

ultrasonografide transtalamik, transventriküler ve transserebellar kesitler kullanılır. Orta hat yapıları, posterior fossa, ventriküler sistem, kalvaryum, merkezi sinir sistemi yapılarının simetrisi değerlendirilir. Mutlaka vertebral kolonun incelenmesi ile tamamlanmalıdır. Nörosonografik değerlendirmede ise genellikle yüksek rezolüsyonlu ve frekanslı probalar kullanılır. Fetal başın pozisyonuna göre eğer verteks prezantasyonda ise transvajinal teknik, makat prezantasyonda ise transabdominal konveks veya lineer yüksek rezolüsyonlu probalar kullanılarak değerlendirme yapılabilir. Nörosonografik değerlendirmede koronal ve sagittal kesitlerde değerlendirmeye eklenir. Özellikle kortikal, periventriküler yapılar, BOS alanları, korpus kollozum, interhemisferik fissür, gyruslar, serebellar vermis incelemeye dahil edilir. Fetal MSS'nin 2. trimester değerlendirilmesi ile aşağıdaki anomalileri saptayabiliriz.

- Nöral tüp defektleri
- Hidrosefali /ventrikülomegali
- Dandy-Walker kompleksi
- Korpus kollozum agenezisi
- Holoprosensefali
- Mikrocefali/makrocefali
- Destruktif serebral lezyonlar
- Gallen veni anevrizması

Bununla beraber 2. trimester değerlendirmesi ile tanı konamayan anomaliler arasında nöronal migrasyon anomalileri, serebral kistler, mikrocefali, parsiyel korpus kollozum anomalileri ve intrakraniyal kanama bulgularıdır.

20. haftada yapılan bir muayenede aşağıdaki yapılar mutlaka gözlenmeli ve temel ölçümler yapılmalıdır.

- Falks serebri
- Cavum septum pellucidum (18–37 hafta arasında izlenmeli)
- Talamik çekirdekler
- Lateral ventriküller (Posterior horn'da <10 mm)
- Serebellar hemisferler ve vermis (TSC 14–24 hafta arasında gebelik haftası ile korele)
- Parieto-okspital fissür
- Kalkarin fissür
- Sylvian fissür
- Sisterna magna (2–10 mm)

Fetal MSS anomalilerinin yaklaşık %12'si 3. trimesterde tanı alır. Bu nedenle normal sınırlardaki bir merkezi sinir sistemi muayenesi hiçbir zaman normal bir MSS anatomisinin garantisidir. İkinci trimesterde normal lateral ventrikül genişliği saptanan fetusların %7.2'sinde ilerleyen gebelik haftalarında ventrikülomegali ile karşılaşılabilir. Benzer şekilde 24–26. haftadan sonra açık nöral tüp defektli fetuslarda da klasik kraniyal bulgular olan muz ve limon bulguları kaybolabilmektedir.

Bazı MSS bulguları (Hafif ventrikülomegali, geniş posterior fossa) beraber olabilen MSS bulguları için uyarıcı olmalıdır.

Özellikle nöronal proliferasyon/migrasyon anomalileri ultrasonografide silik bulgularla (primer fissürlerin izlenmemesi, hafif ventrikülomegali) ortaya çıkabilir. Fetal MSS gelişiminde bazı anahtar yapıların (serebellar vermis, korpus kollozum gibi) gelişiminin tamamlanmasının 20 haftaya kadar zaman alabileceği unutulmamalı, 20 hafta altı bir gebelikte geniş izlenen bir posterior fossa da, Dandy Walker malformasyonu veya vermis hipoplazisi tanısı koymak için acele edilmemelidir. MSS anomalileri %50'ye yakın kısmı ekstrakraniyal anomaliler ve karyotip anomalileri ile beraber olabilir bu nedenle karyotipleme ve titiz bir anatomik değerlendirme yapılmalıdır. MRG (Manyetik rezonans görüntüleme) migrasyon anomalileri, parankim hasarı, enfarkt, germinal matriks kanamalarında ultrasonografiye üstündür. MRG'nin rolü ve katkıları tartışılmaz olmakla beraber 24 hafta altında hekime sağlayacağı katkı sınırlı olabilir.

Sonuç olarak MSS yapısal gelişim sürecinin tüm bir gebelik dönemi boyunca devam ettiği gerçeğinin 2. trimester muayenelerinde akıldan çıkarılmaması ve hastaya danışmanlık verilirken bu noktanın mutlaka üzerinde durulması gereklidir.

## KÖ-05 [16:15]

### Geç term–postterm indüksiyon zamanlaması

Alev Atış Aydın

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Perinatoloji Kliniği, İstanbul*

Gebelik 41H +0 ile 41H + 6 g arası geç term kabul edilmektedir. 42. haftadan itibaren ise postterm'dir. Sıklık geç term %15–20, postterm ise %1–7 arasındadır. Geç term veya postterm gebelik süresi tanısı için ilk trimester gebelik sonografisi önemlidir. 8 RKC'ye göre malformasyonlar ve SGA (<10.p) ve maternal komplikasyonlar dışlandığında 41. haftada indüksiyonun beklemeye göre perinatal mortalite, sezaryen oranı ve neonatal mortalite oranları açısından fark yoktur. Rutin indüksiyonun 41. Gh'da yararlı olduğunu gösteren güçlü kanıtlar yoktur. Perinatal Mortalite oranı çok düşük (%0.05). 1 olası Perinatal kaybı önlemek için 41. Gh'da 527 indüksiyon yapmak gerekmektedir. 41. haftaya ulaşan gebelerin %75'i spontan olarak 42. haftaya ulaşmadan zaten kendiliğinden doğurlar.

Düşük riskli, geç term bir gebeliğin yönetiminde annenin tercihi, indüksiyon veya beklemenin yarar ve riskleri göz önüne alınmalıdır. 41. haftada indüksiyon; beklemeye göre sezaryen oranlarını arttırmaksızın, perinatal mortalite, neonatal ve maternal riskleri az da olsa azaltır. 41. hafta ve sonrasında doğanlarda fetal morbiditeyi etkileyen mekonyum aspirasyon oranları artmaktadır. Eğer beklemek için bir kontrindikasyon yoksa, 41. haftadan sonra uzmanlara göre haftada 2 kez biofizik profil veya modifiye biofizik profil (NST + AFIndex) ile takip edilmelidir. Beklemenin fetal morbiditeyi arttırdığına dair risk çok düşük olduğu için hasta isterse ve takip güven verici ise indüksiyon 42. haftaya ertelenebilir.