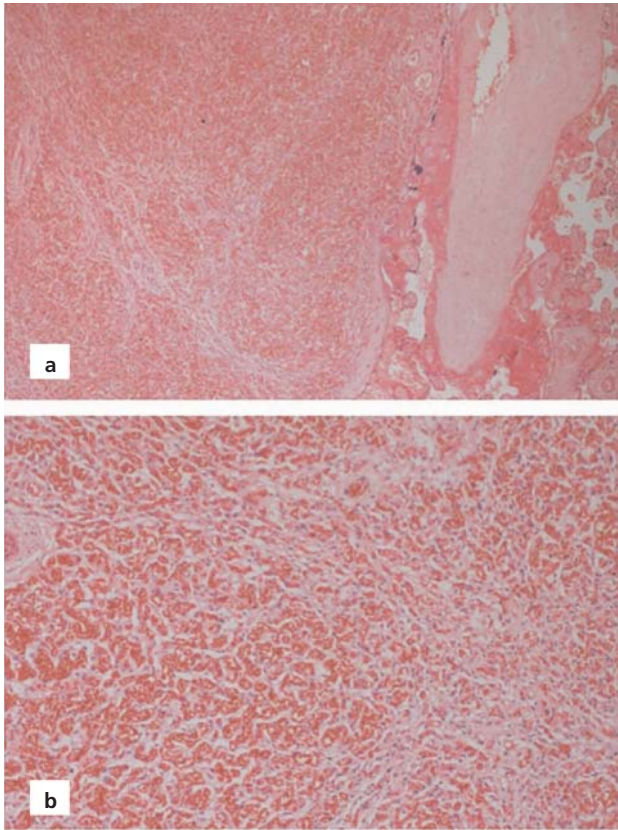


Olgu: Kırkbir yaşında, gravida 4 parite 0 abortus 3, son adet tarihine göre 22 hafta 4 günlük gebeliği olan, obstetrik öyküsünde tekrarlayan birinci trimester düşükler nedeni ile yapılan etyolojik tarama sonucu saptanmış trombofili öyküsü olan, medikal öyküsünde özellik olmayan hasta rutin ikinci trimester fetal anomali taraması nedeni ile hastanemizin prenatal tanı ve tedavi ünitesine refere edildi. Hastanın yapılan muayenesinde monokoryonik diamniyotik ikiz gebelik olduğu her iki fetüsün amniyotik mayi volumünün normal, biyometrik ölçümlerinin gebelik haftası ile uyumlu olduğu saptanırken her iki fetüsün anatomik değerlendirmesinde patolojik bulgu saptanmadı. Plasentanın gri sakala değerlendirmesinde placentada içinde yaklaşık 4x6cm boyutunda düzgün sınırlı hipoeoik kitle görünümü izlendi (Şekil 1 PB-18). Color Doppler ultrasonografide kitle içinde minimal kan akımı saptanırken (Şekil 2 PB-18), power Doppler ve 3D power Doppler ultrasonografik değerlendirmede plasental kitle içinde plasental koryoanjiom ile uyumlu yoğun vaskularizasyon ve kan akımı olduğu izlendi (Şekil 3 ve 4 PB-18). Hasta ve eşi saptanan plasental koryoanjiyom ve olası prognozu hakkında



Şekil 5 (PB-18): Histopatolojik mikroskopik değerlendirmede (a) placent-koryoanjioma geçişi (H&E x4); (b) koryoanjioma; kapiller he-manjiom benzeri prolifer kapiller vasküler yapılar (H&E x1).

bilgilendirildi. Hasta monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerin olası komplikasyonları ve plasental koryoanjiomun polihidramnios, preeklampsi, preterm doğum, nonimmün hidrops, fetal kalp yetmezliği ve fetal ölüm gibi komplikasyonları açısından iki hafta ara ile takibe alındı. Takip eden obstetrik vizitlerinde gebeliğin 29. haftasında ikiz eşinde selektif intrauterin gelişme geriliği tip II (persiste end diastolik reverse akım) ve oligohidramnios saptanan hastaya steroid ve beyin koruyucu magnezyum sülfat uygulamasından sonra elektif doğum planlandı. APGAR 7/8, 1760 g, canlı, kız ve APGAR 6/7, 1370 g, canlı, kız bebekler sezaryen ile doğurtuldu. Plasentanın makroskopik ve mikroskopik patolojik incelemesinde plasentada 8 cm çapında koryoanjiom olduğu konfirme edildi (Şekil 5 PB-18).

Sonuç: Plasental koryoanjiom plasentanın en sık görülen benign tümörü olsa da çapı 4–5 cm’den büyük koryoanjiomlar nadir görülmektedir. Büyük koryoanjiomlar polihidramnios, preeklampsi, preterm doğum, nonimmün fetal hidrops, fetal kalp yetmezliği/kardiyomegali, fetal anemi, fetal gelişme geriliği ve fetal ölüm gibi komplikasyonlar açısından daha riskli olup plasental koryoanjiomun vasküler yapıda olması gebelik komplikasyonları açısından bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Plasental koryoanjiom düşünülen kitlelerin vaskularizasyonunun değerlendirilmesinde power Doppler ve 3D power Doppler ultrasonografi kullanımı Color Doppler’e göre tanı duyarlılığını arttırabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Koryoanjiom, placent, prenatal ultrasonografi.

PB-19

Pelvik agresif anjiomiksom: Olgu sunumu

Ahmet Yalinkaya¹, Elif Ağaayak¹, Rezan Buğday¹, Gülsüm Kaya¹, Hüseyin Büyükbayram²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır; ²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

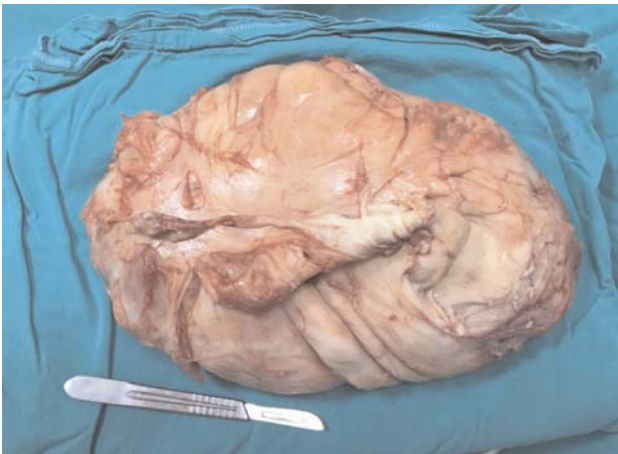
Amaç: Oldukça nadir görülen, klinik olarak diğer pelvik tümörlerden ayırımı güç ve ancak histopatolojik olarak kesin tanısı konulabilen pelvik anjiomiksom olgusunu sunmaktır.

Olgu: 18 yaşında, 3 aydan beri karında şişlik, ağrı ve konstipasyon şikayetleri ile merkezimize başvuran hastanın harici muayenesinde pelvisi dolduran ve umbilikusun üzerine kadar uzanan kitle tespit edildi. Sonografi muayenesinde ise pelvisi dolduran, umbilikusun üzerine kadar uzanan, içinde düşük akımlı kan damarları bulunan ve yaklaşık 223x128 mm heterojen kitle izlendi (Şekil 1 PB-19). Uterus ve sol over kitlenin en üst kısmında izlenirken sağ over izlenemedi. Kitlenin renkli Doppler sonografik incelemesi: S/D: 1.68, PI: 0.53, RI: 0.40 olarak ölçüldü. Preoperatif laboratuvar tetkiklerinde



Şekil 1 (PB-19): Pelvisi dolduran ve umbilikusa kadar uzanan, homojen-hipodens pelvik kitlenin sonografik görünümü.

hafif LDH yüksekliği dışında bir patoloji saptanamadı. Sağ ovarian kitle düşünülerek laparotomiye karar verildi. Pfannenstiel insizyon ile batına girildi, yapılan ekplorasyonda pelvik tabanından kaynaklanan, pelvisi tamamen dolduran, uterus ve overleri batın içine ve yukarı iten retroperitoneal kitle izlendi. Sağ ön ve arka parametriumdan periton açılarak kitleye ulaşıldı. Sağ lateralde ön ve arkada vaginal forniks açıldı. Vaginal duvarın sağ kenarından, mesane arkasından pelvis tabanının en dip kısmına kadar uzanan kitle künt ve keskin diseksiyonlarla total olarak eksize edildi (Şekil 2 PB-18). Kitlenin frozeen incelemesi benign olarak rapor edildi. Oluşan paravaginal boşluk en dipten yukarı doğru sirküler sütürlerle tamamen kapatıldı. Vaginal sağ yan duvarında oluşan vertikal laserasyon içerden yukarı doğru fornikslere kadar sütüre edil-



Şekil 2 (PB-19): Postoperatif pelvik kitlenin makroskopik görünümü.

dikten sonra vaginal forniksler anatomisine uygun olarak kapatıldı. Üreter kontrolünü takiben fasia ve periton kapatıldı. Kitlenin histopatolojik inceleme sonucu agresif anjiyomiksom olarak rapor edildi.

Sonuç: Agresif anjiyomiksom özellikle üreme çağındaki kadınlarda görülen nadir pelvik ve perineal yumuşak doku tümörüdür ve bazı ovarian kitleler ile karışabilir. Pelvik ve perineal veya retroperitoneal kitle varlığında agresif anjiyomiksom akla gelmeli ve cerrahi olarak total eksizyonu yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Pelvik, agresif, anjiyomiksom.

PB-20

Plasenta perkreta olgularında spontan abdominal kanama ve yaklaşımı

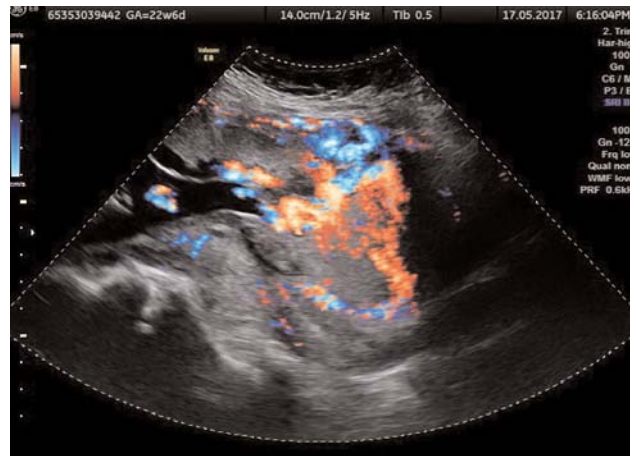
Ahmet Yalınkaya, Elif Ağaçayak, Evindar Elçi, Hıdır Budak, Muzaffer Bulut

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Spontan abdominal kanama ve akut batına yol açan plasenta perkreta olgularında tanı ve tedavi yaklaşımını belirlemektir.

Yöntem: Haziran 2013–Haziran 2018 tarihleri arasında kliniğimizde tespit edilen, spontan aabdominal kanama ve akut batına yol açan plasenta perkreta olguları çalışmaya alındı. Çalışma verileri, anormal plasental implantasyonu nedeniyle sezaryen uygulanan hastaların bilgileri özel olarak kayıt edilen ve arşivlenen olgulardan ve hastane kayıtlarından elde edildi. Olguların demografik özellikleri, cerrahi yaklaşımı, klinik ve laboratuvar sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Haziran 2013–Haziran 2018 tarihleri arasında merkezimizde plasenta perkretanın neden olduğu spontan aabdomi-



Şekil 1 (PB-20): Kitlenin USG görüntüsü.