

de de vurgulandığı gibi tümörün büyüklüğü ve büyüme hızı ile fetal iyilik hali değerlendirilerek gebeliğin yönetimi ve sonlandırılması belirlenmelidir. Örneğin sakrokoksigeal teratoma bağlı gelişen vasküler kaçak sonucu yüksek outputlu kalp yetmezliği ile fetüste hidrops gelişimi, fetal ölümün erken işaretidir. Ayrıca postnatal dönemdeki adjuvan kemoterapi, postoperatif yara yeri enfeksiyonları, sepsis ve hidrosefali riskleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

PB-53

Plasenta dekolmanı ve yaygın damar içi pıhtılaşma gelişen 21 haftalık eklampsi olgusu

Ebru Çelik Kavak, Salih Burçin Kavak, Gülen Yener, Cengiz Şanlı, Hasan Burak Keser, Gülay Bulu

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş: Preeklampsi gebelikte 20. haftadan sonra başlayan, genellikle proteinüri ve hipertansiyonla seyreden bir obstetrik problemdir. Bu hastalarda konvülsiyonların gözlenmesi eklampsi olarak tanımlanır. Burada Eklampsi, plasental dekolman ve yaygın damar içi pıhtılaşma bozukluğu tanısı ile tedavi edilen bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Yirmi altı yaşında (G3P2) 21 hafta 4 günlük gebe, acil servise nöbet geçirme şikayeti ile başvurdu. Acil serviste epilepsi ön tanısı konulan olgunun özgeçmişinde özellik yoktu. Genel durumu orta ve bilinci bulanık olan olguya nöroloji konsültan hekimi tarafından kranial MR ve 3D MR Venografi istendiği öğrenildi. 21 haftalık gebeliği olması nedeniyle kadın doğum konsültasyonu istenmesi üzerine olgu acil serviste değerlendirildi. Bakılan obstetrik ultrasonografide 20-21 hafta ile uyumlu tek canlı, amnion sıvısı yeterli makat geliş fetus tespit edildi. Muayene esnasında uterusun sürekli kontrakte idi. TA 90/50 mmHg, nabız 98/dk, Ateş 37.1 C° solunum sayısı 24/dk idi. Olguya antikonvülzan tedavi olarak Fenitoin verildiği öğrenildi. Kranial görüntüleme sonuçlarında özellik yoktu. Tam kan değerlendirmesinde Hb:12,6 g/dl, Htc: 39.7 %, Plt: 182×103/µL, BK: 20.6 uL, APTT: 55.2 sn, PT: %15.3 INR: 4.1 ve Fibrinojen ölçülemeyecek kadar düşük tespit edildi. Biyokimyasal parametreler incelendiğinde Glukoz: 162 mg/dl, LDH: 468 u/L, AST: 37 U/L, ALT: 26 U/L, D. Bilirubin: 0.1 mg/dl, T. Bilirubin: 0.8 mg/dl, Üre 24 mg/dl, Ürik Asit: 3.5 mg/dl, Creatinin: 0,6 mg/dl, Albumin: 3.4 g/dl olarak tespit edildi. Kan gazı değerlendirmesinde pH: 7.46, PCO2: 18.4, PO2: 67 olarak geldi. Bakılan tam idrar tetkikinde dansite 1020, pH 7, proteinüri +++, keton negatif, lökosit 3 idi. Fibrinojen ve INR düzeyleri değerlendirildiğinde konvülzyon, plasental dekolmana sekonder yaygın damar içi pıhtılaşma bozukluğu düşünülen olgu eklampsi ön tanısıyla devir alındı. Olguya 6 ünite TDP, 2 flakon fibrinojen verilmesi planlandı. Foley serviksten ilerletildi 50 cc ile şişirildi. 100 mg Misoprostol intravaginal uygulandı, olguya IV magnezyum sülfat başlandı. Dakikada 2 lt. oksijen verilen ol-

guda uterusun muayene esnasında sürekli kasılı olduğu belirlendi. 6 saat sonra yapılan değerlendirmede INR: 1.8 ve Fibrinojen: 129 nmg/dl, Hb: 9.2 g/dl, Htc: %27, olarak tespit edildi. Servikal açıklığın oluşmaması üzerine anterior histerotomi ile gebeliğin sonlandırılması kararı alındı. Uterus 1 no emilebilir sütürle kapatıldı. Sütür aralarından sızma şeklinde kanama olması üzerine uterus içerisine Bakri balon yerleştirildi ve 200 cc ile şişirildi. Batın içerisine 1 adet foley dren, rektus kası üzerine hemovac, cilt altına ise Penröz dren yerleştirildi. Batın katları usulüne uygun olarak kapatıldı. Vital bulguları stabil olan ve batın dreninden 250 cc, rektus dreninden 150 cc serohemorajik mai gelmesi üzerine 4 ünite TDP verildi ve 4×1 traneksamik asit başlandı. Postoperatif 1. günde vitalleri stabil olan olgunun genel durumu düzeldi. Postoperatif dönemde genel durumu düzelen 6. günde önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Özellikle 20. gebelik haftası sonrasında konvülsiyon geçiren olgularda Eklampsi tanısı mutlaka akılda tutulmalıdır. Eklampsiye spesifik labaratuvar bulgusu yoktur.

PB-54

İki Edward's sendromu olgusunda megasistis bulgusu

Melek Turaç Kaçar, Bahar Konuralp Atakul, Emine Demirel, Ayşe Pınar Metin, Cüneyt Eftal Taner

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

Amaç: Trizomi 18 (Edward's sendromu), canlı doğumlar arasında sık görülen kromozomal bir bozukluktur. Farklı çalışmalarda yeni doğanların 3/10.000'ünde görüldüğü belirtilmiştir. Trizomi 18'li fetus ve yenidoğanlarda majör anomalilerin geniş bir spektrumu tarif edilmiştir. Edward sendromlu bebeklerin çoğunun en karakteristik özellikleri intrauterin gelişme geriliği, mikrosefali, mikrognati, düşük kulaklar, ekstremité anomalileri gibi özelliklerdir. Yapılan incelemelerde bu bebeklerin %90'ından fazlasında kalp anomalileri ve yine önemli bir kısmında böbrek ve sindirim sistemi patolojileri saptanmıştır. Edward sendromu ağır bir klinik seyir gösterir, bebeklerin %80'i doğumdan sonraki ilk haftada, geri kalanların çoğu ilk yılında kaybedilir. Üriner sistem anomalilerinin en sık görüleni megasistis 'tir. Megasistise neden olan en sık patolojiler posterior üretral valv ve üretra atrezisidir. Fetal megasistis birinci trimesterde uzunlamasına mesane boyunun 7mm veya üzerinde olması ile tanımlanır. Gebeliklerin 1/1500'ünde görülür. Mesanenin uzunlama çapı 7-15 mm arasında ise başta trizomi 13 ve 18 olmak üzere üzere kromozomal defekt sıklığı yaklaşık %20'dir. Kliniğimizde megasistis tanısı konulan ve karyotip sonucu trizomi 18 saptanan iki olguyu paylaştık.

Olgu 1: 31 yaşında, ikinci gebeliği olan gebenin 13 hafta iken yapılan ultrasonografisinde fetal mesane 25 mm ölçüldü ve karyotipleme önerildi. Karyotiplemeyi kabul etmeyen hasta-