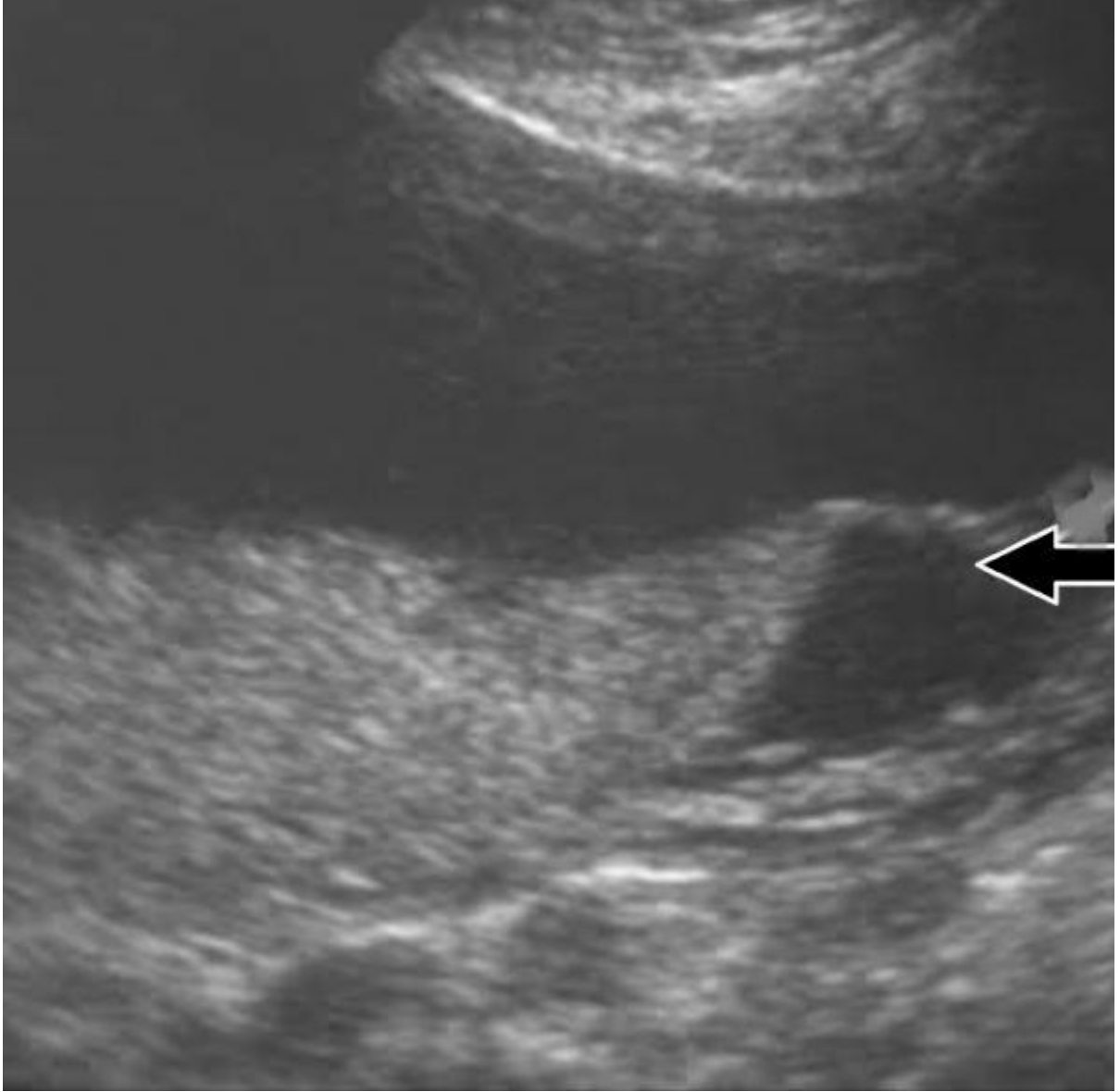
Anahtar Kelimeler: Retroplasental hematom, Marjinal hematom, Plasental kanama

resim 1



Source: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield. *Williams Obstetrics*, 25th Edition.
www.accessmedicine.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

şekil 1



[PP-041]

Vasa Previa

Orhan Altınboğa, Gökhan Karakoç, Hasan Eroğlu, Onur Kaya, Aykan Yücel
Etlik zübeyde hanım hastanesi

Amaç: Vasa Previa nadir görülen önemli oranda fetal ölüme sbep olabilen ciddi bir patolojidir. B u yazıda 30. haftada tanı alan vasa previa tanılı hasta değerlendirildi.

Olgu: 34 yaşında, Gravidası 2 olan hasta 30. gebelik haftasında preterm eylem tanısı ile kliniğimize yatırıldı. USG kontrolünde 30-31 hafta ile uyumlu tek canlı fetüs, amnion mai yeterli, ve servikal yerleşimli kord izlendi. Kordonun plasentanın servikal osa yakın, marjinalinden insersiyonu olduğu, renkli akım doppler USG ile doğrulandı. Vas previa düşünüldü. Gebelik takibi 37. haftaya kadar sıkı takip şeklinde yapıldı.37. haftada C/S ile doğumu gerçekleştirildi. Tanı makroskopik olarak doğrulandı.

Sonuç: Vasa previa 4000-5000 doğumda bir görülen nadir bir durumdur.İnsersio vamentosa gibi plasental anomalilere eşlik edebilir. Damarla kompresyona uğrayabildiği için gebelik takibinde sık variable deselerasyonlar izlenebilir. Sonuç olarak vasa previa ciddi perinatal mortalite ile ilişkilidir. Erken tanı ve yakın takip çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Vasa previa, plasental anomali, vamentöz insersio

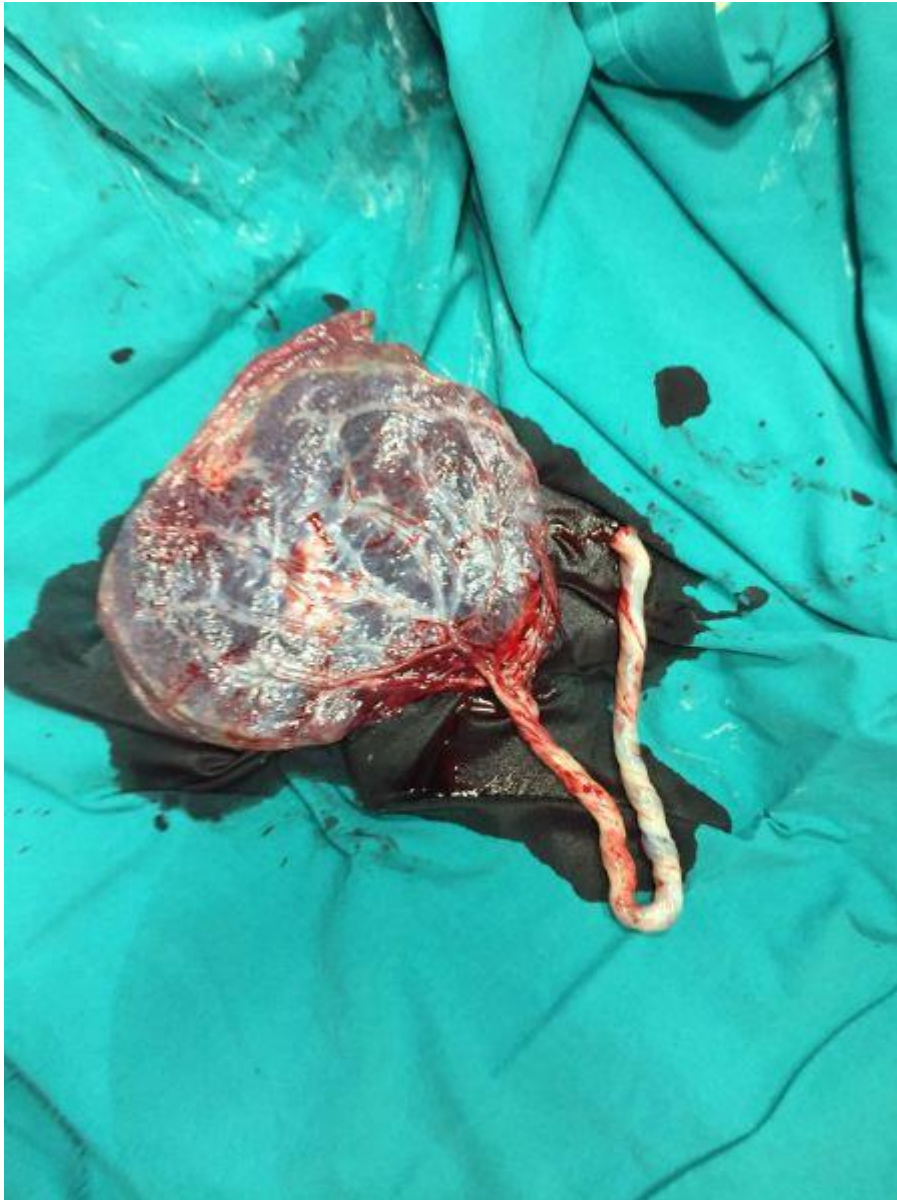
resim 1



resim 2



resim 3



[PP-042]

18. haftada tespit edilen fetal anterior sefalosel

Gülenay Gencosmanoğlu Türkmen, Yüksel Oğuz, Özgür Kara, Kadriye Yakut, Merve Öztürk, Turhan Çağlar

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

Amaç:

18. haftada tespit edilen fetal anterior sefalosel olgusunun sunumu

Olgu:

Son adet tarihine göre 18 hafta gebeliğe sahip hasta dış merkezden fetal burunda kist tanısıyla kliniğimize refere edildi. Hastanın yapılan tarama testleri normaldi. AFP değeri 1.5 Mom ile uyumluydu. Hasta ilk trimester folik asit kullanmış olup halen multivitamin kullanmaya devam etmekteydi. Hastanın öyküsünde başka bir özellik yoktu. Kliniğimizde yapılan ultrasonografik değerlendirmede frontonasal bileşkede defekt ile beraber bu defektten protrüze yaklaşık 1.5 cm'lik kistik yapı izlendi. Her iki orbita doğaldı. Kranium aksial kesitte limon bulgusu izlendi. Fetal anterior sefalosel tanısı konuldu. hasta durumu hakkında bilgilendirildi. Gebeliğinin devamını isteyen hasta takip edilmektedir.

Sonuç:

Fetal sefalosel frontal kemikteki defekte bağlı olarak intrakranial yapıların protrüze olması sonucu oluşur. Hipertelorizm ve diğer intrakranial yapısal anormallikler sıklıkla izlenir. Küçük sefalosellerin prenatal tanısı zordur. Frontoetmoidal, nasofrontal ve nazoorbital sefalosel olmak üzere 3 tipi mevcuttur. en sık frontoetmoidal tipi görülür. MR tanıda ve prognozu belirlemede yardımcıdır. İzole ise prognoz genellikle iyi olmaktadır. Doğum zamanında travmayı azaltmak için sezaryen önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: fetal sefalosel, anterior, ultrasound

Resim1



anterior ensefalosel

Resim2



anterior ensefalosel

Prenatal Ultrasonda İntestinal Atrezi - Mekonyum İleiti Vaka Sunumu

Anıl Doğukan Tural, Pınar Çalış, Halis Özdemir, Deniz Karçaaltıncaba, Merih Bayram
Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi

Amaç: Atrezi lümenli organların kör sonlanmasıyla görölen konjenital tam tıkanıklık tablosudur ve gastrointestinal sistemin her noktasında meydana gelebilir. İntestinal atrezinin en sık karşılaşıldığı yer jejunum ve ileumdur, sıklığı 1/1500 doğumdan 1/12000 doğuma kadar değişmektedir. İntestinal atrezilerde cerrahi başarı genel olarak iyidir, mortalite ve morbidite sıklıkla eşlik eden medikal durumlardan kaynaklanır (kistik fibrozis, prematürite, diğer konjenital anomaliler gibi). Bizim bu çalışmadaki amacımız kliniğimize başvuran intestinal atrezili bir fetusun antenatal tanısını ve perinatal seyrini sunmaktır.

Olgu: SAT'a göre 28 hafta 1 gün nullipar primigravid 25 yaşında bilinen hastalığı olmayan gebe takipli olduğu merkezden intestinal obstrüksiyon şüphesiyle tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın antenatal takiplerinde 2'li ve 3'lü testi düşük risklidir. Ayrıntılı USG'si normaldir. Hasta merkezimize başvurduğundaki USG'de fetüsün haftasıyla uyumlu olduğu bulunmuş, batında ileum olduğu düşünölen segment dilate ve en geniş yerinde 17,39mm ölçölmüştür (resim-1). Hastanın 32. Haftada yapılan USG'sinde polihidramniosun geliştiğı (tek cep 14cm), abdominal çevre ölçümü 97p'in üstünde ve batın içerisinde 108x83mm plastrone kistik görünüm izlenmiştir (resim-2). Preterm eyleme giren hastaya betametazon dozları tamamlanmış, 2640gr erkek bebek 8-9 APGAR'la doğurtulmuştur. Doğumda karın distandü izlenmiştir (resim-3). Bebek 3. gününde pediatrik cerrahi tarafından opere edilmiştir. Eksplorasyonda ilioçekal valvden yaklaşık 20cm proksimalde volvulus olduğu görölmüş, buna sekonder olduğu düşünölen atrezik segment ve proksimalinde perforasyon izlenmiş, atrezik segment eksize edilmiş, kolostomi açılarak operasyona son verilmiştir. Bebeğın 1 ay sonra kolostomisi kapatılmıştır. Bir hafta sonrasında gaita gelişı gözlenmiştir.

Sonuç: İleal atreziler fetal vasküler bozukluklara sekonder intestinal nekroza bağılı oluşurlar. Olgumuzda volvulusa bağılı vasküler bozukluk olduğu görölmektedir. Sıklıkla proksimal atreziler prenatal, distal atreziler postnatal tanı alırlar. Bulgular arasında polihidramnios, dilate barsak kıvrımı, hiperekoik barsak, asit görölmesi şüphelendirir. 20. haftadan önce USG bulgusu genellikle vermezler, prenatal tanı konulabilen vakaların %60'ı 24. haftadan sonra tanı almıştır. Buradan yola çıkarak fetusun geç ikinci trimester ve üçüncü trimesterde ultrasonda batın bulgularının daha dikkatli değeriendirilmesi intestinal obstrüksiyonun atlanmaması açısından önem teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: intestinal atrezi, prenatal tanı, volvulus

Resim-1



SAT'a göre 28 hafta 1 günlük fetüsün en dilate barsak segmentindeki USG görünümü

Resim-2



Batında plastrone kistik görünüm

Resim-3



Doğum sonrası çekilen yenidoğan fotoğrafı, distandü karın görünümü

[PP-044]

Dijinik triploidi: Olgu sunumu

Seyma Banu Arslanca, Feride Söylemez, Acar Koç
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı,
Ankara

Giriş: Triploidi klinik tanı alan gebelikleri %1-3'ünde, spontan abortusların yaklaşık %20'sinde görülür. Canlı doğumlarda ise oran 1/10.000'dir. Üçüncü trimestere kadar yaşıyan fetüslerde ise şiddetli gelişme geriliği görülür. Haploid kromozomlar anne kaynaklı ise dijinik, baba kaynaklı ise diandrik olarak adlandırılırlar ve diandrik tip %90 oranında daha sık görülür. Bu olgumuzda antenatal tanı alan dijinik triploidiyi sunmayı amaçladık.

Olgu: Hasta 41 yaşında olup gravida 2 parite 1 idi, ikinci trimester tarama testinde yüksek risk ve 19 haftadaki ultrasonografide (USG) semilobar holoprozensefali (şekil 1) saptanması üzerine yapılan amniyosentez sonucu 69,XXX olarak raporlandı. Bu durum hasta ile paylaşıldı, gebeliğin devamını isteyen şiddetli gelişme geriliği ve eşlik eden yapısal anomaliler nedeniyle takip edildi. Hasta 36 hafta 6 gün gebe iken bebek hareketlerini hissetmeme şikayeti ile başvurdu. Yapılan USG'de intrauterin eksitus saptandı, 960 gr. kız cins bebek doğurtuldu.

Tartışma: Dijinik tip triploidi daha nadir görülmektedir. Diandrik tipte plasenta büyük ve histolojisi parsiyel mol hidatiform ile uyumlu, hafif gelişme geriliği ve mikrosefali izlenirken dijinik tipinde plasenta küçüktür ve kist içermez, şiddetli gelişme geriliği ve göreceli makrosefali izlenir. Diandrik tipte nukal translusens (NT) artmışken, dijiniklerde sıklıkla NT normaldir. Dijinik triploidili fetüsler diandriklere göre daha uzun süre yaşama eğiliminde olmasına rağmen her iki tipte de mortalite %100'dür. Çoğunlukla intrauterin eksitus görülmektedir, nadiren de doğumdan sonraki birkaç ay içerisinde ölüm olur. Mozaik fetüsler yaşamla bağdaşabilmektedir. USG' de santral sinir sistemi anomalileri (holoprozensefali, hidrosefali, Dandy-Walker anomalisi), majör yüz defektleri, safra kesesi yokluğu, 3.ve 4. parmaklarda sindaktili, kardiyak anomaliler, tek umbilikal arter ve artan NT saptanması durumunda triploidi mutlaka araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Triploidi, holoprozensefali, gelişme geriliği

şekil: 1



Semilobar holoprosensefali

Epidermolizis bülloza birlikte görülen aplazi kutis konjenita: Olgu sunumu

Seyma Banu Arslanca, Feride Söylemez, Acar Koç

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

Giriş: Aplasia kutis konjenita (AKK) cildin ve cilt altı dokuların değişen derecelerde yokluğu ile giden bir hastalık grubudur. En sık skalpte ayrıca ön kol, diz, gövdenin her iki tarafı ve boyunda görülebilir. AKK, kas, kemik hipoplazisi veya yokluğu ile birlikte olabilir. Lezyon izole olabileceği gibi deri, göz, kulak, burun ve ekstremitelerde anomalilerinin yanı sıra kardiyovasküler, gastrointestinal, genitoüriner ve santral sinir sistemi defektleri ile birlikte olabilir. Olgumuzda antenatal ultrasonografide yapısal anomaliler izlenen ve epidermolizis bülloza ile birlikte görülen aplazis kutis konjenitayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 26 yaşında gravida 1 parite 0 olan gebenin 23. gebelik haftasındaki ultrasonografisinde fetal kulaklarda anomali, kısa filtrum, üst ekstremitelerde rizomeli, alt ekstremitelerde akromeli, sol böbrekte grade 4 hidronefroz saptandı. Eşler arasında 3. derece akrabalık mevcut, gebelikte teratojen ilaç kullanımı yok. Fetüsün genetik yapısı için amniyosentez yapıldı, normal karyotip olarak sonuçlandı. Hasta 31 hafta 2 gün gebe iken betametazon dozlarının ilki yapıldıktan sonra vajinal yol ile 1620 gr. erkek bebek doğurtuldu. Yapılan ilk değerlendirmede göz, kulak, ağız hipoplazisi, yaygın cilt aplazisi, cilt fragil soyulmaya meyilli, üst ve alt ekstremitelerde anomaliler izlendi. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen bebekte böbreklerde grade 5 dilatasyon, solda üreterosel ve pilor stenozu saptandı. Postnatal 3. gün olgu eksitus oldu. Tartışma: AKK fokal yada yaygın cilt defektiyle karakterize anomali grubudur. İnsidansı net olmamakla birlikte, 1-3/10.000 canlı doğumda görülür. Kızlarda erkeklerden daha sık izlenmektedir. %85'inde izole skalp lezyonları görülür. Etiyolojisi bilinmemektedir, çeşitli teoriler mevcuttur. Nöral tüpün veya embriyonik füzyon hattının kapanmaması, intrauterin travma, vasküler hasara bağlı plasental yetmezlik, fetüs papiraseusdan kaynaklanan iskemi ve tromboz, amniyotik membran adezyonları, intrauterin infeksiyonlar, genetik mutasyonlar ve teratojenler. Frieden lezyonun sayısı, lokalizasyonu, eşlik eden anomaliler ve kalıtım şekline göre 9 grupta sınıflandırmıştır. Olgumuz grup 6 ile uyumludur. Mortalite yaklaşık %21'dir. Tedavi reepitelizasyonun sağlanması ve eşlik eden malformasyonların düzeltilmesidir. Tanısı için spesifik bir laboratuvar testi olmayan bu hastalıkta klinik ve değerlendirme önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aplasia kutis konjenita, epidermolizis bülloza, pilor stenozu

şekil: 1



Kısa filtrum

şekil: 2



Renal pelvislerde dilatasyon

şekil: 3



Epidermolizis bülloza ve ekstremitte anomalileri

şekil: 4



Şekil: 4 Kulak-burun anomalileri ve aplazi kutis

Tablo: 1

Kategori	Etkilenen bölge	Eşlik eden anomaliler	Kalıtım şekli
Grup 1: Eşlik eden anomalinin olmadığı skalp AKK	Skalp, genellikle vertex	Yarık dudak ve damak, trakeaözefegial fistüller, çift serviks ve uterus, patent duktus arteriozus, omfalosel, polikistik böbrek, mental retardasyon, kutis marmorata, telenjiektazi konjenita	Otozomal dominant veya sporadik
Grup 2: Ekstremitte anomalileri ile skalp AKK	Orta hat skalp	Ekstremitte redüksiyon anomalileri, 2-3 sindaktili, clubfoot, tırnak yokluğu veya distrofisi, ayak parmaklarında skin taglar, persistan kutis marmorata, ensefalosel, yünlü saç, hemajiom, kalp hastalığı, kriptorşidizm, postaksiyal polidaktili	Otozomal dominant
Grup 3: Epidermal ve organoid nevüslerle birlikte skalp AKK	Skalp, bazen asimetrik	Korneal opasiteler, skleral dermoidler, göz kapağı kolobomaları, psikomotor retardasyon, nöbetler	Sporadik
Grup 4: Embriyonik malformasyonlarla birlikte AKK	Abdomen, lumbal cilt, skalp, herhangi bir lokasyon	Meningomyelosel, spinal disrafi, kraniyal sinostoz, konjenital orta hat porencefali, leptomeningeal anjiyomatozis, kulak ektopisi, omfalosel, gastroşizis	Zeminde yatan nedene bağlı
Grup 5: Fetüs papiraseus veya plasental infarktalarla bağlı AKK	Multipıl, simetrik, sıklıkla stellat veya çizgisel, skalp, göğüs, parmaklar, aksilla ve ekstremiteler	Tek umbilikal arter, gelişimsel gecikme, spastik paralizi, tırnak distrofisi, club el ve ayaklar, amniyotik bantlar	Sporadik
Grup 6: Epidermoliz bülloza ile birlikte AKK: Kabarma şeklinde, genellikle lokalize, multipıl konjenital anomaliler yok	Ekstremiteler	Deri/müköz membranlarda kabarma, tırnak yokluğu veya deforme tırnak, metatarsus varus, konjenital böbrek yokluğu	Epidermolizis büllozanın tipine bağlı, otozomal dominant veya resesif
Grup 6: Epidermoliz bülloza ile birlikte AKK: Konjenital anomaliler ile birlikte yaygın cilt	Ekstremitelerde geniş alanlar ve gövde	Pilorik veya duodenal atrezi, anormal kulaklar ve burun, üreteral stenoz, renal anomaliler, artrogripozis, amniyotik bantlar, tırnak	Otozomal resesif

fragilitesi		distrofisi	
Grup 7: Kabarıklık olmadan eksteremitelerde lokalize AKK	Pretibial alanlar, el ve ayakların dorsal yüzü, eklemlerin ekstensör alanları	Yok	Otozomal dominant veya resesif
Grup 8: Spesifik teratojenlerle ilişkili AKK	Skalp (metimazol), herhangi bir bölge (varisella veya herpes simpleks infeksiyonları)	İmperfore anüs (metimazol), intrauterin infeksiyon belirtileri ile birlikte varisella ve herpes simpleks infeksiyonları	Kalıtımsal değil
Grup 9: Malformasyon sendromları ile birlikte AKK	Skalp, herhangi bir lokasyon	Trizomi 13, 4p delesyon sendromu, ektodermal displazilerin çoğu, Johanson-Blizzard sendromu, fokal dermal hipoplazi, amniotik bant kompleksi, XY gonadal disgenezi	Sistemik sendroma bağlı olarak değişiklik gösterir

Aplazi kutis konjenita sınıflandırması

[PP-046]

Sağ Atrial İsoomerizm: Olgu Sunumu

Kadriye Yakut, Merve Öztürk, Yüksel Oğuz, Gülenay Gençosmanoğlu Türkmen, Özgür Kara, Dilek Uygur, Şevki Çelen
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

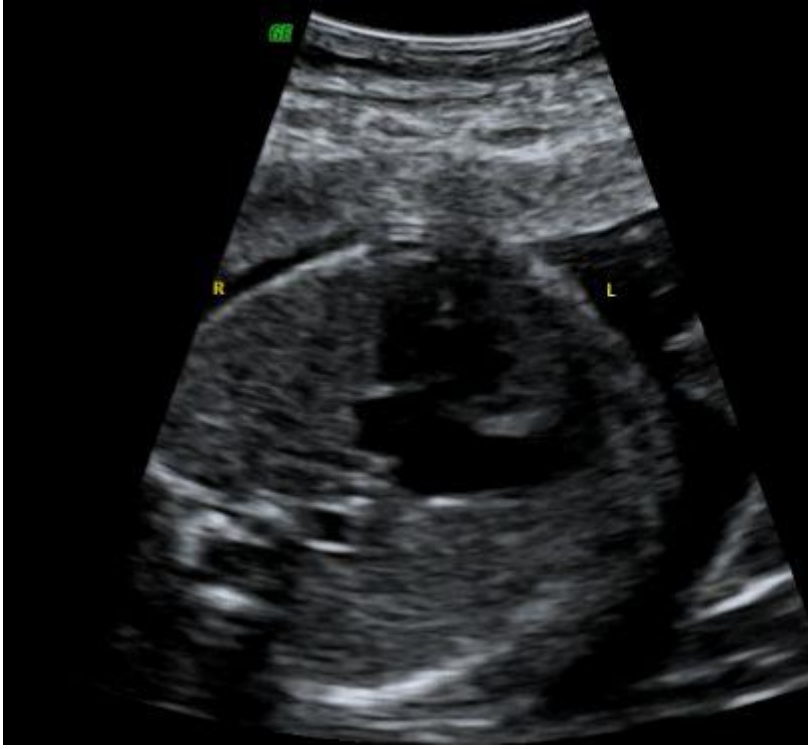
Amaç: Kardiyak, vasküler ve visseral anormalliklerin kombinasyonu şeklinde karşımıza çıkan ve yüksek mortaliteye sahip sağ atrial isomerizm tanısı konmuş 22 hafta tekil gebeliğe sahip olgunun prenatal tanısı ultrasonografi bulguları ile sunulmuştur

Olgu: 21y G2Y1 22 hafta gebeliğe sahip olan hasta kliniğimize fetal kardiyak anomali tespit edilmesi üzerine refere edildi.Öyküde 2li ve 3 lü tarama testleri düşük riskli olup; yapılan detaylı ultrason incelemesinde, mide sağda, safra kesesi orta hatta, karaciğer ise boyutları artmış olup sağ yerleşimli izlendi. Vena cava inferior ve inen aorta aynı taraf yerleşimli olup solda izlendi. Dekstrokardi, komplet AVSD,atrioventriküler kapaklarda yetersizlik, trunkus arteriosus, periste sol süperior vena cava, tespit edilen diğer bulgulardı. Aileye prognoz hakkında bilgi verilmesi sonrasında terminasyon istemi olan olgu termine edildi.

Sonuç: Heterotaksi sendromları içinde yer alan sağ atriyal isomerizmde; sağ yan yerleşimli yapıların çift olduğu, sol yan yerleşimli yapıların ise az ya da hiç gelişmediği gözlenmektedir. Karaciğer simetrik, büyük, orta hat ya da sağ taraf yerleşimlidir.Aorta ve inferior vena cava aynı tarafta;sağ ya da sol yerleşimli olabilir. Mide sağ, sol ya da orta hat yerleşimli olabilir. Her iki atrium sağ atrium morfolojisindedir. İntrakardiyak anomaliler neredeyse tüm olgulara eşlik eder ve komplekstir. Sık tespit edilen anomaliler; dekstrokardi, AVSD (%40-50), pulmoner stenoz ya da atrezi, monovenrikül, persiste sol superior vena cava, diskordan ventriküloarterial bağlantı,pulmoner venöz dönüş anormallikleri,aspleni(%74), gastrointestinal malrotasyon ve atrezilerdir. Bilateral akciğerler trilobule,her iki bronş eparterialdir.Trizomiler neredeyse hiç tespit edilezken, diğer kromozomal anomaliler ve 22q11 mikrodelsiyonu nadir izlenmektedir. Prognoz kompleks anomaliler nedeniyle kötü olup, mortalite %90'ın üstündedir.Sonuç olarak, abdominal organların yerleşiminin ultrasonda değerlendirilmesi kardiyak anomaliler açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: AVSD, İSOMERİZM, TRUNCUS ARTERİOSUS

dekstrokardi ve AVSD



Sağ isomerism olgularına major kardiyak anomaliler eşlk etmektedir

sağ atrial isomerism Olgusunda AC kesiti



Sağ isomerism olgusunda fetal abdominal organların yerleşimi

[PP-047]

Trizomi 9 olgu sunumu

Rauf Melekoğlu¹, Hasan Berkan Sayal²

¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Malatya

²T.C. S.B. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya

Trizomi 9, diğer trizomi vakalarına göre (ör: trizomi 21, 13, 18) çok daha nadir görülen bir sitogenetik anomalidir. Çoğu vaka gebeliğin ilk trimester’de spontan abortus ile sonuçlanmaktadır. Canlı doğumların çok büyük bir kısmı mozaik trizomi 9 vakalarıdır. Bazı fenotipik özellikleri trizomi 13 ve 18 ile benzerlikler göstermektedir. Trizomi 13, 18’de görülebilen kalp anomalileri, yüz anomalileri, diafragma hernisi, intrauterin gelişme geriliği gibi anomaliler, doğum sonrası kötü prognoz ve yaşam beklentisinin kısa olması gibi bazı durumlar, trizomi 9’da da görülebilmektedir.

Amaç

Bu çalışmadaki amaç non mozaik trizomi 9 vakalarının çoğunlukla abortus ya da doğum sonu erken dönemde kayıp şeklinde olduğunu ve daha sık olarak görülebilen trizomi 13, 18 ile bazı fenotipik özelliklerinin benzer olduğunu vurgulanmasıdır. Çeşitli yüz anomalileri, intrakranial anomaliler, üro-genital anomaliler gibi major yapısal anomaliler görüldüğünde sitogenetik anomaliler açısından invaziv tanı testi seçeneği ailelere sunulmalı, olası sonuçları arasında bizim vakamızda olduğu gibi diğer nadir görülen genetik bozuklukların da olabileceği akılda tutulmalıdır.

Yöntem

Hastamız 18-22. hafta fetal anatomik taraması amacı ile merkezimize başvurmuştur. GE Voluson E6 ile detaylı anatomik incelemesi yapılmıştır. Hastaya amniosentez seçeneği sunulmuş ve gerçekleştirilmiştir. Hastanın gebeliği, ailenin durum hakkında bilgilendirilmesini takiben sonlandırılmıştır.

Bulgular

Hasta SAT’a göre 20 hafta gebe. Yapılan fetal anatomik taramasında dandy-walker malformasyonu (vermian agenezi), kalpte inlet VSD, bilateral orta derecede hidronefroz, solda çift üriner toplayıcı sistem ve dublike böbrek, mesanede üreterosel ve tek umbilikal arter tespit edildi.

Sonuç

Yukarıda fenotipik özelliklerini açıkladığımız vakamız, literatürde daha önce benzer bulguları taşıyan fetuslarla benzer özellikleri taşımaktadır. Sırasıyla 1/5000 ve 1/10000 insidansla görülen trizomi 18 ve trizomi 13’te görülen ultrasonografik bulgular non mozaik trizomi 9 olgularında da yüksek bir oranda görülmektedir. Kardiak anomaliler, dandy walker malformasyonu, gibi trizomi 18 olgularında sıklıkla görülen ya da yüz anomalileri, üro-genital anomaliler gibi trizomi 13 olgularında görülebilen anomaliler araştırılırken trizomi 9 gibi nadir görülen sitogenetik anomalilerin de ayırıcı tanıda yer almasının uygun olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Trizomi 9, lethal kromozomal anomali, multiple fetal anomali

İkiz Gebelikte Sakrokoksigeal Teratom: Vaka Sunumu

Pınar Çalış, Halis Özdemir, Merih Bayram, Deniz Karçaaltıncaba, Mehmet Erdem
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Sakrokoksigeal teratom en sık fark edilen fetal neoplazidir ve insidansı 1/27.000'dir. Kızlarda erkeklere göre 3-4 kat daha fazla görülür. Genellikle 2.trimester rutin ultrasonografide fark edilir. Teratom boyutları ve lokalizasyonuna bağlı olarak sıklıkla mesane ve böbreğe baskı semptomları ve getirdiği ekstra kardiyak yükü kalp yetmezliğine neden olabilir. Fetus haftalık yada 2 haftada bir değerlendirilmelidir. 10cm'den büyük olanlar genellikle perinatal mortalite ile ilişkilidir. Hidrops gelişen fetuslar kötü prognozlu'dur. Bunla birlikte, 32 hafta altında teratom hacmi/fetal ağırlık 0.11'den büyük olması kötü prognoz kriteridir.Minimal invaziv intrauterin cerrahi yapılabilsen bile genellikle postnatal cerrahi yapılmaktadır.

Bizim yazıdaki amacımız, IVF dikoryonik diamaniyotik olan ikiz gebe hastanın, fetuslardan biri tamamen sağlıklıyken fetuslardan diğesinde sakrokoksigeal teratom saptanması ve antenatal takibi ve doğumu ile ilgili vaka sunumu yapmaktır.

Olgu: 31 yaşında ilk gebeliği olan 27 hafta 1 gün dikoryonik diamaniyotik hasta kliniğimize fetuslardan birinde sakral bölgede kitle ön tanısıyla başvurdu. Başvuruda yapılan ultrasonda fetuslar haftalarıyla uyumluydu. Sağ fetus(kız fetus) ayrıntılı ultrasonu normalken, sol fetusun(erkek fetus) sakral bölgesinde dışa uzanım gösteren 57x92mm teratomla uyumlu solid kistik kitle vardı. Kitle volumu/tahmini fetal ağırlık 0.05 olarak bulundu(Resim 1). Fetusta hidrops ve kalp yetmezliğine ait bulgu yoktu. Fetusun mesanesi izlendi. Hasta 2 haftalık takiplerle 37. haftaya kadar izlendi. İzlem boyunca fetusta kalp yetmezliğine ait bulgu görülmedi. Kitlede boyut artışı olmadı. Hasta 37 hafta 2 günlükken sezeryan ile doğum yaptırıldı. 2385gr 9-10 APGARlı erkek fetus (Resim 2) ve 2720gr 9-10 APGARlı kız fetus doğurtuldu. Postpartum 1.gününde teratomu olan bebek pediatrik cerrahi tarafından opere edildi. Ek bir operasyona gerek kalmayacağı düşünülen bebek halen yenidoğan yoğun bakımda yatmaktadır. Sağlıklı bebek anne yanında takip edilip postpartum 1. gününde taburcu edildi. Sonuç: Vakamızda her ne kadar kitle 10 cm olsa da, kalp yetmezliği bulgularının hiç gelişmemesi ve kitle boyutunda büyüme olmaması fetusların term doğumlarını sağlamıştır. Fetusun rutin obstetrik ultrasonda da bu tip kitleler yönünden incelenmesi, prenatal tanıyı atlamamak açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: sakrokoksigeal teratom, ikiz gebelik, prenatal tanı

Resim 1



sakrokoksigeal teratom hacmi

Resim 2



Doğumda sakrokoksigeal teratom görünümü

Gastroşizisli Hastaya Yaklaşım

Gülşah Aynaoğlu Yıldız, Ömer Erkan Yapça, Ragıp Atakan Al, Metin İngeç
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzurum

Amaç: Gastroşizis; abdominal organların, genellikle umblikusun sağındaki küçük bir defektinden evisserasyonuyla karakterize koruyucu membran içermeyen bir anomalidir. Prevelansı ülkeler arasında 10.000 canlı doğumda 0.5-4 arasında değişmektedir. Etiyolojisi ve patolojisi net değildir ancak, abdominal organların oluşması esnasında kapanması gereken abdominal duvarı kesintiye uğratan hemoraji veya trombozis gibi vasküler olaylardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Genellikle vakaların % 95 inin izole doğum defekti ve düşük oranda diğer malformasyonlarla ilişkili olabileceği kabul edilmektedir. Nadir birliktelik kabul edilse de farklı çalışmalarda % 5-53 arasında malformasyonlarla ilişkisi dikkati çekmektedir. Bu vakada, gastroşizisin diğer malformasyonlarla birlikte olabileceğini ve tüm gastroşizisli vakalarda detaylı ultrasonografik değerlendirmenin yapılması gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

Olgu:: 26 yaşında G1 P0 Y0 17 haftalık gebe hasta rutin kontrol için polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde sigara ya da ilaç kullanımı yoktu. Yapılan ultrasonografik muayenede barsaklar, karaciğer ve midenin abdomen dışında olduğu, sol ekstremitenin ve external genital organın olmadığı, sağ ayakta pes eqinevarus deformitesi olduğu ve hidrosefali saptandı. Gastroşizisin sol yan kaynaklı olduğu izlendi. Hastaya terminasyon önerildi ve kromozom analizi yapıldı. Halen kromozom analiz sonucu beklenmektedir.

Sonuç:: Gastroşizisin en sık görülen abdominal duvar defekti olduğu düşünülmektedir ve genetik faktörlerle ilişkisiz izole defekt olduğu bilinmektedir. İlişkili olduğu anomaliler intestinal atrezi ve kriptoorşidizmdir. Risk faktörleri ise genç anne yaşı (özellikle 20 yaş altı), gebelik boyunca sigara ve vazoaktif özellikteki ilaçlara maruziyettir (psödoefedrin ve efedrin gibi). Gastroşizis genellikle umblikusun sağında yer almaktadır. Sol yan kaynaklı gastroşizis kızlarda daha sık görülür ve sağ yan kaynaklı lezyonlarla karşılaştırıldığında ekstraintestinal anomalilerle birlikteliği daha fazladır. Etiyoloji bilinmemesine rağmen sağ yan kaynaklı gastroşizisten farklı olabilir. Yukarıda sunduğumuz vakada olduğu gibi, detaylı incelemeyle gastroşizisin sporadik olmayabileceği ve sağ yan kaynaklılara göre multiple anomalilerin eşlik etme olasılığının daha fazla olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gastroşizis, hidrosefali, pes eqinevarus

[PP-050]

Umblikal Kordon Anjiyomiksoması: Olgu Sunumu

Didar Kurt, Tuğba Saraç Sivrikoz, Gürcan Türkyılmaz, Aylin Yılmaz, İbrahim Kalelioğlu, Recep Has, Atıl Yüksel
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı

Amaç:

28. gebelik haftasında umblikal kordonda heterojen düzensiz sınırlı kitle izlenen ve umblikal kordonun patolojik incelemesi sonucu anjiyomiksoma saptanan hastanın sunumunu amaçladık.

Olgu:

47 yaşında, G1,IVF ile gebe kalan hasta, 28. gebelik haftasında umblikal kordonda heterojen düzensiz sınırlı kitle saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Hastanın ek hastalığı ve akraba evliliği öyküsü yoktu. Yapılan ultrasonografik incelemede umblikal kordon serbest ans içerisinde 25x48x27 mm boyutlarında hiperekojen düzensiz sınırlı kitle izlendi.Kitlenin içerisinde arteriyal olduğu düşünülen vasküler yapı görüldü.Ön planda umblikal kordon anjiyomiksoması veya hemanjiyomu olabileceği düşünüldü.Ayırıcı tanıda umblikal kord kisti ve umblikal kord teratomu yer almaktadır. Kordosentez ile alınan materyalde bakılan fetal karyotip sonucu normal olarak saptandı.Miadında 3200 gr, canlı, 8/9 Apgar'lı, erkek bebek doğurtuldu.Plasenta ve eklerinin patolojik incelenmesi sonucu umblikal kordonun anjiyomiksoması olarak değerlendirildi.

Sonuç:

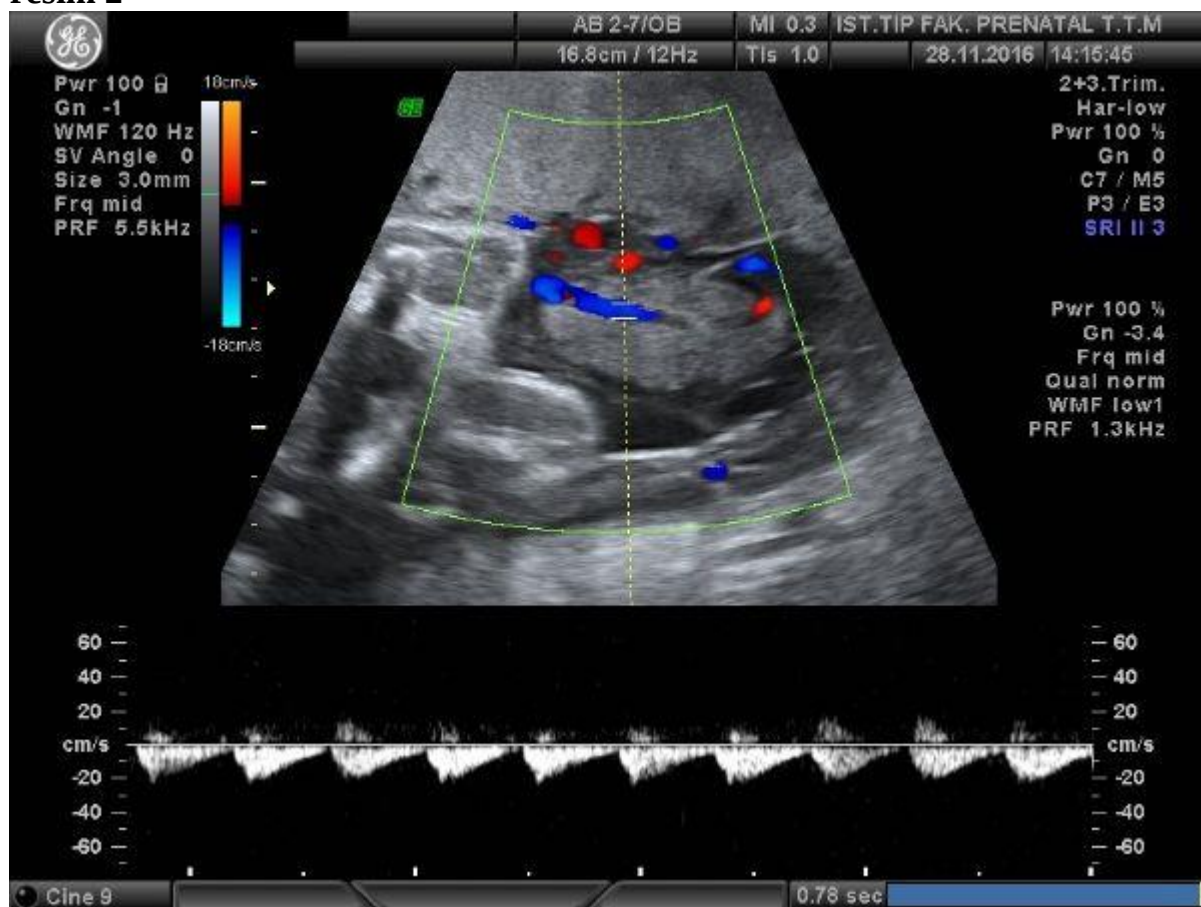
Umblikal kordon anjiyomiksomalara oldukça nadir görülen tümörlerdir.Ultrasonda heterojen görünümlü, solid veya kistik alanlar içerebilen kitleler olarak karşımıza çıkarlar.Tanı mikroskopik inceleme ile desteklenmelidir.Erken doğum, kardiyovasküler anomaliler, non-immün hidrops fetalis, polihidramnios, ölü doğum gibi kötü perinatal sonuçlarla ilişkili olabilirler.

Anahtar Kelimeler: Anjiyomiksoma, hemanjiyoma, umblikal kord

resim 1



resim 2



resim 3



[PP-051]

Umbilikal Kordon Teratomu-Vaka Sunumu

Funda Güngör Uğurlucan¹, Ömer Demir¹, Tuğba Sivrikoz¹, Recep Has¹, Semen Önder², Atıl Yüksel¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Umbilikal kordon teratomları nadiren normal bir fetusa da eşlik edebilirler. Kliniğimizde umbilikal kordon teratomu saptanan vakayı sunuyoruz.

Olgu: 38 yaşında gravida-2 para-1 hasta 27.gebelik haftasında yapılan rutin ultrasonografide anomali saptanması nedeniyle refere edildi. Hastanın özgeçmişinde başarısız indüksiyon nedeniyle geçirmiş olduğu sezaryen ve hipotiroidi dışında bir özellik yoktu. 27.gebelik haftasında yapılan ultrasonografide amniyotik kavitede kordon insersiyon yerine yakın 139x99x172mm boyutlarında heterojen solid-kistik ve kemikleşmiş alanlar içeren kitle görüldü. Solid komponentte arterial akım izlendi. [Şekil1,2] Fetusta intrauterin gelişme geriliği ve hafif polihidramnios saptandı. Ölçüler 25 hafta ile uyumluydu. Mide cebi görüldü. Distal kolonik anslarda dilatasyon izlendi, anal kanal izlendi, hiperektojen bağırsak izlendi. Umbilikal ven, portal sinüs ve portal venöz sistemin görünüşleri normaldi. 22x21mm boyutlarında intraabdominal kist saptandı, ayırıcı tanıda koledok kisti veya hepatik kist düşünüldü. Plasenta en kalın yerinde 53mm ölçüldü, homojen ekoda izlendi.[Şekil3] Ayırıcı tanıda umbilikal kordon teratomu ve korioanjom düşünüldü. Bilateral uterin arter, umbilikal arter, orta serebral arter ve duktus venozus Doppler ölçümleri normal saptandı. Kordosentez ve kromozomal ARRAY test sonuçları normal saptandı. Oral glukoz tolerans testi normal saptandı.

Gebelik takibi kliniğimizde sorunsuz olarak 31.haftaya dek devam etti. 31.gebelik haftasında ağrıları başlayan hastaya tokoliz ve betametazon verildi. 33.gebelik haftasında tekrar ağrı ile başvuran hastaya erken doğum tehdidi nedeniyle tokoliz başlandı. Tokoliz esnasında kardiyotokografide varyabilite kaybı olması üzerine yapılan BFP'de skor 2 saptandı. Hasta fetal distress tanısı ile sezaryene alındı. 7/8 Apgar'lı 1245gr/38 cm ölçülerinde bir kız bebek doğurtuldu. Ultrasonografide görülen dev kitle plasenta ile birlikte çıkartıldı ve umbilikal kordon ile bağlantılı olduğu izlendi. [Şekil4] Yenidoğanın muayenesinde Tip 1 koledok kisti saptandı ve gastroenterologlara yönlendirildi.

Kitlenin patolojik değerlendirmesinde Grade 3 immatür teratom saptandı. Plasentanın maternal yüzüne invazyon izlenmedi. İmmatür teratomda hepatik differansiyasyon ve ekzokrin ve endokrin pankreas differansiyasyon saptandı.

Sonuç: Umbilikal kordon teratomları nadir de olsa görülebilen lezyonlardır ve anormal fetal sonuçlara neden olabilirler. Yakın fetal takip yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Umbilikal kordon teratomu, Umbilikal kordon, teratom, Temel obstetrik ultrasonografi

Şekil 1



Teratomun ultrasonografide görünümü

Şekil 2



Teratomun ultrasonografide görünümü

Şekil 3



Plasentanın görünümü

Şekil 4



Doğumda teratom ve plasentanın görünümü

Konjenital glioblastoma multiforme: Olgu sunumu

Seyma Banu Arslanca¹, Feride Söylemez¹, Acar Koç¹, Esra Özkavukçu Ünlü²

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

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

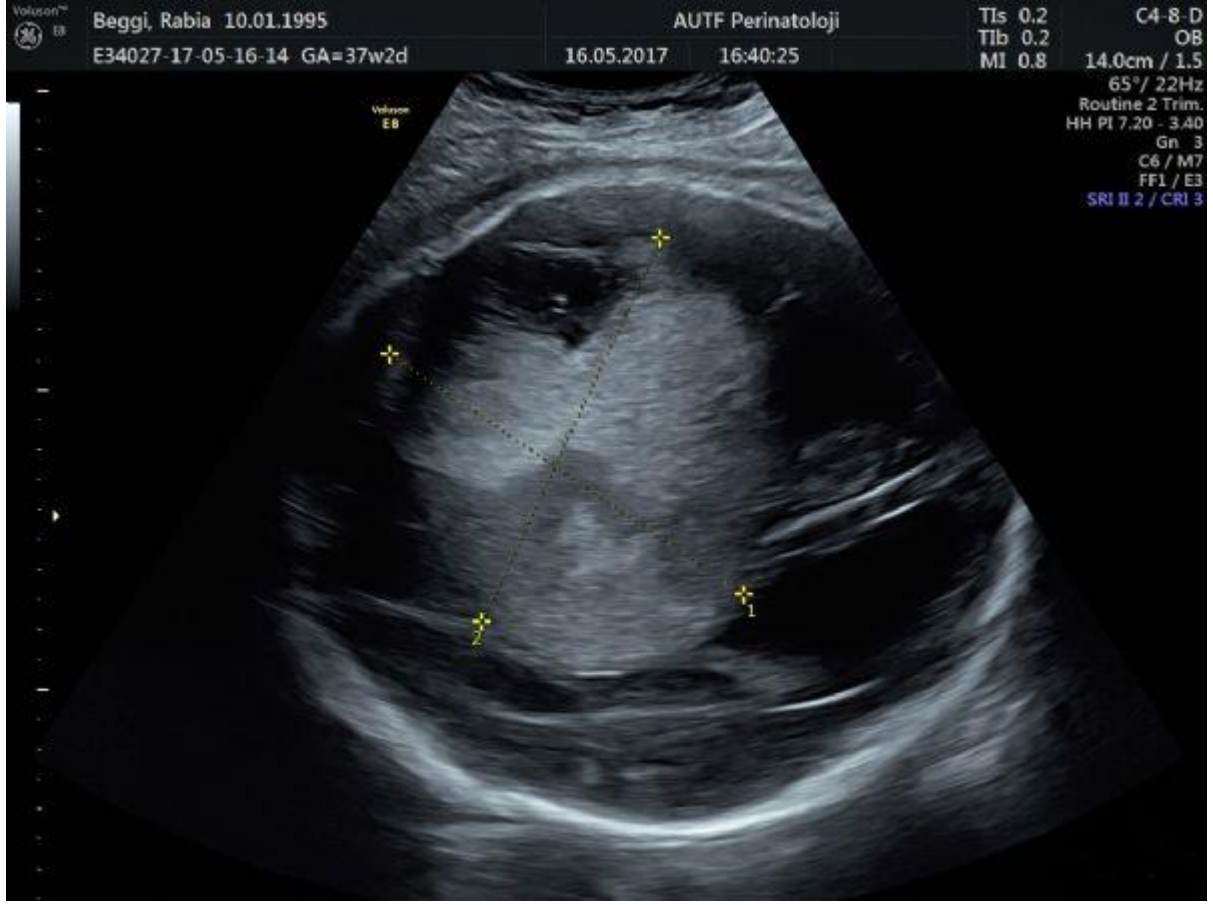
Giriş: Neonatal dönemde intrakraniyal tümörler nadir görülmektedir. Konjenital glioblastoma multiformelerin (GBM) çoğu serebral hemisferlerde, serebello-pontin açıda ve serebellar hemisferde görülmektedir. Doğumdan sonra (makrokranî) serebral hemoraji yada hidrosefali şüphesi ile birlikte intrakraniyal basınç artışına bağlı belirtiler ortaya çıkar. Tümörün tanısı 28. gebelik haftasından sonra manyetik rezonans görüntüleme (MRI) veya ultrasonografide (USG) tanınır. Bu olgumuzda konjenital GBM' i sunmayı amaçladık.

Olgu: 22 yaşındaki hastanın gravida 2 parite 1 olup, hastanın 37 hafta 2 gün gebeyken fetal intrakraniyal kanama ve kitle şüphesi ile kliniğimize kabul edildi. Yapılan USG' de sağ serebral hemisferde supratentoriyal yerleşimli, orta hat yapılarında herniasyona neden olan, renkli Doppler USG kontrolünde internal kanlanma seçilen 9x8 cm kitle ve hidrosefali ile uyumlu görünüm izlendi (şekil 1-3). Bunun üzerine 37 hafta 3 gün gebeyken sezaryen ile 2295 gr erkek bebek doğurtuldu. Aynı gün yapılan kraniyal MRI' da, sağ serebral hemisfer yerleşimli 9x8 cm kanamalı kitle, orta hat soluna şift ve subfalksin herniyasyon izlendi (şekil 4-5). Bebek postnatal 2. gününde operasyon esnasında eksitus oldu. Patoloji sonucu derece 4 glioblastom, İDH-1 negatif olarak raporlandı.

Tartışma: GBM, konjenital beyin tümörlerinin %2-9' unu oluşturmaktadır. Lokasyonu, histolojisi, seyri, tedaviye cevabı ve sonuçları çocuk ve erişkinlerden farklıdır. GBM, Solitare ve Krigman tarafından 3 gruba ayrılmıştır: 1- kesinlikle konjenital, semptomlar doğumda başlar; 2- yüksek olasılıkla konjenital, semptomlar yaşamın ilk haftasında başlar; 3- olasılıkla konjenital, semptomlar ilk birkaç ay içerisinde ortaya çıkar. Pediatrik beyin tümörlerinin aksine supratentoriyal yerleşimlidirler. Semptomlar intrakraniyal basınç artışına bağlıdır. Ortalama yaşam süresi 2 yıldır, p53 mutasyonu kötü prognoz göstergesidir. Tedavisi cerrahi ve kemoterapi kombinasyonudur. Konjenital beyin tümörlerinin çoğu 3. trimesterde ortaya çıkmakta olup daha erken haftalarda tanısı konulamamaktadır.

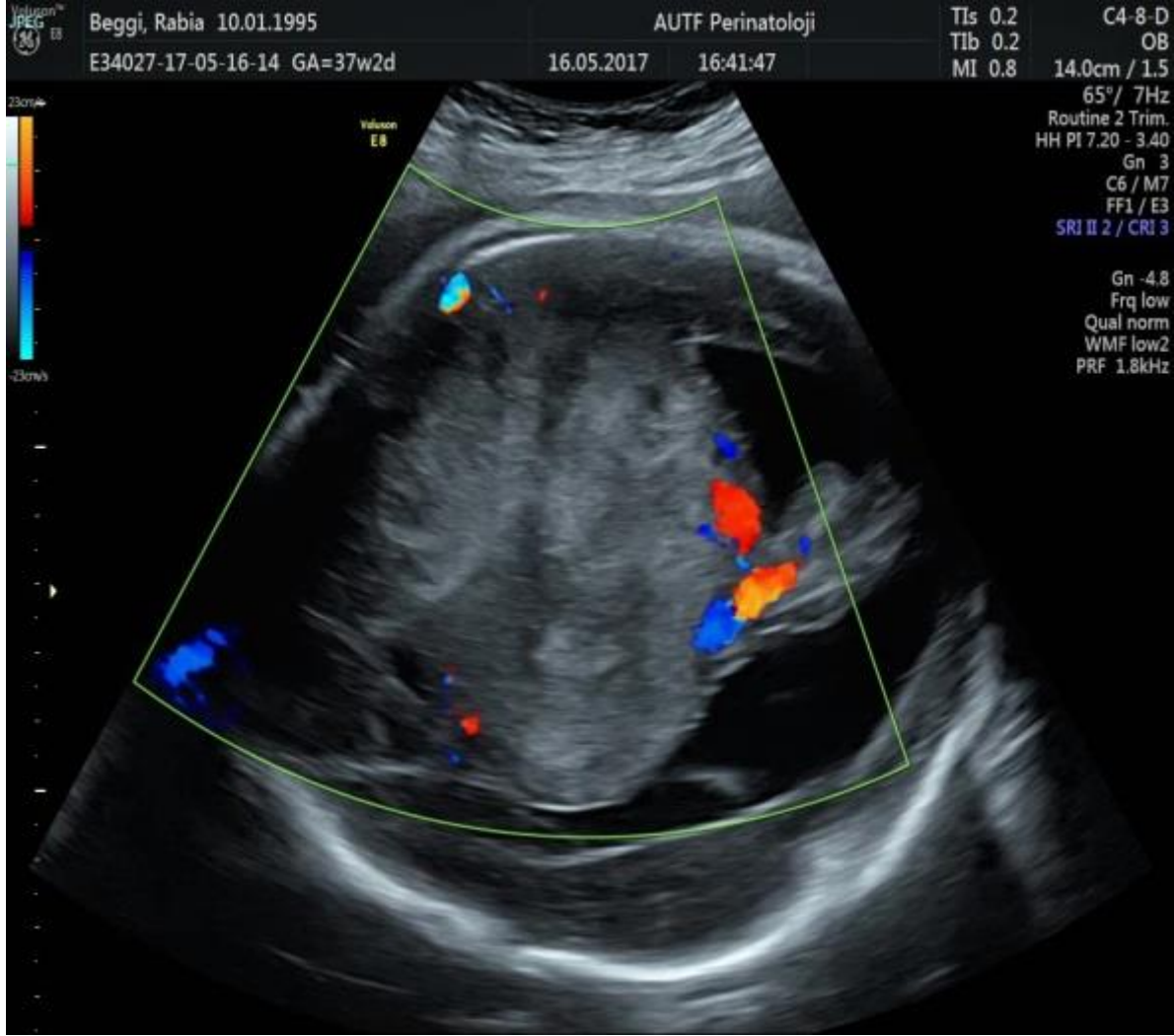
Anahtar Kelimeler: Konjenital glioblastoma multiforme, hidrosefali, ultrasonografi

şekil: 1



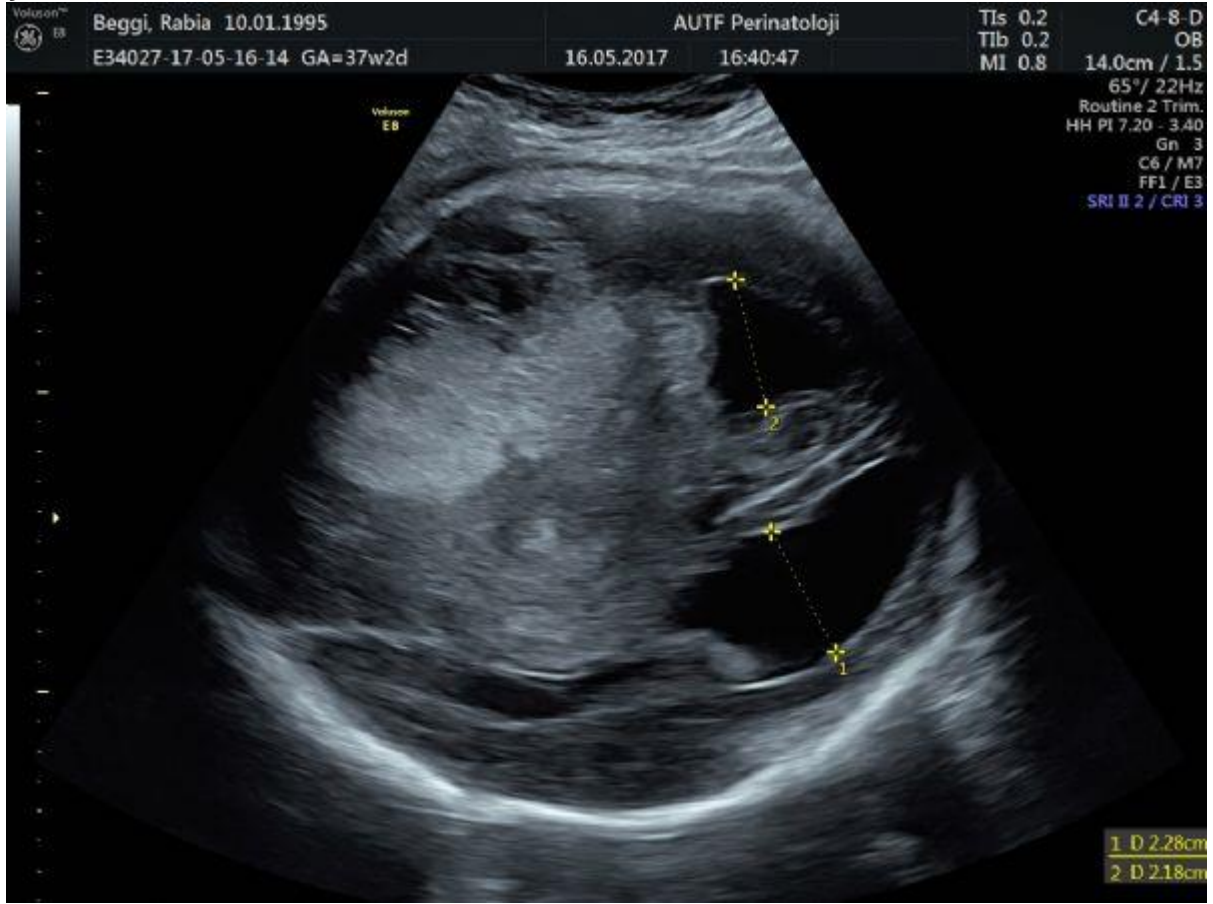
USG'de tümör görüntüsü

şekil: 2



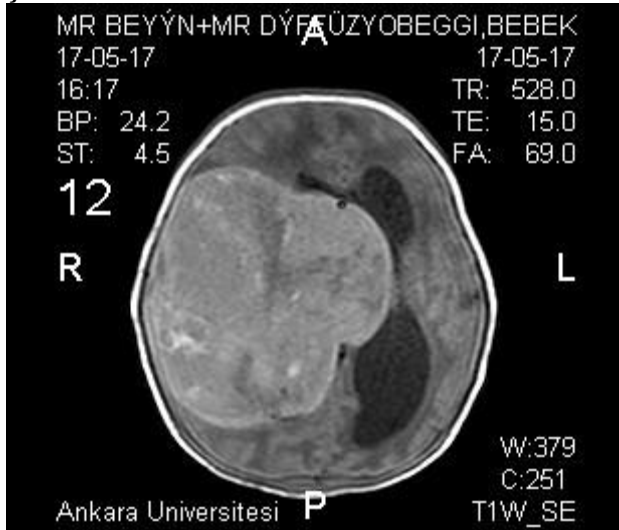
Renkli Doppler USG'de vaskülarizasyon

şekil: 3



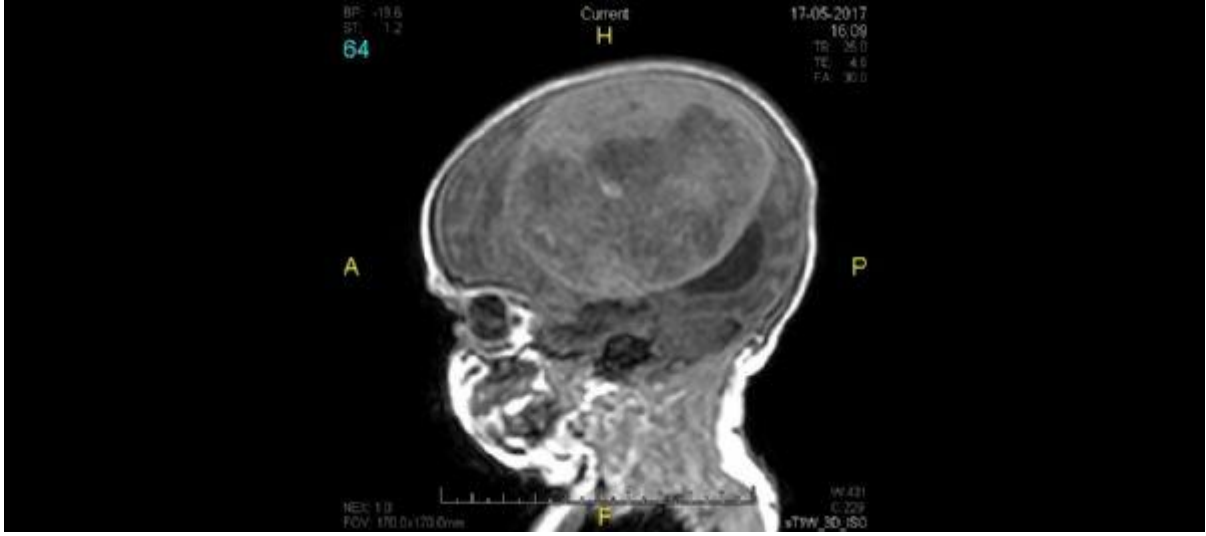
USG'de hidrocefali

şekil: 4



Postnatal MRI'da T1 sekansta aksiyal kesitte intrakraniyal tümör

şekil: 5



Sagittal kesitte T1 sekansta intrakraniyal tümör

Plasental koryoangiom; olgu sunumu

Fedi Ercan¹, Siddika Fındık², Erzat Toprak¹, Müslüm Sarıkaya¹, Sevcan Sarıkaya¹, Ali Acar¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş

Koryoanjom diğer adı ile plasental hemanjiom olarak bilinir. En sık görülen plasental tümördür. Çoğu küçük boyutta olduğundan sıklığı %0.02 ile %0.5 arasında raporlanmıştır. Burada, prenatal olarak tanı alan ve doğumdan sonra histopatolojik olarak da tanısı doğrulanan, komplikasyonsuz bir koryoanjom vakası sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Yirmi yedi yaşında G1,P0 gebe tarafımıza plasentada kanama alanı ön tanısı ile başka bir merkezden refere edildi. Fetal biyometrik ölçümler gebelik haftasıyla uyumluydu. Bilateral uterin arter ve umbilikal arter Doppler kan akımları normaldi. Obstetrik sonografi görüntülemeye 5×4×5 cm hipoekoik-hiperekoik alanlar içeren sınırları net intraplasental kitle görüldü(Resim 1A). Renkli Doppler incelemede kitle içerisinde zengin vasküler ağ ve akım görüldü(Resim 1B). Gebe 39'uncu haftada sezaryen ile doğum yaptı. Kız infantın kilosu 3425 gr, 1. ve 5. dakika Apgar skoru sırasıyla 8-9'du. Placenta 585 gr ve 15x12 cm boyutlarında idi. Göbek kordonu 1 cm çapında olup 3 damar içermekteydi. Koryoanjom tek, 5×5×4 cm boyutlarında sferik şekilde ve maternal yüzden fetal yüze uzanmaktaydı. Histopatolojik incelemede koryoanjom ile uyumluydu(Resim 3). Tartışma

Koryoanjomlar, koryonik dokudan kaynaklanan ve en sık görülen nontrofoblastik tümörleridir. Çapı 5 cm'den küçük tümörler genellikle asemptomatiktir ve herhangi bir kötü perinatal sonuçla ilişkili değildir. Bununla birlikte, 5 cm'den büyük tümörler bazı olumsuz perinatal sonuçlara neden olabilir. İkinci trimester maternal serum taramasında artmış AFP seviyeleri plasental hemanjiomun ilk belirtisi olabilir. Antenatal sonografi sırasında saptanamayan küçük koryoanjomlar ancak dikkatli bir patolojik muayene ile tanı alabilir. Dikkatli bir plasental muayene ile tanı alan plasental koryoanjom vakalarının retrospektif olarak gebelik takiplerinde sadece %50 tanı almaktadırlar. Ayırıcı tanıda plasental hematoma ve teratom öncelikle akla getirilmelidir. Ayırıcı tanıda Doppler ultrason modu yardımcı olur. Koryoanjomların antenatal tedavisi de mümkündür. Sorunsuz küçük koryoanjomlar müdahale edilmeksizin takip edilir. Bununla birlikte ciddi polihidroamnios varlığında amniyodrenaj bir seçenektir. İntrauterin transfüzyon ve lazer koagülasyon da diğer yönetim seçenekleri arasındadır. Bu hastaların takibinde anahtar nokta, fetal kalp yetmezliği ve hidrops gelişimi açısından uyanık olmaktır.

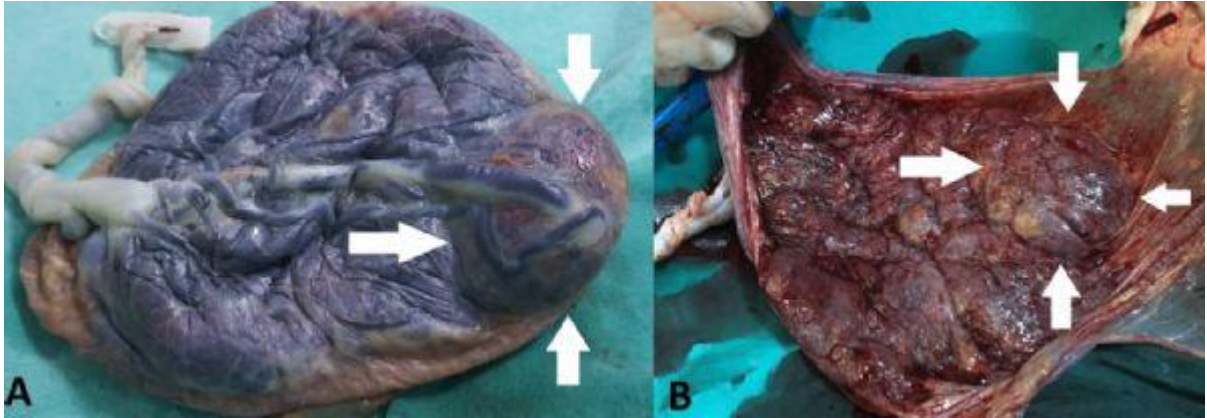
Anahtar Kelimeler: Koryoanjom, placenta, plasental hemanjiom, prenatal tanı

Resim 1



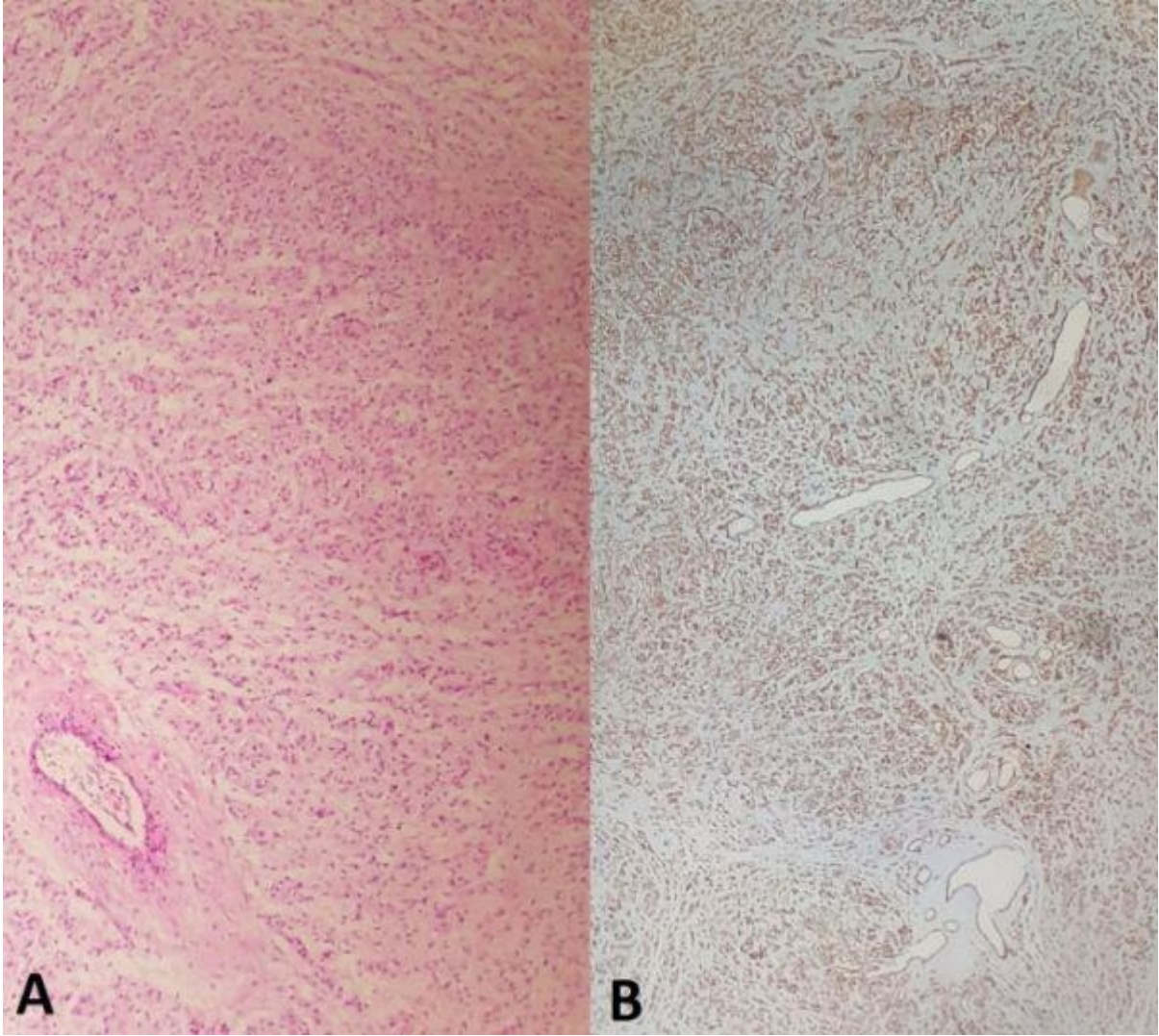
Koryoanjiomun ultrason görüntüleri. (A) Gri skala ultrason ile hipoekoik alanlar da içeren 4x4x3 cm boyutlarında koryoanjiom görüntüsü (B) Renkli Doppler ultrason ile vasküler içeriği görülen koryoanjiom.

Resim 2



Postpartum plasental görüntüsü. (A) Plasentanın fetal yüzden görünümü, (B) Plasentanın maternal yüzden görünümü.

Resim 3



Koryoanjiom. Mikroskopik görüntü. (A) H&E x100. Fibröz stroma içerisinde iç yüzeyleri endotelle döşeli kapiller damarlardan oluşan tümöral lezyon, (B) x100. İmmünohistokimyasal CD-34 boyası. Vasküler endotelinde pozitif.

Coexisting giant Cystic Hygroma and Dandy Walker malformation complicated with hydrops in a fetus with Turner Syndrome

Doruk Cevdi Katlan, Karolin Ohanoğlu, Melek Yalçın, Fatma Ferda Verit
Suleymaniye Maternity and Children's Training and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul, Turkey

Background

Cystic hygromas are generally characterized by uni/multicystic dilatations mostly located at rear fetal neck. These cysts are actually the erroneous end forms of undrained jugular lymphatic sacs which are normally expected to drain into jugular venous system at around 7 weeks post-conception. Cystic hygromas are commonly accompanied by chromosomal abnormalities; the most frequent of these being Turner Syndrome (45,X0). There are several factors affecting the risk of coexisting fetal aneuploidies. In 52 % of isolated cases, a chromosomal abnormality is detected. This percentage rises up to 71 % when coexisting anomalies are present. The gestational week at the time of diagnosis is also crucial. Cystic hygromas diagnosed in the first trimester are less frequently associated with chromosomal aneuploidies, and if they are, this is mostly Down Syndrome (Trisomy 21). Cases complicated with fetal hydrops almost invariably end with fetal loss regardless of fetal karyotype.

Case Report

A 25 year-old gravida 5, para 3 woman was referred to our center upon detection of fetal ascites during her routine 2nd trimester prenatal visit. Ultrasound examination at 20th gestational week revealed marked fetal abdominal ascites (AC: 30 weeks), pleural-pericardial effusion and extensive skin edema reaching up to 25 mm around fetal abdomen. This status of fetal generalized hydrops was accompanied with giant multi-cystic masses (cystic hygroma) behind fetal neck and agenesis of cerebellar vermis with wide detachment of cerebellar hemispheres leading to enlargement of posterior cerebral fossa (Dandy Walker malformation). Near-anhydramniotic fetus showed no sign of movement or viability except the presence of fetal cardiac activity. The parents were informed about the fatal prognosis of the condition and the high risk of coexisting fetal aneuploidy; who, then, opted for the termination of pregnancy. Fetal cardiocentesis was performed to obtain a fetal blood sample and karyotype analysis revealed 45,X0 (Turner Syndrome).

Conclusion

Non-immune fetal hydrops coexisting with cystic hygroma represents a distinctly poor prognostic group among cases of hydrops due to other causes. High rate of chromosomal abnormality and probable fatality should be emphasized when counseling. It should also be shed light upon that, although not every cystic hygroma means chromosomal aberration; the ones initially diagnosed in second trimester with concomitant anomalies have an enhanced risk, Turner Syndrome being the chart-topping. Termination of pregnancy may be more eagerly offered to this special unlucky subgroup.

Korpus Kallozum Agenezisi; Olgu Sunumu

Burcu Özata, Pınar Tokdemir Çalış, Halis Özdemir, Deniz Karçaaltıncaba, Merih Bayram
GUTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Giriş

Korpus kallozum serebral hemisferler arasındaki bağlantıyı sağlayan beyaz cevhere ait yapıdır. Bu yapı duyu, motor ve bilişsel işlevlerin fonksiyonel entegrasyonunu sağlar. Korpus kallozum anomalileri diğer serebral ve ekstra-serebral malformasyonlarla ilişkili olabilir. Hastalığın prevalansı genel popülasyonda 1.8/10000 olup sık görülen konjenital beyin anomalilerindendir.

18-20. gebelik haftasında korpus kallozum beyin median kesitinde görüntülenir. 20.gebelik haftasında son halini alır ve gelişim göstermeye postpartum 2.aya kadar devam eder. Bu haftalardan önce ise perikallosal arterler doppler ile izlenebilir ve normal korpus kallozumun gelişeceğinin indirekt belirtisi olarak kabul edilir.

Aynı nöroanatomik profile sahip çocuklar arasında nörogelişimsel bakımdan geniş klinik farklılıklar görülebilmektedir. Motor ve kognitif fonksiyonlarda gecikme, epilepsi, sosyal ve dil gelişiminde gerilik korpus kallozum agenezisi olan çocuklarda en sık görülen semptomlardır. Korpus kallozum agenezisi olan fetüslerde kromozomal anomali sıklığı artmıştır. Özellikle anöploidileri dışlamak için prenatal invaziv testler önerilir.

Vaka

39 yaşında, gravida 3, parite 2, yaşayan 2 çocuğu olan hasta tarafımıza 18 hafta 2 gün gebe iken dış merkezde iskelet displazisi düşünülmesi üzerine yönlendirildi. Yapılan USG’de baş hiperekstansiyonda görüldü. Korpus kallozum agenezisi, yarık damak, mikrognati, pyelektazi ve servikal omurgada kifoskolyoz saptandı. Amniyosentez normal karyotip olarak raporlandı. Hasta gebeliğin terminasyonunu kabul etmedi. Hasta 4 haftalık aralıklar takip edildi. Takip süresinde yapılan her USG’de fetusun başı hiperekstansiyonda izlendi.

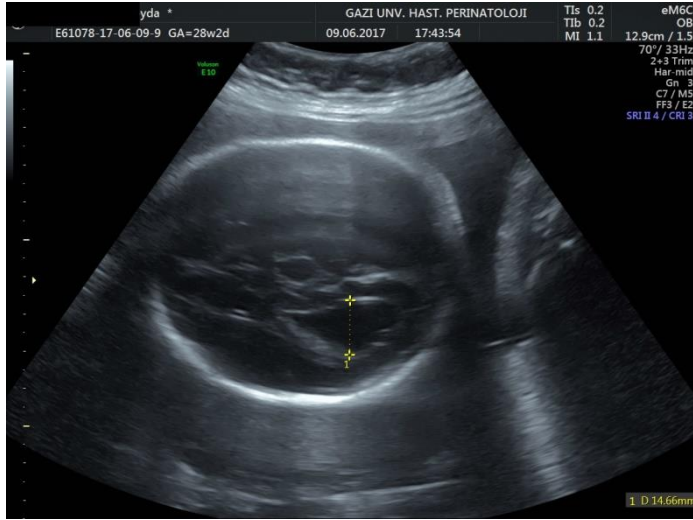
Hasta 39 hafta gebe iken prezentasyon anomalisi nedeniyle sezeryan planlanarak hospitalize edildi. Fetal başın hiperekstansiyonda olması (kontraktür) nedeniyle EXIT prosedürü gerçekleştirildi. Makat prezente 3450 gr 48 cm erkek cins bebek doğurtuldu. Kord klemplenmeden önce pediatri bölümü bebeği entübe etti. Ardından kord klemplenip bebek ayrıldı ve yenidoğan masasına alındı. Postop 25.dakikada bebek eksitus kabul edildi.

Sonuç

Korpus kallozum agenezisine tiplerine göre değişen oranlarda diğer anomaliler eşlik etmektedir. Bizim vakamızda hem komplet korpus kallozum agenezisi olması hem de ek anomalilerin görülmesi fetusta sendromik bir durum olabileceğini düşündürmüştür. Korpus kallozum agenezisi tespit edilen fetüsler diğer anomaliler bakımından taranmalıdır ve aileye buna göre prenatal bilgi verilmelidir.



Resim 1: Baş hiperekstansiyonda olduğu için baş ve abdomen aynı kesitte görülmektedir.



Resim 2: Korpus kallozum agenezisinde izlenen "teardrop" belirtisi

---END---