

lı bir durumdur. İlk trimestr düşüklüklerinden sonra görülmesi çok nadirdir ve genellikle tıbbi tedaviye cevap verir.

**Olgu:** 27 yaşında, daha önce 2 kez sezeryan olmuş olan kadın, 8 haftalık gebe iken missed abortus nedeniyle küretaj yapılmış. Patolojik incelemede anormal bir sonuç gözlenmemiş. Küretaj sonrasındaki ilk haftada herhangi bir kanaması olmamış. Bir hafta sonra şiddetli kanama olması üzerinde başvurduğu aynı sağlık tesisinde oksitosin indüksiyonu ile kanama durdurulmuş, uterin kavite ve batın içerisinde herhangi bir bulgu gözlenmemesi üzerine taburcu edilmiş. İki hafta sonra şiddetli karın ağrısı ve yoğun vajinal kanama şikayetiyle tekrar başvuran hastanın akut batın tablosunda olduğu görüldü. Ultrasonografik olarak batın içinde yaygın sıvı bulunduğu, uterus içinde koagulum olduğu görüldü. Hematokrit düzeyi %24 olarak ölçüldü. Laparotomi yapılan hastada her iki fimbrial uçtan batına doğru kanama olduğu görüldü, batın içinden 600 ml kan temizlendi. Sezeryan skarı çıkarılarak 2/0 vikril ile kontinü kapatıldıktan sonra uterus içi temizlendi ve uterusun kontraktıl olmadığı görüldü. Uterus içi kanamayı durdurabilmek için uterus 1 no vikril ile ön ve arka duvardan geçilerek paket şeklinde kapatıldı. Kan transfüzyonlarının ardından 2 gün sonra şifa ile taburcu edildi, 3 ay sonra histerektomi yapılarak uterus içi kontrol edildi. Hafif adhezyonlar açıldı. 6 ay sonraki kontrolünde ultrasonografik ve muayene olarak herhangi bir patoloji saptanmadı.

**Sonuç:** Hayatı tehdit eden kanamalar erken gebelik döneminde ve erken abortuslardan sonra seyrek de olsa olabilmektedir. Uterusu paket şeklinde dikmek, bir tedavi yöntemi olarak düşünülebilir.

**Anahtar sözcükler:** Atoni, abortus, kanama

## PB-127

### Renal transplantlı bir hastada güvenli vajinal doğum: Vaka takdimi

Tülay Özlü<sup>1</sup>, Melahat Emine Dönmez<sup>1</sup>, Emine Dağıstan<sup>2</sup>, Hikmet Tekçe<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu; <sup>2</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Bolu; <sup>3</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı, Bolu

**Amaç:** Renal transplantı olan komplike olmamış gebelerde vajinal doğum mümkündür. Bu vaka takdiminde renal transplantlı bir hastada güvenli vajinal doğum olgusunun sunulması ve bu tür vakalarda sezaryenin olası ek risklerinin vurgulanması amaçlandı.

**Olgu:** 40 yaşında (G4P3), 5 yıl önce hipertansiyona bağlı gelişen son dönem böbrek hastalığı nedeniyle renal transplantasyon yapılan hasta 392/7 gebelik haftasında kliniğimize baş-

vurdu. Transplantasyon sonrası böbrek fonksiyonları ve kan basıncı normal seyreden hastanın geçmiş ve şimdiki obstetrik hikayesinde özellik bulunmamakta idi. Fetal gelişim, amniyon sıvısı, umbilikal arter Doppleri de normal sınırlarda idi. Sağ iliak fossadaki transplante böbrek ultrasonda 1. derece hidronefroz dışında normal olarak değerlendirildi. Fakat, transplante böbrek ile iliak damarlar arasındaki vasküler anastomozların uterus alt segmentine yakınlığı dikkat çekmekte idi. Geçmiş cerrahi kayıtlardan renal venin eksternal iliak vene ve renal arterin internal iliak artere sağ tarafta anastomoz edildiği öğrenildi. Vajinal doğum için herhangi bir kontrendikasyon bulunmaması ve sezaryende transplante böbreğe zarar verme ihtimalinin olması nedeniyle hasta vajinal dinoprostolon uygulamasını takiben normal doğum için takip edildi. Sorunsuz bir vajinal doğumla 3540 gr sağlıklı bir kız bebek doğurtuldu.

**Sonuç:** Renal transplantlı hastalarda renovasküler ve üreter anastomozlarının ve böbreğin yerleşimi dolayısıyla sezaryenle doğumda bu yapılara zarar verme ihtimali olabilir. Abdominal kompresyon uygulanmadan gerçekleştirilecek normal vajinal doğum renal transplantlı hastalardan uygun olanlarda en güvenilir doğum şeklidir. Plasenta akreata gibi internal iliak arter ligasyonu yada sezaryen histerektomi gerektirebilecek bir durum bekleniyorsa, bu müdahaleler transplante böbreğin anastomozları için riskli olabileceğinden, cerrahi renal transplant cerrahının da ameliyata katılabileceği bir merkezde yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Anastomoz, doğum, hasar, renal, transplant

## PB-128

### Gebelikte minör travmalar: 173 olgunun değerlendirilmesi

Emin Üstünyurt, Cem Akaltun

Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa

**Amaç:** Bu çalışmada gebelikte minör travma sıklığının, türlerinin ve sonuçlarının araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Nisan 2011-Ekim 2012 tarihleri arasında Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Polikliniğine başvuran 33000 hasta kaydı incelenerek, travma şikayeti bulunan 173 olgu çalışma kapsamına alındı.

**Bulgular:** Gebelikte minör travma nedeni ile acil polikliniğe başvurma sıklığı %0.5 olarak saptandı. Olguların yaş ortalaması 26.8±5.4 idi. En sık travma şekli günlük aktiviteler sırasında düşme (%54.9) olarak belirlendi. Hastaneye başvuru sırasındaki ortalama gebelik haftası 21.6±9.2 idi. Olguların %51'i 13-24 haftalık gebeliği olan hastalardı. Hastaların

%83.2'sinin başvuru sırasında, travma öyküsü haricinde ek şikayeti yoktu. Geri kalan grupta en sık şikayet karın ağrısı idi (%13.3). Başvuru sırasında yapılan ultrasonografilerde 1 olguda intrauterin ex fetüs tespit edildi. Hastaların hospitalizasyon oranı %5.2 olarak gerçekleşti. Minör travma olgularının hiçbirisinde travma sonrası erken dönemde (1 hafta içerisinde) abortus, fetal kayıp ya da preterm doğum meydana gelmedi.

**Sonuç:** Gebelikte minör travmaların sonuçları genel olarak olumlu olsa da, bu durumun bazen fetüs ya da anne açısından ciddi komplikasyonlara yol açabileceği akılda tutulmalı ve tüm gebeler travma önleyici tedbirler konusunda antenatal dönemde bilgilendirilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, travma, tedavi

### PB-129

#### Acil servikal serklaj: Gebelik sonuçları ve doğum şekli üzerine etkisi

Yunus Çavuş<sup>1</sup>, Ahmet Uysal<sup>2</sup>, Deniz Balsak<sup>1</sup>, Zuat Acar<sup>1</sup>, Zehra İnce<sup>1</sup>, Fatma Uysal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır; <sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Kadın Doğum Bilim Dalı, Çanakkale; <sup>3</sup>Konak Kadın Doğum Hastanesi Radyoloji Bölümü, İzmir

**Amaç:** Acil servikal Serklaj (ECC)'in etkinliği ve doğum şekli üzerindeki etkisini değerlendirmek.

**Yöntem:** Nisan 2007 ve Temmuz 2011 ayları arasında Diyarbakır Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ve Seferihisar Necat Hepkon Devlet Hastanesi'ne başvurup Acil servikal serklaj yapılan 20 hasta retrospektif analize dahil edilmiştir.

**Bulgular:** Acil Servikal Serklaj sırasında, ortalama gebelik yaşı, servikal uzunluk ve servikal dilatasyon sırasıyla 21.4±2.2 hafta, 4.3±0.8 cm ve 11±2.4 mm'dir. Prosedür zamanı ile doğum haftası arasındaki ortalama süre 13.8 ± 4.9 hafta oldu ve bu süre bir canlı gebelik (p<0.05) korumak için yeterlidir. Bu çalışmada, 12 hastada (%60) vajinal doğum ve sekiz (%40) CS ile doğum yaptı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.371). Doğum sırasında gebelik haftası olarak bakıldığında >36 haftada %55, >32 haftada %70 ve %80'i >28 hafta doğum yaptı. Toplam canlı doğum oranı %90 idi.

**Sonuç:** Acil Servikal Serklaj fetusun yeterli canlılığı kazanması için yeterli zaman sağlamaktadır. Acil servikal serklaj doğum şeklini belirlemede farklılık kazandırmamaktadır. Doğum şekli acil servikal serklaj ile ilişkili değildir.

**Anahtar sözcükler:** Acil servikal serklaj, kurtarma serklajı, doğum şekli

### PB-130

#### Gebelikte risk değerlendirme

Akgül Kuru Oktay<sup>1</sup>, Burcu Kasap<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir; <sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla

Negatif bir olayın olma olasılığıyla ilgili bir terim olan risk, gebelik açısından normal koşullarda olması beklenmeyen ancak önceden var olan ya da gebelikte gelişebilecek bazı komplikasyonların ortaya çıkma olasılığını ifade eder. Gebelikte risk değerlendirilmesi; gebenin, fetusun veya doğum sonrası yenidoğanın, doğum öncesi bakım amaçlarına ulaşmak açısından herhangi bir riske sahip olup olmadığına karar verilmesine yardımcı olan süreçtir. Dünya genelinde ülkelerin ekonomik ve sağlık insan gücü kaynaklarının etkin kullanımı açısından farklı bakım düzeyi gerektiren gebelerin doğru tanımlanması amacıyla gebelerin risk durumlarını belirlemeye yarayan risk değerlendirme sistemleri geliştirilmiştir. Değerlendirilen durum ve değerlendirme metodları yıllar geçtikçe değişmesine rağmen, maternal bakımda risk değerlendirme ve yönetimi önemli bakım komponenti olmaya devam etmiştir. Günümüze kadar geliştirilen obstetrik risk değerlendirme, risk faktörlerinin basit olarak toplamı esasına dayanmaktadır. Birinci düzey olarak tanımlanan obstetrik risk değerlendirme, olumsuz perinatal sonuç riskini klinik değerlendirme ile saptama yöntemidir. İkinci düzey risk değerlendirme, tek bir risk faktörünün varlığı veya yokluğu esasına dayanmaktadır. Bu risk değerlendirmesinde bütün risk faktörlerinin sonuç üzerinde eşit etkiye sahip olduğu varsayıldığından gebelerin büyük çoğunluğu yüksek riskli olarak hesaplanmaktadır. Üçüncü düzey risk değerlendirmesinde ise, farklı risk faktörlerinin sonuç üzerinde de farklı etkiye sahip olduğunu belirtmek amacıyla her bir risk faktörüne o faktörün istatistiksel ağırlığına göre puan verilmektedir ve klinik olarak yapılan değerlendirmeden daha etkilidir. Gebelik fizyolojik bir durum olmasına karşın, annenin sağlık düzeyini yükseltmek, gebelik komplikasyonlarının zamanında tanı ve tedavisini sağlamak, anneyi eğitmek, doğuma hazırlamak açısından gebelik döneminde risk değerlendirmesinin yapılması gereklidir. Bu uygulamaların toplumun temeli olan annelerin ve toplumun geleceği olan çocukların sağlığını daha yaşamın başlangıcında güvence altına alacağı açıktır.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, risk değerlendirme, gebelik komplikasyonu

### PB-131

#### Dünyada ve Türkiye'de perinatal mortalite

Akgül Kuru Oktay<sup>1</sup>, Burcu Kasap<sup>2</sup>