

ta popülasyonlarında yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmalara gerek duyulmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Nötrofil/lenfosit oranı, ortalama trombosit hacmi, preeklampsi, trombosit/lenfosit oranı

## PB-022

### İlk trimester maternal serum PAPP-A, serbest $\beta$ -hCG değerleri ve hematolojik parametrelerin preeklampsi ile ilişkisi

Bülent Çakmak, Fulya Zeynep Metin, Mehmet Can Nacar  
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, ilk trimester maternal serum gebelikle ilişkili plazma protein A (PAPP-A), serbest beta-human koryonik gonadotropin ( $\beta$ -hCG) değerleri ve hematolojik parametrelerin preeklampsi ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Ocak 2011 – Aralık 2012 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde antenatal takiplerinde ilk trimester tarama testi yaptıran ve sonrasında preeklampsi tanısı konulup doğumu gerçekleştirilen 26 hasta çalışmaya alındı. Kontrol grubu olarak aynı yaş ve obstetrik özelliğe sahip 26 hasta çalışmaya dahil edildi. İlk trimesterde ölçülen serum PAPP-A ve  $\beta$ -hCG değerleri ile kan hemoglobini ve trombosit değerleri iki grup arasında karşılaştırıldı. PAPP-A ve  $\beta$ -hCG değerleri için gebelik yaşı ve maternal ağırlığa göre medyan katsayıları (Multiples of Median, MoM) hesaplandı.

**Bulgular:** Preeklampsi grubunda serum PAPP-A değerleri kontrol grubuna göre daha düşük saptandı ( $1.4 \pm 0.7 / 0.9 \pm 0.3$  MoM) ( $p < 0.05$ ). Serum  $\beta$ -hCG değerleri açısından iki grup arasında fark saptanmadı. Bununla birlikte ense saydamlığı (NT) ölçüm değerleri preeklampsi grubunda daha yüksek tespit edildi ( $p < 0.05$ ). Hemoglobin ve trombosit değerleri preeklampsi grubunda daha düşük bulundu ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** İlk trimester maternal serum düşük PAPP-A değerleri preeklampsi gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. İlk trimesterde rutin taramada olan diğer parametrelerin de preeklampsi gelişim riskini değerlendirmek için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Preeklampsi, PAPP-A,  $\beta$ -hCG.

## PB-023

### İkiz gebeliğe indirgenen çoğul gebeliklerin klinik sonuçları ve karşılaştırılması

Rahime Nida Ergin<sup>1</sup>, Murat Yayla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bahçeşehir Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>International Hospital, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

**Amaç:** İkiz gebeliğe indirgenen çoğul gebeliklerin klinik sonuçlarının saptanması ve başlangıç çoğul gebelik fetüs sayısına göre bu sonuçların karşılaştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** 2002-2012 yılları arasında gebelik takibi yapılmış olup ikiz gebeliğe indirgenen bütün çoğul gebeliklerin tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Saptanmış ya da şüpheli anatomik ya da genetik anomalisi olan, CRL, NT, doğum ağırlığı ölçüm verileri eksik olan çoğul gebelikler ve tek fetusa indirgenenler veri analizlerinden dışlandı.

**Bulgular:** Toplam 133 gebelik istatistiksel analizlere dahil edildi. Çoğul gebeliklerin %77'si (n=102) üçüz olup %23'ü (n=31) dördüz idi. Çoğul gebeliklerin büyük çoğunluğu %95.5'i yardımcı üreme teknikleri sonucu gelişmiş olup, %4.5'i spontan gebelikti. İkiz gebeliğe indirgenen bütün çoğul gebeliklerin başlangıç fetüs sayısına göre CRL ölçümleri, doğum haftası ve doğum ağırlıkları açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Başlangıçta dördüz olan ikizlerin, başlangıçta üçüz olan ikizlere göre daha erken gebelik haftasında daha düşük doğum ağırlığı ile doğdukları saptandı. CRL ölçümleri ile ifade edilen büyüme paternlerinin 12-13 gebelik haftasında farklılık göstermeye başladığı görüldü.

**Sonuç:** İkiz gebeliğe indirgenen çoğul gebelikler başlangıç fetüs sayısına göre CRL ölçümleri, doğum haftası ve doğum ağırlıkları açısından farklılık göstermektedir. İkiz gebeliğe indirgenen çoğul gebeliklerin sonuçlarındaki farklılık erken dönemdeki büyüme paternine bağlı olabilir.

## PB-024

### İkinci trimester tarama nedenli gebelik sonlandırmalarının maternal sonuçları ve induksiyon tiplerinin karşılaştırılması

Arif Güngören<sup>1</sup>, Rahime Nida Ergin<sup>2</sup>, Kenan Dolapçioğlu<sup>1</sup>, Dilek Benk Şilfeler<sup>1</sup>, Oğuz Uyar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay; <sup>2</sup>Bahçeşehir Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İstanbul

**Amaç:** İkinci trimester fetal anomali taraması nedenli gebelik sonlandırmalarının maternal sonuçlarının saptanması ve induksiyon tiplerinin karşılaştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Ocak 1999 ve Aralık 2012 tarihleri arasında ikinci trimester fetal taraması yapıp gebelik sonlandırılması induksiyon tüm gebe hastaların medikal kayıtları retrospektif olarak

incelendi. İkinci trimester fetal anomali taramasına bağlı nedenler dışındaki sebepler ile gebelik sonlandırmaları yapılanlar ve dosyasında eksik veri olanlar data analizlerinden dışlandı.

**Bulgular:** Toplam 89 hasta istatistik değerlendirmeye alındı. Ortalama anne yaşı  $29.52 \pm 6.72$  olup ortalama gebelik haftası  $19.78 \pm 3.60$  hafta saptandı. Genel olarak anomaliler majör sonografik anomaliler (%68), talassemia major/orak hücre anemisi (%13) ve anhidroamnios (%19) saptandı. Hastalara verilen indüksiyon protokolleri ve yüzdeleri; 4x200 mcg vajinal + 6x200 mcg oral (%41.5), 2x200 mcg vajinal + 4x200 mcg oral (%17) ve 3x200 mcg vajinal + 3x200 mcg sublingual (%41.5) olarak saptandı. Ortalama hastanede kalış süresi  $42.20 \pm 18.98$  saat saptandı. İndüksiyon sonrası küretaj gereksinimi %57.3 olarak saptandı. Sadece 1 olguda histerotomi gereksiniminin olduğu görüldü (%0.01). Olgularda başka bir maternal komplikasyon gelişmemiş olduğu görüldü. Oranlar 3x200 mcg vajinal + 3x200 mcg sublingual grupta daha az saptandı ( $p=0.007$ ).

**Sonuç:** İkinci trimester fetal anomali taraması nedenli gebelik sonlandırmalarına bağlı maternal komplikasyonlar yok denecek kadar nadir olup mevcut indüksiyon protokolleri güvenlidir.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, İkinci trimester, indüksiyon, komplikasyon, maternal, terminasyon

## PB-025

### Fetal atrial fluttere bağlı gelişen non-immun hidrops fetalisin transplasental antiaritmik ilaçlarla tedavisi: Olgu sunumu

*Hülya Ayık, Özgür Özdemir, Bekir Sıtkı İsenlik, Onur Erol, Gül Alkan Bülbül, Aysel Uysal Derbent, Selahattin Kumru*  
*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**Amaç:** Atrial fluttere bağlı nonimmün hidrops fetalisi olan bir fetusun transplasental antiaritmik ilaçlarla tedavi edildiği bir olgunun sunumu.

**Giriş:** Fetal vücut boşluklarında sıvı birikimi, polihidramnios, plasental ödem bulguları ile tanıyan hidrops fetalisi 830-3.500 doğumda bir rastlanan mortalitesi %50-100 arasında değişen, çoğunlukla nonimmün nedenlerle oluşan bir tablodur. Hidrops fetalisi immün(%10-20) veya nonimmün(%80-90) nedenlerle gelişebilir. Kardiyak nedenler hidrops vakalarının %20-25'ini oluşturmaktadır ve mortalitesi nedene bağlı olarak %50-98 arasında değişmektedir.

**Olgu:** Yirmibir yaşında ilk gebeliği olan SAT' a göre 30 haftalık gebe hasta fetal hidrops tanısıyla kliniğimize refere edildi. USG'de 30 haftalık gebelikle uyumlu fetusta plevral efüz-

yon, batında yaygın asit görüldü. MCA Doppler anemi ile uyumlu değildi. Fetal ekoda kalp ve büyük damarlarda anatomik defekt saptanmadı. Atrial flutter izlendi. Kalp hızı 245 atım/dk idi. 2x0.5 mg parenteral digoksin tedavisine başlandı. Bir haftalık takipte kalp hızı 225 atım/dk civarında idi. Digoksine ilaveten sotalol eklendi (2x80 mg). Tedaviye 10 gün devam edildi. Kalp hızında belirgin yavaşlama olmadı (215 atım/dk). Sotalol tedavisi sonlandırılıp digoksin ve amiodaron (2x200 mg) tedavisine geçildi. Tedaviye 14 gün devam edildi. Hidrops geriledi. Kardiyak hız 180 atım/dk'ya düştü. 35.haftada bebek doğurtuldu. Doğum sonrası kardioversiyonla sinüs ritmine dönüldü. Antiaritmik ilaç verilmeden takip edildi. Yenidoğan 30 günlük iken sorunsuz taburcu edildi. Şu an 40 günlük olan yenidoğanın nabızı 100-120 aralığında, nörolojik muayenesi normal, genel durumu iyi, vital bulguları stabil olarak seyretmektedir.

**Sonuç:** Fetal taşiaritmilere bağlı olarak gelişen non-immün hidrops bulguları tedavi ile gerileyebilir. Digoksin fetal aritmilerin tedavisinde ilk seçenek ajandır ancak yanıt alınmadığında sotalol veya amiodaron ile kombine edilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Non-immün hidrops fetalisi, fetal atrial flutter, digoksin, sotalol, amiodaron

## PB-026

### Fetal serebral ventrikülomegalide kromozomal anomali sıklığı

*Cenk Gezer<sup>1</sup>, Atalay Ekin<sup>1</sup>, Mehmet Özeren<sup>1</sup>, Cüneyt Eftal Taner<sup>1</sup>, Özge Özer<sup>2</sup>, Altuğ Koç<sup>2</sup>, Muzaffer Bilgin<sup>3</sup>, Naciye Sinem Gezer<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup>İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir; <sup>2</sup>İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Genetik Anabilim Dalı, İzmir; <sup>3</sup>Osmanlı Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyostatistik ve Medikal İnformatik Anabilim Dalı, Eskişehir; <sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

**Amaç:** Fetal serebral ventrikülomegali, anöploidi için tanımlanmış ultrason belirteçlerinden biri olup saptanması halinde detaylı fetal anatomi taraması yapılmasını gerektirmektedir. Serebral ventrikülomegaliye eşlik eden diğer organ sistemlerindeki anomalilerin saptanması durumunda, fetal ve neonatal prognoz anlamlı derecede kötüleşmekte, bu fetuslara karotipleme yapılması daha da önemli bir hale gelmektedir. Bizim çalışmamızın amacı, ultrason tetkiki sonucunda ventrikülomegali saptanan fetuslarda eşlik eden anomaliler ve ventrikülomegali şiddeti de göz önüne alınarak kromozom anomalisi sıklığını araştırmaktır.

**Yöntem:** Perinatoloji departmanımızda yapılan ikinci trimester fetal anomali taramasında, izole veya izole olmayan