

nun (çoğunlukla veya tamamen komplet) bir parçası olduğu (ancak tamamı değil) polymalformatif sendromdur. Sirenomeli alt ekstremité füzyonu ve ya ciddi gastrointestinal, genitöiriner, kardiyovasküler ve kas iskelet sistemi anomalisiyle beraber tek umbilikal arterin tek alt ekstermite ile birlikte olduğu ölümcül, nadir (0.8 ile 4.2/100.000 doğum) bir kongenital anomalidir.

Olgu: 19 yaşında gravida 3 parite 1 abort 1 (normal spontan doğum) olan hasta sancı hissetmesi nedeniyle kanuni sultan süleyman eğitim araştırma hastanesi kadın doğum acil servisine başvurdu. hastanın yapılan ilk muayenesinde usg de makat geliş karın çapı: 31+1 w ile uyumlu olması üzerine ilk trimester ultrasonografi ile yapılan teyitte 36 olduğundan dolayı hasta makat geliş, intrauterin gelişme geriliği (36/31+1) ve anhidramnios endikasyonu ile sezaryen amaçlı doğumhaneye yatırıldı. kliniğimizden takipsiz olan hasta 6. gebelik ayından sonra tansiyonlarının yüksek seyretmesi üzerine gestasyonel hipertansiyon olarak izlenmiş. Hastanın akraba evliliği yok. Hastanın yapılan değerlendirilmesinde anhidri olması nedeniyle femur uzunluğu (fl) net değerlendirilemedi. Hasta sezaryen doğum ile apgar1-2.1570 g ağırlığında canlı bir cinsiyeti belirsiz multiple anomalisi olan bebek doğuruldu. Materanl bir komplikasyon olmazken, bebek solunum sıkıntısı ve multiple anomali nedeniyle yenidoğan 3. düzey yoğun bakım yatışı yapıldı. Bebeğe atipik yüz görünümü (ön fontanel önde burun köküne kadar uzanıyor arkada arka fontanel ile birleşiyor), kısa boyun, tortikollis, genital gelişim yok, cinsiyet belirsiz, anal atrezi mevcut, sağ uyluk, bacak ve ayak gelişimi yok. Solda yalnız femur mevcut, diz bacak ayak gelişimi yok. Yoğun bakım takiplerinde entübe olan bebek ilk 24 saat içinde resustasyona rağmen ex oldu. Prognoz sirenomeli pulmoner hipoplazi ve renal agenezi nedeniyle birçok vakada mortal seyretmektedir. Gebeliklerin %50'si 8 veya 9. gebelik ayından sonra doğmaktadır. Ölümler çoğunlukla doğumdan sonraki beş gün içinde olmaktadır. Postnatal bakım disgenetik olsa bile böbrek olmasını gerektirir. Sirenomeli yönetimi zor, maliyetli ve sonucu tahmin edilemeyen çok sayıda müdahale gerektirir. Antenatal tanı antenatal tanı morfolojik (oligohidramnios, bilateral renal agnezi, tek alt ekstremité, tek umbilikal arter, mesane yokluğu, tanımlanamayan external genital-ya, anorektal atrezi, lumbosakral agenezi) ultrason çalışmasına dayanır. Sirenomelik fetuslarda bilateral renal ageneziye bağlı oligohidramnios, ikinci ve üçüncü trimester alt ekstremité değerlendirmesini zorlamaktadır. Bazı vakalarda bilateral renal agenezi tek bulgudur.

Sonuç: Erken tanı daha az risk ve ağrı ile gebeliğin erken aşamada terminasyonuna izin verebilir.. mrı incelemesi aynı zamanda visceral lezyonların tanımlanmasında yardımcı olmaktadır. Teröpatik karar, tanı anındaki gestasyonel hafta, malformative sendromun ciddiyetine ve ailenin isteğine bağlıdır. genetik danışma tekrarlama riskinden dolayı (%3–%5) tavsi-

ye edilmelidir. terme ulaşan vakalarda amniotik sıvının azlığı nedeniyle vakaların seçilmesini zorlaştırmakla, 3 düzey yenidoğan yoğun bakım merkezlerinin olmadığı merkezlerde mortaliteyi daha da arttırabilmektedir.

PB-031

21 haftalık EMR olan hastada kontinü amnioinfüzyon

Fatih Mehmet Fındık, Ahmet Yalınkaya, Mehmet Sait İçen, Senem Yaman Tunç, Elif Ağaçayak

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Gestasyonel yaştan bağımsız olarak amnion sıvısının sızması erken membran rüptürü-PROM (prematur ruptur of membranes) olarak adlandırılırken, 37. haftadan önce amnion sıvısının sızmasına PPRM (preterm prematur ruptur of membranes) olarak adlandırılır. İnsidansı tüm gebeliklerde yaklaşık %8–10'dur. Maternal ve fetal morbidite-mortaliteyi arttırmaktadır. Maternal komplikasyonların en önemlisi koryoamniyonittir. Diğer komplikasyonlar kordon sarkması, pulmoner hipoplazi, ekstremité deformitesi, prematürite, asfiksi fe fetal ölümdür. Tedavide temel yaklaşımlar erken doğum ve fetal hipoksiyi önlemekle birlikte, enfeksiyon gelişimini önlemek ve amniotik sıvıyı yerine koymaktır. Bu hastalarda bekle gör yaklaşımının yanında, amniopatch uygulaması, kontinü amnioinfüzyon ve acil doğum tedavi seçenekleri arasında yer alır. 33 yaşında G1P0 olan hasta suyunun gitmesi şikayetiyle hastanemize başvurdu. Hastaya yapılan ultrasonografide 21 hafta 2 gün ile uyumlu FK (+) fetüs izlendi. Amnion sıvısı toplamda 3 cm'den az idi. Spekulum muayenesinde aktif amnion sıvısı geldiği gözlemlendi. Servikal açıklık yoktu. Hastanın başvuru laboratuvar değerleri ise; WBC:10.25, HGB: 7.42, PLT: 314000, CRP:0.95 idi. Enfeksiyon bulguları olmadığı ve hastanın çocuk istemi nedeniyle hastaya kalıcı kateter takılarak kontinü amnioinfüzyon yapılmasına karar verildi. Ultrasonografi eşliğinde steril koşullarda 18 G'lik epidural kateterle amnion sıvısının uygun bir dikey cebine transabdominal olarak girildi. İğne çekildikten sonra kanül uterus içinde kaldı. Kanülün dışarda kalan kısmı çevresi steril spançla sarıldıktan sonra cilde flaster ile sabitlendi. Hastaya ampicilin+sulbaktam 1 g 4*1 IV, ornidazol 500 mg 2*1 IV, antianemik, Bemiparin sodyum 3500 IU subkutan tedavisi başlandı. Hastaya günlük 1000 cc izotonik solüsyon kateterden verildi. Bu arada hastanın aktif su gidişinin olduğu gözlemlendi. Aralıklı yapılan CRP ve WBC değerleri ile hasta takip edildi. Ayrıca günlük olarak ultrasonografi ile hem fetal iyilik hali ve gelişimi takip edildi hemde amnion sıvı durumu gözlemlendi. Amnion sıvıda miktarında değişiklik olmadı. 25. haftasında hastaya betametazon 12 mg 12 saat arayla yapıldı. Hastanın takiplerinin 42. gününde şiddetli sancılarının olması ve WBC değeri-

lerinin 19.000'e yükselmesi üzerine sezaryen kararı alındı. 1 ve 5. dakika apgarı 8-8 olan 1080 g bir erkek bebek doğurtuldu. Bebeğin ilk muayenesinde hipotonik olduğu gözlemlendi ve RDS bulgularının olması üzerine yenidoğan yoğun bakıma yatırıldı. Yenidoğan yoğun bakımda 2 aylık tedavi sürecinden sonra bebek taburcu edildi. Bebek şu an 9 aylık olup, bu aya kadar hastaneye yatışını gerektirecek bir sağlık sorunu olmadan sağlıklı yaşantısına devam etmektedir. Bu olguda viabilite sınırının altında amnion sıvı gelişen hastalarda epidural kateter yardımıyla kontinü amniyofüzyon yapılarak fetüsün intrauterin yaşam sürecini birkaç hafta daha iletme-nin ucuz ve nisbeten kolay bir yöntemini göstermek istedik.

PB-032

Uterus anomalisi ve uterusun asimmetrik gelişmesine bağlı postpartum hemoraji ve yönetimi: Vaka serisi ve literatür derleme

İbrahim Alanbay¹, Mustafa Öztürk², Emre Karaşahin¹

¹GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara;

²Etimesgut Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

Amaç: Obstetrik acilerden biri olan postpartum kanama hla maternal mortlitenin en önemli sebeplerindendir. Uterin atoni, bu kanamaların %80'ini oluşturur. Uterine malformasyonlarda postpartum kanamalara sıklıkla yol açmaktadır. İlk vakamızda fetus ve plasenta çıkartıldıktan sonra uterusun detaylı incelemesi yaptık ve uterin septum ve septumun ikiye böldüğü iki kavite saptadık. Kavitenin birinde plasenta gelişip, sağlıklı gebelik devam ederken septumun diğer yarısı normal gebelik uterusu olarak devam etmiştir. İkinci vakamızda angular gebelik tanısı ile takip edilmekteydi ve fetus ve plasenta çıkartıldıktan sonra uterusun sağ cornual kısmının plasenta lokalizasyonundan dolayı asimmetrik olarak, bulging yapacak şekilde büyüdüğü saptandı. Uterine malformasyonlara bağlı olarak atoni kanaması oluşan olgularda, kanama riskini, yaklaşımı ve tedavisini tartıştık.

Olgu 1: Olgumuz 28 yaşında olup, G2P1 geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttur. Bir önceki gebeliği term olup, sezaryen sırasında uterin anomali olduğu bildirilmiştir. Postpartum kanama öyküsü de bildiren olgunun anamnezinden kan transfüzyonu dışında anomali tipi ve tedavisi, ve PPK için yapılan tedaviler ile ilgili yeterli bilgi elde edilememiştir. Bu gebeliğinde de elektif olarak 39. haftada alt segment insizyonu ile sezaryen yapılmıştır. Fetus ve plasenta çıkartıldıktan sonra uterusun detaylı incelemesi yapıldı ve uterin septum ve septumun ikiye böldüğü 2 kavite saptandı. Kavitenin birinde plasenta gelişip, sağlıklı gebelik devam ederken septumun diğer yarısı normal gebelik uterusu olarak devam etmiştir. Plasenta yerleşen kavite, plasenta çıkartıldıktan sonra yumuşak olarak izlendi ve buradan bol kanama izlendi.

Olgu 2: Olgumuz 35 yaşında Gravida 2, Parite 1, geçirilmiş sezaryen olup, 27. gebelik haftasında vaginal kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Olgumuz gebeliğin erken haftalarından itibaren Angular gebelik tanısı takip edilmekteydi. İntermittent vaginal kanama nedeniyle yaklaşık 5 hafta takip edildi, ve bu süre sonunda gelişen uterin kontraksiyonları ve geçirilmiş sezaryen nedeni ile sezaryene alındı. Fetus ve plasenta çıkartıldıktan sonra uterusun sağ cornual kısmının plasenta lokalizasyonundan dolayı asimmetrik olarak, bulging yapacak şekilde büyüdüğü saptandı. Uterin malformasyonlar veya plasentanın uterusun global kontraksiyonunu bozacak şekilde asimmetrik yerleştiği olgular atoni için risk faktörü olarak kabul edilmelidir.

PB-033

Üçüncü trimesterde masif preplasental ve subkoryonik hematoma: Antenatal kanama ve hematomların tanımlarına genel bakış

İbrahim Alanbay¹, Mustafa Öztürk², Emre Karaşahin¹

¹GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara;

²Etimesgut Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

Amaç: Gebelik sırasında saptanan kanamalarda doğru tanı için en önemli kriter kanamanın plasenta ile olan ilişkisidir. Doğru yaklaşım için doğru anatomik tanı, gebelik kanamalarında önem taşır. Koryonik plak altında, myometrium ile plasental membran ve/veya plasenta sınırı arasında oluşursa subkoryonik hematoma adı verilir.

Olgu: Olgumuz nadir bir vaka olarak, 3. trimesterde masif subkoryonik hematoma preplasental hematomun aynı olguda görülmesidir. Subkoryonik ve preplasental kanamalar benzer patogeneze ve klinik özellikleri taşır. Bizim olgumuzda masif subkoryonik kanama 3. trimesterde fetal perfüzyonu etkilemeden 5 haftadan fazla persiste etmiştir.

Sonuç: Masif subkoryonik kanamalar doğuma kadar persiste olarak sağlıklı doğum ile sonuçlanabileceği gibi, kötü gebelik prognozlarına da yol açabilir. Masif subkoryonik kanamalarda sabırlı, fetal ve maternal hemodinaminin yakın takibi önem arz etmektedir.

PB-034

Pomeroy tekniği tubal ligasyon sonrası intrauterin gebelik: olgu sunumu

Mustafa Ulubay¹, Mustafa Öztürk², Fahri Fıratlıgil¹, Ulaş Fidan¹, Aytekin Aydın², Müfit Yenen¹

¹GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara;

²Etimesgut Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

Pomeroy tekniği, en sık kullanılan tubal sterilizasyon yöntemi olup; fallop tüpünün bir kısmının laparoskopi, mini laparotomi veya sezaryen ile eş zamanlı çıkarılması işlemidir. Literatürü in-