

preterm birth in a twin gestation, endovaginal ultrasound measurement of the cervical length should be monthly performed.

Singleton growth curves currently provide the best predictors of adverse outcome in twins and may be used for evaluating growth abnormalities. Increased fetal surveillance should be considered when there is either growth restriction diagnosed in one twin or significant growth discordance. Umbilical artery Doppler is routinely offered in complicated twin pregnancies.

For defining oligohydramnios and polyhydramnios, the deepest vertical pocket in either sac is used.

More frequent examinations are required in case of mono-chorionic pregnancies. Thus, a detailed ultrasound exam should be performed every two weeks to exclude any markers of specific complications (TTTS, TAPS...) including the measurement of the systolic blood flow in the MCA.

KÖ-30 [09:30]

Gebeliklerde doğum zamanlaması ve yöntemi

İbrahim Polat

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

İkiz gebeliklerin %50'sinden fazlasında spontan veya medikal nedenle preterm doğum olur. Bu nedenle doğum zamanlaması zaten çoğu olguda doktorun kararı ile olmaz.

Dikoryonik/diamniotik (DKDA) ikizlerde, en uygun doğum zamanını öneren yüksek kalitede randomize çalışma yoktur. Bu gebeliklerde en uygun doğum zamanı hakkında fikir birliği yoktur. Mevcut bilgilere göre herhangi bir endikasyon yok ise 38 haftadan önce DKDA ikizleri elektif olarak doğurtmamalı. 38. haftadan önce doğum daha sonraki doğumlara göre daha yüksek yenidoğan morbiditesi ile birlikte olmaktadır. Yalnızca komplike olmayan DKDA ikiz gebelikler göz önüne alındığında, morbidite ve mortalite 39. haftada düşer. Kırkıncı haftaya kadar doğurmamış ve doğum için fetal-maternal endikasyonu olmayan nadir olgular vardır. Bunlara elektif olarak doğum yaptırılır. Otuzyedi haftaya göre, ≥ 40 hafta gebelerde yenidoğan ölüm oranı artmıştır (OR 4.24, 95% CI 2.65-7.00). NICE rehberleri, 38 hafta sonrasına devam eden komplike olmayan gebeliklerde fetal ölümün arttığını belirtmektedir.

Monokoryonik/diamniotik (MKDA) ikizlerde en uygun doğum zamanını değerlendiren randomize çalışma yoktur. Komplike olmayan MKDA gebelerde 37. haftadan önce elektif doğumun gerekliliği açık olmamasına rağmen, riskleri tartışmak ve 36-37 haftalarda doğumu önermek gerekir. Bir çalışmada 36-37 haftada yakın takip edilen gebelerde perinatal morbidite riski %9 ve fetal ölüm prospektif riski %1 saptanmıştır.

Monoamniotik (MA) ikizlerde kordon dolanmasından kaçınmak için sezaryen önerilir. En uygun doğum zamanını tayin etmek için bilgiler yetersizdir. Yaklaşık 32. haftada doğum önerilir, çünkü üçüncü trimesterde perinatal mortalite riski artmaktadır: 32. hafta sonrasında %10 (32. haftada yenidoğan mortalitesi ise %1-2). Antenatal olarak kordon dolanması tanısı konan gebelerde, termden önce yaptırılan doğum ile perinatal sonuçlar iyileşmektedir. Preterm doğum riskleri, gebeliğin devam etme risklerinden daha azdır.

Doğum yönteminin morbidite ve mortalite üzerine etkileri tartışmalıdır. Bütün ikiz gebelere sezaryen önerilmemelidir. İkiz doğumların %60'ından fazlası sezaryendir. Prezantasyon ve bazı durumlarda gestasyonel yaş, vaginal ya da sezaryen doğum seçimin etkiler.

Verteks/verteks ikiz: Genel konsensus verteks/verteks ikizlerde vaginal doğum amaçlı bir travay girişiminin, herhangi bir gestasyonel haftada uygun olacaktır.

Nonverteks ilk ikiz: İlk ikizin nonverteks olduğu durumlarda sezaryen önerilir, çünkü bu olgularda vaginal doğumun güvenliği randomize çalışmalar ile ortaya konulamamıştır ve tekil gebeliklerde bile makat prezantasyonda obstetrik toplum vaginal doğuma karşıdır.

Vertex/nonvertex ikiz: Her iki ikize sezaryen, ikinci ikize makat ekstraksiyon veya sefalik versiyon ile vaginal doğum seçeneklerdir. İkinci ikize ekstraksiyon başarılı olmaz ise sezaryen yapılır.

Vaginal doğum girişiminde, acil sezaryen doğum olanaklarının bulunması önemli (kordon sarkması, güven vermeyen FHR, başarısız makat ekstraksiyon veya sefalik versiyon). İkinci ikize sezaryen gereksinim oranı %4-10 arasındadır.

KÖ-31 [11:00]

Ektopik gebelik

Polat Dursun

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Ektopik gebelik (dış gebelik), fertilize olan oositlerin endometrial kavite dışına yerleşmesi durumu olup sadece primatlarda görülür. Modern tanılal metodlar ile ektopik gebelikler çok erken dönemde teşhis ve tedavi edilseler de, yinede günümüzde hayatı tehdit eden ilk trimester morbiditeleri içerisinde en sık görülenidir. Son yıllarda ektopik gebeliklerin tedavilerinde önemli gelişmeler olmuştur. Bu yenilikleri takiben, bu hastalığa bağlı morbidite ve mortalitede ciddi düşüşler görülmüştür. Eskiden cerrahi tedaviler sıklıkla kullanılmışsa da, günümüzde trofoblastik hücrelerin proliferasyonunu inhibe eden sistemik metotreksat gibi tıbbi tedaviler en sık kullanılan tedavi şeklidir. Günümüzde cerrahi; medikal tedavinin kontraendike olduğu ya da medikal tedavinin fayda sağlamadığı hastalar ile ruptür nedeni ile intraabdominal kanamanın görüldüğü olgular gibi sadece belli bazı olgularda kullanılır.

Ektopik gebeliklere bağlı komplikasyonların önlenmesi, tedavi masraflarının azaltılması, fertilitenin korunması ve en önemlisi de ektopik gebeliklere bağlı mortalitenin de azaltılmasında erken teşhis ve optimal tedaviye karar verilmesi, bu hastaların yönetiminde en önemli faktörlerdir. Günümüzde metotreksat tedavisindeki optimal dozajlar halen tartışmalıdır. Benzer şekilde, medikal tedavilere yanıt alınamayan olgularda uygulanacak olan cerrahi tedavinin gerek zamanlaması gerekse de yapılacak olan operasyon tipi çoğunlukla amprik olarak uygulanmaktadır. Bu bölümde kanıta dayalı tıp perspektifinde ektopik gebelikler değerlendirilmiş ve bu ciddi hastalığın yönetimindeki standartlar detaylı bir şekilde incelenmiştir.

Ultrasonografi

Uterus ve adneksler her ne kadar abdomino-pelvik muayene ile de değerlendirilebilirse de, transvajinal sonografi çok erken haftalarda, yaklaşık olarak bir haftalık adet gecikmelerinde; β -hCG değerleri 1500-2500 MIU/ml (üçüncü IRP) aralığında iken intra-uterine gebelikleri saptayabilir. İntra-uterine bir gebelik β -hCG değerleri 2000 mIU/ml üzerinde iken hemen hemen her zaman görülmelidir.

Ektopik gebelik teşhisi sonografide yolk sak veya embryo içeren bir ekstra-uterine kesenin görülmesi ile de konulabilir. Bu bulguların saptanmasının, teşhiste %100'lük bir sensitivitesi olsa da, spesifitesi düşüktür (15-20%). İntra-uterine gebelik olmadan, kompleks bir adneksiyel kitlenin varlığı spesifiteyi biraz daha yükseltse de (%21-84), sensitiviteyi de biraz düşürür (%93-99.5). Literatür derlemelerine göre, intra-uterine gebelik kesesi olmayan hastalarda herhangi bir kistik olmayan ekstra-ovaryan kitlenin saptanmasının dış gebelik teşhisinde %98.9'luk sensitivite, %96.3'lük pozitif prediktif değer, %84.4'lük spesifite ve %94.8'lik bir negatif prediktif değeri olduğu saptanmıştır. Transvajinal sonografinin yüksek rezolusyonu olsa da, ektopik gebeliklerin özellikle erken evrelerinde %15-35 oranında adneksiyel bir kitleye rastlanmaz. Psödogestasyonel kese gibi bazı sonografik görüntüler de en tecrübeli ellerde bile bazen gestasyonel kese zannedilip yanlış teşhislere yol açabilir. Psödogestasyonel keseler endometrial kavitede sıvı kolleksiyonu olup uterus da merkezi (santral) bir yerleşimi vardır. Dış gebeliklerde, desidualize endometri-umdan gelişen kanamalar sonucu oluşan kese benzeri görüntüler ise santral değil daha periferik (eksentrik) yerleşimlidir. Seri β -hCG takipleri ve transvajinal sonografi kullanımı ektopik gebelik teşhisinde %95'lik pozitif prediktif bir değere sahiptir. Ultrasonografi β -hCG değerleri ayırıcı eşiğin üzerinde iken intrauterine bir gebelik olup olmadığına bakmak için kullanılmalıdır.

Ultrasonun net bir teşhis koyamadığı (indeterminate) olgularda %24 oranında ektopik gebelik görülür. Bu nedenle seri β -hCG ölçümü ve transvajinal sonografi ile tüm ektopik gebeliklerin teşhisi konulamaz. Kesin teşhis için ve de anormal intra-uterine gebelikler ile ektopik gebeliklerin ayırımı için

uterine küretaj ve doku tanısı gereklidir. Bu sırada, istenilen bir gebeliğin yanlışlıkla sonlandırılmasını önlemek için kürtaj öncesi sonografik ayırıcı eşik (*discriminatory cut off*) daha yüksek düzeyde seçilmelidir.

KÖ-32 [14:15]

Selim over ve tuba hastalıkları; Doppler ultrasonografi

Samet Topuz

İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Pelvik kitlelerin değerlendirilmesinde ultrasonografi birinci basamak bir tanı aracıdır. Kolay uygulanması, radyasyon içermemesi, real-time olması ve ekonomik olması en önemli avantajlarındandır. Ultrasonografi pelvik kitlelerde kesin olarak bir histopatolojik tanı konmasına izin veremese de pelvik kitlelerde aşağıdaki konuların aydınlatılmasına yardımcı olur; Pelvik kitlenin varlığı ve yokluğunun teyit edilmesi, Kitlenin boyut ve iç yapısının ve sınırlarının gösterilmesi, Kitlenin orijininin ve diğer pelvik yapılarla ilişkisinin gösterilmesi, Asit ve metastaz gibi malign hastalıklara bağlı anomalilerin varlığı veya yokluğunun saptanması

Pelvik kitlelerde Doppler ultrasonografi

Doppler ultrasonografi pelvik kitlelerde malign benign ayrımını yapmada ve torsiyon düşünülen olgularda yardımcı olabilir. Genel olarak malign olgularda damarlanma artacak ve direnç düşecektir. Pulsatilit ve rezisitans İndeksler kullanılarak, damarın periferik mi santral mı yerleştiğine bakılarak, maksimum sistolik hızı değerlendirilerek dalga şekli ve damar yoğunluğu birlikte değerlendirilerek kitlelerde malign benign ayrımı yapılabilir. Bununla birlikte Doppler ultrasonografi kesin bir tanı aracı olarak görülmemelidir. Tek başına hiçbir dalga formu benign malign ayrımını göstermede yeterli değildir. Klinik kullanımı en uygun hale getirmek için muayene sırasında saptanan bulguların, hastanın yaşının ve tümör markerlerinin, ultrasonografi bulgularının Doppler ile birlikte değerlendirilmesi esastır.

KÖ-33 [14:00]

Benign uterine pathologies and Doppler ultrasound

Aydın Özşaran

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Uterine fibroids (also known as leiomyomas or myomas) are the commonest benign uterine tumors, with an estimated incidence of 20%–40% in women during their reproductive