

AMNİOSENTEZ NE KADAR GÜVENLİDİR?

Prof. Dr. Turgay Şener

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

kturgay.sener@isnet.net.tr

Amniosentez amniotik kaviteden amniotik sıvının bir iğne yardımı ile alınmasıdır. Genetik amaçlı olarak ilk kez 1950 lerde yapılmıştır. Günümüzde ultrasonografi rehberliğinde yapılması standart tekniktir. İğne maternal karın duvarından myometriuma, buradan da korio-amniotik membranlar geçilerek amniotik kaviteye iletilir. İşlemden genellikle 22 numara iğne tercih edilir. Standart amniosentez 15-18. haftalarda yapılmalıdır. Erken amniosentez 10-14. haftalarda yapılabilir, ancak yüksek komplikasyon hızı nedeniyle günümüzde hemen hemen terk edilmiştir.

Amniosentez için en sık genetik endikasyonlar kromozomal hastalıklar, tek gen hastalıkları, metabolik hastalıklar, multifaktöryel hastalıklardır. Non-genetik endikasyonlar izoimmünizasyon, fetal akciğer matürasyon tayini, polhidramnios drenajı, intraamniotik enfeksiyon tanısı ve fetal tedaviyi içerir.

İşlemden önce detaylı ultrasonografik muayene yapılmalıdır. Yeterli amniotik sıvının olduğu ve fetal kısımların olmadığı bir bölge seçildikten sonra batin duvarı antiseptik bir solüsyonla silinir. Sedasyon veya lokal anestezi genellikle gerekli değildir. İlk girişte alınan 1 ml civarındaki amniotik sıvı maternal hücre kontaminasyonunu önlemek için atılır, ardından 20 ml amniotik sıvı enjektöre çekilir, steril bir şekilde muhafaza edilir. Anne kanı Rh negatif ise anneye Anti-D IgG verilmelidir.

Girişime bağlı maternal riskler; visseral perforasyon, intraabdominal enfeksiyon, intraabdominal kanama, Rh alloimmünizasyonu, amniotik sıvı embolisi, epigastrik damar laserasyonu. Fetal riskler fetal yaralanmaları, fetal kaybı, amniotik sıvı kaçağını, respiratuar distress sendromunu ve ortopedik konjenital anomalileri içerir. Toplam fetal kayıp hızı % 1-1.5 civarındadır. Fetal kayıpların büyük çoğunluğu girişimden hemen sonraki günler içinde olur. Erken haftalardaki girişimde fetal kayıp hızı daha fazladır.

Amniosentez, ölüdoğum ve neonatal ölüm hızlarını önemli ölçüde değiştirmez. Önceden abortus öyküsü olanlarda amniosentez sonrası abortus riski artmaktadır. İşlem sonrası kanama ve amniotik sıvı kaçağı olanlarda abortus riski yüksektir. Amniosentez yapılan kadınların % 1-2 kadarında amniotik sıvı kaçağı olmaktadır. Bu hız, normal gebeliklere göre 4 misli daha yüksektir. Amniotik sıvı kaçağı olması ölüdoğum riskini % 20-40 arttırmaktadır. Sıvı kaçağı 48 saat içinde durmadığı takdirde fetal kayıp olasılığı artar. Bu durumda, ekspektan tedavi önerilmekle birlikte hastalar preterm doğum ve fetal iskelet deformiteleri hakkında uyarılmalıdırlar.

Girişimde elde edilen amniotik sıvının renginin abortus oranlarını artırıp arttırmadığı konusu tartışmalıdır. Amniosentezin kanlı mayi ile sonuçlanması abortus olasılığını 5 kat arttırmaktadır. Diğer taraftan, bir başka çalışmada kanlı amniosentezin fetal kayıp hızını arttırmadığı gösterilmiştir. Bir başka dikkat edilmesi gerekli nokta 18 numaradan büyük iğne kullanılmamasıdır.

Özetle, amniosentez 15. haftadan sonra yapılırsa, 20 numaradan büyük iğne kullanılmazsa, girişim boyunca iğne ucu monitörde izlenirse, plasentadan geçildiğinde damarlar perfore edilmezse, ve ilk girişimde amniotik sıvı alınabilirse risk en alt düzeyde tutulabilir.