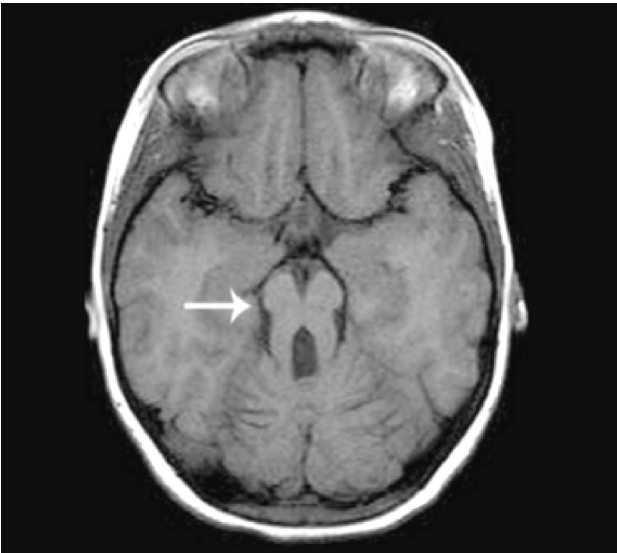




Şekil 5 (SB-37): Kistik higroma.

Bulgular: Sefalosel kafa içindeki yapıların kafatasındaki bir defekttten herniasyonudur. Olguların çoğu oksipital kemik kaynaklıdır. Herniye olan yapı sadece meninklerse “kranial menigosel” terimi kullanılır. Sefaloselde genellikle BOS dolaşımı aksar ve hidrosefali meydana gelir. USG’de kafa çevresinde bir kitle izlendiğinde sefaloselden kuşkulunmalıdır. Ayırıcı tanı olarak ciltaltı ödem veya kistik higroma ile kıyaslayacak olduğumuzda, kranial sefalosellere çoğunlukla ventrikulomegali eşlik eder. Kistik higroma ise boyuna yerleşir ve septumlarla bölünlenir duvarı kalındır (Şekil 5 SB-37). Megasissterna magna ile sisterna magna 10 mm genişliğinde ol-



Şekil 6 (SB-37): Joubert sendromu.

ması benzer yönü olsada Fetal MR’da vermis agenezi DWM izlenmesi nedeniyle bu tanıdan da uzaklaşılır. Tanıda özellikle göz önünde bulundurulması gereken durumlardan biride Otozomal resesif geçişli olan Joubert sendromudur. Serebellar pediküllerin hipoplazisi nedeniyle oluşan ‘molar diş’ görünümü ve vermis hipoplazisi nedeniyle 4. ventriküldeki “yarsa kanadı” görünümü ve polidaktili yüksek tanılal değere sahiptir (Şekil 6 SB-37). Ayrıca postnatal dönemde respiratuvar disregülasyon, hipotoni, ataksi ve gelişimsel gecikme ile seyreder. Genellikle oksipital ensefalosel ile seyretmekle birlikte meningosel ile eşlik ettiği olgularda bildirilmiştir.

Sonuç: Fetüsün MSS değerlendirmesinde USG kullanımıyla beraber seçilmiş olgularda MRG kullanımında tercih edilebilecek yöntemdir. MSS patolojilerinde tanı kısıtlılığının en önemli nedeni de beyin gelişiminin gebeliğin ikinci yarısından yenidoğan dönemine kadar uzanan bir süreç olmasıdır. Aile bilgilendirmelerinde de bu sürecin uzunluğu özellikle terminasyon önerilerinde aile-hekim arasında anlaşmazlık problemi doğurabilmektedir. Biz de bu olgumuzla ‘Oksipital meningosel’e yaklaşımlı ayırıcı tanımlarla irdeleyerek daha doğru yönlendirmeye katkı sağlamaya çalıştık.

Anahtar sözcükler: Oksipital meningosel, vermis agenezi, ventrikulomegali.

SB-38

Alt üriner sistem obstrüksiyonunda vezikoamniyotik şant uygulaması

Selahattin Kumru, Serdar Kaya

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Kliniği, Antalya

Amaç: Posterior üretral valv konjenital alt üriner sistem obstrüksiyonunun erkek infantlardaki en yaygın nedenidir, ciddi morbidite ve mortalite ile seyretmektedir. İnsidansı 1/2500–1/10.000 canlı doğumdur. Prenatal tanı ve uygun yönetim perinatal sonuçları iyileştirmektedir.

Olgu: 34 yaşında gravidası 2, paritesi 1 olan, 18. gebelik haftasında intrabdominal kitle ön tanısıyla perinatoloji kliniğimizde değerlendirilen hastanın yapılan ultrasonografik incelemesinde tüm batını dolduran ve anahtar deliği görünümü barındıran mesane ile uyumlu görünüm izlendi. Bilateral renal pelvisler ve üreterler belirgin dilate ve amniyotik sıvı normal sınırlarda izlendi. Hastanın takiplerinde oligohidramniyos, mesane boyutlarında ve üreteropelvik dilatasyonda artış izlenmesi üzerine 3 kez ardışık vezikosentez yapılarak idrar analizi gerçekleştirildi. Fetal üriner analizde iyi prognoz saptandıktan sonra (Tablo 1 SB-38) 23. gebelik haftasında rejyonal anestezi altında ve ultrasonografi eşliğinde vezikoamniyotik şant (VAS) yerleştirildi. Şant sonrası takiplerinde mesane boyutları ve amniyotik sıvısı normal sınırlarda izlendi (Şekil 1

Tablo 1 (SB-38): Olgunun fetal üriner analiz değerleri.

Analit	Sonuç	İyi Prognoz	Kötü Prognoz
Sodyum	64.9 mmol/L	<90 mmol/L	>100 mmol/L
Klor	56.1 mmol/L	<80 mmol/L	>90 mmol/L
Kalsiyum	1.34 mg/dL	<7 mg/dL	>8 mg/dL
Osmolalite	166 mmol/L	<180 mmol/L	>200 mmol/L
B2-mikroglobulin	5.6 mg/dL	<6 mg/L	>10 mg/L
Total protein	18.4 mg/dL	<20 mg/dL	>40 mg/dL

SB-38) ve üreteropelvik dilatasyonda gerileme gözlemlendi (Şekil 2 SB-38). 33. gebelik haftasında amniyon sıvısı ve mesane boyutları normal olarak değerlendirilen hastanın 34. gebelik haftasındaki kontrol muayenesinde şantın disloke olduğu, mesane boyutlarının arttığı ve oligo-anhidramniyos geliştiği görüldü. Yenidoğan ve pediatrik nefroloji konseyinde doğum kararı alındı. 2100 g, 9/10 Apgarlı erkek bebek doğurtuldu. Postpartum erken dönemde ve 2. ayda yapılan cerrahi sonrasında renal fonksiyonları normal seyretti.

Bulgular: Konjenital alt üriner sistem obstrüksiyonu pulmoner hipoplazi ve neonatal ölüme neden olan ciddi oligohidramniyosla sıklıkla birliktelik gösterir. Hayatta kalan olguların %25–30’unda 5 yaşına kadar diyaliz ve renal transplantasyon gerektiren son dönem böbrek yetersizliği gelişmektedir. Postnatal müdahale üriner obstrüksiyonu düzeltmesine rağmen obstrüksiyona bağlı gelişen pulmoner hipoplazi ve renal hasar için genellikle geç kalınmış bir prosedür olarak değerlendirilmektedir. İn-utero perkütan VAS bu tür vakalarda günümüzde en yaygın antenatal tedavi seçeneği olarak görünmektedir. Yaşam oranlarını artırmasına rağmen VAS’ın uzun dönem renal fonksiyonlar üzerine etkisi tartışmalıdır. Olguların

ların %40’ında işleme bağlı komplikasyon bildirilmiştir. VAS 18. gebelik haftasından sonra oligo-anhidramniyos gelişen ancak renal displaziye ait ultrasonografik bulgusu olmayan, ardışık fetal idrar örnekleme iyi prognozlu olan Evre 2 hastalara önerilmektedir. Amniyotik sıvının normal sınırlarda olduğu Evre 1 hastalara ve aynı zamanda renal displazi ve anormal fetal idrar örnekleme olan Evre 3 hastalara önerilmektedir. Pulmoner gelişimin hayati öneme sahip olduğu 16–18. gebelik haftalarında VAS uygulanarak oligohidramniyosun tedavi edilmesinin pulmoner hipoplazi gelişimini önlediği, perinatal mortaliteyi azalttığı bildirilmiştir. Ancak işlem uzun dönem renal sonuçları belirgin değiştirmemiştir. Renal parankimal hasarın tanı esnasında geliştiği ve geri dönüşümsüz olduğu düşünülmektedir. Antenatal müdahale için hastalığın ciddiyetine dair daha tanımlayıcı skorlama sistemlerinin ya da kalıcı hasar gelişmeden müdahaleden fayda görebilecek hastaların seçimi için daha net tanımlayıcı kriterlerin geliştirilmesi müdahalenin gelecekteki başarısını artıran etkenler olarak gözükmemektedir.

Sonuç: Posterior üretral valv, alt üriner sistem obstrüksiyonunun sık görülen bir nedenidir, ciddi morbidite ve mortalite



Şekil 1 (SB-38): Şant uygulaması sonrası normal boyutlarda fetal mesane içerisinde şantın görünümü ve normal amniyotik mayi.



Şekil 2 (SB-38): Mesane içerisinde şantın ve gerilemiş pelvikalksiyel dilatasyonun görünümü.

te ile birliktelik gösterir. Prenatal tanı ve aileye danışmanlık verilerek uygun hastalarda yapılan müdahale pre-postnatal mortalite ve morbiditeyi azaltmakta yararlıdır.

Anahtar sözcükler: Alt üriner sistem obstrüksiyonu, posterior üretral valv, vezikoamniyotik şant, oligohidroamniyos.

SB-39

Komplike monokoryonik gebelikler indometazinin neden olduğu fetal duktus arteriozus konstriksiyonuna daha mı duyarlıdır? İkizden ikize transfüzyon sendromu nedeniyle lazer cerrahisi yapılan iki olgu

Hakan Erenel¹, Cihat Şen²

¹*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul;* ²*Memorial Babçelievler Hastanesi, Perinatal Tanı ve Tedavi Merkezi, İstanbul*

Amaç: İndometazin preterm eylem durumlarında ilk olarak 1970 yılında kullanılmış olan prostaglandin sentetaz inhibitörüdür. İndometazin kullanımı fetal duktus arteriozus konstriksiyonunun en önemli nedenidir. Kliniğimize başvuran lazer cerrahisi geçirmiş olan 20 ve 24. gebelik haftasındaki ikizden ikize transfüzyon sendromu (TTTS) tanılı indometazine bağlı duktus konstriksiyonu gelişen iki olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu 1: Hasta gebeliğin 24. haftasında tarafımıza TTTS tanısı ile refere edildi. Quintero Evre 3 TTTS tanı kondu. Alıcı fetüste duktus venozus a dalgası negatif olarak izlendi. Plaseental lazer cerrahisi planlandı. Operasyon sonrası düzenli kontraksiyonları olan hastaya rektal 100 mg indometazin tek doz olarak uygulandı. Postoperatif 1. ve 2. gün birer doz daha verildi. Postoperatif 3. gün yapılan muayenede donör ikiz

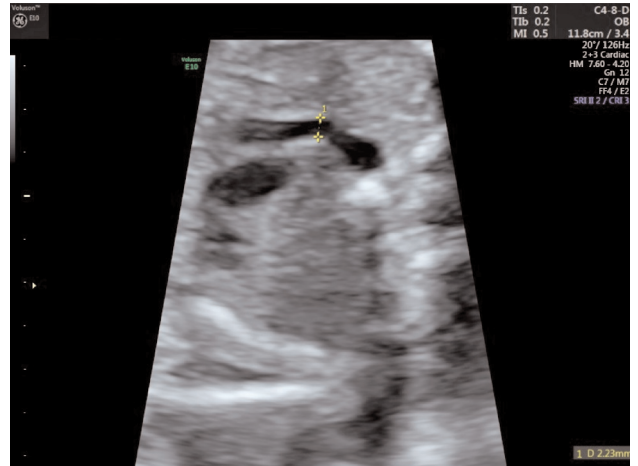
eşinde plevral effüzyon, asit, artmış ense kalınlığı, oligohidramnios, triküs pit regürjitasyonu ve negatif duktus venozus a dalgası saptandı. Alıcı fetüs Doppler parametrelerinde patolojik akım yoktu. Duktus arteriosus detaylı muayene edildiğinde transvers çap 1.49 mm (<5. persantil) olarak ölçüldü (Şekil 1 SB-39). Duktus arteriozusta turbulan akım veya aliasing bulgusu yoktu. Peak sistolik ve diastolik velositeler sırasıyla 69 ve 6 cm/sn olarak ölçüldü. İndometazin tedavisi kesildikten sonraki gün duktus venozus a dalgası pozitifleşti ve devam eden muayenelerde duktus arteriosus normal çapına ulaştı (Şekil 2 SB-39). Gebeliğin 35. haftasında sezaryen doğum ile 2200 gram ve 2100 gram erkek bebekler doğurtuldu.

Olgu 2: Gebeliğin 20. haftasında tarafımıza refere edilen olguya evre 2 TTTS tanısı konuldu. Plaseental lazer cerrahisi uygulandı. İşlem sonrası kontraksiyonları engellemek amacıyla tek doz rektal indometazin uygulandı. Postoperatif 1. gün kontrol muayenesinde donör ikiz eşinde triküs pit regürjitasyonu ve duktus konstriksiyonu geliştiği gözlemlendi. Duktustaki daralma belirgindi (Şekil 3 SB-39). Peak sistolik velosite 149 cm/sn olarak ölçüldü. Postoperatif 3. gün muayenesinde duktus arteriosus normal görünümündeydi (Şekil 4 SB-39). Taburcu edilen hasta 2 gün sonra kontraksiyonlar ile başvurdu 21. gebelik haftasında doğum gerçekleşti.

Bulgular: Literatürde indometazin ve duktus konstriksiyonu ile ilgili birçok vaka bildirilmiş olsa da bu kadar erken gebelik haftasında ve komplike monokoryonik gebeliklerde bildirilmiş olgular yoktur. Literatürde duktus konstriksiyonu için tanımlanmış ultrason ve Doppler kriterleri mevcuttur bunlar; (a) renkli Doppler ile hem sistol hem de diastolde duktal bölgede turbulan akım olması (b) sistolik velosite ≥ 1.4 m/sn (c) diastolik velosite ≥ 0.3 m/sn. İlk vakamızda bahsedilen Doppler kriterleri olmasa da daralma belirgin şekilde göste-



Şekil 1 (SB-39): Olgu 1'de duktus arteriosustaki konstriksiyon.



Şekil 2 (SB-39): Olgu 1'de duktus arteriosustaki konstriksiyon geriledikten sonra.