

re olurlar. Ultrasonografi ile rudimente horn gebelik tanısı konması oldukça zordur. Hastaların sadece %8'inde hasta semptom vermeden tanısı konulabilir. 27 yaşında G3P2, 2 normal spontan vajinal doğumu olan hasta dış merkezden 9 haftalık FK (+) ektopik gebelik tanısıyla hastanemize sevk edildi. Hasta geldiğinde genel durumu iyi vital bulguları stabil idi. Hastaya yapılan abdominal ultrasonografide uterus sağ tarafında sağ adneksiyal alanda son adet tarihi ile uyumlu, 9 hafta 2 günlük FK (+) ektopik gebelik odağı tespit edildi. Uterus ve her iki over tabi izlendi. Batında serbest mayi izlenmedi. Yapılan vajinal muayenesi normal olan hastaya ektopik gebelik tanısıyla laparotomi kararı alındı. Spinal anestezi altında mini laparotomi ile batına birildi. Gözlemlerde uterusun sağ tarafının rudimente olduğu, her iki over ve tubanın normal olduğu ve gebeliğin rudimente tarafta olduğu gözlemlendi. Sağ tuba rudimente hornndan köken alıyordu. Rudimente olan kısmın sağ tuba ile birlikte alınmasına karar verildi. Rudimente hornun köküne klemp konularak tuba ile birlikte çıkarıldı. Kalan uterus dokusu sütüre edildi. İşlem sonrası rudimente horn açılarak gebelik ürünü gözlemlendi. Hasta postoperatif 2. gününde şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak rudimente horn ektopik gebeliğin tanısı laparotomi olmadan konulması oldukça güçtür. Ektopik tanısı koyarken nadirde olsa horn gebelik durumu olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Tedavisinde ise rudimente hornla birlikte bu hornndan kaynaklanan tuba çıkarılmalıdır. Bu olguda çok nadir görülen bir ektopik gebelik türü olan rudimente horn gebeliği paylaşmak istedik.

PB-041

18 haftalık gebelikte izole Fallop tüp torsiyonu: olgu sunumu

Oya Soylu Karapınar¹, İlay Gözükarar¹, Kenan Dolapçıoğlu¹, Arif Güngören¹, Fatma Öztürk²

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay; ²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Hatay

Amaç: İzole tubal torsiyon oldukça nadir görülen bir patoloji olmakla birlikte akut batın tablosuyla karşımıza çıkması nedeniyle önemlidir. Prevalansı yaklaşık 1/1.500.000'dir. Gebelikte Fallop tüp torsiyonu insidansı ise tüm vakaların %12'sini oluşturduğu bildirilmiştir. Etiyolojide en sık rol oynayan faktörler hidrosalpinx, tubal cerrahi, pelvik konjesyon, ovarian ve paraovarian kistlerdir. Vakalar genellikle ani başlayan künt- sürekli veya paroksizmal, keskin tarzda alt kadranda ağrısı ile başvururlar. Ayırıcı tanıda over torsiyonu, over kist rüptürü, apandisit, ektopik gebelik rüptürü, PID, intestinal cerrahi patolojiler, ürolitiazis, akut sistit akla gelmelidir. Tubal torsiyon daha sıklıkla sağ tarafta oluşur. Tanısı genellikle akut batın nedeniyle yapılan eksploratif laparotomi veya laparoskopide konur.

Olgu: 24 yaşında, gravida 6, parite 3, yaşayan 2, 18 haftalık gebe hasta, kliniğimize bir gün önce başlayan sol kasık ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bulantı ve kusması olmayan hastanın 1 haftadır kabızlık şikayeti de mevcuttu. Ağrı sol kasık bölgesinde kramp tarzında aralıklı devam etmekteydi. Yapılan fizik muayenesinde özellikle sol adneksiyel bölgede hassasiyet saptandı. Şüpheli defans ve rebound vardı. Rektal muayenede ele gelen kitle saptanmadı. Transabdominal ultrasonografik (USG) incelemede 18 haftalık fetal kalp atımı (FKA) + olan gebelik izlendi. Servikal uzunluk 5 cm ölçüldü. Ayrıca sağ adneksiyal alan normaldi, sol adneksiyel alanda 30x37mm basit kist izlendi ve dopplerde sol overde normal kan akımı izlendi. Douglasda serbest mayi yoktu. Laboratuvar incelemelerinde, hemogram ve biyokimyasal tetkikler normaldi. Tam idrar tahlilinde (+) lökosit saptandı, tüm batın USG sol böbrek 61x27 mm olup normalin altında izlendi, batın sol orta kadranda uterus sol komşuluğunda 35x17 mm kistik lezyon izlendi, diğer bulgular normaldi. Hastadan istenilen genel cerrahi konsültasyonunda bir anormallik tespit edilmedi. Hasta antibiyoterapi ve hidrasyon verilerek 2 gün takip edildi. 3. gün hastanın ağrısında artış olması nedeniyle hasta tekrar değerlendirildi. Yapılan USG'de sol paraovaryan bölgede 44x16 mm serbest sıvı izlendi ve torsiyon veya rüptür ön tanısı ile diagnostik laparoskopi kararı verildi. Laparoskopik batın içi gözlemlerde uterus fundusa kadar uzanıyordu, her iki over, sağ adneks normal izlendi; sol tuba izole şekilde ampulla bölgesinden itibaren kendi etrafında 3 defa torsiyone olmuş, hidro-pik ve nekrotik görünümdeydi. Ardından mini laparotomi ile sol salfenjektomi yapıldı. Postoperatif 3. gününde şikayeti olmayan hasta taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu torsiyone seröz kist ve yaygın kanama odakları içeren tubal doku ile uyumlu geldi.

Sonuç: Klinik olarak sadece ağrı bulgusu olan, kalıcı infarktın oluşumunu önlemek için erken tanı gerektiren ve genellikle geç kalınıp nadiren pre-operatif tanı konabilen jinekolojik acildir. Nadir bir durum olmakla birlikte akut batın ile başvuran gebelerde mutlaka akla gelmelidir.

PB-042

Miada ulaşmış non-kommünike rudimenter uterin horn gebeliği: Olgu sunumu

Elif Ağaçayak, Senem Yaman Tunç, Mehmet Sait İçen, Ahmet Yalınkaya, Talip Gül

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Nonkommünike uterin horn gebeliği çok nadir olup genellikle ikinci trimestere rüptürle sonuçlandığı için hayatı tehdit eden bir durumdur. Görülme sıklığı 1/100.000'dir. Bu yazıda: gebelik boyunca ultrasonografi incelemelerinde tanı ko-

nulamamış 38. haftaya kadar ilerlemiş nonkomunikan uterin horn gebeliği sunulmuştur. Olgu hariçte tanısı konulamamış ve acil olarak kliniğimize sevk edilmiştir ve kliniğimizde rudimenter hornun eksizyonu yapılmıştır. Birinci trimester ultrasonografi incelemesi deneyimli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılmalıdır. Plasenta perkreta öntanı olgulara rudimenter horn gebeliği akla getirilmelidir.

Olgu: 24 yaşında kliniğimize ilk defa 38 hafta gebelik +plasenta previa totalis+plasenta perkreta+servikal myom+ kanamalı gebe ön tanısıyla hasta sevk edildi. Hastanın şu ana kadar ki takipleri hariçte yapılmış olup gravide 3, parite 2, yaşayan 2 idi. Daha önce 2 kez sezaryen olmuştu. Tansiyon 110/70 mmHg, nabız: 110 atım/dk. ve ritmik olduğu saptandı. Vaginal spekulum muayenesinde collum kapalı, kanamalı idi. Transabdominal ultrasonografide batin içi normal izlendi, herhangi bir sıvı izlenmedi. İnrauterin kavitede biyometrik ölçümleri 38 haftaya uyan fetus izlendi. Obstetrik incelemede, fetusun canlı olduğu, amnion kesesinin intakt ve amniyon sıvı volümünün normal olduğu izlendi. Hafif düzeyde anemi ve lökositoz saptandı (Hb:10 g/dl, Htc:%31.1, Wbc: 10.000/mm³, Plt: 280.000/mm³, Plt: 280.000/mm³). Koagülasyon parametreleri, trombosit değeri ve kan biyokimyası normal sınırlarda idi. Hastanın preşok tablosunda olması ancak obstetrik USG’de fetus normal ancak plasenta invazyon anomalisi görüntüsü olması üzerine acil sezaryene alındı. Sezaryene alınan hastanın 3710 g, 50 cm, 8-9 apgarlı erkek çocuğu dünyaya geldi. Annenin gebeliğinin sezaryen esnasında sol uterin hornunda meydana geldiği görüldü. Preoperatif servikal myom diye tarif edilen yapı uterusun kendisi olduğu tespit edildi. Normal uterin kaviteye karmen kanülleriyle girildi. Uterin hornun non-kommunike olduğu tespit edildi. Dilatasyon-küretaj yapıldı. Servix ile uterin hornun hiçbir bağlantısı yoktu. Sol rudimenter uterin horn exize edildi. Sol salpenjektomi yapıldı. Sol over korundu. Operasyon başarılı bir şekilde sonlandırıldı. Anne ve fetus şifayla postoperatif 2. günde taburcu edildi.

Tartışma: İlk trimester ultrasonu extrauterin gebeliği tanımak için iyi bir fırsat sağlamasına rağmen erken tanı konamayan çok sayıda olgu literatürde bildirilmiştir Bizim hastamız ilk trimesterden itibaren farklı obstetrisyenlere muayeneye gitmiş olmasına rağmen tanı doğru değildir. Bunun sebebi rudimenter uterin hornun nadir görülmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ultrasonografide servikal kanal ile gebeliğin olduğu korn lümeni arasında doğrusal ilişkinin olmaması, amnion zarını ya da gestasyonel keseyi çevreleyen myometriumun ince olması ve burada placenta akreatayı düşündüren hipervaskülarizasyon saptanması rudimenter horn gebeliğini destekleyen bulgulardır. Bizim hastamızda ultrasonografik olarak plasenta perkreta tanısı konmuştur. Non-kommunike rudimenter uterin hornlar tespit edilir edilmez exizyon yapılmalıdır. Bizim hastamızın daha önceki 2 gebeliği sezaryen yapılmış olup sezaryen esnasında uterin horn eksizyonu yapılmamıştır.

Sonuç: Bizim çalışmamızla vurgulamak istediğimiz plasenta perkreta ön tanısıyla gelen hastalarda bir rudimenter horn gebeliğide olabileceği akılda tutulmalıdır. Rudimenter horn gebeliği nadir bir durum olsada ilk trimesterde uterus ayrıntılı değerlendirilmelidir. Tespit edilen horn gebelikleri exize edilmelidir. Bizim vakamız literatürde çok nadir olan bir vaka olup miada ulaşmış anne ve fetus açısından komplikasyon gelişmeyen bir vakadır.

PB-043

Intrapartum transperineal ultrasonografi ile ‘angle of progression’ (ilerleme açısı) ve ‘head-perineum distance’ (baş-perine mesafesi) ölçümlerinin birbirleriyle ve klasik vajinal muayene ile korelasyonu ve doğum şekli prediksyonundaki yeri

Erdoğan Sarıdoğan, Özlem Moraloğlu, Salim Erkaya, Burak Ersak, Nurten Asmalı

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: İntrapartum transperineal ultrasonografi (ITU) ile ‘angle of progression’ (AOP) ve ‘head-perineum distance’ (HPD) ölçümü yapmak; bu değerlerin birbirleriyle, klasik vajinal muayeneyle ve yenidoğan apgar skorlarıyla korelasyonunu test etmek ve doğum şekli prediksyonundaki önemini belirlemek.

Yöntem: Termde, aktif doğum eyleminde, membran rüptürü olan, sefalik prezentasyonda ve tekil 67 nullipar ve multipar gebeyi araştırdık. Sagittal ve transvers düzlemde transperineal ultrasonografi ölçümlerini yaptık. Hemen ardından yapılan klinik vajinal muayene bulgularını, doğum şeklini ve yenidoğan bilgilerini kaydettik. Verileri, uygun analiz yöntemlerini kullanarak kıyasladık.

Bulgular: AOP ile HPD ölçümleri birbirleriyle korelasyon gösterdi ($r=-0.569$, $p<0.001$). Baş seviyesi ile AOP ($r=0.606$, $p<0.001$) ve HPD ($r=-0.730$, $p<0.001$) ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. AOP ve HPD ile 1. ve 5. dakika apgar skorları arasındaki ilişki anlamsızdı (AOP ile 1. dakika apgar skoru arasında $r=-0.118$, $p=0.343$; AOP ile 5. dakika apgar skoru arasında $r=0.165$, $p=0.181$; HPD ile 1. dakika apgar skoru arasında $r=0.226$, $p=0.066$; HPD ile 5. dakika apgar skoru arasında $r=-0.073$, $p=0.555$). Sezaryen ile doğumlarda AOP’de azalma ($p=0.004$) ve HPD’de artma ($p<0.001$) lehine bulgular saptandı. ROC analizinde doğum şekli prediksyonunda AOP (AUC=0.815 ve $p=0.004$) ve HPD (AUC=0.881 ve $p=0.001$) ölçümleri anlamlı sonuçlandı.

Sonuç: ITU ile ölçülen AOP ve HPD hem birbirleriyle hem de fetal baş seviyesi ile korelasyon gösterdi. Bu parametreler doğum şekli prediksyonunda da anlamlı yer aldı.