

Tablo 1 (SB-24): Grupların ultrasonografik bulguları.

	Başarısız işlem (n=26)	Başarılı işlem (n=78)	P değeri
Uterus uzunluğu (mm)	85.9±5.1	83.9±3.1	0.043
Uterus ön-arka genişliği (mm)	44.3±4.2	41.5±3.2	0.041
Uterin kavite uzunluğu (mm)	74.9±6.8	69.6±7.5	0.001
Servikal kanal uzunluğu (mm)	23.6±3.5	23.4±3.1	0.745
Endometrial kalınlık (mm)	4.8±0.4	5.0±0.4	0.045
Retrovert uterus varlığı	7 (26.9)	22 (28.2)	0.900
RIA tepesi-uterin kavite tepesi arası mesafe (mm)	6.6±1.3	10.3±1.2	0.042
Aşağı yerleşimli RIA varlığı	1 (3.8)	19 (24.4)	0.022
Myometriuma invaze RIA varlığı	9 (34.6)	2 (2.6)	<0.001

rastlanmamıştır. Perkütan drenaj yapılan 12 hastanın (%80) uzun dönem takiplerinde (ortalama takip süresi 3.2 yıl) nüks gözlenmemiş ve ek cerrahi işlem gerekmemiştir. Drenaj kate-terleri 5–20 gün (ortalama 12 gün) sonra çekilmiştir. 1 hastada, işlemden sonraki 3. günde ve 1 hastada işlem sonrası 2. günde klinik düzelme olmaması üzerine laparotomi uygulanmıştır.

Sonuç: Antibiyoterapiye dirençli TOA olgularının tedavisin- de US eşliğinde perkütan apse drenajı, düşük komplikasyon ve nüks oranları ile seçilmiş olgularda laparotomiye iyi bir al-ternatif oluşturmaktadır.

Anahtar sözcükler: Perkütan drenaj, tubo-ovarian apse, ul-trason.

SB-24

Ofis şartlarında çıkartılan ve çıkartılamayan rahim içi araçlar için ultrasonografik özelliklerin karşılaştırılması

Demet Kokanalı

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Konvansiyonel yöntemlerle ofis şartlarında çıkartılan ve çıkartılamayan rahim içi araçlar (RIA)'ın ultrasonografik bulgularını karşılaştırmak.

Yöntem: Bu retrospektif çalışma, Ocak 2017 ve Aralık 2017 tarihleri arasında hastanemiz Aile Planlaması Polikliniği'ne mevcut RIA'larını çıkarttırmak için başvuran kadınları içere-mektedir. Çalışma ile ilgili tüm veriler hastane kayıtlarından elde edilmiştir. Öncesinde uterin operasyon geçiren, RIA ile ilişkili olabilecek (anormal uterin kanama, pelvik ağrı, disme-nore, dispareni vb.) şikayetleri olan, spekülüm muayenesinde RIA'ya ait ipler görülen ve yetersiz verileri olan kadınlar ça-lışma dışı bırakılmıştır. Tüm kadınlara çıkartma işlemi önce-si transvajinal ultrasonografik inceleme yapılmış, RIA'ların uterin kavitede olduğu doğrulanmıştır. Uterusa ve RIA'ya ait ultrasonografik bulgular kaydedilmiştir. RIA çıkartılırken uy-gulanan konvansiyonel yöntemde, spekülüm yerleştirildikten sonra serviks tenekulumla traksiyona alınmış, Alligator for-ceps vasıtasıyla uterin kaviteye girilmiş, RIA'ya dokunularak tutulup çıkartılmaya çalışılmıştır. Çıkartma işlemi, aynı uz-man jinekolog tarafından ofis şartlarında herhangi bir aneste-zi uygulanmadan yapılmıştır.

Bulgular: Dışlama kriterleri sonrasında 104 kadın çalışma grubunu oluşturmuştur. Bu kadınların 26 tanesinde RIA'nın çıkartılma işlemi başarısız olurken, 78 kadında işlem başarı ile sonuçlandırılmıştır. Başarısız olunan kadınların işlem öncesi ultrasonografik değerlendirmesinde uterus uzunluğu ve ön-

Tablo 2 (SB-24): RIA çıkarma işlemi sonucuna etki edebilecek ultrasonografik faktörlerin çoklu regresyon analizi.

	OR (%95 CI)	p
Uterus uzunluğu	1.74 (0.70–4.48)	0.252
Uterus ön-arka genişliği	1.77 (1.00–2.09)	0.210
Uterin kavite uzunluğu	2.41 (1.50–4.02)	0.019
Endometrial kalınlık	1.68 (1.39–2.02)	0.225
RIA tepesi- uterin kavite tepesi arası mesafe	1.50 (0.90–2.30)	0.082
Aşağı yerleşimli RIA varlığı	0.51 (0.33–0.85)	0.032
Myometriuma invaze RIA varlığı	3.89 (2.43–5.99)	<0.001

p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. OR: Odds oranı; CI: Güven aralığı.

arka genişliği, uterin kavite uzunluğu ve myometriuma invaze RİA sıklığı, başarılı olunanlarınkine göre daha fazlaydı. Buna karşın RİA'nın tepe noktası ile uterin kavitenin tepe noktası arasındaki mesafe uzunluğu, endometrial kalınlık ölçümü ve aşağı yerleşimli RİA sıklığı başarılı olunan grupta daha fazlaydı. Servikal kanal uzunluğu ve retrovert uterus sıklığı iki grupta da benzerdi (Tablo 1 SB-24). RİA'nın çıkartılmasında etkin olabilecek, iki grup kadın arasında farklılık gösteren ultrasonografik parametrelerin çoklu regresyon analizi sonucunda ise uterin kavitenin uzun olması ve myometrial invazyon varlığı çıkartma işleminde başarısız olma ihtimalinin artmasında; RİA'nın aşağı yerleşimli olması ise başarılı olma ihtimalinin artmasında anlamlı faktörler olarak bulundu. ROC analiz sonucunda ise 69.5 mm'lik uterin kavite uzunluğu başarısız çıkartma işlemi için %92.3'lük duyarlılık ve %59.0'lık özgüllük ile en iyi eşik değeri olarak tespit edildi (Tablo 2 SB-24).

Sonuç: Konvansiyonel yöntemle ipi görülmeyen RİA'ların çıkartılma işleminin başarısını öngörmede ultrasonografik olarak uterusun ve RİA'nın durumunun değerlendirilmesi önemlidir. Şöyle ki uzun uterin kaviteye sahip ve RİA'nın myometriuma invaze olduğu kadınlarda işlemin başarısız olma ihtimali artarken, kavitede aşağıya doğru yerleşmiş RİA'sı olan kadınlarda başarılı işlem ihtimali artmaktadır. Hastaların bu şekilde bilgilendirilmesi olası bir başarısızlık durumunda hasta-doktor ilişkisini korumada, hastanın hayal kırıklığını azaltmada ya da alternatif yöntemlerin tercih edilmesinde faydalı olabilir.

Anahtar sözcükler: Ofis, rahim içi araç, ultrasonografi.

SB-25

FVII eksikliği olan gebenin yönetimi

Latife Atasoy Karakaş¹, Ulaş Tuğcu², Sertaç Esin³

¹Başkent Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; ²Başkent Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bölümü, Ankara; ³Başkent Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Faktör VII (FVII) eksikliği otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. 13. kromozomun uzun kolunda bulunan FVII geninde mutasyonlar ile karakterizedir. Nadir görülen kalıtsal koagülasyon bozuklukları içinde en sık karşılaşılanı olup, 1/500.000 sıklık ile izlenmekle birlikte genel popülasyondaki prevelansının asemptomatik bireyler nedeniyle daha sık olduğu düşünülmektedir. Hastalığın kliniği oldukça heterojen olup hayatı tehdit eden şiddetli kanamalardan (serebral, gastrointestinal ve artiküler) minör kanamalara kadar değişkendir. Bu olgu sunumunda, FVII eksikliği ile gebe kalan ve herhangi bir mortalite veya morbidite ile karşılaşmadan yönetilen, doğurtulup taburcu edilen bir vaka sunulmaktadır.

Olgu: 22 yaşında, FVII eksikliği tanısı olan hasta, male faktör nedeniyle IVF yöntemi ile ikiz bebeklere gebe kaldı. Hipotiroidi nedeniyle levotiron kullanıyor olması dışında sistemik hastalığı yoktu. 5. gebelik haftasındaki vajinal kanaması 3ÜTDP sonrası durdu. 11. gebelik haftasına tekrarlayan kahverengi lekelenme tarzında kanamalar nedeniyle ara ara hospitalize edilen ve Proluton depot amp i.m. olarak uygulanan hastaya, 1 çay bardağı tarif ettiği kanaması olması üzerine yapılan USG de 3'er cm'lik iki adet hematoma alanı izlendi. Hematoloji bölümü önerisince rekombinant 1 mg FVII i.m. uygulandı. Faktör 5, 8, 9, 11, 13, proten S, protein C, TSH, PT seviyeleri normal olan, PTZ süresi 57 saniyeye uzamış olan hastanın 1 hafta sonra hematoma alanı 4 cm'ye ulaştı. Haftada 1 kez rekombinant 1 mg FVII i.m. ve Proluton depot amp i.m. uygulanarak takip edildi. 14. haftada kanaması kesilen ve hematoma alanı rezorbe olan hastaya haftada 2 kez olarak FVII i.m. gebelik boyunca devam edilmesi önerildi. Proluton depot amp i.m. olarak da gebeliği boyunca devam edildi. Anomali taraması normal olarak değerlendirilen hastanın OGTT si normal sınırlarda idi. Hematoloji bölümü tarafından PTZ takibi yapılan hastanın gebelik takipleri olumsuz seyretti. Rh-rh uyumsuzluğu olan hastaya indirek coombs negatif olması üzerine 28. haftada anti-Dİg uygulandı. 30. gebelik haftasında bebeklerden birinin AC ölçümü 4 hafta önde olması dışında ölçümler haftası ile uyumlu, AFI'leri normal, Doppler çalışmaları normal olarak değerlendirildi. 31. gebelik haftasında su gelişimi üzerine hospitalize edilen ve celeston dozları tamamlanan hasta operasyondan yarım saat önce, operasyondan hemen yarım saat sonra ve post-op 1. günde olmak üzere ek üç doz 2'er mg FVII i.m. uygulanarak 2195 g ve 1755 g erkek bebekleri sezaryen sekiyo ile doğurtuldu. Postpartum dönemde herhangi bir replasman ihtiyacı olmadan kanama kontrolü sağlandı. Normal miktarda vajinal kanama ile 1 ay sonra hematoloji bölümü kontrolü önerilerek bebek ve anne post op 3. günde taburcu edildi.

Sonuç: Gebeliğin ilerleyen haftalarında, postpartum kanamaya karşı olası koruyucu mekanizma olarak pıhtılaşma faktör düzeylerinde artış olmaktadır. Homozigot FVII eksikliği olan olgularda bu yükselmenin olmadığı, uygun replasman yapılmadığı takdirde bu hastaların intrapartum ve postpartum masif kanamayla karşılaştıkları bildirilmiştir. FVII eksikliğin ağır formları için tedavi protokolleri belirlenmiştir. Tedavi seçenekleri arasında antifibrinolitikler, taze donmuş plazma, FVII konsantreleri ve rekombinant FVII yer almaktadır. FVII eksikliği olan olgularda; profilaksi ve tedavi protokolleri bireyselleştirilmeli, obstetrik aciller göz önünde bulundurulmalı, bu tür olguların acil sezaryen ve uygun replasman tedavilerinin sağlanabileceği multidisipliner merkezlerde takibi sağlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: FVII eksikliği, gebelik, kanama.