

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 damak ve dudak tanısı konulduğunda eşlik eden başka anomalileri araştırmak ve karyotip tayini için karar vermek gerekmektedir. Bu olgu sunumuyla izole yarık damak dudak 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 anatomisinin 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 kısıklığı 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 görüntülemeye ise C2-C3 vertebra korpuslarında gelişimsel füzyon, foramen magnum genişlemesi mevcut ve serebellar tonsiller foramen magnuma 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 kuadripleji 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-

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 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 para-ovarian 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 adneksiyal 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 adneksiyal 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-kommunike 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: Nonkommunikan 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-