

mü ortalama 12.5±6.6 ay süreyle izlendi ve tümünde izlem boyunca replasman dozu azaltılabildi. Altı olguda ilaç kesildi.

İzlem sonuçlarıyla değerlendirildiğinde; replasmanın 15. haftada kesilebildiği 25 haftalık ekstrem düşük ağırlıklı bir pretermle birlikte, 6 haftada kesildiği 2 ÇDDA pretermdeki klinik durumun geçici hipotiroidizmi, hormon replasmanının 12. ayda kesilebildiği diğer 3 olgudaki disfonksiyonunun geçici primer hipotiroidi olduğu söylenebilir. Tiroid hormon replasmanının henüz sürdürüldüğü 7 olgunun 6'sı 10-28 aydır izlenmekte olan olgulardır ve bu olguların, bir kısmında başlangıçta gecikmiş TSH yanıtının söz konusu olduğu konjenital primer hipotiroidi olma olasılıkları üzerinde durulabilir. Replasmanın sürdürüldüğü son olgudaki disfonksiyon konusunda yorum yapabilmek için izlem süresi çok kısadır (Arsan S, Atasay B, Ecevit A, Berberoğlu M, Öcal G, Ertogan F: Yayınlanmamış veriler).

Sunulan veriler preterm tiroid disfonksiyonlarında yaşanan tanısız güçlüğü yansıtmaktadır. Özellikle ÇDDA grubunda tiroid disfonksiyonuyla sonuçlanan klinik durumun ayırıcı tanısı, pekçok antitenin süperimpozisyonu nedeniyle ancak klinik izlem ve laboratuvar monitörizasyonla yapılabilir. Bu olgularda yaklaşımın en önemli yönü tedavi endikasyonu olan olguları diğerlerinden ayırabilmektir.

KAYNAKLAR

1. Polk DH, Fisher DA: Thyroid disorders in Intensive Care of the Fetus and Neonate. Ed. Spitzer AR. Mosby Year Book Inc, 1996, pp: 958-970.
2. van Wassenaer AG, Kok JH, Endert E et al: Thyroxine administration to infants of less than 30 weeks' gestational age does not increase plasma triiodothyronin concentrations. Acta Endocrinol 1993; 129: 139-146.
3. Vulsma T, Kok JH: Prematurity-associated and developmental abnormalities and neonatal thyroid function. N Engl J Med 1996;334:857-858.
4. Ares S, Escobar-Morreale HF, Quero J et al: Neonatal hypothyroxinemia: Effects of iodine intake and premature birth. J Clin Endocrinol Metab 1997; 82: 1704-1712.
5. Fisher DA: Editorial: The hypothyroxinemia of prematurity. J Clin Endocrinol Metab 1997; 82: 1701-1702.
6. Uhrmann S, Marks KH, Maisels MJ et al: Frequency of transient hypothyroxinemia in LBW infants: Potential pitfall for neonatal screening programmes. Arch Dis Child 1981;56:214-217.
7. Hunter MK, Handel SH, Sesser DE et al: Follow-up of newborns with low thyroxine and nonelevated TSH screening concentrations: Results of the 20-year experience in Northwest Regional Newborn Screening Program. J Pediatr 1998; 132: 70-74.
8. Faase EM, Meacham LR, Novack CM et al: Decreased rT3 levels in neonates with central hypothyroidism. J Perinatol 1997; 17:15-17.
9. Chen JY: Thyroid function in healthy and sick neonates. Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei) 1994 54;51-56 (Abstract).
10. Frank JE, Faix JE, Hermos RJ, et al: Thyroid function in VLBW infants: Effect on neonatal hypothyroidism screening J pediatr 1996;128: 548-554.
11. Chowdhry P, Scanlon JW, Auerbach R, Abbasi V: Results of controlled double-blind study of thyroid replacement in VLBW premature infants with hypothyroxinemia. Pediatrics 1984; 73:301-305.
12. Smit BJ, Kok JH, de Vries Ls et al: Motor nerve conduction velocity in very preterm infants in relation to L-Thyroxine supplementation. J Pediatr 1998; 132: 64-69.
13. Meijer WJ, Verloove-Vanhorick SP, Brand R et al. Transient hypothyroxinemia associated with developmental delay in very preterm infants. Arch Dis Child 1992; 67: 944-947.
14. Den Ouden AL, Kok JH, Verkerk PH et al: The relation between neonatal thyroxine levels and neurodevelopmental outcome at age 5 and 9 years in a national cohort of very preterm and/or VLBW infants. Pediatr Res 1996; 39:142-145.
15. Reuss ML, Paneth N, Pinto-Martin JA, et al: The relation of transient hypothyroxinemia in preterm infants to neurologic development at two years of age. N Eng J Med 1996; 334:821-827.

PERİNATAL MORTALİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe ECEVİT

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi Yenidoğan Ünitesi

Perinatal dönem Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre 22. gebelik haftasından başlayarak, postnatal 1. haftanın sonuna kadar olan süreci kapsar. Antepartum, intrapartum ve erken neonatal dönemdeki izlemi içerir. Bu nedenle "Perinatal mortalite hızı" (PNMH), bir ülkede ana ve çocuk sağlığının düzeyini belirleyen en önemli göstergelerden biridir.

Yurdumuzda 52.6/1000 gibi yüksek oranda bulunan bebek ölüm hızının %56'sı (29.6/1000) yenidoğan döneminde gerçekleşmektedir. Yenidoğan döneminde de bebeklerin 1/3'ü ilk 24 saatte kaybedilmektedir. PNMH yurdumuz genelinde bilinmemektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri doğum ve ölüm kayıtlarının yetersiz olmasıdır. PNMH'nın bilinmesinin yanısıra mortalite nedenlerinin saptanması, ölümlerin önlenmesinin en önemli yollarından biridir. Bu amaçla fetal ve neonatal mortalite nedenlerine yönelik sınıflamalar yapılmıştır. Bunların arasında uygulaması kolay olan Wigglesworth sınıflaması 1980 yılından beri kullanılmaktadır. Bu sınıflama perinatal mortalite nedenlerini klinikopatolojik olarak irdeleyerek 5 gruba ayırmaktadır.

Sonuç olarak yurdumuz genelinde PNMH'nın belirlenmesi ve PNMH nedenlerinin saptanması için yapılacak çalış-