

nımı nöromusküler blokaj yapıp kardiyak yan etkileri iyice belirginleştirebilir). Eğer kullanılan ajan ile eylem durmuyorsa, tokolitik ajan değiştirilebilir. Oral yolla kullanılan β -mimetik veya magnezyum kullanımının tokolitik etkisi bulunmamaktadır. Uzamış kalsiyum kanal blokörlerinin kullanımının bir faydası gösterilememiştir.

Günümüzde kalsiyum kanal blokörleri, daha az maternal ve fetal yan etki profili, kolay uygulanması nedeni ile en tercih edilen tokolitik ajan gibi görünmektedir. Indometazinin, yapılan çalışmalarda nifedipin kadar etkin olduğu gösterilmiştir. Ancak ciddi fetal yan etkileri kullanımını kısıtlamaktadır. Ancak seçilmiş hastalarda (gebelik haftası <31–32; 48 saati geçmeyecek şekilde) kullanıldığında yan etkiler açısından dikkatli bir şekilde monitörize edilerek kullanılabilir. Magnezyum sülfat, tokolitik etkinlikten çok nöroprotektif etkisi ile umut vermektedir. B-mimetikler, yaygın olarak görülen yan etki profili nedeni ile, dikkatli seçilmiş hasta grubunda, dikkatli bir takip ile ancak 2. sıra tedavi olarak görünmektedir.

Tokolitik tedavide temel amaç, antenatal steroid dozlarının tamamlanması ve annenin, yenidoğan yoğun bakım ünitesinin olduğu bir merkeze sevgi için zaman kazanmaktır. Kortikosteroid uygulaması 24–34 gebelik haftaları arasında fetal pulmoner matüriteyi hızlandırmak amacı ile yapılmaktadır. Gerçekten doğması muhtemel fetüsler için kullanılmalıdır. Temel olarak RDS, NEK ve IVK gibi sekelleri azaltılmaktadır. Tekrarlayan dozların faydası olmadığı gibi, fetal kafa çevresinin küçük kalması, neonatal sepsis, psikomotor gelişim bozukluğu gibi yan etkilere sebep olabilmektedir. Erken doğum tehditi olarak hastaneye yatırılan gebeliklerin yaklaşık %10'unun bir hafta içerisinde doğum yaptığı düşünülürse, gereksiz tedavi yaparak fetüsü gereksiz metabolik strese maruz bırakmadan, doğru endikasyonlar doğrultusunda kortikosteroid uygulanmalıdır. Betametazon 12 mg IM 24 saat aryla 2 doz ya da Dexametazon 6 mg IM 12saat aryla 4 doz şeklinde uygulanabilir. Rejimler arası üstünlük saptanmamıştır. Maksimum etki son dozdan 24 saat sonra oluşmaktadır.

KÖ-10 [15:30]

Görüntülenemeyen safra kesesi: Ne yapmalı?

Murat Yayla

Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Prenatal dönemde saptanan fetal safra kesesi ile ilgili sorunların çoğu selim tabiatlıdır (safra kesesi yokluğu, malformasyon, dupleksiyon, taş, tortu...). İkinci trimester incelemelerinde görüntülenemeyen safra kesesi son trimesterde veya doğumdan sonra görüntülenebilir.

Safra kesesinin görülememesi oldukça nadir olmakla birlikte araştırılması gereken bir durumdur. Öncelikle fetusta morfolojik inceleme detaylandırılmalı ve eşlik edebilecek patolojiler

araştırılmalıdır. Serilerde %25'lere varan ek anomali olasılığı bildirilmiştir. Ek bulguların varlığında karyotip analizine başvurulmalıdır.

İzole safra kesesi yokluğu selim bir bulgu olmasına rağmen yine nadir bir durum olan biliyer kanal atrezisi ile birlikte ise prognozun kötü olabileceği hatırlanmalı ve araştırma bu yönde sürdürülmelidir. Gebeliğin 22. haftasından önce amniyon sıvısında sindirim enzimleri araştırılması en etkili tanı yöntemi.

Kistik fibrozlu olguların %75'inde safra kesesi yokluğu bildirilmiştir. Amniyon sıvısında kistik fibroz mütasyon analizinin yanısıra sindirim enzimlerinin araştırılması bu hastalığın tanısı için yol gösterici olmakla birlikte, ebeveynlerde spesifik genetik araştırma yapılması invaziv girişimi kabul etmeyen ailelerde yardımcı olabilir.

KÖ-11 [15:45]

Özofagus atrezisi: Prenatal tanı mümkün müdür?

Deniz Cemgil Arıkan

Kabramanmaraş Sıitçi İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş

Özofagus atrezisi (OA), özofagusun bir bölümünün oluşmamasıdır. Özofagusun normal oluşmaması sonucu yutak ile mide arasında geçiş olmaz. Özofagusun oluşmayan yerleri kör boşluk şeklindedir. Özofagusatrezisi/ 3000–4500 canlı doğumda görülür. Erkek fetüslerle dişi fetüslerde görülme sıklığı eşittir. Diyabetik anne çocuklarında, talidomid kullananlarda, östrojen ve progesterona maruz kalanlarda daha sık görülür.

Olguların %50–70'inde mortalite üzerine de önemli etkisi olan ek anomaliler mevcuttur. En sık görülen ek anomaliler kalp (%25), ürogenital sistem (%15), iskelet sistemi (%14), ince barsak atrezileri ve diğer sistemlerle ilgili anomalilerdir. Olguların %10'luk bölümünde VACTERL (Vertebra, Anal atrezi, Cardiacanomalı, Trakeo-Esophageal fistül, Renal anomali ile Limb anomalileri) adı verilen anomali birlikteliği görülür. Ayrıca başta trizomi-21 ve trizomi-18 olmak üzere kromozomal anomalilerde daha sık görülebilir. Değişik çalışmalarda kromozomal anomali görülme sıklığı %5 ile %44 arasında bildirilmiştir. Kromozom anomalilerinin sık görülmesi nedeniyle OA'ndan şüphelenilen bütün gebelerde karyotip analizi önerilmektedir. Ek anomaliler açısından 2. düzey fetal ultrasonografi ile birlikte fetal ekokardiografi yapılmalıdır.

Özofagus atrezilerinin %90'ından fazlasında özofagus ve soluk borusu (trakea) arasında açık kalan bir kanal (fistül) vardır. Bu fistüllerin büyük bölümü (%80'den fazlası) özofagusun mide tarafında kalan alt bölümü ile trakea arasında oluşur. Böyle durumlarda ağız boşluğu ile mide arasında trakea aracılığıyla geçiş oluşur. Özofagus atrezisi tiplerinin tanımlanması da bu kanalın yerine göre yapılır. Beş tip OA vardır;