

Tablo 1 (SB-45): Fetal intrakranial kanama izlenen olgular.

	Yaş	Refere edilme endikasyonu	Başvuru haftası	Tanı	Karyotip	Nörolojik seke
Olgu 1	24	intrakranial kist	37	Grade 4 intraventriküler kanama, porensfali, lökomalazi	Bilinmiyor	Var
Olgu 2	31	Hidrocefali	27	Hidrocefali, grade 2-3 intraventriküler hemoraji	Bilinmiyor	Var
Olgu 3	23	Ventriküloomegali	29	Posthemorajik aquaduktal stenoz	Normal	Neonatal exitus
Olgu 4	23	Ventriküloomegali	35	Bilateral ventriküloomegali, germinal matriks kanaması, iskemi, porensfali, parankimde incelleme	Bilinmiyor	Takibi devam ediyor.
Olgu 5	23	Fetal asit	23	Unilateral ventriküloomegali, grade 4 kanama, şizensefali, toxoplazmozis	Bilinmiyor	Neonatal exitus
Olgu 6	34	Unilateral ventriküloomegali	24	Multipl fetal anomali, porensfali	Normal.	Var
Olgu 7	22	Intrakranial kist	21	Porensfali süreci sonrası gelişmiş şizensefali	Normal.	Var
Olgu 8	28	Oligohidramnios, fetal bradikardi	23	Perimembranöz VSD, intraventriküler hemoraji, şizensefali	Normal	Intrauterin exitus
Olgu 9	25	Ventriküloomegali	36	Grade 3 germinal matriks kanaması, hemorajik infark sahası, hidrocefali	Normal	Var
Olgu 10	24	Ventriküloomegali	26	Aquaduktal stenoz, hidrocefali, intraventriküler kanama	Normal	Var

sında görülür. En sık görülen tipi disgerminomdur. %10–15 oranında bilateral görülür. Belirteçleri HCG ve LDH'dır. Bu yazıda ektopik gebelik ön tanısı ile iki kez metotreksat tedavisi verilip, tedavi başarısızlığı nedeniyle laparoskopi yapılan ve over wedge biyopsi sonucu 'disgerminom' olarak raporlanan olgu sunuldu.

Olgu: 33 yaşında daha önce 2 vajinal doğumu olan hasta kliniğimize adet rötari sonrası vajinal kanama ve pelvik ağrı şikayeti ile başvurdu. Vital bulguları normal olan hastanın fizik muayenesinde batında minimal hassasiyeti mevcuttu, rebound ve defansı yoktu. Jinekolojik muayenesinde vajinal kanaması vardı. Yapılan transvajinal ultrasonografide sağ overde yaklaşık 3 cm'lik kistik yapı izlendi, uterus antevert, endometrial kalınlık 7 mm, sol over normal ve bilateral adneksial patoloji izlenmedi. Batında serbest sıvı yoktu. Hastanın yapılan beta-HCG tetkik sonucu 399 mIU/ml idi. Ayaktan takip edilen hastanın gün aşırı beta hcg tetkik sonuçları sırasıyla 387.396 ve 401 idi. Hastaya önce revizyon küretaj yapıldı, fakat revizyon sonrası beta HCG değerinde düşme olmadı ve patolojik incelemede koryonik villusler izlenmedi. Böylece hastaya 'ektopik gebelik' ön tanısı ile 50 mg/m² dozdan metotreksat yapıldı. Metotreksat yapılan gün, 4. gün ve 7. gün beta HCG değerleri sırasıyla 401.399 ve 415 idi. Değerlerinde düşme olmayan hastaya aynı dozdan 2. doz metotreksat verildi. Dördüncü gün beta HCG'si 335, 7. gün ise 361 olunca hastaya diagnostik laparoskopi yapılması planlandı. Diagnostik laparoskopide bilateral tubalar ve sol over normal. sağ overde 3 cm'lik güpheli alan mevcuttu ve bu alandan wedge biopsi yapıldı. Alınan materyalin patolojisi 'disgerminom' olarak raporlandı.

Sonuç: Ektopik gebelik nedeni ile takip edilen hastalarda metotreksat tedavisini yanıtılsızlık durumunda ve ultrasonografide ektopik gebeliğe ait odak olmadığı durumlarda disgerminom ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ektopik gebelik, disgerminom, pelvik ağrı.

SB-48

Yapısal fetal anomali olgularının perinatal temel karakteristiklerinin organ sistemlerine göre karşılaştırılması

Semir Köse

Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İzmir

Amaç: Yapısal fetal anomalilerde en uygun doğum şekli konusu tartışmalıdır. Birçok anomali türünde vaginal doğumun kontrendike olmadığı konusunda veriler olsa da primer sezaryen (PS) doğuma farklı endikasyonlarla ve sıklıkla başvurulduğu bilinmektedir. Fetal anomali grupları, terme ulaşma veya preterm doğum ihtiyacı gösterme açısından da ciddi farklılıklar arzeder ve bunun temel mekanizmasının amniyotik sıvı dinamiği ile etkileşim olduğu düşünülür. Bu çalışmada PS ihtiyacı gösteren yapısal anomalilerde olguların ana karakteristiklerinin organ sistemlerine göre karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın 1 Ocak 2007 ile 1 Ocak 2017 tarihleri arasında gerçekleştirmiş olduğu primer sezaryen (PS) doğumlara ait doğumhane kayıtlarından fetal anomali olgula-

rının bir kohortu analiz edilmiştir. Çoğul gebelikler, sayısal ve yapısal kromozomal anomali olguları ve olgu sayısı iki veya daha az olan anomali türleri dahil edilmemiştir.

Bulgular: Dokuz ana kategoride 90 fetal anomali olgusunun doğum kayıtları analiz edilmiştir (Tablo 1 SB-48). En büyük anomali grubu kardiyovasküler sistem (KVS) anomalilerinden (n=23; %25.6) oluşmakta idi. Sezaryen doğumda en ileri ortanca gebelik haftası açık nöral tüp defekti (NTD) olgularında (39 hafta 1 gün), en küçük ortanca gebelik haftası ise (32 hafta 1 gün) non-immün hidrops fetalis olgularında saptanmıştır. Ortanca yenidoğan ağırlığı en yüksek grup akciğer ve toraks anomalileri (2.700 g) iken en düşük grup ise gastrointestinal sistem anomalileri (1.995 g) idi. Ortanca gebe yaşı en düşük olan anomali grubu açık NTD olguları (22 yıl) iken en ileri maternal yaş GIS anomalilerinde (33 yıl) saptanmıştır. Term doğum oranı en düşük anomali grubu GIS anomalileri (%28.6) iken akciğer ve toraks anomalileri olgularında ise en yüksek (%88.9) idi (p=0.023). GIS anomalileri açık

NTD (p=0.004) ve akciğer-toraks anomalilerine (p=0.047) göre daha erken haftalarda doğum ihtiyacı göstermiştir. Karın ön duvarı defektleri (p=0.004) ve genitoüriner sistem anomalileri de (p=0.005) açık NTD olgularına göre daha erken haftalarda doğum ihtiyacı göstermiştir. Medyan yenidoğan ağırlıklıkları arasındaki farklılık ise sadece KVS ile açık NTD grupları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde idi (3.100 g'a karşılık 2.645 g; p=0.032).

Sonuç: Amniyotik sıvı dinamiğini, içeriğini ve miktarını en çok etkileyen GIS anomalileri erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan risklerinin en yüksek olduğu gruptur. KVS, açık NTD ve SSS olgularında ise preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan sıklığı diğer sistemlere göre daha düşüktür. Amniyotik sıvı dinamiğini etkileyen yapısal fetal anomalilerin takip planlamasında, erken doğum risklerindeki artış dikkate alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: Perinatal sonuçlar, primer sezaryen doğum, yapısal fetal anomaliler.

Tablo 1 (SB-48): Fetal anomali olgularının organ sistemlerine göre temel karakteristiklerinin karşılaştırılması.

Fetal anomali sistemi	Olgu sayısı (%)	Gebe yaşı median	P KW P Dunn	Doğumda gebelik haftası (min.-mak.)	P KW P Dunn	Yenidoğan ağırlığı median (min.-mak.)	P KW P Dunn	En sık endikasyonlar
Kardiyovasküler sistem anomalileri	23	25	0.013 (vs GIS 0.007)	38H+3G (30H+6G-40H+2G)	iad	2645 (1470-3480)	0.028 (vs açık NTD 0.032)	Güven vermeyen NST
Batın ön duvar defektleri	15	26	iad	37H+2G (31H+3G-39H+2G)	0.003 (vs açık NTD 0.004)	3015 (2150-3560)	iad	Travma profilaksisi
Açık NTD	13	22	0.013 (vs GIS 0.017)	39H+1G (37H+6G-40H+4G)	0.03 (vs SSS 0.04)	3100 (2740-3950)	iad	Travma profilaksisi
SSS anomalileri*	10	27	0.013 (vs GIS 0.026)	37H+6G (34H+5G-38H+3G)	iad	3170 (2100-4250)	iad	Baş pelvis uygunsuzluğu
GIS anomalileri	7	33	0.013 (vs açık NTD 0.017)	33H+0G (29H+2G-38H+5G)	0.003 (vs açık NTD 0.004)	1995 (1330-3500)	iad	Fetal distress
GUS anomalileri†	7	29	iad	35H+4G (26H+4G-38H+3G)	iad	2655 (1500-3260)	iad	Baş pelvis uygunsuzluğu
Akciğer&toraks anomalileri	7	32	0.013 (vs açık NTD 0.022)	39H+0G (36H+4G-40H+1G)	0.003 (vs SS 0.038) (vs GIS 0.047)	3250 (2320-3800)	iad	Malprezentasyon
Hidrops fetalis (kardiyak ve non-immun)§	5	25	iad	32H+1G (28H+1G-36H+4G)	iad	2700 (2000-3720)	iad	Fetal distress
İskelet sistemi displazileri§ (letal olmayan)	3	31	iad	32H+3G (28H+1G-36H+5G)	iad	3070 (2840-3300)	iad	-

*İzole hafif-ılımlı-orta düzey ventrikülo-megaliler dahil edilmemiştir.†İzole pelvikalektaziler dahil edilmemiştir.§Olgu sayısı 7 altında olan iki sestomposthoc karşılaştırmalara alınmamıştır. iad: istatistiksel olarak anlamlı değil (p>0.05); P KW: Kruskal-Wallis testi p değeri; P Dunn: Post-hoc analizde Dunn düzeltme ile olgulararası farklılıkların karşılaştırılmasına ait p değeri.