

bili kalp yetmezlikle ve sonunda fetal hidrops ile sonuçlanabilir. Ultrasonografideki gelişmeler, sakral bölgede oluşmaya başlayan karışık kitleler ya da kistik, solid formda var olduklarında ve perineum veya kalçadan çıkıntı yaptıklarında, sakrokoksigeal teratomun doğru şekilde erken tanısını mümkün kılmıştır. Ancak kistik sakrokoksigeal teratomalar, özellikle posterior kistik kitle şeklinde görüldüğünde, hatalı bir şekilde anterior sakral meningoşel olarak tanı alabilir.

Yöntem: Çalışmamızda, renkli Doppler ile birlikte iki boyutlu ultrasonografi sayesinde, gebeliğinin 18. haftasında tanısı konulmuş solid-kistik sakrokoksigeal teratoma olgusunu sunduk.

Olgu: Otuz dört yaşında gravida 2 para 1 hasta, rutin fetal muayene için gebeliğinin 18. haftasında kliniğimize başvurdu. Ultrasonik muayenede, predominant şekilde solid olan sakral bölgede hacimli bir kitle (89x59x67 mm) görüntülendi ve renkli Doppler'de internal akışı birkaç kistik bileşen mevcuttu. Başka hiçbir fetal anomaliye rastlanmadı. Hasta ve eşi, prognoz hakkında bilgilendirildi. Hasta fetal cerrahiye sevk edildi. Bu işlemten önce yeni bir ultrason muayenesinde fetal ölüm tespit edildi. Aile, gebeliğin sonlandırılmasını tercih etti. Postnatal makroskopik bulgular, prenatal tanıyı doğruladı.

Sonuç: Ultrasonografideki gelişmeler, sakrokoksigeal teratomaların doğru şekilde erken tanısını mümkün kılmıştır. Ultrason taramaları, tümör boyutunu, komşu yapılara olan genişlemesini, tümör vaskülaritesini ve kalp yetmezliği belirtisini takip etmede ve doğum zamanı ile şeklini belirlemede önemlidir.

Anahtar sözcükler: Fetal anomali, prenatal tanı, sakrokoksigeal.

PB-019

Dev koryoanjiyoma nedeniyle non-immün hidrops fetalis olgusu

Seçil Karaca Kurtulmuş¹, Emre Ekmekci¹, Serpil Aydoğmuş², Alkım Yıldırım², Sefa Keleşçi¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniği, İzmir; ²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Koryoanjiyoma, plasentaların yaklaşık %0.5 ila %1.0 kadarında görülür. Büyük (≥5 cm) veya çoklu koryoanjiyomaların 1/3500 ila 1/16.000 doğumda gerçekleştiği bildirilmektedir. Çoğu küçük boyutludur ve genellikle klinik öneme sahip değildir. Ancak büyük koryoanjiyomalar (>5 cm), sıklıkla polihidramniyoz, preterm gebelik, hidrops, fetal hemolitik anemi, fetal trombositopeni, kardiyomegali, intrauterin büyüme geriliği, plasental ayrılma ve preeklampsi ile ilişkilidir. Büyük koryoanjiyomalar, büyük olasılıkla arteriovenöz şant görevi görür-

ler ve komplikasyonlara neden olurlar. Yirmi dokuz yaşındaki G2P1 hasta, gebeliğinin 27. haftasında hidrops gelişmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın detaylı sonografik muayenesi yapıldı. Fetal biyometri, gestasyonel yaş ile uyumluydu. Sonografik muayenede, fetal abdomende aşırı sıvı birikimi, fetal toraks ve fetal subkütanöz doku, kardiyomegali, perikardiyal efüzyon ve hepatosplenomegali gözlemlendi. 93 mm x 100 mm boyutlarında sınırları belli olan ve plasentanın kalından farklı olan ekojenik kitlenin, plasenta yakınında fetal tarafta çıkıntı yaptığı belirlendi. Fetal kalbin ve diğer fetal organların anatomik sonogramı normaldi. Fetal aorta ve pulmoner arterde pik sistolik hız yüksekti ve hiperdinamik dolaşımı düşündürdü. Fetal MCA'da pik sistolik hız 72 cm/sn (2.04 MoM) idi ve fetal anemi düşündürdü. Dev koryoanjiyoma nedeniyle hidrops fetalis ve fetal anemi tanısı konuldu ve intrauterin fetal transfüzyon planlandı. Fetal transfüzyon kordosentez öncesinde fetal hematokrit %24 idi. 32 ml yayılan CMV negatif 0 Rh negatif eritrosit süspansiyonu transfer edildi. Transfüzyon sonrasında fetal hematokrit %33 olarak ölçüldü ve fetüs, kardiyotokogram ile görüntülendi. Transfüzyondan altı saat sonra tekrarlayan geç yavaşlamalar gerçekleşti ve gebelik C/S ile sonlandırıldı. 1100 gram kız bebek dünyaya getirildi. Birinci dakika Apgar skoru 5 ve beşinci dakika Apgar skoru 2'ydı. Agresif kardiyopulmoner resüsitasyona rağmen bebek doğumdan 1 saat sonra eks oldu. Bir pedikülle plasentanın fetal yüzeyine yapışık olan 90 mm x 100 mm boyutlarında lobuler bir kitle gözlemlendi. Koryoanjiyoma tanısı, patolojik muayeneyle konuldu. Tümörlerin çoğu asemptomatik ve küçük olduğundan, koryoanjiyoma genellikle gebe yönetimiyle tedavi edilir. Maternal veya fetal komplikasyonların müdahale gerektirdiği durumlarda çeşitli muhtemel tedaviler bulunmaktadır. Ancak bu vakaların çoğu kötü prognoza sahiptir. Muhtemel müdahaleler arasında seri fetal transfüzyonlar, tümörü besleyen damarların fetoskopik lazer koagülasyonu, saf alkolle kemokleroz ve endoskopik cerrahi devaskülarizasyon yer almaktadır. Büyük tümör NIHF'li fetal hemodinamik değişikliklere neden olduğunda, büyük plasental koryoanjiyomalar nadirdir ve prognozu kötüdür. Genel prognoz, bir şekilde hidrops fetalis varlığına ve/veya gelişmesine bağlıdır.

Anahtar sözcükler: Koryoanjiyoma, fetal hidrops.

PB-020

Alobar holoprozensefali: Olgu sunumu

Seçil Karaca Kurtulmuş¹, Emre Ekmekci¹, Serpil Aydoğmuş², Alkım Yıldırım², Sefa Keleşçi¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Kliniği, İzmir; ²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Alobar holoprozensefali (HPE), embriyonik dönemde her iki hemisfer ve ventriküllerin ayrılmamasına bağlı önbeyindeki

gelişimsel bir defekt sonucu oluşan nadir ve şiddetli bir konjenital beyin anomalisidir. Ayrışmamanın şiddetine bağlı olarak holoprozensefali alobar, semilobar ya da lobar şeklinde sınıflandırılabilir. Alobar holoprozensefali en şiddetli formu olup, monoventriküler bir kavite oluşumu, talamusların füzyonu ve korpus callozum, falx serebri, optik yolların, olfaktor yapıların gelişmemesi ile sonuçlanır. Etiyolojisi multifaktöryeldir, kromozomal anormallikler ya da monogenik defektler %40-50'lik oran ile major nedenlerdir. Gravid 1, parite 0 30 haftalık gebe hasta kliniğimize lateral ventrikülo-megali nedeniyle gebeliğinin 30. haftasında refere edildi. Hastanın öyküsünde her hangi bir risk faktörü mevcut değildi. Kombine tarama test sonucu normal idi. Ultrasonografisinde birleşik yapıda lateral ventriküller ve monoventriküler görünüm izlendi. Bilateral talamik füzyon izlendi. Vermian agenez saptandı. Inter orbital uzunluk 10,6mm olarak ölçüldü ve hipotelorizm saptandı. Üst dudakta orta hatta median yarık saptandı. Diğer sistemlerin değerlendirilmesi ve fetal kardiyak tarama normaldi. Kordosentez ile fetal karyotipleme yapıldı ve karyotip normal olarak sonuçlandı. Hasta konseyimizde tartışıldı ve hastaya gebeliğinin gidişatı hakkında bilgi verildi. Hastaya gebeliğin terminasyonu bir seçenek olarak sunuldu ve hasta terminasyon seçeneğini kabul etti. Fetosid yapıldıktan sonra gebelik vajinal yoldan temrine edildi. Postpartum median yarık dudak ve hipotelorizm konfirme edildi. Aile kabul etmediği için fetal otopsi yapılamadı. HPE'nin tanısı primer olarak monoventrikül yapısının, füzyone talamusların ve cavum septum pellucidumun izlenmemesi ile konulmaktadır. Çeşitli beyin anomalileri ve yüz anomalileri sıklıkla eşlik etmektedir. Bu olgumuzda biz monoventrikül yapısının varlığı, füzyone talamusların, vermian agenezi ve yarık dudak varlığı ile tanı alan bir alobar holoprozensefali olgusunu sunduk.

Anahtar sözcükler: Alobar holoprozensefali, yarık dudak, vermian agenezi.

PB-021

Prenatal tanı konulan fetal safra kesesi taşı: Olgu sunumu

Süreyya Demir¹, Bülent Demir¹, Faruk Demir², Salçuk Atalay¹, Gülser Bingöl¹, Barış Akcan², Emel Ataoglu³, Ahmet Çetin¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın; ³T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Fetal safra kesesi taşı oldukça nadir görülür. Görülme sıklığı ortalama 1/2000'dir Obstetrik ultrasonografinin klinik pratikte kullanımının artması ile birlikte fetal safra kesesi taşı tanısı alan olgu sayısında artış olmuştur. Amacımız prenatal safra kesesi taşı tanısı alan olguyu sunmaktır.

Olgu: 20 yaşında, yabancı uyruklu, prenatal takibi olmayan, suları gelen sancılı gebe olarak kliniğimize başvurdu. Yapılan obstetrik USG'de; Ortalama 38 hafta, 1. gebeliği olan hastanın plasentası anteriorda, amnion mayisi yeterli, prezentasyon baş geliş olarak tespit edildi. NST reaktif olarak değerlendirildi. AC transvers planda ölçümünde safra kesesi içinde hiperekejen bir adet taşla uyumlu görüntü izlendi. Hastaya spontan vajinal yolla 3230 g, 9/10 apgarlı bir kız bebek doğurtuldu. Postpartum 1. günde problemi olmayan anne ve bebek taburcu edildi. Anamnezinde etyolojik risk faktörleri saptanmayan olgu idiyo-patik fetal safra kesesi taşı olarak kabul edilip takibe alındı.

Sonuç: Fetal safra kesesi taşının etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber maternal ve fetal nedenler suçlanmaktadır. Maternal nedenler arasında ablasyo plenta, artmış östrojen seviyesi, narkotik kullanımı, diabetes mellitus, ilaç kullanımı (seftriakson, furosemid, prostoglanadin E2) yer almaktadır. Fetal nedenler ise Rh veya ABO uyumsuzluğu, konjenital anomaliler (kardiyovasküler, gastrointestinal, ürogenital), genetik anomaliler (Trizomi 21), gelişme geriliği, oligohidroamnios, hepatit, prenatal lökomooid reaksiyon ve idiyo-patik nedenler olarak sıralanabilir. Fetal safra kesesi taşları genellikle benign bir durum olup sıklıkla doğumdan sonraki ilk aylarda veya en geç bir yıl içinde büyük çoğunluğu kendiliğinden kaybolmaktadır.

Anahtar sözcükler: Prenatal tanı, fetal safra taşı.

PB-022

Prenatal tanı konulan Fryns sendromu

Bülent Demir¹, Süreyya Demir¹, Faruk Demir², Barış Akcan², Selçuk Atalay¹, Gülser Bingöl¹, Emel Ataoglu³, Ahmet Çetin¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın; ³T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Fryns sendromu çok nadir görülen, otozomal resesif geçişli multipl konjenital anomaliler ile karakterize bir sendromdur. Yaklaşık olarak görülme sıklığı 10.000 doğumda 0.7'dir. Amacımız prenatal Fryns sendromu tanısı konulan olguyu sunmaktır. 25 yaşında, yabancı uyruklu olan hasta sularının gelmesi ve sancılarının başlaması nedeniyle kliniğimize başvurdu. İlk gebeliği olan hastanın antenatal takibinin düzenli olarak yapılmadığı tespit edildi. Yapılan fetal ultrasonografik muayenede düşük kulak ve mikrognafi mevcuttu. Abdominal çevre transvers kesitte incelenirken normal düzenli yapıda olmayıp ön duvarda çöküklük izlendi. AC'nin diğer ölçümlere göre ortalama 4 hafta küçük olduğu tespit edildi. Abdominal organların toraks kavitesine doğru geçiş gösterdiği diyafragma hernisi izlendi. Ekstremitelerinde sağ ayakta pes ekinovarus deformitesi, sol ayak başparmakta ileri derecede fleksiyon deformitesi mevcut-