

Doğumsal kalp hastalıklarında uzun süreli öngörüm

Orta ve uzun vadede genel popülasyonda mortaliteye baktığımızda 7 yıllık süreci içeren epidemiyolojik bir çalışmada ABD’de toplam popülasyona oranla mortalitenin % 0.21 DKH nedeniyle olduğu gösterilmiştir. Çocuklarda bir ile 17 yaş arası toplam mortalitenin % 12.4’de DKH sorumlu bulunmuştur. 1-4 yaşları arasında DKH’na bağlı mortalite %21 iken (yıllık % 2.8) 4-17’li yaşlarda %36.1’i (yıllık %4.8). Erişkin yaşa gelindiğinde 18 -34 yaş arasında % 21, 35 - 49 yaş arasında % 24.6, 50 - 64 yaş arasında ise mortalite %27.7 oranında görülmektedir.

DKH’larına öngörümü etkileyen temel faktör hastalıkların tanısıdır. Tanı cerrahi tedavi şansını belirler. Cerrahi ve girişimsel tedavi seçenekleri geleceği belirleyen önemli faktördür. Kalp hastalığına çift mi ? tek mi ? yoksa 1.5 ventriküllü tamir seçeneği sunulduğu mortalite, morbidite ve geleceği öngösterir. Hastaların bir kısmı özellikle bir ve birbuçuk ventriküllü tamiri yapılan konduit desteğinde çift ventriküllü tamiri yapılan DKH’ları ömür boyu kardiyolojik olarak özürlü riskli yaşamsal tehlikeli hastaları oluşturular. Bu hastalar ömür boyu ritim bozuklukları, hipertansiyon, ani ölüm için riskli hastalardır. Bir kısmı ise azalmış efor kapasitesi ile kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığı ile içiçedirler.

Cerrahi merkezlerin sonuçlara baktığımızda Tennant ve arkadaşları 16 yaşından önce 1985-2003 yılları arasında DKH tanısı alan olguların 20 yaşına kadar olan takiplerinde sağkalımı %90 olarak bulmuşlardır. Bu gurupta ekstrakardiyak ve genetik patolojiler çalışma dışı bırakılmıştır. 1953-1989 yılları arasında Finlandiya’da herhangi bir kısıtlama yapılmadan izlenen tüm DKH nedeni ile cerrahi tedavi görmüş hastaların 45 yaşına kadarki sağkalımını %78 olarak bulmuştur.

DKH’ların tanılarına göre öngörömlere baktığımızda geniş bir yelpazeye yayılan sonuçlar ortaya çıkar. ASD nedeniyle opere olan hastalarda 30 yıllık sağkalım oranı %99 olarak başka bir çalışma ise operasyon sonrası 45 yıllık sağkalımı %95 olarak bildirilmiştir.

Hipoplastik sol kalp sendromu gibi daha kompleks bir örnekte ise Norwood operasyonlarında mortalite birinci basamakta sağkalım %87’lerde iken 5 yıllık sağkalım ikinci ve üçüncü basamaktan sonra yaklaşık %70-80 civarında da bildirilmiştir. Hipoplastik sol kalp sendromlu bebeklerde günümüzde girişimsel ve cerrahi ekiplerin kombine çalıştığı “Hibrid yöntem”lere hastalığın birinci basamağındaki mortalite oranı azalmıştır.

Sonuç olarak DKHlarını prenatal tanısı bebeklerde sağkalımı iyileştirmiştir. Gelecekte multidisipliner yaklaşımla ve santralize bir organizasyonla bu sonuçların daha da iyi olacağı söylemek zor bir tahmin olmayacaktır.

KÖ-14**Biyokimyasal tarama testlerinden ikincil yararlanım mümkün mü?**

İbrahim Bildirici

1.Trimesterde sebebi açıklanamayan düşük PAPP-A (<0.4 MoM) ve/veya düşük hCG (<0.5 MoM) obstetrik komplikasyonlarda artış ile birliktelik göstermektedir. 2. trimesterde ise paradoksik şekilde hem sebebi açıklanamayan yüksek maternal AFP (>2.5 MoM), hCG (>3.0 MoM)ve/veya inhibin-A (>2 MoM), hem de düşük maternal AFP (<0.25 MoM) ve/veya estriol (<0.5MoM) obstetrik komplikasyonlarda artışa eşlik etmektedir. Sebebi açıklanamayan AFP yüksekliği olgularında 2. ve 3. Trimesterde plasenta previa izlenirse plasenta akreta, inkreta veya perkreta dan şüphelenilmeli, doğum uygun yer, hazırlık ve teknikle yapılmalıdır. Ciddi düşük estriol (<0.3 MoM) varlığında genetik konsültasyonu uygundur. Anormal maternal uterin arter doppler bulgularının yüksek AFP, hCG, inhibin-A ya da düşük PAPP-A ya eşlik ettiği olgularda IUGR ve preeklampsi riski belirgin olarak artmaktadır. Maternal serum taraması sonucunda spesifik bir analitin anormal sonucu nedeniyle riskli kabul edilen olgularda ideal takip ve tedavinin ne olması gerektiği belirlenmiş değildir. Sıklıkla preeklampsi ve preterm doğum gibi korkulan gebelik komplikasyonlarının bulgu ve belirtileri konusunda gebelere eğitim verilmekte, antenatal vizitler sıklaştırılmakta, daha sık USG (fetal büyüme, amniyotik sıvı düzeyi) ve fetal iyilik hali testleri (NST, Biyofizik Profil Skorlama, arteriyel ve venöz doppler),servikal uzunluk takibi yapılmaktadır. Hali hazırda multipl maternal serum markerleri gebelik komplikasyonlarının taranması amacıyla kullanılmamalıdır: çünkü; sensitivite-leri düşük, yalancı pozitiflikleri yüksek olup, herhangi bir tedavinin de sonuçları değiştirdiği gösterilebilmiş değildir.

KÖ-15**Fetal gelişimin değerlendirilmesinde günümüz nomogramları yeterli mi?**

Ömer Kandemir

Fetal büyümenin takibi standart antenatal bakımın bir parçasıdır. Ancak fetal büyümenin takibi için kullanılan nomogramlar standart değildirler. Fetal büyümenin ultrasonografik olarak tespiti ve izlenebilmesi tıp tarihindeki en önemli gelişmelerden biridir. 1980’lerden önce obstetrisyenler fetusun büyümesi ve pozisyonu ile ilgili olarak, anne karnından yapılan Leopold manevraları ve fundus pubis arasındaki uzunluğun mezura ile ölçümü gibi dolaylı yöntemleri kullanmaktaydılar. Ultrasonografi cihazlarının kullanıma girmesi, yaygınlaşması ve gelişmeleriyle beraber günümüzde kadın doğum

hekimlerinin fetal büyümeyi takip etmede kullandıkları vazgeçilmez aracı olmuştur.

Ultrasonografik ölçümler özellikle gebeliğin ilk yarısında yapıldığında fetal gelişimin değerlendirmesi için değerlidir. Gebelik haftasının tespiti için çok sayıda nomogram mevcuttur. Bu nomogramlar ülkelerin antropometrik özelliklerine göre farklılıklar gösterdiğinden, her ülkenin de genelde kullandığı nomogramlar değişiklikler gösterir. Günümüzde, Hadlock, Campbell, Shepard, Hansmann, Sabbagha, Weiner, Eik-Nes gibi önemli yazarların oluşturdukları yüzün üzerinde formül kullanılmaktadır.

Fetus ağırlığının tahmini için biparietal çap (BPD), Femur uzunluğu (FL), fetal abdomenin ön-arka ve transverse çapları (APD-TAD) ve abdomen çevresi (AC) kullanılarak çok sayıda formül üretilmiştir. Ancak bu formüllerin doğru sonucu verme hassasiyetleri tartışmalıdır. Formüllerin çoğunluğu term dönemde yapılan ölçümlere göre üretilmiştirler. Bu nedenle preterm, oligohidramnios, membranların preterm prematür rüptürü veya makrozomi gibi durumlarda yetersiz kalabilmektedirler. Özellikle fetal ağırlığın tahmini prospektif için yapılan pek çalışma vardır. Bu çalışmaların sonucunda fetal gelişimin takibi için geliştirilen formüllerin birbirlerine üstünlüklerinin olmadığını göstermektedir. Bu çalışmaların ayrıntıları konuşma için anlatılacaktır.

Antenatal dönemde fetusun ağırlığının doğru tahmin edilmesi doğru karar verebilme ve komplikasyonların önlenmesi için çok değerlidir. Fetal ağırlık tahmininde kullanılan formüller de aynı şekilde farklılıklar göstermekte olup, en fazla biyometrik parametre ile hesaplama yapanlar en doğru sonuca ulaştırmaktadır.

Fetal ağırlığın tahmininde kullanılan formüllerin yanısıra aşağıdaki faktörlerin de potansiyel etkileri olduğunu göz önüne almak gereklidir;

- Etnisite
- Görüntüleme kalitesini azaltan oligohidramnios, artmış maternal adipoz doku kalınlığı, çoğul gebelik ve fetal pozisyon
- Ultrasonografi yapan hekimin deneyimi
- Cihaz
- Fetal anomaliler
 - o Gastrosizis (artmış AC)
 - o Hidrosefali (artmış kafa ölçümü)
- Gestasyonel yaş (termde formüllerin hassasiyeti artmaktadır)
- Gelişme geriliği veya makozomi
- Fetal cinsiyet

KÖ-16

Erken term doğumlar: 37–39 haftalarda yaklaşım prensipleri

Mekin Sezik

İnsanda gebelik süresi, özellikle ovülasyondan itibaren belirlendiğinde dahi, önemli oranda değişkenlik göstermektedir. Yeni bir araştırmada ovülasyondan doğuma dek geçen ortalama sürenin 268 gün (38 hafta 2 gün) olduğu saptanmıştır. Ayrıca, bir kadının doğumlarının benzer gebelik yaşlarında gerçekleştiği de gösterilmiştir. Dolayısıyla, her bir gebeliğin muhtemelen maternal faktörlerden de önemli oranda etkilenen “programlanmış” bir süresinin olduğu düşünülebilir.

Klasik olarak son adet tarihine göre 37. haftadan sonra fetüsün “olgunlaştığı” ve doğum için “uygun vaktin” geldiği düşünülmüştür. Ancak; “programlanmış” süresinden önce tıbbi veya tıbbi olmayan çeşitli nedenler ile doğumun gerçekleştirilmesinin sakıncaları olduğu da son yıllarda gösterilmiştir. Buna dayanarak 37+0/7 ile 38+6/7 gebelik haftalarını kapsayan dönem “erken term” olarak isimlendirilmiştir.

Erken term dönemde doğan bebeklerde, morbidite ve mortalite oranları 39-40 haftalarda doğanlara göre daha fazladır. Ayrıca, erken termde doğanların erken çocukluk (1-5 yaş) ve genç erişkinlik (18-36 yaş) dönemlerinde de mortalite oranlarında artış olduğu gösterilmiştir.

Erken term doğumların uzun dönem etkileri, mortalite artışı ile sınırlı olmayabilir. Geniş bir epidemiyolojik çalışmada, erken term doğan çocukların 5 yaşındaki eğitsel başarılarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Diğer bir araştırmada ise 37inci gebelik haftası içinde doğan bebeklerin çocukluk ve hatta adolesan dönemde, 39 hafta ve sonrasında doğanlara göre, davranışsal sorunlar yaşama riskinin birçok faktörden bağımsız olarak arttığı (olasılık oranı: 1.43) belirtilmektedir.

Bu yeni veriler, erken term dönemde doğanlarda kısa ve uzun dönemde morbidite ve mortalitede artışı desteklemektedir. Buna dayanarak, 37-39 haftalarda tıbbi dayanağı olmayan doğum indüksiyonu veya sezaryen doğumlardan kaçınılması önerilmektedir.

Bir dizi maternal, fetal ve plasental komplikasyon durumunda ise erken term dönemde doğumun gerçekleştirilmesi zorunluluk haline gelebilir. Doğum kararının kişiselleştirilmesi ve erken term doğuma bağlı istenmeyen etkilerin mevcut risk(ler) ile dengelenmesi gerekmektedir. Bu gerçeğe rağmen, uygulamada beklenenden fazla oranda doğum indüksiyonu kullanıldığı düşünülmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde yaklaşık her 4 gebeliğin biri doğum öncesinde indüklenmektedir. Bu nispeten yüksek oranın, çeşitli gebelik komplikasyonları varlığında anne ve bebek iyiliğini de riske atmadan, azaltılması amaçlanmalıdır.