

şında gravida 1 parite 0, son adet tarihine göre 16 haftalık gebe kliniğimize sağ üst ekstremitenin görüntülenmemesi nedeniyle dış merkezden refere edildi. Hastanın öyküsünde belirgin bir özellik saptanmadı. Son adet tarihine göre 16 haftalık gebeliği mevcut ve ultrasonografik ölçümleri gebelik haftası ile uyumlu idi. Geçirilmiş bir operasyon öyküsü yok ve ek sistemik bir hastalığı mevcut değildi. Akraba evliliği yok ve ilaç kullanım öyküsü mevcut değildi. Hasta birinci trimester tarama testi yaptırmamıştı. Birinci trimester 11-14 hafta taramasında nuchal kalınlık hakkında yeterli bir bilgi mevcut değildi. Yapılan anatomik taramada fetal sağ üst ekstremitede radius ve ulna distal 1/2'lik kısmından itibaren izlenmedi. Sol üst ekstremitede ve her iki alt ekstremitede normal olarak değerlendirildi. Fetal ekokardiyografik inceleme normal olarak değerlendirildi. Anatomik taramada ek bir anomali saptanmadı. Hastaya karyotipleme önerildi ve amniyosentez ile prenatal tanı amaçlı amniyon mayı örneklemesi yapıldı. Karyotip sonucu beklenmeden hasta konseyde görüşülerek hastaya gebeliğin terminasyonu seçeneği sunuldu. Hastanın terminasyon istemi üzerine gebelik vajinal yoldan termine edildi. Abort materyalinin makroskobik görünümünde sağ radius ve ulna distal 1/2'sinden itibaren ampute şekilde gözlemlendi. Sağ önkolda amputasyon seviyesinde ultrasonografide seçilemeyen ince bir amniyotik zar katlantısının ön kolu sıkı bir şekilde sardığı ve diğer bir ucunun kraniumda sol parietal kemiğe yapışık olduğu ve kraniumda da yaklaşık 3-4 mm'lik bir defekte neden olduğu gözlemlendi. Bunun dışında makroskobik olarak gross bir anomali gözlenmedi. Fetal otopsi incelemesinde amniyotik band doğrulandı ve amniyotik band sendromuna bağlı gelişen sağ ön kol amputasyonu şeklinde tanı doğrulandı. Amniyotik band sendromunda major olarak üst ve alt ekstremitelere ait komplikasyonlar sık olarak gözlenmekle birlikte visseral anomalilere de neden olabilmektedir. Amniyotik bandlar ultrasonografide seçilmesi çok zor olan yapılar olmakla birlikte ekstremitelere ait anomalilerin saptanması durumunda daha dikkatli bir inceleme ile görüntülenebilmektedirler. Fakat bizim olgumuzda da olduğu gibi çok sıkı bir şekilde ekstremitayı saran bir amniyotik band ultrasonografide görüntülenemeyebilir. Bizim olgumuzda da olduğu gibi ekstremitde amputasyonlarının yanında diğer kranial yapılarda ve visseral organlarda deformasyonlara gebelik yaşının ilerlemesiyle birlikte neden olabilir.

Anahtar sözcükler: Amniyotik band sendromu, fetal amputasyon.

PB-008

Beklenmedik bir izole fetal asit nedeni: Fetal over kist rüptürü

Emre Ekmekci, Sevil Kurtulmuş, Sefa Kelekçi

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Ünitesi, İzmir

Fetal asit, birçok faktöre bağlı olarak gelişebilen fetal hidropsun bir semptomu olarak tanımlanabilir. Fakat izole fetal asitin nedenleri net değildir. Bir çok fetal asit olgusu fetal hidropsa iler-

lemekle birlikte bazıları kendiliğinden gerileyebilmektedir. Kız yenidoğanlarda overyan kistler sık gözlenen abdominal kitlelerdir. Sıklıkla semptomatik değildir ve kendiliğinden kaybolurlar. Buna rağmen nadiren semptomatik olarak klinik önem arz edebilirler. 34 yaşında gravida 2, parite 0, abort 1 olan hasta gebeliğinin 32. haftasında fetal abdominal kistik kitle nedeniyle kliniğimize refere edildi. Gebeliğinin bu haftasına kadar belirgin bir özellik mevcut değildi. 32. hafta ultrasonografisinde fetal biyometrik ölçümler haftasıyla uyumlu ve amniyotik sıvı volumü normal idi. Ultrasonografide fetal sol batın alt kadranda 15 mm'lik dairesel düzgün kontürlü yapıda kistik oluşum gözlemledik. Kistik oluşum fetal böbrekler ve mesane ile ilişkili değildi. Doppler sonografide kistin içerisinde kanlanma saptanmadı. Fetusun kız olması ve genitoüriner ve gastrointestinal ek anomali izlenmemesi nedeniyle overyan kökenli olarak düşünüldü. Hasta 2 hafta sonra kontrole çağırıldı. 34. hafta ultrasonografisinde fetal biyometrik ölçümler abdomen çevresi dışında gestasyonel hafta ile uyumlu saptandı ve amniyon mayı normal olarak değerlendirildi. AC %99 percentilde ölçüldü ve batın içi yaygın sıvı koleksiyonu gözlemlendi. Sol overdeki kistik oluşum 14 mm boyutlarında ve elipsoid şekilde regrese olarak izlendi. Barsaklar serbest sıvı içerisinde yüzüyor şekilde görüntüldü. Fetal toraks normaldi ve hidrotoraks izlenmedi. Subkutan ödem izlenmedi ve hasta primer fetal asit olarak tanımlandı. Buna rağmen fetal hidrops taraması yapıldı. Hemogram, HbA1c, VDRL, TORCH taraması, Parvovirus B-19 taraması, indirect coombs testi ve anticardiolipin IgM/ IgG bakıldı. Karyotipleme önerildi fakat hasta kabul etmedi. Tüm taramalar normal olarak sonuçlandı. Fetal ekokardiyografi normaldi. Hasta 36. haftada tekrar görüldü. Fetal overyan kist tamamen resorbe olmuş ve batın içi serbest mayı tamamen resorbe olmuş şekilde izlendi. Hasta gebeliğinin 40. haftasında sağlıklı 3400 gram ağırlığında bir bebek doğurdu. Fetal over kist rüptürü izole fetal asit olgularında etyolojik bir neden olarak akılda tutulmalıdır. Fetal overlerin ultrasonografide değerlendirilebilmesi güçtür ve sıklıkla diğer abdominal organlardan ayırt edilemezler. Fakat abdominal kistik bir kitle saptanması durumunda fetal over kisti akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Fetal asit, fetal over kist rüptürü.

PB-009

Fetal lenfanjiomaların prenatal tanısı ve gebelik sonuçları

Resul Arısoy¹, Emre Erdogdu¹, Pınar Kumru¹, Oya Demirci¹, Hatip Aydın², Semih Tugrul¹

¹Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; ²Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Genetik Kliniği, İstanbul

Amaç: Prenatal tanı almış lenfanjioma olgularının ultrason bulguları ve perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi

Yöntem: 2008-2013 yılları arasında prenatal tanı almış lenfanjioma olguları kliniğimizin ultrason datasında araştırıldı. Maternal, fetal ve perinatal veriler tanımlandı ve kayıt edildi.

Bulgular: 2008-2013 yıllarında lenfanjioma tanısı almış yedi olgu tespit edildi. Tüm olgular ikinci ve üçüncü trimesterde tanı almış olup; ortalama gebelik haftası 24 ± 4 olarak saptandı. Tanı esnasında ortalama lenfanjioma çapı 58.4 ± 22.5 mm olarak bulundu. Dört olguda (%57.1) lenfanjioma ensede lokalize olduğu; üç olguda (%42.9) diğer lokalizasyon alanlarında olduğu saptandı. Tüm olgularda karyotip analizi normal olarak saptandı. İki olguda gebelik termine edildi. Diğer kalan beş olgunun gebelik takibinde komplikasyon gözlenmedi ve distosi nedeni ile tüm olgular sezaryen ile doğum yapıldı.

Sonuç: İzole lenfanjioma olgularında kromozomal anomali riski çok düşüktür. Gebelik sonuçları ve prognoz genellikle iyi olup; lezyonun lokalizasyonuna bağlıdır.

Anahtar sözcükler: Kromozomal anomalileri, lenfanjioma, perinatal sonuç.

PB-010

Fetal intra-abdominal kist olgularının prenatal tanısı ve sonuçları

Pınar Kumru, Resul Arısoy, Emre Erdogdu, Oya Demirci, Elif Tozkır, Sevcen Arzu Arıkan, Mesut Polat, Semih Tugrul Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Prenatal tanı almış lenfanjioma olgularının ultrason bulguları ve perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi

Yöntem: 2008-2013 yılları arasında Fetal abdominal kist tanısı almış olgular retrospektif olarak incelenmiştir. Renal sistem ve barsak obstruksiyonundan kaynaklı kistik görünümlü lezyonları olan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Maternal, fetal ve perinatal veriler tanımlandı ve kayıt edildi.

Bulgular: 18 fetal abdominal kist olgusu çalışmaya dahil edildi ve bu olgularında üçü (%16.7) erkek 15'ide (%83.3) kız fetus olarak saptandı. Prenatal tanı esnasında ortalama gebelik haftası 26.78 ± 6.75 ve ortalama fetal abdominal kist çapı 39.81 ± 20.47 mm olarak saptandı. 15 olgu canlı doğum ile sonuçlandı. Bir olgu multiple anomali nedeni ile termine edildi ve iki olguda intrauterin ölüm saptandı. Dört olguda fetal abdominal kistin intrauterin hayatta resorbe olduğu tespit edildi. Altı olguda (%40) cerrahi işlem gereksinimi oldu. Total mortalite %17.7 olarak saptandı (iki olgu intrauterin, bir olguda postoperatif).

Sonuç: Ultrasonografi fetal abdominal kistlerin orjinini saptamada yetersiz olup, fetal abdominal kistin görünümü, lokalizasyonu, fetal cinsiyet, kistin içinde peristaltizmin varlığı,

musküler duvar varlığı ve ek anomalilerin varlığı prenatal tanı ve yönetimde önemlidir.

Anahtar sözcükler: Fetal abdominal kist, ultrason.

PB-011

2. trimesterde saptanan servikal ektopik gebelik olgusunun sunumu

Salih Burçin Kavak¹, Ebru Kavak², Özgür Arat¹, Ekrem Sapmaz¹, Raşit İlhan¹, Selçuk Kaplan¹

¹Fırat üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ; ²Elazığ Özel Medikal Park Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Elazığ

Amaç: Servikal ektopik gebelik insidansı 2.500 ile 10.000 gebelikte 1 arasındadır. Hayatı tehdit eden, en nadir görülen ektopik gebelik tiplerindendir. Servikal gebeliğin sonografik tanısı çeşitli zorluklar içerir. Tanıda endometriyal kavite ile gestasyonel kesesinin ilişkisi dikkatle değerlendirilmelidir. Nadir görülmesi ve önemli mortalite nedeni olmasından dolayı, 23. gebelik haftasında tanı alan bir servikal ektopik gebelik olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 29 yaşında, 2. gebeliği olan olgunun öyküsünde geçirilmiş bir sezaryen dışında, belirgin özelliği bulunmuyordu. Mevcut gebeliğinde dış merkezde düzenli kontrollerine giden olgu, kliniğimize 22W2D gebelik oligohidroamnios ve diastolik akım kaybı ön tanılarıyla gönderildi. Erken USG'lerine göre 22W2D gebeliği bulunan olgu, yapılan USG değerlendirmesinde fetus 19W ile uyumlu ölçülere sahipti. Oligohidroamnios+IUGR (AC:18W, FL:20W) ve diastolik akım kaybı tanılarıyla haftalık takibe alındı. Plasenta aşağı yerleşimli olup serviksle net ilişkisi ortaya konulamadı. Öyküsünde 1. Trimester kombine testi normal olan olgu, membran rüptürü tariflemiyordu, TORCH panelinde özellik yoktu. Vajinal değerlendirmeyi kabul etmeyen olgu kontrole çağrıldı. Bir hafta sonra kontrole gelen olgunun bakılan ultrasonografisinde, fetal kalp aktivitesi izlenmedi. Fetal karın çevresi 18 W 4D ile uyumluydu. 23w1D oligohidroamnios, IUMF, transvers geliş, Eski 1 C/S tanısı konuldu. USG'de Fundus postpartum görünümü andıracak şekilde ve boş olarak izlendi. Fetus istmik bölge hizasında izleniyordu. Servikal ektopik gebelikten şüphelenildi. Yatış verildi, preoperatif değerlendirmenin ardından laparotomiye alındı. Göbek altı ve üstü insizyonla batına girildi. Laparotomide, servikal ektopik gebelik tanısı doğrulandı. Oluşabilecek aşırı kanamayı önlemek için İnfrarenal Aort oklüzyonu uygulanmasına karar verildi. Kalp damar cerrahisi konsültan hekimi tarafından Aorta bifurkasyonu hizasından aort askıya alındı. Üroloji konsültan hekimi tarafından Sistoskopi eşliğinde her iki üretere, Double J kateter yerleştirildi. Ayrıca istmik bölgenin üzerinden pernöz ile turnike yapıldı. 1cc. heparin uygulandı ve 2 dk sonra aort klemplendi. Önce mesane diseksiyonu yapıldı. Uterus ön yüzde istmusun hemen altından, 3cm'-