

gusa bası yaparak, fetal yutmayı engellediği ve polihidramniyoza yol açtığı düşünüldü. Maternal tiroid fonksiyon testleri (TFT) yapıldı. TSH 4.26, serbest T3 (FT3) ve serbest T4 (FT4) hafif düşük izlendi. Anneye oral levotiron (Euthyrox) 100 mcg/gün başlandı. Fetal tedavi için yurtdışından iki hafta içinde Levotiroksin enjektabl formu temin edildi. Geçen sürede maternal tiroid hormonları normale yaklaşırken, fetal guatrda hafif gerileme ve amniyotik sıvıda da hafif azalma izlendi. Levotiroksin (Levothyroxine 100 mcg vial) 10 gün arayla üç kez 1x200 mcg direkt intraamniyotik enjeksiyonu yapıldı. İlk enjeksiyondan itibaren fetal guatrda hızla küçülme izlendi, amniyotik sıvı normal seviyeye dönerken, fetal büyümede de belirgin olarak iyileşme görüldü. Antepartum son sonografik muayenesinde tiroid glandı bilobal 26x11 mm olarak ölçüldü. Eski sezaryeni olan gebe 39. haftasında sezaryen doğum ile 3050 g, 8/9 APGAR'lı erkek bebek doğurtuldu. Yenidoğanın harici muayenesinde ve TFT'sinde bir patoloji saptanmadı. Anne ve bebek takip edilmek üzere postoperatif birinci gün şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Fetal guatr, polihidramniyoz ve asimetrik gelişme kıstırlığı ile ortaya çıkabildiğinden bu olgular sonografik olarak fetal guatr yönünden değerlendirilmeli ve maternal tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır. Maternal hipotiroidi varlığında oral Levotiroksin başlanabilir. Fetal guatr tanısı konulan olgulara direkt intraamniyotik Levotiroksin enjeksiyonu ile fetüs tedavi edilerek hipotiroidinin olası komplikasyonları önlenabilir.

Anahtar sözcükler: Fetal guatr, polihidramnyos, prenatal tanı, intrauterin tedavi.

PB-15

Ciddi mortal bir gebelik komplikasyonu: Kornual gebelik

Fatma Ketenci Gencer¹, Elif Uçar¹, Burcu Dinçgez Çakmak², Tuba Kotancı¹, Esra Güzel¹, Durkadın Elif Yıldız¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, GOP Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Bursa

Amaç: Her 100 gebeliğin yaklaşık 2'si ektopik gebeliktir ve ektopik gebeliklerin %95 ten fazlası falop tüplerinden oluşur ve de ilk trimesterde görülen maternal mortalitenin en sık nedenidir. Ampulla tubal ektopik gebeliklerin en sık rastlandığı bölgedir. Bununla birlikte interstisyel gebelik bütün ektopik gebeliklerin yaklaşık %2'sini oluşturur. Kliniğe en sık geliş semptomu ektopik gebeliğin rüptüre olup olmamasına bağlıdır. Kornual gebelik tüm ektopik gebeliklerin %2-4'ünü oluşturur ve mortalite oranı %2-3'dür. Kornual gebelik özellikle yardımcı üreme teknikleri uygulanan hastalarda bazı yayınlarda sıklığında artış olduğu gösterilmiştir. Bu vakamızda

kliniğimize başvuran ve kornual gebelik tanısı alan bir hastamızı sunacağız.

Yöntem: Hastamız 40 yaşında gravida 1 parite 0 abort 1. kliniğimize yaygın karın ağrısı şikayeti ile başvuruyor. Yapılan muayenesinde endometrium kalınlığı 9 mm düzensiz uterus doğal douglasta bol serbest mayi mevcut olmakle birlikte sağ over net değerlendirilememekte. Sol overde ektopik odak şüphesi taşıyan ama korpus luteum imajı veren 2 cm lik kistik lezyon tespit edildi. Vajinal kanaması olmayan hastanın batin muayenesinde defans ve rebound mevcuttu. Hastadan alınan anamneze göre 1 yıldır evli olduğu, gebelik istemlerinin olduğu, bunun için de 15 gün önce dış merkezde yumurta toplama işlemi yapıldığı fakat herhangi bir transfer yapılmadığı anlaşıyor. Herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığını, herhangi bir hastalığı olmadığını ve geçirilmiş bir operasyonunun olmadığını belirtiyor. Hastanın nabızı 105, tansiyon 80/60 mmHg olarak ölçülüyor. 2 ünite eritrosit süspansiyonu ayırtlıyor ve volüven takılarak acil operasyon kararı veriliyor. Eksplozasyonda batında yaklaşık 500 cc mayii 500 cc koagulum boşaltıldı ve sol kornual bölgede 2 cm'lik ektopik odak görüldü. Sol kornual bölgedeki ektopik odak rezeke edildi ve sol salpenjektomi yapıldı. Operasyon esnasında hastadan alınan hemogram sonucunda hg: 5 g/dl, htc: %16, plt: 163.000/uL olarak tespit edilmesi üzerine rezerve edilen 2 ünite Eritrosit süspansiyonu ve 2Ü TDP replase edildi. Posttransfüzyon kontrol hemogram sonucunda hg: 8 g/dl, htc: %25 olduğu, genel durum iyi, vital bulgular stabil izlenen hastada operasyona son verildi. Post operatif birinci gününde nabızın 110/dk olması ve hastanın baş dönmesi şikayeti tariflemesi üzerine 2ünite eritrosit süspansiyonu replase edildi. Posttransfüzyon kontrol hemogram sonucu hg:11gr/dl, htc: %33, plt: 114.000 uL olarak geliyor.

Bulgular: Hastamızın yapılan 3 günlük takipleri sonucunda ultrasonografisinde uterus doğal, endometrium kalınlığı ince düzenli, bilateral adneksler doğal, Douglasta minimal mayi izlendi. Batın rahat defans ve rebound izlenmedi. Yara yeri temiz olan hasta 1 hafta sonra jinekoloji polikliniğine kontrol muayenesine gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Kornual gebelik tanısı koymak ultrason ile zor olabilir. MR altın standart olmasına rağmen her zaman ulaşılır olmayabilir. Kavite içinde yerleşimi olmayan fakat istmik bölgede gibi gözlenen ektopik gebeliklerin muamelesi sırasında eğer hasta daha önceden yardımcı üreme tekniği ile alakalı bir girişimden bahsediyor ise kornual gebeliğin ayırıcı tanıda olduğu ve kliniğin çok hızlı kötüleşebileceği unutulmamalı ve zaman kaybetmeden tedavisi planlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kornual gebelik, ektopik gebelik, gebelik komplikasyonu, yardımcı üreme teknik komplikasyonu.