

Prenatal Öykü Bize Ne Söyler?



Dr. Nihal Oygür
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak.Çocuk
Sağlığı ve Hastalıkları A.D

Prenatal öyküde rutin olarak sorulan sorular

- ▶ **Enfeksiyon**
- ▶ **Travma**
- ▶ **Radyasyon alımı**
- ▶ **İlaç kullanımı**
- ▶ **Sigara-alkol kullanımı**
- ▶ **Cerrahi girişim**
- ▶ **Preeklampsi-eklampsi**
- ▶ **Maternal tiroid hastalığı ya da diabet**

Sorulması yararlı olan ek sorular

- ▶ **Gebelik takiplimi ?**
- ▶ **Fetal ultrasonografi yapılmış mı ?**
- ▶ **Amnion sıvısının miktarı**
- ▶ **Bebeğin intrauterin hareketleri**
- ▶ **Gebelik spontan mı yardımcı üreme teknikleriyle mi ?**

► Enfeksiyon

**♥ Viral /bakteriyel enf.lar → Larenjit, farenjit,
pnömoni idrar yolları enf.....**

Bilinen önemli yan etkileri yok

♥ **Koryoamnionitis oluřturan bakteriyel etkenler**

Ureaplasma spp

Streptococcus spp

Mycoplasma spp

Bacteroides spp

Fusobacterium spp

Prevotella spp

Fusobacteriaceae bařta olmak üzere anaeroblar

♥ **Etkileri**

Preterm doğum

BPD

Mortalite ve morbidite ↑

İVK

NEK

MMR, CP

♥ **TORCH olarak gruplandırılan intrauterin enf.lar**
(Toksoplazma, Rubella, CMV, Sfiliz.....)

♥ **TORCH enf.ları**

Erken gebelik haftalarında

Düşük ölü doğum, ağır malformasyonlar

Geç gestasyon haftalarında

Karaciğer dalak büyüklüğü

İUGG/ preterm doğum

Trombositopeni

Hidrocefali/ mikrosefali



**Bu bulgularla
doğanlarda
TORCH enf.
serolojisi
yapın**

► **TORCH enfeksiyonları içinde en sık görülen CMV (Tüm canlı doğumların %0.3 ü)**

Konjenital CMV ile doğan bebeklerin %85-90 ı doğumda asemptomatik

Bunların %8-15i ileri aylarda psikomotor bozukluklar ve işitme kaybı ile geliyor

Lazzarotto T. Expert Rev.Anti Infect Ther 2011;9:841-43

► Amnion sıvısının miktarı

Normalde fetus → 210-760 ml/gün amnion yutar
500-1200 ml/gün idrar çıkarır

Polihidramnios

Amnion sıvısı 2000 ml ↑

- ♣ GİS malformasyonları (en sık oşefag. atrezisi/ duod. atrezi)
- ♣ Nöromüsküler hastalıklar (myotonik distrofi)
- ♣ Kromozom anomalileri
- ♣ Maternal diabetes mellitus
- ♣ Fetal anemi
- ♣ Bartter sendromu
- ♣ Parvovirus B19, Rubella, CMV Toksoplazmozis, Sfiliz
- ♣ İdiopatik

Oligohidramnios

Amnion sıvısı 500 ml ↓

♠ **EMR ne bađlı olanlar**

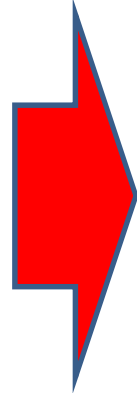
Enfeksiyon riski

♠ **EMR ne bađlı olmayanlar**

◆ Renal agenezis

◆ Kistik displazi

◆ Üreteral atrezi



idrar oluşumunu veya akımını azaltan
renal ve postrenal gelişim anomalileri

◆ Akciğer hipoplazisi → ölü doğum, kronik akciğer sorunları

◆ Ekstremitelerde basıya bağlı deformasyonlar

◆ Kordon basısına bağlı hipoksi

◆ Basılmış yüz (Potter yüzü)

► Maternal Diabet

Yenidoğanda Erken problemler

♠ **Perinatal mortalite daha yüksek**

► **3733 gebede yapılan bir çalışma (İngiltere)**

Gestasyonel diabet 1/240 – 1/ 333 doğum

Perinatal mortalite bu grupta 4 katı artmış

(RR: 3.8; 95%CI: 3.0–4.7)

Weindling AM. Semin Fetal & Neonatal Med 2009;14: 111–118

♠ LGA doğum daha sık

▶ 332 gestasyonel diabetli anneden doğan 530 bebeğin

*36% LGA, 62% AGA 2%SGA

* 64% term: 14% <34hft , %22 34-37hft

Clausen TD. Diabetes Care 2005;28:323–28

▶ İyi kontrol edilmeyen diabetli annelerin bebeklerinde skin-fold kalınlığı da belirgin artmış durumda

▶ Diabetik annelerin sezaryen oranı daha fazla (%52.4 ve 31.1; P<0.05)

Lloreda-Garcia JM.Endocrinol Nutr. 2016 ;63:409-13

- ♠ **Visseromegali (karaciğer, dalak, iskelet kasları)**
- ♠ **Kardiak konjenital anomaliler (çift çıkışlı sağventrikül, BAT, T.arteriozus, triküspit atrezisi)**
- ♠ **Kardiyomyopati (septal hipertrofi)**
- ♠ **Kaudal regresyon sendromu**
- ♠ **Nöral tüp defektleri ,anensefali, spina bifida**
- ♠ **Hidronefroz, renal agenezis, kistik böbrekler**
- ♠ **İntestinal atrezi, küçük sol kolon**

► Gebelikte glisemik kontrolü iyi yapılan gebelerin bebeklerinde akciğer matürasyonu normal. İyi kontrol edilmeyen diabetlilerde fosfatidilgliserol yapımı 38. haftada bile yetersiz.

► %75inde kardiyomyopati

► %47si NICU yatırılıyor

* %34 RDS, hipoglisemi

* %25 hiperbilirubinemi

* %5 polistemi

* %4 hipokalsemi

Weindling AM. Semin Fetal & Neonatal Med 2009;14: 111–118

Clausen TD. Diabetes Care 2010;28:323–28

Cundy TDiabet Med 2014;17:33–39

Diabetik anne bebeklerinde geç problemler

► **Eriřkin döneminde**

Tip-2 diabete yatkınlık

Kardiovasküler bozukluklarda artıř

Hipertansiyon görülme riskinde artıř

Simeoni U. Semin Fetal Neonatal Med 2009;14:119-124

► Maternal Tiroid Hastalığı

Maternal hipotiroidi

- ♠ İyot eksikliği
- ♠ Kronik otoimmün tiroidit (Hashimoto tiroiditi)
- ♠ Tiroid ya da hipotalamo-hipofizer patolojiler
- ♠ Tiroidin cerrahi olarak total /totale yakın çıkarılması veya ablasyonla tedavisi sonrası

İyot eksikliği

İyot fazlalığı
(Wolf-Chaikoff etkisi)



Kretinizm
Mental gerilik

Guatr
Sınırdaki TSH ↑
(sT4 normal veya ↓)

Hashimoto tiroiditi

Transplental geçiř



TSH Reseptör bloke
edici antikolar
TPOAb, Tg antikolar

Bebekte geçici hipotiroidi (sT4↓ TSH↑)

TPOAb ve Tg
antikoları pozitif)

Hipotiroidili anneden doğan bebek için

Annede tiroid düzeyleri ve maternal otoantikoları soruştur

♠ Maternal T₄ normal düzeylerde

+

TPOAb, Tg antikoları negatif

+

Annede tedavi edilmiş Graves hastalığı öyküsü yok



Doğum sonrası bebeğe sadece postnatal 5. gün rutin tiroid hormonu bakmak yeterli

♠ Annede TPOAb, Tg antikorları pozitif

ya da

Graves tedavisi sonrası hipotiroidi oluşmuş

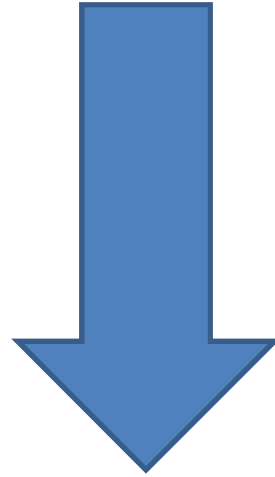


Doğan bebekte hemen

**TPOAg, Tg antikorları + tiroid hormonu bakıp
hipotiroidi olup olmadığını değerlendir**

Maternal hipertiroidi

Gebelikte hipertiroidinin en sık rastlanan nedeni



Graves Hastalığı

Graves hastalığı olan anneden doğan bebekte

- ▶ TSH reseptörüne karşı stimulan antikörlerin (TSHR-SAb) transplasental geçişi

Neonatal Hipertiroidi



- ▶ Antitiroid ilaçların transplasental geçişi
- ▶ Transplasental geçen yüksek tiroid hormonlarının fetusun hipotalamus-hipofiz-tiroid sistemine olumsuz etkisi



Neonatal hipotiroidi

Hipertiroidili + TSHR-SAb pozitif anneden doğan bebek doğum sonrası



- ▶ Hipertiroidi bulguları açısından takip edilmeli
- ▶ Bebeğin serumunda tiroid hormonları ve TSH stimüle edici antikolar bakılmalı
- ▶ Antikolar pozitif ise takibe devam edilmeli
- ▶ Bu bebeklerde hipertiroidi günler hatta haftalar sonra ortaya çıkabilir
- ▶ Hipertiroidi gelişenlerde bulguların 3 hft-6 ay içinde düzelir

► Maternal hipertansiyon preeklampsi-eklampsi ve plasental yetmezlik

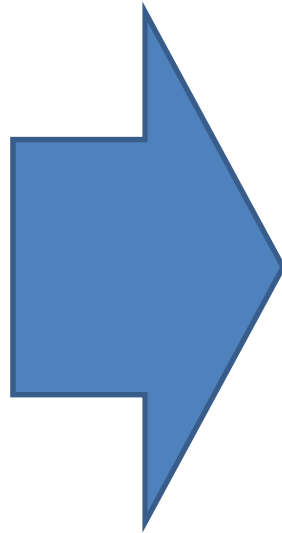
Plasental yetmezlik nedenleri

◆ Preeklampsi (En sık neden) → Hem anne hem fetus risk altında

◆ Sigara kullanımı

◆ Gestasyonel diabet

◆ Maternal tromboz



Fetus risk altında
(Fetal us, doppler yapın)

► **Maternal preeklampsi ve plasental yetmezlikte**

Preterm / İUGG

Hipoksi-mortalitede ↑

Renal anomaliler 3.7 (95 % CI 1.3-10.7)

Ekstremitte anomalileri 3.9 (95 % CI 1.7-9.0)


Yarık damak/dudak 4.2 (95 % CI 1.5-11.6)


**Nöral tüp defektleri/ SSS yapısal bozuklukları 8.2
(95 % CI 2.0-34.3)kat daha sık**

Bellizzi. BMC 2016; 29:198-204

▶ Mekonyumlu Doğum

Öyküde intrauterin mekonyum çıkarılması anlatılıyorsa

- ▶ Hipoksi yok
 - ▶ Postterm (>42 hft)
 - ▶ Bebek canlı, aktif, bulaşma var, boyanma yok
 - ▶ Postterm bebeğe özgü fizik muayene bulguları var
- 
- FİZYOLOJİK**

- ▶ İntrauterin hipoksi var
 - ▶ Preterm, term ya da postterm
 - ▶ Hipoksi evrelerine ait muayene bulguları var
- 
- PATOLOJİK**

Prenatal öyküde “anne karnında kaka yaptığı” ifade edilen bir bebeğin

- ▶ Gestasyon haftasının ne olduğu**
- ▶ Anne karnındaki hareketlerinin yeterli olup olmadığı**
- ▶ Doğduğu sırada ağlayıp ağlamadığı**
- ▶ Anneye hemen teslim edilip edilmediği sorgulanmalı**
- ▶ MM gelişim basamakları yakın takip edilmeli**