

kesesinin safra çamuru ile tamamen dolu olması sık rastlanan bir bulgu değildir. Bu vakayı farklı olması nedeni ile paylaşmak istedik.

Olgu: 29 yaşında G3P2, 35 haftalık gebelik. Gebelik takiplerinde özellik olmayan ve ilaç kullanımı veya enfeksiyon hikayesi olmayan gebenin tüm laboratuvar tetkikleri de normal olarak gelmiş. 2. düzey ultrasonografisi normal olan takipli gebenin takiplerinde de özellik saptanmamış. 35. haftadaki rutin kontrolünde fetal biyometri ölçümleri esnasında fetal safra kesesinin tamamen hiperektojen olduğu görüldü. Safra kesesi gestasyon haftasına göre normal boyut ve şekilde idi. Ancak safra kesesinin içi tamamen hiperektojen görünümde, safra çamuru ile uyumlu olabilecek bir görünümde idi. Ek anomalisi olmayan gebenin rutin takiplerine devam edildi. Çocuk cerrahisinin ek bir önerisi olmadı. 40. haftada kendi ağırları başlayan gebe normal doğum ile sağlıklı 3270 g kız bebek doğurdu. Doğumdan hemen sonra tekrar çocuk cerrahisine konsülte edildi. Halen, safra kesesinin içi tamamen hiperektojen safra çamuru ile dolu idi. Ancak doğumdan sonra 8. saatte şiddetli sarılık gelişen bebek yenidoğan yoğun bakım alındı. 10 gün sarılık nedeniyle yoğun bakımda kaldıktan sonra taburcu edildi. Taburcu olduğunda yenidoğanın safra kesesi tamamen normaldi, safra çamuru boşalmıştı. Şu an sağlıklı ve 2 aylık olan bebeğin geçen hafta çekilen son batin ultrasonografisinde hiçbir anormallik saptanmamıştır.

Sonuç: Safra kesesinde taş-çamur varlığı sık rastlanabilen ve genellikle geçici kabul edilen bir bulgudur. Çoğu zaman çok ciddi bir patoloji yaratmaz ve perinatal mortaliteyi arttırmaz. Ancak yine de bu bulgudan ailenin haberdar edilmesi ve doğum sonrası takibinin önerilmesi gereklidir. Çünkü bazı vakalar -bizim bu vakadaki gibi, ağır sarılık ile seyredebilmekte; hatta yenidoğan döneminde kolesistit ve kolanjit sebebi olabilmektedir.

PB-50

Fetal barsak perforasyonu, İntrauterin tanı: Olgu sunumu

Ceren Sancar, Fırat Ökmen, Neslihan Arslan, Ahmet Mete Ergenoğlu, Ahmet Özgür Yeniel

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bildirinin amacı fetal barsak atrezisi düşünülen ve takiplerde barsak perforasyonu saptanan olgunun yönetiminin sunumudur.

Olgu: 19 yaşında G1P0 22 hafta 4 gün gebe dış merkez malformasyon ultrason değerlendirmesinde hiperektojen barsak görülmesi üzerine hastanemize yönlendirildi. Ek hastalığı olmayan gebenin dış merkezde yapılan 2li test sonucunun tri-

zomi 21 ve trizomi 13/18 için düşük riskli (<10000) olarak hesaplandığı görüldü. Perinatoloji polikliniğinde ultrasonografi ile değerlendirilen olguda hiperektojen barsak ve femur kısalığı (<3 persantil) dışında patoloji saptanmadı. Sitomegalovirus ve toksoplazmozis bulaşı açısından değerlendirildi. Sero-loji sonucunun negatif gelmesi üzerine hastaya fetal karyotiplleme ve kistik fibrozis mutasyon taraması önerildi ve genetik danışmanlık için genetik polikliniğine yönlendirildi. Amniosentez yapılan hastanın genetik değerlendirme sonucu normal karyotipte fetus, kistik fibrozis mutasyonu saptanmamıştır olarak raporlandı. Hastaya 1 ay sonra kontrol önerildi. Hasta 30 hafta 0 gün de tekrar değerlendirildiğinde polihidramnios hali (afi >97.5 persantil), kolonda dilatasyon (çapı: 24.1 mm) izlendi. Ultrasonda anal mukozanın izlenmesi anal atreziyi, dilate kolon anslarının görülmesi çekum proksimalinde olabilecek bir atreziyi ekarte etmemizi sağladı. Hastaya haftalık kontrol önerildi. Hastanın 1 hafta sonraki kontrolünde kolonda izlenen dilatasyonun gerilediği (çapı 18.3 mm) görüldü ek bulgu saptanmadı. Hastanın 33 hafta 6 gün deki kontrolünde fetal batında minimal asit, ince barsaklarda dilatasyon (en geniş yerinde 12 mm), fetal batin içinde abdomen ön duvara yakın hiperektojen alan (plastron olabileceğini düşündürdü) izlendi. Polihidramnios halinin devam ettiği görüldü biyofizik profil skorlaması 10 puan olarak hesaplandı. Önceki ultrasonografi değerlendirmelerinde görülen kalın barsak dilatasyonunun izlenmemesi ve ince barsakların dilate izlenmesi ve batin ön duvarındaki hiperektojen alan tıkanıklığın olduğu yerden perforasyon olduğunu ve burada plastron oluştuğunu bize düşündürdü. Takip ve doğum şekli açısından çocuk cerrahisinden görüş alındı. Çocuk cerrahisi tarafından bulguları değerlendirilen olgunun komplike mekonyum ileusu, Hirschsprung hastalığı ve mekonyum peritoniti olabileceği, doğum şekli ve zamanı açısından obstetrisyenlerin karar vermesinin uygun olacağı, doğum sonrasında değerlendirileceği yazılı olarak bildirildi. Hastanın haftalık kontrollerine devam edildi. Kontrollerde ince barsak anslarında dilatasyon bulgusunun az miktarda progresse olduğu izlendi. Takiplerinde ek patoloji saptanmayan olgu 39 hafta 0 günde hasta yatırıldı. Pelvis değerlendirmesinde baş-pelvis uyumsuzluğu izlenmesi üzerine sezaryen ile 3430 g canlı erkek bebek doğurtuldu. Çocuk cerrahisi tarafından yatırılan bebek ileal atrezi + barsak perforasyonu tanısıyla opere edildi. Operasyonda stoma açıldı. Çocuk cerrahisi kliniğinde takibi devam etmekte.

Sonuç: Jejunal-ileal atrezi sıklığı %0.06'dır. İleal atrezilerin %13'ü proksimal, %36'sı distal ileumda saptanır. %90 olguda atrezi tek, %5-10 olguda ise birden fazladır (multipl atrezi). Duedonal atrezilerde kromozom anomalilerine sık rastlanmasına rağmen daha distaldeki barsak segmentlerini ilgilendiren atrezilerin %1'inden azında kromozom anomalisi vardır. ileal atrezi perinatoloji takibinde perforasyon olabileceği akılda tutulmalıdır.