

In hydronephrosis cases there may be ureteropelvic obstruction or vesicoureteric reflux.

If the antero-posterior pelvis renalis diameter is >10 mm and there is pelvicalicel dilatation, there is moderate hydronephrosis.

If hydronephrosis is diagnosed, dilatation in ureters and uretra must be detected. The size of bladder must be evaluated.

Urinary system abnormalities are generally bilateral, other kidney and amniotic fluid must be evaluated.

If it is diagnosed in 2nd trimester chromosomal abnormalities must be searched.

Vesico amniotic Shunt

Lower urinary tract outflow obstruction may develop in a fetus from pathologies such as urethral atresia and posterior urethral valves, and can be partial or complete.

Severe obstruction may lead to oligohydramnios and pulmonary and renal dysplasia.

There is uncertainty about the criteria for appropriate selection of fetuses for treatment with vesico-amniotic shunting.

Fetal lower urinary tract outflow obstruction is usually managed expectantly or by repeat vesicocentesis.

Some cases are managed by termination of the pregnancy.

The aim of a fetal vesico-amniotic shunt for lower urinary tract outflow obstruction is to decompress the obstructed bladder and restore amniotic fluid dynamics and volume, thereby preventing oligohydramnios and consequent pulmonary and renal dysplasia.

Fetal blood is also sampled for chromosomal analysis to help diagnose or exclude concomitant chromosomal abnormalities that may influence management decisions or treatment choices.

12 Ekim 2014, Pazar

KÖ-40 [08:45]

Fetal hiperekojenik barsak

Ebru Dikensoy

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gaziantep

Hiperekojenite bağırsağın çevredeki kemikle benzer veya daha fazla ekojenitede olması şeklinde tanımlanır. Bazı kaynaklar da akciğer veya karaciğer ekojenitesine göre karşılaştırma önermektedir. Normalin bir varyantı olabileceği gibi, primer gastrointestinal patoloji, konjenital viral enfeksiyonlar, kistik fibrozis, aneuploidi ve intraabdominal hemorajilerde de hiperekojen barsak karşımıza çıkabilmektedir. Rutin ikinci tri-

mestir antenatal ultrasonografisinde fetal hiperekojen barsak %0.6-1.4 oranında görülmektedir. 16. haftadan itibaren parlak mekonyum lümende birikerek ince barsakları daha görünür hale getirmektedir. Mekonyum peritonitinde görülen fetal asit, intraabdominal kalsifikasyon ve intestinal dilatasyonun hiperekojen barsakta görülmemesi ayırıcı tanıyı kolaylaştırmaktadır.

20. gebelik haftasından önce görülen izole hiperekojen barsak genellikle geçicidir, ilerleyen haftalardaki seri ultrasonografilerde gözden kaybolmaktadır. Bu durum çoğu infantta normal barsak fonksiyonuyla sonuçlanmaktadır. 3. Trimestirde persiste eden hiperekojenik ince barsak daha çok alta yatan patolojiyi yansıtsa da normal bir sonuçla da karşılaşılabilenmektedir.

Prognoz: İkinci trimestirde hiperekojen barsak görülen fetüslerin %60'ında doğumdan sonra anomali görülmez. Geriye kalanlarda karyotip anomalisi, IUGR veya perinatal ölüm görülebilmektedir. Aneuploidi insidansı %3-27 olup Down sendromu çoğunluğu oluşturmakla beraber, Turner ve triploidiler de görülebilmektedir. Nyberg ve ark. 2. trimestirde hiperekojen barsağın Down sendromlu hastaların %7'sinde bulunduğunu ve yarısının izole olduğunu vurgulamışlardır. Yine de hiperekojen barsak 2. Trimestirde Trizomi 21 için sensitif veya spesifik bir markır değildir. Karyotip anomalileri dışlandığında %10'unda fetal ölüm görülür. Bu oran uteroplasental yetmezlik, prematürite ve fonksiyonel neonatal intestinal obstrüksiyondan kaynaklanır. İntestinal atrezi, imperfore anüs, volvulus, CMV ve maternal lupus diğer nadir nedenlerdir. Kistik fibrozisten etkilenen fetüslerin %60'ında hiperekojen barsak tespit edilebilmektedir.

Yönetim: Karyotip anomalisi, intrauterin enfeksiyonlar ve kistik fibrozis açısından detaylı bir aile anamnezi alınmalıdır. Olası striktürel problemlerin dışlanabilmesi için intestinal dilatasyon ve fetal asit açısından bir kez daha ultrasonografik değerlendirme yapılmalıdır. Seri ultrasonografik değerlendirmeler hiperekojenitenin rezolusyonu, fetal büyümenin takibi ve plasental fonksiyonun değerlendirilmesi için gereklidir.

Daha invaziv araştırmalar; parental kistik fibrozis taşıyıcılığı ve fetal karyotip tayinidir. Persiste hiperekojen barsakta ve umbilikal arter kan akımı bozulmuş olan IUGR'da fonksiyonel neonatal intestinal obstrüksiyon riski bulunmaktadır. Parenteral nutrisyon, rektal yıkama, suda çözünür kontrast enema mekonyum tıkaçlarını açmak için gerekebilir. Sonrasında ter testi yapılabilir.

KÖ-41 [09:00]

Hiperekojenik böbrek

Ebru Tarım

Başkent Üniversitesi Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Prenatal dönemde yapılan ultrasonografide ekojenik böbrek görülmesi, hem doktor hem de hasta için tanı ve tedavi yö-