

hekimlerinin fetal büyümeyi takip etmede kullandıkları vazgeçilmez aracı olmuştur.

Ultrasonografik ölçümler özellikle gebeliğin ilk yarısında yapıldığında fetal gelişimin değerlendirilmesi için değerlidir. Gebelik haftasının tespiti için çok sayıda nomogram mevcuttur. Bu nomogramlar ülkelerin antropometrik özelliklerine göre farklılıklar gösterdiğinden, her ülkenin de genelde kullandığı nomogramlar değişiklikler gösterir. Günümüzde, Hadlock, Campbell, Shepard, Hansmann, Sabbagha, Weiner, Eik-Nes gibi önemli yazarların oluşturdukları yüzün üzerinde formül kullanılmaktadır.

Fetus ağırlığının tahmini için biparietal çap (BPD), Femur uzunluğu (FL), fetal abdomenin ön-arka ve transverse çapları (APD-TAD) ve abdomen çevresi (AC) kullanılarak çok sayıda formül üretilmiştir. Ancak bu formüllerin doğru sonucu verme hassasiyetleri tartışmalıdır. Formüllerin çoğunluğu term dönemde yapılan ölçümlere göre üretilmiştirler. Bu nedenle preterm, oligohidramnios, membranların preterm prematür rüptürü veya makrozomi gibi durumlarda yetersiz kalabilmektedirler. Özellikle fetal ağırlığın tahmini prospektif için yapılan pek çalışma vardır. Bu çalışmaların sonucunda fetal gelişimin takibi için geliştirilen formüllerin birbirlerine üstünlüklerinin olmadığını göstermektedir. Bu çalışmaların ayrıntıları konuşma için anlatılacaktır.

Antenatal dönemde fetusun ağırlığının doğru tahmin edilmesi doğru karar verebilme ve komplikasyonların önlenmesi için çok değerlidir. Fetal ağırlık tahmininde kullanılan formüller de aynı şekilde farklılıklar göstermekte olup, en fazla biyometrik parametre ile hesaplama yapanlar en doğru sonuca ulaştırmaktadır.

Fetal ağırlığın tahmininde kullanılan formüllerin yanısıra aşağıdaki faktörlerin de potansiyel etkileri olduğunu göz önüne almak gereklidir;

- Etnisite
- Görüntüleme kalitesini azaltan oligohidramnios, artmış maternal adipoz doku kalınlığı, çoğul gebelik ve fetal pozisyon
- Ultrasonografi yapan hekimin deneyimi
- Cihaz
- Fetal anomaliler
 - o Gastrosizis (artmış AC)
 - o Hidrosefali (artmış kafa ölçümü)
- Gestasyonel yaş (termde formüllerin hassasiyeti artmaktadır)
- Gelişme geriliği veya makozomi
- Fetal cinsiyet

KÖ-16

Erken term doğumlar: 37–39 haftalarda yaklaşım prensipleri

Mekin Sezik

İnsanda gebelik süresi, özellikle ovülasyondan itibaren belirlendiğinde dahi, önemli oranda değişkenlik göstermektedir. Yeni bir araştırmada ovülasyondan doğuma dek geçen ortalama sürenin 268 gün (38 hafta 2 gün) olduğu saptanmıştır. Ayrıca, bir kadının doğumlarının benzer gebelik yaşlarında gerçekleştiği de gösterilmiştir. Dolayısıyla, her bir gebeliğin muhtemelen maternal faktörlerden de önemli oranda etkilenen “programlanmış” bir süresinin olduğu düşünülebilir.

Klasik olarak son adet tarihine göre 37. haftadan sonra fetüsün “olgunlaştığı” ve doğum için “uygun vaktin” geldiği düşünülmüştür. Ancak; “programlanmış” süresinden önce tıbbi veya tıbbi olmayan çeşitli nedenler ile doğumun gerçekleştirilmesinin sakıncaları olduğu da son yıllarda gösterilmiştir. Buna dayanarak 37+0/7 ila 38+6/7 gebelik haftalarını kapsayan dönem “erken term” olarak isimlendirilmiştir.

Erken term dönemde doğan bebeklerde, morbidite ve mortalite oranları 39-40 haftalarda doğanlara göre daha fazladır. Ayrıca, erken termde doğanların erken çocukluk (1-5 yaş) ve genç erişkinlik (18-36 yaş) dönemlerinde de mortalite oranlarında artış olduğu gösterilmiştir.

Erken term doğumların uzun dönem etkileri, mortalite artışı ile sınırlı olmayabilir. Geniş bir epidemiyolojik çalışmada, erken term doğan çocukların 5 yaşındaki eğitsel başarılarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Diğer bir araştırmada ise 37inci gebelik haftası içinde doğan bebeklerin çocukluk ve hatta adolesan dönemde, 39 hafta ve sonrasında doğanlara göre, davranışsal sorunlar yaşama riskinin birçok faktörden bağımsız olarak arttığı (olasılık oranı: 1.43) belirtilmektedir.

Bu yeni veriler, erken term dönemde doğanlarda kısa ve uzun dönemde morbidite ve mortalitede artışı desteklemektedir. Buna dayanarak, 37-39 haftalarda tıbbi dayanağı olmayan doğum indüksiyonu veya sezaryen doğumlardan kaçınılması önerilmektedir.

Bir dizi maternal, fetal ve plasental komplikasyon durumunda ise erken term dönemde doğumun gerçekleştirilmesi zorunluluk haline gelebilir. Doğum kararının kişiselleştirilmesi ve erken term doğuma bağlı istenmeyen etkilerin mevcut risk(ler) ile dengelenmesi gerekmektedir. Bu gerçeğe rağmen, uygulamada beklenenden fazla oranda doğum indüksiyonu kullanıldığı düşünülmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde yaklaşık her 4 gebeliğin biri doğum öncesinde indüklenmektedir. Bu nispeten yüksek oranın, çeşitli gebelik komplikasyonları varlığında anne ve bebek iyiliğini de riske atmadan, azaltılması amaçlanmalıdır.

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 ından 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.

Vücuda 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 üzerine 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 dolayıdır. 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. İs-