



Editöre Mektup: Tek taraflı ileri derecede fetal hidrotoraks olgusunda ekstrauterin intrapartum tedavi prosedürü

Başak Kaya, Ali Gedikbaşı

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Perinatoloji Ünitesi, İstanbul

Bu yorum yazısı, Perinatoloji Dergisi'nde yeni yayımlanan, tek taraflı ileri derecede fetal hidrotoraks olgunun sunumunda EXIT işlemi için eleştirilmesi gereken yönler mevcut olması nedeni ile ele alınmıştır.^[1] Her ne kadar literatürde fetal hidrotoraks için çeşitli tedavi ve yönetim öneri ve çalışmaları sunulmuş ise de, gelişmiş olan fetal tedavi yöntemleri ile çok iyi sonuçlar alınmaktadır.

Hidrotoraks gebeliğin 27. haftasından önce gelişirse, pulmoner gelişim etkilenmekte, kardiyak ve santral ven basısına bağlı kardiyak yetmezlik ve in utero kayıp oluşabilmektedir.^[2] Bunun yanı sıra, geç ikinci trimester ve üçüncü trimesterde gelişen izole fetal hidrotoraks pulmoner hipoplaziye yol açmayabilir.^[3] Kötü prognostik faktörler bilateral efüzyon gelişimi, efüzyonun spontan regrese olmaması, hidrops ve prematüritedir.^[4]

Prenatal dönemde tedavinin şekli öncelikle efüzyonun şiddeti ve tanı konulan gebelik haftasına göre belirlenir. Mediastinal şifte, hidropsa yol açmayan, polihidramniyozun eşlik etmediği hafif-orta şiddetli, tek taraflı plevral efüzyon varlığında spontan regresyon gelişebileceği için konservatif yönetim tercih edilebilir.^[5,6] İzlemede efüzyonda hızlı artış, hidrops veya polihidramniyoz gelişimi izlenirse, torasentez veya torako-amniyotik şant ile invazif fetal tedavi uygulanmalıdır. Özellikle 36. gebelik haftası öncesinde torako-amniyotik şant uygulaması ön planda iken, daha ileri gebelik haftalarında torasentez veya torakoamniyotik şant tercih edilebilir. Mediastinal

şifte, hidrops veya polihidramniyozun eşlik ettiği ağır plevral efüzyon varlığında, torakoamniyotik şant öncelikle tercih edilmelidir.^[5,7,8] Bilateral efüzyonu olan hidropik fetüslerde de doğrudan şant uygulaması göz önünde tutulmalıdır.^[9] Nicolaides ve Azar torakoamniyotik şant uyguladıkları nonimmün hidropslu hidrotoraks olgularında %50 sağkalım oranına ulaşmışlardır.^[10]

Torasentez ile efüzyon sıvısının dekompresyonu normal pulmoner gelişimin devamına izin verir, ayrıca hidrops ve polihidramniyozu düzeltebilir.^[11] Ayrıca hidrops ve plevral efüzyonun etyolojisine yönelik tanı koymaya da yarar.^[6,12] Ancak olguların büyük bir kısmında 24-48 saat içinde sıvının tekrar hızla toplanması nedeniyle özellikle erken ikinci trimesterde saptanan olgularda torako-amniyotik şant tercih edilmelidir.^[8,13] Bununla birlikte bazı yazarlar, başlangıç tedavisinde torasentezi tercih etmekte iken, plevral efüzyonun tekrar birikimi durumunda torako-amniyotik şanti uygulamaktadırlar.^[13] Torako-amniyotik şant, uygun olmayan fetal pozisyon ve artmış fetal cilt ödemi nedeniyle her zaman uygulanamayabilir. İşlem sırasında transplasental uygulama, torako-amniyotik şant için tercih edilmeyen bir durumdur.^[6] Torako-amniyotik şantın uygulanmadığı bu gibi durumlarda multipl torasentez uygulaması, hidropik fetüsün konservatif izlemi veya fetüsün erken doğurtulması diğer olası tedavi seçenekleridir.^[13]

Prematürite, sağ kalımı etkileyen kötü bir prognostik faktör olması nedeniyle, doğumun tersiyer merkezlerde

Yazışma adresi: Dr. Ali Gedikbaşı, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hast., Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul. e-posta: ali.gedikbasi@kssh.gov.tr

Geliş tarihi: Şubat 24, 2015; **Kabul tarihi:** Şubat 24, 2015

Bu yazının atf künyesi: Kaya B, Gedikbaşı A. Letter to the Editor regarding "Extrauterine intrapartum treatment procedure in the unilateral advanced fetal hydrothorax case". Perinatal Journal 2015;23(1):70-71.

©2015 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20150231014
doi:10.2399/prn.15.0231014
Karekod (Quick Response) Code:



37–38. gebelik haftalarında planlanması önerilmektedir.^[5] Orta-ağır şiddetli plevral efüzyonun doğumdan hemen önce drene edilmesinin neonatal resüsitasyonu ve ventilasyon desteğini kolaylaştırdığı belirtilmektedir.^[5,6] Bununla birlikte Klam ve ark. hemen doğum öncesi torasentez uygulananlar ile postpartum uygulamalar arasında Apgar skoru, entübasyon ve ventilasyon gereksinimi ve sağ kalım oranları açısından fark bulamamışlardır.^[8]

Sunulan olguda 36. haftada plevral efüzyonun etyolojisinin araştırılması ve tedavisi amaçlarıyla torasentez uygulandığı görülmektedir. Bu olguda uygun fetal pozisyon varlığında, teknik açıdan transplental geçiş zorunluluğu yok ise torakoamniyotik şant tedavisi de planlanabilirdi.

Ekstrauterin intrapartum tedavi (EXIT), ciddi plevral efüzyon ile seyreden, in utero drenajın başarısız olduğu, terme yakın ve term olgularda yararlı olabilmektedir. Fetal hidrotoraks nedeniyle EXIT işlemini ilk tanımlayan Prontera ve ark., bu işlemi bilateral, ağır plevral efüzyonu, santral venöz basınç artış bulguları, kardiyak diyastolik fonksiyon bozukluğu olan, akciğerlerin tamamen kollabe ve ekojenik izlendiği bir olguda uygulamışlardır. Polihidramniyoz ve fetal pozisyon nedeniyle fetal torasentez uygulanamamış, bilateral ve ağır plevral efüzyon varlığı nedeniyle postnatal uzun ve ciddi hipoksi endişesi nedeniyle postnatal drenaj tercih edilmemiştir. Bu nedenlerle torasentez ve EXIT uygulaması en az komplike yöntem olarak tercih edilmiştir.^[2]

Maternal komplikasyonlar açısından, EXIT uygulanan hastalar ile sezaryen ile doğum yapan diğer olgular karşılaştırıldığında, EXIT uygulanan olgularda yara yeri komplikasyonları ve tahmini kan kaybı daha fazla olduğu belirtilmiştir.^[14]

Konjenital fetal hidrotoraksın nadir görülen ve literatürde sınırlı sayıda olgu sunumları şeklinde yer alan bir klinik durum olması nedeniyle takip, tedavi seçenekleri ve en uygun doğum zamanı ile ilgili tartışmalar mevcuttur. Öncelikle bu olguların tersiyer merkeze yönlendirilmesi, tedavinin ve doğumun bu merkezlerde planlanması gerekmektedir. Mevcut olgunun özellikleri ve klinik durumu, invazif girişimi yapacak ekibin tecrübesi ve teknik şartların uygunluğu ile tedavi planlanmalıdır.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Eraslan S, Melekoğlu R, Çelik E. Tek taraflı ileri derecede fetal hidrotoraks olgusunda ekstrauterin intrapartum tedavi prosedürü. *Perinatoloji Dergisi* 2015;23:60–4.
2. Prontera W, Jaeggi ET, Pfizenmaier M, Tassaux D, Pfister RE. Ex utero intrapartum treatment (EXIT) of severe fetal hydrothorax. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;86: F58–60.
3. Gül A, Aslan H, Cebeci A, Polat İ, Agralı G, Ceylan Y. Primary fetal hydrothorax: successful perinatal outcomes with single thoracentesis just prior to delivery. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2004;5:143–6.
4. Aubard Y, Derouineau I, Aubard V, Chalifour V, Preux PM. Primary fetal hydrothorax: a literature review and proposed antenatal clinical strategy. *Fetal Diagn Ther* 1998;13: 325–33.
5. Yinon Y, Kelly E, Ryan G. Fetal pleural effusions. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22:77–96.
6. Petersen S, Kaur R, Thomas JT, Cincotta R, Gardener G. The outcome of isolated primary fetal hydrothorax: a 10-year review from a tertiary center. *Fetal Diagn Ther* 2013;34:69–76.
7. Pellegrinelli JM, Kohler A, Kohler M, Weingertner AS, Favre R. Prenatal management and thoracoamniotic shunting in primary fetal pleural effusions: a single centre experience. *Prenat Diagn* 2012;32:467–71.
8. Klam S, Bigras JL, Hudon L. Predicting outcome in primary fetal hydrothorax. *Fetal Diagn Ther* 2005;20:366–70.
9. Derderian SC, Trivedi S, Farrrell J, Keller RL, Rand L, Goldstein R, et al. Outcomes of fetal intervention for primary hydrothorax. *J Pediatr Surg* 2014;49:900–3.
10. Nicolaidis KH, Azar GB. Thoraco-amniotic shunting. *Fetal Diagn Ther* 1990;5:153–64.
11. Cardwell MS. Aspiration of fetal pleural effusions or ascites may improve neonatal resuscitation. *South Med J* 1996;89: 177–8.
12. Smith RP, Illanes S, Denbow ML, Soothill PW. Outcome of fetal pleural effusions treated by thoracoamniotic shunting. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;26:63–6.
13. Deurloo KL, Devlieger R, Lopriore E, Klumper FJ, Oepkes D. Isolated fetal hydrothorax with hydrops: a systematic review of prenatal treatment options. *Prenat Diagn* 2007;27: 893–9.
14. Noah MM, Norton ME, Sandberg P, Esakoff T, Farrell J, Albanese CT. Short-term maternal outcomes that are associated with the EXIT procedure, as compared with cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:773–7.