

**5. Methotrexate (MTX):** Folat antagonistidir. PA tedavisinde genel görüş; trofoblastik aktivite durduğu için inefektif olduğu kabul edilmektedir.

### Sonuç ve Öneriler (ACOG)

1. Daha önce sezaryen doğum nedeniyle myometrial hasar gelişen, plasenta previa anterior veya posteriordan uterin skar üzerine yerleşen kadınlar PA için büyük risk altındadır.
2. Plasenta akreta olgularında maternal mortalite %7 dolaylarındadır.
3. PA tanısı için ultrasonografi yeterlidir.
4. PA olguları, doğum için yeterli pratiği ve deneyimi olan, diğer branşlardan destek alabilen hastanelere (tertiary perinatal care center ) refere edilmelidir.
5. Hasta güvenliğini artırmak için deneyimli obstetrik time (obstetri cerrah, ürolog, genel cerrah, jinekolojik onkolog) gereksinim vardır.
6. PA olgularının doğumu, spesyalize tersiyer merkezlerde daha güvenlidir.
7. Bu kadınlara histerektomi, masif kanama ve maternal mortalite riski olabileceği preoperatif anlatılmalıdır.
8. Planlı doğum amaçlanmalıdır, ancak acil doğum olasılığı her hasta için unutulmamalı ve önlem alınmalıdır.
9. Doğum zamanlaması hasta koşullara bağlı olarak, kişiye özel olmalıdır.
10. Stabil hastalarda amniyosentez yapmaksızın anne ve yenidoğan sonuçları birlikte optimize edildiğinde 34. haftada doğurtulmalıdır.
11. Antenatal kortikosteroid kullanımı ve zamanı bireyselleştirilmelidir.
12. Genel olarak PA olgularında; plasentanın içerde bırakılması ciddi kanamalara yol açması ve planlı preterm sezaryen histerektomi önerilen yönetimdir.
13. PA olgularında cerrahi yönetim bireyselleştirilmelidir.

### KÖ-07

#### Skar gebeliği: Tanı ve yaklaşım

İbrahim Polat

Skar gebeliği tanımından kasıt, sezaryen skar gebeliğidir (SSG). SSG, blastokistin eski sezaryen skarında açılan mikroskopik ya da makroskopik yollardan myometrium içine implante olduğu anormal bir gebeliktir. Yani gebelik kesesi endometrial kavitede değil, sezaryen skarın fibröz dokusu ve myometrium içindedir. Aslında en nadir görülen ektopik gebeliktir.

İlk olarak 1978'de Larsen ve Solomon tarafından bildirilmiştir. Çok nadir görülmekle (tüm gebeliklerde 1/1800 ila

1/2226, eski sezaryenli gebelerde %0.15 ve en az bir sezaryeni ile bir dış gebeliği bulunanlarda %6.1) beraber, sezaryen oranının ve tanı olanaklarının artması (hemen bütün erken gebeliklerin değerlendirilmesinde TV-ultrasonografi kullanılması) ile birlikte görülme sıklığı artmaktadır. 2002 yılında 18 olgu bildirilirken, 2007 yılında 161 olgu bildirilmiştir ve son iki yılda ise yayınlar çok artmıştır. %52 SSG olgusunda hastanın sadece bir kez sezaryen ile doğum yapmış olduğu saptanmıştır. Sezaryen, myomektomi, metroplasti, elle halas, D&C, histeroskopi, IVF gebeliği gibi durumlar riski arttırmaktadırlar.

Hayatı tehdit eden bir durumdur. Yanlış tanı konulur ise veya tanı konulduğu halde gebelik sonlandırılmaz ise uterus rüptürü veya masif kanama nedeniyle ağır maternal morbidite, hatta maternal ölüm bile olabilir.

Asemptomatik olabileceği gibi, en sık görülen semptom ağrısız veya ağrılı vaginal kanamadır. Yalnızca karın ağrısı da olabilir.

#### Tanı

Transvaginal ultrasonografinin tanıda sensitivitesi yaklaşık %85'tir. Ultrasonografide tanı kriterleri:

1. Boş uterin kavite
2. Boş serviks
3. Mesane ile gebelik kesesi (GS) arası mesafe (myometrium kalınlığı) azalmıştır, 2-5 mm
4. Uterus ön duvarında incelleme veya devamlılığında kesinti (mesane ve uterus ön duvarına yakın GS nedeniyle)
5. Üçgen şekilli GS
6. Renkli Doppler USG: GS iyi perfüze olur, Sezaryen yerinde arteriyovenöz malformasyon (AVM) saptanabilir.

Tanı ve tedavi takibinde 3-D renkli doppler ve MRI kullanılabilir.

Ayrırcı tanıda abortuslar (inkomplet, insipiens) ve serviko-istmik gebelikler göz önüne alınmalıdır.

#### Yaklaşım

Herkesin kabul ettiği ortak bir tedavi protokolü yoktur. Ancak hayatı tehdit eden komplikasyonları (rüptür, masif kanama gibi) nedeni ile özellikle ilk trimesterde tanı alan olgularda gebeliğin sonlandırılması önerilmektedir. Çoğu olguda tedavi şekli semptom, beta hcg'ye ve cerrahi deneyime bağlıdır. Aşağıda belirtilen tedavi şekilleri tek olarak uygulanırlıkları gibi, çeşitli kombine tedaviler de uygulanmaktadır.

#### Tedavi Şekilleri

**1. Konservatif tedavi (bekleme tedavisi):** Gebelik uterin kaviteye bağlanır ve terme kadar gidebilir veya uterus rüptürü gelişebilir.

## 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 sebeplerindedir. 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 İnfertilite 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 kolelstat (%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 floransından 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 azaldığını ve perinatal sonuçların iyileştirilebildiğini bildirmektedir. Bu nedenle pek çok ülke ve de WHO gebelikte diyabet taraması önermektedir. Testlerin sensitiviteyi kullanılan 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-