

atitis. Her blood sample had lipemic appearance. Plasma triglycerid level was 1108 mg/dL, lipase level was 1146 U/L and amilase level was 252 U/L. Liver and renal function tests were normal. Her previous reports showed us mild HTG (triglycerid levels ranging between 200 and 250 mg/dL) and occasionally high liver function tests (AST ranging between 70–100 U/L, ALT ranging between 130–150 U/L). We observed chylous ascites in abdomen and milky-pink blood was noticed during cesarean section. We managed our patient conservatively in postoperative period. We put a drainage catheter into abdomen to prevent accumulation of fatty fluid. We cessate oral intake and start total parenteral nutrition with heparin. She continued insulin treatment. The patient's clinical condition subsequently improved. Hypertriglyceridemia is a known but underestimated cause of acute pancreatitis. Incidence is low but related morbidity and mortality is high. So early diagnosis and good management is the key point for success.

PB-011

Hiperkoil umbilikal kord ve battledore plasenta

Ayşe Nur Çakır Güngör, Servet Hacivelioglu, Evren Çavuş, Merve Atar

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale

36 yaşında G1 P0 embryo transfer tarihine göre 35 hafta 6 gün in vitro fertilizasyonla gebe kalmış olan hasta acil servise su geliş ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde gestasyonel diabet dışında özellik olmayan hastanın ultrasonografisinde BPD: 34 hafta 3 gün AC: 33 hafta FL: 32 hafta ile uyumlu olduğu izlendi. Tahmini fetal ağırlığı 1900 gram idi. Amniyon mayi miktarı azalmış, NSTleri reaktif olan hastanın bebek hareketleri iyi, vajinal muayenesinde %70 silinme ve 4 cm açıklığının olduğu ve defleksiyon geldiğinin tespiti üzerine sezaryenle doğumuna karar verildi. Sezaryende bebek çıkarıldıktan sonra umbilikal kordun hiperkoil halde olduğu ve plasentanın battledore plasenta olduğu tespit edildi. Bebeğin 3. ve 5. dakika APGAR skorları 7 ve 9 idi. 1830 gram olan bebeğin yenidoğan muayenesinde düşük doğum ağırlığı dışında problem yoktu. In vitro fertilizasyon ile oluşan gebeliklerde olumsuz gebelik sonuçlarıyla karşılaşma riski spontan gebeliklere göre artmıştır. Bizim hastamızda da düşük doğum ağırlığının nedeni olarak battledore plasenta ve hiperkoil umbilikal kord dışında özellik yoktu. Literatürde hiperkoil kordla intrauterin gelişme geriliği arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olmakla birlikte hastamız literatürde tanımlanan hem Battledore plasenta hem de hiperkoil umbilikal kordun olduğu ilk vakadır.

PB-012

Ağır hidrotoraksli fetüse torako-amniotik şant takılması ve postnatal kardiyo-pulmoner gelişiminin 3 yıllık takibi

Arda Saygılı¹, Elif Uğurlu², Gülşah Güven³, Murat Yayla⁴, Cihat Şen⁵

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul; ²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul; ³Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul; ⁴Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ⁵İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Fetal hidrotoraks nadir, doğal seyri sırasında spontan iyileşebileceği gibi hidrops fetalise ve intrauterin fetal kayba yol açabilen oldukça riskli bir durumdur. Günümüzde fetal hidrotoraks tedavisinde torasentez ile genellikle şilotoraks karakterindeki efüzyon boşaltılmakta ve torako-amniotik şantlarla amniyotik alana drenaj sağlanmaktadır. Bu yazıda 19. gebelik haftasında ağır hidrotoraks, sol pulmoner hipoplazi saptanan fetüste, girişimsel olarak torasentez, torako-amniotik şant takılan olgu sunuldu ve postnatal 3 yıllık süreçte kardiyo-pulmoner gelişim süreci incelendi.

Olgu: 28 yaşındaki annenin antenatal takiplerinde 19. gebelik haftasında izole, tek taraflı, mediastinal şiften de geliştiği fetal hidrotoraks tespit edilmişti. Plevral efüzyon sıvısı önce 20. haftada ultrasonografi eşliğinde torasentez ile boşaltıldı ve sol hemitoraksta torako-amniotik şant takıldı. Aspire edilen sıvının şilotoraks olduğu tespit edildi. Etiyolojik araştırmada patolojik özellik belirlenmedi. Eşzamanlı USG ve fetal ekokardiyografik takiplerinde 23. gebelik haftasında hidrotoraksın, tek taraflı mediastinal şiften yaparak tekrarlaması üzerinde ilk şantın fonksiyonel olmadığı düşünülerek ikinci bir torako-amniotik şant takıldı. Kısmi dengenin sağlanması üzerine takiplerinde plevral efüzyonunun persiste etmesi üzerine 35. haftada sezaryenle doğumu gerçekleştirildi. Doğum sonrası, solunum sıkıntısı ve sol akciğerin hipoplazik ve yeterli derecede genişleyememesi üzerine mekanik ventilasyon ve torakal drenaj yapıldı, diyet başlandı. Üç haftalık yenidoğan ünitesinde takip sonrasında hemodinamik ve solunumsal olarak stabilize olan yenidoğan, oral beslenme yeterli olması üzerine taburcu edildi. Ekokardiyografi ve telekardiyografi ile yapılan takiplerinde sol akciğer parankim yapısının oluştuğu ve bu gelişime paralel olarak sol pulmoner arterin ve pulmoner akımın normale geldiği izlendi. Ayrıca atriyal sitüsün solitüs, ancak kalbin dekstrokardi pozisyonu aldığı, PDAnın kapanmadığı belirlendi. PDAnın hemodinamik olarak etkin olması üzerine 2.5 yaşında amplatzer duct occluder 2 cihazı ile kapatıldı. Daha sonraki takiplerinde rezidüel şant saptanmadı.

Sonuç: Fetal hidrotoraks tedavisinde torasentez ve torako-amniotik şant takılması etkin, hayat kurtarıcı ancak palyatif