

18 Ekim 2015, Pazar

**KÖ-14 [08:30]****Fetal cerrahi seçenekleri**

Selahattin Kumru

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya*

Fetal görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi, ultrasonografi (USG) ve Magnetic Resonans (MR) gibi non-invazif görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşması konjenital anomalilerin tanısında ve takibinde Perinatoloji alanında ilerlemelere fırsat vermiş, bu sayede konjenital anomalilerin doğal seyri hakkında bilgi birikimimizin artmasına olanak sağlamıştır. Endoskopik yöntemlerin hızlı bir şekilde cerrahi tedaviler içerisinde yer alması ve ilerlemesi sayesinde de fetal tedaviler içerisinde endoskopik girişimlerin yeri olup olmadığı konusunda çalışmalara dayanak oluşturmuştur.

Fetal cerrahi uygulamalarından önce fetal bazı hastalıkların tedavisi için USG eşliğinde kan fetüse kan transfüzyonu gibi göreceli olarak basit işlemler yapılırken günümüzde fetoskopik yöntemler ile de bazı fetal konjenital anomalilere intrauterin girişimler yapılabilir hale gelmiştir. Non-invazif prenatal görüntüleme işlemlerindeki gelişmelere ilave olarak yenidoğan yoğun bakım alanındaki gelişmeler sayesinde prematüre doğan bebeklerde mortalite ve morbiditenin azalması, intrauterin tedavilerin onunun açılmasına yardımcı olmaktadır.

Fetal cerrahi uygulamaları acık ya da fetoskopik yöntemler kullanılarak gerçekleştirilebilmektedir. acık cerrahi uygulamalarına örnek sakrokoksigeal teratom eksizyonları, acık nöral tüp defektlerinin tamiri gibi uygulamaları kaspamaktadır. Açık fetal cerrahi uygulamalardan en iyi bilinen, etkinliği postpartum tedaviden daha üstün olduğu ortaya net olarak konulan myelomeningosel tamiridir. Amerika Birleşik Devletleri'nde çok merkezli randomize çalışma ile intrauterin myelomeningosel tedavisinin postpartum tedaviden daha üstün olduğu sonucuna varılmıştır.

Fetal cerrahi uygulamalarından fetoskopik cerrahi ile yapılanlardan en çok uygulananlardan birisi Konjenital Diyafragma Hernisi (KDH) için uygulanan Fetal Trakeal Okluzyon (FETO)'dur. Bu girişim sayesinde bası altında kalan akciğerin küçülmesi engellenmekte akciğer gelişimi için potansiyel korunmaya çalışılmaktadır.

Fetoskopik cerrahi ile yaygın olarak yapılan uygulamalardan bir diğeri de ikizden ikize transfüzyon sendromu olgularında uygulanan fetoskopik lazer fotokoagülasyonu ya da nadiren uygulanan kord koagülasyonu işlemleri olup, fetoskopik lazer koagülasyonu, ikizden ikize transfüzyon sendromlarında standart tedavi haline gelmiştir.

Fetoskopik cerrahinin diğer bir uygulamaya konulmaya çalışılan alanı açık nöral tüp defektleridir. Çoklu port ile gerçekleştirilen tamir işlemlerinin postpartum tedaviye üstünlüğü net olarak gösterilememiş ve üzerinde tartışmalar devam etmekte olsa da komplikasyonlarının azaltılabilmesi halinde bir tedavi seçeneği olarak potansiyele sahip görünmektedir.

Son olarak (Posterior Uretral Valv) olgularında son bir kaç yıla kadar vesikoamniyotik shunt kateterleri standart yaklaşım olarak önerilmekte iken, son zamanlarda bu olgularda valfin fetoskopik ve sistoskopik yaklaşımla lazer ile tahribi üzerinde de olgular yayımlanmaya başlamıştır.

Sonuç olarak fetal cerrahi uygulamaları acık ya da fetoskopik cerrahi seçenekleri ile insan fetusların intrauterin olarak tedavisine olanak hazırlamaktadır. İşlemlerde komplikasyonların azaltılması ve yeni doğan yoğun bakım koşullarının daha da iyileştirilmesi sayesinde bazı sorunların tedavisinin intrauterin dönemde gerçekleştirilmesi standart tedavi haline gelecek gibi görünmektedir

**KÖ-15 [12:00]****Maternal subklinik hipotiroidi taraması: Herkese? Risk grubuna?**

Mertihan Kurdoğlu

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara*

Sağlık alanında bir tarama programının uygulanabilirliği, aşağıdaki hususlar göz önüne alınarak değerlendirilmektedir:

- Taranacak hastalık sık görülmesi ve önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Tarama yapılan toplumda insidans %5'in üzerinde olmalıdır
- Tarama ile hastalık erken dönemde belirlenebilmeli, hastalar tarafından kabul edilebilir olmalı, genel klinik pratik uygulanabilirliği olmalıdır.
- Hastalığın tedavisi olmalıdır.
- Tarama sonrası tanı konarak yapılan tedavinin bilinen yöntemlerle tanı konarak yapılan tedavi ile karşılaştırılmasında üstünlük gösterilmiş olmalıdır.
- Taramanın potansiyel yararı, potansiyel zararlarının ve tarama maliyetinin üzerinde olmalıdır.

Bu temel ilkeler doğrultusunda maternal subklinik hipotiroidi taramasının gerekli olup olmadığını değerlendirmek üzere mevcut literatür incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmaktadır:

Subklinik hipotiroidizm (yüksek TSH, normal serbest T4), aşikar hipotiroididen daha yaygın olup ABD'nin iyot bakımından yeterli bölgelerinde taranan kadınların %2-2.5'inde görülmektedir. Subklinik hipotiroidili kadınlarda gebelik sırasındaki komplikasyon riski aşikar hipotiroidi ile ilişkili olanlardan daha düşüktür. Ancak, bazı çalışmalarda subklinik hipotiroidili kadınların ağır preeklampsi, preterm doğum

ve/veya gebelik kaybı açısından artmış riske sahip olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmalara biraz daha detaylı bakacak olursak, prenatal bakım için 17.298 kadının dahil edildiği yüksek olgu sayılı prospektif bir çalışmada, gebelik haftası için 97.5'inci persentili sınır kabul ederek tanımlanan (TSH aralığı 2.74–11 mU/L) subklinik hipotiroidizm oranı %2.3 olarak saptanmış ve bu olgularda preterm doğum riski 2 kat, ablasyo plasenta riski ise 3 kat daha fazla bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, subklinik hipotiroidili olguların yenidoğanlarının yoğun bakım ünitesine kabul ve respiratuvar distress sendromu olma oranları da TSH'sı normal olanlara kıyasla 2 kat daha fazla bulunmuştur. Wilson'un çalışmasında ise, subklinik tiroid hastalıklı gebelerde tüm hipertansif hastalıklar için genel insidans %10.9 bulunmuş ancak sadece şiddetli hipertansiyon için anlamlı bir risk artışı gösterilmiştir (OR=1.60, %95 CI (1.08–2.379)). Antitiroid peroksidad negatif kadınlarda gebelik sonuçlarını karşılaştıran bir başka çalışmada, normal serbest T4'ü olan ve birinci trimester serum TSH'ı 2.5–5.0 mU/L olan kadınlarda TSH'ı 2.5 mU/L'nin altında olanlara göre gebelik kaybı oranı daha yüksek bulunmuştur (%6.1'e karşın %3.6). Ancak preterm doğum oranlarında herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgularla örtüşmeyecek şekilde, tekil gebeliği olan obstetrik popülasyonunda Down sendromu riskini değerlendiren prospektif, çok merkezli bir çalışma olan FASTER çalışması sonuçlarının bir alt grup analizinde maternal subklinik hipotiroidizm ile kötü gebelik sonuçları (preterm eylem, preterm doğum, düşük, prematür membran rüptürü) arasında bir ilişki göstermemiştir. Çin'de yapılan toplum tabanlı bir prospektif kohort çalışmasında, gebeliğin ilk 20 haftasındaki maternal tiroid fonksiyonu ile takip eden fetal ve bebeklik dönemi gelişimi değerlendirilmiş ve subklinik hipotiroidinin artmış fetal distress, preterm doğum, görme kaybı ve nöral gelişim geriliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak bu çalışmadaki subklinik hipotiroidili olgu sayısının 41 olması sonuçların geçerliliği konusunda soru işaretleri oluşturmaktadır. Yakın zamanda yayınlanan ve pek çok çalışmayı bir arada değerlendiren bir meta-analizde, subklinik hipotiroidili olgularda ötiroid kontrollerine kıyasla gestasyonel diyabetes mellitus, gebeliğin indüklediği hipertansiyon, sezaryenle doğum, düşük ve yüksek doğum ağırlıklı doğum riskinin artmadığı, sadece preeklampsi, ablasyo plasenta, perinatal mortalite riskinin sırasıyla OR=1.68, (%95 CI, 1.09–2.40), OR=1.68 (%95 CI, 1.09–2.60) ve OR=2.73 (%95 CI, 1.59–4.70) olacak şekilde arttığı gösterilmiştir. Sonuç olarak, kohort çalışmalarında subklinik hipotiroidi ile kötü gebelik sonuçları arasında bir ilişki gösterilirken, randomize kontrollü çalışmalarda böyle bir ilişki ortaya konmamıştır.

Miller ve ark.'nın 2011 yılında yayınlanan derlemesinde ise rutin tarama için düşünülen testin bazı kesin kriterleri sağlaması gerektiği yorumu yapılmıştır. Bunlar aşağıdaki şekilde sunulmuştur:

- Hastalığın insidansı taramayı haklı çıkaracak şekilde yüksek olmalıdır. Subklinik tiroid hastalığının literatürde erken gebelikte rapor edilen prevalansı bu kriteri sağlamaktadır.
- Taramanın maliyet-etkinlik dengesi uygun olmalıdır. Tedavinin subklinik tiroid hastalığı olan kadınların çocuklarında nörolojik gelişimi iyileştireceği farz edilirse subklinik hipotiroidi için yapılacak taramada bu denge var denilebilir.
- Kötü sonuçlar hastalık durumu ile ilişkili olmalıdır. Subklinik tiroid hastalığının kötü gebelik sonuçlarıyla ilişkili olduğuna dair literatürde bazı tutarsızlıklar mevcuttur. Ek olarak, subklinik hipotiroidinin gecikmiş nörokognitif gelişim ile ilişkisi hakkındaki veriler yetersizdir.
- Müdahalenin sonuçları iyileştireceğine dair deliller olmalı. Mevcut literatür ile bunu söylemek mümkün değildir.

Bu veriler ışığında, Miller ve ark., bahsedilen veriler elde edilene kadar gebelikte tiroid hastalığı için rutin bir taramayı öneren veya rastlantısal olarak saptansa dahi subklinik hipotiroidizm tedavisi için yeterli delillerin olmadığı sonucuna varmışlardır.

Gebelik ve tiroid taraması ile ilgili olarak mevcut veriler incelendiğinde, yakın zamanda yayınlanmış ve geniş kapsamlı literatür taraması ile birlikte sunulmuş olan bir konsensus raporu dikkati çekmektedir. Bu konsensus raporu İspanyol Endokrinoloji ve Beslenme Derneği'nin İyot Eksikliği Hastalıkları ve Tiroid Disfonksiyonu Çalışma Grubu ile İspanyol Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'nin ortak çalışmasıdır. Raporun sonuç kısmındaki öneriler arasında, akabinde verilecek tiroksin tedavisinin yararını gösteren veriler henüz mevcut olmadığından, subklinik hipotiroidiyi saptamak için taramanın yararlılığının kanıtlanamadığına dair bir ifade yer almaktadır:

Genel olarak değerlendirildiğinde; bütün gebelere subklinik hipotiroidi taraması, bu gün için tarama programında olması gereken şartları yerine getirememektedir. Dolayısıyla, bütün gebeler için tiroid fonksiyon bozukluğunu belirlemek ve tedavi etmek için tarama gerekip gerekmediği, hastalığın prevalansı ve komplikasyonları, tanısal doğruluğu ve pratik uygulanabilirliği, potansiyel yararları, potansiyel zararları, tarama maliyeti değerlendirildiğinde ihtilafıdır. Tarama, ancak aşikar hipotiroidi açısından yüksek riskli grupta (geçirilmiş tiroid fonksiyon bozukluğu/cerrahisi, ailede tiroid hastalığı öyküsü, guatr varlığı, tiroid antikorları pozitifliği, klinik hipotiroidi bulgu/semptomlarının varlığı, Tip I diyabet, düşük ve preterm doğumlar, otoimmün tiroid disfonksiyonu ile ilişkili vitiligo, adrenal yetmezlik, hipoparatiroidizm, atrofik gastrit, pernisiyöz anemi, sistemik sklerozis, SLE, Sjögren sendromu mevcudiyeti, infertilite varlığı, baş-boyun ışınlanması geçirenler, VKİ (vücut kitle indeksi) >40 olan morbid obezler, 35 yaş üzeri kadınlar, amiodarone tedavisi uygulamaları, lityum kullanımı, iyodlu kontrast ajanlara maruziyet, iyod eksikliğinin orta şiddetli olduğu bölgelerde yaşamak), gebelik öncesi ve erken gebelikte serum TSH ölçümü yapılmak suretiyle önerilebilir.