

değerlendirildi. Hasta gebeliğinin 27. haftasında kliniğimizde tekrar görüldü. Barsak hiperkojenitesinin persiste ettiği ve ek olarak intraabdominal serbest sıvı birikimi gözlemlendi. Nukhal fold 8.3 mm olarak artmış ölçüldü. Umbilikal arterde enddiastolik ters akım saptandı. Scalp ödemli idi ve cilt kalınlığı 8 mm olarak ölçüldü. Fetal ekokardiyografide kardiyomegali izlendi. Triküspit septal kapakta 117cm/sn rejurjitasyon akımı izlendi. İndirek Coombs testi negatif olarak sonuçlandı. Parvovirus taraması negatif olarak raporlandı. Anatomik taramada ek bir anomali izlenmedi. Tetkiklerin sonuçlanması için geçen 5 günlük süre zarfında fetus hızlı bir şekilde hidropsa ilerledi ve batında yaygın asit gelişti, plevral efüzyon başladı ve cilt altı ödem gelişti. Hastaya 25 mg/gün dozundan digoksin başlandı. Fetal kalp atımının 188/dk olması ve MCA'da peak sistolik velositenin 53cm/sn (1.57 MoM) olarak ölçülmesi üzerine hastaya fetal anemi nedeniyle intrauterin transfüzyon planlandı. 250 cc 0 Rh negatif, ısıtılmış, lökosit filtre edilmiş, CMV negatif, %80 hematokritte eritrosit süspansiyonu hazırlandı. İşlem öncesi fetal hematokrit değeri 21 olarak sonuçlandı. Hasta için 180cc eritrosit süspansiyonu ile fetal intravasküler transfüzyon yapıldı. İşlem sonrası fetal hematokrit 54'e yükseldi, MCA'de peak sistolik velosite 0.82 MOM olarak ölçülüp belirgin olarak azaldığı gözlemlendi, fetal taşikardi geriledi. Hastaya 25 mg/gün digoksine devam edildi. İşlem sonrası ilk 20 saatte fetal kalp atımları normal seyreden hastanın 21. saatte bakılan fetal kalp atımı negatif olarak izlendi. Bunun üzerine gebelik vajinal yoldan termine edildi. Non immün hidropsta sıklıkla neden bilinmemektedir. Bu olgularda detaylı bir anatomik tarama ve fetal kardiyak incelemenin ardından fetal anemiye yönelik değerlendirme yapılmasında fayda vardır. Subgrup kan uyumsuzlukları ya da başka nedenlerle ortaya çıkan bir fetal anemi etyolojik neden olabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi her ne kadar tedavi verilse bile fetal hidrops geliştikten sonra prognoz kötü seyredebilmektedir.

Anahtar sözcükler: Hidrops fetalis, intrauterin transfüzyon.

PB-017

Nadir bir spina occulta olgusu

Narjess Karmous, Kaouther Dimassi, Helmi Temessek, Thouraya Ammouss, Raouina Radhouani, Amel Triki, Mohamed Faouzi Gara

Mongi Slim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, La Marsa, Tunus

Giriş: Ayrık omurilik malformasyonu (AOM) olarak da adlandırılan diastematomiyeli, omurilikteki ayrıklıkla karakterize gizli spinal disrafizmin nadir bir biçimidir. Ultrasonografi ile prenatal tanı mümkündür ve fetal MRI (manyetik rezonans görüntüleme), diastematomiyelinin türünü tam olarak teşhis etmekte kullanılabilir. Bu anomali diğer disrafizmler-

den, vertebral cisimciklerin segmental anomalilerinden ya da visseral malformasyonlardan izole edilebilir ya da bunlarla ilişkilendirilebilir. İzole diastematomiyelide cilt sağlamdır ve prognoz mükemmeldir.

Amaç: Çalışmamızda, düşük bağlı spinal kordlu ve konus lipomlu AOM'a sahip ve kurumumuzda tanısı konulan bir olgunun yanı sıra bu sıra dışı duruma yönelik izole vakanın prognozunu belirlemek üzere literatür incelemesi sunmaktayız.

Olgu: 22 haftalık hamile bir olgunun rutin ultrasonunda, spinal fetus anomali tespit edilmiştir. Matür bir entegre posterior vertebra ve sağlam cilt yüzeyiyle birlikte, üçüncü lumbar vertebranın karşısında bir intra spinal hiper ekojenite mevcuttu. Akustik gölge nedeniyle spinal kordu görmek zordu. Gebeliğin 33. haftasında manyetik rezonans görüntüleme gerçekleştirilmiş ve terminal AOM ile düşük bağlı spinal kord varlığı doğrulanmıştır. Miadında vajinal yolla doğum sonrasında çocuğun gelişimi normaldi. Manyetik rezonans görüntüleme 2 ay sonra gerçekleştirilmiş olup, şu prenatal tanıyı doğrulamıştır: Hiçbir serebral anomali yoktu, lumbar diastematomiyeye bağlı düşük bağlı spinal kord içeren bir spinal disrafizm ve terminal konüsün spinal lipomu mevcuttu. Bu tip 2 AOM olgusunu iyi seyirli olarak sınıflandırdık.

Sonuç: Spinal kord anomalilerine yönelik prenatal bilgi, cerrahi tedavinin yanı sıra prenatal rehberlik bakımından da önemlidir. İster ultrasonla ister klinik ve laboratuvar kriterleri temelinde teşhis edilmiş olsunlar spinal anomalilerden şüphelenilen hastalarda, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) işlemi ile bu lezyonlar ultrasona kıyasla daha iyi ve daha az gözlemciler arası değişkenlikle görüntülendiğinden, fetal MRI ek yönetimden önce kullanılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Spina occulta, diastematomiyeli, konüs lipomu.

PB-018

Dev sakrokoksigeal teratomun prenatal tanısı

Onur Erol, Özgür Özdemir, Bekir Sıtkı İsenlik, Selahattin Kumru

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

Amaç: Sakrokoksigeal teratoma, tüm fetal tümörlerin yarısından fazlasını oluşturur ve 4:1'lik kız-erkek oranıyla sadece 1/40.000 canlı doğumluk bir insidansı vardır. Başlangıç çizgisi embriyonik diskte mezodermal, ektodermal ve endodermal dokuları arasında farklılaşmadığında embriyonik gelişim esnasında oluşurlar. Neoplazm özellikleri, internal kalsifikasyonları, kanamayı, tümör nekrozunu ve kistik neoplazm dejenerasyonunu içerir. Kitle etkileri distosiye ve preterm doğuma yol açabilir. Yüksek derecede vasküler tümör, yüksek de-

bili kalp yetmezlikle ve sonunda fetal hidrops ile sonuçlanabilir. Ultrasonografideki gelişmeler, sakral bölgede oluşmaya başlayan karışık kitleler ya da kistik, solid formda var olduklarında ve perineum veya kalçadan çıkıntı yaptıklarında, sakrokoksigeal teratomun doğru şekilde erken tanısını mümkün kılmıştır. Ancak kistik sakrokoksigeal teratomalar, özellikle posterior kistik kitle şeklinde görüldüğünde, hatalı bir şekilde anterior sakral meningoşel olarak tanı alabilir.

Yöntem: Çalışmamızda, renkli Doppler ile birlikte iki boyutlu ultrasonografi sayesinde, gebeliğinin 18. haftasında tanısı konulmuş solid-kistik sakrokoksigeal teratoma olgusunu sunduk.

Olgu: Otuz dört yaşında gravida 2 para 1 hasta, rutin fetal muayene için gebeliğinin 18. haftasında kliniğimize başvurdu. Ultrasonik muayenede, predominant şekilde solid olan sakral bölgede hacimli bir kitle (89x59x67 mm) görüntülendi ve renkli Doppler’de internal akışı birkaç kistik bileşen mevcuttu. Başka hiçbir fetal anomaliye rastlanmadı. Hasta ve eşi, prognoz hakkında bilgilendirildi. Hasta fetal cerrahiye sevk edildi. Bu işlemten önce yeni bir ultrason muayenesinde fetal ölüm tespit edildi. Aile, gebeliğin sonlandırılmasını tercih etti. Postnatal makroskopik bulgular, prenatal tanıyı doğruladı.

Sonuç: Ultrasonografideki gelişmeler, sakrokoksigeal teratomaların doğru şekilde erken tanısını mümkün kılmıştır. Ultrason taramaları, tümör boyutunu, komşu yapılara olan genişlemesini, tümör vaskülaritesini ve kalp yetmezliği belirtisini takip etmede ve doğum zamanı ile şeklini belirlemede önemlidir.

Anahtar sözcükler: Fetal anomali, prenatal tanı, sakrokoksigeal.

PB-019

Dev koryoanjiyoma nedeniyle non-immün hidrops fetalis olgusu

Seçil Karaca Kurtulmuş¹, Emre Ekmekci¹, Serpil Aydoğmuş², Alkım Yıldırım², Sefa Keleşçi¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği, İzmir; ²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Koryoanjiyoma, plasentaların yaklaşık %0.5 ila %1.0 kadarında görülür. Büyük (≥ 5 cm) veya çoklu koryoanjiyomaların 1/3500 ila 1/16.000 doğumda gerçekleştiği bildirilmektedir. Çoğu küçük boyutludur ve genellikle klinik öneme sahip değildir. Ancak büyük koryoanjiyomalar (>5 cm), sıklıkla polihidramniyoz, preterm gebelik, hidrops, fetal hemolitik anemi, fetal trombositopeni, kardiyomegali, intrauterin büyüme geriliği, plasental ayrılma ve preeklampsi ile ilişkilidir. Büyük koryoanjiyomalar, büyük olasılıkla arteriovenöz şant görevi görür-

ler ve komplikasyonlara neden olurlar. Yirmi dokuz yaşındaki G2P1 hasta, gebeliğinin 27. haftasında hidrops gelişmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın detaylı sonografik muayenesi yapıldı. Fetal biyometri, gestasyonel yaş ile uyumluydu. Sonografik muayenede, fetal abdomende aşırı sıvı birikimi, fetal toraks ve fetal subkütanöz doku, kardiyomegali, perikardiyal efüzyon ve hepatosplenomegali gözlemlendi. 93 mm x 100 mm boyutlarında sınırları belli olan ve plasentanın kalından farklı olan ekojenik kitlenin, plasenta yakınında fetal tarafta çıkıntı yaptığı belirlendi. Fetal kalbin ve diğer fetal organların anatomik sonogramı normaldi. Fetal aorta ve pulmoner arterde pik sistolik hız yüksekti ve hiperdinamik dolaşımı düşündürdü. Fetal MCA’da pik sistolik hız 72 cm/sn (2.04 MoM) idi ve fetal anemi düşündürdü. Dev koryoanjiyoma nedeniyle hidrops fetalis ve fetal anemi tanısı konuldu ve intrauterin fetal transfüzyon planlandı. Fetal transfüzyon kordosentez öncesinde fetal hematokrit %24 idi. 32 ml yayılan CMV negatif 0 Rh negatif eritrosit süspansiyonu transfer edildi. Transfüzyon sonrasında fetal hematokrit %33 olarak ölçüldü ve fetüs, kardiyotokogram ile görüntülendi. Transfüzyondan altı saat sonra tekrarlayan geç yavaşlamalar gerçekleşti ve gebelik C/S ile sonlandırıldı. 1100 gram kız bebek dünyaya getirildi. Birinci dakika Apgar skoru 5 ve beşinci dakika Apgar skoru 2’ydi. Agresif kardiyopulmoner resüsitasyona rağmen bebek doğumdan 1 saat sonra eks oldu. Bir pedikülle plasentanın fetal yüzeyine yapışık olan 90 mm x 100 mm boyutlarında lobuler bir kitle gözlemlendi. Koryoanjiyoma tanısı, patolojik muayeneyle konuldu. Tümörlerin çoğu asemptomatik ve küçük olduğundan, koryoanjiyoma genellikle gebe yönetimiyle tedavi edilir. Maternal veya fetal komplikasyonların müdahale gerektirdiği durumlarda çeşitli muhtemel tedaviler bulunmaktadır. Ancak bu vakaların çoğu kötü prognoza sahiptir. Muhtemel müdahaleler arasında seri fetal transfüzyonlar, tümörü besleyen damarların fetoskopik lazer koagülasyonu, saf alkolle kemokleroz ve endoskopik cerrahi devaskularizasyon yer almaktadır. Büyük tümör NHHF’li fetal hemodinamik değişikliklere neden olduğunda, büyük plasental koryoanjiyomalar nadirdir ve prognozu kötüdür. Genel prognoz, bir şekilde hidrops fetalis varlığına ve/veya gelişmesine bağlıdır.

Anahtar sözcükler: Koryoanjiyoma, fetal hidrops.

PB-020

Alobar holoprozensefali: Olgu sunumu

Seçil Karaca Kurtulmuş¹, Emre Ekmekci¹, Serpil Aydoğmuş², Alkım Yıldırım², Sefa Keleşçi¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir; ²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Alobar holoprozensefali (HPE), embriyonik dönemde her iki hemisfer ve ventriküllerin ayrılmamasına bağlı önbeyindeki