

**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 nedenlerindedir. 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 yazıkki 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 tehdidi 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,  $\beta$ -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-