

us lesion in the right adnexa with one gestational sac with two fetal poles in it. These ultrasound findings were concordant with monochorionic monoamniotic twin ectopic pregnancy with crown rump length (CRL), one with 0.74 cm (6 weeks and 4 days) and the other 0.65 cm (6 weeks and 4 days). There was no amniotic border or band between two embryos so they are accepted as monochorionic monoamniotic gestation. The patient underwent an exploratory laparotomy via Pfannenstiel incision and an intact ectopic pregnancy sac with dimensions of 4x3 cm in the ampullary region of the right tuba was seen. A right salpingectomy was performed, which confirmed a twin tubal ectopic pregnancy. The patient was discharged from the hospital on her 3rd postoperative day without any complications.

### PB-038

#### İzole yarık dudak damak olgusu

Mustafa Öztürk, Aytekin Aydın

*Etimesgut Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara*

**Amaç:** Yarık dudak ve dudak tanısı konulduğunda eşlik eden başka anomalileri araştırmak ve karyotip tayini için karar vermek gerekmektedir. Bu olgu sunumuyla izole yarık dudak damak olgularını ve eşlik eden anomalileri değerlendirmeyi amaçladık.

**Olgu:** 21 yaşında, gravida 1 parite 0, 18 haftalık gebe kontrol muayenesi için merkezimize başvurdu. Ultrason muayenesi yarık dudak ve damak varlığını tespit edildi. Fetal büyüme parametreleri, plasental yapısı ve amniyotik sıvı hacmi normaldi. Fetal anatominin detaylı ultrason muayenesi hiçbir ek anormallik saptandı. Amniyosentez yapıldı ve karyotip analizi normal karyotip olarak rapor edildi. Makad prezentasyon nedeniyle elektif sezaryen yapılan gebe 2400 gram erkek bebek doğurdu. Apgar skorları sırasıyla 1 ve 5 dk, 8 ve 9 idi.

**Sonuç:** İzole yarık dudak ve/veya damak yarığı (diğer malformasyonlar veya sendromlar olmadan), prevalansı 10/10.000 gebeliktir. Kardiyovasküler sistem ve konjenital kalp hastalığı en sık izole malformasyonlardır. Ekstremitelerde veya vertebrada malformasyonlar, mental retardasyon, kromozomal anomalisi izole yarık dudak ve/veya damak yarığı ile birlikte izlenebilir.

### PB-039

#### İleri düzeyde serebellar herniasyonu olan Chiari tip I malformasyonlu gebe bir kadının doğum şekli ne olmalıdır: Olgu sunumu

Keziban Doğan, Hakan Güraslan, Nadire Sevdâ İdil, Murat Doğan, Ammar Kanawati

*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

35 yaşındaki olgumuz 62 kg ağırlığında, 156 cm boyunda, gravida 1, parite 0 olup; 37 haftalık gebeliği mevcuttu. Doğum ağrılarının başlaması üzerine acil pokliniğimize başvurdu, eylem-

de gebelik tanısıyla takibe alındı. Özgeçmişinde 4 yıl önce klinik olarak asemptomatik olmasına rağmen boyun kısalığı ve kifoskolyoz nedeniyle yapılan incelemelerde Chiari tip I tanısı konulduğu öğrenildi. Hastanın geliş vital bulguları normaldi ve laboratuvar çalışmalarında anormal bir bulgu saptanmadı. Obstetrik muayenesinde fetal kalp atım trasesi reaktif ve düzensiz uterin kontraksiyonları mevcuttu. Vajinal muayene de açıklık ve silinme yoktu. Ultrasonografide 37 hafta ile uyumlu, fetal kalp atımı pozitif, baş geliş pozisyonunda fetus, amion sıvısı yeterli ve plasenta fundus yerleşimliydi. Obstetrik açıdan patoloji tespit edilmeyen olgunun özgeçmişinde asemptomatik Chiari tip I tanısı olması nedeniyle nöroloji, nöroşirürji ve anestezi kliniğine konsülte edildi. Yapılan nörolojik muayenede bilateral dışa bakış kısıtlılığı dışında patoloji tespit edilmedi. Göz dişi muayenesi normaldi. Hastanın gebelik öncesi çekilen torakal MRI da kifoskolyoz mevcuttu. Servikal manyetik rezorans görüntülemesinde ise C2-C3 vertebra korpuslarında gelişimsel füzyon, foramen magnum genişlemesi mevcut ve serebellar tonsiller foramen magna doğru yaklaşık 25 mm'lik ektopi göstermekteydi. C4 düzeyinden itibaren servikal kot formasyonu izlendi. Hastaya normal doğum sırasında ıkmayla birlikte oluşabilecek intrakranial basınç artışı sonucu ani kardiyak arrest, spinal kord yaralanmasına bağlı kuadrupleji gibi riskler ayrıntılı biçimde anlatıldı. Olgunun sezaryenle doğum istemesi üzerine sezaryen kararı verildi. Epidural anestezi ile işleme başlandı ancak başarısız olunca genel anestezi altında sezaryen yapıldı. Birinci dakika apgarı: 8, beşinci dakika apgarı:9 olan, 46 cm boyunda, 2620 g kız bebek baş geliş ile doğurtuldu. Muayenesinde vücudunda yaygın nevüsleri ve bülleri olan kız bebek yeni doğan ünitesinde takip amaçlı interne edildi. Takibinde bebeğin cilt bulgularına dev melanositik nevus tanısı konuldu. Hastamız ise postoperatif ikinci gününde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

### PB-040

#### 9 haftalık fetal kalp atımı (+) olan horn gebelik: Olgu sunumu

Fatih Mehmet Fındık, Mehmet Sait İçen, Adem Yoldaş, Senem Yaman Tunç, Mehmet Sıddık Evsen, Talip Gül

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

Müllerian kanal anomalileri yaklaşık %4.3 oranında görülürken, rudimente horn müllerian anomalilerin nadir görülen bir tipidir (%0.4). Unikornuat uterus ile birlikte rudimente horn, iki müllerian kanalın tamamlanmamış füzyonu sonucu oluşur. Amerikan Fertilite Derneğinin müllerian anomali sınıflamasında tip 2 sınıfında yer alır. Rudimente horn ektopik gebelik 76.000-140.000 doğumda bir görülen oldukça nadir bir durumdur. Sperm veya zigotun transperitoneal göç ile rudimente horna ulaştığı düşünülmektedir. Komplikasyon oranı oldukça yüksektir. Genellikle 1. veya 2. trimesterde rüptü-