

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 akıldaki 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 Gözükarı¹, Kenan Dolapçioğlu¹, 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-