

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 öntanımlı olgularda 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 kantilleriyle 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 myometriyumun 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 ekizyon 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.