

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 görülmektedir.

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 fetuslar 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 fetusu gereksiz metabolik strese maruz bırakmadan, doğru endikasyonlar doğrultusunda kortikosteroid uygulanmalıdır. Betametazon 12 mg IM 24 saat arayla 2 doz ya da Dexametazon 6 mg IM 12saat arayla 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 yöntemidir.

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 fetuslarla dişi fetuslarda 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;

- İzole özofagusatrezi (%8)
- Özofagusatrezi+ proksimal trakeo-özofageal fistül (%1)
- Özofagusatrezi+distal trakeo-özofageal fistül (%86)
- Özofagusatrezi+proksimal ve distal fistül (%1)
- İzole trakeo-özofageal fistül (H fistül) (%4)

Ultrasonografi ile prenatal dönemde OAtanısı koymak mümkün olmakla beraber oldukça zordur. Ultrasonografide OA düşündüren bazı belirteçler;

- Midenin küçüklüğü veya yokluğu
- Polihidramnios
- Özefagial kör uçta poş (kese) bulgusu

Bu sonografik bulgular özefagial atrezinin kesin olmayan, yalnızca indirekt bir bulgusu olarak kabul edilebilirler.

Ultrasonografide midenin görülmemesi akla öncelikle OA getirir. Ancak OA'lerinin büyük bölümünde trakea ile özofagusun mide tarafındaki alt bölümü arasında fistül olduğundan midede sıvı görülebilir. Ayrıca trakea yoluyla sıvı geçişi olmasa bile midenin kendi sıvılarında mideyi bazen görünür yapabilir ancak bu durumda mide çok daha küçük görünür.

Mide görüntüsünün dışında amniotik sıvının artması olan polihidramniosta OA akla getirebilir. Ancak gebeliğin ikinci yarısından önce genellikle polihidramniosun oluşamayacağı da bilinmelidir. Genellikle 24. gebelik haftasından sonra tanı konabilir. Buna karşılık trakea ile alt özofagus arasındaki fistüllerde mide görünümü ve amniotik sıvı miktarı normal olabilir. Özefagial atrezi için prediktif değeri küçük mide ile birlikte polihidramnioslu olgularda %39 ve mide izlenmeyen polihidramnioslu olgularda %56 olarak bildirilmiştir.

Son yıllarda özofagusun kör dilate ucunu belirten poş işaretinin tanı koymada prediktif değerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Fakat saptanması basit değildir. Çünkü poş muhtemelen fetal yutmayla uyumlu olarak periyodik olarak dolar ve boşalır. Bu nedenle şüphelenilen olgularda detaylı ultrasonografinin 20–30 dakika sürmesi gerekebilir.

Yapılan çalışmalarda fetal MR OA şüphesi olan hastaların %78'inde doğru olarak var veya yok olduğunu tespit etmiştir. Fetal MR da özefagial poş görülmesinin OA tanısının konmasında anlamlı bir prediktif değeri vardır. Özefagial atrezinin prenatal tanısı ve polihidramniosun obstetrik yönetimi prematürite ve prematüriteye bağlı komplikasyon riskini azaltmakta faydalıdır.

KÖ-12 [16:00]

GİS anomalilerinin prenatal tanısı: Ultrasonografi? MRI?

Ali Gedikbaşı

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Fetal abdominal gelişim defektlerini, abdominal duvar defektleri, gastrointestinal sistemin anomalileri ve genitoüriner yolun

anomalileri ile fetal batında gelişebilen kistik ve tumoral yapılardan oluşturmaktadır. Gastrointestinal anomalileri özofagus, duodenum ve ince barsakların atrezisi/obstrüksiyonu, mekonium peritoniti, anorektal malformasyonlar ve megasistis-mikrokolon-intestinal hipoperistalsis sendromu gibi başlıklarda toplanabilir.

MRI ile intestinal yapıların dilatasyonunu ve obstrüksiyonun geliştiği seviyeyi saptamak mümkündür. Gastrointestinal anomalileri daha iyi değerlendirebilmek için fetal barsakların MRI'sı konusunda bilgi sahibi olmak gerekir. 20. gebelik haftasından sonra mekoniumun birikimine bağlı olarak rektum yüksek T1 ve düşük T2 sinyali verir. İnce barsaklar tipik olarak yüksek T2 sinyali verir. Bununla ilişkili olarak MRI ile rektum içinde anormal sıvı birikimi, patolojik bir üro-rektal ilişkinin belirteci olabilir.

MRI ayrıca enterik kistleri mekonium psödokistlerden ayırt etmede yararlıdır; burada enterik kistlerde T1 görüntülerde düşük T1 sinyali alınırken ve mekonium psödokistleri ortalama T1 sinyali verir.

Tamamlayıcı muayene ve tanı yöntemi olarak fetal gastrointestinal MRI, prenatal USG'ye ek olarak antenatal oklüzyf patolojilerin tanısında yardımcıdır.

KÖ-13 [19:10]

İskelet displazilerinin tanısında basit bir yaklaşım

Bülent Çakmak

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat

Giriş

Fetal iskelet displazileri nadir görülen anomalilerdir. Sıklığı 2.4–4/10000 canlı doğum, 7.5/10000 gebelik olarak bildirilmiştir. Perinatal ölümlerin %0.9'unun nedenidir. Çoğu letal seyretmekte olup terminasyon yapılmayan olguların %25'i ölü doğum, %30'u erken neonatal ölüm ile sonuçlanmaktadır. Nosology and Classification of Genetic Skeletal Disorders 2010 revizyonunda 456 iskelet sistemi bozukluğu bildirilmiştir. Fetal iskelet displazilerine de novo mutasyonlar neden olabileceği gibi otozomal (dominant / resesif), X-linked (dominant / resesif), kromozomal bozukluklar (Trizomi 18, 13), teratojen kullanımı (Talidomid) ve maternal otoimmün hastalıklar da neden olabilir.

Prenatal tanı

Prenatal tanıda ultrasonografi (USG; 2D veya 3D), bilgisayarlı tomografi (BT), magnetik rezonans görüntüleme (MRI), direkt radyografi ve genetik/kromozomal incelemeler kullanılabilir. Fetal iskelet displazilerinin tümüne prenatal dönemde tanı konulamamaktadır. Bunun nedeni ise bazı displazilerin geç