

2. Medikal tedavi

- Sistemik MTX (IM)
- Lokal MTX
- Kombine MTX (lokal ve sistemik)
- Lokal embriyosid (KCL)
- GS aspirasyonu
- Kombine tedavi (GS aspirasyonu+MTX)

3. Cerrahi tedavi

- Laparotomi veya laparoskopi ile wedge eksizyon
- Operatif histeroskopi
- D&C. Ciddi kanama riski var. Mtx tedavisi, laparotomi ile eksizyon, balon tamponad, histerektomi gerekebilir. Bazı otörler kesinlikle yapılmamasını savunurken bazı otörler erken gebelik haftasında (yedi haftaya kadar) yapılabileceğini söylemektedirler.
- **Selektif uterin arter embolizasyonu (SUAE):** Son zamanlarda değer kazanmıştır.

Tedavi Takibi

Sıfır seviyesine inene kadar haftalık beta HCG ve gebelik kitlesi kaybolana kadar aylık USG ile takip yapılır. Hastalara, daha sonraki gebeliklerde skar gebeliğinin tekrarlayabileceği bilgisi verilmelidir.

KÖ-08

IVF gebeliklerde perinatal prognoz

Ebru Tarım

Yardımcı üreme teknikleri kullanılarak oluşan gebelikler; infertil çiftlerin özelliklerine, infertilite nedenine ek risk faktörlerine ve kullanılan yardımcı üreme tekniğinin özelliklerine bağlı olarak yüksek riskli gebelikler sınıfının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu gebeliklerde preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği, preeklampsi, gestasyonel diyabet ve perinatal mortalite IVF gebeliklerde genel popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur. İnfertilite tedavisinin en önemli sonuçlarından biri de çoğul gebeliklerdir. Doğal konsepsiyonlarda %1 olan çoğul gebelik oranları, yardımcı üreme teknikleri ile oluşan gebeliklerde %27'leri bulabilmektedir.

Preterm doğum oranları yenidoğan mortalitesinin en önemli sebeplerindendir. 1985'te Avustralya IVF merkezlerinde preterm doğum prevalansı üzerine yapılan çalışmada preterm doğum oranı %19 olarak bulunmuştur. Bu genel toplum ortalamasından 3 kat daha yüksektir. Fransa'da yapılan çok merkezli bir başka çalışmada IVF gebeliklerde preterm doğum oranı genel toplum ortalamasına göre yüksek bulunmuştur (%12.2 vs. 5.6).

15 çalışmayı içeren bir metaanaliz çalışmasında 12283 IVF ve 1.9 milyon spontan gebelik karşılaştırılmıştır. Perinatal mor-

talite, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve intrauterin gelişme geriliği oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi infertilite tedavisinin en çarpıcı sonuçlarından biri de muhakkak ki çoğul gebeliklerdir. Doğal konsepsiyonlarda %1 olan çoğul gebelik oranları, yardımcı üreme teknikleri kullanılarak oluşan gebeliklerde %27'leri bulabilmektedir.

Gestasyonel diyabet, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı yine spontan gebeliklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Başkent Üniversitesi Ankara ve Adana Hastanelerinde 2003-2011 yılları arasında takip edilen 990 ICSI gebeliği tüm antenatal takibi ve doğumu merkezimizde gerçekleştirilmiş tekil gebeler (n=1046) ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda GDM (%23.2 vs. %6.8), preeklampsi (%6.4 vs. %2.2), intrauterin gelişme geriliği (%8.8 vs. %5.4), intrahepatik kolelazi (%3.1 vs. %1.1), 34 hafta altı (%6.8 vs. %3.3) ve 37 hafta altı preterm doğum oranları (%19.1 vs. %98) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Aynı çalışmada alt grup analizlerinde, infertilite nedenleri ve hastaların demografik verileri komplikasyon oranları ile ilişkili bulunmuştur.

IVF tedavileri sırasında kullanılan hormon tedavileri, endometrial reseptivitede değişikliklere ve erken implantasyon sırasında sitotrofoblastların invazyon yeteneklerinde azalmaya neden olabilir. Yine transfer sırasında vajen ve serviks florasyndan kontaminasyon nedeniyle, endometrial kavitede artmış inflamatuvar sitokinler olduğu gösterilmiştir. İnflamatuvar sitokinlerdeki bu artış artmış preterm eylem, bozulmuş anjiogenezis nedeniyle preeklampsi ve intrauterin gelişme geriliği ile ilişkilendirilebilir.

KÖ-09

Gebelik diyabetinde tarama testleri: 50-75-100 g?

Selahattin Kumru

Güncel veriler GDM taraması ve tedavisi sayesinde pek çok gebelik komplikasyonunun azaltıldığını ve perinatal sonuçların iyileştirilebildiğini bildirmektedir. Bu nedenle pek çok ülke ve de WHO gebelikte diyabet taraması önermektedir. Testlerin sensitivite ve spesifite kullanılarak eşik değerlere bağlı olarak değişmekle birlikte %80-90 civarındadır. HAPO çalışmasının sonuçları mevcut kriterler ile normal olarak kabul edilen olgularda da artmış perinatal sorunlarla ilgili risklerin devam ettiğini bildirmektedir. IADPSG, HAPO çalışmasının sonuçlarını detaylıca inceledikten sonra 75 gr tek basamaklı OGTT için yeni eşik değerler önermiştir. IADPSG önerilerinin kliniğe uygulanması ile elde edilecek yararlar ve maliyetler ile ilgili randomize kontrollü çalışmalar henüz mevcut değildir. Mevcut veriler, IADPSG kriterlerine göre GDM tanısı durumunda GDM prevalansının yaklaşık 3 katına (%15-20 arasına) çıkarak artacağını göstermektedir. Bu aynı zaman-

da maliyet artışı anlamına gelmektedir. Bu maliyet artışının mevcut yöntemler ile yapılan taramalara ve tedavilere perinatal sonuçlar bakımından üstünlüğü ve yararı tüm toplumlarda ortaya konulamamıştır. Bu konuda yapılan bir maliyet-yarar analizi perinatal sonuçlar bakımından değil ancak GDM olgularının hayatlarının ileri dönemleri için planlamalarda işe yarayacak şekilde değerlendirilirse IADPSG önerilerinin işe yarayabileceği sonucuna ulaşmıştır. Ünlversal tarama açısından perinatal sonuçları iyileştirmek amacıyla IADPSG kriterlerinin uygulamasına geçmek için henüz yeteri kadar veri mevcut değildir. Yapılacak randomize kontrollü çalışmalar, durumun netleşmesine yardımcı olacaktır.

KÖ-010

Temel kardiyak muayene ve detaylı temel kardiyak muayene

Oluş Api

Konjenital kalp hastalıkları (KKH) en sık rastlanılan major konjenital anomali olup, canlı yenidoğanların 8/1000'ini etkiler. Konjenital kalp hastalıkları, kromozom anormalliklerinden 6.5, nöral tüp defektlerinden ise 4 kat daha sıktır. Konjenital malformasyona bağlı gelişen perinatal mortalitenin %20'den fazlasının ve çocukluk çağında gelişen ölümcül malformasyonların yarısından çoğunun sebebidir. Konjenital kalp hastalıkları, böylesine önemli bir sağlık sorunu olmasına ve en sık rastlanılan anomali olmasına rağmen, ultrasonografi sırasında en sık gözden kaçırılan malformasyondur.

Fetal kalp anomallerinin erken dönemde teşhis edilmesi, genetik sendromların teşhisi, ailenin bilgilendirilmesi (mali boyut, mevcut anomalinin düzeltilmesi için palyatif veya düzeltici yapılacağı, bir veya daha fazla operasyonun anomallerin düzeltilmesi için gerekebileceği gibi) aileye terminasyon ve varsa prenatal tedavi şansının sunulması açısından oldukça önem taşımaktadır. Ayrıca, doğum sonrasında perinatal bakım olanaklarının iyileştirilmesi için de aileye olanak sunulmuş olur. Özellikle duktusa bağımlı lezyonlarda (Fallot tetralojisi, BAT, aort koarktasyonu, ciddi aortik/pulmoner stenoz, total pulmoner venöz dönüş anomali gibi) doğumun pediatrik kardiyoloji servisi olan tersiyer bir merkezde gerçekleşmesi sağlanır; ayrıca intravenöz prostaglandin uygulaması ile duktus açık tutularak, yenidoğanın operasyon için bekleme döneminde stabil olarak kalması sağlanır.

Fetal kalbin iki boyutlu incelenebilmesi için yüksek çözünürlüğü olan cihazlar kullanılmalı ve yüksek frekanslı (en düşük 5 MHz) probalar kullanılmalıdır. Görüntünün büyütülebilmesi ve cine loop, ayrıntılı inceleme için gerekli olan özelliklerdir. Doku harmonik görüntüleme, görüntü kalitesini arttıran ve özellikle kilolu gebelerde muayeneyi kolaylaştıran bir tekniktir.

Fetal kalbin değerlendirilmesi için optimal zaman 22-24. gebelik haftalarıdır. Ancak, son yıllarda ultrasonografi cihazlarındaki iki boyutlu görüntüleme kalitesinin ve fetal ekokardiyografi konusundaki tecrübenin artması ile giderek daha erken gebelik haftalarına kaymaktadır. Erken fetal ekokardiyografi ile ilk trimesterde dahi fetal kalp değerlendirilebilmekte ve KKH'nın birçoğu bu dönemde tanınabilmektedir.

Fetal kardiyak anomallerin saptanmasında diğer bir yol gösterici muayene yöntemi ilk trimesterde nüks kalınlık değerlendirmesidir. Birincil amacın fetal kromozom anormalliklerinin saptanması olan nüks kalınlık tayini sırasında nüks kalınlığı artmış bulunan (CRL'ye göre 95. persentil değerin veya 99. persentil değerin üzerinde) ancak kromozomal olarak normal fetüslerin önemli bir bölümünde KKH saptanmaktadır.

Temel Kardiyak Muayene

Fetal kalbin değerlendirilmesi öncelikle situs yani kalbin toraks içindeki yerleşiminin değerlendirilmesi ile yapılmalıdır. Temel kardiyak muayenenin başlangıç incelemesi fetal pozisyonun değerlendirilmesi ve fetal üst abdominal transvers kesitin incelenmesidir. Üst abdominal kesit elde edildikten sonra fetal vertebradan sternuma doğru hayali bir çizgi çizilir. İnen aort kesiti, dalak ve mide, bu çizginin solunda, vena kava inferior ve karaciğer ile portal sistem sağında yer alır.

Fetal situs ve üst abdominal kesitin değerlendirilmesini dört odacık görüntünün değerlendirilmesi izler. Temel tarama, kalbin dört odacık görünümünün değerlendirilmesi ile yapılır. Kalp anomali ile doğan bebeklerin yalnızca %10-20'si kalp anomalleri için bilinen risk faktörlerine sahiptir. Konjenital kalp hastalıklarının çok büyük kısmı, KKH için düşük riske sahip gebeliklerde meydana gelmektedir. Bu nedenle, rutin ultrasonografik tarama yapılan tüm gebelerde fetal kalbin dikkatle taranması KKH'ı olan olguların erken saptanması yönünden önemlidir. Literatürde, temel kardiyak muayene ile KKH'na ait tespit oranlarını inceleyen değişik çalışmalara bakıldığında, yakalama oranları %5 ila 92 arasında değişmektedir. Tüm bu çalışmalar, farklı metodlar ve farklı riske sahip popülasyonlarda gerçekleştirilmiş olup, konjenital kalp hastalıklarına ait yakalama oranlarının birçok çalışmada değişik olmasının nedenleri kısaca şöyledir:

1. Değişik popülasyonlarda ait yakalama oranlarının incelenmesi (yüksek-riskli vs düşük-riskli vs karışık-riskli gruplar)
2. Fetal kalp değerlendirmesini yapan kişilerin sahip olduğu tecrübe (az tecrübeli vs expert kişiler tarafından yapılan muayene)
3. Fetal kalp değerlendirmesinin yapılma zamanı (<15 hafta vs. 18-20 hafta)
4. Taranan kardiyak malformasyonun özelliği (tüm minor veya major KKH vs. sadece major KKH vs. yalnız 4-odacık görüntüsünü bozan KKH).