

## MİKROSEFALİ, ANTENATAL USG-TEŞHİS

28

İ. MARAL, E. BALIK, C. BÜYÜKTOSUN

*SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi, İzmir*

Mikrosefali, oksipitofrontal baş çevresinin yaş ve cinsiyete göre ortalama değerinden 2-3 veya daha fazla standard sapma biriminde küçük olması olarak tanımlanmaktadır. Baş genişliğinin simetrik olarak küçülmesi olup, fetal anomaliler içinde sınıflandırılması en zor olanlardan biridir. Literatürde sıklığı 1:6200-1:6800 olup, Anadolu toplumunun bir kesimi için bu değer Say ve ark. (1973) tarafından 0.7/1000 bildirilmiştir. Mikroensephalie ile kombine ortaya çıkar. Kusur esas olarak beyni ilgilendirmektedir, fakat kafatasının büyümesi beynin büyümesine bağlı olduğundan kafatası da küçüktür ve mikrosefalili çocuklar çoğu kere cüce olup, zeka geriliği gösterir. Bilinen nedenleri; ilk üç ayda kızamıkçık, CMV enfeksiyonu, toxoplazmosis enfeksiyonu, iyonizanm ışın, eroin, oral antikoagulanlar ve otozomal kalıttır. Mikrosefali tanısı kolay değildir. Ancak dizi, BPD frontooccipital çap, baş çevresi, FL, profil, yüz dinamik, orbita ölçümü abdominal çap ölçümleri yapılmalıdır. Tanı 24. gebelik haftasından sonra konulabilmektedir. Bu çalışmada, mikrosefali olan vaka incelenmiş, ilgili yeni literatür gözden geçirilmiştir. Tekrarlama riskinin oldukça yüksek olması dolayısıyla; erken prenatal tanı yöntemlerinin önemi vurgulanmış, her kadında screening ölçüsünde genişletilmiş USG yapılması irdelenmiştir.

## FETAL SACROCOCYGEAL TERATOM - DİAGNOSTİK VE TEDAVİ

29

İ. MARAL, E. BALIK, C. BÜYÜKTOSUN, M. YAMAZHAN

*SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi, İzmir*

Sacrocoyceal teratom (SCT) yeni doğanın en sık görülen konjenital tümörlerinden olup 35.000-40.000 doğumda bir görülür. Sacrum ve coccyx'in anterior yüzünde ortaya çıkar ve değişik büyüklükte olabilir, dişi infanlarda daha sık rastlanır. Genellikle gebelik boyunca semptom vermemektedir. Tümör ile ilgili sınıflandırma Amerikan Çocuk Cerrahisi Akademisi'nin önerdiği şekilde lokalizasyona göre yapılmaktadır (AAPSS klasifikasyonu, AAPI, II,III,IV). SCT pek çok fetusta ölüme neden olmaktadır. Ölüm SCT'un tümör kitlesinin polihidramnios'la birlikteliği sonucu, preterm doğum, tümör içine kanama ve tümör kitlesi nedeni ile sekonder etkiye bağlı olarak görülür. SCT tanısı rutin ultrasonografi ile kolaylıkla konabilir. Tabloya eşlik eden polihidramniyos ve maternal AFP artışı tanıya yardımcı olur. Prenatal tanının doğru ve zamanında konması ile anne ve bebeğin yaşamını koruyacak girişimler önceden planlanabilmektedir. Ayırıcı tanıda alt segmente yerleşmiş meningomyeloseal, external Willms tümörü, retrorektal hemartom, nöroblastom, lipom ve intrakanaliküler tümörler düşünülmelidir. SCT'lu fetus'ta plasentomegali veya hidrops gelişmediği takdirde, akciğer matürasyonu tamamlanuncaya kadar izlenebilir. Matürasyondan emin olunduktan sonra gebelik sonlandırılır. Çünkü bu tür gebeliklerde preeklampsi, erken doğum ve dekolman riski artar. Büyük tümörlerde, tümör rüptürü, tümörün kanaması nedeni ile fetal eksanguinasyon veya distosi gibi doğumun getireceği komplikasyonlardan kaçınmak için sezaryen tercih edilir. Tümör rezeksiyonu doğumdan sonra yapılır. Fetal akciğer matürasyonun olmadığı, plasentomegali ve hidrops olgularında; fetal cerrahi girişim endikasyonu doğar. Bu çalışmada fetal sacrococcygeal teratom'lu 2 vaka: teşhisi, hamilelik takibi ve doğumu sunulmuş, ilgili yeni literatür gözden geçirilmiştir.