

larda plasental ağırlık ve kord inserisyon yerinde fark vardı ($p<0.05$). Trofoblast proliferasyonu, villöz ödem ve plasental kapiller sayısı preeklampside daha fazla ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardı.

Sonuç: Preeklampside plasental dokuda tespit edilen farklılıklar plasental dokunun morfolojik ve histopatolojik değişiklikleri ile preeklampsisi arasında ilişki olduğunu işaret etmektedir.

PB-44

İleri derecede plasental kalsifikasyon: Önemli mi? Değil mi?

Güher Bolat, Oya Pekin, Oya Demirci, Mucize Özdemir, Bülent Tandoğan

Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Plasenta nispeten kısa ömürlü ancak hayati bir organdır. Anormal plasentasyonun sadece fetüs için değil, anne için de kötü sonuçları vardır. Plasental yetmezlik, fetal büyüme ve gelişme kısıtlılığı, oligohidramnios, preeklampsisi, preterm doğum ve fetal ölüme neden olabilir. Klinik yansımaları bu kadar önemli olmasına rağmen plasental görüntüleme fetal görüntülemeye kıyasla ikinci plana atılmış görünmektedir. Daha önceki fetal akciğer matüritesi ile bağlantı kurulmuş olmasına rağmen plasental gradeleme yaygın olarak kullanılmamaktadır. Ancak fetal-maternal tıp ile ilgilenen profesyonellerin bu konuya aşina olmasında fayda olduğuna inanmaktayız.

Olgu: 29 yaşında, 30 haftalık, ilk gebelik, kliniğimize ‘fetal büyüme ve gelişme kısıtlılığı, oligohidramnios’ nedeniyle yönlendirilmişti. Hastanın hikayesinde ve özgeçmişinde bir özellik yoktu. İlk trimester anöploidi taramasında ve ikinci trimester fetal anomalili taramasında bir anormallik saptanmamıştı. 2. trimesterde büyümesi 50. persantili takip etmişti. Hasta bize başvurduğunda fetal biyometrik ölçümler 5. persantilde ve amniyon sıvı indeksi 41 mm olarak saptandı. Doppler incelemesinde, umbilikal arterde akım kaybı ve ductus venosusta a-dalgasında kayıp vardı. Plasental incelemede dikkat çekici büyüklükte (17×20 mm) 6 adet anekoik lakün mevcuttu. Her lakünün etrafında ekojen plasental doku ve en dışta geniş bant şeklinde kalsifikasyon izlendi. Görüntü plasental gradelemedeki grade 3’ün daha abartılı sekline benzemektedir. Geç deselerasyonların da başlamasıyla klinik olarak plasental yetmezlik tanısı olarak normal doğumu tolere edemeyen hastanın doğumu sezeryan ile gerçekleştirildi. 1. ve 5. Dakika Apgar’ı 4–8 olarak doğan bebeğin plasentası makroskopik olarak oldukça kalsifiye ve lobüle görünümde idi. Histo-patolojik inceleme sonucu henüz çıkmayan hasta postpartum sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç: Plasental gradeleme daha önceleri fetal akciğer matüritesi ile ilişkilendirilmiş olmasına rağmen günümüzde yaygın kullanılmamaktadır. Ancak aslında plasentaldaki abartılı kalsifiye loblar aslında plasental yetersizliğin bir göstergesi olabilir ve bizlere öngöründe fayda sağlayabilir.

PB-45

Preeklampsinin farklı yüzü: Hiponatremi

Güher Bolat, Oya Pekin, Oya Demirci, Mucize Özdemir, Bülent Tandoğan

Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Preeklampsisi, gebeliğin en korkulan komplikasyonlarından biridir ve jeneralize endotel disfonksiyonu ile karakterizedir. Klasik olarak tanım kriterleri Task Force ile belirlenmiştir. Ancak her zaman bu kriterlere uygun olarak karşımıza çıkmamaktadır. Hiponatremi preeklampsinin farklı habercilerinden biri olabilmektedir ve buna hazırlıklı olmak hayat kurtarabilir.

Amaç: Biz bu vaka ile hiponatreminin preeklampsisi öngörüsündeki yerini ve elektrolit takibinin önemini vurgulamak istedik.

Olgu: 32 yaşında, 28 haftalık ilk gebelik, hastanemize bilateral alt ekstremitte ödemi ve son 1 hafta içinde 8 kg. alma şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde ve bu haftaya kadar olan takiplerinde bir özellik yoktu. Bilateral pretibial ödemi +3/4 olan hastanın fizik muayenesi yapıldı, rutin tetkikleri istendi ve takip amacıyla yatırıldı. Yatasta TA: 130/80 mmHg idi. Hastanın laboratuvar sonuçlarında sodyum 131 mEq/L olması dışında başka patolojik bir sonuç yoktu (spot idrarda protein/kreatinin oranı 0.18). İkinci gün alt ekstremitte ödeme üst ekstremitte ödemi de eklendi ve serum sodyum değeri 130 mEq/L’e düştü. Günlük vital ve laboratuvar takipleri normal seyretti. Üçüncü gün hastanın TA:140/90 mmHg oldu ve hala proteinüri veya diğer preeklampsisi kriterleri olmamasına rağmen serum sodyumu düşmeye devam etti. 5. gün TA: 150/100 mmHg idi ve hastanın batınında serbest sıvı (asit) saptandı. Ve 6. gün hastada TA 160/110 mmHg, asit olması, bilateral pleval efüzyon gelişmesi ve spot idrarda protein/kreatinin oranının 2.4 gelmesi üzerine hasta ağır preeklampsisi endikasyonu ile doğurtuldu. Doğumunda hastanın serum sodyum değeri 127 mEq/L idi. Postpartum komplikasyonsuz iyileşen hastanın serum sodyum değerleri doğum sonrası 2. gün 138 mEq/L’e yükseldi.

Sonuç: Preeklampsisi klasik tablonun dışında farklı klinik tablolar ile de karşımıza çıkabilir. Erken tanının önemli olması nedeniyle preeklampsinin proteinüri ortaya çıkmadan elektrolit imbalansı ile de ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

PB-46

Diastematomiyeli: Prenatal tanı

Güher Bolat, Oya Pekin, Oya Demirci, Mucize Özdemir, Bülent Tandoğan

Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Diastematomiyeli, spinal kanalın ortadan kemik bir “spur” nedeniyle ikiye ayrılmasıdır ve nadir konjenital bir anomalidir. En sık bel ve torako-lumbar bölgede olur. Tethered cord eşlik edebilir ve ilerleyici nörolojik bozukluklar görülebilir.