

edildiğine” şahit olduğunu belirtmiştir. Yine, hastalar hakkında uygunsuz yorumlar yapıldığına (örneğin, lâkap takmak) şahit olanların oranı dönem 3’te %51, dönem 4’te %53’tür. Dönem 4 öğrencilerinin %68’i ortak alanlarda hastalarla ilgili konuları bizzat tartışıklarını belirtmektedir.

Sonuç olarak; profesyonizm ihlalleri, kökenleri tıp eğitime ve uygunsuz rol modeller ile örtük müfredata dayanan ve hekime yönelik şikayetlere önemli oranda katkısı olabilen ancak önlenabilir durumlardır. Bu konunun, kadın hastalıkları ve doğum pratiğinde ve eğitiminde daha fazla ele alınması gerekmektedir.

KÖ-44 [10:30]

Fetal kraniofasial anomaliler

Elif Gül Yapar Eyi

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Uluslararası Obstetrik ve Jinekolojide Ultrasound Cemiyeti (ISUOG), 2010 yılında yayımladığı “İki Boyutlu Ultrasound ile II. Trimesterde Fetal Anomali Taraması”na ait yönergede “baş-yüz bölgesi ile ilgili olarak”: Baş şekli, talamuslar, lateral ventriküller, serebellum, sista magna ve üst dudak değerlendirilmesi gereken yapılar olarak belirtirken, medyan profil, orbitalar, burun, burun deliklerini “gri zon”a, opsiyonel tarama konuma almıştır.

11-136/7 haftalarda ilk trimester sonografik taramalara ait yayımlanan 2013 ISUOG yönergesinde baş ve yüz ile ilgili değerlendirmede: lensle birlikte gözler, nazal kemik, normal profil/çene, intakt dudaklar yine opsiyonel değerlendirmede yer almaktadır.

Fetal kraniofasial anomaliler ile ilgili olarak: “yüz, beyin için öngördürücüdür” ifadesi kullanılmaktadır.

Yarık damak dudak

700 canlı doğumun birinde görülebilen ve bütün anomalilerin %13’ünü oluşturan malformasyon, %20-50 olguda diğer anomaliler ile birliktelik gösterir. Online Mendelian Inheritance in Man’e (OMIM) göre 200’den fazla sendromun bir parçasıdır.

Yarık dudak çoğu kez üst dudakta görülür.

- Tek taraflı üst dudakta yarık dudak
- Çift taraflı yarık dudak
- Orta hatta yarık dudak(nadir)
- Oblik yüz yarığı(dudaktaki yarık orbitaya uzanır)
- Alt dudak yarığı
- İzole yarık damak şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Yarık damak dudak tanısı koyabilmek, normal yapılanmanın iyi bilinmesini gereklidir. Dudaklar, alveolar halka (primer damak), sekonder damak (sert damak) ve yumuşak damak ve uvu-

la birlikte değerlendirilmelidir, ancak kubbe şeklindeki yapılanma ve osseöz yapıların oluşturduğu görüntüleme ve değerlendirme zorluklarına bağlı olarak, sık görülmesine rağmen yarık damak dudakta prenatal tanı %0-1.4 oranlarında, oldukça düşüktür. Profil görüntüsü, yarık damak dudak için yanıltıcıdır. Koronal, transvers ve sagittal kesit kombinasyonları doğru sonuca ulaşmada yardımcıdır. Daha iyi sonuç alınmasına yönelik olarak 2010 yılında Wilhem tarafından tanımlanan tekniklerde:

Yöntem 1: Boyun ve farink boşluğundan alınan frontal kesitte uvulanın belirlenmesinde “epiglottis” mirengi noktasıdır. Faringeal boşluk ön arka doğrultuda izlenerek uvula epiglottisin üst kısmında görüntülenir. Normal uvulanın eko patterni tipiktir ve “eşittir” işaretini andırır şekilde iki hiperekoik çizgi ve arada da hipoeoik ara alandan oluşur. Bu nedenle normal uvula “eşittir işareti” olarak da adlandırılır.

Yöntem 2: Talamus seviyesinden transvers kesit alınır; transduser bu hizadan ortada nazofarinks görüntülene kadar aşağıya kaydırılır; transduser daha da aşağıya doğru kaydırıldığında, yumuşak damak ve uvula karşımıza çıkar; uvula boylu boyunca prob hafifçe açıldırılarak eğildiğinde görünür ve tipik “eşittir” işareti belirir. Bu, ikinci, transvers kesitten yararlanılan yöntem, frontal yaklaşımdan daha iyi sonuçlar vermektedir.

KÖ-45 [10:45]

Fetal böbrek anomalileri: Teşhis ve yönetim

Deniz Cemgil Arıkan

Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş

Üriner sistem intermediate mezodermden gelişir. Mesonefrozan gelişen üreterik tomurcuk, metanefrik blastema ile birleşir. Bu iki yapı arasında birleşme süreci 36. haftaya kadar devam eder ve nefrogenez tamamlanır. Böbrekler embriyoner hayatta geliştikçe pelvik yerleşimini bırakır ve 6. haftadan 9. haftaya kadar normal retroperitoneal yerleşim yerine çıkarlar. Böbrekler ve adrenaller mide seviyesinin altında, 2.lumbal vertebra seviyesinde, batının iki yanında, sağ sollu lokalizedirler. Ultrasonla 9. gebelik haftasından itibaren (bütün fetuslarda 11 haftalık gebelikte vajinal USG’de, 12 haftada abdominal USG’de) görülebilirler. 9. gebelik haftasında renal ekojenite fazladır ve 2. trimesterde hiperekojen yapılarını kaybederler, 3. trimesterde korteks ve medulla ayırımı yapılabilir. Korteks medullanın periferinde daha ekojen olarak izlenir. Mesane 10-14. haftalarda (11. gebelik haftasında fetusların %80’inde, 13. gebelik haftasından itibaren fetusların %90’ından fazlasında) ultrasonografi ile gözlenebilir. Fizyolojik olarak mesane duvarları 2-3 mm’yi geçmez. Umbilikal arterlerin, mesane lateralinden geçişleri renkli Doppler ile saptanır, böylece mesane diğer kistik yapılardan ayrılabilir. Üreter ve üretra normal koşullarda ultrasonografik olarak izlenmezler.

Böbreklerin değerlendirilmesinde longitudinal ve transvers planlar kullanılır. Longitudinal planda böbrekler eliptik şekilde, transvers planda ise spinaların her iki tarafında yuvarlak yapılar halinde görülürler. Renal uzunluk büyümenin bir belirtisi olarak kullanılabilir; uzunluk, genişlik, kalınlık, ve çevre için standartlar geliştirilmiştir. Böbrek için basit bir kural; haftada 1,1 mm kadar büyümesidir. Gebelik boyunca böbrek çevresinin abdomen çevresine oranı 0,27-0,30 şeklinde sabittir. Ultrasonda mesane 30-45 dakikada bir dolar ve boşalır.

KÖ-46 [11:00]

Preterm doğum: TVS/TAS ile tarama ve yönetim

Alev Atış Aydın

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği, İstanbul

Serviks ne kadar kısa ise preterm doğum yapma riski o kadar fazladır. Servikal uzunluğun transvajinal USG ile ölçülmesi preterm doğum öngörüsünde kullanılır. Düşük riskli gebeliklerde universal transvajinal servikal ultrason taraması kost-etektif bir strateji gibi gözükmetedir. Bu yüzden 18-24.gebelik haftalarında tek bir TVUS ile servikal uzunluk tayini tüm tekiz gebelere önerilebilir.

Daha önce erken doğum yapmış tekiz gebeler 16-23.gebelik haftalarında rutin öyküye dayalı serklaj yerine, güvenli bir şekilde TVusg ile 2 haftada bir (25-29 mm ise haftalık) serviks ölçülerek takip edilebilir.

TVusg ile servikal taramada saptanan kısa servikslerde (<25 mm) vajinal progesteron ile tedavi, y.d morbiditesi ve 34 haftadan önceki preterm doğum riskini %45 oranında azaltmaktadır. Çalışmalarda önceden erken doğum yapmış tekiz gebeliklerde serklaj, pesser ve vajinal progesteron benzer etkinlik gösterirken,çok kısa servikslerde (<15 mm) olduğunda serklaj daha üstün görünmektedir.

Düşük riskli popülasyonlarda TAUSG ile serviks taraması kost-etektif gözükebilir. TAUSg ile serviks <30 mm saptananlarda TVUSg ile servikal tarama önerilebilir ancak universal tarama önermek için henüz yeterli kanıt bulunmamaktadır.

İkizlerde bu yöntemlerin hiçbirisi etkin bir tedavi olmadığı için önerilmemektedir.

KÖ-47 [11:15]

Skeletal system dysplasies

Selahattin Kumru

Düzce University Medical School, Department of Obstetrics and Gynecology, Düzce, Turkey; Department of Obstetrics and Gynecology, Health Ministry Antalya Education and Research Hospital, Antalya, Turkey

Skeletal System Dysplasies are relatively rare conditions.

Dysplasies may be classified as: Achondrogenesis, Achondroplasia, Amelia, mycomelia, Campomelic Dysplasia,

Hypophosphatasia, Osteogenesis Imperfecta, Short rib Polydactyly, Thanatophoric Displasia

Extremity Malformations classified as: Clubfoot, Rockerbottom Foot, Sandal Gap Foot, Radial Ray Malformation, Polydactyly, Syndactyly, Clinodactyly, Ectrodactyly, Artrogryposis Akinesia Sequence, Multiple Pterygium Syndrome.

Achondrogenesis

Achondrogenesis are a group of lethal Group of lethal osteochondrodysplasias due to failure of cartilaginous matrix formation and characterized by severe micromelia, unossified spine, short trunk, and disproportionally large head. There are 3 types of the disease: Type IA, Type IB and TypeII. The incidence of disease is reported about 1/40,000-1/50,000 livebirths and 1/650 perinatal death. Prognosis, IUFD, neonatal death, longest survivor less than 1 month

Achondroplasia

Most common heritable, non-lethal skeletal dysplasia. It is characterized by disproportionately short limb (rhizomelia), frontal bossing, depressed nasal bridge, and short digits. Autosomal dominant single gene disorder. The cause of the disease is Fibroblast Growth factor receptor-3 (FGFR-3) mutations and 80% of cases are new mutations (sporadic). The prevalence of the disease about 1/20,000-28,000 livebirths. While normal lifespan and normal intelligence are expected, neurological and orthopedic complications are common.

Amelia, micromelia, phocomelia

Amelia: Absence of 1 or more limbs.

Micromelia: Shortening of both proximal and distal segment of limbs.

Phocomelia: Shortening of the limb with hand/foot arising near trunk.

Hemimelia: Absence of distal limbs.

Disease is usually diagnosed with missing or severely shortened extremities 1st or 2nd trimester. Roberts Syndrome characterized by orofacial clefting with phocomelia/amelia.

Most chondrodysplasies with severe micromelia lethal in perinatal period and prenatal treatment is not possible. Survivors need orthopedic surgery spinal, limb surgery.

Campomelic dysplasia

Campomelia: Bowed limbs.

Rare, semi-lethal osteochondrodysplasia. It is characterized by bowed extremities with absence of fractures, cutaneous dimpling, hypoplastic scapulae, sex reversal in males (Ambiguous genitalia XY sex reversal (male to female))

The incidence of disease is 0.05-1.6/10,000 live births. It is sporadic autosomal dominant and caused by Haploinsufficiency of