

KÖ-08 [18:10]**Sezaryen sırasında myomektomi: Güvenli mi?**

İbrahim Polat

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Myom kadında %10–15 sıklıkta. 30 yaş sonrası pelviste en sık görülen tm. Subseröz (%50 den fazlası serozal yüze protrude), intramural (%50'den azı serozal yüze protrude), submüköz olabilir. Serviksde bulunabilir. Saplı-sapsız olabilir. Gebede sıklık, gebenin yaşına ve myomun büyüklüğüne göre % 1.6-10.7 arasında görülür (ortalama %2). Son yıllarda bu oran artmakta, çünkü gebelik ileri yaşa kaymakta ve USG cihazları ile daha küçük myomları tanıyabilmekteyiz.

Son yıllara kadar sezaryen sırasında myomektomi (sezaryen myomektomi, SM), korkulan komplikasyonları nedeniyle çoğu otör tarafından önerilmezken, günümüzde seçilmiş olgularda yapılabileceği vurgulanmaktadır. Özellikle deneyimli cerrahlar tarafından alt segment ve ön duvardaki saplı ve intramural myomlar çıkarılabilir. Operasyonda kanamayı azaltıcı önlem olarak elektrokoter kullanmak, bilateral uterin arter ligasyonu veya embolizasyonu, turnike uygulamak ve yüksek doz oksitosin vermek gibi yöntemler uygulanabilir. SM yapmak hastayı ikinci bir anestezi almaktan korur ve kost-efektifdir. Ayrıca elektif yapılan hastalarda daha önceden kan ve kan ürünlerini hazırda bulundurmamak uygundur.

Sonuç olarak seçilmiş olgularda, tersiyer merkezlerde, deneyimli cerrahlar tarafından birçok olguda histerektomiye gitmeden SM yapılabilir.

17 Ekim 2015, Cumartesi**KÖ-09 [10:00]****Erken doğum tehdidinde tokoliz ve kortikosteroid kullanımı: Hangi ajan etkili ve güvenli?**

Burcu Artunç Ülkümen

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Manisa

Erken doğum, günümüzde halen neonatal morbidite ve mortalitenin en önde gelen nedenlerindendir. Perinatal ölümlerin yaklaşık olarak %75'i preterm doğumlar nedeni ile olmaktadır. Bunun dışında, erken doğan bebeklerin karşılaştığı uzun dönem morbiditeler de önemli sağlık giderleri arasındadır. Erken doğum temel olarak 3 ana sınıfta değerlendirilebilir: 1. Zorunlu preterm doğumlar (%30–35): Bu grupta kötü maternal ya da fetal koşullardan ötürü doğum kaçınılmazdır ve ertelenemez (preeklampsi, dekolman, IUGR, maternal renal hastalık gibi). 2. Preterm prematür membran rüptürü (%30–35) (gebe-

lik haftasına göre yönetim planlanır). 3. Spontan erken doğum (intakt membran) (%40–45).

Özellikle spontan erken doğumun önceden tespit edilmesine yönelik olarak pek çok çalışma yapılmıştır, ancak ne yazık ki preterm doğum sıklığında bir düşme elde edilememiştir. Erken doğum sıklığı, gelişmiş ülkelerde yaklaşık olarak tüm doğumların %12'sini oluşturmaktadır. Son 20 yılda preterm doğum oranlarında artma görülmektedir. Preterm doğum oranlarının artmasının nedenleri arasında çoğul gebeliklerin artışı, jinekolojik ve obstetrik girişim sıklığında artış (konizasyon sonrası gebelik, gebelikte invaziv işlemler gibi) ve gestasyonel yaş tayini için ultrason kullanımında artış sayılabilir. Randomize çalışmalar tokolitik tedavinin erken doğumu 7 güne kadar uzatabildiğini, fakat perinatal mortalite ve morbiditede belirgin düşüş yaratmadığını göstermiştir. Erken doğumu önleme çabalarına karşın, zeminde yatan patofizyolojiyi anlamadaki güçlükler, yetersiz tanı yöntemleri ve etkin olmayan tedaviler nedeniyle her zaman istenen sonuçlar alınamamaktadır. Ayrıca tokoliz amacı ile kullanılan ilaçların ciddi fetal ve maternal yan etkileri mevcut olabilmektedir.

Klinisyenlerin konu ile ilgili sorunlardan bir tanesi; preterm eylem tehditi olarak tanı alan olguların insidansı, gerçekten preterm doğum insidansından çok daha fazla olmasıdır. Gerçekte, erken doğum tehdidi olarak takip edilen hastaların %10' dan azı 7 gün içerisinde doğum yapmaktadır. Yani gerçek erken doğum riski olan olguların belirlenmesi, etkin tedavi açısından önem arz eder.

İdeal olarak kullanılacak tedavinin gebeliği terme yaklaştırması, en azından 34 haftayı geçirmesi umulmaktadır. Ancak günümüzde hiç bir tedavi ile gerçek erken doğum klinik olarak anlamlı süre durdurulamamıştır. Tokolitik tedavi, uterin kontraksiyonların inhibe edilmesi için geliştirilmiş ilaçlardır; ancak uzun süre kullanımının faydası olmadığı gibi maternal ve fetal yan etkileri nedeni ile endikasyon dışı, ısrarcı ve uzamış kullanımları da uygun değildir. ACOG (2012), düzenli uterin kontraksiyonlar ile birlikte servikal değişiklikler oluşuyor veya belirgin efasman ve dilatasyon varlığında tokolitik tedavinin uygulanması gerektiğini belirtmektedir. Bu koşullarda uygulanacak tokolitik tedavi de, fetal kortikosteroid tedavisinin tamamlanması ve magnezyum ile nöroprotektif etkinin elde edilmesi amacı ile sınırlandırılmalıdır.

Tokolitik tedavide sık kullanılan ajanlar siklooksijenaz inhibitörleri, kalsiyum kanal blokörleri, β -adrenerjik reseptör agonistleri, oksitosin reseptör antagonistleri, magnezyum sülfat olarak sıralanabilir. Her bir ajanın etkinliği farklı mekanizmalar ile oluşmaktadır; tedaviler hastanın bireysel tıbbi risk faktörleri ile birlikte gebelik haftası ve gebelik özellikleri göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmelidir. Prensip olarak tek ajan ile tokoliz yapılmalıdır; kombine tedaviler ile yan etkiler daha da belirginleşeceğinden tokolitik ajanlar birlikte kullanılmamalıdır (örneğin; nifedipin ile birlikte magnezyum kulla-

nımı nöromusküler blokaj yapıp kardiyak yan etkileri iyice belirginleştirebilir). Eğer kullanılan ajan ile eylem durmuyorsa, tokolitik ajan değiştirilebilir. Oral yolla kullanılan β -mimetik veya magnezyum kullanımının tokolitik etkisi bulunmamaktadır. Uzamış kalsiyum kanal blokörlerinin kullanımının bir faydası gösterilememiştir.

Günümüzde kalsiyum kanal blokörleri, daha az maternal ve fetal yan etki profili, kolay uygulanması nedeni ile en tercih edilen tokolitik ajan gibi görünmektedir. Indometazinin, yapılan çalışmalarda nifedipin kadar etkin olduğu gösterilmiştir. Ancak ciddi fetal yan etkileri kullanımını kısıtlamaktadır. Ancak seçilmiş hastalarda (gebelik haftası <31–32; 48 saati geçmeyecek şekilde) kullanıldığında yan etkiler açısından dikkatli bir şekilde monitörize edilerek kullanılabilir. Magnezyum sülfat, tokolitik etkinlikten çok nöroprotektif etkisi ile umut vermektedir. B-mimetikler, yaygın olarak görülen yan etki profili nedeni ile, dikkatli seçilmiş hasta grubunda, dikkatli bir takip ile ancak 2. sıra tedavi olarak görünmektedir.

Tokolitik tedavide temel amaç, antenatal steroid dozlarının tamamlanması ve annenin, yenidoğan yoğun bakım ünitesinin olduğu bir merkeze sevk için zaman kazanmaktır. Kortikosteroid uygulaması 24–34 gebelik haftaları arasında fetal pulmoner matüriteyi hızlandırmak amacı ile yapılmaktadır. Gerçekten doğması muhtemel fetuslar için kullanılmalıdır. Temel olarak RDS, NEK ve IVK gibi sekelleri azaltılmaktadır. Tekrarlayan dozların faydası olmadığı gibi, fetal kafa çevresinin küçük kalması, neonatal sepsis, psikomotor gelişim bozukluğu gibi yan etkilere sebep olabilmektedir. Erken doğum tehditi olarak hastaneye yatırılan gebeliklerin yaklaşık %10'unun bir hafta içerisinde doğum yaptığı düşünülürse, gereksiz tedavi yaparak fetusu gereksiz metabolik strese maruz bırakmadan, doğru endikasyonlar doğrultusunda kortikosteroid uygulanmalıdır. Betametazon 12 mg IM 24 saat arayla 2 doz ya da Dexametazon 6 mg IM 12saat arayla 4 doz şeklinde uygulanabilir. Rejimler arası üstünlük saptanmamıştır. Maksimum etki son dozdan 24 saat sonra oluşmaktadır.

KÖ-10 [15:30]

Görüntülenemeyen safra kesesi: Ne yapmalı?

Murat Yayla

Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Prenatal dönemde saptanan fetal safra kesesi ile ilgili sorunların çoğu selim tabiatlıdır (safra kesesi yokluğu, malformasyon, dupleksiyon, taş, tortu...). İkinci trimester incelemelerinde görüntülenemeyen safra kesesi son trimesterde veya doğumdan sonra görüntülenebilir.

Safra kesesinin görülememesi oldukça nadir olmakla birlikte araştırılması gereken bir durumdur. Öncelikle fetusta morfolojik inceleme detaylandırılmalı ve eşlik edebilecek patolojiler

araştırılmalıdır. Serilerde %25'lere varan ek anomali olasılığı bildirilmiştir. Ek bulguların varlığında karyotip analizine başvurulmalıdır.

İzole safra kesesi yokluğu selim bir bulgu olmasına rağmen yine nadir bir durum olan biliyer kanal atrezisi ile birlikte ise prognozun kötü olabileceği hatırlanmalı ve araştırma bu yönde sürdürülmelidir. Gebeliğin 22. haftasından önce amniyon sıvısında sindirim enzimleri araştırılması en etkili tanı yöntemidir.

Kistik fibrozlu olguların %75'inde safra kesesi yokluğu bildirilmiştir. Amniyon sıvısında kistik fibroz mütasyon analizinin yanı sıra sindirim enzimlerinin araştırılması bu hastalığın tanısı için yol gösterici olmakla birlikte, ebeveynlerde spesifik genetik araştırma yapılması invaziv girişimi kabul etmeyen ailelerde yardımcı olabilir.

KÖ-11 [15:45]

Özofagus atrezisi: Prenatal tanı mümkün müdür?

Deniz Cemgil Arıkan

Kabramanmaraş Sıitçi İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kabramanmaraş

Özofagus atrezisi (OA), özofagusun bir bölümünün oluşmamasıdır. Özofagusun normal oluşmaması sonucu yutak ile mide arasında geçiş olmaz. Özofagusun oluşmayan yerleri kör boşluk şeklindedir. Özofagusatrezisi/ 3000–4500 canlı doğumda görülür. Erkek fetuslarla dişi fetuslarda görülme sıklığı eşittir. Diyabetik anne çocuklarında, talidomid kullananlarda, östrojen ve progesterona maruz kalanlarda daha sık görülür.

Olguların %50–70'inde mortalite üzerine de önemli etkisi olan ek anomaliler mevcuttur. En sık görülen ek anomaliler kalp (%25), ürogenital sistem (%15), iskelet sistemi (%14), ince barsak atrezileri ve diğer sistemlerle ilgili anomalilerdir. Olguların %10'luk bölümünde VACTERL (Vertebra, Anal atrezi, Cardiacanomalı, Trakeo-Esophageal fistül, Renal anomali ile Limb anomalileri) adı verilen anomali birlikteliği görülür. Ayrıca başta trizomi-21 ve trizomi-18 olmak üzere kromozomal anomalilerde daha sık görülebilir. Değişik çalışmalarda kromozomal anomali görülme sıklığı %5 ile %44 arasında bildirilmiştir. Kromozom anomalilerinin sık görülmesi nedeniyle OA'ndan şüphelenilen bütün gebelerde karyotip analizi önerilmektedir. Ek anomaliler açısından 2. düzey fetal ultrasonografi ile birlikte fetal ekokardiografi yapılmalıdır.

Özofagus atrezilerinin %90'ından fazlasında özofagus ve soluk borusu (trakea) arasında açık kalan bir kanal (fistül) vardır. Bu fistüllerin büyük bölümü (%80'den fazlası) özofagusun mide tarafında kalan alt bölümü ile trakea arasında oluşur. Böyle durumlarda ağız boşluğu ile mide arasında trakea aracılığıyla geçiş oluşur. Özofagus atrezisi tiplerinin tanımlanması da bu kanalın yerine göre yapılır. Beş tip OA vardır;