

nünden kafa karıştırıcı olabilir. Bu dönemdeki tanı etiyolojisi net olarak ortaya koymayabilir ve postnatal dönemdeki seyri kestirmek her zaman kolay değildir. Tanı sıklıkla postnatal dönemde yapılan detaylı incelemelerle konulur.

Prenatal dönemde ayırıcı tanıda: mesanenin dilate olduğu vakalarda üreterlerde genişleme olsun ya da olmasın obstrüktif üropati düşünülmelidir. Otozomal resesif, otozomal dominant multistik böbrek (ODMKB) hastalığı ve renal displazi ekojenik görünümün en sık sebepleridir. Detaylı aile hikâyesi, ailenin renal ultrasonografisi ODMKB hastalığının ayırıcı tanısında kullanılabilir. Ekojen böbrek tespit edildiğinde ek anomali izlenirse, karyotip analizi önerilmelidir.

Amniyotik sıvının normal olması, altta yatan nedenler ve doğum sonrası seyrindeki farklılıklar nedeniyle önemlidir. 19 vakalık bir seride; doğum sonrası %21 fetusun böbreklerinde fonksiyon ve ultrasonografik görünüm normal izlenmiştir. Ancak kalan hastaların %26'sı otozomal resesif böbrek hastalığı ya da multistik displazi nedeniyle kaybedilmiş, %53'ünde postnatal ultrasonografik anomaliler tespit edilmiştir. Doğum sonrası yaşam prenatal ultrasonografideki normal amniyotik mayi ile ilişkilidir. Ekojenik böbreği olan ancak ultrasonografide normal piramidal görünüm ve amniyotik sıvıya sahip olan 8 fetusta postnatal dönemde normal oldukları görülmüştür. Postnatal dönemde %63 hastada ekojenite kaybolmuştur. Ancak 6 vakalık başka bir seride iki fetusta anormal karyotip, iki fetusta normal böbrek fonksiyonlarına sahip ancak basit kistler içeren böbrekler, ikisinde ise otozomal dominant böbrek hastalığı tespit edilmiştir.

Terminal evre böbrek yetmezliği, anüri ve ciddi oligohidramnios saptanan hastalarda etiyolojiye bakılmaksızın seyrin kötü olacağı söylenebilir. Viyabilite öncesi sonlandırılan vakalarda otopsi ve histolojik inceleme çok önemlidir. Doku örneklerinde DNA analizi ile genetik sendromların bir kısmının (ORPKB, ODPKB, Meckel-Grubel, Beckwith-Wide-man sendromu gibi) tanısı konulabilir.

KÖ-42 [09:30]

Olgu sunumları: Tanınız ne olmalıdır?

Melih Atahan Güven

Acıbadem Kadıköy Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Spontan gebeliklerin yaklaşık %1.5-2'sinde doğumsal malformasyonlar izlenmekte olup, IVF gebeliklerinde bu oran %3-4'tür. Yurdumuzda sık görülen akraba evliliklerin de ise %4-6 oranında doğumsal- yapısal anomali gözlenmektedir. Bugünkü sunumda amaç; dinleyicilere rutin hayatlarında karşılaşacakları nadir ve sık görülebilecek anomalilerin tanısını kolaylaştırmaya yönelik bilgiler (video sunum eşliğinde) vermek olacaktır. Video sunumları 10 sn civarında olup izleyicilerden muhtemel tanıları istenecektir (inaktif sunum sırasında). Olgunun son tanısı ve olgu ile kısa bilgiler olgu su-

numu sırasında dileyiciye aktarılacaktır. Sunum sonunda dinleyici yaklaşık 10-12 farklı anomalili vakayı izleyecek, görececek, tanısını koyacak ve de tanıya giden yolda dikkat etmesi gerekenleri öğrenecektir.

KÖ-43 [09:45]

Ultrasonografi ve mesleki profesyonizm

Mekin Sezik

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

Profesyonel, “işini iyi bilen ve bunu çevresine kanıtlamış olan, bilgi düzeyini sürekli güncel tutan kişi” olarak tanımlanmaktadır. Mesleki profesyonizm ise Baltaş tarafından “çeşitli yetkinlikleri içeren bir tutum, bir bakış açısı ve bir davranış biçimi” olarak tanımlanmıştır. Ancak, özellikle tıpta profesyonizmin bu tanımlardan daha fazlasını içerdiği söylenebilir. Bunlar arasında altruizm (diğerkâmlık, özgecilik), hesap verebilirlik, mükemmeliyet, sorumluluk alma, hizmet sunma, haysiyet, dürüstlük ve diğerlerine saygı gibi birçok kavram bulunmaktadır. Başkalarının yararını da kendi yararı kadar gözetme ya da diğer insanlara maddi veya manevi kişisel çıkar gözetmeksizin yararlı olmaya çalışma, alınan karardan etkilenecek kişilere hesap verebilme ve hesap verebilirliğin ön şartı olan şeffaflık, aslında hekimlikte güven ilkesinin esaslarını oluşturmaktadır.

Günümüzde otonomiden hesap verebilirliğe, uzman görüşünden kanıta dayalı tıbbı, bireysel çalışmadan ekip çalışması ile sorumluluk paylaşımına doğru bir paradigma değişimi yaşanmaktadır. Obstetrik ve jinekolojik ultrasonografi de bu dönüşümün dışında değildir. Bu alanda da profesyonizm ilkelerinin daha özenli olarak uygulanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Ultrasonografik tanı, örüntü tanımaya dayanmaktadır; dolayısıyla, özellikle sosyal medyada görüntü ve benzeri paylaşımlara açık bir alandır. Ancak, sosyal medyanın sağlık çalışanları tarafından kullanımı, deyim yerindeyse iki ucu keskin kılıçtır. Hekimlerin interneti klinik dışı kullanımı (elektronik reçete, elektronik hasta dosyaları, çevrimiçi konsültasyonlar veya mesleki yazışma grupları dışındaki) sosyal ağlar, bloglar ve diğer bazı platformları içermektedir. Bu şekilde kullanım, yararlı olabilir; ancak, sınırlar bulanıktır ve internetteki paylaşımların içeriği önem taşımaktadır.

Hekimlerin şikayete konu olmasının tek sebebinin profesyonellik dışı davranışlar olmadığı açıktır. Ancak; son yıllardaki araştırmalarda, profesyonizm ihlalleri ile hekim şikayetleri arasında bağlantı gösterilmiştir. Yine de, sorun daha derinlerde olabilir. Ne yazık ki profesyonizm ihlallerinin, uzmanlık öncesi ve sonrası tıp eğitimi kökenli olduğu ve süreklilik kazandığı görülmektedir. Tıp fakültemizdeki öğrencileri içeren yeni bir çalışmada dönem 3 (preklinik) öğrencilerinin %56'sı, dönem 4'tekilerin ise %65'i hastalar veya diğer çalışanlar ile “alay

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, sísterna 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, intact 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 hipoekoik 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 açılarak eğildiğinde görünür ve tipik “eşittir” işareti belirir. Bu, ikinci, transvers kesitten yararlanan yöntem, frontal yaklaşımdan daha iyi sonuçlar vermektedir.

KÖ-45 [10:45]

Fetal böbrek anomalileri: Teşhis ve yönetim

Deniz Cemgil Arıkan

Kabramanmaraş Şütcü 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 embriyolar 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, sağlı 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.