

Amaç: İntrauterin gelişme kısıtlılığı (IUGR) anlamlı perinatal morbidite ve mortalite oranlarıyla ilişkilidir. Bu fetuslarda; normal nörolojik gelişim, fetal ölüm, doğum asfiksisi, mekonyum aspirasyonu, neonatal hipoglisemi ve hipotermi prevalansı artmaktadır ve ideal doğum zamanlaması hakkında kesin bir fikir birliği bulunmamaktadır. Biz de çalışmamızda intrauterin gelişme kısıtlılığı olan fetusların Doppler akımları ile doğumdaki kan pH değerlerinin perinatal ve neonatal sonuçlar açısından değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza hastanemiz perinatoloji servisinde Temmuz 2014 ve Ocak 2015 tarihleri arasında IUGR tanısı konan 32 hasta dahil edildi. IUGR tanısı tahmini fetal ağırlığın 10. persantilin altında olmasına göre konulmuştur. Doppler ölçümleri doğumdan önce 24 saat içerisinde yapıldı ve doğumda fetal kord kan gazı alındı. Hastalar umbilikal arterde akım kaybı olmayan (n=17) ve umbilikal arterde akım kaybı (n=11) veya ters akım olan (n= 4) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Ayrıca 3 hastada duktus venozusta ters a dalgası saptandı. Doğum kararı anormal fetal kalp atım hızı paterni veya düşük skorlu biyofizik profil varlığında verildi. Neonatal sonuçlar doğumdan sonra 3 aya kadar izlendi. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamıza IUGR'ı olan toplam 32 olgu dahil edilmiştir. Olguların yaş ortalaması 27.53 ± 6 yıl, gebelik sayıları ortalaması 1.63 ± 0.98 , parite sayıları ortalaması ise 0.47 ± 0.80 'dır. Gebelik süreleri ortalaması 239.31 ± 29 gün, doğum ağırlıkları ortalaması 1595.47 ± 727 gram, yenidoğan yoğun bakım yatış süreleri ortalaması ise 22 gündür. Olguların 8'inde (%25) umbilikal arter 0.5–1 PI, 9'unda (%28.1) 1–1.5 PI, 11'inde (%34.4) end diastolik akım kaybı ve 4'ünde (%12.5) ters akım görülmüştür. Olguların 3'ünde (%9.4) duktus PI 3 ve üzerinde iken, 29'unda (%90.6) duktus PI değerinin 3'ün altında olduğu görülmektedir. Umbilikal arterde akım kaybı olmayan grupta neonatal mortalite görülmezken, umbilikal arterde akım kaybı veya ters akım olan grupta %40 (n=6) mortalite izlendi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.039). Akım kaybı olmayan grubun doğum ağırlıkları ortalaması (2118 g), patolojik akım grubundan (968 g) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.001). Akım kaybı olmayan grubun Apgar 5. dk skor ortalaması (7.65), patolojik akım grubundan (6.27) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.001). Akım kaybı olmayan grubun yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış süreleri (6,58 gün), patolojik akım grubundan (39.93 gün) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (p:0.001). Akım kaybı olmayan grupta baz açığı ortalaması (-0.75), patolojik akım grubundan (-5.76) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.004). Akım kaybı olmayan grubun pH ortalaması (7.33), patolojik akım grubundan (7.24) istatis-

tiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.016). Duktus venozusta ters a dalgası bulunan 3 hasta postpartum 1., 9. ve 110. günlerde exitus oldu.

Sonuç: Umbilikal arterde akım kaybı veya ters akım olan grupta, umbilikal arterde endiyastolik akım olan gruba göre neonatal mortalite daha yüksek, yenidoğan yoğun bakımda yatış süresi daha uzun, 5. dakika Apgar skorları, doğum kilo-ları, fetal kord kan gazı pH değerleri ve baz açığı daha düşük görüldü. Duktus venozus PI değeri 3 ve üzerinde olan fetuslarda neonatal ölüm görüldü. Bu fetuslarda aynı zamanda duktus venozusta ters a dalgası mevcut idi. Miyadını tamamlamış intrauterin gelişme geriliği olan ve akciğer maturitesini tamamlamış umbilikal arterde akım kaybı veya ters akım izlenen fetuslarda doğum düşünülmelidir. Daha küçük fetuslarda umbilikal arterde akım kaybı veya ters akım saptananlarda duktus venozus hız dalga paterni ile takip edilebilir. Çalışmamızda hasta sayısının az olması sebebiyle fetusların doğurtulması için en uygun duktus venosus PI değerini saptanama-mıştır, daha geniş hasta sayılı çalışmalar gerekmektedir.

PB-078

Amniyotik bant sendromu: Olgu sunumu

Hicran Acar Şirinoğlu, Işıl Turan Bakırcı,
Sevcan Arzu Arınkan, Murat Aksoy, Oya Pekin,
Gökhan Göynümer

*Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul*

Amaç: Amniyotik band sendromu, amniyotik zar kalıntısının fetusun ekstremitelere ya da baş bölgesine dolanması ile oluşan fetal deformasyon, malformasyon ve amputasyon üçlüsüyle karakterize bir sendrom olarak tanımlanır. Amniyotik band sendromu basit parmak konstriksiyonlarından, kraniofasial ve viseral defektlere kadar değişiklik gösteren ve ölümlere yol açabilen anomaliler spektrumudur. Etiyolojisi ve patogenezi hala açıklanamamıştır. Gebeliğin erken evresinde amniyon ruptürü gelişmesi ve bunun sonucunda mezoblastik proliferasyon ile oluşan fibröz mezoderm bantlarının çeşitli embriyonik veya fetal yapıları sıkıştırarak boğulmasına yol açması “eksojen” teoriyi desteklemektedir. Ancak amniyotik band sendromunda gözlenen holoprosensefali ve hidrosefali gibi malformasyonlar eksojen teori ile açıklanamamakta bu da germinal disk defekti ile açıklanan “endojen” teorisine ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Bulgular: 24 yaşında gravida 1 gebe ilk trimester tarama testini yaptırmak için kliniğimize başvurmuştur. Son adet tarihine göre 13 hafta 4 gün gebeliği olan hastanın tıbbi ve obstetrik özgeçmişinde bir özellik bulunmamaktadır. Akriba evliliği ve ilaç kullanım öyküsü yoktur. Yapılan ultrason muayene-

si 13 hafta ile uyumlu olup, sol üst ekstremitte humerus distalinden itibaren ampute ve çevresinde amniyotik doku bandı izlenmiştir. Hastaya terminasyon seçeneği sunulmuştur. Terminasyon isteği olan hastanın gebeliği vaginal yolla termine edilmiştir. Bulguları postmortem doğrulanmış, abort materyalinin makroskopik incelemesinde asimetrik ekstremitte hipoplazisi ve amputasyon seviyesinde ince bir amniyotik zarın kolu sıkı bir şekilde sardığı görülmüştür. Başka gross anomali izlenmemiştir. Vital bulguları stabil olan hasta postpartum 1. gün şifa ile taburcu edilmiştir.

Sonuç: Antenatal sonografide fetusa yapışık aberran doku bandı ile birlikte karakteristik deformiteler ve hareket kısıtlılığı gözlenmesi amniyotik band sendromu tanısının konulmasını sağlar. Bu vakada erken haftada gelişen asimetrik ekstremitte hipoplazisi ve amniyotik doku bandı ile tanı konulmuştur. Ancak band görülmesi bile, asimetrik ensefeloel ve distraktif kalvaryum defekti ile gastroploerözis gibi karakteristik anomalilerin varlığı amniyotik band sendromunun göstergesi olabilir. Teratojenik ve genetik kökenli ekstremitte amputasyonları simetrik ve bilateralidir. Amniyotik band sendromuna bağlı amputasyonlar ise genellikle asimetriktir. Bu vaka da bu durumun bir örneğidir. Rutin ultrason muayenesinde amniyotik band sendromunun minör defektlerini içeren olguların atlanabildiği ve prenatal tanının koyulamadığı bilinmektedir. Amniyotik bandın görülmesi kesin tanı için gerekmediği gibi sadece amniyotik bandın görülmesi de tanı koydurucu değildir. Normal olarak 16. gestasyonel haftaya kadar koryon ile birleşmemiş amniyotik band gözlenebilir. Ancak bu vakada amniyotik band ile birlikte hipoplazik sol üst ekstremitte mevcudiyeti tanıyı koydurmuş, terminasyon sonrası görüntüler de tanıyı doğrulamıştır.

PB-079

İzole korpus kallozum agenezisi: Olgu sunumu

Hicran Acar, Sevcan Arzu Arıkan, Kaan Pakay, Oya Pekin, Gökhan Göynümer

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Korpus kallozum; iki serebral hemsiferi bağlayan geniş miyelinize fiberlerden oluşur ve agenezisi toplumda %2–3 oranında görülür. Kromozom anomalileriyle birlikteliği yüksektir. Tanı, ultrasonografik muayene ile konulur ancak standart aksiyal planlar tanı koymak için yeterli olmaz, ek olarak koronal ve sagittal planların da incelenmesi gerekir.

Bulgular: 26 yaşında Gravida 4, Parite 1, Abortus 2 olan hasta dış merkezden kliniğimize ventrikulomegali ön tanısıyla yönlendirilmiştir. Son adet tarihine göre 28 haftalık gebeliği olan hastanın tıbbi özgeçmişinde bir özellik bulunmamakta,

obstetrik özgeçmişinde ise iki tane sezaryen ile doğum öyküsü vardır. Akraba evliliği, alkol ve ilaç kullanım öyküsü yoktur. Hastanın anamnezinden, 1. trimester tarama testini yaptırmadığı ve dış merkezde yapılan 2. düzey detaylı ultrason muayenesinin normal olduğu öğrenilmiştir. Hastanemizde yapılan ultrason muayenesi 29 hafta ile uyumlu olan hastada ventrikulomegali izlenmiş ve perinatoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Perinatoloji polikliniğinde yapılan ultrason muayenesinde fetal kraniyal incelemede ventrikül posterior çapları 19.8 mm, gözyaşı bulgusu, interhemisferik kist mevcuttur. Sagittal planda kallosal arter paterni anormal olarak görünmüş ve korpus kallozum izlenmemiştir. Hastaya, genetik danışma, sitogenetik analiz ve kraniyal magnetik rezonans (MR) görüntüleme önerilmiştir. Hasta karyotip analizini kabul etmemiştir. MR görüntüleme ile korpus kallozum agenezisi doğrulanmıştır. Hasta 37 hafta gebe iken ağrı şikayetiyle doğum acile baş vurmuş ve aynı gün ağırlı eski sezaryen endikasyonu ile sezaryene alınmıştır. 3020 g 7/8 Apgarlı tek canlı kız bebek doğurtulmuştur. Hasta postop 2. gün şifa ile taburcu edilmiştir. Bebeğin doğum sonrası fizik ve nörolojik muayenesi normal olup postnatal 3. ve 6. aylardaki nörolojik muayeneleri de normaldir.

Sonuç: Korpus kallozum agenezisi tanısı, ultrasonografik muayene ile konulur ancak standart aksiyal planlar tanı koymak için yeterli olmaz ve koronal, sagittal planların da incelenmesi gerekir. Aksiyal planda cavum septum pellucidumun görülmemesi, lateral ventriküllerde atrium kısmında genişleme ve göz yaşı görünümü ile yine aynı kesitte hemsiferlerin birbirinden ve lateral ventriküllerden ayrılması ve orta hatta üç çizgi şeklinde görünüm korpus kallozum agenezisinden şüphelenmemize yol açan indirekt işaretlerdir. Bu vakada hastanın 2. düzey ayrıntılı ultrason muayenesi dış merkezde yapılarak normal olarak değerlendirilmiş ve 29. haftada ventrikulomegali tespitiyle kliniğimize yönlendirilmiş, korpus kallozum agenezisi tanısı 29. haftada konulmuştur. Bu nedenle doğru gerekli kesitlerle korpus kallozum görüntülenmesi ve indirekt işaretlere dikkat edilmesi önerilir. İndirekt işaretler kesin tanı koydurtmaz ancak korpus kallozum agenezisinden şüphelenilerek direkt işaretlerin aranmasına yol açar. Midsagittal ve midkoronal kesitte korpus kallozumun gösterilmesi ve perikallosal arterin anormal seyri ile tanı konulur. Günümüzde şizofreni ile ilişkisi tartışılmakta olan ve postnatal %20–30 oranlarda ciddi nörogelişimsel gecikmeye yol açan korpus kallozum agenezisi özellikle post natal dönemde yine ciddi nörogelişimsel gecikmeye yol açan metabolik hastalıklarla da karışabilir. İlerleyen gelişimsel dönemde bildirilmiş sinsi bilişsel kusurlara da yol açabilir. Bu nedenle prenatal dönemde ventrikulomegali gibi sık karşılaşılan durumlarda aklımıza ayırıcı tanıda korpus kallozum agenezisi gelmelidir.