

Perinatoloji konsey sonuçları: 6 yıllık verilerin değerlendirilmesi*

Ali SAYAN, Şafak KARAÇAY, Tolga OKAY, Ahmet ARIKAN, Perinatoloji Konsey Üyeleri
T.C.S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İzmir

Özet

Amaç: Günümüzde perinatal tanıdaki gelişmeler, fetustaki tüm anomalilerin erken tanısını sağlar. Sorunlu gebeliklerin tartışılarak ortak karar verildiği hastanemiz perinatoloji konseyi sonuçları sunulurken antenatal tanı ve perinatoloji konseyinin önemini vurgulanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Temel olarak çocuk cerrahisi, kadın-doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, patoloji, genetik, nöroşirürji, radyoloji uzmanlarının düzenli toplanması ile oluşan Perinatoloji Konseyi'mizin, Haziran 2000-Ağustos 2006 arasında tartıştığı 818 gebelik sonuçları değerlendirilmiştir. Konseye gerekirse diğer branş uzmanları davet edilmiş; ilaç kullanımı ve radyolojik işlem konusunda görüşler alınmıştır. Kararlar ailelere bildirilerek son karar verilmiştir.

Bulgular: Tartışılan gebeliklerden nöroşirürji ile ilgili 301 (% 37)'inden 174'ü (% 57), çocuk cerrahisi ve pediatri ile ilgili 279 (% 34)'undan 48'i (% 17.2), genetik ile ilgili 62 (% 7.5)'inden 31'i (% 50), çoğul anomalileri olan 53 (% 6.5)'ünden 22'si (% 41.5), ilaç kullanımı öyküsü olan 46 (% 5.5)'sinden 12'si (% 26) ve ortopedi, infeksiyon, radyodiagnostik işlem öyküsü bulunan 77 (% 9.5)'sinden 21'i (% 27.2) toplam 308'i ailenin de görüşü alınarak sonlandırılmıştır. Sonlandırılan gebelikler yaşamla bağdaşmayan çoğul anomaliler, genetik bozukluklar, anensefali, ağır nöral tüp defektleri, hidrops fetalis, anhidramniyoz ile birlikte olan ağır üriner anomalilerdir.

Sonuç: İlk zamanlarında diğer konsey üyelerince diyaf-ragma hernisi, karın ön duvarı defektleri, spina bifida gibi anomalilerin sonlandırılmaya çalışılması konusunda tarafımızdan yapılan çalışmalar sonucunda bu hastaların sonlandırılmadan kliniğimize nakledilmesi başarılmıştır. Perinatoloji konseyleri, sorunlu gebeliklerin tartışılarak anomalinin yaşamla bağdaşması konusunda ortak karar verilmesi yönünden oldukça önemlidir. Ancak, konsey üyeleri de güncel gelişmeleri yakından izleyerek bir yaşam konusunda karar verirken veya aileye anomali konusunda karar vermesi için bilgi verirken yaşam ile ölüm arasındaki sınırları daima geniş tutmak zorundadırlar görüşündeyiz.

Anahtar kelimeler: Perinatal tanı, fetus, Perinatoloji

Summary

Perinatology council report: A retrospective analysis of 6 years

Aim: Rapid developmental changes in perinatal diagnosis permits early detection of many anomalies. The results of our hospitals perinatology council is reported to review and demonstrate the results which reflect the paramount importance of a council in this topic.

Materials and Methods: The retrospective analysis of 818 problematic pregnancies discussed between June 2000 and August 2006 by our council consisting of mainly Pediatric Surgery (PS), Obstetrics and Gynecology (OG), Pediatrics (Pe), Pathology (Pa), Genetics (G) and Neurosurgery (NS) cases is reported. Other consultants are also invited in need for cases of medication usage or radiological interventions. Parents are informed about the decisions.

Results: Among the pregnancies discussed; 174 of 301 NS (57 %), 48 of 279 PS and Pe (17.2 %), 31 of 62 G (50 %), 22 of 53 multiple anomalies (41.5 %), 12 of 46 medication (26 %) and 21 of 77 (27.2 %) orthopedics, infections and radiological intervention history are terminated with the consent of parents. Terminated pregnancies were multiple anomalies which are not compatible with life, genetic malformations, anencephaly, severe neural tube defects, hydrops fetalis and severe urinary abnormalities with anhydramniosis.

Conclusion: Our efforts as the pediatric surgery clinic resulted in diminished amounts of terminated pregnancies of diaphragmatic defects, abdominal wall defects and spina bifida as opposed to the early times of the council. Perinatology councils are important in making decisions about the problematic pregnancies, deciding about the future of both the mother and the fetus. Council members should have updated information on recent advances in perinatology.

Key words: Perinatal diagnosis, fetus, Perinatology

* XIV. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur 04-08 Kasım 2006, Adana.
Adres: Ali Sayan, Kazım Dirik Mah. Ankara Cad. No: 259/14 35040 Bornova/İzmir
Yayına kabul tarihi: 28.05.2007

Giriş

Modern tıp ve teknoloji, değişik nedenlerle oluşabi-

lecek anne ve fetus ölümlerini büyük oranda azaltabilecek düzeye ulaştığından, doğumsal anomali olasılığına karşı hem gebe hem de fetusun yakın ve dikkatli izlemi önem kazanmıştır (17,18,22,25,27,31,34). Antenatal tanıli yenidoğanlar, tek bir hekim tarafından izlenemeyecek kadar değerli hastalardır. Temel koşul perinatoloji konseylerinde anne ve fetus yaşamını korumak üzere antenatal tanıli anomalileri olan yenidoğanların tartışılması, yaşam şansı bulunmayan fetuslarda gebeliğin sonlandırılma kararının verilmesi ya da ekibinin postnatal dönem için hazırlanarak yapılacak girişimler ile yenidoğanların yaşam kalitelerinin artırılabilmesidir (1,5,10,20,22).

Bu felsefeden yola çıkarak, çocuk cerrahisi, kadında doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, patoloji, genetik, nöroşirurji, radyoloji uzmanları tarafından perinatoloji konseyleri oluşturulmuştur. Yazımızda antenatal tanı ışığında klinikler arası bilgi alışverişinin fetus ve anne sağlığı lehine kullanılmasında, perinatoloji konseyinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Hastanemizde 1996'da oluşturulan ve temel olarak çocuk cerrahisi, kadın-doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, patoloji, genetik, nöroşirurji, radyoloji uzmanlarının düzenli toplanması ile oluşan perinatoloji konseyimizin, Haziran 2000-Ağustos 2006 arasında tartıştığı 818 gebeliğin sonuçları değerlendirilmiştir. Konseye gerekirse diğer branş uzmanları davet edilerek görüşleri alınmıştır. Kadın-doğum uzmanları tarafından konseye getirilen olgular tartışılarak son söz ilgili branş uzmanına bırakılmış ve alınacak kararların oybirliği ile olmasına özen gösterilmiştir. Alınan kararlar anında kaydedilerek, karar metni konseyin sonunda tüm uzmanlar tarafından imzalanmıştır. Konseyimiz hamileliğin sonlandırılmasında 24. haftayı sınır kabul etmektedir. Ancak hastalarımızın yaklaşık % 70'i dış merkezlerden geldiğinden hamileliklerin sonlandırıldığı dönem genellikle sınıra yakın dönemlerdir. Daha sonra kadın-doğum uzmanları tarafından ailelere anomaliler hakkında ayrıntılı bilgi ve konsey kararı bildirilerek son kararı vermeleri istenmiştir. Ancak, aile kararı ile konseyimizin kararı çelişiyorsa ve aile ikna edilemezse ailenin kararı uygulanmaktadır.

Bulgular

Perinatoloji Konseyimizde Haziran 2000-Ağustos 2006 döneminde toplam 818 gebelik tartışılmıştır. Tartışılan gebelikler ilgili branşa göre ayrıldığında; beyin cerrahisi ile ilgili 301 (% 37), çocuk cerrahisi ve çocuk sağlığı ile ilgili 279 (% 34), genetik ile ilgili 62 (% 7.5), çoğul anomalileri olan 53 (% 6.5), ilaç kullanım öyküsü olan 46 (% 5.5), radyodiagnostik işlem, enfeksiyon öyküsü olan ve ortopedi ile ilgili 77 (% 9.5) olgu bulunmaktadır.

Beyin cerrahisi ile ilgili 301 olgudan 174 (% 57)'ünün gebeliği sonlandırılmıştır. Sonlandırılan gebeliklerdeki fetusların 94'ü (% 54) anensefalili, 50'si (% 29) nöral tüp defektli, 30'u (% 17) hidrosefali, serebellum veya korpus kallosum yokluğu olan fetuslardır. Nöral tüp defektli fetusların 29'unda nöral kanal tümüyle açıktır. Ayrıca, ailenin isteği ile sonlandırılan 21 gebelikte; nöral tüp açıklığının 15 fetusta yalnız bir bölgeye (lumbal veya torakal) sınırlı olduğu, 6 fetusta ise sakral veya lumbal spinal açıklık dışında başka patoloji bulunmadığı görülmüştür.

Çocuk cerrahisi ve çocuk sağlığı ile ilgili 279 olgudan sonlandırılan 48 (% 17.2) gebeliğin 15'inde (% 31.3) hidrops fetalis, bilateral renal agenezi veya bilateral afonksiyone böbrek nedeniyle olan anhidramniöz, bilateral doğumsal adenomatoid malformasyon gibi yaşama olasılığı çok az olan fetuslar belirlenmiştir. Ailenin isteği ile sonlandırılan gebeliklerin 16'sını (% 48.5) diyafragma hernili fetuslar, 11'ini (% 33.4) omfolosel veya gastroşizis gibi karın duvarı defektleri olan fetuslar ve 6'sını ise, (% 18.1) sakrokoksigal teratomlu fetuslar oluşturmaktadır.

Genetik ile ilgili 62 gebelikten 31'i (% 50) sonlandırılmıştır ve sonlandırılan gebeliklerde trizomi 13 ve trizomi 21 başta olmak üzere çeşitli kromozomal anomalili fetusların bulunduğu belirlenmiştir.

Birden çok sistemi ilgilendiren 53 gebelikten sonlandırılan gebeliklerin sayısı 22 (% 41.5)'dir. Sonlandırılan gebeliklerde kalp ve büyük damar anomalileri, anensefali veya hidrops fetalisin eşlik ettiği anomaliler, geniş nöral tüp defektleri ve ağır üriner sistem bozukluklarının da olduğu anomaliler gibi yaşamla

Tablo 1. Sonlandırılan gebeliklerdeki fetusların anomalilerinin dağılımı.

A) Beyin cerrahisi ile ilgili tartışılan 301 fetus (% 37) Beyin cerrahisi ile ilgili sonlandırılan 174 fetus (% 57).
I) Anensefali 94 fetus (% 54)
II) Nöral tüp defekti 50 fetus (% 29)
1) Tüm nöral kanal açık 29 fetus (% 58)
2) Ailenin isteği ile sonlandırılan 21 fetus (% 42)
a) Nöral kanal açıklığı bir bölgeye sınırlı 15 fetus (% 71,5)
b) Nöral kanal açıklığı yalnızca lumbal veya sakral bölgede 6 fetus (% 28,5)
III) Hidrosefali, serebellum veya korpus kallosum yokluğu 30 fetus (% 17)
B) Çocuk cerrahisi ve Çocuk sağlığı ile ilgili tartışılan 279 fetus (% 34) Çocuk cerrahisi ve Çocuk sağlığı ile ilgili sonlandırılan 48 fetus (% 17,2).
I) Hidrops fetalis, bilateral renal agenezi, anhidramniyo, vb 15 fetus (% 31,3)
II) Ailenin isteği ile sonlandırılan 33 fetus (% 68,7)
1) Diyafagma hernisi 16 fetus (% 48,5)
2) Omfolosel ve gastroşizis patolojisi olan 11 fetus (% 33,4)
3) Saakrokoksigeal teratomlu 6 fetus (% 18,1)
C) Genetik ile ilgili tartışılan 62 fetus (% 7,5) Genetik ile ilgili (Trizomi-13 ve Trizomi-21) sonlandırılan 31 fetus (% 50)
D) Çoklu sistem anomalileri ile ilgili tartışılan 53 fetus (% 6,5) Çoklu sistem anomalileri ile ilgili (kalp ve büyük damar anomalileri, anensefali, hidrops fetalis, geniş nöral tüp açıklığı, değişik kombinasyonları) sonlandırılan 22 fetus (% 41,5)
E) Hamilelikte ilaç kullanım öyküsü olan 46 fetus (% 5,5) Hamilelikte ilaç kullanım öyküsü olan ve sonlandırılan 12 fetus (% 26)
F) Ağır iskelet sistemi anomasi veya hamilelikte radyolojik veya nükleer inceleme öyküsü olan 77 fetus (% 9,5) Ağır iskelet sistemi anomasi veya hamilelikte radyolojik veya nükleer inceleme öyküsü olan ve sonlandırılan 21 fetus (% 27,2)

bağdaşmayan anomalilerin bulunduğu belirlenmiştir. Hamileliği sırasında ilaç kullanım öyküsü olan ve anomali oluşturma olasılığı nedeniyle Ege Üniversitesi Farmakoloji Anabilim Dalı konsültasyonu istenen 46 gebelikten, konsültasyon sonuçlarına göre 12'si (% 26) sonlandırılmıştır.

Hamilelik döneminde direkt grafi, bilgisayarlı tomografi çektiren veya nükleer inceleme yaptıran olgular için Ege Üniversitesi Radyoloji veya Nükleer Tıp Anabilim Dalı'ndan ve ağır iskelet sistemi anomalileri olan fetuslar için hastanemiz Ortopedi Kliniğinden konsültasyonlar istenmiş; gelen sonuca göre 77 gebelikten 21'i (% 27,2) sonlandırılmıştır. Sonlandırılan gebeliklerdeki fetusların anomali dağılımı Tablo 1'de özetlenmiştir.

Perinatoloji Konseyi'mizin düzenli olarak toplandığı Haziran 2000-Ağustos 2006 arasında değişik nedenlerle sonlandırılan gebelik sayısının 308; sonlandırılan gebeliklerin konseyimizde tartışılan gebeliklere oranının % 37,6 olduğu belirlenmiştir.

Tartışma

Doğumsal anomali, doğumsal malformasyon; doğumda var olan gelişim kusurunu tanımlar ve bu tanımlama makroskobik ya da mikroskobik yapısal

anomali ve normalden sapmaları kapsar. Ağır doğumsal anomaliler, ortalama canlı doğumların % 3'ünde görülür. Bu anomalilerin % 50'den fazlası santral sinir sistemi, % 20'si ürogenital sistem, % 15'i gastrointestinal sistem ve % 8'i ise kardiovasküler sistem ile ilgilidir. Ayrıca, anomalilerin % 70'i izolelidir. Anne yaşının 20'den az veya 40'dan fazla olduğu durumlarda doğumsal malformasyon yönünden büyük bir risk bulunmaktadır (9,16,20,21). Ülkemizde doğumsal malformasyonlar konusunda yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Biri ve ark, Gazi Üniversitesi'nde yaptıkları çalışmada, doğumsal anomalili bebek doğma oranını % 1,18; erkeklerde % 1,21, kızlarda % 1,15 olarak söylemiştir (11).

Doğumsal anomalilerin fetal yaşamda tanınır duruma gelmesi; anomalilerin yaşama bağdaşıp bağdaşmadığı ve yaşamla bağdaşmayan anomalilerin erken dönemde sonlandırılması konusunda tartışmaları başlatmıştır. Bu tartışmalar birçok merkezde etik kurullar içinde karar veren; Perinatoloji Konseyi veya Gebelik Tahliyesi Etik Kurulu gibi multidisipliner kurulların oluşturulmasına yol açmıştır (5). Fetuslardaki anomalilerin antenatal dönemde tanınması, doğumdan hemen sonra yapılacak girişimin ayrıntıları ile önceden planlanmasını ve yapılacak girişim türüne göre hem cerrahi ekibin hem de yoğun bakım ekibinin önceden hazırlık yaparak doğum sırasında ha-

zır beklemesini sağlamıştır. Özellikle dev servikal kitlelerde uygulanan EXIT işlemi buna örnektir (1,16).

Fetal tanı yöntemlerinin başında gelen ultrasonografide (USG) fetusun sayısı; dıştan ya da organlardaki morfolojik anomaliler, fetus hareketleri, amnion sıvısının miktarı ve durumu görülebilir. İlk 3 ayın sonları ile ikinci 3 ayın başlarında (10-16 hafta) yapılan USG, fetal tanı için önemlidir. Ayrıca, anne ile ilgili risk faktörleri varsa (anne yaşı 35'in üstünde ise, anede diyabet varsa, önceki çocukta anatomik veya kromozom anomalisi varsa ve alfa-fetoprotein (AFP) yüksekse) USG daha da önem kazanır. Biyokimyasal testler, USG ile saptanan anomalilerin tanısını desteklediği gibi, kromozom anomalilerinin de tanınmasını sağlar. Tanı için; anne serumundan AFP ya tek olarak bakılır ya da Human Chorionic Gonadotropin (hCG) ve serbest serum estriol düzeyi "üçlü test" olarak bakılır. Bu üç teste eğer inhibin A bakışı da eklenirse "dörtlü test" olarak adlandırılır. Anensefalide AFP, % 90; nöral tüp defektlerinde, % 80-85 artar. Ayrıca, AFP, trizomi 18 ve 21'de de yüksek bulunur. Nöral tüp defekti ile trizomi 18 veya 21 birlikte ise, tersine AFP azalır, hCG artar ve estriol azalır. Hamileliğin 10. haftasında fetal tanı için koryonik villus örnekleme yapılır. Bu incelemenin üstünlüğü, 24-48 saatte sonuç alınabilmesidir. Kromozom anomalisi tanısını güçlendirmek için amniosentez yapılması gereklidir. Ancak amniosentez, 14 günden önce sonuç vermez. Perkütan göbek kanı analizi veya kordosentez karyotip bakışı, prenatal infeksiyon, metabolik anomali veya hemoglobinopati taranmasını sağlar. Perkütan göbek kanı analizi hamileliğin 18. haftası sırasında USG eşliğinde yapılır ve 24-48 saatte sonuçlanır. Tüm incelemelerin yanında gerekirse fetal ekokardiografi, manyetik rezonans (MR) yapılabilir (1,7,11,16,20,21,23). Fetustaki anomalilerin gelişmiş tanı yöntemleri ile kolaylıkla tanınması anomalilerin hamilelik sırasında onarımını düşündürerek fetal tıbbın temelleri atılmıştır (2-4,13-19). Fetal tanı yöntemlerini gelişmesi ile tanınabilen hastalıklar arasında konjenital diyafragma hernisi, bilateral hidronefroz, sacrococcygeal teratom, konjenital kistik adenomatoid malformasyon gizli mortalite olarak yorumlanır. Bu anomalilerin ayrılmanması ve hamilelik hakkında verilecek karar perinatoloji konseyinin olmalıdır (2-4,6-14,16-26).

Konseyimizde, Haziran 2000-Ağustos 2006 arasında tartışılan 818 hamilelikte konsey öncesi kesin prenatal tanı için gerekli testlerin tümü yapılmıştır. Akrani, anensafali gibi yalnızca USG ile kesin tanı konulan anomalilerin yanı sıra çoğul anomalilerde kesin tanı için USG; biyokimya ve kromozom testleri ile desteklenmiştir.

Akdeniz ve ark., sonlandırdıkları hamileliklerdeki nedenleri ikiye ayırarak fetusa ait nedenlerin oranını % 66, maternal nedenleri % 33 olarak bildirmişlerdir. Sonlandırma sınırı olarak 19. haftanın benimsendiği bu seride fetal nedenler arasında sinir sistemi anomalilerinin çoğunluğu oluşturduğunu (% 41), kromozom anomalileri oranının ise % 14 olduğunu; maternal nedenler arasında da anne hastalıklarının ve teratojen ilaç kullanımının önde olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, kalp anomalilerinden dolayı sonlandırılan hamilelik sayısının düşüklüğüne neden olarak kardiyak anomalilerin ülkemizde henüz yeterli oranda tanınmadığı yorumunu getirmişlerdir (5). Birçok yayında da bu sonuçlara benzer sonuçlar belirtilmiştir (1,4,7,11,16,20,21).

Konseyimizde, hamileliğin 24. haftası sonlandırma sınırı olarak benimsenmiştir. Sonlandırma kararı verilen fetuslar arasında çoğunluğu sinir sistemi anomalileri oluşturmaktadır. Genetik anomaliler ikinci sırada, çoklu anomaliler üçüncü sıradadır. Ürogenital anomalilerin de içinde olduğu çocuk sağlığı ve çocuk cerrahisi anomalili fetusların yalnızca % 17.2'si sonlandırılmıştır. Maternal nedenler arasında teratojen ilaç kullanımı daha fazladır. Serimizde fetus ile ilgili nedenlerin çok yüksek (% 89), maternal nedenlerin ise, yayınlarda belirtilen oranların çok altında olması; bu hamileliklerin hastanemize gelmeden periferik merkezlerde sonlandırıldığı şeklinde yorumlanmıştır. Ancak, bu merkezlerde yasal sonlandırma işlemlerini yapmak olanaksızdır. Bu koşullarda hamilelerin büyük bir merkeze sevk edilmesi gerekirken böyle bir yolun izlenmesi üzücü bir ülke gerçeğidir.

Hamileliğin sonlandırılması aile ve hekim için önemli ve zor bir karardır. Anomalili bebekleri olacağını öğrenen aile hamileliğin sonlandırılmasını isteyeceği gibi, bazı durumlarda konseyin kararı sonlandırma yönünde olsa da aile bebeğin yaşamasını isteyebilir. Ülkemizde 1983 yılında çıkan yasaya göre anne ve babanın isteği ile hamilelik 10. hafta doluncaya ka-

dar sonlandırılabilir. Yasa sonrası ülkemizde abortusa bağlı komplikasyonlar ve anne ölümleri belirgin azalmıştır. Ancak, fetusta yaşama bağdaşmayan anomali nedeniyle hamilelik, fetusun yaşam kabiliyeti kazanmamış olduğu dönemde (en geç 24. hafta) sonlandırılabilir. Oysa ülkemizde yenidoğan için yaşayabilme sınırı 28. hafta kabul edilmiş ve 1983 yılında çıkan yasada hamileliğin sonlandırılması için sınır konmamıştır. Sonlandırma kararı için en az iki kadın-doğum uzmanı ve bir branş uzmanının onayı yanında ailenin onayı gerekir. Ancak sonlandırma kararının multidisipliner olması için “perinatoloji konseyleri” oluşturulmuştur. Bu konseyler; her türlü belgeyi istemek, aydınlatılmış onam formlarını sunmak ve saklamak zorundadır. Batı toplumlarında bu konseylere, hukuk uzmanı, sosyolog, din bilimci gibi değişik meslek adamları da girmektedir. Ancak, birçok merkezimizde bu karar, bir kadın-doğum uzmanı ile aile tarafından verilmektedir. Batılı ülkelerde verilen kararda özellikle ileri hamilelik dönemlerinde fetusun hakları gözetilirken; ülkemizde kararlar genellikle fetus aleyhinedir (5,9).

Konseyimizde yaşama bağdaşmayan anomalili fetusların sonlandırılması konusunda oybirliği ile karar alınmasına özen gösterilmektedir. Ancak, konseyimizin ilk zamanlarında özellikle kadın-doğum uzmanları ve patoloji uzmanları tarafından diyafragma hernisi, karın ön duvarı defektleri, sakrokoksigeal teratom, spina bifida gibi anomalili fetusların hamileliğinin sonlandırılması yönünde karar alınmasına çalıştıkları gözlenmiştir. Kliniğimizin karara karşı çıkmasına rağmen kadın-doğum uzmanlarının aileyi yönlendirmesi ile birçok hamilelik sonlandırılmıştır. Daha sonra bu anomaliler konusunda kliniğimiz tarafından sunulan seminerler ve kliniğimizin yapılan ameliyat sonuçlarının sunulması ile gereksiz sonlandırmalar sona ermiştir.

Anomalili fetusların varlığı durumunda veya anneye ait ciddi yaşam tehdidinin olması durumunda hamilelik hakkında karar verecek olan; multidisipliner “Perinatoloji Konseyi” olmalıdır. Ancak, o zaman hamileliklerin sonlandırılması veya sürdürülmesinde etik ve doğru kararlar alınabilir. Konsey, aile ile birlikte anne ve fetus için en uygun kararı vermeli, bu kararlar kayıt altına alınarak korunmalıdır. Sonlandırma kararında etik sınır zorlanmaması için sınır 24. hafta olmalıdır. Daha sonra fetusun yaşam ile bağda-

şan anomalilerinde fetus lehine karar verilerek hamilelik sürdürülmelidir. Hamilelikler hakkında kadın-doğum uzmanı ve ailenin birlikte karar alması yerine uygun sayıda branş uzmanının olduğu merkezlerde konsey gün geçirmeden oluşturulmalı; oluşturulmıyorsa sorunlu hamileler üst merkeze gönderilmelidir. Ancak, konsey üyeleri de güncel gelişmeleri yakından izleyerek bir yaşam konusunda karar verirken doğru kararı vermeye özen göstermelidir. “Perinatoloji Konseyleri” çağdaş ve bilimsel bir yasa ile korunan ve sınırları belirlenen, üyeleri her zaman fetus lehine karar verilmesini zorlayan ve yaşam ile ölüm arasındaki sınırları daima geniş tutan multidisipliner konseyler olmalıdır. Bu konseylerin oluşturulması ile antenatal olarak fetusta belirlenen anomalilerin yaşam ile bağdaşıp bağdaşmadığı konusunda gerçekçi kararlar alınabileceği, yapılacak girişimlere bebeğin doğumu öncesi hazırlık yapılmasına olanak sağlayacağı; böylece ülkemizde sık görülen doğum sonrası erken bebek ölümlerinin azaltılabileceği düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Abramsky L: Counselling patients undergoing prenatal tests and following the diagnosis of fetal abnormality. In Twining P, McHugo JM, Pilling DW (eds): Textbook of Fetal Abnormalities. London, Churchill Livingstone, 2000, p:525
2. Adzick NS, Harrison MR, Flake AW, et al: Fetal surgery for cystic adenomatoid malformation of lung. J Ped Surg 28:806, 1993
3. Adzick NS, Kitano Y: Fetal surgery for lung lesions, congenital diaphragmatic hernia and sacrococcygeal teratoma. Semin Ped Surg 12:154, 2003
4. Aguiar MJ, Campos AS, Aguiar RA, et al: Neural tube defects and associated factors in liveborn and stillborn infants. J Pediatr 79:129, 2003
5. Akdeniz N, Kale A, Erdemoğlu M, et al: Etik Kurul Kararıyla Gebelikte Tahliye Edilen 126 Olgunun Geriye Yönelik Değerlendirilmesi. Perinatoloji Dergisi 13:80, 2005
6. Aksoy F, Şen C, Danişment N: Congenital mediastinal immature teratoma: a case report with autopsy findings. Turk J Pediatr 44:76, 2002
7. Amini H, Antonsson P, Papadogiannakis N, et al: Comparison of ultrasound and autopsy findings in pregnancies terminated due to fetal anomalies. Acta Obst Gyn Scan 85:1208, 2006
8. Aytac R, Engin Y, Üstün Y, et al: Fetal Sakrokoksigeal Teratom Prenatal Tanı ve Yönetim; Olgu Sunumu. Ankara Üniv Tıp Fak Dergisi 55:101, 2002
9. Elder JS: Antenatal hydronephrosis. Fetal and neonatal management. Pediatr Clin North Am 44:1299, 1997
10. Göynümer FG, Kepkep K, Yetim G, et al: Doğumlarda Majör Konjenital Anomalilerin Retrospektif Analizi. Perinatoloji Dergisi 13:31, 2005

11. Güven MA, Ceylaner S: Amniyosentez ve Kordosentez ile Prenatal Tanı: 181 Olgunun Değerlendirilmesi. Perinatoloji Dergisi 13:25, 2005
12. Harrison MR, Bjordal RI, Landmark F, et al: Congenital diaphragmatic hernia: The hidden mortality. J Ped Surg 13:227, 1979
13. Harrison MR, Golbus MS, Filly RA, et al: Fetal surgery for congenital hydronephrosis. N Eng J Med 306:591, 1982
14. Harrison MR, Adzick NS: Fetal surgical techniques. Semin Pediatr Surg 2:136, 1993
15. Harrison MR: The Fetus as a Patient. In Grosfeld JL, O'Neill JA, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds). Pediatric Surgery. Philadelphia, Mosby Elsevier, 2006, p:77
16. Hirose S: Spectrum of intrapartum management strategies for giant fetal cervical teratoma. J Ped Surg 38:446, 2003
17. Hirschl RB: Prenatal diagnosis and fetal surgery. In O'Neill JA, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, Caldamone AA (eds) Principles of Ped. Surgery. Philadelphia, Mosby 2004, pp.15
18. Jenkins TM, Wapner RJ: First trimester prenatal diagnosis: chorionic villus sampling. Semin Perinat 23:403, 1999
19. Kaçar M, Ünlübay D, Uysal S, et al: Konjenital kistik adenomatoid malformasyonda prenatal ultrasonografik tanı. Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi 8:506, 2002
20. MacKenzie TC, Adzick NS: Prenatal diagnosis and surgical disease. In Puri P (eds), Newborn Surgery, New York, Arnold Pubish, 2003, pp.15
21. Madazlı R, Gülçeşme G, Şen C, et al: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1986-1992 yılları arasındaki perinatal mortalite oranları ve nedenleri. Perinatoloji Derg 2:101, 1994
22. Morrison JJ, Chitty LS: The routine fetal anomaly scan. In Twining P, McHugo JM, Pilling DW (eds): Textbook of Fetal Abnormalities. London, Churchill Livingstone, 2000, p:21
23. Nakayama DK, Harrison MR, de Lorimer AA: Prognosis of posterior urethral valves presenting at birth. J Ped Surg 21:43, 1986
24. Sebire NJ, Snidders RJ, Hughes K, et al: The hidden mortality of monochorionic twin pregnancies. Br J Obstet Gynecol 104:1203, 1997
25. Ulman İ, JayanthiVR, Koff SA: The long-term follow-up of newborns with severe unilateral hydronephrosis initially treated nonoperatively. J Urol 164:1101, 2000
26. Van der Hof MC, Nicolaidis KH, Campbell J et al: Evaluation of the lemon and banana signs in one hundred and thirty fetuses with open spina bifida. Am J Obs Gyn 162:322, 1990