

Gebelikte Astım Yönetimi

Dr. Dilşad Mungan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Göğüs Hastalıkları ABD

İmmünoloji ve Allerji BD



Kadın Doğum uzmanları hangi koşullarda astımlı hasta ile karşılaşırlar?

- Astımlı hasta gebelik istediğinde
- Astımlı gebeyi izlerken
- Astımlı gebe atağa girdiğinde
- Astımlı gebenin doğumu sırasında

Plan

- Gebeliğin astıma etkisi
- Astımın gebeliğe etkisi
 - Perinatal riskler
- Astım ilaçları ve tedavisi
- Atak tedavisi
- Astımlıda doğuma ilişkin öneriler



Asthma in pregnancy: a hit for two

Vanessa E. Murphy¹ and Michael Schatz²

Göğüs Hastalıkları
Uzmanının
Ana Hedefi



Kadın Doğum
Uzmanının
Ana Hedefi

Maternal pulmoner
oksijenizasyonun yeterli
düzeyde tutulması

Utero-plasental ünite
fonksiyonunun en iyi
düzeyde sürdürülmesi

Gebeliğin astım üzerine etkisi

- Gebelikte astım prevalansı %4-8

Ther Adv Respir Dis 2014; 8(4):103-110

Arch gynecol Obstet 2014; 290: 621-627

1/3 Daha iyi seyir

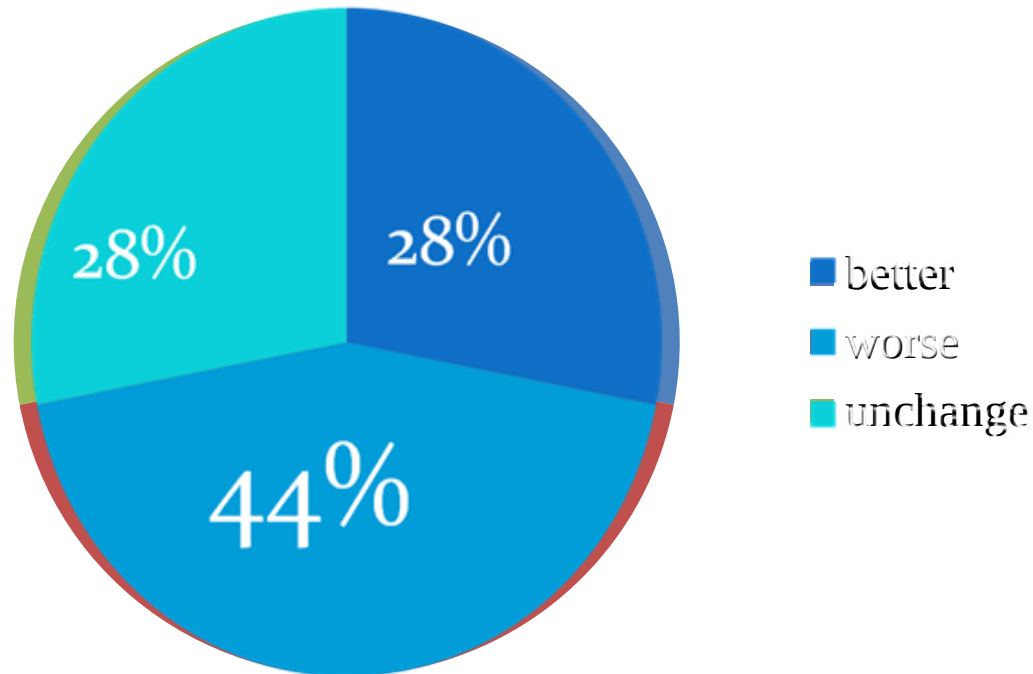
1/3 Aynı

1/3 Daha kötü seyir

Gebelik öncesi ne kadar kontrol altındaysa
gebelikte seyir o kadar iyi

Does drug compliance change in asthmatic patients during pregnancy?

Insu Yilmaz^{1*}, Ferda Oner Erkeköl², Sevki Celen³, Mujdegul Zayifoglu Karaca³, Omur Aydin¹, Gulfem Celik¹, Zeynep Misirligil¹ and Dilsad Mungan¹



Perinatal riskler

Risk	OR
Preeklampsi	1.54
Erken doğum	1.41
Düşük doğum ağırlığı	1.46
SGA	1.22
Kongenital malformasyon	1.11
Yarık dudak	1.30

BJOG 2011; 118: 1314-1323

BJOG 2013; 120: 812-820

Perinatal risklerin daha fazla olduđu durumlar

- Astım tedavisi almayanlar
- Daha sık atak geçirenler
- Oral kortikosteroid kullananlar
- Ağır astımlılar

Gebelik sırasında astımın kontrol altında olması riskleri azaltır

Does drug compliance change in asthmatic patients during pregnancy?

Insu Yilmaz^{1*}, Ferda Oner Erkeköl², Sevki Celen³, Mujdegul Zayifoglu Karaca³, Omur Aydin¹, Gulfem Celik¹, Zeynep Misirligil¹ and Dilsad Mungan¹

Table 2 Obstetric variables in pregnant women with and without asthma

	With asthma	Without asthma	p
Labour complication	9.4%	14.9%	> 0.05
Pregnancy complication	28.1%	19.8%	> 0.05
Score of APGAR	100%	97.5%	>0.05
Mean birth weight (gr)	3315	3245	>0.05
Mean birth week	38.5	38.6	>0.05
Malformation	0%	2.5%	>0.05

Astım ilaçları



Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar

Kontrol ediciler

- İnhaler steroidler
- Uzun etkili beta agonistler (salmeterol, formoterol)
- Kombine ilaçlar
- Lökotrien reseptör antagonistleri (montelukast)
- Omalizumab (biyolojik ajan)
- Teofilin

Kurtarıcı ilaçlar

- Kısa etkili beta agonistler (salbutamol, terbütalın)
- Oral steroidler



Güvenlik verileri

İlaç	Gebelik kategorisi	Gösterilmiş risk
İnhale steroidler budesonid	B	Yok
Kısa etkili beta agonistler salbutamol terbütalin	C B	Yok
Uzun etkili beta agonistler formoterol salmeterol	C C	
Lökotrien antagonistleri	B	yok
Oral steroidler	C	*

* Erken doğum, düşük doğum ağırlığı, yarık damak/dudak la ilişkili bulunmuş

Impact of maternal use of asthma-controller therapy on perinatal outcomes

Benoit Cossette,^{1,2} Amélie Forget,^{1,3} Marie-France Beauchesne,^{1,2,4} Évelyne Rey,^{5,6} Catherine Lemièr,^{3,5} Pierre Larivée,^{4,7} Marie-Claude Battista,^{4,7} Lucie Blais^{1,3,4}

7376 astımlı gebe; IKS+salmeterol/formoterol kullanıyor

Risk	OR
Erken doğum	0.84
Düşük doğum ağırlığı	0.81
SGA	0.92

IKS kullanımını ile konjenital malformasyon arasında ilişki yok

Maternal Asthma Medication Use and the Risk of Selected Birth Defects

AUTHORS: Shao Lin, PhD,^{a,b} Jean Pierre W. Munsie, MSPH,^a Michele L. Herdt-Losavio, PhD,^{a,b} Charlotte M. Druschel, MD,^{a,b} Kimberly Campbell, PhD,^a Marilyn L. Browne, PhD,^{a,b} Paul A. Romitti, PhD,^c Richard S. Olney, MD,^d and Erin M. Bell, PhD,^b and the National Birth Defects Prevention Study

^aCenter for Environmental Health, New York State Department of Health, Troy, New York; ^bDepartment of Epidemiology and Biostatistics, University at Albany, School of Public Health, Rensselaer, New York; ^cDepartment of Epidemiology and Center for Education and Research on Therapeutics, The University of Iowa, Iowa City, Iowa; and ^dCenters for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia



WHAT'S KNOWN ON THIS SUBJECT: Asthma is a common obstructive pulmonary disease experienced during pregnancy. Clinical guidelines recommend women with asthma maintain asthma medication use during pregnancy. Epidemiologic studies suggest an association between several types of defects and asthma or asthma medication use during pregnancy.



WHAT THIS STUDY ADDS: Data from a large, population-based, multicenter, case-control study was used. This provides the opportunity to study specific birth defects with minimal heterogeneity in case groups, as well as control for a variety of potential confounders.

- 2853 Konjenital anomalili bebek/6726 normal bebek
- Perikonsepsiyonel astım ilacı kullanımı
 - Salbutamol %2.75
 - Flutikazon %1.22

TABLE 3 Odds of Asthma Medication Use During the Periconceptional Period^a Among Mothers of Selected Cases and Controls, National Birth Defects Prevention Study, 1997–2005

Birth Defects	Total	Bronchodilator Use		Anti-inflammatory Use		Both	
		<i>n</i> ^b (% exposed)	Adjusted OR ^c (95% CI)	<i>n</i> ^b (% exposed)	Adjusted OR ^c (95% CI)	<i>n</i> ^b (% exposed)	Adjusted OR ^c (95% CI)
Isolated cases only							
Neural tube defects	1067	30 (2.85)	1.20 (0.79, 1.81)	18 (1.71)	1.04 (0.62, 1.74)	6 (0.59)	0.98 (0.41, 2.32)
Anencephaly	317	9 (2.86)	1.43 (0.72, 2.86)	7 (2.22)	1.43 (0.62, 3.31)	1 (0.33)	—
Spina bifida	646	17 (2.69)	1.02 (0.60, 1.75)	8 (1.26)	0.77 (0.37, 1.58)	4 (0.66)	1.03 (0.37, 2.91)
Esophageal atresia	178	10 (5.65)	2.39 (1.23, 4.66)	6 (3.45)	1.61 (0.69, 3.76)	3 (1.83)	2.93 (0.88, 9.75)
Small intestinal atresia	227	6 (2.68)	0.88 (0.36, 2.19)	6 (2.68)	1.64 (0.71, 3.82)	1 (0.47)	—
Anorectal atresia	285	6 (2.14)	0.88 (0.38, 2.01)	10 (3.53)	2.12 (1.09, 4.12)	1 (0.38)	—
Limb deficiency	533	19 (3.61)	1.45 (0.89, 2.36)	12 (2.27)	1.12 (0.60, 2.11)	7 (1.38)	2.02 (0.89, 4.56)
Diaphragmatic hernia	409	7 (1.75)	0.70 (0.32, 1.50)	11 (2.72)	1.49 (0.79, 2.80)	4 (1.03)	1.54 (0.54, 4.34)
Omphalocele	154	6 (4.05)	1.61 (0.71, 3.79)	4 (2.63)	1.27 (0.46, 3.53)	4 (2.76)	4.13 (1.43, 11.95)
Isolated and multiple ^d							
Esophageal atresia	440	17 (3.88)	1.53 (0.92, 2.57)	12 (2.76)	1.29 (0.70, 2.38)	5 (1.21)	1.70 (0.66, 4.37)
Anorectal atresia	642	14 (2.20)	0.91 (0.52, 1.58)	14 (10.45)	1.28 (0.72, 2.25)	4 (0.65)	1.05 (0.37, 2.96)
Omphalocele	272	10 (3.77)	1.50 (0.77, 2.89)	9 (3.35)	1.70 (0.85, 3.44)	5 (1.97)	2.92 (1.12, 7.58)

Gebeliğin 4-9. aylarında ilaç kullananlarda bu ilişki bulunamamış

Astım İlaçlarının güvenliği

Güvenli olduđunu
gösteren daha çok
veri +

Yeni çalışmalarda
soru işaretleri +



- Bu veriler; astımlı gebede ilaçların yararının risklere üstün olduğu sonucunu değiştirmez

Eur Respir Rev 2014; 23:64-68

Astım Kontrolü

Son 4 hafta içinde:	İyi kontrol	Kısmi kontrol	KontROLSUZ
Gündüz semptomları haftada 2den fazla mı?	Hiçbiri yok	1-2	3-4
Hiç uykudan uyanma oldu mu?			
Haftada 2den fazla kurtarıcı ihtiyacı oldu mu?			
Aktivite kısıtlaması oldu mu?			
Akciğer fonksiyonları PEF veya FEV1	>%80	%60-80	<%60

Astımda tedavi

Basamak	Tedavi (ilk seçenek)
1.	Gereğinde beta agonist
2.	Düşük doz IKS
3.	Düşük doz IKS+ Uzun etkili beta agonist
4.	Orta/yüksek doz IKS+Uzun etkili beta agonist
5.	4 e ek olarak sistemik steroid

Kronik tedavi için öneriler

- Önemli olan astımın kontrol altında tutulmasıdır
- Kontrol için hangi basamak tedavi gerekiyorsa verilmelidir
- Tedavi gebe olmayan astımlılardan farklı değildir
- Gebe astımlıların çoğu ilaçlarını azaltır veya keserler



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkçe Halk Sağlığı
Kurumu

RİSKLİ GEBELİKLER YÖNETİM REHBERİ

ANKARA 2014

ASTIMLI GEBE YÖNETİM REHBERİ



TÜRK TORAKS DERNEĞİ

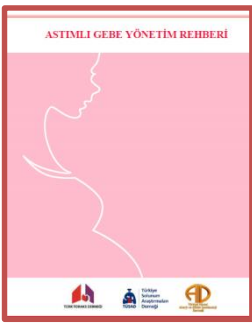


TUSAD

Türkiye Solunum
Araştırmaları
Derneği



Türk Ulusal
Allerji ve Klinik İmmünoloji
Derneği



Tedaviye ilişkin

- Astım ilaçları kontrol ediciler ve semptom gidericiler olmak üzere 2 gruptur
- Birinci seçenek kontrol edici ilaç inhaler steroidlerdir ve tercih edilen budesonid'dir
- Astımı kontrol altında olmayan gebelerde diğer kontrol edici ilaç grupları da tedaviye eklenebilir



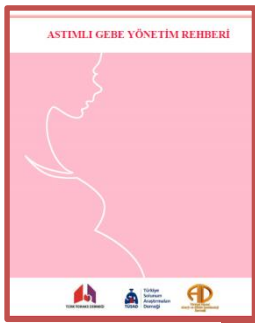
Gebe astımlının izlemi

- Göğüs hastalıkları uzmanı her trimestırda 1 kez hastayı görmeli
- Astım kontrol altında değilse obstetrik açıdan daha sık aralıklarla izlenmeli



Astımlı gebede atak tedavisi

- Gebe olmayan hastadan farklı değildir
- Amaç;
 - İyi oksijenasyon sağlamak (%95-98)
 - Acil Bronkodilatasyon
 - Etkin Antiinflamatuvar tedavi
- Fetal moniterizasyon gerekir



Astımlı gebede Atak tedavisi

tedavi	doz	uygulama
Nazal O2	5-6 l/dk	O2 sat %95 üzerinde olacak şekilde
Salbutamol	ÖDİ: 4-8 puf Nebül: 1-2 nebül	İlk 1 saatte 20dk da bir
Prednizolon	40-60mg/gün Oral veya IV	40mg lık ilk doz ardından düzelme olmazsa 2 saat sonra ilave doz (20-40mg) verilebilir

Sürekli eksternal fetal moniterizasyon (>24. gebelik haftası)

- 4-8 puff ilk 1 saatte 20 dk ara ile



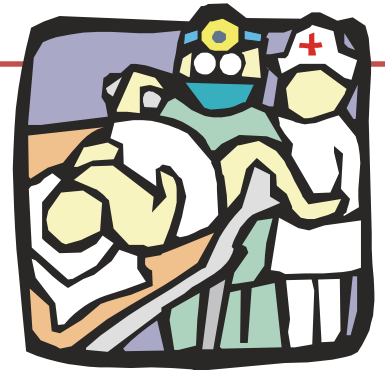
- 1-2 nebül ilk 1 saatte 20 dk ara ile





Astımlı gebede doğum yönetimi

- Doğum sırasında astım ilaçları kesilmemelidir
- Son 4 hafta içinde sistemik steroid kullanan gebelere doğum öncesinde ve izleyen 24 saatte steroid uygulanmalıdır
- Vaginal doğumda ağrı kontrolü stresi azaltmak açısından önemlidir



Anestezi önerileri

- Perioperatif dönemde en sık bronkospazm nedeni endotrakeal tüp uygulamasıdır
- Bölgesel anestezi tercih edilir
- Epidural ve spinal anestezi; sedasyon ve fetal depresyon yapmadan analjezi sağlar
- Genel- bölgesel tercihi hastanın obstetrik ve solunumsal durumuna göre yapılır



mungan@medicine.ankara.edu.tr