

Rh İzoimmunizasyonunda transfüzyon zamanlaması ve komplikasyonlar

Dr.Lütfü Önderoğlu

Ultrasonografi teknolojinin gelişmeye paralel olarak fetal tedavi yelpazesindeki en yüz güldürücü gelişmelerden biri de Rh izoimmunizasyonu vakalarında olmuştur. Kademeli bir ultrasonografi ve fetal invazif işlemler eğitiminin kazanıldığı merkezlerde, aynı zamanda gelişmiş neonatal bakım olanakları sayesinde bu olumlu gidış elde edilebilmiştir. Olguların tedavisi için, tüm olanakların bir araya toplandığı merkezlerde işlemlerin uygulanma prensibi, altı çizilerek öncelikle vurgulanmalıdır. Transfüzyon yapacak merkezin eğitimi, tecrübesi ve sonuçları ışığında her bir olgunun kendi içindeki özel durumunun değerlendirilmesini takiben invazif işlem yöntemine ve transfüzyon şekline karar verilmelidir. Direkt veya indirekt fetal test ve invazif uygulamalar ile fetustaki hemoliz ve aneminin şiddeti hakkında bilgi edinilir: 1) Önceki gebeliklerdeki öykü 2) Maternal hemolitik antikorların düzeyi 3) Amniyon sıvısı bilirubin konsantrasyonu 4)Fetal kalp hızı traselerindeki anormal bulgular 5)Fetal dopplerde kan akım hızı değişiklikleri 6)Sonografide saptanan fetal, plasental morfolojik bulgular 7) Fetal kan örneği incelemesi.

Gebelik yaşına karşılık gelen mevcut hemoglobin ve hematokrit nomogram'larına göre hastalığın şiddeti objektif olarak belirlenebilir. Gebelik haftasına göre Hb defisiti 2 gr/dL ise hafif, 2-7 gr/dL ise orta ve >7 gr/dL ise şiddetli hastalık olarak sınıflama yapılabilir. Eldeki tüm diğer veriler ile birlikte klinik yaklaşım her hasta için bireyselleştirilmelidir. İnvazif intrauterin müdahalenin söz konusu olduğu her yerde görüldüğü üzere, istatistiklerce belirlenmiş komplikasyon olasılıktan söz konusudur, tnfeksiyon, prematür-immatür eylem, erken membran rüptürü, fetal travma, fetal kanama, kord tamponadı-hematomu, abruptio plasenta, volüm overload, sensitizasyonun şiddetlenmesi, fetal bradtkardi ve fetal ölüm bildirilmiş komplikasyonlardır. Her bir fetat kan örneklemesi (kordosentez) yaklaşık % 1 , her bir transfüzyon işlemi yaklaşık % 2 fetal kayıp riski içermektedir. Dolayısıyla optimum klinik değerlendirme ile invazif işlem sayısının minimumda tutulmaya çalışılması, işlemler arası intervalin olgunun izin vereceği ölçüde maksimum açılması başarının anahtarları olarak öne çıkmaktadır. İşlemi yapacak hekimin aşın tansfüzyon sonucu yüklemle ile oluşturacağı viskozite artışı ve fetal kalp yetmezliği riski ile küçük hacim kullanması durumunda oluşacak sık transfüzyonlar gereksinimi arasındaki hassas dengeyi bulması gereklidir.

PRETERM EYLEMDE KLİNİK YÖNETİM:

Nilgün TURHAN

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

20-37 haftalar arasında oluşan preterm eylem halen en önemli medikal problemlerden biridir. Yılda yaklaşık 13 milyon kadar olan preterm doğumlar tüm doğumların % 7-10 'dur. Son yıllarda artışın olduğu bunun erken pre-matür doğum ve daha önce immatür doğum olarak kabul edilen infantların da gelişen teknoloji ile yaşam şanslarının artışı ve prematürite sınırının 20 haftaya kadar düşürülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Neonatal bakım tekniklerinin gelişmesi ile erken doğumda mortalite ve morbidite önemli ölçüde düşmekle birlikte hala neonatal ölümlerinin % 69-83'ünü oluşturmaktadır. Prematuret bebeklerin günlük bakım ücretleri mi-ad doğan bebeklerin bakım ücretinin yaklaşık 5 katı kadardır.

Preterm eylemde yaklaşım da; preterm eylemin önlenmesi, preterm eylemin tanısı, tokolitik ajanların seçimi ve preterm eylemin tedavisi göz önünde tutulmalıdır. Preterm eylemi oluşturan risklerin önceden tesbit edilip, düzeltilmesi, preterm eylemin erken tanısı için bir takım spesifik biyokimyasal markırların kullanılması gerekmektedir, Preterm eylemde tedavinin etkinliği konusunda farklı görüşler vardır. Tokoliz tedavisine başlamadan önce uterin kontraksiyonlara ek olarak servikal değişikliklerin göz önünde tutulması tokolitik kullanılmasından doğacak yan etkilerin sıklığını azaltacaktır. Tokolitik tedavinin kullanılmasındaki asıl amaç gebenin tarri keşekküllü bir merkeze transferinin gerçekleşmesini ve akciğer maturasyonu için kortikosteroid dozunun tamamlanmasını sağlamaktadır. 26-34 haftalarda fetusun intrauterin tansferinin sağlanması mortaliteye önemli ölçüde azaltmaktadır.. Ancak preterm eylemde tek sorunun mortalite olmadığı uzun dönemli morbiditenin de önemli problemlerden olduğu unutulmamalıdır.

Sonuç olarak halen önemini koruyan preterm eylem önceden teşhis edilip önlememekte ve kullanılan ilaçlar ile de neonatal mortalite tamamen azaltılmamaktadır.