



Perinatal Medicine Foundation
Perinatal Tıp Vakfı



21.Ulusal Perinatoloji Kongresi

3-6 Nisan 2025

www.perinatalmedicine.org
www.perinataloji.org.tr

KONGRE BİLDİRİ KİTABI

Istanbul
Osmanlı Arşivleri
Kongre Merkezi



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ÜMRANIYE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	1
KURULLAR	2
BİLİMSEL PROGRAM	3-13
SÖZLÜ BİLDİRİLER	14-68
POSTER	69-91

Değerli Meslektaşlarımız,

Türk Perinatoloji Derneği ve Perinatal Tıp Vakfı tarafından düzenli olarak yapılagelen Ulusal Perinatoloji Kongresini bu yıl 3 Nisan – 6 Nisan 2025 tarihlerinde İstanbul Osmanlı Arşivleri Kongre Merkezi'nde gerçekleştireceğiz.

Kongremiz gebe, fetus ve yenidoğan sağlığı açısından son bilimsel gelişmelerin tartışıldığı, önemli bilimsel çalışma ve olguların sunulduğu bir kongre olarak yerini alacaktır.

Hazırladığımız bilimsel programın hem asistan meslektaşlarımıza hem de tecrübeli arkadaşlarımıza çok faydalı olacağını ve mesleki uygulamalarını güncelleme fırsatı vereceğini düşünmekteyiz.

Meslektaşlarımızın sözlü veya poster bildirimlerini kongremizde sunarak kongremizin bilimsel içeriğini zenginleştirmelerini bekliyoruz.

Sizleri ve tüm meslektaşlarımızı gerçekleştireceğimiz Ulusal Perinatoloji Kongresine davet etmekten büyük mutluluk ve onur duyarız.

Saygılarımızla

Prof. Dr. Resul ARISOY
Kongre Başkanı

Kurullar

Kongre Başkanı
Prof. Dr. Resul Arısoy

Kongre Düzenleme ve Bilimsel Kurulu

Prof. Dr. Cihat Şen
Prof. Dr. Murat Yayla
Prof. Dr. Gökhan Göynümer
Prof. Dr. Resul Arısoy
Prof. Dr. Murat Muhcu
Doç. Dr. Şule Ayhan
Doç. Dr. Ayşegül Özel
Doç. Dr. Miraç Özalp

3 Nisan, Perşembe

Salon 1

14.00	Açılış ve Teşekkürler	
14.30- 15.30	Fetal muayene Cihat Şen - Gökhan Göynüner	
14.30	Embriyoner Dönem Ultrasonografi - olumsuz gebelik sonuçları öngürülebilir mi?	Turgay Şener
14.45	12. hafta fetal muayene nasıl olmalı?	Cihat Şen
15.00	22. hafta fetal muayene nasıl olmalı?	Murat Yayla
15.15	32. hafta fetal muayenenin amacı ne?	Gökhan Göynüner
15.30	Tartışma	
15.30- 16.00	 KAHVE ARASI	
16.00- 17.15	Plasenta ve Doppler Muayenesi Murat Yayla- Murat Muhcu	
16.00	Plasenta muayenesi ve anormalliklerinin önemi?	Banu Dane
16.15	Oligohidroamniyos ve yönetimi?	Ayşe Keleş
16.30	Umbilikal kord anormallikleri ve yönetimi?	Sema Sözen Çaypınar
16.45	Doppler Ultrasonografinin kullanımı nasıl olmalı?	Gürcan Türkyılmaz
17.00	Tartışma	

4 Nisan, Cuma

Salon 1

09.00- 10.30	NIPT Mekin Sezik - Turgay Şener	
09.00	NIPT ne zaman, kime ne için kullanılmalı?	Şule Göncü Ayhan
09.15	NIPT kullanımında yanlış pozitiflik ve negatiflikler?	Zafer Bütün
09.30	İkiz gebeliklerde ve ikiz eşi kayıplarında NIPT kullanalım mı?	Emre Erdoğan
10.00	Hangi olgularda invaziv tanı testi yapılmalı? WES? ARRAY?	Emre Zafer
10.15	Tartışma	
10.30- 11.00	 KAHVE ARASI	
11.00- 12.30	Gebelikte tarama testleri Arif Güngören - Gürkan Kıran	
11.00	Tüm gebeliklerde indirekt Coombs bakılmalı mı? Nasıl Yönetelim?	Resul Arısoy
11.15	ToRCH Taraması yapılmalı mı?	Aydın Öcal
11.30	GDM tarama ne zaman nasıl olmalı?	Özge Kahramanoğlu
11.45	Grup B streptokok taraması yapılmalı mı? Ne zaman?	Mucize Eriç Özdemir
12.00	Gebelikte hangi aşılar yapılmalı?	Murat Muhcu
12.15	Tartışma	

4 Nisan, Cuma

Salon 1

12.30- 14.00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14.00- 15.15	Erken Gebelik Komplikasyonları Ali Çetin - Numan Çim	
14.00	Hiperemesis gravidarum nedir? Dikkat edilmesi gerekenler?	Barış Boza
14.15	Abortus imminens olgularında Progesteron etkili mi? Doğru yaklaşım ne?	Arif Güngören
14.30	Tekrarlayan gebelik kayıplarında kanıtlar? Olgular nasıl değerlendirilmeli?	Ilgın Türkçüoğlu
14.45	24 hafta altı PROM yönetimi nasıl olmalı?	Mekin Sezik
15.00	Tartışma	
15.15- 16.00	KAHVE ARASI	
16.00- 17.30	Preeklampsia Abdulkadir Turgut - Pınar Kumru	
16.00	Preeklampsi öngörüsünde yenilikler?	Bilge Kapudere
16.15	Preeklampsi profilaksisinde Aspirin? Metformin? Statinler?	Ömer Gökhan Eyisoy
16.30	Gebelikte hipertansiyonun yönetimi	Salih Burçin Kavak
16.45	Ciddi preeklampside doğum ne zaman olmalı?	Halis Özdemir
17.00	Ciddi olmayan preeklampsi yönetimi değişiyor mu?	Miraç Özalp
17.15	Tartışma	

4 Nisan, Cuma

Salon 2

09.00- 10.30 Sözlü Bildiri-1: Koray Gök- Fatih Fındık

Tethered Spinal Kord ve Siringohidromiyeli ile İlişkili Diastematomyeli'nin Prenatal Tanısı

Ömer Gökhan Eyisoy

Gebelik ve Adneksiyel Kitle: Olgu Üzerinden Yönetimi

Neçirvan Çağdaş Çaltek

Sağ Konjenital Diyafram Hernisi: Olgu Sunumu

Murat İbrahim Toplu

Spina Bifida Occulta: Lumbosakral Meningosel İle İlgili Olgu Sunumu

Aybekcan Batman

Maternal Alveoler Mikrolitiazis Tanılı Gebenin Doğum Yönetimi

Ahmet Zengin

Over Kisti Tanısı Alan Fetüslerde Perinatal Tanı ve Postnatal Sonuçlar

Merve Güngör

Prenatal Ultrasonografik Belirteçlerin Down Sendromu Tanısındaki Rolü: Olgu Sunumu ve Literatür Değerlendirmesi

Reşat Mısırlıoğlu

Gebelikte COVID-19 Geçiren Kadınların Plasentalarında Görülen Histopatolojik Değişiklikler

Koray Özbay

Olgu Sunumu: Missed Abort Küretaj Sonrası Hematometra Yönetimi

Asya Özcan

4 Nisan, Cuma

Salon 2

13:30- 14:30 Sözlü Bildiri-2: Filiz Yarşılıkgil Güleroğlu - Ümit Taşdemir	
18q Delesyon Sendromu: Nadir Prenatal Tanı Alan Bir Sendrom	İlayda Gercik Arzık
İkinci Trimester Gebelik Terminasyonu ve Uterin Rüptür: Olgü Sunumu	Mehtap Yücedağ
Perinatal inme: Olgü Sunumu	Melda Kuyucu
Gebelikte preterm eylem ile karışan GARTNER Kanal Kisti olgü sunumu	Ali Emre Atik
MCA/AO doppler parametresinin İUGG tanılı gebelerde perinatal sonuçları öngörmede prediktif değer	Ulduz Jafarova
İzole septum pellisidum agenezili olguların prenatal ve postnatal sonuçlarının değerlendirilmesi	Murad Gezer
11-14 Hafta Erken Ultrason Taramasının Önemi	Zübeyde Sümeyye Özgül
Aicardi-Goutières Sendromu: Olgü Sunumu	Ozlem Aldemir Bukagikiran
Nadir bir mozaik Trizomi 20 vakasının prenatal tanısı	Sevim Tuncer Can
Hipermezis Gravidarum Tanılı Gebelerde Serum Orexin A Seviyelerinin Değerlendirilmesi	Gözde Konak



4 Nisan, Cuma

Salon 2

15.15- 16.15	Sözlü Bildiri-3: Aydın Öcal- Büşra Cambaztepe	
Umbilikal Kord Hernisi		Sevim Ezgi Katran
Çok nadir görülen bir olgu; fetal tromboz		Abdullah Tabakçı
Olgu sunumu: Pirüvat dehidrogenaz kompleks eksikliğinin prenatal tanısı		Büşra Cambaztepe
Pulmoner Sekestrasyon ile Birlikte Görülen Bir Diyaframa Hernisi Vakası		Zehra Tavukçuoğlu
Omfalosele ve Tubuler Aort Hipoplazisi: Olgu sunumu		Osman Eren Çetinkaya
Prenatal tanı ile saptanan izole tip II fibular hemimelia		Meltem Çalışkan
Fetal Ductus Arteriosus Anevrizması: Nadir Bir Lezyonun Prenatal Tanısı ve Takibi		İlknur Toka
Tip 1 Akondrojenesis ve HEX-B Genindeki Heterozigot Varyantın Erken Prenatal Tanısı---OLGU SUNUMU		Fulya Sultan Karaduman
Plasenta Akreata Spektrumu ve Eşzamanlı Plasenta Dekolmanı Olgusunun Yönetimi ve Sonuçları: Bir Vaka Çalışması		Ecem Okşen
Üçüncü Trimester Gebelerde Medikal Tedaviye Dirençli Supraventriküler Taşikardi Yönetimi: Olgu Sunumu		Yağmur Özkan

5 Nisan, Cumartesi

Salon 1

09.00-10.30	Çoğul gebelikler Resul Arısoy- Selahattin Kumru	
09.00	İkizden ikize transfüzyon sendromu ve yönetimi	Cihat Şen
09.15	Monokoryonik ikizlerde selektif gelişim geriliği ve yönetimi?	Lütfiye Uygur
09.30	Selektif fetosit yöntemleri? Tercihler?	Ayşegül Özel
10.00	İkinci trimester gebelik terminasyonunda misoprostol kullanımı ve alternatif yöntemler	Işıl Ayhan
10.15	Tartışma	
10.30-11.00	 KAHVE ARASI	
11.00-12.30	Preterm Doğum Ahmet Kale - İbrahim Polat	
11.00	Preterm doğum risk değerlendirilmesi ve taraması	Hakan Gölbaşı
11.15	MgSO4 uygulaması ne zaman yapılmalı? Nasıl?	Murat Gezer
11.30	Hangi olgularda Steroid profilaksisi yapılmalı?	Gökalp Şenol
11.45	İlk tercih tokolitik ajan ne olmalı?	Eftal Avcı
12.00	24-34 hafta PROM yönetimi nasıl olmalı?	Hicran Acar
12.15	Tartışma	
12:30-13:00	UYDU SEMPOZYUM Konu: Clinical utility of NIPT in prenatal care Moderatör: Prof. Dr. Gökhan Göynümer Konuşmacı: Dr. Boutros MarounAhmet Kale - İbrahim Polat	

5 Nisan, Cumartesi

Salon 1

13:00- 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14.00- 15.15	Fetal Gelişim kısıtlılığı Şule Göncü Ayhan - Ayşegül Özel	
14.00	Erken ve geç gelişim kısıtlılığının taraması	Mar Gil
14.15	Fetal gelişim kısıtlılığı ve büyüme eğrileri	Andrea Dall Asta
14.30	Fetal gelişim kısıtlılığında Doppler değerlendirmeleri	Petya Chaveeva
14.45	Fetal gelişim kısıtlılığında doğum zamanlaması	Valentina DeRobertis
15.00	Tartışma	
15.15- 16.00	☕ KAHVE ARASI	
16.00- 17.30	PAS ve Postpartum Kanama Cihat Şen- Özlem Moraloğlu	
16.00	Skar gebelik tanımı ve yönetimi?	Conrado Coutinho
16.15	PAS olgularında Ultrasonografi muayenesinin önemi?	Andrea Dall Asta
16.30	PAS intraoperatif evreleme ve cerrahi seçenekler	Albaro Nieto-Calvache
16.45	Postpartum kanamada güncel yaklaşım ve öneriler	G. Justus Hofmeyr
17.00	Postpartum kanamada uygulamalar: Sütür teknikleri, balon uygulamaları ve diğerleri	G. Justus Hofmeyr
17.15	Tartışma	

5 Nisan, Cumartesi

Salon 2

16.00-17.15	Sözlü Bildiri-4: Alparslan Deniz - Hicran Acar	
	Postpartum HELLP Sendromuna Sekonder Gelişen DİK, Sepsis ve Nefropati: Olgu Sunumu	Muhammed Kutluhan Azman
	RAPSN Gen Mutasyonu Sonucunda Görülen Fetal Akinezi Deformasyon Sekansı:Olgu Sunumu	Gözde Öztürk
	Wolff Parkinson White Sendromu ve Gebelik: Olgu Sunumu	Burak Deniz AYDOĞDU
	Sezaryen Skar Gebeliğinde Erken Plasental İnvazyonun Sonografik Görünümü ve Postoperatif Patolojik Konfirmasyonu	Ilımsu Yaren Ozdemir
	Fetal Supraventriküler Taşikardi: Olgu Sunumu	Cem Ardiç
	Vermis Agenezisi: Olgu Sunumu	Ömer Uluggergerli
	Trizomi 13 (Patau sendromu): Olgu sunumu	Pınar Yıldız
	YÜT ile Gebelik Elde Edilmiş Bir Hastada Plasental Koryoanjoma ve Preeklampsi: Olgu Sunumu	Can Bilginer
	Nadir Bir Fetal Diz Deformitesi; Kongenital Diz Çıkığı, Vaka Takdimi	Halime Şule Selman
	Oldukça nadir bir durum, Abdominal organlara sınırlı situs inversus levokardia, Çift Çıkışlı Sağ Ventrikül ve Komple AVSD	Hale Ozer Çaltek
	İntrauterin Üçüncü Derece Atrioventriküler Tam Kalp Bloğu Tedavisi: Olgu Sunumu	Semra Şentürk

6 Nisan, Pazar

Salon 1

09.00-10.30	Servikal Yetmezlik Sülayman Salman - Resul Arisoy	
09.00	Servikal yetmezlik tanımı ve taraması	Özlem Aldemir Bukağkırar
09.15	Servikal yetmezlikte hangi progesteron nasıl kullanılmalı?	Cenk Gezer
09.30	Servikal yetmezlikte serklaj altın standart mı?	Okan Özkaya
10.00	Çoğul gebeliklerde serklajın yeri var mı?	Selahattin Kumru
10.15	Tartışma	
10.30-11.00	☕ KAHVE ARASI	
11.00-12.30	Doğum yönetimi Resul Karakuş - Adnan Budak	
11.00	Sezaryen sonrası vaginal doğum hangi olgularda düşünülmeli?	Çağdaş Özgökçe
11.15	İntrapartum monitorizasyon ve fetal distres	Reyhan Ayaz
11.30	Doğumda ağrı kontrolü nasıl olmalı? Akapunktur? Hipnoz? Opiad? Epidural anestezi?	Sevim Özge Özdemir
11.45	İlerlemeyen travay ve yönetimi	Melda Kuyucu
12.00	Gebelikte miyom ve sezaryen de miyomektomi	Veli Mihmanlı
12.15	Tartışma	

6 Nisan, Pazar

Salon 1

12.30- 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13.30- 14.30	Suda Doğum Emre Erdoğan - Furkan Kayabaşoğlu	
13.30	Suda Doğum için gerekli hazırlıklar nasıl olmalı?	Volkan Serhat Dede
13.45	Suda doğum neden tercih edilmeli? Kimler suda doğum yapabilir?	Yusuf Olgaç
14.00	Suda doğumda dikkat edilmesi gereken noktalar? Ne zaman terk edilmeli?	Yusuf Olgaç
14.15	Tartışma	
15.00- 15.30	☕ KAHVE ARASI	
15.30- 16.30	Gebelikte beslenme ve destek kullanımı İbrahim Kale - Ebru Çöğendez	
15.30	Gebelikte farklı diet modaliteleri uygulanabilir mi?	Şafak Baran Yılmaz
15.45	Gebelikte rutin demir kullanımı gerekli mi?	Deniz Esinler
16.00	IV demir kullanımı rutin olabilir mi?	İsmail Sarı
16.15	Gebelikte multivitamin desteği ne kadar önemli?	Sevim Tuncer Can
16.30	Akılcı ilaç kullanımı	Aybekcan Batman
17.00	Kapanış	

SÖZLÜ BİLDİRİLER

[SS-01]

Tethered spinal kord ve siringohidromiyelinin eşlik ettiği diastematomyeli'nin prenatal tanısı

Ömer Gökhan Eyisoy

Yozgat Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Yozgat

AMAÇ: Diastematomyeli veya ayırık kord malformasyonu, nadir görülen bir spinal disrafizm şeklidir. Osseöz veya fibrokartilajinöz bir septumun varlığı, omurliliğin iki hemikord şeklinde tam veya tam olmayan sagittal bölünmesi ile karakterizedir. Vakaların %85'inde septum torakolomber segmentte yerleşmiştir (T9-S1). İlişkili vertebral anomaliler sıktır. Skolyoz %80, tethered cord %75, siringohidromiyelia %50 eşlik eder. Üstteki cilt genellikle intakttır. Okült spinal disrafizmin kutanöz belirtileri sıklıkla diastematomyeli ile ilişkilidir. Hipertrikoz (%56) en sık cilt bulgusudur. Kapiller hemanjiom (%26), dermal sinüs (%22) ve subkutanöz lipomlar (%11) sıklıkla görülür.

OLGU: 34 yaşında, G3P2 hasta, 32. gebelik haftasında fetal kardiyak anomali şüphesi ile refere edildi. Ultrasonografik incelemede; fetal kardiyak anomali ve intrakranial patoloji saptanmadı. Lumbosakral vertebralarda düzensizlik dikkati çekti ancak üzerini örten cilt intakt olarak izlendi. L3 seviyesinde kemik spur izlendi ve bölünmüş spinal kordun sakral bölgeye kadar uzandığı görüldü. Fetal MR'da diastematomyeli ve tethered cord tanıları doğrulandı. Ek olarak lomber bölgede spinal kord içerisinde kistik görünüm saptandı ve siringohidromiyeli tanısı eklendi. Doğum sonrası çekilen MR ile de prenatal tanı doğrulandı. Yenidoğanın lomber bölgesinde cilt bulgularından dermal sinüs ve kapiller hemanjiom mevcuttu.

SONUÇ: Prenatal tanısı olmayan vakalarda lomber cutanöz malformasyonlar spinal anomali için şüphe oluşturacak tek bulgu olabilir. Diastomatomyeli diğer spinal anomaliler ile ilişkili olmadığına prognozu genellikle iyidir. Semptomlar tethered spinal kordun derecesi ile ilişkilidir (ortopedik alt ekstremité problemleri, ürolojik disfonksiyon, nörojenik kladikasyon). Tedavide tethered kord serbestleştirilir, spur rezeksiyonu ve dura tamiri gerçekleştirilir. Cerrahi, nörolojik fonksiyon kaybı gelişmeden önerilir.

Anahtar Kelimeler: Diastematomyeli, Split kord malformasyonu, tethered kord, siringohidromiyeli

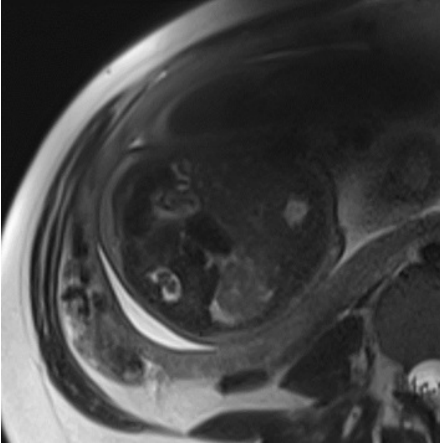
[SS-01]



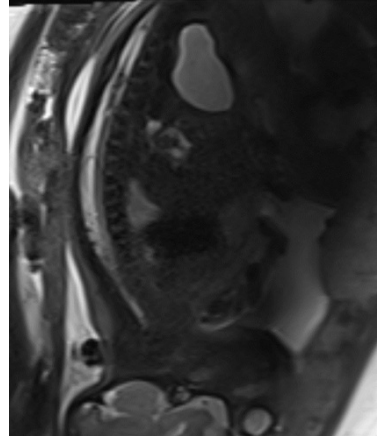
Resim 1. L2-L3 seviyesinde kemik bölme



Resim 2. USG; Aşağı yerleşimli konus medullaris ve kalınlaşmış filum terminale



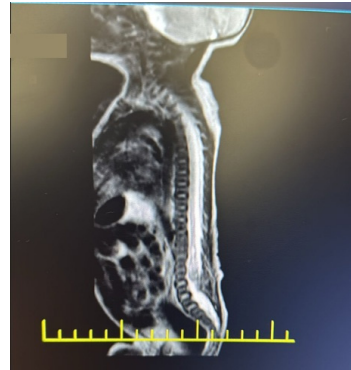
Resim 3. MRI da bölünmüş spinal cordun aksiyal plan



Resim 4 Fetal MR sagittal plan, tethered cord ve sirringohidromiyeli



Resim 5. Yeni doğanın lomber bölgesinde dermal sinüs ve kapiller hemanjiom



Resim 6. Postnatal MR, saggital plan, tethered cord, sirringohidromiyeli

[SS-02]

Gebelik ve Adneksiyel Kitle: Olgu Üzerinden Yönetimi

Neçirvan Çağdaş Çaltek, Ayşe Bacaksız, Sümeyye Kadioğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Gebelikte adneksiyel kitlelerin görülme sıklığı 1000de 2 ile 20 arasındadır. En sık dermoid kist(%32) görülmektedir. Daha sonrada sırasıyla endometrioma(%15) ve fonksiyonel kistler(%12) gelmektedir. Gebelikteki kitlelerin çoğu takip edilebilir ve asemptomatikken az bir kısmı torsiyon, rüptür veya malignite şüphesiyle cerrahi gerektirebilir.

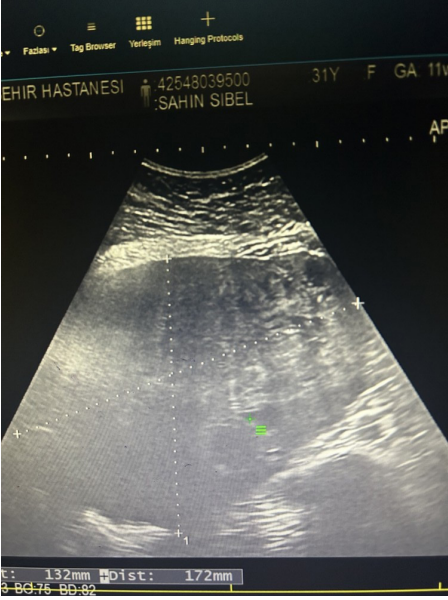
Vaka Sunumu: 31 yaşında kadın hasta bilinen hastalık ve operasyon öyküsü yok. Hasta ilk gebeliğinde olup 6 hafta iken yapılan usg sinde fka pozitif intrauterin gebelik saptanıyor ve başka patoloji izlenmiyor. Daha sonra hasta 10 haftalık gebelik kontrolünde adneksiyel kitle saptanması üzerine MR görüntüleme çekilip 3. basamak sağlık kuruluşuna yönlendiriliyor. Hastanın kontrastsız tüm batın MR raporunda sağ over lojundan başlayan 17x12 cm kitle over kaynaklı malignite açısından yüksek şüpheli şeklinde belirtiliyor. Hasta perinatoloji kliniğine başvuruyor. Yapılan usg de 12 hafta 1 gün ile uyumlu fka pozitif gebelik ve sağ adneksiyel alanda 17x13 cm myom? leiomyosarkom? kitle sol overde 6 cm endometrioma? hemorajik kist? izleniyor. Hasta bunun üzerine jinekolojik onkoloji cerrahisine konsülte ediliyor. Yapılan muayene sonucunda hastaya malignite şüphesi hakkında bilgi verilip 2. trimesterde operasyon kararı verildi. Hasta 16 hafta 2 günlüken opere edildi. Vaka sırasında kitlenin yaklaşık 25 cm olduğu ve myom? leiomyosarkom? olduğu tespit edildi. Kitle eksize edilip frozen yapıldı. Frozen sonucu mezenkimal neoplazi benign malign ayrımı yapılamadı, kesin tanı parafinde şeklinde gelmesi üzerine operasyon sonlandırıldı. Hastanın final patoloji sonucu leiomyom olarak geldi. Hasta gebeliğine devam etmektedir.

Tartışma: Gebelikte tesadüfen yakalanan kitlelerin %70i kendiliğinden iyileşmektedir. Hastanın acil bir durumu yoksa kitle için malignite kriterleri dikkate alınmalıdır. Malignite düşünülüyorsa operasyon için en uygun zaman ilk trimester bittikten sonra olarak düşünülmelidir. Hastanın kitlesi alındıktan sonra frozen sonucu malign gelmesi durumunda hastaya salpingooferektomi ve omentektomi yapılabilir. Tamamlayıcı cerrahi çinse gebelik sonrası ikinci bir operasyon planlanmalıdır.

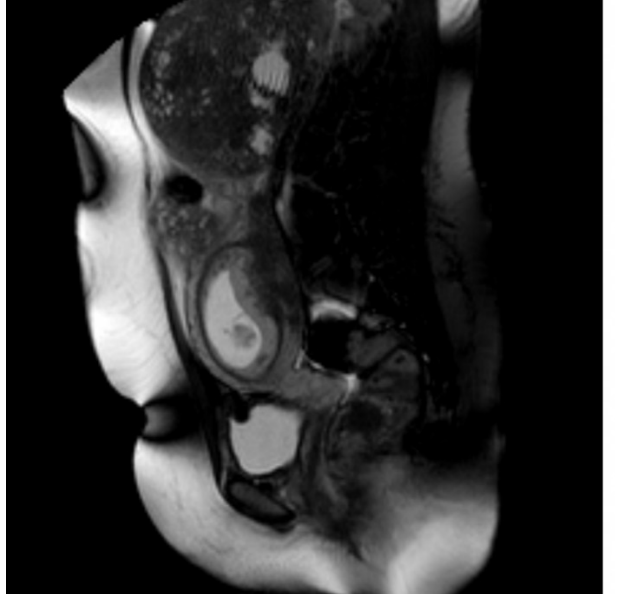
Sonuç: Gebelikte kitle saptandığında hasta ve hekim iyice değerlendirip karar vermelidir. Hastaya özellikle malignite şüphesi hakkında bilgi verilmeli karşılıklı planlar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Adneksiyel Kitle, Kanser, Leiomyom

[SS-02]



Resim 1. USG görüntüsü



Resim 2. MR görüntüsü



Resim 3. Operasyon sırasında görüntü

[SS-03]

Sağ Konjenital Diyafram Hernisi: Olgu Sunumu

Murat İbrahim Toplu¹, Miraç Özalp²

¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

²Liv Hospital Ulus, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Sağ konjenital diyafram hernisi (SKDH), tüm konjenital diyafram hernisi (KDH) vakalarının yalnızca %10-15'ini oluşturan nadir ve tanı koyması zor bir anomalidir. Daha yaygın görülen sol taraflı KDH'ye kıyasla, SKDH karaciğer herniasyonu, belirgin mediastinal kayma ve ciddi pulmoner hipoplazi riski ile ilişkilidir. Bu olgu sunumu, nadir görülen bir SKDH vakasının prenatal tanısını sunarak, erken teşhisin, ayrıntılı görüntülemenin ve kapsamlı genetik değerlendirmenin önemini vurgulamayı amaçlamaktadır.

OLGU: 26 yaşında, gravida 2, para 1 ve daha önce sezaryen doğum yapmış bir kadın, 20. gebelik haftasında şüpheli ultrason bulguları nedeniyle kliniğimize yönlendirilmiştir. İlk görüntüleme, pulmoner hipoplazi riski açısından orta dereceli risk taşıyan, 1.2'lik bir akciğer-baş çevresi oranı (LHR) ile SKDH ortaya koymuştur. 23. gebelik haftasında yapılan takip görüntülemesinde LHR'nin 1.14'e düştüğü ve karın içi organların torasik boşluğa daha fazla herniye olduğu görülmüş, SKDH tanısı doğrulanmıştır. Polimeraz zincir reaksiyonu (PCR), kromozomal mikrodizi analizi (CMA) ve tüm ekzom dizilemesi (WES) dahil olmak üzere yapılan genetik testlerde, CTNNA3 genini içeren 10q21.3 bölgesinde heterozigot delesyon saptanmış ve bu varyant belirsiz klinik öneme sahip (VUS) olarak sınıflandırılmıştır. Kapsamlı prenatal değerlendirme, obstetrisyenler, yenidoğan uzmanları ve pediatrik cerrahları içeren multidisipliner bir yönetim yaklaşımını mümkün kılmıştır. Hastaya prognoz ve yönetim seçenekleri hakkında ayrıntılı danışmanlık verilmiştir. Fetal büyüme, pulmoner gelişim ve kardiyak fonksiyonları izlemek için düzenli takipler planlanmıştır. Doğum, optimal postnatal bakım sağlamak amacıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ) bulunan üçüncül bir bakım merkezinde planlanmıştır.

SONUÇ: SKDH, erken ve doğru prenatal tanı gerektiren nadir ve karmaşık bir durumdur. Bu olgu, ileri görüntüleme tekniklerinin, genetik testlerin ve multidisipliner yaklaşımın perinatal sonuçları iyileştirmedeki rolünü vurgulamaktadır. SKDH vakalarında sağkalımı artırmak ve morbiditeyi azaltmak için tanılal yöntemlerin geliştirilmesi ve yenilikçi tedavi seçeneklerinin araştırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prenatal tanı, Pulmoner hipoplazi, Sağ taraflı konjenital diyafram hernisi

[SS-04]

Spina Bifida Occulta: Lumbosakral Meningosel İle İlgili Olgu Sunumu

Aybekcan Batman¹, Miraç Özalp²

¹Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji, İstanbul

²Liv Hospital Ulus, Perinatoloji, İstanbul

AMAÇ: Spina bifida occulta, embriyolojik dönemde spinal kanalın kapanmaması ile karakterize nöral tüp defektlerinin en hafif formudur. Genellikle ciddi semptomlara neden olmaz ve çoğu zaman tesadüfen tespit edilir. Ancak, nadiren spinal kordun herniasyonu gibi daha ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

OLGU: Hasta, 23 yaşında,obstetrik öyküsü; gravida 3, parite 1, abort 1 (önceki gebeliği anensefali nedeniyle termine edilmiş). Mevcut gebelik 21 haftalıkken tarafımıza dış merkezden refere edilen hastaya 2. düzey ultrasonografi yapılmıştır. Ultrasonografide, bebeğin kafa içi yapıları normal gözlenmiş, lumbosakral bölgede 17x25 mm boyutlarında izole bir meningesel kesesi saptanmıştır. Cisterna magna normal açıklıkta ve clubfoot (ayak deformitesi) izlenmemiştir. Meningoselin varlığı prenatal ultrasonografi ile tespit edilmiştir. Genetik etiyolojiyi araştırmak için amniosentez yapılmış, kromozom analizi ve mikroarray çalışmaları ile genetik hastalık saptanmamıştır. Bu bulgular, izole spina bifida occulta olasılığını güçlendirmektedir. Tanının belirsiz olduğu vakalarda, veya etkilenen segmentin net değerlendirilemediği olgularda fetal MRI tanıda destekleyicidir. Spina bifida occulta vakalarının kliniği genelde sessizdir ve çoğunlukla ultrasonografideki radyolojik bulgular ile tanı konur. Ancak, bu vakamızdaki gibi meningesel varlığı, potansiyel nörolojik komplikasyonları olan daha ciddi bir duruma işaret edebilir. Bu nedenle, doğum sonrası dönemde dikkatli bir nörolojik izlem ve gerekirse cerrahi müdahale planlanmalıdır.

SONUÇ: Bu olgu, spina bifida occulta'nın prenatal dönemde tanı ve yönetiminde ultrasonografinin önemini vurgulamaktadır. Spina bifida'nın açık formlarında görülen "lemon sign" ve "banana sign" gibi kafa içi bulgular bu vakada gözlenmemiştir olup, sadece lumbosakral bölgede bir açıklık tespit edilmiştir. Spina bifida occulta'da ultrason bulguları belirsiz olabilir ve tanı koymak için MRI gibi ileri görüntüleme tekniklerine başvurulabilir. Ayrıca, önceki gebelik öyküsü nedeniyle yüksek risk altında olan hastalarda prekonsepsiyonel dönemde folik asit desteği, genetik danışmanlık ve takip önerilmektedir. Bu vakaların yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve perinatoloji, neonatoloji, pediatrik nöroloji ve genetik uzmanlarından oluşan bir ekip tarafından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Spina bifida okkulta, meningesel, prenatal tanı

[SS-05]

Maternal Alveoler Mikrolitiazis Tanılı Gebenin Doğum Yönetimi

Ahmet Zengin, Mehtap Yücedağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın hastalıkları ve doğum kliniği

AMAÇ: Alveoler mikrolitiazis (AM) Akciğerlerde kalsiyum fosfat taşlarının birikimiyle karakterize olup SLC34A2 (solute carrier family 34 member 2) gen mutasyonlarıyla ilişkili nadir otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Maternal ve fetal riskler açısından dikkatli yönetilmelidir. Gebelik sırasında artan solunum yükü, solunum yetmezliği riskini artırabilir. En sık Türkiye, İtalya, Japonya ve Hindistan gibi ülkelerde bildirilmektedir.

OLGU: Alveoler mikrolitiazis (AM) geçmişte bulunan iki gebe hastamız, sancı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Her iki hastada kan tahlilleri normal çıkarken, Oksijen satürasyonu (SPO₂) %88 ve %90 ölçülürken, Parsiyel Arteriyel Oksijen Basıncı (PaO₂) 74mmHg ve 78mmHg olarak ölçüldü. Oksijen desteği verildi. Göğüs Hastalıkları Kliniği ile yapılan görüşme sonucu, her iki hastanın yüksek eforlu eylemlerde bulunmaması gerektiği vurgulandı. Alveoler mikrolitiazis, akciğerlerde mikrolit birikimi ve solunum fonksiyonlarına zarar verebilecek bir durum olduğundan, bu hastaların aşırı efor ve stres altında olmamaları gerektiği bildirildi. Anestezi Bölümü ise, her iki hastaya sezaryen doğum gerçekleştirebileceğimizi, ancak yoğun bakım ihtiyacının olabileceğini belirtti. Anestezi ekibi, hastaların durumlarının dikkatle izlenmesi gerektiğini ve doğum süreci sonrasında solunum takibi için yoğun bakım desteği gerekliliğini vurguladı.

Hastalarımız oksijen desteği ile spinal anestezi altın sezaryen doğum gerçekleştirilmiş olup satürasyon değerlerinde bozulma olmayan hastalar oksijen desteği verilecek şekilde serviste takip edildi. Post operatif dönemde Oksijen satürasyonu dalgalanmaları gösteren hastalarımıza, ilgili branşlarla koordineli bir şekilde oksijen desteği sağlanmış ve akciğer grafileri çekilerek değerlendirmelerde bulunuldu. Post operatif 72 saat takip edilen hastalar taburcu edildi.

SONUÇ: Nadir görülen bu hastaların çoğu asemptomatik olabilir, ancak ilerleyen vakalarda nefes darlığı ve hipoksemi gelişmesi nedeniyle maternal ve fetal sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Spesifik tedavisi olmayıp yalnızca oksijen desteği ve mekanik ventilatör kullanılmaktadır. Bu nedenle fetal iyilik halinin değerlendirilmesi ve ardından maternal semptomlara göre annenin doğum şekline karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Alveolar Mikrolitiazis, hipoksemi, Gebe

[SS-06]

Over Kisti Tanısı Alan Fetüslerde Perinatal Tanı ve Postnatal Sonuçlar

MERVE GÜNGÖR, Mucize Eriç Özdemir

Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği, İstanbul

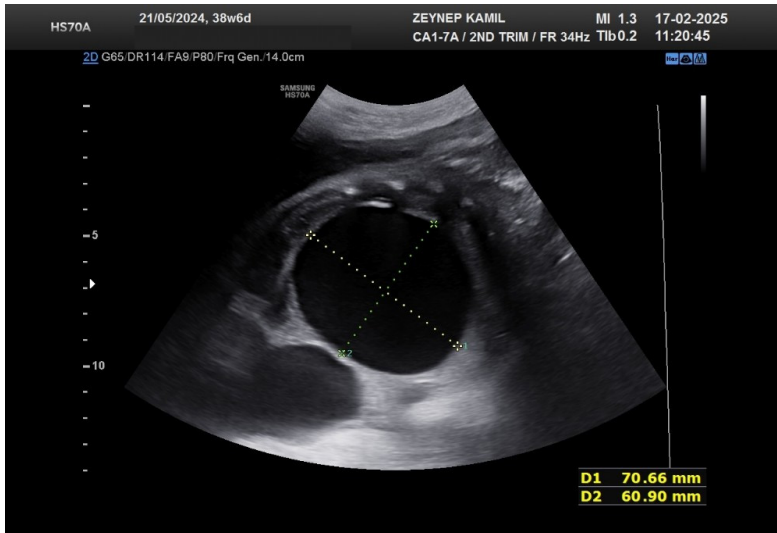
AMAÇ: Fetal over kistleri, böbrek ve bağırsak kökenli kistlerden sonra en yaygın görülen kistlerdir. Genelde 3. trimesterde ortaya çıkar. Sıklıkla unilateral, benign kistlerdir. Bu çalışmayı fetal over kistlerinin prenatal tanısı ve postnatal takibini değerlendirmek amacı ile yaptık.

YÖNTEM: Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği'ne 2016-2025 yılında başvuran hastalar değerlendirildiğinde 17 fetal over kisti saptanmıştır. Prenatal ve postnatal ultrasonografi ile diğer abdominal kistlerden ayırıcı tanısı yapılmıştır.

BULGULAR: Etyopatogenezinde maternal östrojen, fetal ve plasental gonadotropinlere maruz kalan fetal overlerin uyarılması sonucu folikül gelişiminin olması düşünülmektedir (1,2). Sıklığı 2500 canlı doğumda birdir (2). Postnatal maternal ve plasental hormon çekilmesi ile küçük kistlerin kendiliğinden gerileme eğiliminde olduğu görülmüştür. İnternal ekolar saptanan, sıvı-sıvı seviyelenmesi gösteren 5 cm'den büyük kistlerin hemoraji veya torsiyon şüphesi yüksek olduğu için operasyon geçirme ihtimali yüksektir. Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği'ne son 10 yılda başvuran hastalar değerlendirildiğinde 17 fetüste fetal over kisti saptanmıştır. 7 vakadaki kist anekoik görünümdeydi, boyutları 5 cm veya daha küçüktü (%41). Bu grup postnatal dönemde iki haftalık ultrasonografi ile takibe alındı, spontan gerileme izlendi. 7 vakada unilateral kompleks yapıda kist izlendi (%41) ve 1 vakada bilateral kompleks yapıda kist izlendi (%0.5). Kompleks yapıdaki kistlere postnatal cerrahi uygulandı. Yapılan cerrahinin 6 tanesi ooforektomi, 3 tanesi kist eksizyonu idi. 1 vakanın intrauterin takibinde gerileme izlendi (%0.05).

SONUÇ: Fetal over kistleri çapı 5 cm'den küçük ise, internal ekolar içermiyor ve sıvı-sıvı seviyeleri göstermiyorsa genellikle basit kistlerdir. İntrauterin gerileme göstermeyen kistler postnatal dönemde 4-6 haftada bir ultrasonografi ile taranmalıdır. Bu kistler postnatal dönemde nadiren büyür ve semptomatik hale gelir. Kompleks yapıda kistler torsiyon veya hemoraji göstergesine sahip olabilirler ve cerrahi müdahale gerektirirler.

Anahtar Kelimeler: Fetal Over Kisti, Over Torsiyonu, Fetal Abdominal Kitle



[SS-07]

Prenatal Ultrasonografik Belirteçlerin Down Sendromu Tanısındaki Rolü: Olgu Sunumu ve Literatür Değerlendirmesi

Reşat Mısırlıoğlu, Filiz Yarsilikal Guleroglu, Ali Cetin
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji kliniği, İstanbul

AMAÇ: Down sendromu (Trizomi 21), en sık görülen kromozomal anöploidilerden biri olup, prenatal dönemde tanı konulması gebelik yönetimi ve aile danışmanlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Günümüzde maternal serum tarama testleri ve invaziv genetik testler ile tanı konulabilmekte, ancak ultrasonografik belirteçler de önemli bir tarama aracı olarak kullanılmaktadır. Bu olguda, prenatal ultrasonografi ile saptanan belirteçlerin Down sendromu tanısındaki önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

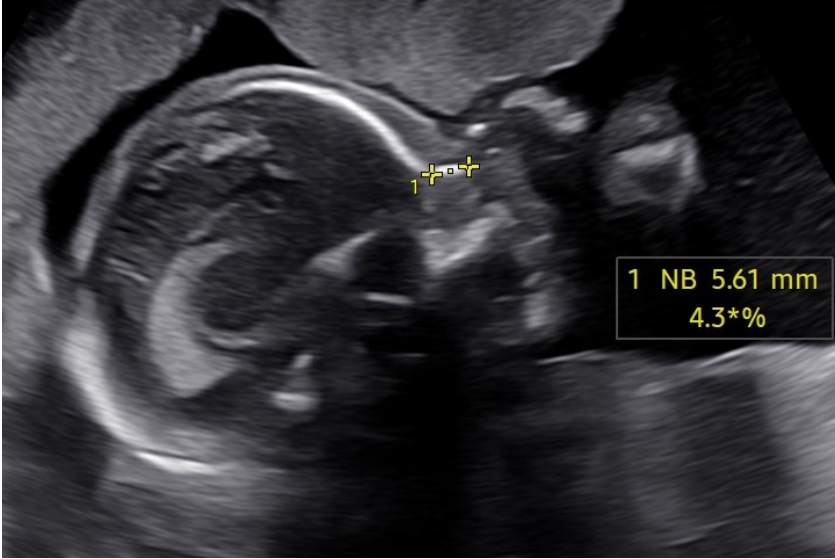
OLGU: 38 yaşında, ikinci gebeliği olan ve dörtlü tarama testinde Trizomi 21 riski $>1/50$ saptanan bir hasta sunulmaktadır. Detaylı ultrasonografide fetal ense kalınlığı artışı (6,4 mm), hipoplazik nazal kemik ve fetal kardiyak anomaliler belirlenmiş, amniyosentez sonrası fetal karyotipleme Trizomi 21 ile uyumlu bulunmuştur. Gebeliğin 24. ve 34. haftalarındaki ultrasonografilerde fetal büyüme geriliği, triküspid regürjitasyonu, ventriküler septal defekt ve Ebstein anomalisi benzeri kardiyak anomaliler tespit edilmiştir. Hasta gebeliğin devamını tercih etmiştir.

TARTIşMA: Down sendromunun prenatal tanısında ense kalınlığı, hipoplazik nazal kemik, kardiyak anomaliler ve fetal büyüme geriliği gibi ultrasonografik belirteçler önemli tanısal ipuçları sunmaktadır. Kardiyak anomaliler, özellikle atriyoventriküler septal defektler ve triküspid kapak displazisi, Down sendromu ile yüksek oranda ilişkilidir. Sunulan olgu, bu belirteçlerin Down sendromu tanısındaki önemini desteklemektedir.

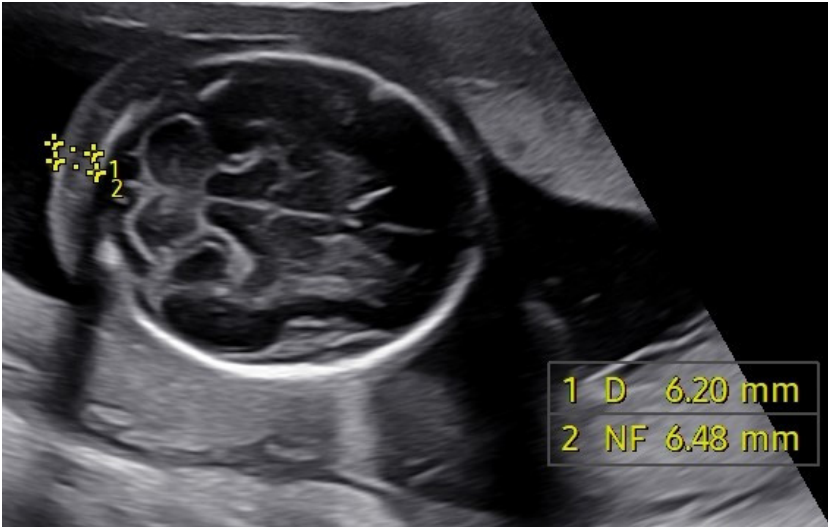
SONUÇ: Prenatal ultrasonografik belirteçler, Trizomi 21 tanısında yüksek tanısal değer taşımaktadır. Yüksek riskli olgularda fetal ekokardiyografi ve genetik incelemeler önerilmeli, hastalara multidisipliner bir yaklaşım ile genetik danışmanlık sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Down sendromu, prenatal tanı, ultrasonografik belirteçler, Nazal kemik

[SS-07]



Resim 1. Hipoplazik nazal kemik



Resim 2. İkinci trimesterde nukal fold kalınlığı (NF)

[SS-08]
**Gebelikte COVID-19 Geçiren Kadınların Plasentalarında Görülen
Histopatolojik Değişiklikler**

Koray zbay¹, Güray Kılı²

¹Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, zel Yüzyıl Gebze Hastanesi, Kocaeli

²zel Ekin Patoloji Laboratuvarı, İstanbul

AMAÇ: SARS-CoV-2'nin plasenta üzerindeki etkilerine dair çalışmalar, çeşitli histopatolojik değişimlere yol açabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada, gebelik sırasında hafif COVID-19 geçiren kadınların plasentaları doğum sonrası incelendi. Histopatolojik analiz, kronik histiositik intervillzit, fibrin birikimi, sinsityal knot artışı, trofoblast nekrozu ve distrofik kalsifikasyonun sıklığını ve Őiddetini belirlemek amacıyla yapıldı.

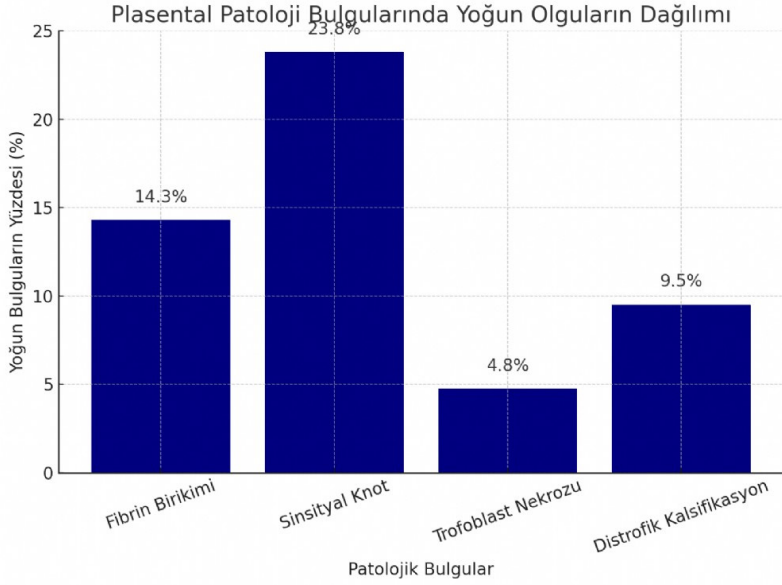
YÖNTEM: Araştırmaya, 2022-2023 yıllarında zel Yüzyıl Gebze Hastanesi'nde doğum yapmış ve gebelik sırasında real-time PCR (RT-PCR) testi ile COVID-19 tanısı almış, hastalık döneminde hafif semptomlar yaşamış 42 vaka dahil edilmiştir. Anne yaşı, gebelik haftası, tanısının konulduğu gebelik haftası, fetal doğum ağırlığı ve doğum haftası bilgileri hasta dosyalarından retrospektif olarak elde edilmiştir. Doğum sonrası plasental örnekler patoloji laboratuvarına gönderilmiş, formalin ile fikse edilerek parafine gmlmş ve hematoksilin-eozin boyama yöntemi kullanılarak mikroskopik analiz için hazırlanıp değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 42 hastanın yaş ortalaması 29.1 ± 4.49 yıl, gebelik sırasında COVID-19 geçirme haftası 18.1 ± 9.21 hafta, Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ortalaması 28.18 ± 4.7 , doğumun gerçekleştiği gebelik haftası 38 hafta 5 gün ± 1 gün (Min - Mak: 35 hafta 4 gün - 40 hafta 3 gün) ve yenidoğanların doğum ağırlığı ortalama 3411.31 ± 419.53 gram olarak saptandı. Histopatolojik değerlendirmede "kronik histiositik intervillzit" hiçbir vakada saptanmamıştır. Histopatolojik incelemede en sık ve en yoğun saptanan bulgu sinsityal knot idi (Tablo 1, Figür 1).

SONUÇ: Bulgularımız, gebelikte hafif Őiddette geçirilen SARS-CoV-2 enfeksiyonunun plasental dokuda değişikliklere neden olabileceği yönündedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, gebelik, histopatoloji, plasenta, SARS-CoV-2

[SS-08]



Figür 1. Yoğun saptanan plasental değişikliklerin dağılımı.

Tablo 1. Plasentalarda saptanan histopatolojik değişikliklerin sıklık ve şiddete göre dağılımı.

Patolojik Bulgular	Yok	Hafif	Orta	Yoğun
Fibrin Birikimi	3 (7.1%)	14 (33.3%)	19 (45.2%)	6 (14.3%)
Sinsityal Knot	0 (0.0%)	6 (14.3%)	25 (59.5%)	10 (23.8%)
Trofoblast Nekrozu	23 (54.8%)	12 (28.6%)	5 (11.9%)	2 (4.8%)
Distrofik Kalsifikasyon	8 (19.0%)	22 (52.4%)	8 (19.0%)	4 (9.5%)

[SS-09]

Olgu Sunumu: Missed Abort Küretaj Sonrası Hematometra Yönetimi

Asya Özcan1, Miraç Özalp2

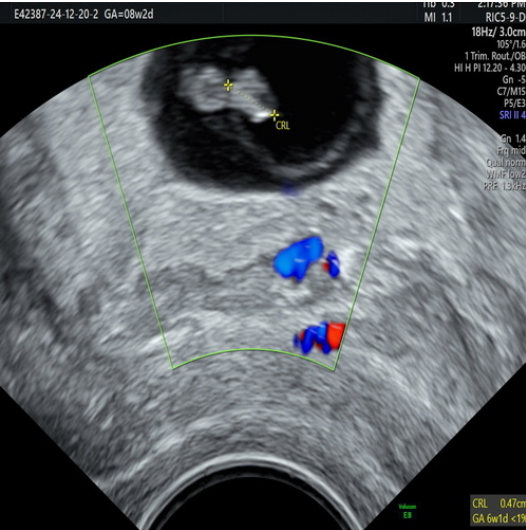
1Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul
2Liv Hospital Ulus, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Hematometra, rahimde anormal kan toplanmasıdır ve genellikle servikal kanalın stenozu sonucu gelişir. Bu durum, önceki ameliyatlara veya konjenital kusurlar nedeniyle ortaya çıkabilir. Hematometra belirtileri arasında akut pelvik ağrı ve adet görmeme öyküsü yer alır. Tıbbi gebeliğin sonlandırılmasının ardından nadir bir komplikasyon olarak görülebilir. Tedavisi, sıvı ile pıhtılaşmış kanın derhal boşaltılmasını ve oksitosik ajan uygulanmasını gerektirir.

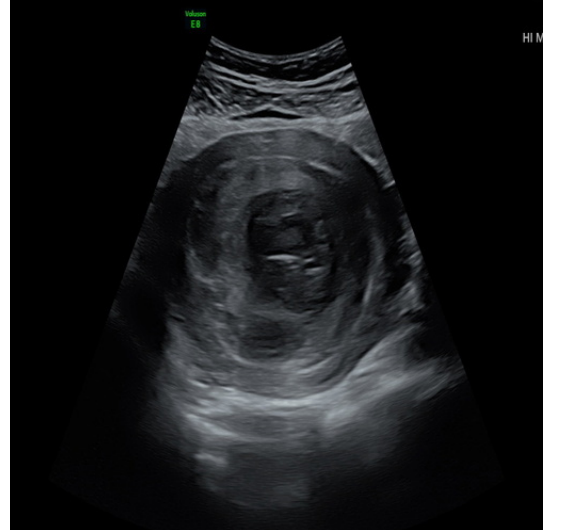
Olgu: 37 yaşında, gravida 1 parite 0 olan bir kadın, yaklaşık 6 hafta 5 gün gebelik haftasında rutin obstetrik bakım için başvurmuştur. Geçmiş öyküsünde myom ve operatif histereskopi ile endometrial polipektomi bulunmaktadır. Obstetrik takipte fetal aktivite izlenmemiştir ve missed abortus tanısı konulmuştur. Tedavi sürecinde dilatasyon ve küretaj işlemi yapılmış, endometrial kalınlık 7 mm olarak ölçülmüştür. Ancak 30 dakika sonra endometrial kalınlık 40 mm'ye yükselmiş ve kavitede koagüle alan tespit edilmiştir. Revizyon küretaj işlemi kabul etmeyen hastaya misoprostol verilmiştir. Üç gün sonra karın ağrısı ile başvuran hastada 45 mm endometrial kalınlık izlenmiştir. Hematometra tanısı konulmuştur. Revizyon küretaj işlemi yapılmış ve işlem sonrası metilergonovin, oksitosin ve kaviteye sonda balon uygulanmıştır. Takip sürecinde, uterin kavite içi balon 4. saatinde çekilmiş ve endometrial kalınlık 9 mm olarak izlenmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak, genç yaşta myoma uteri ve polip öyküsü olan gebelerde düzenli takip önemlidir. Missed abort sonrası beklenmeyen kanamalarda yakın izleme kritik olup, koagüle alanın uzun süre kalması endometrit ve Asherman sendromu riskini artırabilir. Hızlı tanı ve tedavi süreci, bu durumların yönetiminde hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: hematometra, missed abortus, küretaj

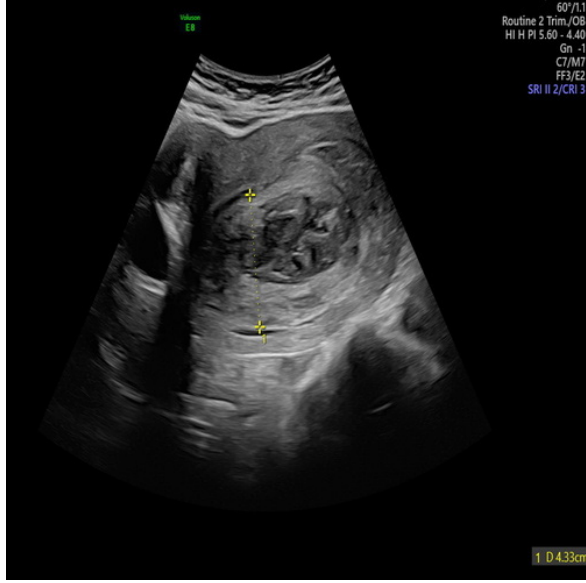


Resim 1. Crl 4.9 mm missed abort



Resim 2: Dilatasyon küretaj sonrası aynı gün oluşan 40 mm hematometra

[SS-09]



Resim 3. D dilatasyon ve küretaj işlemi sonrası ince ve düzenli endometrium ve subseröz myom
Postoperatif 3. Gün kontrol vajinal ultrasonda 44 mm hematometra



Resim 4. Birinci hafta kontrol vajinal ultrasonda ince ve düzenli endometrium

18q Delesyon Sendromu: Nadir Prenatal Tanı Alan Bir Sendrom

İLAYDA GERCİK ARZIK, Hakan Golbasi, Ilknur Toka, Ceren Sağlam, Hale Ankara Aktaş, RAZİYE TORUN, Zübeyde Emirlioğlu Çakır, Sevim Tuncer Can, Atalay Ekin
İzmir Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Bu çalışmada, prenatal dönemde tanı konulan 18q delesyon sendromu vakasını sunmayı amaçladık.

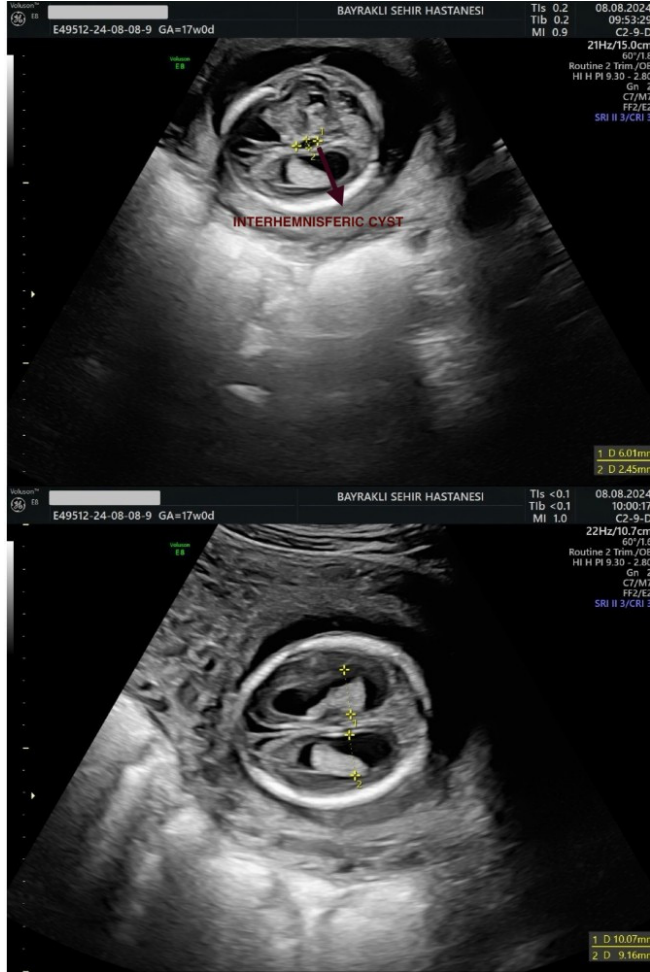
YÖNTEMLER: 25 yaşında, Gravida 1, Para 0 olan hasta, gebeliğinin 21. haftasında fetal anomali taraması için hastanemize başvurdu. Fetal ultrasonografi incelemeleri Voluson E8 cihazı kullanılarak gerçekleştirildi.

BULGULAR: Fetal biyometrik ölçümler, 21. gebelik haftası ile uyumlu bulundu. Ultrason muayenesinde bilateral ayak deformiteleri (muhtemel rocker-bottom foot) ve kraniumda 6.01x2.45 mm boyutlarında interhemisferik kist saptandı (ŞEKİL 1-2). Sağ ve sol lateral ventrikül boyutları sırasıyla 9.16 mm ve 10.07 mm olarak ölçüldü. Fetal ekokardiyografide sol ventrikülde hiperekojenik bir odak izlendi. TORCH (toksoplazmozis, diğer enfeksiyonlar (sifiliz, hepatit B, kızamıkçık, sitomegalovirüs, herpes simpleks)) için yapılan prenatal fetal enfeksiyon taraması negatif sonuç verdi. Amniyosentez sonrası yapılan genetik analiz, fetal karyotip incelemede yaklaşık 25 Mb büyüklüğünde ve 71 OMIM genini içeren 18. kromozomun q21.2q23 bölgesini kapsayan bir 'KAYIP' (delesyon) bölgesi olduğunu gösterdi. Hasta gebeliğin sonlandırılmasını talep etti. Abort materyali, ultrason bulgularının doğruluğunu teyit etti (ŞEKİL 3).

SONUÇ: 18q delesyon sendromu (OMIM 601808), 18. kromozomun uzun kolunun kısmi veya tam kaybından kaynaklanan bir durumdur. Bu sendrom, nörogelişimsel problemler ve oldukça değişken bir fenotip ile karakterize edilen bir grup bozukluğu içerir. Fenotipteki bu farklılıklar, tanıyı, prognoz hakkında aile danışmanlığını ve tedavi stratejilerini karmaşık hale getirebilir. 18q delesyon sendromu; psikomotor gerilik, konuşma gelişiminde gecikme, orta derecede zihinsel yetersizlik, işitme kaybı, dış kulak anomalileri, epilepsi, mikrosefali, kısa boy, hipotoni, belirgin yüz özellikleri ve ayak deformiteleri ile kendini gösterebilir. Sonuç olarak, bu vaka, 18. kromozomda tespit edilen delesyonların klinik önemini ve olası sonuçlarını vurgulamakta, genetik danışmanlığın ve postnatal takibin gerekliliğine dikkat çekmektedir.

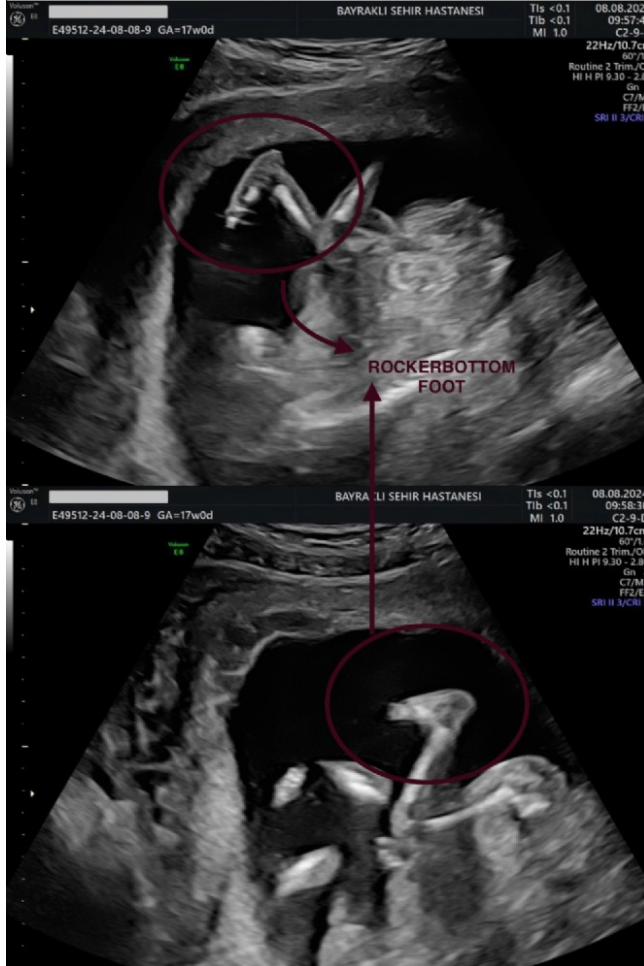
Anahtar Kelimeler: 18q delesyon, interhemisferik, rocker-bottom

[SS-10]



Şekil 1: Üstteki ultrason görüntüsünde fetal kraniumda orta hatta 6.01x2.45 mm boyutlarında interhemisferik kist izlenmektedir. Altteki görüntüde ise bilateral ventrikül çapları sınırdadır.

[SS-10]



Şekil 2: Rocker-bottom ayak deformitesi ultrasonda prenatal olarak tanı almıştır.

[SS-10]



Şekil 3: Abort materyali incelendiğinde bilateral rocker-bottom ayak deformitesi dikkat çekmektedir.

[SS-11]

İkinci Trimester Gebelik Terminasyonu ve Uterin Rüptür: Olgu Sunumu

Mehtap Y cedağ1, Melda Kuyucu2
1 mraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ: İkinci trimester medikal abortları, fetüsün ve plasentanın doğumu için kasılmaları tetiklemek amacıyla ilaç kullanılarak gebeliğin sonlandırılmasıdır. Geçirilmiş uterin cerrahi öyküsü olan hastada, medikal abort sırasında meydana gelen uterin rüptür komplikasyonu anlatılacaktır.

OLGU: 32 yaşında, gravida 3 parite 1, geçirilmiş sezaryan ve uterin küretaj öyküsü olan hasta, yaşayan ocuğunda CLP1 gen mutasyonu öyküsü, genetik pontocerebellar hipoplazi tip 10 olması nedeniyle, bu gebeliğin 12. haftasında yapılan CVS sonucu: CLP1 HOMOZİGOT VARYANTI saptanması üzerine perinatoloji konseyinde değerlendirildi. Mevcut gebelikteki çocukta da aynı kliniğin görülmesi beklendiğinden aileye terminasyon seçeneği sunuldu. Aile terminasyon seçeneğini kabul etti ve hastaneye yatışı yapıldı. Son adet tarihine göre 20 hafta olan ve önceki sezaryanı 1 yıl önce olan hastaya gebelik terminasyonu ile ilişkili komplikasyonlar hakkında bilgi verildi. Gebelik terminasyonu için hastaya 3*1 vajinal misoprostol uygulandı. Yatışının 24. saatinde genel durum bozukluğu gelişmesi ve vital bulgularının stabil seyretmemesi, hastada hipovolemik çok belirtilerinin izlenmesi üzerine uterin rüptür düşünülerek acil laparotomi yapıldı. Yapılan eksplasyonda ex fetus batında ve eski insizyon hattında rüptür izlendi. Rüptür hattı onarıldı ve kanama kontrol altına alındı. Hasta postoperatif 3. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: İkinci trimester medikal abortları güvenli bir prosedürdür ve çoğunlukla başarıyla ve komplikasyonsuz tamamlanır. Potansiyel komplikasyonlar arasında yer alan uterus rüptürü nadir görülür ancak geçirilmiş uterin cerrahi varlığı olan hastalarda bu risk daha fazladır.

Anahtar Kelimeler: ikinci trimester, medikal abort, uterin rüptür

[SS-12] Perinatal inme: Olgu Sunumu

Melda Kuyucu, Mehmet Serdar Gülşen
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp fakültesi

AMAÇ: Perinatal inme, gebeliğin 20. haftası ile postnatal 28. günü arasında meydana gelen vasküler kaynaklı beyin hasarından kaynaklanan heterojen bir sendromdur. Perinatal arteriyel iskemik inme, perinatal inme vakalarının yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır.

OLGU: 31 yaşında, IVF ve ilk gebelik, transfer tarihine göre 34 hafta olan hasta, bebek hareketlerinde azalma nedeniyle tarafımıza başvurdu. Tarama testleri ve detaylı USG yok. Yapılan obstetrik ultrasonda ölçümler 33-34 hafta ile uyumlu, fetal kalp atımı:+, amniyotik sıvı indeksi: yeterli saptandı. Doppler usg: umbilikal arter PI: 0.9 MCA PI: 0.77 ölçüldü. Non-stress test (NST) takipleri nonreaktif ve yer yer geç deselerasyonları saptanan hastaya fetal distress endikasyonu ile acil sezaryan kararı alındı. 2490 gr ağırlığında makat geliş doğan erkek bebek 4/8 APGAR ile doğurtuldu. Doğduğunda siyanotik; solunumu zayıf olan hasta ameliyathanede entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesi'ne yatırıldı. Kord Kan Gazı: Ph:7,31 HCO₃: 22,4 BE:-1,8 Laktat: 2 olarak saptandı. Hasta mekanik ventilatörde izlendi. Kontrastlı Kranial MR: Solda Frontal lobda insulada, temporal ve parietal lobda subakut-kronik dönem enfarkt alanı izlenmiştir. Bu alanlarda T1 görüntülerde griform şekilli yüksek sinyalli alanlar izlenmiş olup kortikal laminer nekroz lehine değerlendirilmiştir. Sol temporooksipitalde mikrohemorajik odaklar izlenmiştir. Sol bazal ganglion düzeyinde de subakut dönem enfarkt alanları izlenmiştir.

Kranial MR Anjiyografi: Normal saptandı.

Çocuk nöroloji konsültasyonu sonrası kontrole çağrılarak postnatal 10. Günde taburcu edildi.

SONUÇ: Perinatal inme, çok nadir görülmeyen, uzun vadeli nörolojik sonuçlar üzerinde etkileri olan bir durumdur. Perinatal inmelerin çoğu iskemiktir ve temel tedavi destekleyicidir.

Anahtar Kelimeler: perinatal inme, bebek hareketlerinde azalma, iskemik inme

[SS-13]

Gebelikte preterm eylem ile karışan GARTNER Kanal Kisti olgu sunumu

Ali Emre Atik¹, Miraç Özalp²
1BAYRAMPAŞA KOLAN HASTANESİ
2LIV HOSPITAL ULUS

AMAÇ: Gartner kanal kisti, kadınlarda mezonefrik kanalın (Wolffian kanalı) kalıntısı olan Gartner kanalından kaynaklanan, erişkinlerde nadir görülen iyi huylu bir vajinal kisttir.

OLGU: Erken doğum şüphesi ile başvuran 29 haftalık gebede vajenden dışarıya çıkan ve sonuç olarak görüntüleme ve klinik bulgularla Gartner Kanal kisti tanısı alan olguyu sunuyoruz.

Kadın genital sisteminin lateral kısımlarında görülen kistlerin ayırıcı tanıları arasında over kistleri, geniş ligament kistleri, naboth kistleri, Bartholin kistleri ve Gartner kanal kistleri yer alır.

Anahtar Kelimeler: Gartner kanal kisti, Gebelikte vajinal kitle, Wolffian Kanalları



MCA/AO doppler parametresinin İUGG tanılı gebelerde perinatal sonuçları öngörmede prediktif değeri

Giriş: İntrauterin büyüme geriliği (İUGR), perinatal mortalite ve morbidite açısından önemli bir risk faktörüdür. Fetal dolaşımın adaptasyonu, özellikle orta serebral arter (MCA) ve aort (AO) kan akımı değişiklikleri ile değerlendirilebilir. Bu çalışmada, MCA/AO Doppler parametrelerinin İUGR tanılı gebelerde perinatal sonuçları öngörmedeki prediktif değerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda İUGR tanısı alan 20 gebe (olgu grubu) ile 41 sağlıklı gebe (kontrol grubu) karşılaştırıldı. Gruplar yaş, boy ve vücut kitle indeksi açısından benzerdi ($p>0.05$). MCA/AO Doppler ölçümleri ve perinatal sonuçlar incelendi.

Bulgular: Olgu ve kontrol grupları arasında MCA Rİ/AO Rİ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0.007$). Ancak MCA Pİ/AO Pİ, MCA Rİ/UmB Rİ ve MCA Pİ/UmB Pİ değerleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Perinatal sonuçlar açısından;

- Olgu grubundaki bebeklerin doğum ağırlığı anlamlı derecede daha düşük bulundu ($p=0.000$).
- 1. dakika APGAR skorları olgu grubunda daha düşük olup, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.041$). Ancak 5. dakika APGAR skorları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.78$).
- Kordon kanı pH değerleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.334$).
- MCA Rİ/AO Rİ ile doğum ağırlığı arasında anlamlı bir korelasyon bulunamadı ($p=0.137$).

Sonuç: MCA Rİ/AO Rİ, İUGR tanılı gebelerde sağlıklı gebelere kıyasla anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Ancak bu parametre, doğum ağırlığını öngörmede doğrudan bir korelasyon göstermemiştir. İUGR'li gebelerde MCA/AO oranlarının izlenmesi, erken neonatal sonuçların tahmininde önemli bir biyobelirteç olabilir. Ancak, klinik kullanımı açısından daha geniş ölçekli çalışmalar gereklidir.

	Grup	Min-Max	Ortalama	Std. Sapma	M-WU	P
MCA Rİ/AO Rİ	Olgu Kontrol	0,60-1,17 0,85-1,32	0,9 1,1	0,2 0,1	235,0	0,007
MCA Pİ/AO Pİ	Olgu Kontrol	0,38-1,36 0,72-1,93	0,9 1,1	0,3 0,4	301,5	0,095
MCA Rİ/UmB Rİ	Olgu Kontrol	0,94-1,60 1,06-2,20	1,2 1,3	0,2 0,2	351,5	0,369
MCA Pİ/UmB Pİ	Olgu Kontrol	0,84-2,50 1,29-2,91	1,6 1,8	0,5 0,5	339,0	0,369

İzole septum pellisidum agenezili olguların prenatal ve postnatal sonuçlarının değerlendirilmesi

Murad Gezer

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

AMAÇ: Septum pellisidum agenezisi (ASP) septal laminaların parsiyel ya da komplet yokluğu ile giden serebral malformasyondur (2-3/100000). Nadiren normal olgularda da görülebileceği gibi sıklıkla kompleks serebral anomalilere eşlik eder. Eşlik ettiği hastalıklardan biri de Septo optik displazisi (SOD) olup, hipofiz yetmezliği, septal agenezi ve optik sinir hipoplazisi ile giden nadir bir orta hat anomalisidir. Tanı için en az 2 bulgu olmalıdır. Hastalık spektrumu geniş olup, bireylerde görme problemleri, endokrin bozukluklar ve bilişsel gelişim gerilikleri farklı kombinasyonlarda görülebilir.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya 2020-2024 yılları arasında kliniğimizde ASP tanısı ile takip edilen ve postnatal sonuçlarına ulaşılan 9 olgu alınmıştır. Demografik veriler, tanı anındaki ve takiplerdeki USG bulguları, yapılan hastalarda MRG ve genetik sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 9 olgunun maternal yaş ortalaması 28 (SD:5) olup tanı anındaki gestasyonel yaş 26.2 (SD:4.4) haftaydı. Olguların hepsinde ASP olup 3'ünde (%33,3) hafif ventrikülomegali vardı. Ailelerin hepsine genetik inceleme ve fetal MRG önerildi, 3 (%33,3) olgu prenatal MRG'ı kabul etti. Yapılan fetal MRG'ların hepsinde optik chiasma normal olup 1 fetüste septum pellisidum parsiyel agenezisi görüldü. Olguların 4 tanesine prenatal genetik inceleme yapıldı, karyotip ve array anomalisi saptanmadı. Olguların 2'si (%22,2) 37 hafta öncesi preterm olarak, diğerleri ise term olarak doğdu. Fetal dönemde MRG yapılmayan 6 (%66,6) olguya postnatal dönemde MRG yapıldı, 1 olguda optik sinir hipoplazisi saptandı. Olguların doğum sonrası ortalama takip yaşları 21.2 (13.7) ay olup, hastaların takiplerinde 1'inde (%11,1) nörogelişimsel gerilik (otizm spektrumu), 3'ünde (%33,3) hipotiroidi ve 1'inde (%11,1) görme bozukluğu mevcuttu.

SONUÇ: SOD heterojen bir klinik tablo sergileyen bir sendrom olup, prenatal tanı sonrası multidisipliner takip gerektirir. Özellikle optik sinir hipoplazisi ve hipotalamik-hipofizer disfonksiyon açısından erken tanı ve müdahale, hastaların yaşam kalitesini artırabilir. Nörogelişimsel bozukluklar ve otizm spektrumu ile ilişkisi açısından ise daha ileri genetik ve nörogörüntüleme çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: septo optik displazi, optik sinir, septum pellicidum agenezisi

Tablo 2. Olguların klinik değerlendirmesi

Tablo. Olguların klinik değerlendirmesi

	Yaş	GA	Fetal MRG	Karyotip	VM	Doğum haftası	Doğum kilosu	Doğum şekli	Postnatal MRG	Yaş, ay	Nörogelişimsel bozukluk	Endokrin	Görme
1	36.00	26	ON normal	-	hafif	36	2620	NSVD		44	Normal	Normal	Normal
2	28.00	33	-	normal	-	39	3200	NSVD	ON hipoplazi	20	Normal	Normal	Miyop
3	30.00	22	-	-	-	32	2010	NSVD	ON normal	24	Normal	Normal	Normal
4	28.00	27	-	normal	-	39	2840	NSVD	ON normal	7	Normal	Normal	Normal
5	22.00	25	ON normal	-	-	36	2010	C/S		40	Otizm ve gelişim geri	Hipotiroidi	Normal
6	35.00	30	-	-	hafif	33	1100	C/S	ON normal	15	Normal	Hipotiroidi	Normal
7	23.00	21	SP Parsiyel agenezi, ON normal	Normal	-	40	3440	NSVD		7	Normal	Normal	Normal
8	23.00	31	-	normal	hafif	38	3370	C/S	ON normal, CC ince	26	Normal	Hipotiroidi	Normal
9	27.00	21	-	-	-	39	3070	NSVD	ON normal	8	Normal	Normal	Normal

11-14 Hafta Erken Ultrason Taramasının Önemi

Zübeyde Sümeyye Özgül, Çağdaş Özgökçe
S.B.Ü İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: İlk trimester ultrasonografisi prenatal bakımın önemli bir parçasıdır. 18-22. gebelik haftaları arasında yapılan rutin fetal ultrasonografik tarama hem düşük hem de yüksek riskli gebeliklerde fetal anatominin değerlendirilmesi için standart bakım olarak yerini korumaktadır. Ancak erken dönem fetal anatomik tarama, majör anomalilerin erken saptanması veya dışlanması, riskli gebeliklerin erken değerlendirilmesi, erken genetik tanı yapma ve endikasyon varlığında gebeliğin erken dönemde termine edilebilmesine yardımcı olur.

OLGU: 29 yaşında, gravida 2, parite 1, son adet tarihine göre 13 hafta 3 gün gebeliği olan hasta, kliniğimize 11-14 hafta taraması için başvurdu. Spontan tekil gebeliği olan hastanın anamnezinde; eşyle akrabalığının olmadığı, sigara kullanmadığı, önceki gebeliğinde komplikasyon yaşamadığı ve hipotiroidisinin olduğu öğrenildi. Yapılan fetal ultrasonografide baş-popo mesafesi 60 mm (12 hafta 4 gün) ve nukal kalınlık 1,2 mm olarak ölçüldü. Fetal anatomik tarama değerlendirildiğinde diğer sistem muayeneleri normal olan hastanın her iki alt ekstremitenin doğal olduğu ancak üst ekstremitelerde bilateral humerus, radius ve ulna kemiklerinin ileri derecede hipoplazik olduğu görüldü. Aile, fetal prognoz hakkında bilgilendirildi. Hasta ve ailesinin de onamıyla CVS yapılarak karyotip analizi, kromozomal mikroarray ve iskelet displazisi paneli istendi. Yapılan işlemler sonrası hasta perinatoloji konseyinde değerlendirildi. Terminasyon seçeneği sunuldu. Hasta ve ailesi gebeliğin sonlandırılmasını kabul etti. Hasta hospitalize edilerek usulüne uygun tıbbi tahliye yapıldı. Abort materyali patolojiye gönderildi. CVS sonucunda karyotip analizi 46 kromozom/normal olarak sonuçlandı.

SONUÇ: Geçmişte sadece fetal viabilite, gebelik yaşının hesaplanması ve NT ölçümü amaçları ile yapılan erken dönem fetal ultrasonografi, ileri teknolojik gelişmelerin de katkısıyla günümüzde ek olarak fetal anatomik taramanın da yapılabilmesini sağlamıştır. Erken fetal anatomik tarama ile majör anomalilerin tespit edilebilmesi, gebeliğin erken dönemde sonlandırılarak, ileri hafta gebelik terminasyonlarında yaşanabilecek morbiditelerin de önüne geçmiş olur. Taramanın yapılabilmesi için deneyimli personel gerekmesi ve bazı anomalilerin erken dönemde tespitinin mümkün olmaması dezavantajlar arasındadır.

Anahtar Kelimeler: Ekstremitte hipoplazisi, fetal anatomi, ilk trimester



Resim 1:Abort materyali

[SS-17]

Aicardi-Goutières Sendromu: Olgu Sunumu

Ozlem Aldemir Bukagikiran, Oya Demirci

Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Aicardi-Goutières Sendromu, nadir görülen, monogenik kalıtıma sahip (genellikle otozomal resesif kalıtım paterni), otoimmün, dejeneratif bir interferonopatidir. Primer olarak beyni etkileyen bir sendromdur. Genellikle erken başlangıçlı ensefalopati ile prezente olur. Çoğunlukla şiddetli entelektüel ve fiziksel engellilikle sonuçlanır. Yenidoğanların bir kısmı anormal nörolojik bulgular, hepatosplenomegali, karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik, trombositopeni gibi, konjenital enfeksiyonu ciddi anlamda düşündüren bulgularla prezente olur.

OLGU: 22 yaşında, G2P1, ilk gebeliği postnatal birinci ayda yoğunbakımda ex olmuş ve sebebi bilinmiyor. Bu gebeliğinin otuz birinci haftasında tarafımıza başvurdu. Yapılan ultrasonografide mikrosefali, ventrikülomegali, intrakraniyal kalsifikasyonlar, dilate kardiyomyopati, karaciğerde kalsifikasyonlar ve hepatomegali saptandı. Ön planda konjenital enfeksiyon düşündüren bu bulgular ile hastaya danışmanlık verildi. TORCH panelinde özellik saptanmadı ve hasta prenatal invaziv tanı testi istemedi. Postnatal dönemde yapılan klinik exom sekanslama sonucunda TREX geni için NM_007248.5c.361T>G (p.F121V) (p.Phe121Val) homozigot saptandı ve Aicardi-Goutières Sendromu tanısı aldı. Şu an beş yaşında olan çocukta ileri derecede entelektüel ve fiziksel engellilik mevcut.

SONUÇ: Aicardi-Goutières Sendromu, özellikle akraba evliliği olgularında, tekrarlayan gebeliklerde konjenital enfeksiyon düşündüren bulguları olan fetus ve yenidoğanlarda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aicardi-Goutières Sendromu, pseudo-TORCH, intrakraniyal kalsifikasyonlar



Resim 1: Dilate kardiyomyopati, kardiyotorasik oranda artış, atriyoventriküler kapaklarda regürjitasyon



Resim 2: İntrakraniyal kalsifikasyon, talamus ve bazal ganglionlarda kalsifikasyonlar

[SS-18]

Nadir bir mozaik Trizomi 20 vakasının prenatal tanısı

Sevim Tuncer Can¹, Hakan Golbasi²

¹Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, Elazığ, Türkiye

²İzmir Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

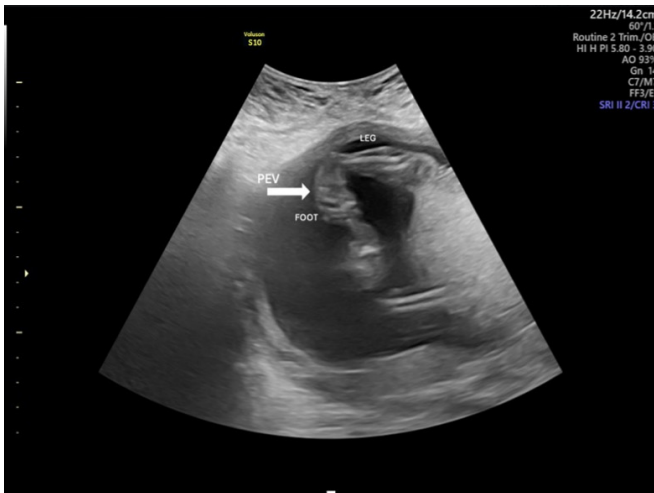
AMAÇ: Nadir görülen mozaik Trizomi 20 vakasının prenatal bulgularını ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: İzmir Şehir Hastanesi Perinatoloji Anabilim Dalı'na detaylı ultrasonografi muayenesi için yönlendirilen hastanın rutin ikinci trimester ultrasonografik muayenesi yapıldı..

BULGULAR: 38 yaşında, gravida 3, para 2 olan gebe bir kadın, ilk trimester tarama testinde Trizomi 21 riski yüksek olduğu için İzmir Şehir Hastanesi Perinatoloji Anabilim Dalı'na yönlendirilmiştir. Gebe kadın, gebeliğinin 18. haftasında olup, tip 2 diyabeti vardı. Ultrasonografik incelemede fetüsün biyometrik ölçümleri gebeliğin 18. haftası ile uyumlu. Ancak, amniyon sıvısı miktarı artmış ve hafif polihidramnios (250-350 mm) gözlemlenmiştir. Fetal anomali taramasında, yapısal bir anomali olarak sadece bilateral pes ekinovarus tespit edilmiş ve onun haricinde soft marker bulunmamıştır (Şekil 1). Aileye genetik inceleme önerilmiş ve amniyosentez yapılmıştır. Amniyon sıvısı kültürlerinden birinde incelenen 10 metafazdan 3'ünde, diğer kültürde ise 40 metafazdan 5'inde Trizomi 20 tespit edilmiştir (Ortalama %16). Bulgular, mozaik Trizomi 20 ile uyumlu. Genetik danışmanlık sonrasında, aile 23. haftada gebeliğin sonlandırılmasını tercih etmiştir.

SONUÇ: Mozaik Trizomi 20, doğum sonrası dönemde ciddi doğumsal defektlere yol açmayabilir, ancak diğer mozaik otozomal trizomilerde olduğu gibi ciddi zihinsel geriliğe de neden olabilir. Bizim vakamızda, tek yapısal anomali pes ekinovarus olup, olası plasental tutulumda plasenta hormonlarını etkileyerek ilk trimester tarama testindeki riskin artmasına da neden olmuş olabilir. Zihinsel geriliğin prenatal dönemde dışlanamaması, ailenin vakamızda gebeliğin sonlandırılmasını tercih etmesinin en önemli nedenidir.

Anahtar Kelimeler: anöploidi, mozaik trizomi 20, prenatal tanı



Resim 1. PEV, pes ekinovarus

[SS-19]

Hipermezis Gravidarum Tanılı Gebelerde Serum Orexin A Seviyelerinin Değerlendirilmesi

Gözde Konak

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Hipotalamustan salgılanan Orexin-A'nın uyku/uyanıklık döngüsünün düzenlemesi, iştah, beslenme davranışı ve enerji homeostazisi dahil olmak üzere farklı fizyolojik süreçlerde rolü vardır. Bu bilgiden yola çıkarak biz de çalışmamızda hiperemezis gravidarum (HEG) tanısı almış olan gebelerde serum Orexin-A düzeylerini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Kesitsel, vaka kontrol biçimindeki bu çalışma Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapıldı. 7 ile 14. gebelik haftaları arasında HEG tanısı almış 44 gebe HEG grubunu oluşturdu. HEG grubu ile yaş, vücut kitle indeksi ve gebelik haftasına göre eşleştirilmiş 44 sağlıklı gebe de kontrol grubunu oluşturdu. Her iki grup serum Orexin-A düzeyleri açısından karşılaştırıldı. Katılımcılardan alınan serum örneklerinde Orexin-A düzeyleri Human Orexin-A ELISA ticari kiti kullanılarak ELISA yöntemiyle çalışıldı.

BULGULAR: HEG ve kontrol grubu demografik özellikler açısından benzerdi. Her iki grupta da hemoglobin, hematokrit, LDL kolesterol, trigliserid, ALT, üre, kreatinin, TSH, T3, T4, estradiol, progesteron düzeyleri ve lökosit sayısı açısından benzerdi ($p>0,05$). HEG grubunda AST düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). HDL ve total kolesterol düzeyleri ise HEG grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$, $p=0,006$, sırasıyla). Serum Orexin-A düzeyleri HEG grubunda 231,4 ng/L olarak tespit bulunurken, kontrol grubunda 234,8 ng/L olarak bulundu ($p=0,940$).

SONUÇ: HEG ile kontrol grubunda serum Orexin-A düzeyleri benzer bulundu. Katılımcı sayısı kesin bir sonuca varmak için kısıtlı olmasına rağmen serum Orexin-A'nın HEG'in patofizyolojisinde rol almadığını düşünmekteyiz. Ancak bu bulgunun yapılacak olan geniş serili çalışmalarla da desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bulantı, gebelik, hiperemezis gravidarum, iştah, kusma, Orexin-A

[SS-20] Umbilikal Kord Hernisi

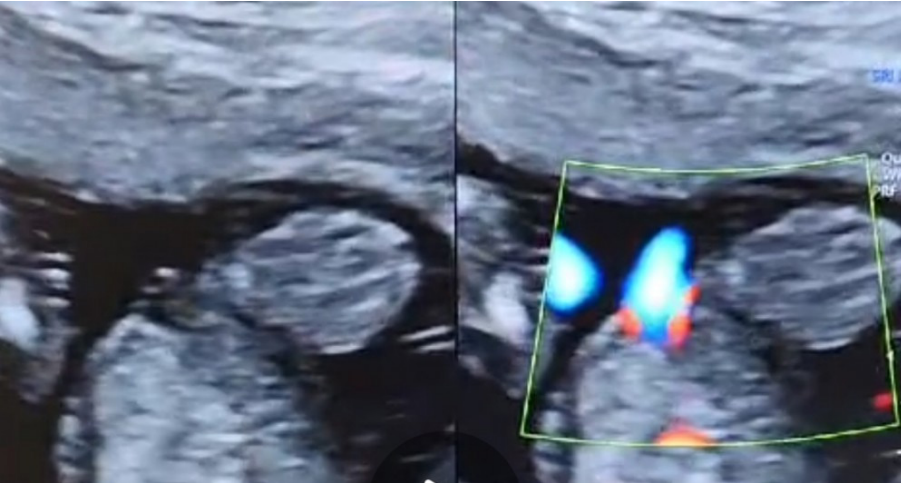
Zafer Bütün¹, Gökalp Şenol³, Masum Kayapınar², Sevim Ezgi Katran⁴
1Özel Klinik,Eskişehir
2Özel Klinik, Mersin
3Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji
4Güroymak Devlet Hastanesi

AMAÇ: Umbilikal kord hernisi genellikle yanlış teşhis edilen ve yetersiz bildirilen bir durumdur. Küçük omfalosel ile kolayca karıştırılır. Kalıcı fizyolojik barsak fıtıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu olgu sunumunda kliniğimize başvuran iki umbilikal kord hernisi vakasının prenatal tanı ve yönetimini tartışmayı amaçladık.

OLGU: İlk hastamız 13 haftalık, ikinci hastamız ise 16 haftalık iken omfalosel ön tanısı ile refere edildi. İki gebesinde kombine tarama testleri düşük riskli idi. Yapılan ultrasonografide umbilikal kord girişinin sağ tarafından barsakların kese içerisinde herniye olduğu izlendi. Ön planda umbilikal kord hernisi düşünüldü. Bu haftalarda fetuslarda ek anomali izlenmedi. Hastalar genetik inceleme istemedi. Takipler sırasında ek bulgu görülmedi ve 39.w da planlı sezaryan ile doğum yaptırıldı. Doğum sonrası 1. günde çocuk cerrahisi tarafından defekt onarıldı ve komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA: Umbilikal kord hernisi genellikle yanlış teşhis edilen ve yetersiz bildirilen bir durumdur. Küçük omfalosel ile kolayca karıştırılır. Kalıcı fizyolojik barsak fıtıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. İnsidansı yaklaşık 1/5000'dir. Omfaloselin aksine kromozom anomalileri ile ilişkili değildir. Barsak anomalileri ile ilişkisi azdır. Genellikle izole görülmekte olup ek anomaliler ile birlikteliği nadirdir. Doğum öncesi tanı doğum sırasında kordon tutulurken yanlışlıkla barsak yaralanmasını önlemek açısından önemlidir. İzole olgular iyi prognoza sahiptir.

Anahtar Kelimeler: umbilikal kord hernisi, batin ön duvarı defekti, preantatal tanı



Resim 1. Umbilikal kord hernisi

[SS-21] Çok nadir görülen bir olgu; fetal tromboz

Abdullah Tabakçı, Mucize Eric Ozdemir

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji bilim dalı

GİRİŞ: Kateter ilişkisiz yenidoğan abdominal venöz trombozis insidansı 100.000 canlı doğumda 2,9 iken; fetal insidans, çok nadir görüldüğünden dolayı bilinmemektedir. Sebep genellikle multifaktöriyeldir. Erkek fetüs, gestasyonel diyabet(GDM), preeklampsi, sepsis, prematürite, asfiksi, siyanotik kalp hastalığı(polistemi), sezaryen(CS), trombofili fetal ve yenidoğan abdominal venöz trombozu açısından kateter dışı risk faktörleridir. Fetal abdominal tromboz literatürde en yaygını renal vende olmak üzere portal ven, hepatik ven, vena cava inferior (VCI)'da tanımlanmıştır.

OLGU: 26yaş G2P1Y1 34.haftada eskiCS, preterm eylem tehtidi, fetal makrozomi ve GDM şüphesiyle yönlendirilen gebenin yapılan fetal ultrasonografisinde karın çevresi (AC)>99.persantil saptandı, renal venin VCI'a açıldığı yerde dolum defekti yaratan hiperekojen lezyon (trombüs? yapısal defekt?) göze çarptı, ek bulgu saptanmadı, fakat abdominal venöz yapılar detaylı incelenmedi. OGTT yaptırmamış olan gebenin, irregüle olan kan şekeri diyetle regüle edildi. Takiplerde VCI'daki lezyon persiste etti. 38.haftada eylemde eskiCS, iri bebek, polihidroamniyozis, GDM tanılarıyla sezaryenle, 7-9 apgar, 4330gr bebek doğurtuldu. Postpartum abdominal ultrasonografide VCI'da lezyon? trombüs?, sol portal vende trombüs(PVT) teşhisiyle 40 gün düşük molekül ağırlıklı heparin(DMWH) tedavisi sonrası kontrol ultrasonografide her iki damarda trombüs yok olarak raporlandı. Yenidoğanın trombofili panelinde FVLeiden heterozigot, MTHFR(C677T ve A1298C) heterozigot, F13(V34L) homozigot, protrombin(G20210A), proteinC, proteinS, antitrombin3, PAI-I(5G/5G) normal olarak raporlandı.

Tartışma/SONUÇ: Literatürde VTE açısından en riskli mutasyonlar antitrombin, proteinC, proteinS olarak bildirilse de; FVLeiden, protrombin, MTHFR heterozigot mutasyonlarının da fetal trombozis olgularında saptandığı bildirilmiştir. Çoğu asemptomatik olmasına rağmen, neonatal PVT; portal hipertansiyon ve GIS kanamasına, renal ven trombozu; kronik böbrek yetmezliğine, VCI trombozu; hidrops, assit, paradoksal emboliyle fetal porensfaliye neden olabilir. Tedavi; trombozun yeri, büyüklüğü, persistansına göre; ekspektan izlem, DMWH, heparin, fibrinolizis, cerrahi olabilir. Trombozisin erken teşhisi ve yönetimi prenatal ve postnatal dönemde ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabileceğinden önemlidir, multiple olabilir, abdominal venler ultasonografik olarak incelenmeli, antenatal testlere daha erken başlanmalı, fetal distres, asit, hidrops, böbrek ekojenitesi ve boyut artışı açısından takipte olunmalı, yenidoğana trombofili açısından genetik testler yapılmalıdır.

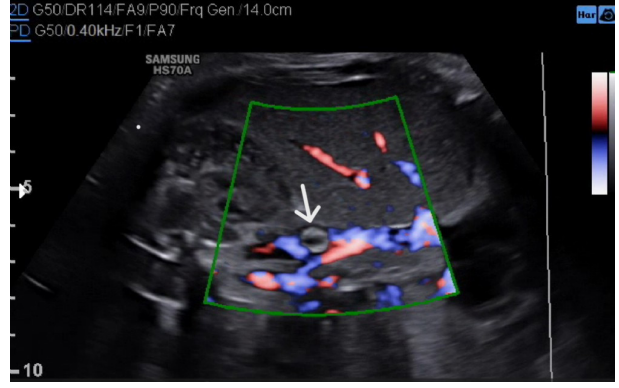
Anahtar Kelimeler: fetal, trombofili, tromboz

Postnatal USG görüntüsü

Postnatal USG image



Resim 1. Renal venin vena cava inferiora açıldığı seviyede, hiperekojenik bir lezyon görülmüş olup trombüs olarak değerlendirilmiştir.



Resim-2. Dopler USG de olum defekti yapan hiperekojenik lezyon



Resim 3. Renal venin vena cava inferiora açıldığı seviyede, yaklaşık 13 mm boyutunda hiperekojenik bir lezyon görülmüş olup trombüs olarak değerlendirilmiştir

[SS-22]

Olgu sunumu: Pirüvat dehidrogenaz kompleks eksikliğinin prenatal tanısı

Büşra Cambaztepe

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji, İstanbul

AMAÇ: Pirüvat dehidrogenaz kompleks eksikliği (PDCD), PDHA1 de dahil, birden fazla gendeki patojenik varyantların neden olduğu nadir bir mitokondriyal metabolizma bozukluğudur. Etkilenmiş bireylerde semptomların şiddeti değişkenlik göstermekle birlikte ilerleyici nörolojik hasar, nöbetler ve ölüm görülebilmektedir. Hastalardaki nörolojik lezyonlar; korpus kallozum disgenезisi, anormal girasyon paterni, beyin hacimlerinde azalma ve periventriküler kistik lezyonlar olarak bildirilmektedir. Biz fetal corpus callosum agenezisi ve periventriküler lökomalazi bulguları ile PDCD tanısı alan bir vaka sunuyoruz.

OLGU: 21 yaş, gravida1 parite 0 olan hasta fetal ense pilisinde artmış kalınlık nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın akraba evliliği mevcuttu, in vitro fertilizasyon ile elde edilmiş gebelikti. Ultrasonografik incelemede fetal artmış ense pilisi, erken başlangıçlı gelişme geriliği, corpus callosum agenezisi ve hiperekojen barsak saptanması üzerine yapılan amniyosentez sonucunda karyotip normal saptandı, mikro-array incelemede patojenik varyant saptanmadı. Klinik ekzom dizilemede DLAT geninde patojenik homozigot varyant bildirilmiş olup PDCD ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya 30. gebelik haftasında yapılan kontrol fetal nörosonografide ek olarak periventriküler lökomalazi alanları izlendi. Hasta perinatoloji konseyinde multidisipliner ekip ile değerlendirildi ve aileye gebeliğin terminasyonu seçeneği sunuldu.

SONUÇ: Multiple anomali saptanan olgularda, eğer karyotip ve mikro-array analizi sonuçları normal ise Ekzom dizileme yapılmasında fayda vardır.

Anahtar Kelimeler: callosum, corpus, dehidrogenaz, pirüvat



Resim1. Kolposefali

Resim 2. Periventriküler lökomalazi

Pulmoner Sekestrasyon ile Birlikte Görülen Bir Diyaframa Hernisi Vakası

Zehra Tavukçuoğlu¹, Merve Güngör², Bilge Kapudere¹, Lütfiye Uygur², Reyhan Ayaz Bilir¹, Oya Gökçer²
1Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği, İstanbul
2Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Konjenital diyaframa herni'li(CDH) hastalarda bronkopulmoner sekestrasyon(BPS) görülme sıklığı %3,4'tür.(1)CDH'de prognoz defektin büyüklüğü ve eşlik eden kardiyak anomalilere bağlıdır.Fetal hidrops veya plevral efüzyon gibi komplikasyonlar olmadıkça BPS'nin prognozu genellikle iyidir.CDH ile BPS'nin birlikteliğinin prognozu hakkında daha çok veriye ihtiyaç vardır.Intrauterin tanı koyduğumuz BPS ve CDH'li vakamızı sunacağız.

OLGU: 36 yaşında G2P0A1 Hirschsprung tanılı,ileostomili hastanın 1.trimester tarama testi kombine riski düşük raporlandı. 22.haftada yapılan ultrasonda;kalbin ileri derece sağa itildiği ve sağ hemitoraksta olduğu izlendi. Kalp tarafındaki akciğer dokusu 10x16 mm, LHR %26 olarak hesaplandı. Kardiyak anomali izlenmedi.Mide sol hemitoraksta, karaciğer ve safra kesesi batin içinde izlendi. Hastaya amniyosentez önerildi. Amniyosentez sonucu normal karyotip ve CMA olarak raporlandı. Hastaya WES hakkında bilgi verildi, hasta yaptırmadı. 25.haftada midenin sol hemitoraksta kalbin arkasına doğru kaydığı barsakların ve sol karaciğer lobunun toraksa herniye olduğu görüldü. Kalbin arkasında, aortu önden çevreleyen 34*11 mm boyutunda hiperekojen görünümlü yapının besleyici damarının desendan aortadan kaynaklandığı izlendi. BPS olarak değerlendirildi.(Şekil-1) LHR %21 olarak hesaplandı.Asit izlenmedi. Amniyotik sıvıda artış izlendi. Fetal ekokardiyografide sol atriyumun ileri derece bası altında olduğu(Şekil-2), Triküspit kapakta 80cm/sn midsistolik regürjitasyon izlendi.Gebeliğin terminasyonu seçeneği sunuldu, aile devam etmek istedi. Takiplerinde LHR %15 altına düşmedi,şiddetli form olarak takibine devam edildi. 35+4. haftada su gelişle başvuran hastaya Betametazon 1.doz uygulandı. Takibinde fetal distress endikasyonu ile sezaryenla 2167gr, 48cm, APGAR 1.dk:0, 5.dk:7 erkek bebek doğurtuldu. Bebek entübe edilip YDYBÜ'ye yatırıldı. Postpartum ekokardiyografide geniş PDA, ciddi TY, orta-ağır pulmoner hipertansiyon(PHT) saptandı. Çocuk cerrahisi orta-ağır PHT nedeniyle klinik stabilizasyon sonrası operasyon önerdi.YDYBÜ'de genel durumu kötü seyreden bebek postpartum 2.gününde ex oldu.

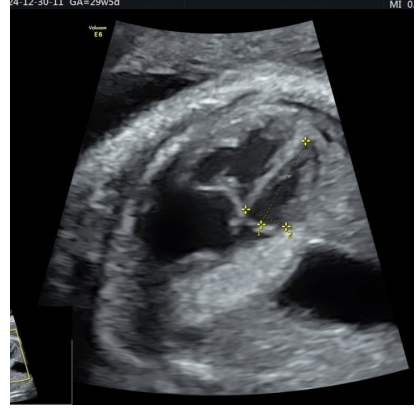
SONUÇ: Birlikteliği nadir görülen BPS ile CDH'nin intrauterin tanısını koyduğumuz vakamızda prognoz kötü seyretti.BPS'de intrauterin prognozu hidrops gelişmesi belirlerken,izole nonsendromik CDH'de postnatal prognozu pulmoner hipoplazi ve PHT derecesi belirler. BPS'nin prognozu genellikle iyi olmasına rağmen CDH ile birlikteliğinde prognoz kötü seyretmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bronkopulmoner sekestrasyon, Diyafragma hernisi, Hirschsprung Hastalığı

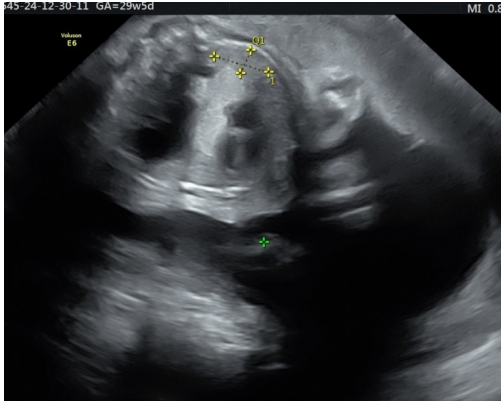
[SS-23]



Resim 1. Pulmoner sekestrasyon Görüntüsü



Resim 2. Pulmoner sekestrasyon,
sol atrium bası altında



Resim 3. Diyafragma Hernisinde Akciğer
Görüntüsü

Omfalose ve Tubuler Aort Hipoplazisi: Olgusu sunumu

Osman Eren etinkaya, Ayşe Keleş

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji, İstanbul

AMAÇ: Prenatal omfalose ve tubuler aort hipoplazisi saptanan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: 30 yaşında, gravida 4, parite 2, abortus 1, 13 hafta 4 gün ile uyumlu gebeliği olan hasta, kliniğimize ikili tarama testi amacıyla başvurdu. Spontan tekil canlı gebeliği olan hastanın alınan anamnezinde, eşi ile birinci derece kuzen olduğu, sigara ve alkol kullanmadığı, önceki gebeliklerinde komplikasyon yaşamadığı ve 2024 yılında laparotomik fibrotekoma eksizyonu geçirdiği öğrenildi. Yapılan fetal ultrasonografide 12 hafta 6 gün ile uyumlu fetus izlendi ve ense kalınlığı 1,5 mm olarak ölçüldü. Fetal anatomik tarama değerlendirildiğinde; omfalose mevcut olması dışında ek bir patolojiye rastlanmadı. Hastaya 16. haftada amniyosentez yapılması önerildi. Hasta 17. gebelik haftasında tarafımıza tekrar başvurdu. İkili test sonucunun düşük riskli olduğu görüldü. Yapılan ultrasonografide 16*15 mm ölçülerinde omfalose ile uyumlu bağırsak içeren kese izlendi. Karaciğer batın içerisinde izlendi. Bu bulgularla hasta Pediatrik Cerrahi ile Perinatoloji konseyinde tartışıldı. Hastaya amniyosentezde karyotip ve mikroarray analizi önerildi. Hasta kabul etmedi. Hasta 25. gebelik haftasında tarafımıza yeniden başvurdu. Yapılan ultrasonografide omfalose kesesi 28*27 mm, içerisinde bağırsak olduğu görüldü. Fetal ekokardiyografide tip B aortik interruption görülmesi üzerine hasta Pediatrik Kardiyoloji ile tartışılmak üzere Perinatoloji konseyine çıkartıldı. Konseyde kardiyak bulgular, tubuler aort hipoplazisi olarak değerlendirildi. Hasta ve yakınları prognoz hakkında bilgilendirildi. Hasta her durumda gebeliğin devamını istediğinden genetik inceleme ve gebelik terminasyonu düşünmediğini ifade etti ve onamları alındı. Doğum sonrası PGE1 infüzyonu ve ekokardiyografi planlandı. Hasta, fetüsün NST'de bradikardik seyretmesi üzerine sezaryen ile 37. haftada doğurtuldu. Doğan 2656 gram kız bebek 2 günlükken omfalose onarımı pediatrik cerrahi tarafından gerçekleştirildi. Erken komplikasyon olmadı. Kardiyak açıdan takibi yapılmaktadır. Bebekten alınan genetik tahlil sonuçları beklenmektedir.

SONUÇ: Vakamızda tubuler aort hipoplazisi saptanmış, hastanın deneyimli ve tam teşekküllü bir merkezde doğum ve doğum-sonrası takibi sağlanmıştır. Sonuç olarak, fetal ekokardiyografi prenatal tanı ve postnatal tedavi sürecinde vazgeçilmez bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: fetal ekokardiyografi, omfalose, tubuler aort hipoplazisi

Prenatal tanı ile saptanan izole tip II fibular hemimelia

MELTEM ÇALIŞKAN1, Fulya Sultan Karaduman1, Filiz Yarsilikal Guleroglu1, Numan Cim2, Ali Cetin1
1Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Bölümü, İstanbul

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

AMAÇ: Fibular hemimelia, fibulanın nadir görülen konjenital yokluğudur ve izole bir anomali olarak ya da bir malformasyon sendromunun parçası olarak görülebilir (1). Yazımızda gebeliğin 19.haftasında tespit edilen izole fibular hemimelia olgusunu sunmayı amaçlamaktayız.

OLGU: Yirmi dört yaşında, özgeçmişinde belirgin özelliği olmayan ve ikinci derece akraba evliliği bulunan hastanın, embriyo transfer tarihine göre 19 haftalık in vitro fertilizasyon yöntemi ile ilk gebeliği mevcuttur. Sigara, alk ol, madde kullanımı olmayan hasta, kendi istediğiyle ilk trimester tarama testlerini yaptırmamış ve ikinci trimester tarama amacıyla yönlendirilmiştir.

Yapılan muayenede; biparietal çap 20 hafta 3 gün, karın çevresi 19 hafta 4 gün, sağ femur uzunluğu 19 hafta 5 gün, sol femur uzunluğu 19 hafta 2 gün olarak ölçülmüştür. Uzun kemik ölçümleri incelendiğinde; sol tibia uzunluğu 20.6 mm (8. persentil), sağ tibia uzunluğu 27.4 mm (42. persentil), sağ fibula uzunluğu 26.4 mm (50. persentil) olarak tespit edilirken, sol fibula izlenmemiştir (Figür 1). Ayrıca sol tibia öne doğru eğri olup, sol ayakta pes ekinovarus deformitesi mevcuttur(Figür 2). İntrakardiyak hiperekojen odak dışında bir patoloji saptanmamıştır.

Hastaya genetik danışmanlık, prenatal invaziv tanı seçenekleri sunulmuş, ancak hasta kendi isteğiyle herhangi bir test yaptırmayı kabul etmemiş, gebeliğin devamını talep etmiştir. Pediatrik ortopedi kliniği bulunan üçüncü basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilmiştir.

SONUÇ: Bu yazıda, fibular aplazi, tibial eğrilik ve pes ekinovarus deformitesi ile Tip II fibular hemimelia olgusu sunulmuştur. Aile, gebeliğin sonlandırılması yönünde karar almamış ve uygun bir üçüncü basamak sağlık merkezinde takibe alınmıştır. Fibular hemimelianın prenatal dönemde tanısı mümkün olmakla birlikte ultrasonografi ve tarama teknolojileri, prenatal tanı sürecini iyileştirerek, ebeveynlere daha iyi danışmanlık verilmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Fibular hemimelia, konjenital anomali, prenatal tanı



Resim 1. Fibular Hemimelia



Resim 2. Tibial eğrilik ve pes ekinovarus deformitesi

[SS-26]

Fetal Ductus Arteriosus Anevrizması: Nadir Bir Lezyonun Prenatal Tanısı ve Takibi

Hale Ankara aktaş, Hakan Golbasi, Ilknur Toka, İlayda Gercik Arzik, ceren sağlam, RAZİYE TORUN, Zübeyde Emirlioğlu Çakır, Didem Gül Sarıtaş, Baris Guven, Mustafa Orhan Bulut, Atalay Ekin İzmir Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İzmir

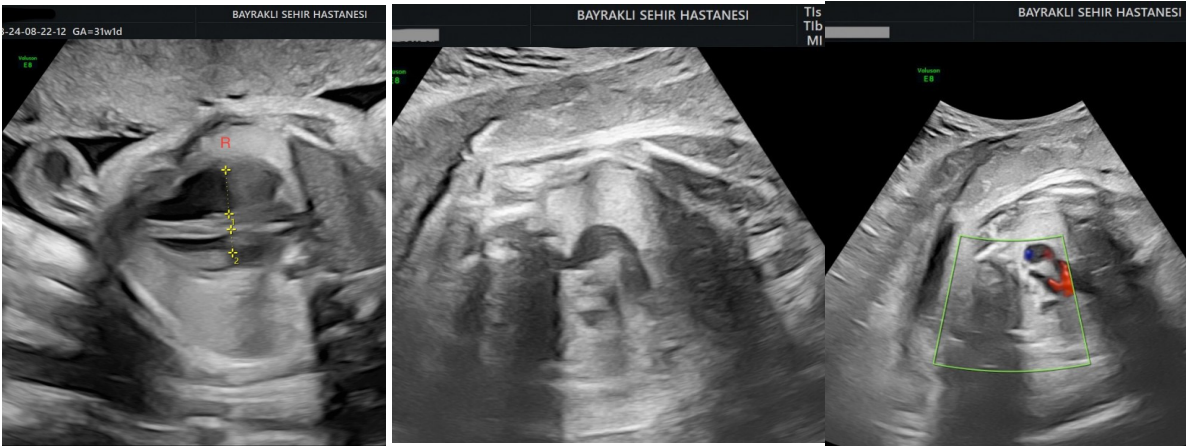
AMAÇ: Bu çalışmada, prenatal dönemde tanı konulan nadir görülen Ductus Arteriosus Anevrizması (DAA) vakasını sunmayı amaçladık.

YÖNTEMLER: 38 yaşında, Gravida 4, Para 0 Abortus 3 olan hasta, gebeliğinin 24. haftasında fetal anomali taraması için hastanemize başvurdu. Fetal ultrasonografi incelemeleri Voluson E8 cihazı kullanılarak gerçekleştirildi.

BULGULAR: Fetal biyometrik ölçümler, 24. gebelik haftası ile uyumlu bulundu. Fetal ekokardiyografide sağ ventrikül sol ventriküle göre belirgin dilate, arkus aorta normal olarak değerlendirildi. Hastanın 31. gebelik haftasındaki fetal ekokardiyografi değerlendirmesinde; sağ kalp yapıları geniş, hafif-orta düzeyde triküspid kapak yetmezliği ve ductus arteriosusun aortik tarafından başlayan isthmusta gözlenen anevrizmatik oluşum DAA olarak değerlendirildi (ŞEKİL 1-3). Ebeveynlere fetüs için genetik inceleme ve danışmanlık önerildi. Ebeveynleri reddi üzerine genetik inceleme postnatal süreçlere bırakıldı. Takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hastanın 39. Gebelik haftasında sefalopelvik uyumsuzluk nedeniyle sezaryen ile doğumu gerçekleştirildi. Postnatal süreçte yenidoğan Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile değerlendirildi ve DAA tanısı doğrulandı (ŞEKİL 4-5). DAA kendiliğinden gerileyebileceğinden klinik olarak takibi planlanan yenidoğanın 3. Ay kontrolünde çekilen Toraks BT anjiyografide anevrizmanın gerilediği görüldü (ŞEKİL 6).

SONUÇ: DDA, potansiyel olarak tromboembolizm, rüptür ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlarla ilişkili olabilen nadir görülen konjenital bir lezyondur. DAA sendromlar ve ciddi komplikasyonlarla ilişkilendirilebilse de, etkilenen yenidoğanların birçoğunda regrese olma yönünde iyi huylu bir seyir vardır. Bu vaka; ductus arteriosusta değişime yol açabilecek pulmoner darlık, ductal striktür gibi sık gözlenen durumların yanı sıra DAA'nın da ayırıcı tanıda gözden geçirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ductus Arteriosus Anevrizması, fetal ekokardiyografi, tromboembolizm



Resim 1. Sağ ventrikül belirgin dilate

Resim 2-3. Ductus arteriosusta anevrizmatik oluşumu ve Doppler ile değerlendirilmesi

Tip 1 Akondrojeniz ve HEX-B Genindeki Heterozigot Varyantın Erken Prenatal Tanısı---OLGU SUNUMU

Sefanur Gamze Karaca¹, Fulya Sultan Karaduman²

¹Mersin Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji, Mersin

²Sultangazi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji, İstanbul

AMAÇ: Sandhoff hastalığı, otozomal resesif geçişli bir lizozomal depo hastalığı olup, HEX-B gen mutasyonları sonucu gelişen nörodejeneratif bir tablodur. Klinik olarak ataksi, motor dejenerasyon, sensorimotor nöropati, tremor, distoni ve psikoz gibi bulgularla seyretmektedir. SLC26A2 gen mutasyonları, doğumsal kısa boy, talipes equinovarus, parmak anomalileri ve yarık damak ile karakterize diastrofik displazi (OMIM: 222600) ile ilişkilidir. Mutasyonun heterozigot veya homozigot olması, klinik şiddeti belirler. Bu çalışmada, prenatal dönemde letal seyreden Tip 1B akondrojeniz (ACG1B) ve Sandhoff hastalığının nadir birlikteliği olan bir olgu sunmayı amaçlamaktayız. Olgunun önemini, HEX-B geninde patojenik heterozigot varyantın fatal seyir ile ilişkisinin gösterilmesi oluşturmaktadır.

OLGU: 28 yaşında, gravida 4, parite 2, ikinci derece kuzen evliliği bulunan hasta, 11 hafta 5 günlük gebeliğiyle antenatal kliniğe başvurmuştur. Önceki çocuklarından biri Sandhoff hastalığı nedeniyle beş yaşında kaybedilmiştir. Genetik testlerde HEX-B geninde NM_000521.4 C.833T- (p.A278V) (p.Ala278Val) /c.897_898dupAA (P. G301Kfs*7) (p.Gly301LysfsTer7) (compound heterozigot) mutasyonu tespit edilmiştir. Mevcut yaşayan çocuğunda ise herhangi bir klinik belirti saptanmamıştır. Paternal tarafta HEX-B geni NM_000521.4 C.899_900dupAA (P. G301Kfs*7) (p.G301LysfsTer7) heterozigot mutasyonu, maternal tarafta ise HEX-B geni NM_000521.4 c833CT (p.A278V) (p.Ala278Val) heterozigot mutasyonu saptanmıştır.

Yapılan ultrasonografide CRL 46 mm (11 hafta 1 gün ile uyumlu, fetal baş çilek şeklinde, septalı kistik higroma (Şekil 1), mikromeli (Şekil 2, 3) ve omurga anomalisi (Şekil 4) saptanmıştır. Hastaya, letal seyredeceği bilgisi verilmiş; aile, gebeliğin sonlandırılmasına karar vermiştir. Gebelik sonlandırıldıktan sonra fetüsün kısa ekstremitelere, küçük toraks yapısına, toraksa oranla büyük başa ve mikrognatiye sahip olduğu görülmüştür (Şekil 5).

SONUÇ: İskelet displazileri, heterojen bir hastalık grubu olup, prenatal dönemde tespit edilen vakaların büyük bir kısmı letal seyretmektedir. Sunulan olguda, akondrojeniz tip 1B ve Sandhoff hastalığı birlikteliği saptanmış, HEX-B ve SLC26A2 genlerinde patojenik varyantlar belirlenmiştir. Bu olgu, nadir görülen genetik mutasyonların prenatal tanı sürecindeki önemini vurgulamakta ve iskelet displazilerinin ayırıcı tanısında genetik analizlerin kritik rolünü göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: mikromeli, kistik higroma, akondrojeniz



Resim 1. Artmış ense kalınlığı



Resim 2. Mikromelia



Resim 4. Mikromelia ve omurga anomalisi



Resim 5. Post terminasyon Mikromelia

[SS-28]

Plasenta Akreata Spektrumu ve Eşzamanlı Plasenta Dekolmanı Olgusunun Yönetimi ve Sonuçları: Bir Vaka Çalışması

Ecem Okşen, Hakan Erenel

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Plasenta akreata spektrumu (PAS), plasentanın myometriuma tamamen veya fokal olarak invaze olduğu, yüksek riskli bir obstetrik komplikasyondur. Bu kusurlu trofoblastik invazyon sonucunda plasenta kaynaklı komplikasyonların sıklığında artış gözlenmiştir. Plasenta dekolmanı ise, plasentanın uterus desiduasından tamamen veya kısmen ayrılmasıdır ve sıklıkla vajinal kanama, karın ağrısı, uterus kasılmaları ve fetal kalp atımında anormallikler ile prezente olur. Obstetrik acillerin başında gelen peripartum kanama ile ilişkilidir ve vakaların doğru ve zamanında tanısı ile takibi, fetomaternal sonuçların iyileştirilmesi için kritiktir.

OLGU: Bu olguda, PAS tanısı almış ve plasenta dekolmanı gelişmiş bir hastanın yönetimi sunulmaktadır. 26 yaşında, gravida 2 parite 1, mükerrer sezaryen öyküsü bulunan, 31 haftalık gebe bir hasta ani başlayan vajinal kanama şikayetiyle başvurmuştur. Yatışının ilk gününde şiddetli vajinal kanaması başlamış, ultrasonografide aktif kanama alanı gözlenmiş ve spontan deselerasyonlar izlenmiştir. Hastaya plasenta dekolmanı endikasyonu ile acil operasyon yapılmıştır (Figür 1 ve 2).

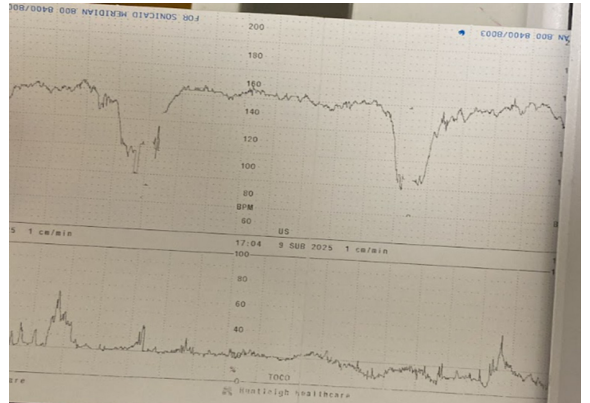
Operasyon sırasında, plasentanın uterus serozasına ve sağ parametrial alana invaze olduğu görülmüş ve fundal kesi ile uterus açılmıştır. Operasyon sırasında kanlı su gelişi izlenmiş ve fetus çıkarılmıştır. Ardından histerektomi yapılmıştır. Peroperatif olarak 2 ünite eritrosit süspansiyonu, 2 ünite taze donmuş plazma ve 4 gram fibrinojen transfüzyonu yapılmıştır. Hasta postoperatif 5. gününde şifa ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA: PAS, ciddi fetomaternal mortalite ve morbiditeye sebep olan yüksek riskli bir patolojidir. Plasenta dekolmanı peripartum kanama ile sıklıkla ilişkilidir ve bu iki yüksek riskli durum bir araya geldiğinde, hem fetal hem de maternal mortalite ve morbidite ciddi ölçüde artmaktadır. Literatürde plasenta dekolmanı ile komplike olan PAS vakası nadir olmakla birlikte, insidansı artan PAS vakalarının doğum öncesi tanısının konulması ve tersiyer merkezlerde tanı, tedavi ve yönetiminin planlanması fetomaternal sonuçların iyileştirilmesi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Plasenta akreata, plasenta dekolmanı, peripartum kanama, obstetrik acil



Figür 1: Plasenta Dekolmanı görünümü



Figür 2: Spontan Deselerasyonların görüldüğü Non-Stres Test

[SS-29]

Üçüncü Trimester Gebede Medikal Tedaviye Dirençli Supraventriküler Taşikardi Yönetimi: Olgu Sunumu

Yağmur Özkan, Tuvana Türkay Tüdeş

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Supraventriküler taşikardi (SVT), dakikada 120 atışın (BPM) üzerinde kalp hızı ile karakterize bir ritim bozukluğudur. Gebelik sırasında kalp debisinde ve istirahat kalp hızındaki artış, gebe kadınları SVT'ye yatkın hale getirir. Gebelikte SVT'nin yönetimi gebe olmayanla benzer olmasına rağmen, gebeliğin trimesterine bağlı olarak değişir. Bu bildiri medikal tedaviye dirençli üçüncü trimesterde olan bir gebenin yönetimi ele alınmıştır.

OLGU: 31 yaşında, 36 haftalık gebe (G3P1, bir abortus öyküsü mevcut) hasta, çarpıntı şikayetiyle acil servise başvurdu. Nabız 220 atım/dakika (düzensiz), tansiyon 130/82 mmHg olarak ölçüldü. Ultrasonografi ile 36 haftalık fetal kalp atımı pozitif olan gebelik olması üzerine fetal monitorizasyon yapıldı. EKG'de SVT tespit edildi. Hastaya öncelikle karotis masajı ve Valsalva manevrası uygulandı ancak taşikardi sonlanmadı. Bu sırada hastaya 6 mg adenozin ve 2 ampul metoprolol (Beloc, toplam 4 dozda) uygulandı. Taşikardi devam ettiğinden 150 J direkt akım (DC) kardiyoversiyon 2 kez uygulandı. İşlem sonrası sinüs ritmi sağlandı ventriküler ekstrasistoller izlendi, hemodinamik stabilite korundu. Fetal kalp atımı normal sınırlarda iken aniden fetal bradikardi (86 atım/dk) gelişmesi üzerine hastaya acil sezaryen planlandı. Sezaryen sonrası hasta yoğun bakım ünitesinde takip edilmekte iken tekrar SVT gelişen hastaya 200 J DC kardiyoversiyon 2 kez uygulandı. Bu tedaviye de yanıt vermeyen hastaya amiodaron infüzyonu başlandı. Hastada hız kontrolü sağlandı ve kontrol EKG'de sinüs ritmi izlendi.

SONUÇ: Gebelikte supraventriküler taşikardilerin yönetiminde multidisipliner yaklaşım önemlidir. Özellikle medikal tedaviye dirençli olgularda yakın fetal monitorizasyon takibi yapılmalı ve acil sezaryen ihtimaline karşı hazırlıklı olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aritmi, supraventriküler taşikardi, gebelik, kardiyoversiyon

[SS-30]

Postpartum HELLP Sendromuna Sekonder Gelişen DİK, Sepsis ve Nefropati: Olgu Sunumu

Muhammed Kutluhan Azman, Hamdullah Pekkölçay
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

AMAÇ: HELLP sendromu (Hemoliz, Karaciğer Enzimlerinde Yükselme ve Düşük Platelet Sayısı), gebeliğin ciddi ve hayatı tehdit eden komplikasyonlarından biridir. Genellikle preeklampsi zemininde gelişmekle birlikte, bazı olgularda izole olarak da görülebilir. Epidemiyolojik olarak, gebeliklerin yaklaşık %0.1-0.8'inde görülmekte olup, preeklampsi gebelerde insidansı %10-20 arasında değişmektedir. Tedavi edilmediğinde multisistem organ yetmezliği, Dissemine İntravasküler Koagülasyon (DİK), akut böbrek yetmezliği (nefropati) ve sepsis gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu olgu sunumunda, postpartum dönemde HELLP sendromuna sekonder gelişen DİK, sepsis ve nefropati nedeniyle hemodiyaliz ihtiyacı doğan bir hastanın klinik süreci sunulmuştur.

OLGU: 21 yaşında, 36. gebelik haftasında olan, düzensiz gebelik takipleri bulunan, ilk gebeliği ve bilinen ek hastalığı olmayan hasta, tansiyon yüksekliği şikayetleri ile acil polikliniğe başvurdu. Yapılan değerlendirmede hemogram, biyokimya ve idrar tetkikleri istendi. Takiplerinde tansiyon değerleri normal seyretti, ancak kan sonuçlarını beklemeden hastanemizden ayrıldı.

İki hafta sonra, dış merkezde yüz geliş nedeniyle sezaryen doğum gerçekleştirildi. Doğum sonrası 12. saatte gelişen oligüri, tansiyon yüksekliği ve trombotikopeni nedeniyle hastanemize sevk edildi. Operasyon öncesi hemogramda hemoglobin düzeyi 12.7mg/dL, platelet sayısı 177bin/mm³ olarak saptandı. Acil poliklinikte yapılan değerlendirmede hemoglobin düzeyi 10.9mg/dL, platelet değeri 42bin/mm³, ALT 524U/L, AST 825U/L olup HELLP sendromu tanısıyla MgSO₄ tedavisi başlandı. Prokalsitonin düzeyinin 85ng/mL olması üzerine sepsis düşünülerek geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı.

Üre/kreatinin değerlerindeki artış ve koagülasyon parametrelerindeki bozulma nedeniyle HELLP sendromuna sekonder nefropati ve Dissemine İntravasküler Koagülasyon (DİK) düşünüldü. Hastaya uygun kan ve kan ürünleri replasmanı yapıldı ve hemodiyaliz planlandı. Koagülasyon parametreleri ve platelet değerleri normal seviyeye ulaştı.

Hastanın yatışının 19. gününde tansiyon değerleri ve laboratuvar bulguları normale döndü, diyaliz ihtiyacı kalmadı. Şifa ile taburculuğu planlanan hastaya, kardiyoloji polikliniği kontrollerine düzenli devam etmesi önerildi.

SONUÇ: HELLP sendromu, ciddi maternal komplikasyonlara yol açabilen, hızlı progresyon gösterebilen bir klinik tablodur. Bu olgu, HELLP sendromuna sekonder gelişen DİK, sepsis ve nefropati gibi komplikasyonların erken tanı ve multidisipliner yönetiminin önemini vurgulamaktadır. Özellikle postpartum dönemde gelişen HELLP sendromu vakalarında dikkatli takip, zamanında müdahale ve uygun tedavi yaklaşımları ile morbidite ve mortalitenin azaltılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: HELLP sendromu, DİK, sepsis, nefropati, akut böbrek yetmezliği

[SS-31]

RAPSN Gen Mutasyonu Sonucunda Görülen Fetal Akinezi Deformasyon Sekansı:Olgu Sunumu

Hicran Acar Şirinoğlu¹, Gözde Öztürk², Özge Özdemir¹, Veli Mihmanlı²

¹Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

²Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Fetal akinezi, gebelik sırasında fetal hareketlerin azalması veya olmaması ile karakterize genellikle ultrasonda fetal aktivitenin olmamasıyla tespit edilen bir durumdur. Nörolojik, musküler veya yapısal anormallikler dahil olmak üzere çeşitli altta yatan nedenlerden kaynaklanabilir ve genellikle konjenital miyopatiler, fetal malformasyonlar, nöromusküler bozukluklar veya daha geniş spektrumlu sendromların bir parçası olabilir.

OLGU: 28 yaşında G2P1 nsd 21 hafta gebe fetal ödem nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Yapılan ultrason muayenesinde yaygın cilt altı ödem, her iki ayakta pes ekinovarus ve tüm ekstremiteler kontrakte izlendi. Akriba evliliği olan hastaya amniyosentez yapıldı, parvovirus, toxoplazma ve CMV DNA PCR istendi. Hastanın PCR ve hızlı anöploidi sonuçları negatif olarak görüldü. Tüm ekzom dizileme analizinde RAPSN geninde NM_005055.5 c1133G>A p.(Val45Met) varyasyonu homozigot olarak saptanmıştır. OMIM veritabanında RAPSN gen mutasyonları Fetal akinezi deformasyon sekansı 2 ve asetilkolin reseptör eksikliğine bağlı Myastenik sendromla ilişkilendirilmiştir. Bu sekansın fetal akinezi, intrauterin büyüme geriliği, artrogripozis, akciğer hipoplazisi yarık damak ve kriptorşidizm gibi gelişimsel anomalileri içerdiği bilinmektedir. Hastaya terminasyon hakkında bilgi verildi. Ailenin isteği üzerine gebelik termine edildi. Postpartum inspeksiyonda toraks hipoplazisi, hiperkestende alt ekstremiteler ve üst ekstremitelerde kontraktür izlendi.

SONUÇ: Fetal anomalilerin görüntüleme yoluyla erken teşhis, fetal sağlığın değerlendirilmesi, klinik yönetime rehberlik edilmesi ve ebeveynlere prognozla ilgili önemli bilgilerin sağlanması açısından çok önemlidir. Fetal akinezi, motor fonksiyon bozukluğu ve ciddi vakalarda intrauterin ölüm dahil olmak üzere uzun vadeli önemli sonuçlara yol açabilir. Fetal akinezinin yönetimi, bakımı optimize etmek ve etkilenen ailelere sonraki gebeliklerinde uygun danışmanlık sağlamak için kadın doğum uzmanlarını, genetik danışmanları ve pediatrik uzmanları içeren multidisipliner bir yaklaşım gerektirir.

Anahtar Kelimeler: fetal akinezi, tüm ekzom dizileme, RAPSN gen mutasyonu

[SS-31]



Resim1. Fetusun lateral Görüntü



Resim 2. Pes Ekinovarus Ultrason Görüntüsü



Resim 3. Post abort fetusun görüntüsü

[SS-32]

Wolff Parkinson White Sendromu ve Gebelik: Olgu Sunumu

Burak Deniz AYDOĞDU¹, Melike Eren², Miraç Özalp³

¹Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

²Bitlis Ahlat Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bitlis

³Liv Hospital Ulus, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

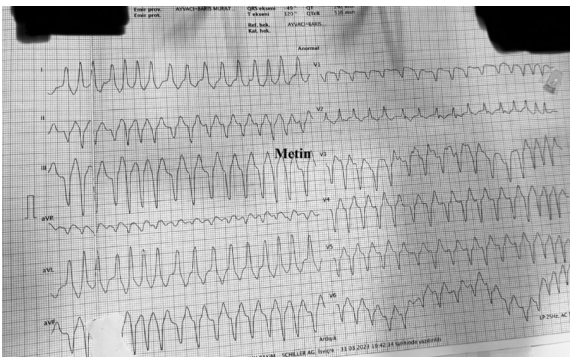
AMAÇ: Gebelikte aritmiler, kardiyovasküler komplikasyonlar arasında önemli bir yer tutar.

Wolff-Parkinson-White (WPW) sendromu, supraventriküler taşikardi (SVT) gibi ciddi aritmilere yol açarak hemodinamik bozulmalara neden olabilir. Bu olgu sunumunda, WPW sendromlu bir gebenin yönetimi ele alınmıştır.

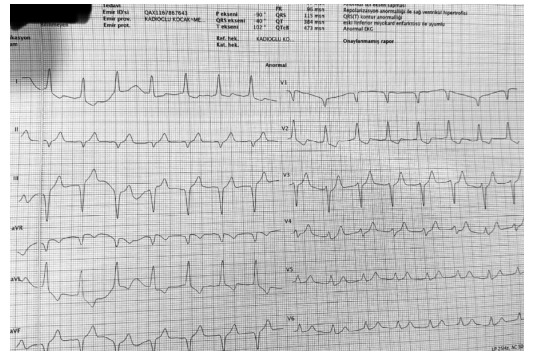
OLGU: 29 yaşında, 28 haftalık gebe (G3P0, bir küretaj, bir abortus öyküsü mevcut) hasta, çarpıntı şikayetiyle acil servise başvurdu. Nabız 182 atım/dakika (düzensiz), tansiyon 110/72 mmHg olarak ölçüldü. EKG'de aberan iletili SVT ve en kısa preeksitasyonlu R-R aralığı (SPERRI) 200 msn izlenmesi üzerine WPW sendromu tanısı doğrulandı ve hasta koroner yoğun bakıma yatırıldı. Hastaya öncelikle karotis masajı ve Valsalva manevrası uygulandı ancak taşikardi sonlanmadı. Ardından 6 mg adenozin ve 1 ampul metoprolol (Beloc, toplam 4 dozda) uygulandı. Taşikardi devam ettiğinden 150 J direkt akım (DC) kardiyoversiyon uygulandı. İşlem sonrası sinüs ritmi sağlandı, hemodinamik stabilite korundu ve fetal kalp atımı normal sınırlar içinde izlendi. Hasta 72 saat koroner yoğun bakımda takip edildi, fetal iyilik hali düzenli olarak değerlendirildi. Betametazon dozları tamamlandıktan sonra, stabil seyretmesi üzerine taburcu edildi.

SONUÇ: Gebelikte WPW sendromu ilişkili taşiaritmiler, hem anne hem de fetus için ciddi riskler taşır. Bu nedenle erken tanı, multidisipliner yaklaşım ve uygun tedavi stratejileri ile optimal yönetim sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aritmi, supraventriküler taşikardi, Wolff-Parkinson-White sendromu, gebelik, kardiyoversiyon



Resim 1. DC Kardiyoversiyon öncesi EKG



Resim 2. DC Kardiyoversiyon sonrası EKG

[SS-33]

Sezaryen Skar Gebeliğinde Erken Plasental İnvazyonun Sonografik Görünümü ve Postoperatif Patolojik Konfirmasyonu

Ilımsu Yaren Ozdemir, Yagmur Solak, Doruk Cevdi Katlan

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkların ve Doğum Kliniği, İstanbul

Giriş: Sezaryen skar gebeliği, gebeliğin alt uterin segment skarının dehisensinden kaynaklanan myometrial defekte implantasyonudur. Skar bölgesinde desiduanın yokluğu trofoblastın myometriuma doğru büyümesine neden olur. Tanı için en uygun zaman 6-7. gebelik haftalarıdır. 2000 gebelikte 1 görülür. Sezaryen doğum yapmış hastalarda anormal yerleşen gebeliklerin yaklaşık %6'sını oluşturur. Anne yaşının >35, gebelik sayısının fazla oluşu, uterin cerrahi-elle halas öyküsü, yardımcı üreme teknikleri kullanılan veya sezaryen sonrası 2 yıldan daha sık gebelik başlıca risk faktörleridir. İnvazyon anomalileri ise plasentaya ait dokunun uterus duvarına normalden daha derin invazyonuyla karakterize olan patolojilerdir. Tipik olarak geç gebelikte tanı alsalar da, özellikle sezaryen geçmişi olan veya plasenta previa tanısı almış hastalarda, 11-14. haftalarda erken bulgular görülebilir. Doppler ultrason ile myometriuma invazyon belirtileri tespit edilebilir. Burada, invazyon bulguları gösteren bir skar gebeliği ultrason bulguları ve patolojik konfirmasyonu ile sunulmaktadır.

Olgu: 34 yaşında gravide 4 yaşayan çocuk sayısı 2 eski sezaryenli son adet tarihine göre 11 hafta 2 gün olan gebe hastanın rutin yapılan ultrason muayenesinde uterus korpus anteriorunda eski sezaryen skar hattı üzerine yerleşmiş intrauterin ve ekstrauterin segmentleri olan elonge, içerisinde fetal pol veya yolk sac izlenmeyen gebelik kesesi mevcuttu. Desidual doku düzensiz görünümdeydi. Toplam boyutu 57x38 mm ölçülen gebelik ürününü skardan protrude olan kısmı 34x39 mm ölçüldü. Kitle ince bir seroza tabakasıyla çevriliydi. Nitabuch tabakası kaybolmuştu. Mesane duvarına invazyon izlenmedi. Seroza altında geniş ve içerisinde türbülan akımlar gösteren düzensiz vasküler alanlar ve lakünler mevcuttu. Bu bulgularla plasenta invazyon anomalisi düşündürülen skar gebelik düşünüldü. Hasta riskler konusunda bilgilendirildikten sonra opere edildi. İntraoperatif olarak geniş bir alanda plasental invazyon düşünülmesi ve lokal rezeksiyonun morbid seyretme ihtimali nedeniyle hastaya total abdominal histerektomi yapıldı. Patolojik incelemede skar gebelik ve plasenta invazyon anomalisi konfirme edildi.

Sonuç: Sezaryen skar gebeliklerinde özenli ultrason incelemesi ve bazı bulguların tespiti, invazyon anomalilerinin erken tanınmasını ve hastanın zamanında müdahale ile mortalite ve morbiditesinin azalmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen skar gebeliği, invazyon anomalisi, prenatal tanı

[SS-34] Fetal Supraventriküler Taşikardi: Olgu Sunumu

Cem Ardiç1, Resul Arısoy2

1Kağıthane Kızılay Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye
2Ataşehir Memorial Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Bu olgu sunumunda, 28. gebelik haftasında fetal supraventriküler taşikardi (SVT) tespit edilen ve digoksine ek olarak ikinci bir antiaritmik ilaca ihtiyaç duyulan bir vakayı sunuyoruz.

OLGU: 39 yaşında, primigravid bir kadın (G1P0), 28. gebelik haftasında fetal taşikardi tespit edilmesi üzerine tedavi amacıyla tarafımıza yönlendirildi. Gebelik takibi olağan ve fetal gelişim normaldi. Anne adayında sistemik bir hastalık öyküsü yoktu. Anneye yapılan elektrokardiyografik değerlendirme normaldi. Kalp atış hızı 98 vuru/dk ve kan basıncı 120/80 mmHg olarak kaydedildi. Yapılan ultrasonografik değerlendirmede 29 hafta ile uyumlu tek canlı fetus izlendi. Fetal kalp hızı 269 vuru/dk olarak ölçüldü. Plevral, perikardiyal effüzyon ve fetal batında serbest sıvı gibi kalp yetmezliği bulguları izlendi. Fetal ekokardiyografi, yapısal olarak normal bir kalp, situs solitus, levokardi, normal odacıklar, kapaklar ve fonksiyon gösterdi.

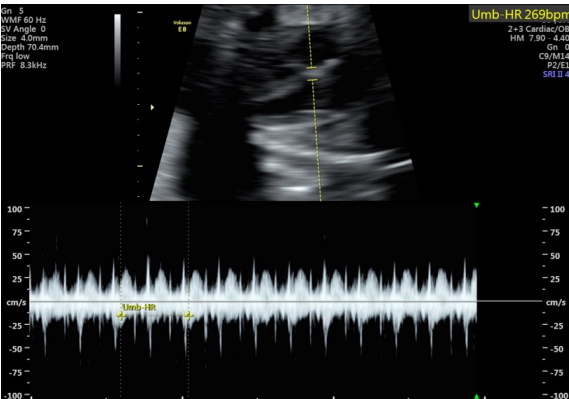
Anneye digoksin tedavisinin güvenliğini sağlamak amacıyla ek tetkikler yapıldı. Başlangıç olarak günde 3x0.25 mg dozunda digoksin tedavisi başlandı. Tedavinin üçüncü gününde fetal taşikardi devam etmekteydi ve fetal kalp hızı 210-220 vuru/dk arasında ölçüldü. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, tedavinin flekainid ile değiştirilmesine karar verildi ve anneye günde 3x100 mg dozunda flekainid başlandı. Flekainid tedavisinin üçüncü gününde fetal kalp hızı 140'a düştü.

Anne, QRS uzaması gibi elektrokardiyografik anormallikler açısından yakından takip edildi ve herhangi bir yan etki gözlenmedi. Takip sürecinde anne stabil seyretti ve sıkı poliklinik kontrolleri planlanarak taburcu edildi.

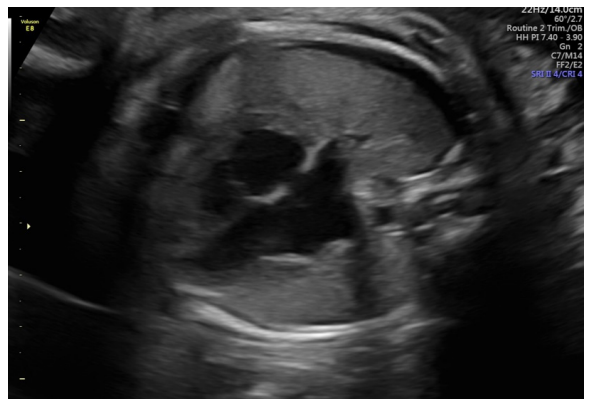
Anne, 38. gebelik haftasında elektif sezaryen doğum için hastaneye yatırıldı. Sezaryen doğum gerçekleştirildi ve 3420 gram ağırlığında erkek bebek dünyaya geldi. Doğum sonrası ilk kalp hızı 130-140 bpm olarak kaydedildi. Yenidoğan, kalp hızı takibi amacıyla pediatri servisine yatırıldı. Fetal ekokardiyografi normal olarak değerlendirildi. Bebek hastaneden taburcu edildi ve 6 aylık takip sürecinde taşikardi saptanmadı.

SONUÇ: Flekainid, fetal SVT tedavisinde güvenli ve oldukça etkili bir seçenektir. Ancak tedavinin elektrokardiyografik olarak QRS uzaması gibi yan etkileri olabileceğinden, anne adaylarının tedavi süresince yakın monitörizasyonu gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: digoksin, fetal aritmiler, flekainid, supraventriküler taşikardi



Figür 1: Fetal Supraventriküler Taşikardi



Figür 2: Plevral Efüzyon

[SS-35]
Vermis Agenezisi: Olgu Sunumu

Ömer Ulugergerli1, Cem Ardiç2, Resul Arısoy

1Medicalpark Göztepe Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

2Özel Kağıthane Kızılay Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum

3Ataşehir Memorial Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Son yıllarda, posterior fossa malformasyonlarının prenatal ultrasonografik tespiti giderek daha fazla ilgi odağı haline gelmiştir. Bu olgu sunumunda, 21. gebelik haftasında serebellar hemisferleri normal izlenen ve posterior fossa kisti olmaksızın tespit edilen tam vermis agenezisi vakasına ilişkin gözlemlerimizi aktarıyoruz.

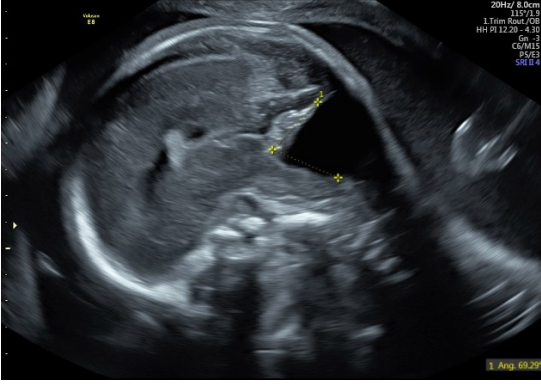
OLGU: 34 yaşında, primigravid bir kadın (G1P0) ikinci trimester rutin anomali taraması için değerlendirildi. Posterior fossa transvajinal ve transabdominal ultrasonografi ile değerlendirildi. Posterior fossa değerlendirilirken, koronal ve sagittal kesitlerden oluşan seri görüntüler elde edildi. Fetüste, serebellar yarık ile uyumlu tanısal ultrasonografik bulgular tespit edildi. Ultrasonografik görüntülerde cerebellar vermisin olmadığı görüldü ve bu durum vermis agenezisi ile uyumlu bulundu. Transabdominal ve transvajinal ultrasonografi ile yapılan incelemelerde başka ek yapısal anomali saptanmadı.

Posterior fossa genişlemiş olarak izlendi (cisterna magna 16 mm olarak ölçüldü), transvers serebellar çap 5. persentilin altındaydı, tegmentovermian açısı genişlemişti (Figür 1) (69°) ve "yarasa kanadı bulgusu" tespit edildi (Figür 2). Bu bulgular tanıyı destekledi. Perinatoloji ve neonatoloji uzmanları ile ebeveynlerin geniş kapsamlı değerlendirme ve görüşmeleri sonucunda gebeliğin medikal olarak sonlandırılmasına karar verildi.

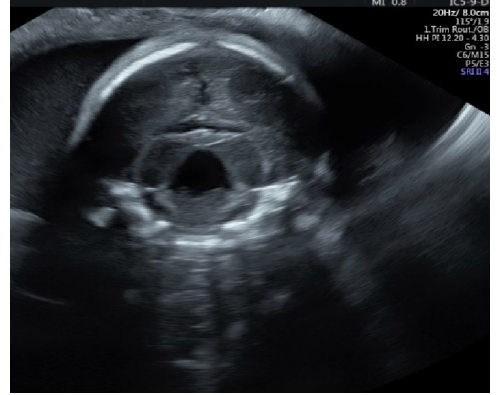
Gebelik sonlandırıldıktan sonra yapılan fetal otopsi, vermis agenezisi tanısını doğruladı (Figür 3). Karyotip analizi normaldi, ancak mikroarray kromozomal analizde 3q22.3 bölgesinde 17 Mb büyüklüğünde bir delesyon saptandı.

SONUÇ: Fetal ultrasonografi, posterior fossa malformasyonlarının tanısında önemli bir araçtır. Bu vaka, ikinci trimester ultrasonografinin posterior fossa anomalilerinin tespitindeki önemini vurgulamaktadır. İntrauterin dönemde total vermis agenezisinin tespit edilmesi durumunda, karyotip analizi yapılması gereklidir ve mikroarray kromozom analizi gibi ileri genetik incelemelerin de göz önünde bulundurulması önerilir.

Anahtar Kelimeler: arka fossa anomalileri, kromozomal mikro-dizileme analizi, ultrason, vermis agenezisi, yarasa kanadı işareti



Figür 1. Genişlemiş tegmentovermian açığı



Figür 2: Yarasa kanadı işareti



Figür 3: Fetal otopsi, Vermis izlenmiyor

[SS-36] Trizomi 13 (Patau sendromu): Olgu sunumu

Pınar Yıldız

Ümraniye eğitim ve araştırma hastanesi, perinatoloji bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Trizomi 13 (Patau sendromu), Trizomi-21 ve 18'den sonra en sık izlenen otozomal trizomi sendromudur. 1/10000 canlı doğumda görülmektedir. Olguların %80'i klasik 47,XX/XY+13, %15'i translokasyon t(13q14), %5'i mozaizm şeklindedir. Trizomi 13, birçok sistemi tutabilen multiple fetal anomaliler ile karakterizedir. Çoğu olgu spontan abortus ile kaybedilir.

OLGU: İlk trimester tarama testi amacıyla Perinatoloji polikliniğine başvuran olgu; 37 yaşında, G4P3 ve SAT'ına göre 13 hafta gebeydi. Fetal ultrasonografisinde; CRL: 13 hafta 4 gün, tekil canlı gebelik, NT: 4.4 mm, falks cerebri-koroid pleksuslar doğal ve posterior fossa açık olarak izlendi. Sagittal ve koronal retronazal triangle kesitlerinde yaklaşık 2 mm boyutunda cleft düşündüren maksiler gap görüldü. Erken fetal EKO'da triküspit kapakta 80 cm/sn'lik regürjitasyon izlendi. Hasta olası kromozomal anomaliler açısından bilgilendirilerek CVS işlemine alındı.

CVS sonucu yetersiz materyal olarak raporlanan ve 19. haftada tekrar polikliniğimize gelen hastanın yapılan fetal ultrasonografisinde; Nukal fold: 6.5 mm, fetal yüzde unilateral, sol tarafta 3.7 mm genişliğinde yarı damak dudak, sol elde postaksiyel polidaktili, bilateral kardiyak hiperektojen odak ve 1 mm subaortik VSD izlendi. Amniosentez yapılan olgunun sonucu 47XY+13 olarak geldi. Olumsuz fetal prognoz hakkında bilgilendirilen aile, gebeliğin sonlandırılmasını istedi ve tıbbi tahliye

SONUÇ: Trizomi-13, ilk trimester fetal ultrasonografi ile de tespit edilebilen multiple fetal anomaliler ile karakterizedir. Klasik 47XX/XY+13 olgularında rekürrens riski %1 olup translokasyon tipi olgularda parental genetik danışmanlık önerilmeli ve anne-baba kromozomları değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kromozomal anomali, Trizomi-13, ultrasonography

[SS-37]

YÜT ile Gebelik Elde Edilmiş Bir Hastada Plasental Koryoanjioma ve Preeklampsi: Olgu Sunumu

Can Bilginer, Ali Cetin

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

AMAÇ: Bu çalışmada, yardımla üreme teknikleri (YÜT) sonucu gebe kalan ileri yaş bir hastada saptanan plasental koryoanjioma ve eşlik eden preeklampsi olgusunun klinik özelliklerinin ve literatür bilgileri eşliğinde YÜT ile koryoanjioma arasındaki olası ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

OLGU: Polikistik over sendromu (PCOS), ve vücut kitle indeksi (VKİ) 33, 17 yıllık sekonder infertil gravida 3, partum 0 olan 44 yaşında YÜT sonrası gebe kalan bir hastanın yapılan ultrasonografik değerlendirmesinde uterus ön duvarında bulunan plasentanın umbilikal kordun insersiyon bölgesine yakın 45.59 × 41.72 mm boyutlarında, sınırları etraf dokudan ayrılan, heterojen yapıda, anormal vaskülarizasyon gösteren bir oluşum izlendi. Tansiyon arteryal değeri 150/95 mmHg ve spot idrar protein/kreatinin oranı ≥ 0.3 olan hasta preeklampsi ön tanısıyla takip edildi. Hastanın 34. gebelik haftasındaki ilk başvurusunda hasta hastaneye interne edildi; antihipertansif tedavi ile tansiyon değerleri normal seviyelere indi ve klinik bulgular stabilize oldu, laboratuvar bulguları: 24 saatlik idrarda 400 mg proteinüri dışında bir özellik yoktu, non-stres test (NST) reaktif seyretti. Gebeliğin 35. haftasında tansiyon değerlerinin 160/100 mmHg'ya yükselmesi, epigastrik ağrı ve görme bozuklukları gelişmesi üzerine hasta acil sezaryene alındı. 2835 gram ağırlığında, 1. dakika Apgar skoru 9, 5. dakika Apgar skoru 10 olan canlı kız bebek doğurtuldu. Plasentanın makroskopik gözlemede, yaklaşık 4 × 4 cm boyutlarında, etraf plasenta dokusundan farklı ve daha fazla kanlanması olan kitle gözlemlendi, plasenta patolojik incelemeye gönderildi. Postoperatif dönemde anne ve bebekte herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ: YÜT ile elde edilen gebeliklerde, özellikle ileri maternal yaş ve PCOS gibi risk faktörleri olan hastalarda plasental vasküler anomalilerin daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Bu vakada da ileri maternal yaş, PCOS varlığı ve YÜT uygulaması, koryoanjioma gelişimine zemin hazırlayan faktörler olarak değerlendirildi. YÜT ile gebe kalan hastalarda plasental yapının ultrasonografik olarak detaylı değerlendirilmesi ve koryoanjioma saptanan olguların preeklampsi gibi komplikasyonlar açısından yakın takibi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Koryoanjioma, plasenta, preeklampsi, yardımla üreme teknikleri, vasküler hamartom.



Resim 1. 34 hafta 6 günlük gebelikte tespit edilen plasentanin fetal yüzünde 45.59 × 41.72 mm boyutlarında iyi sınırlı, heterojen ekojenik koryoanjioma görüntüsü izlenmektedir.



Resim 2. Renkli Doppler ultrasonografi ile koryoanjiomanın karakteristik özelliği olan yoğun vaskülarizasyon paterni görülmektedir. Lezyondaki anormal damar yapıları ve artmış kan akımı tipik bulgulardır ve benign vasküler tümör tanısını desteklemektedir.



Resim 3. Plasenta ve Umbilikal kordun plasental insersiyon bölgesine yakın, plasentanin fetal yüzeyinde yaklaşık 4 x 4 cm ebatlarında, iyi sınırlı, heterojen ekojenik, anormal ve yoğun vaskülarizasyon gösteren kitle' nin makroskopik görünümü

[SS-38]

Nadir Bir Fetal Diz Deformitesi; Kongenital Diz Çıkığı, Vaka Takdimi

Halime Şule Selman
Serbest Muayenehane

Kongenital Diz Çıkığı, 100.000 canlı doğumda bir de görülen, çok nadir bir deformitedir. Çoğunlukla konservatif tedavi veya cerrahi müdahalelerle düzelebilmektedir.

AMAÇ: Nadir görülen bu vakamızı yayınlayarak Kongenital Diz Çıkığı vakasında, hiçbir medikal müdahale gerekmeden de spontan düzelmeye ihtimalinin bulunduğu literatürde yer almasını amaçlıyoruz.

YÖNTEM: Vaka takdimi

BULGULAR: Cinsiyeti kız olan bebeğimizin, normal doğumunu takiben, sol dizde belirgin anormal bir duruş tespit edildi. Yenidoğan muayenesinde: sol dizde 90 derece hiperekstansiyon, sol kalçada hiperfleksiyon, ve sol ayakta pes ekinovarus saptandı. (Resim 1) Başka bir eşlik eden anomali saptanmadı

Postpartum 1.saatte, sol bacak, kalça,diz ve ayak bileğinde anormal duruşta hafif spontan düzelmeye izlenmesi üzerine her hangi bir müdahale edilmeden takibe karar verildi. Ortopedi konsültasyonunda Kongenital Diz Suplüksasyonu, Pes Ekinovarus teşhisi ile takibe alındı
Post partum 3.gün tüm gözle görülen deformiteler inspeksiyonda tamamen düzeldiği tespit edildi. Sadece sol dizde hafif ödem saptandı.(Resim 2)

Bebek 2.aylık iken kalça ultrasonografisinde: Bilateral Graf tip 1A kalça olarak tespit edilmiştir. 4.ay muayenesinde ise diz ultrasonunda Kalça Çıkığı teşhisi de aldı.

SONUÇ: Vakamızda doğar doğmaz ilk görüntüsü dizin çocuğun abdomenine doğru ters bir duruş sergilemesi nedeni ile ailede kalıcı bir anomali, engellilik korkusuna neden olmuştur. Spontan olarak düzelmeye nedeniyle vaka sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: Kongenital diz çıkığı, diz deformitesi

Anahtar Kelimeler: konjenital, diz, çıkığı



Resim 1. Doğum sonrası resmi

Oldukça nadir bir durum, Abdominal organlara sınırlı situs inversus levokardia, Çift Çıkışlı Sağ Ventrikül ve Komple AVSD

Hale Ozer Çaltek, Fırat Ersan

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Situs inversus torasik ve abdominal organların ayna görüntüsü olarak normal bulunmaları gereken yerlerin karşı tarafında olma durumudur. 2500'te 1 ila, 20000'de 1 olarak sıklığı değişmektedir. Situs inversus genellikle dekstrokardi ile birlikte dir. Levokardi daha nadir izlenir. Situs inversusta Fallot Tetralojisi, çift çıkışlı sağ ventrikül(DORV) gibi konjenital kalp anomalilerinin sıklığı artmaktadır. Tanısı izole ise genellikle diğer nedenler için ekokardiyografi yapıldığında konulmaktadır¹.

OLGU: Olgumuz 2. Düzey Ultrasonografi esnasında saptanan kardiyak anomali sebebiyle 37. gebelik haftasında polikliniğimize başvurdu. Hastaya yaptığımız ultrasonografik incelemeden sonra, mide cebi ve desendan aorta sağda, inferior vena cava(İVC) solda izlendi. Sağ ventrikül sola göre geniş ve dominant, aorta ve pulmoner arter sağ ventrikülden çıkmakta olduğu, diskordan pulmoner venlerin morfolojik sağ ventrikül ile ilişkili atriya döküldüğü görüldü. Pulmoner anülüs ve pulmoner arter hipoplazik olarak izlendi. Pulmoner stenoz düşünüldü. Komplet atriyoventriküler septal defekt(AVSD) izlendi. Değerlendirmeler sonucunda hastamıza, Situs inversus levokardia, DORV, AVSD, Atriyoventriküler Diskordans ön tanılarını koyup doğum planlaması için 39. haftasında servisimize interne ettik. Normal vajinal doğum ile 2750 gram erkek fetüs 1. ve 5. dakika APGAR skorları 7 ve 9 olarak dünyaya geldi. Postnatal yapılan ekokardiyografi ile tanılarımız doğrulandı. 4. günlük yoğun bakım takibi sonrası taburcu edildi. Takipleri çocuk kardiolojisinde devam etmektedir.

SONUÇ: Literatür tarandığında olgumuz gibi kompleks patolojiye erişkin çağda rastlanan tek vaka vardır. İzole situs inversus levokardia fetal prognozu etkilemediğini belirten yayınlar vardır. DORV'un klinik seyri genellikle iyi ilerlemektedir. Ancak fetüsteki ek anomalilerin varlığı prognozu kötüleştirir². Vakamız; çocuk kardiyojisi ve perinatoloji kliniğinin birlikte yönettiği; literatür taramasında benzer vakaların çok nadir olduğu kompleks bir kardiyak anomalidir. Bu tarz siyanotik kalp hastalığı ile doğacak olan fetüslerin özelleşmiş merkezlerde yoğun bakım şartlarında takibi yapılmalıdır. DORV'un situs inversus levokardia, AVSD ve atriyoventriküler diskordans birlikteliği ile bilinen çok fazla hasta olmadığı için prognozu ön görmek adına bu olgu sunumunun tıbbi literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: çift çıkışlı sağ ventrikül, AVSD, situs inversus levokardia,

[SS-40]

İntrauterin Üçüncü Derece Atrioventriküler Tam Kalp Bloğu Tedavisi: Olgu Sunumu

Semra Şentürk, Ayşe Keleş

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği

AMAÇ: Konjenital Kalp Bloğu (KKB); fetal ölüm, neonatal ölüm veya kalıcı kalp pili implantasyonuna yol açan nadir bir durumdur. 20.000 - 30.000 canlı doğumda bir görülmektedir.

İntrauterin tedavi seçenekleri arasında steroidler, sempatomimetikler, prenatal veya postnatal kalp pili uygulamaları yer almaktadır. Hidrops gelişen vakalarda ise medikal tedavi şansı düşüktür.

OLGU: Otuz iki yaşında, gravida 3, parite 2 olan 23 haftalık gebenin ultrasonografisinde fetusta komplet AV blok (atriyal hız 142 atım/dk, ventriküler hız 50 atım/dk) izlendi. Hidrops bulgusu izlenmedi. Hastanın istenen lupus panelinde ANA ve SS-A pozitifliği saptandı. Fetusun takibinde 25.haftada atriyal hız 136 atım/dk, ventriküler hız 50 atım/dk olan ve batında asit saptanan hasta Çocuk Kardiyolojisi ile konsulte edildi. Dekort 4 mg/gün ve Plaquenil 400 mg/gün tedavisi başlandı. İntrauterin takiplerde ventriküler hız ortalama olarak 50-55 atım/dk olarak seyretti. Fetus 34 hafta 3 günlük iken hareketlerinde azalma olması üzerine doğuma alındı. 2260 gram, 6/8 APGAR skoru ile dünyaya geldi. Çocuk kardiyoloji takibine alınan bebeğe 5 aylık iken kalp hızının 50 atım /dakika altına düşmesi üzerine kalp pili takıldı. Sonrasında çocuk kardiyoloji tarafından tedavisiz izleme alındı.

SONUÇ: Steroidler, Konjenital Kalp Bloğu gelişiminin önlenmesinde ve tedavisinde kullanılmaktadır. Steroidlerin, anti SS-A ve/veya anti SS-B otoantikörleri tarafından oluşturulan fetal kardiyak iletim sistemindeki inflamatuvar hasarı önleyebilmekle etki ettikleri düşünülmektedir. Kalp bloğu geliştikten sonra etkisi tartışmalıdır. Bununla birlikte steroid uygulaması yüksek mortaliteli bir durum olan Dilate Kardiyomyopati gelişimini önleyebilmektedir.

Literatürde fetusta steroid kullanımı ile ilgili çelişkili sonuçlar olmasına rağmen olgumuzda intrauterin steroid kullanımı başarılı olmuş ve intrauterin asit mevcudiyeti olan fetusta hidrops gelişimini önlemiştir. Bu bulgular eşliğinde olgu sunumumuz steroid kullanımının endike olduğu vakalarda literatürdeki tartışmalı etkilerin yanı sıra hidrops gelişimi gibi önemli komplikasyonları önlemedeki rolünü göstererek klinisyenler tarafından steroid kullanımının farkındalığını arttırmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: konjenital kalp bloğu, lupus, steroid

POSTER

[PS-01]
Antenatal tespit edilen ensefalosel olgu sunumu

Gizem Ceren Ekici, Mucize Eriç Özdemir

Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

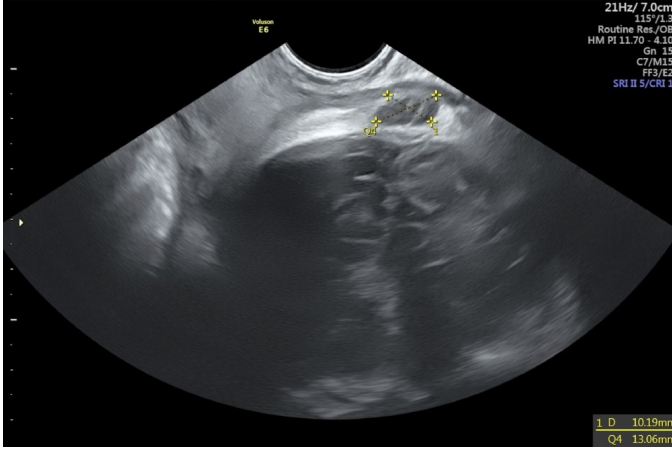
AMAÇ: Ensefalosel intrakranial yapıların kalvaryal ve dural bir defektden kranium dışına "kese" şeklinde çıktığı konjenital bir anomalidir. Kesede sadece beyin-omurilik sıvısı (BOS) ile dolu meninksler varsa meningeselden, kesede meninksler ve BOS dan başka beyin dokusu da varsa ensefaloselden, kesede meninksler, BOS ve beyin dokusundan başka ventrikülün bir kısmı da varsa hidromeningoensefaloselden bahsedilir. Atretik Sefalosel ise belirgin kese yapısı olmaksızın düz veya ufak nodüler lezyonlardan oluşmuş non-kistik sefaloseldir. Orta hatta olurlar, vertekse yakın olanlara parietal tip, iniona yakın olanlara oksipital tip denir. Kranyumdaki küçük bir defekt ile intrakranial kompartmana bağlıdır, fibröz bir sap ile tektuma kadar uzanabilir. Tanıda; ultrasonografi, 3D sonografi ve MRI kullanılır. Burada perinatoloji kliniğimizde geç tanı alan ve antenatal takibi yapılan olgudan bahsedilecektir.

OLGU: 23. haftada antenatal taraması yapılan olguda baş çevresi(HC) ölçümünde gerilik (2.persentil) olması nedeni takibe alındı ve hastaya invaziv tanı testi önerildi. 27. haftada yapılan kordosentez sonucunda karyotip analizi ve mikroarray sonuçlarında patoloji saptanmayan olgunun egzom sonucu COL25A1 geninde 2 bölgede heterozigot mutasyon olarak geldi ve genetik danışmanlık aldı. 32. haftada istenilen fetal MRI sonucunda: 'parietooksipital bileşke düzeyinde, tentoryum inferiorundan kalvaryuma uzanan, 16*13mm boyutunda, BOS ile izotens görünümde kistik yapı. Ön planda atretik sefalosel düşünüldü' olarak yorumlandı. 39. haftada sezaryen ile doğurtuldu.

SONUÇ: Ensefalosele prenatal dönemde tanı koymak, nörolojik prognozun belirlenmesi, eşlik eden anomalilerin değerlendirilmesi, doğum şeklinin planlanması, postnatal yönetimin planlanması, aileye genetik ve prognostik danışmanlık sağlanması açısından önem arzeder. Doğum şekli nöron dokunun zarar görmemesi için sezaryen olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ensefalosel, nöral tüp defekti, santral sinir sistemi anomalilerd

[PS-01]



Resim 1. Parietoaksipital bölgede 2.5 mm'lik kemik defektinden protrüde olan fetal cilt ile sınırlı içerisinde nöronal doku ile uyumlu görünüm, parietoaksipital ensefalosel



Resim 2. Sezaryen ile doğum sonrası yenidoğandaki sefaloselin görüntüsü

[PS-02]
Preeklampsi Tanısında Transkutanöz Bilirubin Ölçümü: Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Miray Onat¹, Ebru Celik Kavak², Çiğdem Akçabay¹, Zübeyde Malkan¹, TUĞBA KAYA¹, Salih Burcin Kavak¹
1Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ, Türkiye
2Özel Muayenehane Hekimi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Elazığ, Türkiye

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı preeklampsi (PE) hastalarında farklı maternal vücut bölgelerinden alınan invaziv olmayan transkutanöz bilirubin (TcB) ölçümlerindeki değişiklikleri incelemektir.

YÖNTEM: Hastanemizde doğum yapan toplam 86 gebe kadın çalışmaya dahil edildi ve üç gruba ayrıldı: sağlıklı gebe kadınlar (Grup 1, n = 30), preeklampsi (Grup 2, n = 30) ve şiddetli preeklampsi (Grup 3, n = 26). Doğumdan önce rutin kan testlerine ek olarak, TcB cihazı kullanılarak iki bölgede (alın ve uterus fundus cildi) TcB ölçümleri yapıldı. Her ölçüm üç kez alındı ve ortalaması kaydedildi. Obstetrik ve demografik özellikler de not edildi. İstatistiksel analizler ANOVA, Kruskal-Wallis, ki-kare, Fisher'in kesin testi ve post-hoc karşılaştırmaları içeriyordu ve p < 0,05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Yaş, gravida, parite ve vücut kitle indeksi gruplar arasında benzerdi (p > 0,05). Toplam serum bilirubin düzeyleri de anlamlı bir fark göstermedi (p > 0,05). Ancak, TcB değerleri şiddetli PE grubunda diğer gruplara kıyasla anlamlı bir şekilde daha yüksekti. Alın, fundus cildi ve ortalama TcB düzeyleri Grup 1'de 3,07 ± 0,85, 2,35 ± 0,97 ve 2,71 ± 0,76; Grup 2'de 6,09 ± 1,94, 4,94 ± 1,64 ve 5,52 ± 1,59; Grup 3'te ise 7,12 ± 1,81, 6,12 ± 2,25 ve 6,63 ± 1,69 idi. Tüm gruplar arasında anlamlı farklar bulundu (p < 0,05). TcB birikimi PE şiddetiyle birlikte arttı.

SONUÇ: TcB düzeyleri preeklampsi hastalarında hastalığın şiddetiyle ilişkili olarak önemli ölçüde yüksekti. İnvaziv olmayan TcB ölçümü preeklampsinin ilk değerlendirmesi için hızlı ve uygun maliyetli bir araç olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Preeklampsi, serum bilirubin düzeyi, transkutanöz bilirubin düzeyi, non-invaziv tanı

Tablo 1.Farklı Cilt Bölgelerinden Total Serum Bilirubin ve Transkutanöz Bilirubin Ölçümleri.

Bilirubin Değerleri (mg/dL)	Gösterim	Grup 1	Grup 2	Grup 3	p Değeri
TsB	Ort ± SD Medyan	0.47 ± 0.17 0.45	0.50 ± 0.46 0.39	0.62 ± 0.48 0.44	0.232 K
Alın	Ort ± SD Medyan	3.07 ± 0.85 3.30 ^{2,3}	6.09 ± 1.94 5.85 ³	7.12 ± 1.81 6.70	<0.001 A
Uterin Fundus	Ort ± SD Medyan	2.35 ± 0.97 2.40 ^{2,3}	4.94 ± 1.64 4.40 ³	6.12 ± 2.25 5.80	<0.001 K
A+UF Ortalama	Ort ± SD Medyan	2.71 ± 0.76 2.75 ^{2,3}	5.52 ± 1.59 5.15 ³	6.63 ± 1.69 6.35	<0.001 K

TsB. total serum bilirubin, A. Alın, UF. Uterin Fundus.

A: ANOVA (Tukey test) / K: Kruskal-Wallis (Mann-Whitney U Test).

[PS-03]

Preeklampsiyi Tahmin Etmede Orta Trimester BUN ve Kreatinin Değerlendirmesinin Rolü: Retrospektif Vaka-Kontrol Çalışması

Ebru Celik Kavak¹, Çiğdem Akçabay², Meryem Demir Can³, İbrahim Batmaz⁴, Cengiz Şanlı³, Ahmet Senocak⁵, Salih Burcin Kavak²

¹Özel Muayenehane Doktoru, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Elazığ, Türkiye

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye.

³Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Elazığ, Türkiye.

⁴Mardin Artuklu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mardin, Türkiye.

⁵Özel Doğu Anadolu Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Elazığ, Türkiye.

AMAÇ: Bu retrospektif vaka-kontrol çalışması, mid-trimester kan üre azotu (BUN), serum kreatinin ve BUN/kreatinin oranı ile preeklampsi (PE) gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

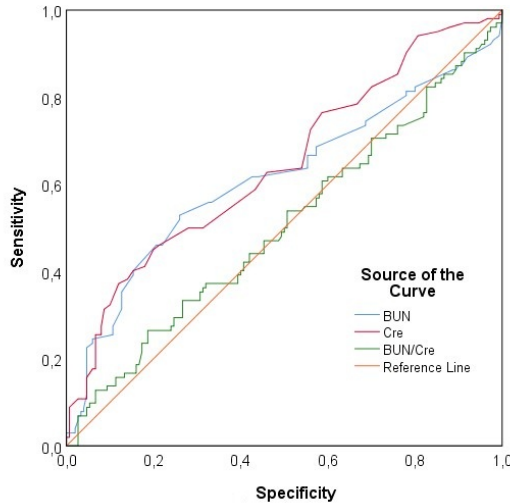
YÖNTEM: Hastanemizde doğum yapan gebeler üç gruba ayrıldı: Term doğum yapanlar (Grup 1, n = 150), PE tanısı alanlar (Grup 2, n = 58) ve Ağır PE olanlar (Grup 3, n = 44). Mid-trimesterde rutin biyokimyasal kan testleri yapıldı.

BULGULAR: Gruplar arasında yaş, gebelik sayısı, vücut kitle indeksi veya gebelik haftası açısından anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). Ancak BUN, serum kreatinin ve BUN/kreatinin oranı PE hastalarında anlamlı derecede daha yüksekti (sırasıyla $p = 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,031$). Tek değişkenli analizde, BUN (OR 1,083; $p = 0,002$) ve kreatinin (OR 112,344; $p < 0,001$) PE ile anlamlı şekilde ilişkilirken, BUN/kreatinin oranı anlamlı bir ilişki göstermedi ($p > 0,05$). PE'yi tahmin etmek için AUC, BUN için 0,614 (kesme noktası: 16,2 mg/dL, %52,9 duyarlılık, %74 özgüllük) ve kreatinin için 0,644'tü (kesme noktası: 0,58 mg/dL, %37,2 duyarlılık, %88 özgüllük). BUN/kreatinin oranı için anlamlı bir AUC bulunamadı ($p > 0,05$).

SONUÇ: Yükselmiş mid-trimester BUN ve serum kreatinin düzeyleri PE gelişimi ile pozitif olarak ilişkilidir ve bu durum, preeklampsi sendromu için öngörücü biyobelirteçler olarak potansiyellerini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Preeklampsi, mid-trimester biyobelirteçleri, kan üre azotu, serum kreatinin, tahmin

Şekil 1. BUN, serum kreatinin ve BUN/kreatinin değerleri için ROC eğrileri.



[PS-03]

Tablo 1. Böbrek Fonksiyon Parametrelerinin ROC Analiz Sonuçları.

Parametre	Cut-off Değeri	AUC (%95 CI)	p Değeri	Sensitivite %	Spesifite %	PPV %	NPV %
BUN (mg/dl)	≥16.2	0,614 (0.539 - 0.689)	0.002	52,94	74	58,06	69,81
Crea. (mg/dl)	≥0.58	0,644 (0.574 - 0.715)	<0.001	37,25	88	67,80	67,35
BUN/Crea. Oranı	---	0,503 (0.429 - 0.577)	0.936	---	---	---	---

BUN: kan üre azotu, Crea: serum kreatinin, AUC: eğri altında kalan alan, PPV: pozitif öngörü değeri, NPV: negatif öngörü değeri.

[PS-04]

VSD ve Pulmoner Atrezili ile Birlikte Major Aorto-pulmoner Kollateral Arter (MAPCA) İle giden Digeorge Sendromlu Olgu Sunumu

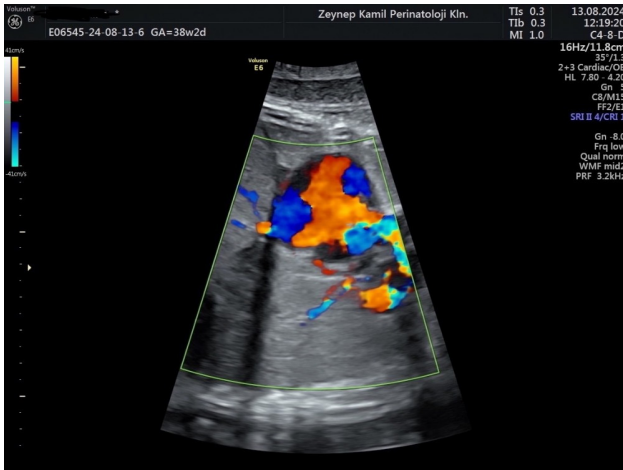
Duygu Tunç Kurtel, Mucize Eriç Özdemir
Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Bu olgu sunumunun amacı; Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji kliniğine başvurmuş olan ventriküler septal defekt (VSD) ve Pulmoner Atrezi (PA) ile birlikte major aorto-pulmoner kollateral arter (MAPCA) ' lı gebenin antenatal tanısı, Digeorge sendromu ile ilişkisi ve antenatal takibi sırasındaki fetal ultrasonografi bulguları ile hastanın bilgilendirilmesi ve postnatal takibine ışık tutmaktır.

OLGU: Kliniğimize başvuran 29 yaşındaki hastanın 2. Düzey ultrasonografisinde kardiyak anomali saptandı. Son adet tarihine göre 28+3 olan hastaya yapılan ekokardiyografide kalp situs solitus, dört kadran görüntüsünde kardiyak aks 88 derece ölçülmüş olup sola deviasyonda artış izlendi. Dört kadran kesitine yansıyan malalignment VSD izlendi. Büyük damar çıkışları incelendiğinde aortanın ata biner tarzda her iki ventrikülden kan almakta olduğu izlendi. Ana pulmoner arter izlenmedi. 3 damar trakea kesitinde 2 damar izlendi. Sağ pulmoner arter konfluent izlenmiş olup genişliği 2.4 mm ölçüldü. Sağ akciğerin desendan aortadan ayrılan MAPCA aracılığı ile kanlandığı görüldü. Sol pulmoner arter konfluent izlendi. Sol akciğerin duktus arteriozusun aracılığı ile kanlandığı görüldü. Timüs bezi görüntülenemedi. Mevcut bulgular ile PA VSD + MAPCA ve timüs agenezisi düşünöldü. Amniyosentez sonucunda 22q11 bölgesinde 2.4 Mb büyüklüğünde delesyon saptandı. Postnatal ekokardiyografi ile takip edilen hasta, 4,5 aylık iken opere oldu, takibi devam etmektedir.

SONUÇ: Kromozom 22q11.2 delesyon sendromuna hafif-orta düzeyde bağışıklık yetersizliği ve kalp anomalileri eşlik eder. Ayrıca böbrek anomalileri, göz anomalileri, hipoparatiroidizm, iskelet defektleri ve gelişimsel gecikme bulunur. Pulmoner Atrezi, Ventriküler Deptal Defekt ve Majör Aortopulmoner Kollateral Arterler (PA-VSD-MAPCAs), kötü prognoza sahip konjenital siyanotik bir kalp defektidir. MAPCA'lı hastaların %40'a kadarında DiGeorge sendromu vardır. Olguda PA VSD MAPCA'nın Di George Sendromu ile ilişkisini göstermiş olduk ve fetal kardiyak ultrasonografik bulguların; hastalığın tanısında, hasta bilgilendirilmesinde ve postnatal takipteki önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: DiGeorge Sendromu, Majör Aortopulmoner Kollateral Arterler, Pulmoner Atrezi, Ventriküler Septal Defekt



Resim 1. MAPCA görüntüsü

Human parvovirüs B19 enfeksiyonuna bağlı nonimmün hidrops fetalisin spontan rezolüsyonu: Olgu sunumu

Çiğdem Akçabay, Batuhan Tepe, Bahar Sayıt, Ayşe Pelin Öztürk, Ümide Dağtekin, Senanur Önalın Yıldıırım, Salih Burcin Kavak
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ, Türkiye

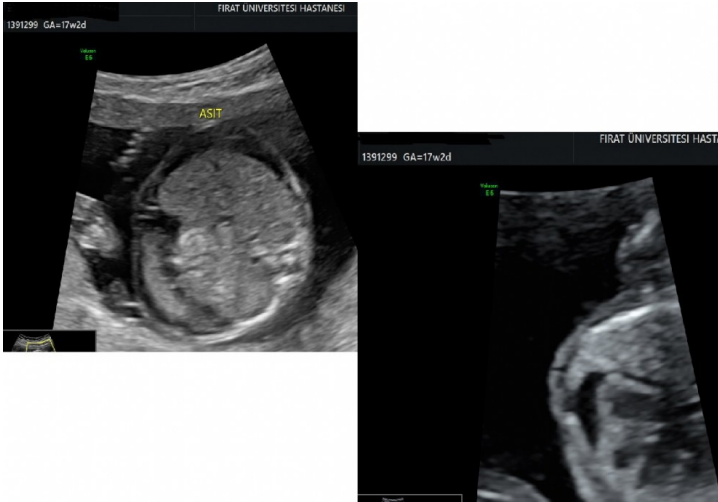
AMAÇ: Nonimmün hidrops fetalis nedenlerinden birisi de Human parvovirüs B19'dur. Etkilenen fetüslerde hidropsun patofizyolojik mekanizması, eritrosit progenitörlerinin viral istilası olup, derin retikülositopenik fetal anemiye neden olmasıdır. Derin anemi olgularında intrauterin transfüzyon bir seçenek olsa da literatürde spontan düzelen anemi olguları da bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda Gebeliğin 17. haftasında tespit edilen ve takiplerinde spontan rezolüsyona uğrayan fetal hidrops olgusunu sunuyoruz.

OLGU: 34 yaşında, üçüncü gebeliği ve iki sezaryeni olan hasta, Hidrops Fetalis ön tanısı ile başvurdu. 17 haftalık gebeliği bulunan olguya yapılan ultrasonografi değerlendirmesinde, gebelik haftası ile uyumlu canlı gebelik tespit edildi. Amnion mai normaldi fakat plasenta görece kalınlaşmış olarak değerlendirildi (Plasental kalınlık 43 mm ölçüldü). Fetal değerlendirmede majör fetal anomaliye rastlanmadı ancak fetal asit ve perikardiyal mai izlendi (Resim 1). Yapılan doppler değerlendirmesinde fetal anemi bulgularına rastlandı. (MCA PSV >1.5 MoM) (Resim 2). Olgunun kan grubu 0 Rh (+) olup, indirek coombs testi (-) olarak geldi. Serolojik değerlendirmede Parvovirüs B19 Ig M ve Ig G pozitif geldi. Öyküsünde birkaç hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Mevcut bulgularla Parvovirüs B19 kaynaklı Non-immün hidrops fetalis tanısı konuldu. Olgu amniosentezi kabul etti, karyotip ve microarray normal olarak raporlandı. Olguya gebelik haftası nedeniyle intrauterin transfüzyon işlemi ve oluşabilecek komplikasyonlar anlatıldı (olası işlem başarısızlığı ve fetal kayıp riski). Olgu girişimsel terapotik işlemi kabul etmedi. Haftalık takibe alındı. 21-22. Gebelik haftası arasındafetal asit azaldı, MCA PSV MoM değerleri normal aralığa döndü (Resim 3). 23. Haftada perikardiyal efüzyon tamamen düzeldi.23. gebelik haftasında fetüste Hipospadias tespit edildi. Takiplerinde sorun olmayan hasta, 38 hafta 3 gün iken spontan kontraksiyonların başlaması üzerine sezaryen ile doğurtuldu. 3100 gr, 50 cm, APGAR skoru 7-8 ve hipospadiaslı erkek bebek, annesinin yanına verildi. Postpartum 3. gün anne ve yenidoğan önerilerle taburcu edildiler.

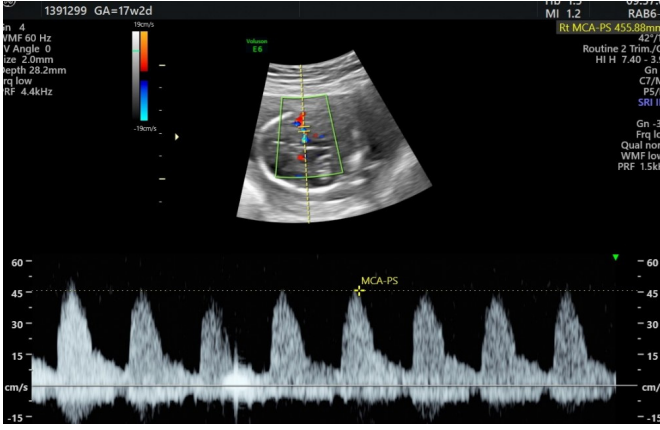
SONUÇ: Parvovirüs B19 kaynaklı non-immün hidrops fetalisin spontan düzelmesi mümkündür. Bu durum, seçilmiş vakalarda konservatif yönetimin bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Non-immün hidrops fetalis, parvovirüs B19, spontan rezolüsyon.

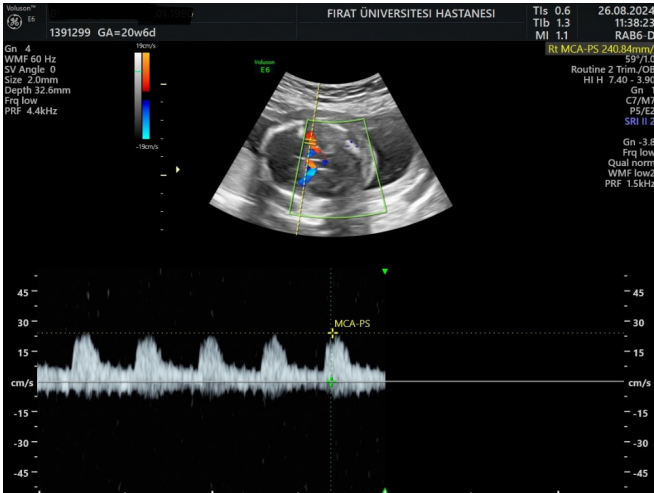
Resim 1. Olguda fetal asit ve perikardiyal mayinin gösterimi.



[PS-05]



Resim 2. MCA doppler incelemesinde Fetal Anemiye düşündüren doppler parametresi.



Resim 3. 21. haftada normale dönmüş MCA Doppler parametresi

Glanzmann Trombastenisi Olan Bir Gebede Doğum Yönetimi ve Postpartum Süreç

Çiğdem Akçabay, Batuhan Tepe, Miray Onat, Bahar Sayıt, Zübeyde Malkan, Ayça Deniz Atas, Salih Burcin Kavak
Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ, Türkiye

AMAÇ: Glanzmann Trombastenisi tanısı olan gebeliğin ve obstetrik sonuçlarının tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU: Glanzmann Trombastenisi tanısı bulunan, 33 yaşında ve ilk gebeliği olan hasta, 36 hafta 5 günlük gebelik, hematüri ve bilateral hidronefroz nedeniyle obstetri servisine yatırıldı. Anemi tespit edilmesi üzerine 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Takiplerinde Hb: 11,4 g/dl, Htc: %34, Plt: 154.000/mm³ olarak bulundu. Fetal AC %3 persentil ölçüldü, ancak Doppler incelemesi doğaldı. Daha önce erken doğum tehdidi nedeniyle betametazon uygulanmıştı. Hastaya 37. haftada indüksiyon planlandı, ancak etkin kontraksiyon gelişmemesi ve NST'de güven vermeyen fetal durum nedeniyle genel anestezi altında sezaryene alındı. Operasyon öncesi 1 ünite aferez trombosit ve 90 mcg/kg Faktör VII uygulandı ve ilk dozdan 2 saat sonra 2. doz, 3 saat sonra 3. doz Faktör VII tekrar edildi. Sezaryen sırasında oksitosin ve metilergonovin IV yolla uygulandı. Doğumdan sonra 1 gr traneksamik asit, toplam 3 kez verildi. Modifiye O'Leary tekniği ile Bilateral uterin arter ligasyonu ve endometriyuma 20 ml Ankaferd solüsyon uygulaması ile kanama kontrolü sağlandı (Resim 1). Uterus ön ve arka yüzde yer alan küçük kanama alanlarına toplam 20 ml Ankaferd uygulandı. Operasyon Douglas, rektus kasi üzeri ve cilt altı drenler yerleştirilerek sonlandırıldı.

Postoperatif 5 gün boyunca 1 gr traneksamik asit ve 3 gün 0.2 mg metilergonovin verildi. Postoperatif 3. gün Hb: 10.4 g/dl, Htc: %28 olarak saptandı. 3. gün cilt altı dreni çekildi. Stabil olması üzerine 5. Gün kas üzerine konulan hemovac drenen içeri 10 ml Ankaferd solüsyon verildi ve iki saat sonra dren çekildi. Yine 5. Gün batın dreni çekildi. Hasta postpartum 10. gün taburcu edildi. Ancak 2 gün sonra cilt altından kanama nedeniyle tekrar yatırıldı ve yaklaşık 150 cc fibrinli hematoma boşaltıldı. Cilt altına 20 ml Ankaferd solüsyon uygulandı ve debridman sonrası cilt tek tek sütürlendi (Resim 2). Cilt üzerine ağırlık konuldu. Olguya 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi ve kültür alındı. 10 gün sonra sütürler alınarak hasta stabil şekilde taburcu edildi.

SONUÇ: Glanzmann Trombastenisi tanısı olan gebeliklerin yönetimi ve takibi deneyimli kliniklerde yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Glanzmann Trombastenisi, gebelik, sezaryen, hemostaz yönetimi, doğum sonrası yönetim



Resim 1. Modifiye O'Leary tekniği ile bilateral uterin arter ligasyonu.



Resim 2. Hematom boşaltılması sonrası sekonder sütürasyon.

[PS-07]

Sakrokoksigeal Teratom Olgusunun Prenatal Tanısı: Olgu Sunumu

Çiğdem Akçabay, Onur Işık, Merve Sarıççek, Özge Dağdelen, Ersin Dağlayan, Edanur Akagündüz, Salih Burcin Kavak

Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ, Türkiye

AMAÇ: Sakrokoksigeal teratom nadir görülen ve kız fetuslarda daha yaygın bir embriyonik germ hücreli tümördür. Bu olgu sunumunda, Nöral tüp defekti (NTD) ön tanısı ile hastanemize sevk edilen ve 18. gebelik haftasına kadar majör anomali izlenmemiş bir sakrokoksigeal teratom olgusunu bildiriyoruz. Yakın yerleşim nedeniyle NTD ile ayırıcı tanısı yapılması gereken sakrokoksigeal teratom olgusunda tanısız ipuçlarını da sunmayı amaçladık.

OLGU: 34 yaşında dördüncü gebeliği olan olgu, 17. gebelik haftasında, merkezimize Nöral Tüp Defekti (NTD) ön-tanısı ile sevk edildi. Düzenli gebelik kontrollerini hastanemiz dışındaki başka bir hastanede yaptığı öğrenildi. Anomali taramasında, fetüsün sol tarafında vaskülariteye sahip, 91× 72 × 56 mm (Hacim = 366 cc) boyutlarında büyük, yer kaplayan ve sakrokoksigeal bölgenin yakınında fetüsün arka tarafına yapışık olduğu görülen solid bileşenleri olan kistik kitle izlendi (Resim 1). Kitlenin fetal gövde ile bağlantısı aksiyel planda net olarak gösterildi. Olgunun ilk değerlendirmesinde kitlenin fetüsün lomber bölgesine doğru büyüdüğü ve NTD olabileceği düşünülse de hem merkezi sistem ultrasonografi değerlendirmesi hem de semi-solid kitlenin daha detaylı incelemesi ile NTD tanısı dışlandı. (Resim 2). Olguda polihidroamnios (en derin sıvı cebi- 6.3 cm) saptanmadı. Doppler incelemesinde MCA PSV MoM değeri 1 idi. Gebelik yaşını yansıtan diğer parametreler (baş çevresi, femur uzunluğu, kardiyak aktivite) normal sınırlar içindeydi. Olgu hemodinamik olarak stabildi ve tüm biyokimyasal incelemeleri normal olarak tespit edildi. Aileye bilgi verildi ve aile gebeliğin devamını istedi. İstenilen fetal manyetik rezonans görüntüleme tanı doğrulandı. Fetüs, hidrops ve anemi takibi açısından on günde bir kontrole alındı. 27. Gebelik haftasındaki olgu komplikasyonsuz olarak takibe devam etti.

SONUÇ: Prenatal dönemde, Sakrokoksigeal teratom olguları hidrops ve anemi açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Prenatal tanı, Semi-solid kitle, ayırıcı tanı, sakrokoksigeal teratom



Resim1. Sakrokoksigeal teratomun sagittal ve aksiyel görünümü.



Resim 2. Sakrokoksigeal Teratomun, yakın komşuluk nedeniyle lomber bölgedeki kitleyi anımsatan görüntüsü.

[PS-08]

Plasental Koryoanjiomanın Prenatal Tanısı: Olgu Sunumu

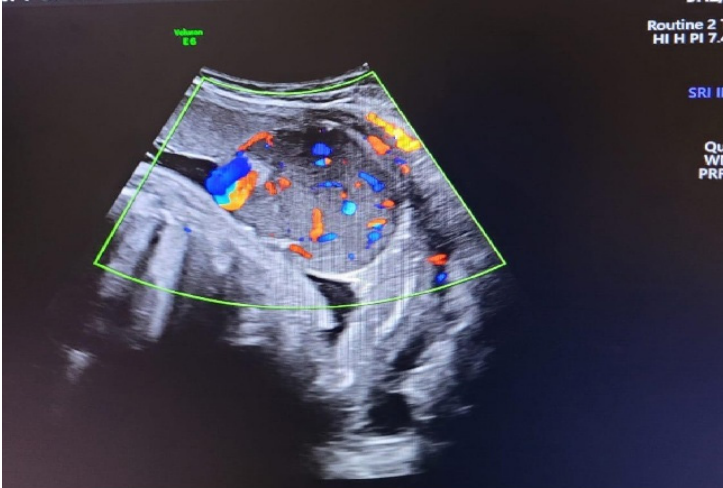
Çiğdem Akçabay, Batuhan Tepe, Senanur Önalın Yıldırım, Merve Sarıççek, Ümide Dağtekin, Onur Işık, Salih Burcin Kavak
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ, Türkiye

AMAÇ: Plasental koryoanjioma olgusunun tanısı ve yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: 32 yaşında, ev hanımı olan, nullipar hasta, rutin gebelik kontrolü sırasında plasentada kitle izlenmesi üzerine hastanemiz perinatoloji merkezine sevk edildi. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu ve kan biyokimya, tam kan sayımı ve tam idrar tetkikinde özellik bulunmuyordu. Son adet tarihine göre 37 hafta 2 gün gebeliği bulunan olguda 26. gebelik haftasında tespit edilen, Grup A1 gestasyonel diyabet tanısı da mevcuttu. Yapılan obstetrik ultrasonografide Placenta ön duvarda olup, 38x40 mm boyutunda vaskülarite artışı gösteren plasental lezyon izlendi (Resim 1). Ön tanı olarak plasental koranjyom düşünüldü. Ultrasonografide, makat geliş tespit edildi. Amnion mai miktarı normal olup (en derin tek cep 56 mm), fetal ölçüler gebelik haftası ile uyumlu idi. Fetal kalp yetmezliği ve hidrops fetalis lehine bulgu izlenmedi. Ultrasonografi değerlendirmesi esnasında uterin kontraksiyonların izlenmesi üzerine, hastaya non-stres testi çekildi. Trasede efektif kontraksiyonlarının olması nedeniyle, makat prezentasyon ve ağırlı gebe endikasyonu konularak aynı gün, (37 hafta 2 günlük iken) sezaryen ile doğuma alındı. 3070 gram ağırlığında, 49 cm boyunda, baş çevresi 34,5 cm olan, apgar skoru 8/9 olan canlı kız bebek makat ile doğurtuldu. Placenta ve ekleri tam olarak ayrıldı ve patolojiye gönderildi (Resim 2 ve 3). Patoloji sonucu plasental koranjyom olarak raporlandı.

SONUÇ: Plasental koryoanjioma tespit edilen gebeler olası yüksek fetal ve maternal komplikasyonlar nedeniyle yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Placenta, koryoanjiom, prenatal tanı



Resim 1. Koryoanjiomun vaskülaritesini gösteren renkli doppler ultrasonografisi.

[PS-08]



Resim 2. Plasantanın doğum sonrası görünümü
(Fetal kısım)



Resim 3. Plasantanın doğum sonrası görünümü
(Maternal kısım)

[PS-09]

Galen Veni Anevrizma Malformasyonunun Prenatal Tanısı

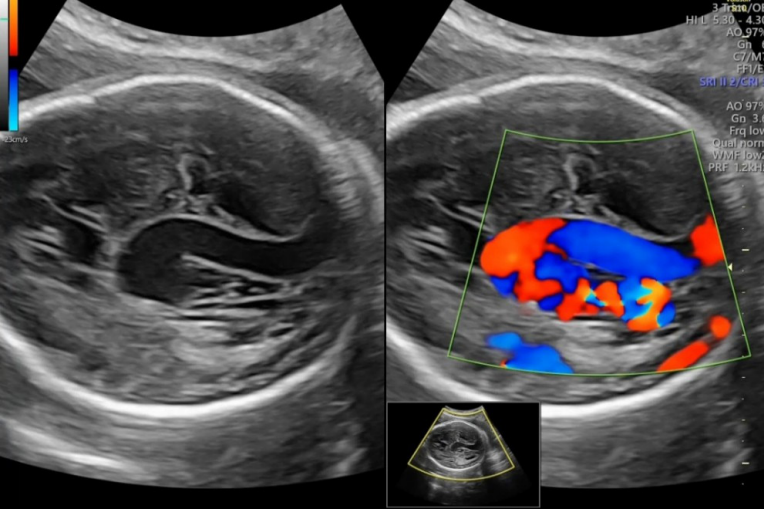
Fatma Özüdoğru1, Elif Beyza Demirezen1, Sinan Cihan1, Gökalp Şenol2
1Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
2Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji

AMAÇ: Galen Veni anevrizma malformasyonunun (VGAM), intrakraniyal venöz sistemin nadir görülen bir konjenital malformasyonudur. Bu olgu sunumunda; üçüncü trimesterde tanı alan Galen ven anevrizmasının prenatal tanısı ve prognozu tartışılmıştır.

OLGU: Hastamızın ilk bebeği olup, tarama testleri düşük risk, 21. Haftada yapılan detaylı ultrasonografide özellikli saptanmamış. 29. gebelik haftasında farkedilen intrakraniyal kistik lezyon nedeniyle kliniğimize refere edilen hastanın yapılan ultrasonunda beyin orta hatta anekoik kist ve color dopplerde türbülant akım izlendi ve öncelikle galen ven anevrizma tanısı düşünüldü. Kardiyomegali ve hidrops bulgusuna rastlanmadı. Haftalık takip planlanan hasta dış merkezde 36. Haftada sezeryan ile doğum yapmıştır. 10. günde bebek ex olmuştur.

SONUÇ: Galen ven anevrizması orta hat yerleşimli hipokoik bir kitle olarak tanınabilir. Galen ven anevrizması saptanan olgularda eşlik edebilecek diğer anomaliler taranmalı ve ayrıca kalp yetmezliği açısından değerlendirilmelidir. Hidrosefali ve kalp yetmezliği varlığında prognoz kötü olup; bu olgularda gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunulabilir.

Anahtar Kelimeler: galen ven anevrizması, fetal beyin kitlesi, prenatal tanı



Resim1. Galen ven anevrizma malformasyonu

[PS-10] Prenatal Dönemde Tanı Alan Vasa Previa: Olgu Sunumu

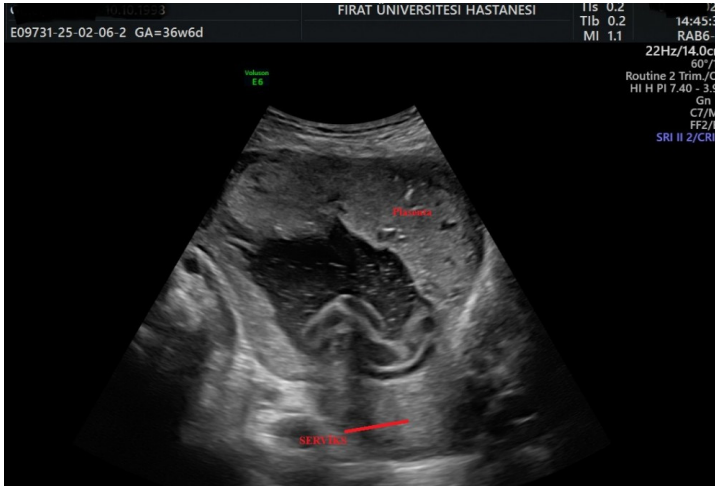
Çiğdem Akçabay, Zübeyde Malkan, Bahar Sayıt, Batuhan Tepe, Ersin Dağlayan, Tuğba Kaya, Miray Onat, Salih Burcin Kavak
Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ, Türkiye

AMAÇ: Vasa Previa nadir görülen ancak fetal yaşamı tehdit eden ciddi bir obstetrik problemdir. Tanı konulmadığında, fetal ölüm veya hipoksik iskemik ensefalopati gibi mortalite veya morbidite nedeni olabilir. Bu yazıda prenatal dönemde tanı konulmuş ve sezaryen ile doğum yaptırılmış bir vasa previa olgusunu sunuyoruz.

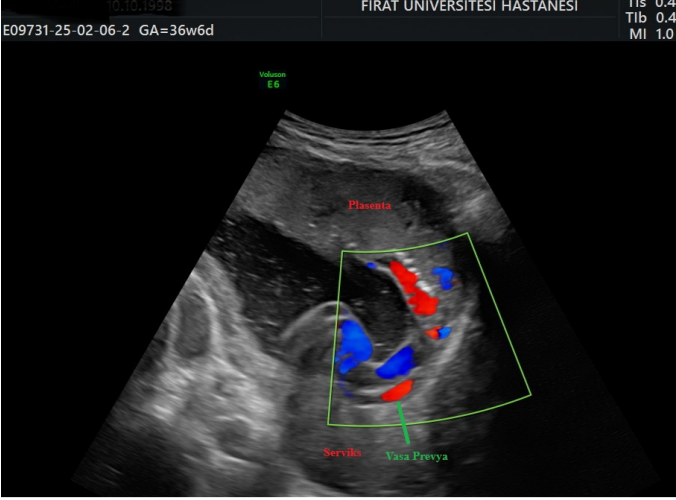
OLGU: 25 yaşında, önceden vaginal yolla 2 doğum yapan ve 3. gebeliği olan olgu 36 hafta 6 gün gebeliği bulunan olgu, vasa previa ön tanısı ile hastanemize sevk edildi. Özgeçmişinde özellik bulunmayan olgunun daha önce sağlıklı iki gebelik geçirdiği ve mevcut gebeliğinde 36. haftaya kadar anormal bir bulguya rastlanılmadığı öğrenildi. Genel durumu iyi ve kan grubu 0 Rh (+) olan hastanın kan basıncı 110/80 mmHg idi. Rutin biyokimya, tam kan sayımı testleri ve tam idrar tetkikinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaya yapılan obstetrik ultrasonografide fetal biyometrinin 36 hafta ile uyumlu olduğu tespit edildi. Amnion mai değerlendirilmesinde en derin tek cep ölçümüne göre hafif polihidramnios (tek cep: 95 mm) tespit edildi. Plasenta posterior yerleşimli olup, invazyon veya plasenta previa tespit edilmedi. Serviks 32 mm ölçüldü ve yapılan renkli doppler incelemesinde umbilikal kordun, internal servikal açıklığı kapatacak şekilde, serviks üzerinden geçtiği izlendi. Mevcut bulgu ile Vasa Previa tanısı konuldu (Resim 1 ve 2). Olguya tek doz beta-metazon (1 x 6 mg) yapıldı. 37. gebelik haftasında obstetrik ultrasonografi tekrarlandı ve Vasa Previa görünümünün persiste ettiği izlendi. Olgu bunun üzerine sezaryen ile doğuma alındı. 3200 gr, 51 cm, tek, canlı erkek bebek APGAR skoru 8-10 ile doğurtuldu. Plasenta tam ayrıldı ve vasa previa ile uyumlu görünüm doğrulandı. Takiplerinde ek sorun gelişmeyen olmayan hasta ve bebeği postoperatif 3. günde sağlıklı taburcu edildi. Plasental incelemede ayrıca Velamantöz kord insersiyonu da izlendi (Resim 3).

SONUÇ: Vasa Previa fetal yaşamı tehdit eden ciddi bir sorun olup, doğum zamanlaması önemlidir.

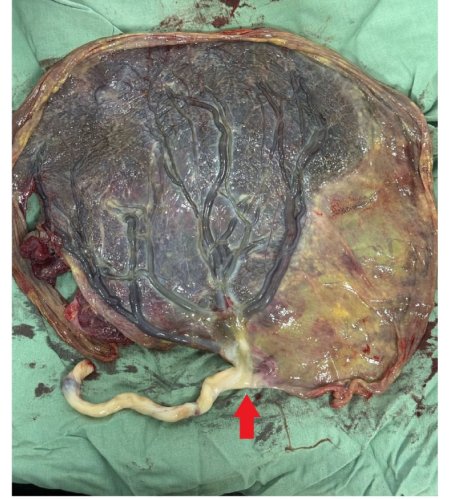
Anahtar Kelimeler: Vasa previa, prenatal tanı, sezaryen doğum



Resim 1. Vasa Previyanın "gray skala" görünümü.



Resim 1. Vasa Prevyanın "gray skala" görünümü.



Resim 3. Velamentöz kord insersiyonunun postpartum görünümü

[PS-11] Tiroglossal Kanal Kistinin Prenatal Tanısı

Elif Beyza Demirezen¹, Fatma Özüdođru¹, Sinan Cihan¹, Gökalp Şenol²

¹Hitit üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum

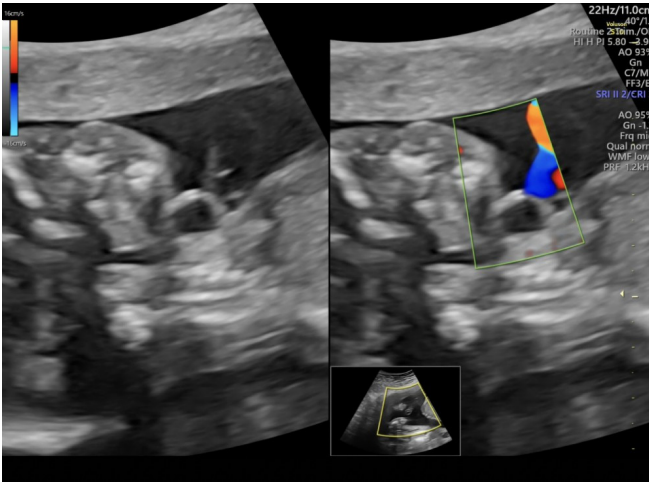
²Hitit üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji

AMAÇ: Orta hat doğumsal boyun kitlelerinin en sık görüleni tiroglossal duktus kistidir. Bu olgu sunumunda; ikinci trimesterde tanı alan tiroglossal duktus kisti prenatal tanısı ve doğum sonrası yönetimi tartışılmıştır.

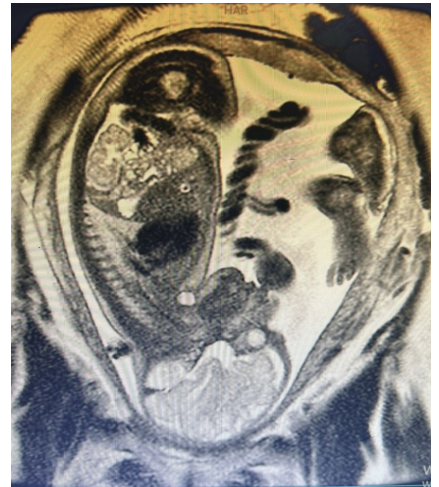
OLGU: 37 yaş hasta, G3P1A1. Yapılan ikili taraması düşük riskli saptanmıştır. 20.haftada yapılan ayrıntılı ultrasonografide boyun ön tarafında anekoik, kanlanması olmayan 8x7 mm kistik yapı izlendi. Tiroglossal duktus kisti düşünüldü. Ek anomali izlenmedi. Takiplerde polihidramnioz gelişmedi.32.gebelik haftasında fetal manyetik rezonans görüntülemesi ile tanı doğrulandı. 38.gebelik haftasında doğum için interne edildi. Doğum öncesi yapılan ultrasonografide kist boyutu 10x8 mm izlendi. Hastaya sezaryen ile doğum yaptırıldı. Komplikasyon görülmedi. Bebek de solunum ve yutma güçlüğü izlenmedi. Doğumdan sonraki kist boyutu 1.ayda 10x8 mm, 3.ayda 10x2 mm ölçülmüş olup ultrasonografi takibine alındı.

SONUÇ: Tiroglossal duktus kistleri en sık görülen doğumsal boyun kitleleridir. Prenatal tanı konulması oldukça nadirdir. Kistin büyümesi solunum ve yutma güçlüğüne sebep olabilir. Semptomatik olgularda kist rezeksiyonu düşünülebilir

Anahtar Kelimeler: tiroglossal kanal kisti, fetal boyun kitleleri, preanatal tanı



Resim 1. Tiroglossal kanal kisti



Resim 2. MRI da, Tiroglossal kanal kisti

[PS-12]

Konjenital Bilateral Dakriyosistozel Olgusu

İlknur Toka, Hakan Golbasi, İLAYDA Gercik Arzik, Hale Ankara aktaş, RAZİYE TORUN, ceren sağlam, Zübeyde Emirlioğlu Çakır, Sevim Tuncer Can, Bahar Konuralp Atakul, Atalay Ekin İzmir Şehir Hastanesi, Perinatoloji Bilim Dalı, İzmir

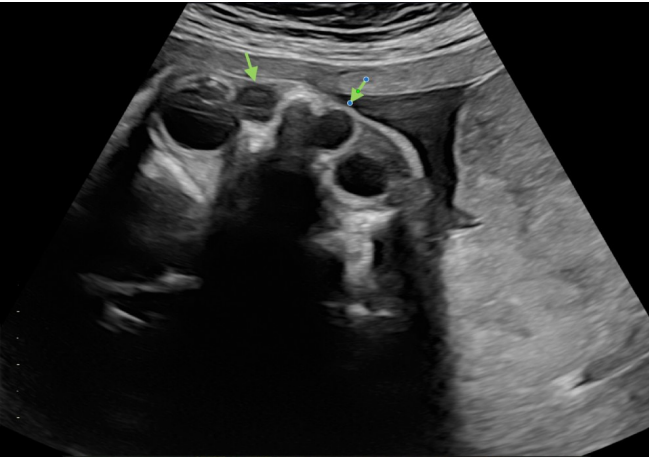
AMAÇ: Bu çalışmada, prenatal dönemde tanı konulan bir konjenital bilateral dakriyosistozel olgusunu sunmayı amaçladık.

YÖNTEMLER: Normal birinci ve ikinci trimester taramalarına sahip 34 yaşında, Gravida 2, Parite 1 olan hasta, gebeliğinin 29. haftasında fetal ultrason değerlendirmesinde bilateral periorbital kistik kitle tespit edilmesi nedeni ile perinatoloji kliniğimize sevk edilmiştir.

BULGULAR: Fetal biyometrik ölçümler 29. gebelik haftası ile uyumlu bulundu. Dişi fetüs idi. Ultrason değerlendirmesinde; burun kemiğinin lateral kısmı ile orbitanın medial-alt bölgesi arasında sağda 5.5*8.2 mm solda 7*7.2 mm anekoik, yuvarlak kist izlendi (Figür 1). Kist içerisinde ve çevresinde vasküler akım ve kalsifikasyon izlenmedi. Fetal yüz, oküler morfoloji ve hareket, beyin değerlendirmesi normaldi. Eşlik eden fetal anatomik anomali tespit edilmedi.

SONUÇ: Konjenital dakriyosistozel; lakrimal sistemin distal Hasner valfi ve proksimal Rosenmüller valfi seviyelerde tıkanması sonucu nazolakrimal kanalın kistik genişlemesi ile karakterize, intrauterin dönemde nadir görülen bir anomalidir. Bilateral olgular daha nadir izlenir (%13). Ultrasonda tipik olarak; 2 trimesterin sonlarında veya 3. trimesterde fetüsün medial kantall bölgesinde iyi sınırlı, Dopplerde vasküler akım ve kalsifikasyon içermeyen kistik bir kitle olarak ortaya çıkar. Eşlik eden anomali olmaması halinde normal beyin ve yüz yapıları izlenir. Ayırıcı tanısında periorbital kistik lezyon oluşturabilen; ensefalosel, hemanjiyom ve dermoid kistler bulunur. Hemanjiomlar septalı/solid görünüme ve tipik Doppler akış paternine sahip olmaları ile, dermoid kistler ise heterojen görünümü ve sıklıkla kalsifikasyon içermesi ile, ensefaloseller ise genellikle kalvaryal defekt ve hidrosefali eşlik eden orta hat lezyonları olmaları ile ayrılır. Bu olgu sunumuyla, nadir görülen bu anomalinin diğer yüz kitleleriyle karıştırılmaması için, ultrasonografistin dakriyosistozelin karakteristik ultrason bulgularına aşina olması gerektiğine dikkat çekmek istedik. Atipik ultrason bulgularına sahip olgularda veya bilateral kist izlenen olgularda kistlerin nazal pasajı uzanımının değerlendirilmesinde MRI yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Dakriyosistozel, Nazolakrimal kanal kisti, Periorbital kistik lezyon



Resim 1. Bilateral dakriyosistozel

[PS-13]

36. Gebelik Haftasında Tespit Edilen Fetal Over Torsiyonu

Mert Urfalioglu¹, Riza Madazli², Aysegul Ozel², Ismail Yilmaz², Gorkem Arica², Nazli Ece Sahin Urfalioglu¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Bilim Dalı

AMAÇ: Bu olgu sunumundaki amacımız, fetal dönemde nadir görülen over kisti ve over torsiyonu olgusunu literatüre kazandırmaktır.

YÖNTEM: Eylül 2024'te kliniğimize 36 hafta + 5 gün, fetüste over kisti şüphesi olan gebe prenatal özellikleri ve postnatal sonuçları ile incelendi.

BULGULAR: Bu olgu sunumunda, ilk gebeliğini yaşayan, tarama testlerini yaptırmamış 22 yaşındaki bir kadın, fetal over kisti şüphesiyle 36. gebelik haftasında merkezimize yönlendirilmiştir. Yapılan ultrasonografide, fetüsün dış genital muayenesi kadın cinsiyet özellikleri ile uyumlu bulunmuştur. Fetal abdomende, mesanenin üst sol tarafında 47x35 mm boyutlarında heterojen kistik bir yapı gözlenmiştir. Fetal over torsiyonu şüphesi nedeniyle fetal MRG istenmiştir. MRG sonuçlarında, Alt sol abdominal kadranda, T1 ağırlıklı sekanslarda hiperintens hemorajik içerik barındıran ve T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens olarak izlenen, 53x41x39 mm boyutlarında kistik yapı tespit edilmiştir. Bulgular fetal over torsiyonu ile uyumlu değerlendirilmiştir. Hastanın 39. Gebelik haftasında spontan vajinal doğumu gerçekleştirilmiştir, 3330g doğum ağırlığında dişi fetüs canlı olarak doğurtulmuştur. Ardından postnatal dönemde yapılan görüntülemeler sonrasında sol over seçilememiştir ve sol antenatal over torsiyonu düşülmüştür. Torsiyona bağlı olarak, sol overin nekrotik doku haline geldiği düşünülerek gözlem kararı alınmıştır ve fetus opere edilmemiştir.

SONUÇ: Fetal over kisti, dişi fetüslerde nadir görülen bir antenatal bulgudur ve çoğunlukla asemptomatik seyretmekle birlikte over torsiyonu gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Ultrasonografi, prenatal tanıda önemli bir yöntem olup, özellikle torsiyon şüphesi varlığında fetal MRG ile ileri değerlendirme yapılması önerilmektedir. Olgumuzda, fetal over torsiyonu şüphesi prenatal dönemde değerlendirilmiş ve postnatal süreçte klinik yönetimi şekillendirmiştir. Fetal over torsiyonu, intrauterin dönemde belirlenmesi zor bir durum olup, doğum sonrası erken tanı ve cerrahi yönetim, yumurtalık fonksiyonlarının korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Over torsiyonuna bağlı over nekrozu gelişimini önlemek amacıyla bu tür vakaların dikkatli izlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fetus, Over kisti, Over torsiyonu, Prenatal Ultrasonografi

[PS-14]

Monokoryonik Monoamniyotik İkiz Gebelikte Fetal Gelişim Kısıtlılığı: Prenatal ve Postnatal Değerlendirme

Nazlı Ece Sahin Urfalioglu¹, Riza Madazli², Aysegul Ozel², Gorkem Arica², Ismail Yilmaz², Mert Urfalioglu¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Bilim Dalı

AMAÇ: Bu olgu sunumundaki amacımız, kliniğimizde takip ettiğimiz monokoryonik monoamniyotik ikiz gebeliğin prenatal özelliklerini ve postnatal sonuçlarını değerlendirmek ve literatüre kazandırmaktır.

Gereç YÖNTEM: Kliniğimize 25.gebelik haftasında başvuran ve takiplerinde fetuslardan birinde gelişim kısıtlılığı saptanan monokoryonik monoamniyotik ikiz gebenin prenatal seyri ve postnatal sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Gebeliğin ikinci trimester'ında başka merkezde amniosentez kromozom analizi sonucu 46,-- olan kadın hasta, monokoryonik monoamniyotik ikiz gebelik nedeniyle merkezimize yönlendirilmiştir. 25.gebelik haftasında, ilk başvurusunda yapılan ultrasonografik değerlendirmesinde iki fetus arasında %36 oranında diskordan büyüme saptanmıştır. Fetal gelişim kısıtlılığı saptanan fetusun umbilikal arterlerinin umbilikal kord giriş bölgesine yakın kısımlarında yer yer diyastolik akım kaybı tespit edilmiştir. Ardından hasta haftalık takibe alınmıştır.

29 hafta + 2 gün gebelik haftasındaki muayenesinde, fetal gelişim geriliği tespit edilen fetusta umbilikal arter Doppler incelemesinde yer yer ters akım izlendi. Ductus venosus Dopplerinde duktus venosus a dalgasının akımı derinleşmiş (PI:1.33) izlenmesi üzerine hasta takip amaçlı servisimize interne edilmiştir. 29 hafta + 6 gün gebelik haftasında fetal gelişim kısıtlılığı bulunan fetusun umbilikal arter Dopplerinde ters akım izlenmesi üzerine hastaya, preterm doğum öncesi nöroproteksiyon amacıyla MgSO₄ uygulanmasının ardından doğum kararı alınmıştır. 29 hafta + 6 gün gebelik haftasında doğum gerçekleştirilmiş, 860g ve 1206g kız bebekler sezaryen ile doğurtulmuştur. Doğum sonrasında plasenta, vasküler injeksiyon tekniğiyle; arter ve venlere farklı renklerde boyalar verilerek plasentadaki damar bağlantıları haritalandırılmıştır.

SONUÇ: Monokoryonik gebelikler, plasental damar anastomozları nedeniyle tekil gebeliklere kıyasla perinatal morbidite ve mortalite açısından yüksek risk taşımaktadır. Fetal gelişim geriliği saptanan durumlarda Doppler akımlarının değerlendirilmesi perinatal prognozu belirlemede önemlidir. Olgumuzda fetal gelişim kısıtlılığı gösteren fetusta ilerleyici hemodinamik bozulma gözlenmiş ve intrauterin kaybı önlemek amacıyla erken doğum kararı alınmıştır. Postnatal dönemde vasküler injeksiyon tekniği kullanılarak yapılan plasenta incelemesi, damar anastomozlarının haritalandırılmasına olanak sağlamış ve klinik karar sürecine katkıda bulunmuştur. Monokoryonik ikiz gebeliklerde, fetal gelişim kısıtlılığı ve Doppler parametrelerindeki değişimlerin dikkatli takibi, optimal yönetim açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Fetal Gelişim Kısıtlılığı, Monokoryonik Monoamniyotik İkiz, Fetal Ultrasonografi, Plasental Anastomoz

Split Hand/Foot Malformasyonu Olgusu ve Prenatal Tanı

Emre Zafer¹, Zehra Manav Yiğit², Ender Zencir³, Hasan H. Uçkan³, Sahib İsmayılzada¹
1Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Aydın
2Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Aydın
3Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji

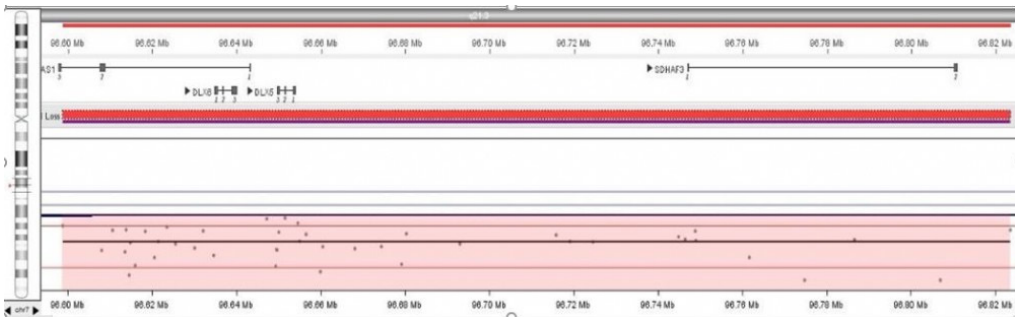
AMAÇ: Yarık el/ayak malformasyonu (split hand and foot malformation, SHFM, ektrodaktili) el ve ayaklarda santral kemik gelişim defektleri ile karakterize bir malformasyondur. İzole bir anomali olabileceği gibi bir sendromun parçası olarak da görülebilir. Prenatal değerlendirmede otozomal dominant SHFM saptanan bir olgu aracılığıyla ile bu nadir konjenital defektin etiyojisi, genetik kalıtım paternleri ve prenatal tanısının gözden geçirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu sunumda 23 yaşında gravida 1 parite 0 olan bir gebenin obstetrik ultrasonografisinde fetal bilateral alt ve üst ekstremitelerinden şüphelenildi. Paternal SFHM tanısını da dikkate alarak diyagnostik amniyosentez yapıldı. Amniyosentez materyalinden kromozom mikroarray ve exom analizi yapıldı. Obstetrik ultrasonografik muayenede fetal ekstremitelerinin değerlendirilmesinin önemi, ek anomaliler açısından tüm sistemlerin ayrıntılı muayenesinin ve danışmanlık sürecinde multidisipliner yaklaşımın önemi vurgulandı.

BULGULAR: Eşinde SFHM tanısı bulunan olgunun prenatal ultrasonografik değerlendirmesinde üst ekstremitelerde bilateral ektrodaktili/sindaktili ve alt ekstremitelerde ektrodaktiliye ek olarak bilateral fibular agenezi izlendi. Amniyosentez materyalinden kromozom mikroarray analizinde 7q21.3 bölgesinde delesyon ve exom analizinde heterozigot DXL5 gen delesyonu saptandı. Seri ultrasonografik değerlendirmelerde ek bir anomali saptanmayan olgu izole SFHM olarak kaydedildi. Gebeliğin devamı şeklinde karar alan ailenin termde canlı doğumu gerçekleşti.

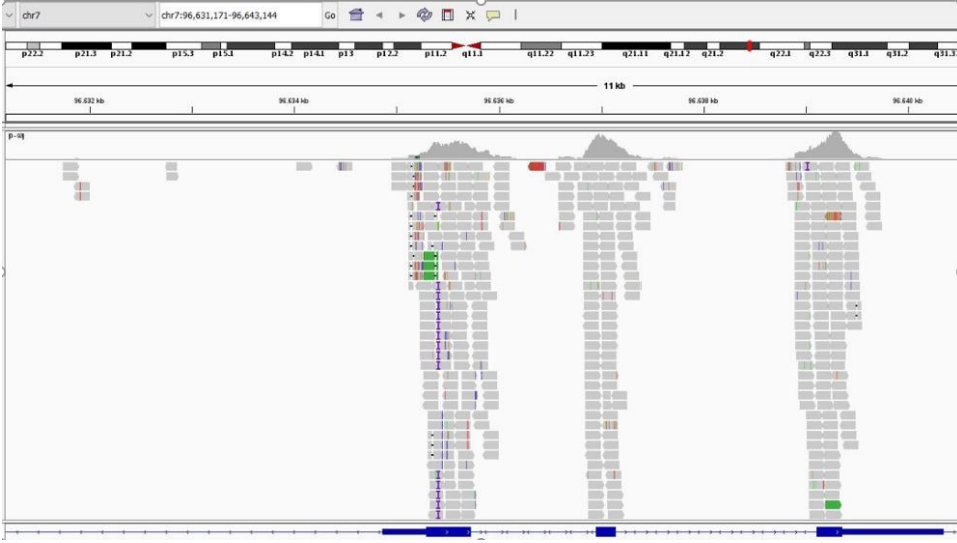
SONUÇ: SFHM nadir görülen genetik geçişli konjenital bir malformasyondur. Şüphelenilen olgularda prenatal ultrasonografide ekstremitelerinde değerlendirilmesine odaklanılması önemlidir. Prenatal tanıda geleneksel karyotip yerine mikroarray, gen düzeyindeki değişiklikleri için sekanslama düşünülebilir. Sendromik olgularda diğer sistemlerin de dikkatlice değerlendirilmesi gerekir. Olguların izole veya sendromik olmalarına göre prenatal genetik tanı ve danışmaya yaklaşım şekillenecektir.

Anahtar Kelimeler: Ektrodaktili, Split hand and food malformasyonu, Prenatal tanı, Fetal dismorfizm

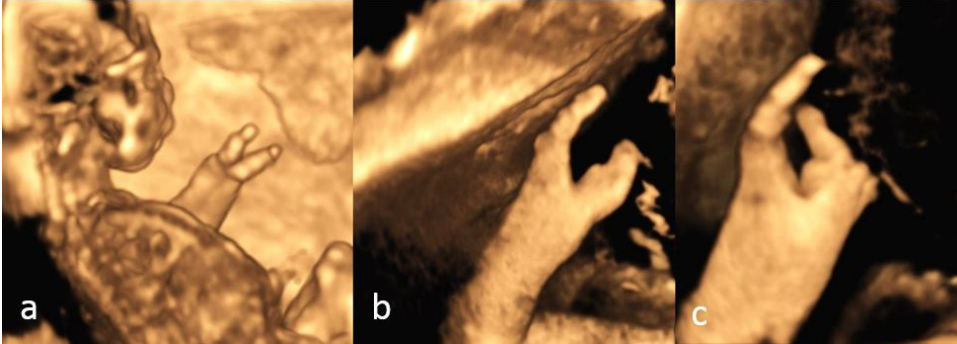


Figür 1. Prenatal mikroarray analizinde 7q21.3 bölgesinde 224762 baz çiftlik delesyon

[PS-15]



Figür 2. Prenatal exom analizinde 7q21.3 bölgesinde heterozigot delesyon ile uyumlu kopya sayısı kaybı. Prenatal exom analysis showing heterozygous deletion, copy number variant loss in 7q21.3 locus



Resim 1. Prenatal 3D ultrasonografide fetal üst ekstremité anomali. a) sagittal görünteüde sol split hand deformitesi, b ve c: lobster claw deformitesi (split hand and foot malformasyonu)

[PS-15]



Resim 2. Yenidoğanda alt ve üst ekstremitelerde bilateral ektradaktili



Resim 3. Yenidoğanın röntgen filmi. Beyaz ok: fibular agenezi.



21. Ulusal Perinatoloji Kongresi

3-6 Nisan 2025

CHAKIL'S
CONSULTANCY • EVENT MANAGEMENT

+90 530 909 92 97 / www.chakils.com
Bahçelievler Mah. Akşam Sefası Sok. Ata 2 Sit.
No:10 Çengelköy-Üsküdar / İstanbul