

**FCP147****MECKEL-GRUBER SENDROMU (Bir Otopsi Olgusu)**

**\*Kılınc N., \*\*Yalınkaya A., \*\*Demir B., \*\*Yayla M., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi \*Patoloji A.D., \*\*Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Diyarbakır - Türkiye**

Meckel tarafından 1822 yılında tanımlanmış, otozomal resesif geçişli nadir görülen kalıtsal bir hastalıktır. Meckel-Gruber sendromunu, oksipital meningoensefalosel, bilateral büyük multistik böbrekler ve polidaktili klasik triadı oluşturur. Ayrıca santral sinir sistemi anomalileri, ürogenital anomaliler, karaciğer ve pankreasta fibrotik değişiklikler, okuler anomaliler, yarı damak ve dudak, hidrosefali ve konjenital kalp defektleri sıklıkla eşlik eden diğer anomalilerdir.

Olgumuz, anomalili bebek öyküsü mevcut olan 18 haftalık kız fetus olup otopsi incelemesinde oksipital ensefalosel, polidaktili, bilateral polistik böbrek, karaciğerde fibrosiz, bilier digenezis saptandı. Olgunun otopsi incelenmesi sonucunda olguya Meckel-Gruber sendromu tanısı konuldu. Nadir görülen bir sendrom olması nedeniyle sunuldu.

**FCP148****PREEKLAMPTİK GEBELERDE PLASENTA VE GÖBEK KORDONU PATOLOJİSİ**

**Bulgan E., Şimşek M., Özercan İ., Tarım E., Bağış T., Başkent Üni. Tıp. Fak., Adana – Türkiye**

**Amaç:** Preeklampitik gebelerde plasental patolojinin preeklampsi şiddetiyle ilişkisini araştırmak ve göbek kordonunun değişik bölümlerinden kesitler alarak, maternal uçtan fetal uca kadar patoloji varlığını ve şiddetini incelemek.

**Materyal ve Metod:** Çalışma 30'u kontrol, 30'u hafif preeklampsi ve 30'i ağır preeklampsi olmak üzere 90 gebe ile yapıldı. Tüm gebelerde plasentanın özellikle makroskobik olarak patolojiye sahip bölümlerinden ve göbek kordonunun çeşitli bölümlerinden kesitler alınarak histopatolojik olarak değerlendirildi

**Bulgular:** Her iki preeklampitik grupta plasental ağırlığın kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu gözlemlendi ( $p < 0.001$ ).

Plasental infarkt, villus fibrozis, sinsityal düğümde artma, damar duvarında kalınlaşma, lümeninde obliterasyon ( $p < 0.001$ ), villus fibrinoid nekroz, perivillöz fibrozis, villusta damarlanma artışı her iki preeklampitik grupta kontrol grubuna göre daha fazla bulundu ( $p < 0.01$ ).

Göbek kordonundan alınan örneklerde; plasental uçta; endotel düzensizliği, endotelde dökülme, bazal membranda kalınlaşma preeklampitik gruplarda anlamlı olarak fazla bulundu ( $p < 0.001$ ). Orta bölümde; endotel düzensizliği ( $p < 0.05$ ), endotelde dökülme, bazal membranda kalınlaşma ( $p < 0.001$ ) preeklampitik gruplarda anlamlı olarak fazla bulundu. Fetal uçta; endotel düzensizliği ( $p < 0.001$ ) preeklampitik gruplarda anlamlı olarak fazla bulunurken endotelde dökülme, bazal membranda kalınlaşma gibi daha ağır bulgularda anlamlı fark yoktu ( $p > 0.05$ ).

**Sonuç:** Ağır preeklampitik grupta plasental patoloji daha yaygın bulundu. Göbek kordonunda ise anneden fetusa doğru gittikçe endoteldeki histopatolojik lezyonların şiddetinin azalması dikkat çekiciydi. Preeklampside anne ve plasentayı etkileyen sitotoksik maddeler umbilikal ven yoluyla fetusa ulaşabilir. Bu preeklampside fetusu etkileyen faktörlerin endojen faktörlerin anlaşılmasında yardımcı olabilir.

**FCP149****FETUS AMORPHUS: OLGU SUNUMU**

**Bulgan E., Tarım E., Bağış T., Kayaselçuk F., Erkanlı S., Aslan E., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana – Türkiye**

Fetus amorphus veya fetus acardius monozygotik ikiz gebeliklerde görülen, nadir bir konjenital malformasyondur. Fetus acardius patogenezinde en çok kabul gören teori ikizler arasında arteriyel veya venöz anastomozun varlığıdır. Fetus acardius gros olarak anormaldir ve prenatal USG incelemesinde tanılabi-

lir. Biz antenatal takibimizde olmayan, bize ilk kez 35. gebelik haftasında baş vuran hastanın obstetrik USG'de ölçümleri 35 hafta ile uyumlu kız fetus ile birlikte kese içerisinde ayrı bir fetusa ait olabileceğini düşündüğümüz 37x38 mm'lik ayrı kistik bir oluşum izledik. 39. gebelik haftasında eski sezeryan öyküsü nedeniyle sezeryan planlandı. 3210 gr canlı ve sağlıklı kız bebek doğurtuldu. Fetusa ait umbilikal kordun plasentaya periferden insersiyon yaptığı dikkati çekti. Plasentaya ayrı bir umbilikal kordla bağlı olan 8x7x6 cm büyüklüğünde kistik oluşum izlendi. Histopatolojik incelemede keratinize skuamöz epitel, immatür kemik, tiroid, fibroadipo dokular, sinir kesitleri, deri ekleri izlenen kistik oluşum fetus acardius olarak tanımlandı.

#### FCP150

### MESANE BOYNU MOBİLİTESİNE VE ÜRİNER İNKONTİNANS GELİŞİMİNE ETKİLERİ YÖNÜNDEN VAJİNAL DOĞUM VE SEZARYEN DOĞUMUN KARŞILAŞTIRILMASI

**Baloğlu A., Malay U., Uysal D., İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Kadın Doğum Servisi, İzmir - Türkiye**

Materyal – Metod : İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne bağlı Gebe Polikliniği'ne başvuran 63 nullipar gebe çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan tüm hastalar, bir kez gebelik döneminde ve bir kez doğumdan yaklaşık 9 hafta sonra anamnez, klinik muayene ve perineal ultrasonografi ile değerlendirildi.

Bulgular : İlk muayenede toplam 22 hastada (%35) stres üriner inkontinans yakınması devam eden hastaların 9'u spontan vajinal yolla, 1'i ise sezaryen ile doğum yapan kadınlardı.

Spontan doğum sonrasında hastaların 9'unda (%19) stres üriner inkontinans yakınması saptandı. Bu hastalarda mesane boynu mobilitesi vajinal doğum sonrasında anlamlı derecede artmış bulunurken sezaryen grubunda anlamlı değişiklik saptanmadı. Hastaların büyük çoğunluğunda (%60) semptomlar gebeliğin ikinci trimesteri içinde başladı.

Sonuç : Elde ettiğimiz sonuçlar, her ne kadar vajinal doğum sonrasında daha yüksek stres inkontinans semptomları saptanmış olsa da semptomların başlangıç dönemi göz önüne alındığında, doğum travması dışındaki faktörlerin (zayıf fibril bağları, azalmış kollajen miktarı ya da Tip I-III oranı, vb.) inkontinansa zemin hazırlayan asıl faktörler olduğuna dikkat çekmektedir.

#### FCP151

### PATAU SENDROMU (TRİSOMİ 13): 2 OTOPSİ OLGUSUNUN İNCELENMESİ

**\*Kılınç N., \*\*Oral D., \*\*\*Yalınkaya A., \*\*\*Demir B., \*\*\*Yayla M., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi \*Patoloji A.D., \*\*Tıbbi Biyoloji A.D., \*\*\*Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Diyarbakır - Türkiye**

Canlı doğumlarda 1/5000 oranında görülen Trisomi 13 nedeniyle otopsi yapılarak incelenen 2 olgu sunuldu. Bu sendromun sitogenetiğini ilk kez Patau ve arkadaşları, klinik fenotipini ise Smith tanımlamıştır. Vakaların çoğunda morfolojik kromozom anomalilerinden nondisjunction bulunur. Nadir görülen bu sendromun translokasyon ve mozaisizm gösteren tipleri de vardır. İleri maternal yaş riski arttırmaktadır. 13. kromozom, 21. kromozomdan büyük olduğu için anomaliler çok sayıda ve ağır seyreder. Mikrosefali, yarı damak ve yarı dudak, hipotelorizm, kardiovasküler, genitoüriner, oküler, santral sinir sistemi malformasyonları gibi çok sayıda anomali görülebilir.

Olgu 1: 40 yaşındaki annenin 24 haftalık kız fetusunda yapılan otopsi incelemesinde yarı damak ve yarı dudak, hipotelorizm, holopronsefali ve multikistik böbrek saptandı.

Olgu 2: 28 yaşındaki annenin, 28. gebelik haftasında doğurduğu kız fetusun otopsi incelenmesinde; ensefalosel, yarı dudak, basık burun, flekse parmaklar, polidaktili ve klinodaktili saptandı.