

bili kalp yetmezlikle ve sonunda fetal hidrops ile sonuçlanabilir. Ultrasonografideki gelişmeler, sakral bölgede oluşmaya başlayan karışık kitleler ya da kistik, solid formda var olduklarında ve perineum veya kalçadan çıkıntı yaptıklarında, sakrokoksigeal teratomun doğru şekilde erken tanısını mümkün kılmıştır. Ancak kistik sakrokoksigeal teratomalar, özellikle posterior kistik kitle şeklinde görüldüğünde, hatalı bir şekilde anterior sakral meningeomal olarak tanı alabilir.

Yöntem: Çalışmamızda, renkli Doppler ile birlikte iki boyutlu ultrasonografi sayesinde, gebeliğinin 18. haftasında tanısı konulmuş solid-kistik sakrokoksigeal teratoma olgusunu sunduk.

Olgu: Otuz dört yaşında gravida 2 para 1 hasta, rutin fetal muayene için gebeliğinin 18. haftasında kliniğimize başvurdu. Ultrasonik muayenede, predominant şekilde solid olan sakral bölgede hacimli bir kitle (89x59x67 mm) görüntülendi ve renkli Doppler'de internal akışı birkaç kistik bileşen mevcuttu. Başka hiçbir fetal anomaliye rastlanmadı. Hasta ve eşi, prognoz hakkında bilgilendirildi. Hasta fetal cerrahiye sevk edildi. Bu işlemden önce yeni bir ultrason muayenesinde fetal ölüm tespit edildi. Aile, gebeliğin sonlandırılmasını tercih etti. Postnatal makroskopik bulgular, prenatal tanıyı doğruladı.

Sonuç: Ultrasonografideki gelişmeler, sakrokoksigeal teratomaların doğru şekilde erken tanısını mümkün kılmıştır. Ultrason taramaları, tümör boyutunu, komşu yapılara olan genişlemesini, tümör vaskülaritesini ve kalp yetmezliği belirtisini takip etmede ve doğum zamanı ile şeklini belirlemede önemlidir.

Anahtar sözcükler: Fetal anomali, prenatal tanı, sakrokoksigeal.

PB-019

Dev koryoanjiyoma nedeniyle non-immün hidrops fetalis olgusu

Seçil Karaca Kurtulmuş¹, Emre Ekmekci¹, Serpil Aydoğmuş², Alkım Yıldırım², Sefa Keleşçi¹

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

Koryoanjiyoma, plasentaların yaklaşık %0.5 ila %1.0 kadarında görülür. Büyük (≥ 5 cm) veya çoklu koryoanjiyomaların 1/3500 ila 1/16.000 doğumda gerçekleştiği bildirilmektedir. Çoğu küçük boyutludur ve genellikle klinik öneme sahip değildir. Ancak büyük koryoanjiyomalar (>5 cm), sıklıkla polihidramniyoz, preterm gebelik, hidrops, fetal hemolitik anemi, fetal trombositopeni, kardiyomegali, intrauterin büyüme geriliği, plasental ayrılma ve preeklampsi ile ilişkilidir. Büyük hemaniyomalar, büyük olasılıkla arteriovenöz şant görevi görür-

ler ve komplikasyonlara neden olurlar. Yirmi dokuz yaşındaki G2P1 hasta, gebeliğinin 27. haftasında hidrops gelişmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın detaylı sonografik muayenesi yapıldı. Fetal biyometri, gestasyonel yaş ile uyumluydu. Sonografik muayenede, fetal abdomende aşırı sıvı birikimi, fetal toraks ve fetal subkütanöz doku, kardiyomegali, perikardiyal efüzyon ve hepatosplenomegali gözlemlendi. 93 mm x 100 mm boyutlarında sınırları belli olan ve plasentanın kalından farklı olan ekojenik kitlenin, plasenta yakınında fetal tarafta çıkıntı yaptığı belirlendi. Fetal kalbin ve diğer fetal organların anatomik sonogramı normaldi. Fetal aortta ve pulmoner arterde pik sistolik hız yüksekti ve hiperdinamik dolaşımı düşündürdü. Fetal MCA'da pik sistolik hız 72 cm/sn (2.04 MoM) idi ve fetal anemiyi düşündürdü. Dev koryoanjiyoma nedeniyle hidrops fetalis ve fetal anemi tanısı konuldu ve intrauterin fetal transfüzyon planlandı. Fetal transfüzyon kordosentez öncesinde fetal hematokrit %24 idi. 32 ml yayılan CMV negatif 0 Rh negatif eritrosit süspansiyonu transfer edildi. Transfüzyon sonrasında fetal hematokrit %33 olarak ölçüldü ve fetüs, kardiyotokogram ile görüntülendi. Transfüzyondan altı saat sonra tekrarlayan geç yavaşlamalar gerçekleşti ve gebelik C/S ile sonlandırıldı. 1100 gram kız bebek dünyaya getirildi. Birinci dakika Apgar skoru 5 ve beşinci dakika Apgar skoru 2'ydı. Agresif kardiyopulmoner resüsitasyona rağmen bebek doğumdan 1 saat sonra eks oldu. Bir pedikülle plasentanın fetal yüzeyine yapışık olan 90 mm x 100 mm boyutlarında lobuler bir kitle gözlemlendi. Koryoanjiyoma tanısı, patolojik muayeneyle konuldu. Tümörlerin çoğu asemptomatik ve küçük olduğundan, koryoanjiyoma genellikle gebe yönetimiyle tedavi edilir. Maternal veya fetal komplikasyonların müdahale gerektirdiği durumlarda çeşitli muhtemel tedaviler bulunmaktadır. Ancak bu vakaların çoğu kötü prognoza sahiptir. Muhtemel müdahaleler arasında seri fetal transfüzyonlar, tümörü besleyen damarların fetoskopik lazer koagülasyonu, saf alkolle kemokleroz ve endoskopik cerrahi devaskularizasyon yer almaktadır. Büyük tümör NHHF'li fetal hemodinamik değişikliklere neden olduğunda, büyük plasental koryoanjiyomalar nadirdir ve prognozu kötüdür. Genel prognoz, bir şekilde hidrops fetalis varlığına ve/veya gelişmesine bağlıdır.

Anahtar sözcükler: Koryoanjiyoma, fetal hidrops.

PB-020

Alobar holoprozensefali: Olgu sunumu

Seçil Karaca Kurtulmuş¹, Emre Ekmekci¹, Serpil Aydoğmuş², Alkım Yıldırım², Sefa Keleşçi¹

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

Alobar holoprozensefali (HPE), embriyonik dönemde her iki hemisfer ve ventriküllerin ayrılmamasına bağlı önbeyindeki