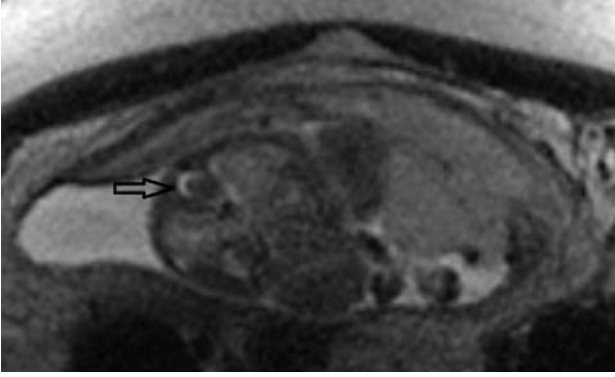




Şekil 2 (PB-58): Hemivertebrta MR.

Olgu: Hastamız 34 yaşında, G4P0Y0A3, son adet tarihine göre 20 hafta 5 günlük gebe idi. Hastanın anamnezinde akraba evliliği yoktu ve gebelik döneminde radyasyon maruziyeti söz konusu değildi. Hasta ikili test yaptırmış ve sonucunun normal olduğunu belirtmişti. Hastaya yapılan ultrasonografik incelemede fetüste lomber vertebra 2 düzeyinde hemivertebrta görünümü mevcut olup, fetal spinal aksda belirgin bir açılanma yoktu. Fetüste amniyon sıvısı yeterli ve fetal kalp atımı vardı, ultrasonografik incelemede herhangi bir ek anomali tespit edilmedi. Tüm bu bulgular eşliğinde fetüste izole hemivertebrta düşünüldü. Tanıyı desteklemek amaçlı hastadan fetal MR istendi, MR sonucu izole hemivertebrta ile uyumlu olarak değerlendirildi. Aile hastalık ve hastalığın prognozu açısından detaylı bir şekilde bilgilendirildi ve hasta genetik değerlendirme istemedi.

Sonuç: Bizim olgumuzda olduğu gibi, izole olgularda, gebeliğin devamı durumunda antenatal tanı konup, erken postnatal değerlendirme, yakın takip ve erken tedavi ile anomalinin ciddi skolyoz ve komplikasyonların önüne geçilebilir.

Anahtar sözcükler: Hemivertebrta, vertebral anomali, prenatal tanı.



Şekil 3 (PB-58): Hemivertebrta USG (2)

PB-59

Gebelikte perfore apandisit: Olgu sunumu

Sevcan Arzu Arıkan¹, Resul Arısoy², Tolga Güçoğlu³

¹Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Amasya; ²Memorial Ataşehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; ³Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Amasya

Amaç: Akut apandisit, gebelikteki en yaygın cerrahi problemdir. Gebelikteki yaygın abdominal/gastrointestinal rahatsızlık hissi, büyümüş uterus nedenli anatomik değişiklikler, fizyolojik lökositoz sebebiyle tanı konulması zorlaşmaktadır. Gebelerde akut apandisit tanısı için başvuru en sık görüntüleme aracı ultrasonografidir. Gebelik haftasına bağlı olarak apendiksin batındaki lokalizasyonu yer değiştirebileceğinden ultrason ile tanı koymak her zaman mümkün olmamaktadır. Son zamanlarda gebe kadında apandisit varlığını tanımlamada magnetik rezonans görüntüleme (MRI) yararlı bulunmuştur. Biz de gebelikte perfore apandisit olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 28 yaşında gravida 1 olan gebe ağrı şikayetiyle acil servise başvurdu. Bilinen bir hastalığı olmayan olgudan alınan anamnezde 1.5 yıl önce subserozal myomektomi ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Obstetrik özgeçmişinde bir özellik olmadığı öğrenildi. Hastanın iki gündür ağrısının devam ettiği ve acil servise başvurduğu, nonstres test (NST)'nin reaktif olması ve kontraksiyonun olmaması, açıklığının olmaması sebebiyle kontrole gelmek üzere taburcu edildiği öğrenildi. Son adet tarihine göre 39 hafta gebeliği olan hastanın yapılan ultrason muayenesinde biyometri gebelik haftasıyla uyumlu, baş geli, amnion sıvı miktarı normal ve plasantanın doğal görünümünde olduğu saptandı. NST reaktif düzensiz kontraksiyonlar mevcuttu. Vaginal muayenede %40-50 efasman, 3-4 cm servikal açıklık, poş intakt, gelen kısım -2 seviyesinde saptanması üzerine hastanın doğumhaneye yatırılı verildi. Travay takibinde yetersiz kontraksiyon olması ve açıklığının ilerlememesi sebebiyle düşük doz oksitosin ile eyleme tıbbi yardım yapıldı. Takip süresince vital bulguları stabil seyretti. Subfebril ateş mevcuttu. Hastanın NST'sinde etkin kontraksiyonları olmamasına rağmen şiddetli ağrı tariflemesi sebebiyle oksitosin indüksiyonu stoplandı. Tam kan sayımında 160.00 lökosit izlendi. Genel cerrahi konsültasyonu istendi. Hastanın kusması sebebiyle nazogastrik takıldı ve yaklaşık 300-400cc kadar safralı mide dilatasyon sıvısı geldiği görüldü. Spontan takip edilen hastada NST de fetal taşikardi izlenmesi ve açıklığının ilerlememesi sebebiyle sezeryan ile doğum planlandı. Pfannestiel insizyon ile batına girildi. Batın içinden seropürülen vasıfta içerik gelmesi üzerine genel cerrah ameliyata davet edildi. 8-9 Apgarlı tek canlı bebek doğurtuldu. Uterus tek kat kontinü suture edildi. Batın içinin eksplorasyonu için göbek altı median insizyon açıldı. Apendisit lojunda seropurulan vasıflı içerik görüldü. Loj explore edildi. Apendisi-

tin pefore olduğu mezosunun nekroza gittiği ve abse geliştiği görüldü. Abse alanı temizlendi. Nekrotik debrisler ortamdaki uzaklaştırıldı. Apandektomi yapıldı. Batın içi yıkanarak dren yerleştirildi. Postop takiplerinde sıkıntı olmayan hasta, oral alımı tolere etmesi ve barsak hareketlerinin normale dönmesi üzerine 3. gün önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Gebelerde meydana gelen fizyolojik ve anatomik değişikliklere bağlı olarak akut apandisit tanısını koymak ve tedaviye karar vermek zorlaşabilir. Akut apandisit gebe hastada zor bir tanı olmasına rağmen şüphe anında erken cerrahi girişim yapılmalıdır. Akut apandisit şüphesi bulunan gebe kadınlarda hızlı, akılcı ve multidisipliner yaklaşım ile maternal, fetal morbidite ve mortalite azaltılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Apandisit, perforasyon, miad gebe, doğum, doğum eylemi.

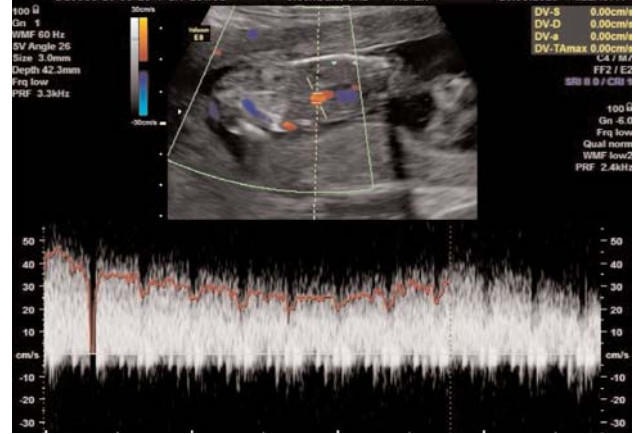
PB-61

Ağır simetrik fetal gelişme geriliği olan olgu sunumu

Hilal Şerifoğlu¹, Sevcin Arzu Arıkan¹, Oya Demirci², Mehmet Uludoğan³

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ²Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ³Fetus Prenatal Tanı Merkezi, İstanbul

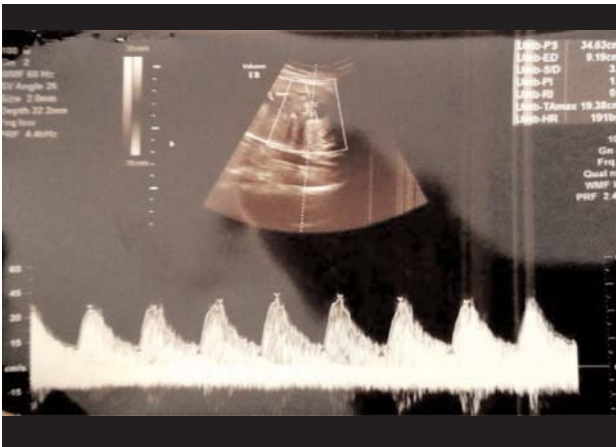
Amaç: İntrauterin gelişme geriliği anlamlı perinatal morbidite ve mortalite oranlarıyla ilişkilidir. Bu oran, doğum ağırlığı 10. persantilden 1. persantile doğru azaldıkça artar. Simetrik büyüme kısıtlılığı, baş çevresi ve iskelet ölçümlerinin, abdominal çevre kadar küçük olmasıyla karakterizedir. Bu durum, kromozomal anomali, konjenital malformasyon, ilaç veya diğer kimyasal ajanlar ve enfeksiyonlar gibi, fetal gelişimin er-



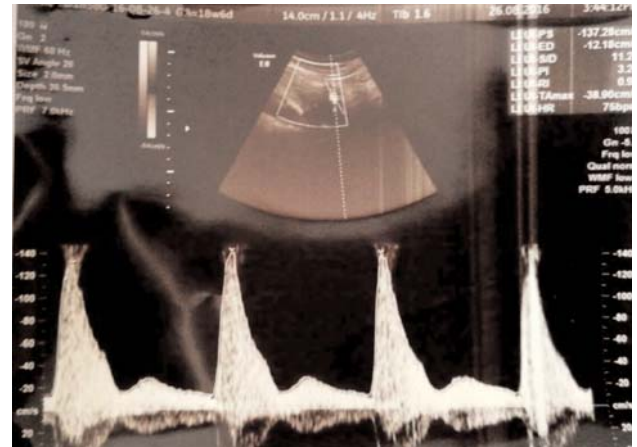
Şekil 1 (PB-61): Duktus venozus Doppler görüntüsü.

ken evrelerinde büyümeyi etkileyen intrensek nedenlerin varlığını düşündürür. Asimetrik büyüme kısıtlılığı, ekstremsk nedenlere bağlıdır. Muskuloiskeletal yapılar ve baş çevresi çok etkilenmez ancak, karın çevresi geri kalır. İntrauterin gelişme geriliği saptanan gebeliklerin takibi fetal biofizik profil, Nonstres test (NST), Doppler ultrason ile yapılmaktadır. Biz de erken başlangıçlı ağır simetrik gelişme geriliği olan olgunun yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu: 26 yaşında gravida 1 son adet tarihine (SAT) göre 33 hafta olan olgu dış merkezden erken başlangıçlı ağır simetrik fetal gelişme geriliği ön tanısıyla kliniğimize refere edilmiştir. Alınan anamnezde 1. trimester muayenesinde ense kalınlığının 1.1 mm ölçüldüğü ve nazal kemiğin görüldüğü öğrenildi. SAT a göre 16 hafta iken yapılan ultrason muayenesinde ölçümlerin 14 hafta ile uyumlu olduğu, fetüsün 5. persantilin altında, uterin arter PI değerinin 95. persantilin üzerinde bu-



Şekil 2 (PB-61): Umbilikal arter Doppler görüntüsü.



Şekil 3 (PB-61): Uterin arter Doppler görüntüsü.