

lik transvers insizyon açılarak fetüs ve ekleri doğurtuldu. Fetus 240 gr., 20 cm ve erkek idi. Plasenta ve ekleri temizlendi. İntraservikal, foley kondom yerleştirildi. 300cc SF ile şişirildi. Aort klempı açıldı. İşlem yaklaşık 25 dakika sürdü. Douglasa 1 adet foley dren yerleştirildi. Kanama kontrolü yapıldı. Olgu stabil bulgularla servisteki yatağına alındı.

Sonuç: Literatürde servikal ektopik gebelik tanısı genellikle 1. trimester olguları ile sınırlıdır. İleri gebelik haftalarında başvuran olgularda serviks, uterin fundus ve fetus lokalizasyonun öncelikle değerlendirilmesi tanıda gecikmeleri önlemek için hayati öneme sahip gözükmemektedir.

Anahtar sözcükler: 2. trimester, servikal ektopik gebelik.

PB-012

Edward sendromu: Olgu sunumu

Sevcan Arzu Arıkan, Resul Arısoy, Emre Erdoğan, Oya Demirci, Oya Pekin, Mesut Polat, Murat Muhcu

S.B. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Down sendromundan sonra ikinci sıklıkla görülen otozomal kromozomal hastalık olan Edward Sendromunda, olguların çoğu yaşamın ilk yılında ağır kardiyak patolojiler nedeniyle kaybedilmektedir. Biz de prenatal tanı almış Edward sendromu olgusunu sunmayı ve yönetimini tartışmayı amaçladık.

Olgu: Otuz beş yaşında gravida 2, parite 1 olan gebenin son adet tarihine göre 17 hafta 5 günlükken yapılan ultrason muayenesinde alobar holoprosensefali, probiosis, hipotelorizm, polidaktili ve orta hatta yarı damak dudak tespit edilmiştir. Karyotip analizi yapıp aile fetusun prognozu açısından bilgilendirilmiştir. Aileye gebeliğin terminasyonu seçeneği sunulup takibinde terminasyon yapılmıştır.

Sonuç: Holoprosensefali ile birlikte yüzün orta hat defektlerinin saptandığı olgularda, hastaya karyotip analizi ile birlikte terminasyon seçeneği sunulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Edward sendromu, trizomi 18, prenatal tanı.

PB-013

Prenatal tanı koyulan sağ aortik ark ve aberran sol subklavian arter anomalisi: Olgu sunumu

Şebnem Erol Türkylmaz¹, Gürcan Türkylmaz², Resul Arısoy¹, Emre Erdoğan¹, Oya Demirci¹, Oya Pekin¹, Pınar Kumru¹, Murat Muhcu¹

¹Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; ²Beykoz Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Amaç: Prenatal tanı almış sağ aortik ark ve aberran sol subklavian arter olgusunun sunulması ve tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 29 yaşında, gravida 2, parite 1 olan gebe 19. gestasyonel haftada yapılan üçlü tarama testinde Edward sendromu riski yüksekliği nedeniyle tarafımıza refere edildi. Yapılan 2. Düzey ultrasonografi ve fetal ekokardiyografide sağ aortik ark ve aberran sol subklavian arter anomalisi tespit edildi. Diğer sistemlerin incelenmesinde ek anomali saptanmadı. Yapılan kordosentez sonucunda karyotip analizi normal bulundu ve Di George sendromuna ait mikrodelesyon saptanmadı. Rutin gebelik takiplerine devam edildi ve 39. haftada spontan vajinal doğum ile 3240 gr sağlıklı erkek bebek doğurtuldu.

Sonuç: Prenatal sağ aortik ark ve aberran sol subklavian arter anomalisi tespit edilen hastalarda karyotip analizi yapılmalı ve diğer ilişkili sendromlar araştırılmalı, fetal ekokardiyografi ve diğer sistemlerin ayrıntılı incelemesi yapılmalıdır. İzole sağ aortik ark ve aberran sol subklavian arter anomalisi saptanan olgularda prognoz iyidir.

Anahtar sözcükler: Aberran sol subklavian artery, prenatal tanı, sağ aortik ark.

PB-014

İkiz gebelikte sirenómia: Olgu sunumu

Selçuk Yazıcı¹, Mine İslimye Taşkın², Eda Üreyen³, Tanju Çelik⁴, Şenol Öztürk⁴, Betül Eser³, Ertan Adalı²

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir; ²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Balıkesir; ³Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Balıkesir; ⁴Bebek Uç Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Sirenómia oldukça nadir görülen(1/600.000-1/1.000.000), kaudal regresyon sendromunun major formu olarak tanımlanan çeşitli malformasyonlarla karakterize konjenital bir anomalidir. Sirenómia çoğunlukla ölümlü sonuçlanmaktadır. Bu olgu sunumunda ikiz gebelikte 2. trimesterde tanı konulan sirenómia vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 32 yaşında hasta (G3P2), 31. gebelik haftasında ikiz gebelik ve fetal anomali tanısıyla polikliniğimize başvurdu. Hastanın ilaç kullanımı, alkol kullanımı yada aile öyküsü yoktu. Yapılan ultrasonografik muayenede 32w+5 günlük diamniotik, canlı ikiz gebelik saptandı. 2. fetusta oligohidramnion, tek umbilikal arter saptandı, alt ekstremiteler birbirine yapışık olarak izlendi. Fetal böbrekler ultrasonografik olarak ayırt edilemedi ve mesane izlenmedi. 37. gebelik haftasında elektif sezaryen doğum ile 1. bebek 3000 gr, 48 cm, erkek, apgar 1.dk 9, 5. dk 10. doğurtuldu 2. bebek 2000 gr, 38 cm, apgar 1.dk 6 5. dk 8 ile doğurtuldu. 2. bebekte fizik muayenede, alt

ekstremitelerinin birleşik olduğu, eksternal genitalyanın küçük bir tomurcuk dışında gelişmediği, anüsünün açık olmadığı, tek umbilikal arterinin olduğu saptandı. Bebek postpartum 6. saatte ex oldu. Bebeğin yapılan ultrasonografisinde pelvik yerleşimli multikistik displastik atnalı böbrek izlendi. Mesane gözlenmedi. Karyotip analizi normal 46XY idi.

Sonuç: Sirenomelia nadir görülen konjenital bir anomalidir. Sirenomelianın 2. trimesterde teşhisi renal ageneziye bağlı oligohidramnios nedeniyle zor olabilir. Bu yüzden 1. trimesterde amniyon sıvısı yeterli iken yada 2. trimesterin başında fetusun ultrasonografik olarak anatomik yapılarının değerlendirilmesiyle erken prenatal tanı konularak aileye danışmanlık verilebilir.

Anahtar sözcükler: Sirenomelia, konjenital anomaliler, oligohidramnios.

PB-015

Anhidramnios ve/veya geçirilmiş sezaryenin medikal abortus süresine etkisi

Oya Soylu Karapınar, Arif Güngören, Kenan Dolapçıoğlu, Raziye Keskin Kurt, Dilek Benk Şilfeler, Hanifi Şahin, Ali Ulvi Hakverdi

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay

Amaç: Bu çalışmada kliniğimize çeşitli tanılarla yatmış olup tıbbi tahliye gerektiren olgularda, anhidramnios ve/veya geçirilmiş sezaryen olguları ile normal amnion miktarına sahip olan ve/veya vajinal doğum yapmış gebelerde abort etme süresinde herhangi bir farklılık olup olmadığını tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmada kliniğimize 2010-2013 yılları arasında başvuran anhidramnioslu 32 gebe ve spina bifida, hidrocefali, ensefalosel, anensefali, hidrops fetalis, multiple anomali, kalp anomali (hipoplastik sol kalp), down sendromu, Beta talasemi, orak hücre anemisi, kistik higroma gibi çeşitli tanılarla başvurmuş olup amnion sıvı miktarı normal olan 67 hasta kayıtları retrospektif olarak incelendi. Her iki grupta yaş, gravida, gebelik haftası, önceki doğum şekli, medikal tedaviye başlama saati ve abort etme saati kaydedildi. Revizyon küretaj işlemi uygulanıp uygulanmadığı not edildi. Tedavi olarak sezaryen geçirmiş olgulara 2x1 cytotec(Misoprostol-Prostaglandin E 1) vaginal ve oral, normal doğum yapmış olgularda ise 3x1 cytotec vaginal ve oral uygulandı.

Bulgular: İncelenen 99 gebenin yaş ortalaması 28.10±5.72 (15-47) olup gebelik haftası 17.94±3.40 (10-27) hafta saptandı. Hastalar anhidramnioslu olan ve amnion maisi normal olup anomali mevcut olan kontrol grubundan oluşturuldu. 32 (%32.3) hastada anhidramnios, 67 (%67.7) hastada çeşitli

anomaliler mevcuttu. Hastaların doğum şekline bakıldığında 62 (%62.6) tanesi vajinal doğum yapmış, 28 (%28.3) tanesi sezaryen geçirmiş, 9 (%9.1)'u primigraviddi. Hastalardan vajinal doğum yapmış ve primigravid olanlara 3x1 cytotec vajinal ve oral, sezaryen geçirmiş olanlara ise 2x1 cytotec vajinal ve oral uygulanmıştı. Abort sonrası 78 (%78.8) hastaya revizyon küretaj gereksinimi oldu. Abort etme süreleri anhidramnios grubunda ortalama 71.93±47.51 saat, diğer kontrol grubunda ise 79.08±52.62 saat olarak hesaplandı. P değeri 0.516 olarak hesaplanıp her iki grupta abort etme süresi benzer bulundu. Önceki doğum şekli ile abort etme süresine istatistiksel değerlendirme yapıldığında vajinal doğum yapmış hastalarda ortalama 69.95±31.24 saat, sezaryen geçirmiş hastalarda 87.07±74.38 saat, primigravidlerde ise 91.77±68.06 saat olarak hesaplandı. Gruplar arasında anlamlı fark görülmedi (p=0.220).

Sonuç: Tıbbi tahliye nedeni ile indüksiyon uyguladığımız hastalarda hastanın önceki doğum şekli (vajinal doğum veya sezaryen) veya primigravid olması, abort etme süresini etkilememiştir. Ayrıca anhidramnios varlığı abort etme süresini olumsuz etkilememiş olup normal amnion mayisine sahip hastalardaki süre ile benzerdir.

Anahtar sözcükler: Medikal abortus, anhidramnios, geçirilmiş sezaryen.

PB-016

Non-immün hidrops fetalis olgusu ve intrauterin transfüzyon: Olgu sunumu

Emre Ekmekçi¹, Seçil Kurtulmuş¹, Serpil Aydoğmuş², Sefa Keleşçi¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir;
²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Hidrops fetalis, fetüsün vücut boşluklarında sıvı toplanması ve yaygın yumuşak doku ödemine yol açan ekstrasvasküler kompartımanda aşırı sıvı birikimidir. NİHF etiyolojisinde kromozom anomalileri, kardiyak yapısal malformasyonlar, aritmiler, fetal anemi ve TORCH enfeksiyonlarının sık görüldüğü mortalitesi yüksek bir tablodur. Gravida 2, parite 1 ve bir adet normal doğum öyküsü olan hasta kliniğimize ilk kez gebeliğinin 12.haftasında kombine test yaptırmak üzere başvurdu. Akıba evliliği yok ve kan grubu A Rh(+) idi. Kombine test sonucu 1/10.000 olarak sonuçlanan hastanın bir ay sonraki kontrolünde gebeliğin 17. haftasında yapılan ultrasonografisinde barsak hiperekojenitesi ve sol ventrikülde intrakardiyak ekojen fokus saptanması üzerine hastaya karyotipleme amacı ile amniyosentez yapıldı. TORCH taraması yapıldı ve negatif olarak sonuçlandı. Karyotip sonucu normal olarak gelen hastaya fetal ekokardiyografi yapıldı normal olarak