

nital anomaly was present. Family was informed about karyotype and amniocentesis was recommended for excluding CPM type 3 because of normal USG findings. But family rejected other procedures and pregnancy is being monitored by USG. After delivery chromosome analysis and physical examination was planned from the fetus. True fetal trisomy 13 syndrome results in severe, multi-systemic congenital anomalies so such as this case CPM must exclude with other prenatal invasive test because of normal USG findings before decision of pregnancy termination.

PB-023

Antenatal vasa previa tanı ve takibi

Ece Öcal, Burcu Artunç Ülkümen, Halil Gürsoy Pala, Faik Mümtaz Koyuncu

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa

Nadir görülen vasa previa, fetal damarların servikal os üzerinden velamentöz insersiyosu olarak tanımlanmaktadır. Fetal damarlar wharton jölesiyle korunmadığı için rüptüre yakındır. Damarların rüptüre olması halinde fetüste masif kan kaybı riski vardır. Ortalama perinatal mortalite %58–%73 arasındadır. Vasa previa için en önemli risk faktörleri; bilobüle, Succentriate loblu ve alt segmente uzanan plasenta, çoğul gebelikler, in vitro fertilizasyon sonrası oluşan gebelikler ve gebeliğin ikinci üç ayında plasenta previa öyküsüdür. Vasa previa, membran rüptürü sonrası, rüptüre fetal damarlardan kaynaklanan vaginal kanama ile karakterizedir. 23 yaşında gravidada 1 parite 0 ve 30 hafta gebeliği olan hasta kanlı vaginal akıntısı olması üzerine tarafımıza başvurdu. Yapılan spekulum muayenesinde koyu kırmızı renkli yoğun akıntı hali izlendi. Serviks olağan görünümde, kapalı forme idi. Ultrasonografi incelemesinde fetal biometri 25–26 hafta ile uyumlu; fetal kalp hızı olağan, anterior yerleşimli plasenta, amnion volümü yeterli ve presentasyon baş olarak izlendi. Servikal uzunluk 310 mm olarak ölçüldü. İnternal servikal os ile baş arasında doppler akımda sinyal veren alanlar izlendi. İzlenen görüntü klinik ile birleştirildiğinde hasta vasa previa olarak değerlendirilerek kliniğimizde takibe alındı. Akciğer maturasyonu için bethametason dozları yapıldı. Non-stres test takiplerinde reaktivite iyi, kontraksiyon izlenmedi. Ped takibine alınan gebenin takiplerinde aktif kanaması olmadı. Geçmişte, vasa previa genellikle doğum eylemi esnasında vaginal tüşede membranlar içinde fetal damarların palpasyonu ya da akut başlangıçlı vaginal kanama görülmesi ve takibinde fetal bradikardi gelişimi ya da membranların rüptürü sonrası ölüm ile saptanırdı. Ancak günümüzde sonografi ve doppler ultrasonografinin kullanımı ile vasa previa antenatal olarak saptanır hale gelmiştir. Transabdominal, transvaginal ya da translabial yaklaşımlarla görüntüler alınabilir. Doppler ultrasonografide

umbilikal arter dalga formlarının, fetal kalp hızıyla uygunluk göstermesi ile tanı konfirme edilir. Antepartum tanı, intrapartum tanıyla karşılaştırıldığında fetal sağkalım oranlarının artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle vasa previa tanısı erken konulmalı ve programlı sezaryen planlanmalıdır.

PB-024

Ebstein anomalisi antenatal tanı ve yönetimi

Halil Gürsoy Pala, Burcu Artunç Ülkümen, Faik Mümtaz Koyuncu, Yıldız Uyar, Yeşim Bülbül

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa

Ebstein anomalisi, triküspid kapağın septal ve posterior lifletlerinin sağ ventrikül içerisinde inferiora doğru kaymış olduğu ve sağ ventrikülün çeşitli düzeylerde hipoplazi ve disfonksiyonunun olduğu bir hastalıktır. 30 yaşında gravidada 2 parite 1 ve 27 hafta gebeliği olan hasta hidrops fetalis nedeniyle tarafımıza refere edildi. Öyküsünde ilaç kullanımı olmayan ve diğer gebeliğinde problem tespit edilmeyen gebeye yapılan ultrasonografi incelemesinde fetal biometri 26–27 hafta ile uyumlu; fetal kalp hızı olağan, sağ atrium geniş, triküspit kapak apikal yerleşimli, kardiomegali ve batında asit tespit edildi. Hasta Perinatoloji Konseyi'nde görüşüldü. Karyotip analizi ve gebeliğin takibi önerildi. Karyotip analizini kabul etmeyen aile; ayrıntılı olarak bilgilendirilerek doğum için yenidoğan yoğun bakım prostaglandin tedavisi gerekebileceği, ciddi aritmilerin gelişebileceği, medikal tedaviye cevap vermemesi halinde hastaya operasyon gerekebileceği vurgulandı ve kalp yetmezliği açısından yakın takibe alındı. Ebstein anomalisi'nde, sağ atriumdaki mega dilatasyon fizyopatolojiyi açıklayan en önemli anatomik patoloji unsurudur. Eğer tanı fetus viable olmadan önce konmuşsa gebeliğin sonlandırılması önerilmektedir. Bu durumda kalple ilgili ya da kalp dışı anomalilerin olup olmadığı araştırılmalı, karyotip tayini uygulanmalıdır. Konjestif kalp yetmezliği olup olmadığı araştırılmalıdır. Konjestif kalp yetmezliği ve ek anomali yoksa standart obstetrik yaklaşımı değiştirmeye gerek yoktur. Ancak anne ve babalar mortalitenin yüksek olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

PB-025

Aylarca intrauterin retansiyon halinde kalan missed abortus

Ayşe Beyaz, Berfin Ökmen, Alev Atış Aydın

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Missed abortus gebeliğin 20. haftasından önce fetusun intrauterin ölümüne rağmen takip eden haftalar ya da aylar süresince gebelik kesesini terk etmediği durumları anlatmaktadır. Re-

tansiyon sebepleri olarak uterusun uyarılmasını azaltan peritonit, kanser, uterus fibroidleri, laktasyon, fiziksel şok, kas hastalıkları, servikal atrezi ve stenozis gibi durumlar belirtilmekle beraber henüz hiçbir açıklama tatmin edici değil. 39 yaşında Suriye vatandaşı S.A. isimli, G3P2 sezaryenle doğum yapan hasta 05.02.2015 tarihinde hastanemize başvurup 8 aylık gebe olduğunu ifade etmiştir. Hastanın yapılan ultrasonografisinde intrauterin bozulmuş kalsifiye gebelik materyali, 3*4 cm hiperekojen yapı izlenmiştir. Son adet tarihini bilmeyen hastanın gebelik haftası iki aylık iken başka bir merkezde yapılan USG kaydına göre (07.07.2014 CRL:8w+3d) 39w+1d olarak belirlenmiştir. Rutin gebelik kontrollerine gitmeyen hasta bugüne kadar gebeliğe bağlı hiçbir şikayeti olmadığını belirtmiştir. Missed abortus ön tanısıyla hasta ileri tetkik ve tedavi için hastanemize interne edilmiştir. Hasta Perinatoloji Kliniğinde perinatologlar tarafından değerlendirilmiştir, USG bulguları: 70*20*63 mm heterojen ekojenitede pıhtılı alan, içinde hipoeikoik alanlar bulunduran, eşliğinde belirlenebilir fetal yapı bulundurmayan, en derin cebinde 3.6 cm sıvısı bulunan yaklaşık intrakaviter hacmin 3/4'ünü kaplayan kitle saptandı. Myometrium 0.8 cm olarak ölçüldü. Renkli Doppler Ultrasonda kitlenin içinden sinyal alınamadı. Laboratuvar bulguları: tam kan sayımı normal, APTT 30,3 sn, PT 12,5 sn, INR 1, BHCG 583.7 mIU/ml. 06.02.2015 tarihinde misoprostol ile indüksiyon başlatıldı. Abort materyalinde 50 g altında cinsiyeti belli olmayan fetus gözlendi, patolojik incelemeye gönderildi. Patoloji sonucu missed abortus ile uyumlu geldi. Ölü fetus uzun süreden beri retansiyona uğramışsa koagülasyon mekanizmasında önemli değişiklikler olduğu görülmüştür. 16–18 gebelik haftalarında veya 5 haftaya kadarki retansiyonlarda bu değişikliklerin nadiren görülmesi dolayısıyla önlem alınmasına gerek görülmemiştir. Bu olgu bu kadar uzun süreli retansiyonda kalmış missed abortus olması dolayısıyla sunulmuştur.

PB-026

Down sendromu ve unilateral pelviyektazi: Olgu sunumu

Ebru Çelik Kavak¹, Salih Burçin Kavak¹, Yakup Baykuş², Raşit İlhan¹, Helin Bağcı¹, Behzat Can¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ; ²Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kars

27 yaşında, evli ev hanımı olan olgu dış merkezde unilateral pelviyektazi tespit edilmesi üzerine kliniğimize gönderildi. İlk gebeliği olan ve eşi ile akrabalığı bulunmayan olgunun son adet tarihine göre 20 hafta 4 gün gebeliği mevcuttu. 1. trimesterde kombine test yaptırmayan olgu düzenli olarak takibe gittiği dış merkezde tek taraflı böbrek pelvis genişlemesi tespit edildiğinden kliniğimize gönderildi. Yapılan genetik sonogramda fetal nukal kalınlıkta artma (NK: 9.6 mm), lateral ventrikül içerisinde-

de sağ tarafta 5.85 mm'lik koroid pleksus kisti ve sol böbrekte pelviyektazi (AP Çap: 16 mm) tespit edildi. Diğer organ ve sistemlerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Mevcut bulgularla olası kromozomal anomalileri dışlamak üzere olgu bilgilendirildi ve amniosentez yaptırmak istedi. Konvansiyonel karyotipleme sonucu Down sendromu olarak tespit edilmesi üzerine olgu 23 hafta 1 gün gebe iken isteği üzerine termine edildi.

PB-027

Trizomi 18 olgusunda ultrasonografi bulgularımız: Olgu sunumu

Ebru Çelik Kavak¹, Salih Burçin Kavak¹, Yakup Baykuş², Numan Çim³

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ; ²Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kars; ³Yüzyıllı Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van

36 yaşında, evli ev hanımı ve 7. gebeliği olan olgu dış merkezde tek umbilikal arter tespit edilmesi üzerine kliniğimize gönderildi. Önceden 2 abortusu ve yenidoğan döneminde nedeni bilinmeyen bir kaybı olan olgunun eşi ile akrabalığı bulunmuyordu. Son adet tarihini bilmeyen olgunun 1. trimester CRL ölçümüne göre 18 hafta 2 gün gebeliği mevcuttu. 1. trimesterde kombine test yaptırmayan olgunun yapılan Üçlü tarama testinde trizomi 18 riski 1/50 olarak tespit edildi. Yapılan genetik sonogramda plasenta posteriorda yerleşmiş olup, hafif polihidramnios (tek kadranda 82 mm) tespit edildi. Umbilikal kord incelendiğinde tek umbilikal arter tespit edildi. Yapılan kardiyak incelemede geniş AVSD tespit edildi. Diğer organ ve sistemlerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Mevcut bulgularla olası kromozomal anomalileri dışlamak üzere olgu bilgilendirildi ve amniosentez yapıldı. Konvansiyonel karyotipleme sonucu Edward sendromu olarak tespit edilmesi üzerine olgu 21 hafta 5 gün gebe iken isteği üzerine termine edildi.

PB-028

Meckel-Gruber sendromu: Olgu sunumu

Hilal Sakallı¹, Deniz Cemgil Arıkan¹, Hasan Büyükaşık²

¹Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş; ²Elbistan Özel Yaşam Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kabramanmaraş

Amaç: Çalışmamızda, prenatal dönemde tanısı konulan Meckel-Gruber sendromu (MGS) olgusunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Meckel-Gruber sendromu 17q21-24, 11q13 ve 8q24 kromozomlarda lokalize, otozomal resesif geçişli, letal bir konjenital anomalidir. Klasik triadında polikistik böbrekler (%100), ensefalosel (%90) ve polidaktili (%83) vardır. Tanı için 3 bulgunun 2'si bulunması gerekmektedir.