

PB-30**Gebelik takibi sırasında spontan regrese olan fetal adrenal hemoraji: Olgu sunumu**Koray Özbay¹, Altuğ Semiz¹, Resul Arısoy²¹Memorial Şişli Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ²Memorial Şişli Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji Kliniği, İstanbul**Amaç:** Prenatal dönemde saptanan ve takiplerde spontan regrese olan adrenal hemoraji olgusunun sunumu.**Olgu:** Gebeliğin 28. haftasında kliniğimizde takipli gebe sağ suprarenal lojda kitle nedeni perinatoloji kliniğine refere edildi. Fetal anatomi değerlendirilmesinde fetal biyometri gebelik haftası ile uyumlu, sağ supra renal alanda septasyonlu, solid alanlar içeren heterojen görünümlü 19x27 mm boyutlarında kitle saptandı (Şekil 1 PB-30). Yapılan Doppler USG de kitlenin etrafında vaskülarite saptandı (Şekil 2 PB-30). Bu bulgular**Şekil 1 (PB-30):** Kitlenin 2D görüntüsü.**Şekil 2 (PB-30):** Kitlenin Doppler USG görüntüsü.

ile ayırıcı tanıda Adrenal hemoraji düşünüldü. Yapılan diğer sistem incelemelerinde ek anomali saptanmadı. Takiplerinde kitlenin gebeliğin 36. haftasında tamamen rezorbe olduğu tespit edildi. Gebeliğin 39. haftasında 3700 gram ağırlığındaki fetus spontan vajinal doğumla sağlıklı olarak doğurtuldu. Abdominal USG de yenidoğanda patoloji saptanmadı.

Sonuç: Prenatal dönemde suprarenal kitle varlığında ayırıcı tanıda adrenal hemoraji düşünülmeli ve bu olguların takiplerinde spontan regresyon olabileceği aile ile paylaşılmalıdır.**Anahtar sözcükler:** Adrenal hemoraji, prenatal tanı, spontan regresyon.**PB-31****Gebelikte geçirilen akut toksoplazmozis olgusunun prenatal ve postnatal takibi**

Melda Kuyucu, Bahar Konuralp Atakul, Duygu Adıyaman

TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Konjenital toksoplazma enfeksiyonu, primer maternal enfeksiyonun plasenta yoluyla fetüse geçişiyle oluşur. Maternal enfeksiyonun meydana geldiği gebelik haftasına bağlı olarak fetüse geçiş değişkenlik gösterir. Gebelik haftası ilerledikçe fetüste enfeksiyon riski artar ancak enfeksiyonun ciddiyeti azalır.**Bulgular:** 23 yaşında G2P1Y1 olan olgu kombine test risk artışı nedeniyle polikliniğimize yönlendirildi. İlk trimester toksoplazma Ig M ve G negatif saptanan hastaya karyotipleme yapıldı. 18. haftada fetal anomali taraması normal olan hasta 19. haftada dış merkez toksoplazma IG M/G pozitifliği saptanması üzerine ikinci kez polikliniğimize başvurdu. Avidite istenerek spiramisin tedavisi başlandı. Avidite sonucu düşük olan hastaya amnion sıvısından toksoplazma PCR çalışılması önerildi ancak hasta kabul etmedi. Karyotip analizi normal olan hasta 24. haftada perikardial efüzyon, asit ve ince barsakta ekojenite artışı saptanması üzerine enfeksiyon hastalıklarına konsulte edildi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından enfeksiyonun primer olarak gebelikte geçirildiği düşünülerak hastaya primetamin-sülfodiazin-folinik asit önerildi ve başlandı. Fetal MR'da unilateral posterior lateral ventrikül artışı, ventriküler sistem yüzeyinde irregüler düzensizlik, ventriküler sistem yüzeyinden başlayıp parietal kortekse kadar uzanan porensfalik-şizensefalik kleft, şizensefali sahasında ve aynı hemisferde frontal kortekste karşı hemisferde parietal kortekste parankimal sinyal artışı gösteren sahalarda ve aynı bölgelere uyan lokalizasyonlarda kortekste polimikrogrik patern mevcuttu. Hasta 39. gebelik haftasına kadar ultrason ile takip edildi ve 39. haftada sezaryan ile canlı bebek doğurtuldu. Yenidoğanda toksoplazma IgM pozitif saptandı. Postpartum 1.

ay MR kontrolünde serebral hemisferde porensfali sahası, porensfali sahasında kalsifikasyon-mineralizasyona bağlı lezyonlar ve aynı saha yüzeyinde kortekste kuşku polimikrogyria sahası, lateral ventrikül trigonu asimetrik genişleme gözlemlendi. Yenidoğan pediatrik nöroloji tarafından takibe alındı.

Sonuç: Gebelikten önce ve ilk muayenede serolojik olarak toksoplazma testleri yapılmalıdır. Seronegatif gebelerde her trimesterde testler tekrarlanmalıdır. Maternal olası enfeksiyonun tesbiti halinde PCR ile fetal Toxo IgM'nin negatif olduğu belirleninceye kadar primetamin+folik asit+sülfadiazin tedavisi dönüşümlü olarak uygulanmalıdır. Amnion mayı örneklemesi kabul etmeyen gebelerde olası yan etkiler anlatılarak üçlü antibiyoterapi başlanması, gebeliğin ultrasonografik takibi akılcı bir yaklaşım olarak görünmektedir.

Anahtar sözcükler: Konjenital toksoplazma, toksoplazma PCR, spiramisin.

PB-32

Galen ven anevrizmasının prenatal tanısı:

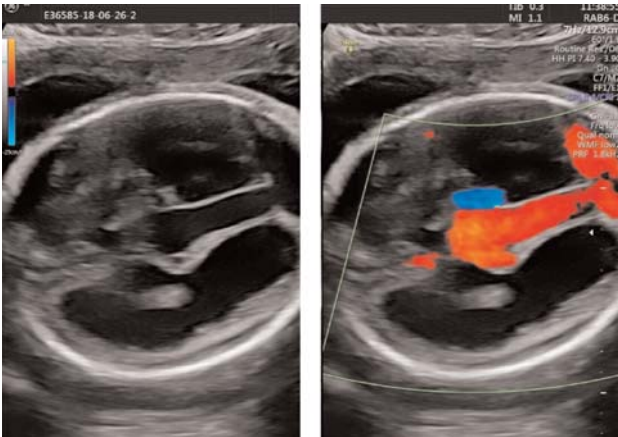
Olgu sunumu

Resul Arısoy¹, Altuğ Semiz², Koray Özbay²

¹Memorial Ataşehir Hastanesi, İstanbul; ²Memorial Şişli Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu olgu sunumunda ikinci trimesterde tanı alan Galen ven anevrizmasının prenatal tanısı ve yönetimi tartışılmıştır.

Olgu: 31 yaşında gravida 1, parite 0 olan gebe 24 gebelik haftasında hidrosefali ön tanısı ile nedeniyle kliniğimize refere edilmiştir. Gebenin ultrason muayenesinde bipariyetal çap 63 mm, femur uzunluğu 45 mm ve abdomen çevresi 207 mm ölçüldü. Fetüsün anatomik yapılarının değerlendirilmesinde fe-



Şekil 1 (PB-32): Fetal kraniumun aksiyal kesitte 2D ve Doppler görüntüsü.

tal kraniumda lateral ventriküller 18/25 mm ve ventrikül duvarları düzensiz, heterojen izlendi. Sisterna magna 12.2 mm saptandı. Kranium orta hatta 15 mm kistik lezyon izlendi ve Doppler USG de vasküler bir yapı olduğu izlendi (Şekil 1 PB-32). Galen ven anevrizması tanısı verildi. Ayrıca belirgin dilate juguler venler izlendi (Şekil 2 PB-32) ve kardiyomegali (kardiyotorasik indeks 128/190 mm) saptandı. Aile fetüsün muayene bulguları, eşlik edebilecek problemler ve prognoz hakkında bilgilendirildi. Galen ven anevrizması, ağır hidrosefali ve kalp yetmezliği tanıları ile gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunuldu. Gebelik aile onamı ve kurul kararı alınarak termine edildi. Karyotip analizinde sayısal ve yapısal anomali saptanmadı.

Sonuç: Galen ven anevrizması saptanan olgularda eşlik edebilecek diğer anomaliler taranmalı ve ayrıca kalp yetmezliği açısından değerlendirilmelidir. Hidrosefali ve kalp yetmezliği varlığında prognoz kötü olup; bu olgularda gebeliğin terminasyonu seçenek olarak sunulabilir.

Anahtar sözcükler: Galen ven anevrizması, hidrosefali, dilate juguler ven, kardiyomegali.

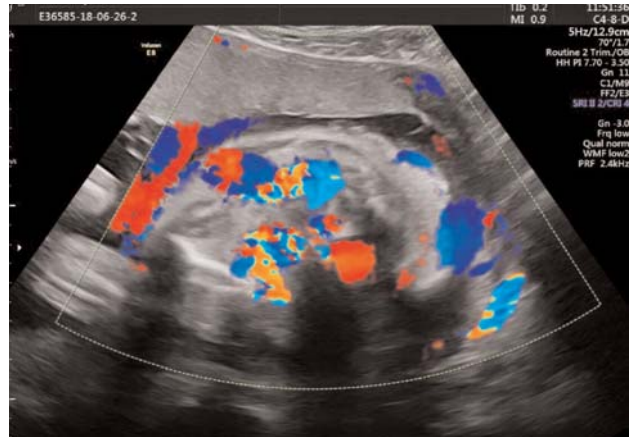
PB-34

Down sendromu için yanlış negatif noninvaziv prenatal test: Olgu sunumu

Resul Arısoy¹, Koray Özbay², Altuğ Semiz², Tolga Ergin¹

¹Memorial Ataşehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul; ²Memorial Şişli Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Amaç: Birinci trimesterde noninvaziv prenatal test (NIPT) yapılmış ve “hayır” (düşük risk) olarak raporlanmış gebelikte saptanan Down sendromlu olgunun sunulması amaçlanmıştır.



Şekil 2 (PB-32): Fetal boyunun koronal kesitinde dilate juguler venlerin görüntüsü.