

Bazı durumlarda doğumun daha erken gerçekleştirilmesi, "optimal" sonuçlar açısından önerilebilir. Örneğin komplike olmayan dikoryonik ikiz gebeliklerde 38. gebelik haftasında doğum önerilmektedir. Benzer şekilde; geç başlangıçlı hafif gestasyonel hipertansiyon/preeklampsi olgularında 37. haftada doğum indüksiyonunun, sezaryen oranı veya yenidoğan komplikasyonlarını artırmaksızın, maternal komplikasyonları azaltabileceği gösterilmiştir. Fetal büyüme kısıtlılığı gösteren tekil gebeliklerde de yakın takip sonrasında 37-38. haftalarda doğumun planlanması önerilmektedir. Ancak; bazı durumlarda 39uncu gebelik haftasından önce doğumun gerçekleştirilmesi ek fayda sağlamayabilir. Bunlar arasında önceki gebelikte ölü doğum öyküsü ve mevcut gebelikte (bazı istisnalar dışında) fetal anomali varlığı gibi durumlar bulunmaktadır. Diyabetik gebelikler gibi bazı komplikasyonlarda ise doğumun zamanlaması tartışmalıdır ve "bekleme" ile fetal kayıp, makrozomi ve doğum travması riskleri artabilmektedir.

Sonuç olarak, erken term dönemde (37-39 hafta) doğanlarda kısa ve uzun dönem mortalite ve morbidite artmaktadır. Buna dayanarak, erken term dönemde tıbbi endikasyon olmaksızın doğumun planlanması uygun olmayacaktır. Bazı komplikasyonların varlığında ise gebeliğin devamı; kanama, uterin rüptür, ölü doğum ve benzeri ciddi riskleri artırabildiğinden 39 hafta öncesinde doğumun planlanıp gerçekleştirilmesi yerinde olabilir.

KÖ-17

Gebelikte iyot kullanımı

Gökhan Göynümer

İyot; büyüme ve beyin gelişiminde rol oynayan, tiroid hormonlarının yapımında kullanılan ve vücutta üretilmediği için dışarıdan alınması gereken bir mineraldir. Diyetle alınan iyotun %10 undan azı tiroid bezi tarafından kullanılır, %90 undan fazlası idrarla atılır, az miktar feçeste bulunur. Gebelikte iyot gereksinimi; Tiroid Bağlayıcı Globulin artışı nedeniyle maternal ötiroidizm sağlamak için, özellikle geç gebelik döneminde fetüse iyot transferi nedeniyle ve artmış renal iyot klirensini karşılamak için normale oranla 1.5 kat fazladır. Günde idrar atılımı 150-200 µg/L olduğunda gebeler için yeterli iyot düzeyine ulaşılmış olur.

Vücutta yetersiz iyot alınması durumunda yeterli tiroit hormonu yapılamaz ve İyot eksikliğine bağlı hastalıklar gelişir. Bu hastalıklardan başlıcaları: guatr, kretinizm, mental gerilik, abortus, gestasyonel hipertansiyondur.

Beslenmemizde yeterince iyot alamamızın nedenleri arasında; yiyeceklerimizi az tuzlu pişirmemiz, Himalaya veya deniz tuzu kullanmamız, daha fazla sebze, daha az et yememiz, sık egzersiz yapmamız gösterilebilir. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1994 yılında ülke düzeyinde iyot yetersizliği hastalıkları mücadele ve tuzun

iyotlanması programını başlatmasına rağmen halen istenen düzeye ulaşamamıştır. Çeşitli kuruluşlar gebelerde iyot eksikliği önlemek için, günde 100-200 mcg iyot kullanımını önermektedirler.

KÖ-18

Perinatoloji ve obstetrikte medikolegal sorunlar ve dava örnekleri

Samet Bayrak

Dünyada ve ülkemizde hekimlik uygulamaları içerisinde en riskli grup Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlık Dalı olup, tüm tıbbi müdahale hatalarının % 26.7'sini oluşturmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Yüksek Sağlık Şurası ile Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumuna incelenmek üzere gönderilen dosyaların büyük bir bölümünde, Perinatoloji ve Obstetrik konularının sıklığı dikkat çekmektedir.

Perinatoloji ve Obstetrik'e ait medikolegal sorunları 7 alt başlık altında sıralayabiliriz: 1) Ölüm, 2) Cismen eza görme, 3) Uzun kayıp, 4) Engelli bebek doğması, 5) Konjenital anomalili bebek doğması, 6) Bitkisel hayata girme, 7) Bebek karışması.

Bu medikolegal sorunların önüne geçilmesi için; hekimler kayıtlarını çok dikkatli tutmalı ve korumalıdır. Dosyanın iyi tutulması hem yasal bir zorunluluktur, hem de ayrıntılı biçimde kayıt altına alınan bilgiler, yargıda doktor lehine kanıt olabilmektedir. Doktor kaydını iyi tutarsa davacı, doktorun kusurunu ispat etmek zorundadır. Aksi halde, iyi kayıt yoksa doktor kusursuz olduğunu ispat etmek zorunda kalabilir.

Hekimin sorumluluğu ancak kusurlu uygulama hatasından dolaydır. Buna karşılık komplikasyon dolayısıyla hekim sorumlu tutulamaz. Gerekli özen ve dikkat gösterilmesine rağmen meydana gelen olumsuz neticeler tıbbi müdahalelerin normal sapmaları, rizikoları olarak değerlendirilmelidir. Bir Yargıtay kararında "Yapılan ameliyat beklenen iyi sonucu vermemiş olsa dahi, tıp ilminin kabul edilen kurallarına uygun bir müdahale yapılmış ise, doktora kusur izafe edilemeyeceğinden meydana gelen sonuçtan dolayı sorumluluğu yoluna gidilemez" denilmiştir. Dolayısı ile hekimin taksirli (kusurlu) hareketinden bahsedebilmek için; hekimin kusurlu olması, başka ifade ile özen yükümlülüğünü ihmal etmesi gerekmektedir.

KÖ-19

Postpartum kanamada konservatif yaklaşım teknikleri

Elif Gül Yapar Eyi

Obstetrik hemoraji yılda 6.6 milyon anne ölümüne yol açan önemli bir sorundur. Kanama kaynaklı ölümlerin İngiltere'de bile %58'inin "önlenebilir" olduğu ortaya konulmuştur. İ-

koçya'da "yaşamı tehdit eden" 2.5 litre ve üzerinde kan kaybına yol açan ya da akut olay sonrası koagülopati gelişmesine neden olan ya da 5 ünite üzerinde kan verilmesini gerektirecek kanama oranı 3.7/1000 olarak belirtilmektedir. Bu noktalar değerlendirildiğinde: obstetrik hemoraji anne mortalite ve morbidite nedenleri arasında başta gelmektedir ve standart altı yaklaşımların hemoraji yönetiminde yer aldığına dair delillerin mevcudiyeti nedeni ile öncelikli olarak obstetrik hemoraji yönetiminin bilinmesi ve ulusal düzeyde belirlenen sorunlara yönelik sürekli düzenlemelerin ve standartın sağlanması gerekmektedir. Doğum sonrası kanamalarda uteroplental yataktan termde 360 ml/dakika kan geçişine bağlı olarak "yaklaşık 20 dakika içinde anne ölümü" gelişebileceğinden özel önem arz eder. Doğum Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasında olduğu gibi "acildir", felakete dönüşmemesi bilgi, ilgi, alt yapı, organizasyon, finansal destek ve sürekli değerlendirme, denetim ve yeniden yapılanmalar gerektirir.

Aşağıda bütün gebeler ve doğum sonrası kanama gelişen gebeler ayrılarak postpartum kanamada konservatif yaklaşım teknikleri basamaklı olarak sunulmaktadır:

Bütün gebelerde prenatal değerlendirme ve planlama

- Plasenta previa
- Plasenta akkreat
- Kanama bozuklukları belirlenmeli ve hazırlıklar yapılmalıdır
- Ağır anemi (<Hb:9.0 g/dl) taranması ve en kısa süre içinde tedavisi yapılmalıdır

Kabulde değerlendirme ve planlama

1. Kan grubu ve antikor taraması
2. Risk faktörleri belirlenmesi

Eylemin II. evresinin uzaması

Uzun süre oksitosin kullanımı

Aktif kanama

Koryoamniyonit

Tokolitik tedavi

- Organizasyon ve daha önce hazırlanmış kanama protokolleri mevcut olmalıdır
- Uterus masajı ve farmakolojik tedavi ile birlikte resüsitasyon ve monitorizasyon sürdürülmelidir.
- Neden belirlenmelidir.
- Genital sistem yaralanması, plasenta retansiyonu, uterin atoni ayrımı yapılabilmesi ve doğru yönetim uygulanmalıdır.
- Gerekenlere transfüzyon gecikmeden uygulanmalıdır
- Koşullar uygun ise balon tamponad denenebilir.
- Kanama sürüyor ise cerrahi girişimler uygulanır.
- Vücut ısısı, asidemi; serum kalsiyumu; trombosit fibrinojen düzeyleri değerlendirilerek optimal düzeye getirilir.
- FVIIa 90 µg/kg ve kanama sürüyor ise verilir.
- İkinci doz FVIIa 90 µg/kg tekrarlanır.
- İkinci doz FVIIa 'a ve uygulanan resüsitasyona ve transfüzyonlara rağmen kanama sürüyor ise cerrahi uygulanmalıdır.