

hastaların yaşı, vücut kitle indeksi (VKİ), gebelik sayısı, parite ve ultrasonografik olarak ölçülen CRL ve gestasyonel haftaları, nukal kalınlık (NT), nazal kemik (NB), ortalama uterin arter PI ölçümleri, PAPP-A, β -hCG değerleri incelendi. Ortalama uterin arter PI, PAPP-A, β -hCG değerlerinin doğumun gerçekleştiği hafta, doğum ağırlığı ile arasında bir korelasyon varlığı (Spearman korelasyon analizi) ve preeklampsi gelişmesi ile ilişkisi (Mann-Whitney U testi) istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

Bulgular: Çalışma kriterlerini karşılayan 360 hastanın demografik verileri Tablo 1 SB-27’de sunuldu. Yapılan korelasyon analizinde, doğum kilosu ile ortalama uterin arter PI değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon tespit edildi (R^2 : -0.240, $p < 0.01$) (Tablo 2 SB-27). Doğum haftasına göre yapılan korelasyon analizinde istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşılmadı (Tablo 3 SB-27). PAPP-A, β -HCG değerleri ile doğum kilosu ya da doğum haftası arasında herhangi bir korelasyon tespit edilemedi. Çalışmamızda, gebeliğin ilerleyen haftalarında preeklampsi gelişme oranı %5.6 (20/360) olarak saptandı. Preeklampsi gelişen grupta, gelişmeyen grup karşılaştırıldığında PAPP-A, β -hCG ve ortalama uterin arter PI değerleri arasında bir fark bulunamadı (Tablo 4 SB-27).

Sonuç: Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, ortalama uterin arter PI değerleri artış gösteren olgularda doğum kilosunun daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak doğum haftası ve preeklampsi ile ortalama uterin arter PI, PAPP-A ve β -HCG belirteçleri arasında bir ilişki görülmemektedir. Çalışmamız erken gebelik döneminde yapılan değerlendirmelerin, bebek doğum kilosunu öngörmede, istatistiksel olarak anlamlı ancak düşük dereceli ters korelasyon olduğunu göstermektedir. Bulgularımızın sonucuna dayanarak, fetal gelişimin, multifaktöryel bir proses olduğunu ve ilk trimesterde bakılan belirteçlerin tek başına faydasının kısıtlı olduğunu kanaatindeyiz.

Anahtar sözcükler: İlk trimester, PAPP-A, sBHCG, uterin arter, pulsatile indeks, preeklampsi.

SB-28

Mesane duvar invazyonu olan plasenta percreta vakalarında veziko-istmik sütür tekniği

Fedi Ercan¹, Ali Acar²

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Şanlıurfa; ²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Mesane invazyonu olan plasenta perkreta (PP) olguları, gebeliğin nadir görülen bir komplikasyonu olup, hayatı tehdit eden kanamalara neden olabilmektedir. Sezaryen histerektomi (SH) sırasında veziko-istmik alanı ayırmaya çalış-

Tablo 1 (SB-27): Maternal karakteristiklerin ve gebelik verilerinin ortalama, minimum ve maksimum değerleri.

	N	Ortalama ($\pm$ SD)	Min.-Mak.
Anne yaşı	360	30.6 ($\pm$ 4.8)	18–45
VKI (kg/m ²)	341	24.1 ($\pm$ 4.2)	17–46
Gebelik haftası	360	12+3 ($\pm$ 0.5)	11+2–14+1
CRL (mm)	360	60 ($\pm$ 7.25)	45–82
NT (mm)	358	1.6 ($\pm$ 0.33)	1–2.56
Sol uterin arter PI	360	1.93 ($\pm$ 0.8)	0.46–6.24
Sağ uterin arter PI	360	1.91 ($\pm$ 0.68)	0.55–6.01
Ortalama uterin arter PI	360	1.92 ($\pm$ 0.6)	0.71–5.27
PAPP-A (MoM)	360	1.09 ($\pm$ 0.57)	0.17–3.53
β -HCG (MoM)	360	1.23 ($\pm$ 1.03)	0.15–14.5
Doğum haftası	360	38+4 ($\pm$ 1.4)	28+3–41+1
Doğum kilosu (g)	360	3322 ($\pm$ 506)	1050–5000

MoM: Multiples of median.

Tablo 2 (SB-27): Ortalama uterin arter PI, PAPP-A ve β -HCG belirteçlerinin doğum kilosu ile korelasyon analizi.

Doğum Kilosu	R2	p
Ortalama uterin arter PI	-0.240	<0.001
PAPP-A (MoM)	0.045	0.398
β -HCG (MoM)	-0.07	0.188

Tablo 3 (SB-27): Ortalama uterin arter PI, PAPP-A ve β -HCG belirteçlerinin doğum haftası ile korelasyon analizi.

Doğum haftası	R2	p
Ortalama uterin arter PI	-0.092	0.08
PAPP-A (MoM)	0.093	0.077
β -HCG (MoM)	0.065	0.216

Tablo 4 (SB-27): Preeklampsi varlığının ortalama uterin arter PI, PAPP-A ve β -HCG belirteçleri üzerine etkisi.

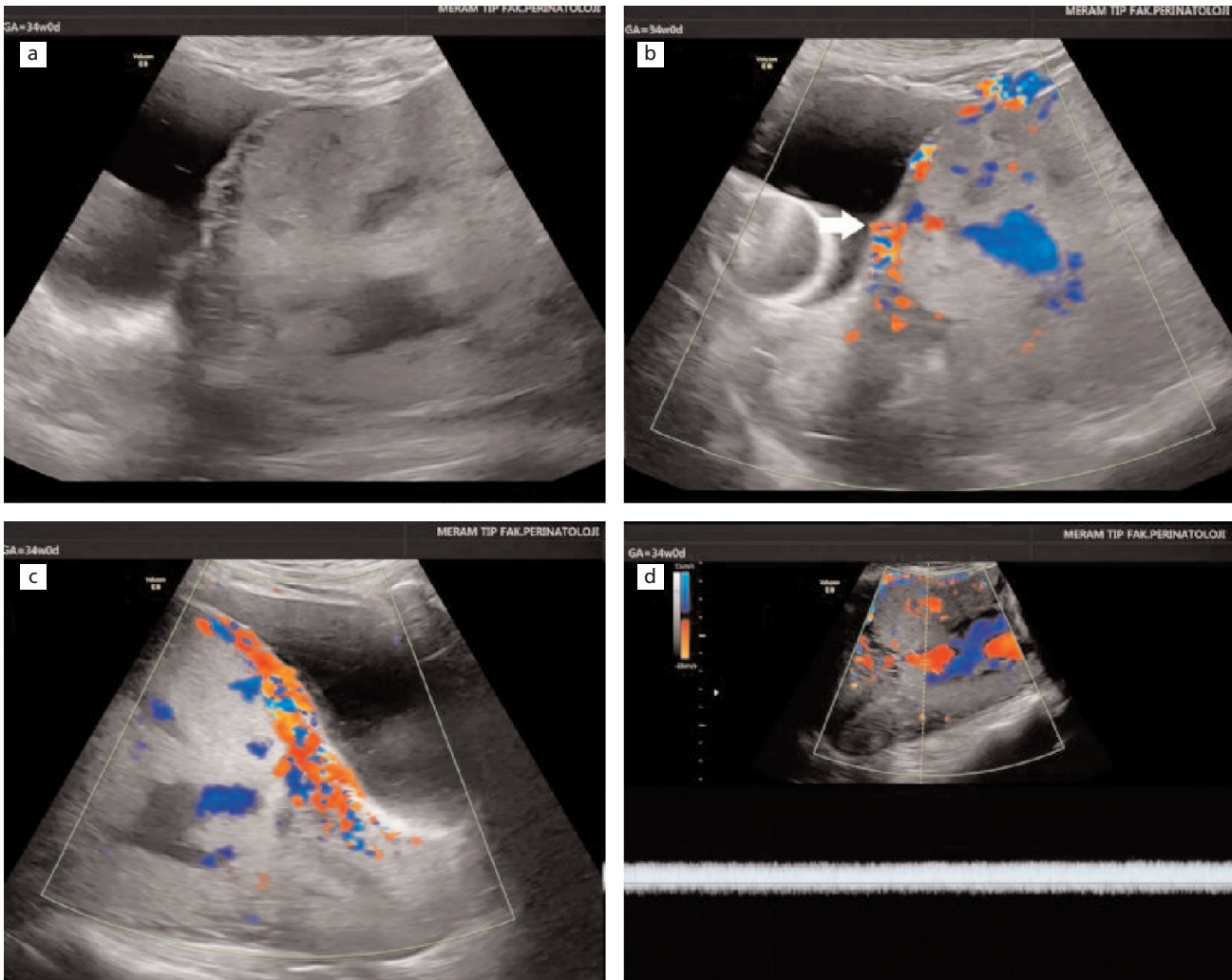
Preeklampsi	Var	Yok	p-değeri
Ortalama Uterin Arter PI (Ort $\pm$ SD)	1.97 $\pm$ 0.37	1.92 $\pm$ 0.59	0.349
PAPP-A(MoM) (Ort $\pm$ SD)	0.96 $\pm$ 0.49	1.1 $\pm$ 0.58	0.379
β -HCG (MoM) (Ort $\pm$ SD)	1 $\pm$ 0.6	1.24 $\pm$ 1.06	0.235

mak ciddi kanamalara ve kontrolsüz mesane yaralanmalarına neden olabilir. Burada veziko-istmik alanın diseksiyonu yapılmadan gerçekleştirilen SH tekniği anlatılmakta ve bunun için kullanılabilecek yeni bir cerrahi yaklaşım sunulmaktadır.

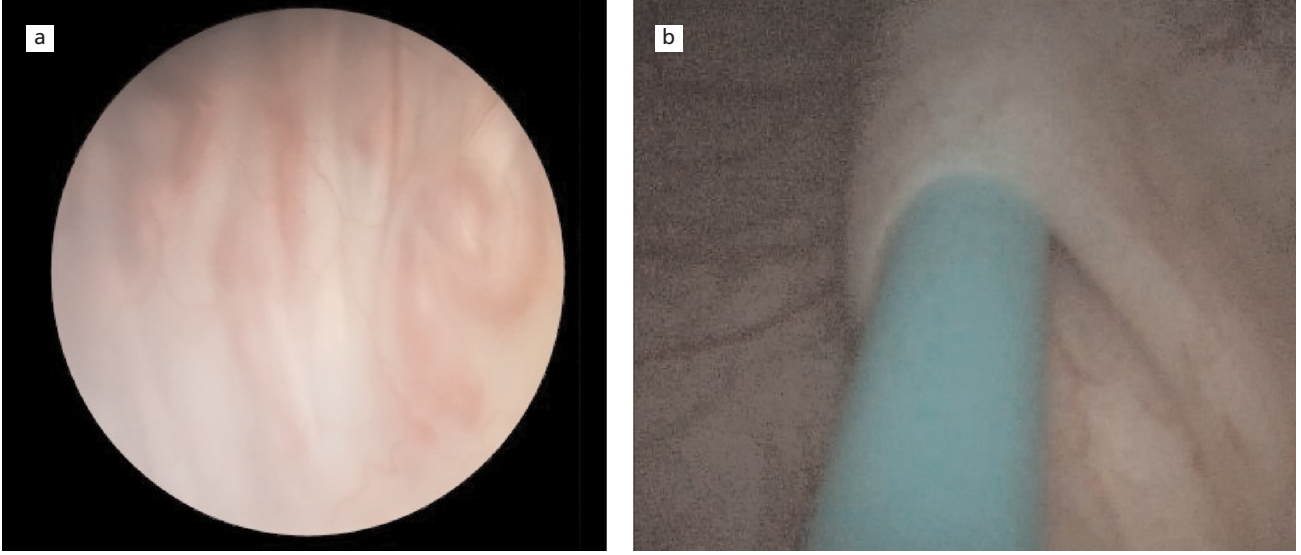
Yöntem: Konya Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı’nda Ocak 2007–Ocak 2017 tarihleri

arasında antenatal dönemde PP tanısı alan ve elektif şartlarda SH uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi (Şekil 1 SB-28). Mesane duvar invazyonu olan hastalara histerektomi yapılırken 2 farklı yöntem uygulandı. Bir grup hastaya SH'ye parsiyel mesane rezeksiyonu (PMR) eklenirken, diğer gruba veziko-istmik alan diseksiyonu yapılmaksızın SH ve veziko-istmik sütür (VIS) uygulanmıştır. Her iki yöntemin ameliyat süreleri, ameliyat öncesi ve sonrası hemoglobin değerleri, kan transfüzyon ihtiyaçları, hastanede kalış süreleri karşılaştırılmıştır. Cerrahi teknik: PP ön tanısı olan tüm hastalara ameliyat öncesinde sistoskopiyle bilateral üreter kateterleri yer-

leştirildi (Şekil 2 SB-28). Tüm PP şüphesi olan hastalarda ortahat abdominal insizyon kullanılmıştır. Fundal insizyon yoluyla fetüsün çıkarılmasından sonra, plasenta in-situ olarak yerinde bırakılıp insizyon kapatıldı. Ligamentum ovarii proprium klemplendi, kesildi ve bağlandı. Uterin arter klempleme alanını belirlemek üzere, üstte veziko-istmik alana müdahale etmeden mesane trigonuna doğru ilerlendi. Uterin arterleri klemplemeden önce, servikal seviyeyi belirlemek için kibar bir vajinal muayene ile serviko-istmik geçiş bölgesi belirlendi. Bilateral uterin arterler bu seviyeden klemplendi. Bu aşamada yetersiz mesane diseksiyonu olan hastalarda iki fark-

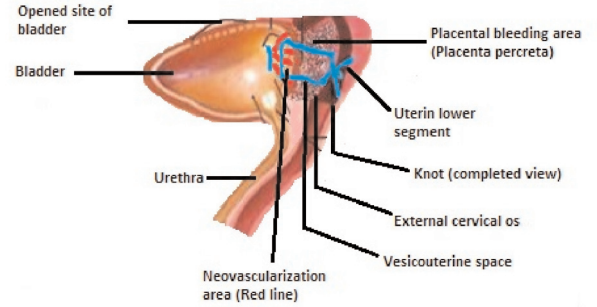


Şekil 1 (SB-28): Gebeliğin 34. haftasında plasenta perkreta olgusunun ultrason bulguları. Bulgular, mesaneye invazyon açısından oldukça şüphelidir. (a) Bu muayene sırasında mesane iyi şişirilmiştir; bununla birlikte, kubbe yakınındaki mesaneye doğru uzanan düzensiz yumuşak doku ve anterior miyometriyumdan mesane bölgesine geçen birkaç belirgin damarın ortaya çıktığı görülmektedir. (b) Beyaz ok, mesane invazyonu lehine köprü damarları göstermektedir. (c) Serosa-mesane ara yüzünde hipervaskülarizasyon görülmektedir. (d) Renk akım Doppler çalışmasında hipervasküler dinamik akım (>10 cm/sn) gösteren plasental lakün izlenmektedir.

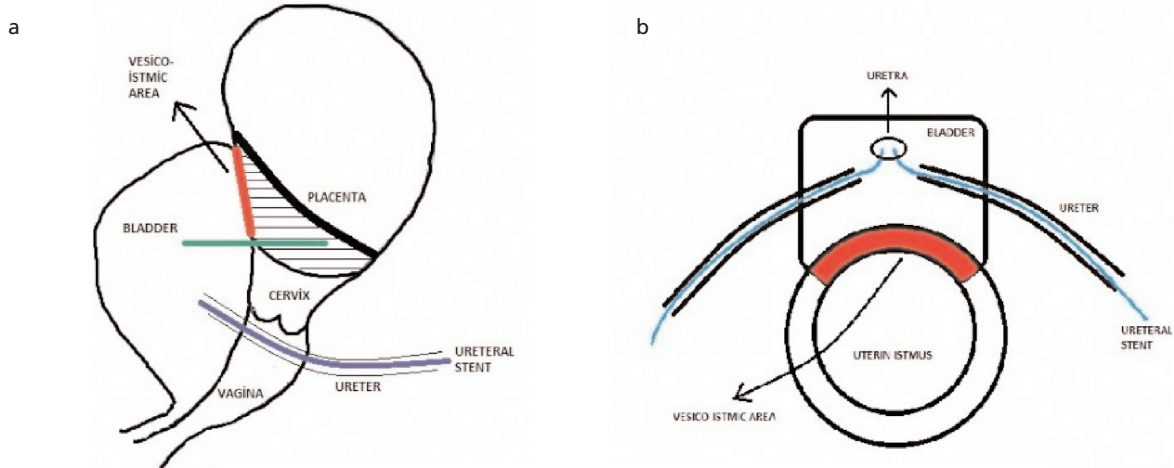


Şekil 2 (SB-28): (a) Mesane mukozasındaki vaskülarizasyonu gösteren sistoskopi görüntüsü. (b) Bilateral üreteral kateterizasyon.

lı yöntem kullanıldı. Öncelikle bu hastalarda mesane fundusundan 3 cm'lik sistotomi yapıldı (Şekil 3 SB-28). Bu aşamada VİS uygulanacak hastalara, önceki sezaryen kesi yerinden ikinci bir kesi yapıldı ve plasenta çıkarıldı. Üreter kateterleri yardımıyla mesaneye üreter girişini koruyarak intrakaviter sütür konuldu (Şekil 3 SB-28). Bunu takiben, istmus posteriora doğru dairesel olarak kesildi ve SH tamamlandı. PMR yapılan hastalardaysa, mesane ve serviks arasındaki perkreta bölgesinin alt sınırı tanımlanmıştır (Şekil 4 SB-28). Klempler her iki tarafta uterin arter altına yerleştirdikten sonra, histerektomi tamamlanmıştır.



Şekil 3 (SB-28): Mesanenin bilinçli olarak açıldığı ve veziko-istmik sütün konulduğu bölge.



Şekil 4 (SB-28): (a) PMR tekniğinde, veziko-istmik alanın alt sınırı yeşil çizgi ile gösterilmiştir. (b) Vesico-istmik alanının horizontal planda temsili görünümü.

Bulgular: Mesane invazyonu olan 19 hastaya SH uygulandı. Oniki olguya SH+VIS ve diğer 7 hastaya SH+PMR uygulandı. Her iki gruptaki hastaların demografik verileri ve cerrahi sonuçları Tablo 1 ve 2 SB-28'de gösterilmiştir. SH+PMR grubunda ameliyat süresi 96.6 ± 13.0 dk, SH+VIS grubunda 86.9 ± 8.6 dk idi ($p=0.25$). Gruplar arasında ortalama hastanede kalış süreleri farklı değildi (SH+VIS grubunda 4.1 ± 2.8 gün, SH+PMR grubunun 5.1 ± 3.5 ; $p=0.49$). Preoperatif hemoglobin değerlerinde iki grup arasında fark yoktu. Postoperatif hemoglobin ve kan transfüzyonu sayısı iki grup arasında anlamlı fark yoktu (SH+VIS ve SH+PMR gruplarında sırasıyla 2.5 ± 0.5 g/dl'ye karşılı 2.8 ± 0.4 g/dl; $p=0.51$, 2.85 ± 2.1 'e karşılık 2.55 ± 2.2 ; $p=0.55$).

Sonuç: VIS tekniği, mesane invazyonu olan PP vakalarında veziko-istmik alanın diseksiyonu, buna bağlı gelişecek kanamalar ve kontrolsüz mesane yaralanmalarından uzak kalarak ciddi bir cerrahi tecrübe gerektirmeksizin SH yapılmasında etkili ve ümit verici bir yöntemdir.

Anahtar sözcükler: Mesane invazyonu, plasenta percreta, veziko-ismik sütür.

SB-29

Plasenta previa totalis anterior-posterior fark eder mi?

Fatih Mehmet Fındık

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

Amaç: Plasenta previa totalis sezaryen oranlarının arttığı ülkemizde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu hastalık fetal ve maternal mortalite ve morbidite açısından önemini artırmaktadır. Özellikle sezaryen geçmişi olan ve invazyon anomalisi olduğu düşünülen hastalarda risk artmaktadır ve bu hastalarda önerilen 34. gebelik haftasında sezaryen histerektomidir. Bu çalışmanın amacı histerektomi yapılmayan hastalarda totalis kısmının anterior ya da posteriordan olduğunu ultrasonografi ile gösterilmesinin öneminin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya hastanemize 2017 yılı son 6 ayında başvuran 42 plasenta previa totalis hastası dahil edildi. Hastaların hepsinin geçmişinde en az bir sezaryen öyküsü mevcuttu. Hastaların tamamının primer cerrahi aynı idi. Hastalar grup 1 (plasenta anteriordan totalis olan hastalar), ve grup 2 (plasenta posteriordan totalis olanlar) olarak iki gruba ayrıldı. Grup 1: 26, Grup 2: 16 hastadan oluşmaktadır. Gruplar arasında yaş, gebelik haftası ve gravida gibi verilerin yanı sıra ameliyat süresi, kullanılan sütür sayısı ve ameliyat esnasında ki kanama miktarında fark olup olmadığına bakıldı.

Bulgular: Grup 1 yaş ortalaması 32.81 ± 5.08 , Grup 2 yaş ortalaması 29.88 ± 4.88 olup gruplar arası fark yoktu. Gebelik hafta-

Tablo 1 (SB-28): VIS ve PMR hasta gruplarının demografik verilerinin karşılaştırılması.

	SH+VIS (n=12)	SH+PMR (n=7)	p- değeri
Anne yaşı, yıl	34.0 ± 5.9	35.7 ± 4.7	0.55
Gravida	5.3 ± 1.5	4.8 ± 1.2	0.45
Parite	4.1 ± 1.1	4.0 ± 1.0	0.51
Doğumdaki gebelik yaşı, hafta	34.2 ± 1.5	35 ± 1.1	0.53
VKI (kg/m ²)	26.1 ± 2.0	27.5 ± 2.7	0.56
Geçirilmiş sezaryen sayısı, n (%)	3.3 ± 1.0	2.9 ± 1.1	0.39

Tablo 2 (SB-28): VIS ve PMR hasta gruplarının ameliyat öncesi ve sonrası verilerinin karşılaştırılması.

	SH+VIS (n=12)	SH+PBR (n=7)	p- değeri
Ameliyat öncesi hemoglobin değeri, g/dl	10.61 ± 1.4	10.47 ± 1.5	0.52
Ameliyat sonrası hemoglobin değeri, g/dl	8.5 ± 1.1	8.2 ± 1.2	0.49
Hb drop (g/dl)	2.5 ± 0.5	2.8 ± 0.4	0.51
Ameliyat süresi, dakika	86.9 ± 8.6	96.6 ± 13.0	0.25
Hastanede kalış süresi, gün	4.1 ± 2.8	5.1 ± 3.5	0.49
Kan transfüzyonu, ünite	2.85 ± 2.1	2.55 ± 2.2	0.55

si olarak Grup 1: 35.3 ± 1.58 , Grup 2: 36 ± 0.91 hafta olarak geldi ve gruplar arası anlamlı fark gözlenmedi. Ameliyat süresi Grup 1: 53.04 ± 14.35 dakika, Grup 2: 44.44 ± 14.74 dakika olarak bulundu ve gruplar arası fark anlamlı idi ($p=0.05$). Kullanılan sütür miktarı Grup 1: 8.85 ± 1.97 , Grup 2: 7.69 ± 1.53 olarak bulundu ve $p=0.042$ anlamlı idi. Diğer veriler Tablo 1 SB-29'da gösterilmiştir.

Sonuç: Çoğu genç yaşta olan plasenta previa totalis (özellikle invazyonlu) tanılı hastalar histerektomi yapılmaksızın ameliyat edilebilir mi? Histerektomi yapılmadan opere edilen bu hastalarda gruplar arasında ameliyat süresi, kullanılan sütür miktarı açısından anlamlı bir fark izlendi. Ayrıca anteriordan totalis olan hastalarda kan ihtiyacının da anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bu çalışmada görülmektedir. Ameliyat öncesi gerekli kan ihtiyacı hazırlığı yapıldıktan sonra ameliyatın planlanması gerekmektedir. Ayrıca bu hastaların plasenta lokalizasyonu sadece totalis olması açısından değil, anterior ya da posteriordan totalis olması açısından da önemlidir.

Anahtar sözcükler: Plasenta previa totalis, histerektomi, plasenta lokalizasyonu.