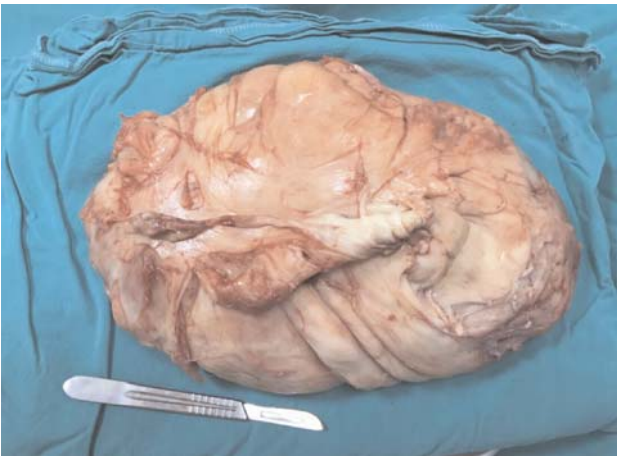




Şekil 1 (PB-19): Pelvisi dolduran ve umbilikusa kadar uzanan, homojen-hipodens pelvik kitlenin sonografik görünümü.

hafif LDH yüksekliği dışında bir patoloji saptanamadı. Sağ ovarian kitle düşünülerek laparotomiye karar verildi. Pfannenstiel insizyon ile batına girildi, yapılan ekplorasyonda pelvik tabanından kaynaklanan, pelvisi tamamen dolduran, uterus ve overleri batın içine ve yukarı iten retroperitoneal kitle izlendi. Sağ ön ve arka parametriumdan periton açılarak kitleye ulaşıldı. Sağ lateralde ön ve arkada vaginal forniks açıldı. Vaginal duvarın sağ kenarından, mesane arkasından pelvis tabanının en dip kısmına kadar uzanan kitle künt ve keskin diseksiyonlarla total olarak eksize edildi (Şekil 2 PB-18). Kitlenin frozen incelemesi benign olarak rapor edildi. Oluşan paravaginal boşluk en dipten yukarı doğru sirküler sütürlerle tamamen kapatıldı. Vaginal sağ yan duvarında oluşan vertikal laserasyon içerden yukarı doğru fornikslere kadar sütüre edil-



Şekil 2 (PB-19): Postoperatif pelvik kitlenin makroskopik görünümü.

dikten sonra vaginal forniksler anatomisine uygun olarak kapatıldı. Üreter kontrolünü takiben fasia ve periton kapatıldı. Kitlenin histopatolojik inceleme sonucu agresif anjiyomiksom olarak rapor edildi.

Sonuç: Agresif anjiyomiksom özellikle üreme çağındaki kadınlarda görülen nadir pelvik ve perineal yumuşak doku tümörüdür ve bazı ovarian kitleler ile karışabilir. Pelvik ve perineal veya retroperitoneal kitle varlığında agresif anjiyomiksom akla gelmeli ve cerrahi olarak total eksizyonu yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Pelvik, agresif, anjiyomiksom.

PB-20

Plasenta perkreta olgularında spontan abdominal kanama ve yaklaşımı

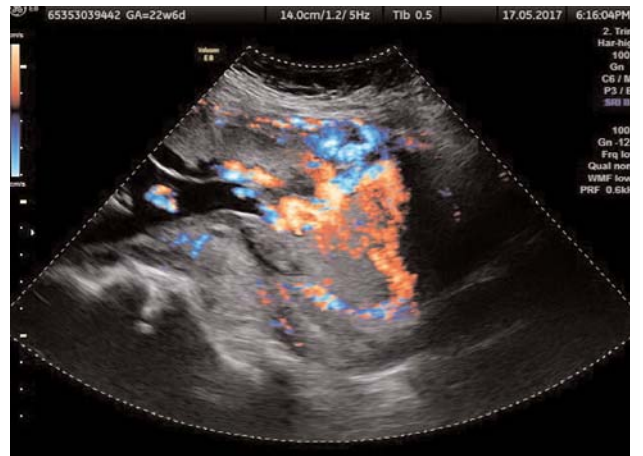
Ahmet Yalınkaya, Elif Ağaçayak, Evindar Elçi, Hıdır Budak, Muzaffer Bulut

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

Amaç: Spontan abdominal kanama ve akut batına yol açan plasenta perkreta olgularında tanı ve tedavi yaklaşımını belirlemektir.

Yöntem: Haziran 2013–Haziran 2018 tarihleri arasında kliniğimizde tespit edilen, spontan abdominal kanama ve akut batına yol açan plasenta perkreta olguları çalışmaya alındı. Çalışma verileri, anormal plasental implantasyonu nedeniyle sezaryen uygulanan hastaların bilgileri özel olarak kayıt edilen ve arşivlenen olgulardan ve hastane kayıtlarından elde edildi. Olguların demografik özellikleri, cerrahi yaklaşımı, klinik ve laboratuvar sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Haziran 2013–Haziran 2018 tarihleri arasında merkezimizde plasenta perkretanın neden olduğu spontan abdomi-



Şekil 1 (PB-20): Kitlenin USG görüntüsü.



Şekil 2 (PB-20): 16 haftalık plasenta perkreta olgusunda spontan rüptürüne bağlı intraabdominal kanama.

nal hemoraji ve akut batın nedeniyle acil operasyona alınan 7 olgu tespit edildi (Şekil 1 ve 2 PB-20). Olguların sırasıyla ortalama yaşı 32.42 ± 5.31 , gravidası 4.71 ± 1.79 (2–6), sezaryen sayısı 3.28 ± 0.95 (3–6), gebelik haftası 24.00 ± 5.16 ve fetal ağırlıkları 736±566 g olarak bulundu (Tablo 1 PB-20). Preoperatif ve postoperatif Hemogloblin (g) ve Hematokrit (%) değerleri sırasıyla 8.31 ± 1.45 (6.10–11.00), 9.24 ± 2.08 (6.00–11.80), 24.13 ± 4.11

Tablo 1 (PB-20): Spontan abdominal kanamaya neden olan plasenta perkreta olgularının demografik özellikleri.

Olguların (n=6) özellikleri	Sonuçları
Ortalama yaşı	32.42 (22–39) yıl
Ortalama gravidita	4.71 (2–7)
Ortalama parite	2.57 (1–5)
Ortalama canlı çocuk sayısı	2.42 (1–5)
Ortalama sezaren sayısı	3.28 (2–5)
Ortalama gebelik yaşı (hafta)	24 (16–33)
Ortalama fetal ağırlık (gram)	736 (180–1760)
Fetal kayıp sayısı (%)	5 (%83.33)

Tablo 2 (PB-20): Spontan abdominal kanamaya neden olan plasenta perkreta olgularının klinik ve laboratuvar özellikleri.

Olgu sayısı (n=6)	Özellikleri
Preop. Hb	8.31 (6.1–8.7) g
Postop Hb	9.24 (6.0–11.8) g
Preop Hct	24.13 (22.0–25.19)
Postop Hct	27.65 (17.56–33.07)
Kan transfüzyonu (eritrosit süpsansiyonu)	Toplam: 35 ünite:
Preoperatif	1 hastaya 2 U
Intraoperatif	3.42 (2–5 U) altı hastalara toplam 24 U
Postoperatif	1.57 (0–3 U) beş hastaya toplam 11 U
Komplikasyon	Bir hastada vesiko-uterin fistül
Hastanede kalış süresi (gün)	6.42 (3–21)
Operasyon tipi	Sezaryen, uterin onarım, hemostaz

(22.00–25.19) ve 27.65 ± 6.03 (17.56–33.07) bulundu. Bir hastaya preop 2, tüm hastalara ortalama intraoperatif 3.42 ± 1.27 (2–5), postoperatif 1.57 ± 0.97 (0–3) ve toplam 37 ünite eritrosit süpsansiyonu (ES) verildi (Tablo 2 PB-20). Tüm olgulara genel anestezi altında konservatif cerrahi uygulandı. İki olguya mid-line (Genel Cerrahi tarafından), beş olguya da Pfannestiel insizyonu uygulandı. Bir hastada abdominal kanama ile birlikte mesane perforasyonu ve uterin atoni tespit edildi. Bu olguya kompresyon sütürleri ve tüp ligasyonu uygulandı, üç ay sonra vesiko-uterin fistül gelişmesi nedeniyle relaparotomi ile onarıldı. Tekrar gebe kalan diğer bir hasta ise doğuma kadar sorunsuz izlendi.

Sonuç: Akut batın nedeniyle başvuran gebe kadınlarda plasenta perkreta ve buna bağlı spontan abdominal kanama düşünülmelidir. Maternal morbidite ve mortalite riski yüksek bu olgularda en kısa sürede cerrahi müdahale ve gerekli kan replasmanı yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Plasenta, perkreta, spontan, abdominal, kanama.

PB-21

İkinci trimester fetal anomali taramasında saptanan vasa previa olgusu

Rauf Melekoğlu¹, Ercan Yılmaz¹, Ebru Çelik²

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya; ²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Vasa previa, kötü fetal sonuçlara yol açabilen önemli bir obstetrik problemdir. Bazı araştırmacılar bu vakalarda neonatal sağkalım oranının %50'den az olduğunu bildirir de, tanı antepartum dönemde yapılır ise fetal sağkalım oranı %97–99'lara çıkmaktadır. Vasa previa tanısı, internal servikal os'a yakın veya os'un üzerinde membranlar boyunca bir fetal damarın izlenmesi ile konur. Tanı için internal os ile damar arasındaki mesafe 2 cm'den az olmalıdır. Doğru tanı en iyi transvajinal ultrasonografi ve renkli Doppler kullanılarak gerçekleştirilir. Vasa previa için risk faktörleri ikinci trimesterde plasenta previa varlığı, low line plasenta, marjinal veya velamentöz umbilikal kord insersiyonu, aksesuar plasental lob, ileri anne yaşı ve yardımcı üreme teknikleri ile gebelik olarak sayılabilir. Biz de kliniğimizde ikinci trimester fetal ultrasonografik taramada transvajinal ultrasonografi ve renkli Doppler ultrasonografi yardımı ile tanı koyduğumuz vasa previa vakasını sunmayı amaçladık.

Yöntem: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Prenatal Tanı ve Tedavi Ünitesine gebeliğin ikinci trimesterinde anomali taraması nedeni ile refere edilen ve vasa previa saptanan olgunun poliklinik ve ultrasonografi kayıtları retrospektif olarak tarandı. Fetal ul-