

Pelvik tabanın değerlendirilmesinde çeşitli ultrasonografik modaliteler ve tansduserler kullanılmaktadır. Transperineal Ultrasonografi: 2D/3D konveks transduser; 2D/3D transvaginal transduser. Endoanal/Endovaginal ultrasonografi: 2D/3D transduser. Ultrasonografi urojinekolojik değerlendirmenin önemli bir parçası olma yolundadır ancak pelvik tabanın değerlendirmesinde hangi methodun en iyi olduğu belirsizdir. Ayrıca 3D/4D ultrasonografi ile elde edilen pelvik tabanın bütüncül değerlendirmesine ilişkin datalar yeni Tedavi alternatiflerine ilham verebilir.

KÖ-04 [10:45]

Baş-pelvis uygunsuzluğu: Ultrason?

Arif Güngören

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay

Baş-pelvis uygunsuzluğu(BPU), maternal pelvis ve fetal baş arasında dengesiz bir büyüklüğün olduğu gebeliklerde ortaya çıkar, mekanik sebeplerden dolayı fetusun doğum kanalından güvenli olarak ilerleyişindeki yetersizlikle sonuçlanır. Klinik sınıflaması 1961 de Cape Town'dan Craig tarafından önerilmiştir. Mutlak ve görel olarak iki gruba ayırmıştır. BPU'nun doğrudan klinik sonucu olan tıkanmış doğum eylemi, 2005 Dünya Sağlık Örgütü'nün rakamlarına göre, dünyada anne ölümlerinin %8'inden sorumludur. Tahmin edilen prevalansı, teşhis kriterlerine bağlı olduğu için çok değişkendir. BPU öngörme:

1. **Antepartum:** Klinik pelvimetri, X-ray pelvimetri, Ultrasonografik (USG) pelvimetri, Bilgisayarlı tomografi, Manyetik rezonans görüntüleme
2. **İntrapartum:** Klinik pelvimetri, USG pelvimetri, fetal başın inişi, moulding, kaput succedaneum, asinklitizm

USG pelvimetri

Ultrasonik muayene, doğum eylemi başlangıcından önceki zamandan itibaren, doğum mekanizması komplikasyonlarını tespit etme ve sınıflandırmada, tarama metodu olarak çok uygundur. Ultrasonografik değerlendirme üç şekilde olur; transabdominal, transvajinal, transperineal. Orta pelvis çap ve çevre ölçümleri ve fetal baş ölçümlerinin karşılaştırıldığı Sefalopelvik index, baş-pelvis uygunsuzluğunu tespit etmede kullanılabilir. Fetal-pelvik index (fetal baş-karın çevresi ve pelvik girim-orta pelvis çevresi), fetal-pelvik uygunsuzluğunu orta derecede öngörür. Alana göre sefalo-pelvik indeks, baş-pelvis uygunsuzluğu öngörüsünde, özellikle normal doğurabilecek hastaları ayırt ederek kalanlar üzerinde yoğunlaşmayı sağlayabilir.

KÖ-05 [11:00]

İlk trimester muayene standardı nedir?

Murat Yayla

International Hospital Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Gebeliğin 11-12 ve 13. haftalarında yapılan ultrasonografi muayenesi genelde “ense testi” incelemesi olarak bilinse de bu muayene gebelikte yapılacak ultrasonografi incelemelerinin temelini oluşturur. Örneğin daha önceden belirlenmemişse: fetüs, amniyon ve koryon sayısını ve muhtemel doğum tarihini belirlememize yardımcı olur. Bundan 1 ay sonra yapılacak olan sonografik inceleme, yukarıda değindiğimiz konularda 11-13 haftadaki kadar güvenilir değildir.

Muayene sırasında plasenta ve amniyon ile ilgili temel bulgular elde edildikten sonra aynı ikinci üç ay incelemesinde olduğu gibi fetal biyometri yapılmalı, CRL ölçümünün yanında BPD, HC, AC, FL ölçümleri de alınmalıdır. Buradaki temel amaç ölçüm değerlerinden ziyade fetal anatomisinin sistematik olarak incelenmesidir. Örneğin transvers planda kafa ölçümleri yapılırken kranyumun kemikleşmesi, hemisferler, arka çukur elemanları, gözler ve damak da incelenmelidir. Sagittal planda gerekli büyütme sağlandıktan sonra burun kemiği, yüzün açılması, çene, intrakranyal çizgilenmeler ve ense ödeminin yanı sıra vertebra bütünlüğü, diyafram, mide, umbilikusun insersiyonu, barsaklar ve mesane görülmelidir. Tekrar transvers plana geçilerek toraks, kalp odacıkları ve kalbin yönü, mide lokalizasyonu, böbrek lojları, mesane ve çevresinde umbilikal arterlerin varlığı incelenmelidir. Arterlerin varlığı renkli Doppler tetkiki ile daha kolay anlaşılabilir. Tüm ekstremitelerde üçer uzun kemik olup olmadığı, ayrıca parmakların mevcudiyeti de gözlenmelidir. Bu sistematik incelemedeki amaç fetüsün uzuv ve organlarında normalden herhangi bir sapma olup olmadığının gözlenmesidir. Gözümüzün alışıksız bir görüntü alta yatan bir malformasyonun habercisi olabileceği gibi geçici bir organ farklılaşma sürecini de işaret edebilir. Bu gibi durumlarda konsültasyon istenmesi esastır.

Eğer biyokimyasal tarama testleri de yapılacaksa ense saydamlığının uygun plan ve uygun büyütmede en az iki defa ölçülmesi gereklidir. Bu süreç tarama yapanların en fazla zorlandıkları ve kuralları uygulamadıkları zaman en fazla hata yaptıkları bölümdür. Gerekli eğitim alınmadan, taramaya yeterli zaman ayrılmadan veya ideal plan elde edilmeden yapılacak ölçümler ve verilecek sonuçlar taramanın verimini düşürür. Gerek transabdominal, gerekse transvaginal incelemelerde mesanenin boş olması ilk kuraldır. Fetusun amniyon zarına yapışık olmadığı, nötr durumda hareketlendiği, oksipital kemik, saydamlık ve cilt sınırının en rahat görüldüğü, görüntünün ekranın 3/4'ünü kapladığı plan ideal NT ölçüm planıdır. Saydamlık, en fazla olduğu bölgede uçtan uca ölçülmeli ve en yüksek değer not edilmelidir. İncelemeyi yapan uzman bulgusunu bir nomogram üzerinde değerlendirirse gereksiz endişelerden veya yanlış ölçümlerden kendisini korumuş olur. Gebe ve ailesi bu konuda bilgilendirilirken yüksek bulunmuş değerlerin doğrudan patolojiye işaret etmediği, sadece araştırmancının bu yönde derinleştirilmesi gerektiği hatırlatılmalıdır.

Ense saydamlığının iyi tarandığının en iyi göstergesi, ölçülmüş olan ense planının resim ile belgelenmiş olmasıdır. Taramanın nasıl yapılması gerektiğini bilen ancak çeşitli nedenlerle bunu yapamayanlar, tarama sonrasında sadece bulunmuş olan risk rakamları ile ilgilenmeyip, çekimlere de mutlaka göz atmalıdırlar. Yetersiz özen ile yapılmış incelemeler tarama olarak kayıtlarda yer almamalı, gerekirse diğer tarama testlerine başvurulmalıdır. Bu kurallara uyulursa özenle yapılmış bir tarama testinden sonra ikinci bir tarama istenmesine de gerek kalmamış olur.

11-13 hafta incelemesinin sonunda uterin arter impedanslarının ve serviks uzunluğunun ölçülmesi ileride karşılaşılabilecek bazı sorunlar hakkında bizlere önceden bilgi verebilir. Bu nedenle şartların elverdiği ölçüde serviks ve uterin arterler de değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak 11-13 hafta sonografisi her gebede ihmal edilmemesi gereken, daha sonra yapılacak olan sonografi tetkiklerine temel oluşturacak, laboratuvar ve kliniği doğru yönlendirecek bir muayene şeklidir. Konuyla ilgili uzmanların ve uzman adaylarının yeterli donanımına sahip olabilmek için bu eğitimi almaya ve yeteneklerini geliştirmeye gayret göstermeleri, gerek medikal, gerekse medikolegal yönden vazgeçilmezdir.

KÖ-06 [11:15]

Preeklampsia öngörüsü ve önemi

Filiz Çayan

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin

Preeklampsia, gebeliğe spesifik multisistemik hipertansif bir hastalıktır. Tüm gebeliklerde ~ %6-8 oranında görülür. Maternal ve neonatal mortalite ve morbidite yüksektir ve gelişmiş ülkelerde maternal mortalitenin %15-20'sinden sorumludur.

Klinik değişkendir, geç gebelik döneminde ortaya çıkan geçici HT ile karakterize hafif tipden, yaşamı tehdit eden nöbetlerin eşlik ettiği, HELLP sendromu, fetal hipoksi ve gelişme geriliği ile seyreden şiddetli tipe kadar farklı klinik şekillerde ortaya çıkabilir.

Preeklampsia, patogenezi farklı olan erken ve geç preeklampsia olarak da sınıflandırılabilir.

Erken PE (<34 gh)

- Erken gebelik haftalarında ortaya çıkar
- Plasentasyon bozukluğu sonucu oluşur
- Maternal ve fetal risk yüksektir

Geç PE (>34 gh)

- Geç gebelik haftalarında ortaya çıkar
- Plasentasyon normaldir
- Annenin gebeliğe verdiği normalden farklı reaksiyon sonucu oluşur

İdeal tarama testi nasıl olmalıdır?

1. Hastalık önemli ve sık rastlanan sağlık problemi olmalı
2. Hastalığı erken, asemptomatik dönemde tespit edilebilmeli
3. Erken tedavi sağlık sonuçlarını değiştirebilmeli
4. Tüm topluma tarama yapılabilirmeli
5. Test basit, güvenilir ve kolay ulaşılır olmalı
6. Pahalı olmamalı

PE Öngörü neden önemli?

- PE rekürrens riski %65
- Maternal ve perinatal komplikasyonlar yüksek
- Uzun dönem sağlık riskleri; persistan HT, kardiyovasküler hastalık, kalıcı serebrovasküler hasar riski bulunmaktadır.

Günümüzde PE'nin engellenmesi, profilaksi ve kesin tedavisi mümkün olmasa da; risk saptanan hastaların yakın izlemi ve erken müdahale ile komplikasyonlar engellenebilir ve azaltılabilir.

Uterin arter doppleri

1. trimesterdeki yüksek uterine arter PI değeri, normalde progresif fizyolojik trofoblastik invazyon ile düşer. PE'de ise bozulmuş trofoblastik invazyon nedeni ile PI yüksek kalır. 1. ve 2. trimester uterin arter Doppler incelemeleri özellikle <34 hafta doğum gerektiren erken PE öngörüsünde etkindir. Yüksek risk grubunda UAD'in doğruluğu daha fazladır.

Maternal kan basıncı (11-13 hafta)

Preeklampsia öngörüsünde MAP, sistolik ve diastolik kan basıncı parametrelerinden daha üstündür.

$$\text{MAP} = \text{Diyastolik KB} + (\text{Sistolik KB} - \text{Diyastolik KB}) / 3$$

Biyokimyasal Belirteçler (Plasental Disfonksiyon)

Günümüzde plasental disfonksiyon belirteçlerinden hiçbir PE öngörmeye TEK BAŞINA YETERLİ DEĞİLDİR. Bu nedenle 1. ve 2. trimester biyokimyasal testlerini uterin arter Doppleri ile KOMBİNE edilerek testlerin prediktif değerleri artırılmaya çalışılmaktadır. Pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A), Placental growth factor (PIGF), Placental protein 13 (PP13), Inhibin-A, A disintegrin and metalloprotease 12 (ADAM12).

Erken PE'yi saptama oranı: %94.1 (%5 FPR)

Geç PE'yi saptama oranı: %35.7

GHT'ü saptama oranı: %18.3

Preeklampsia önlemek mümkün mü?

Yüksek risk grubundaki hastalarda, gebeliğin 16. haftasından önce başlanan düşük-doz Aspirinin PE, ağır PE ve IUGR'nin % 50 önlenilebileceğini ortaya koymuştur. "Bu sonuç, perinatal ve maternal sonuçların iyileştirecek gerekli önlemlerin alınabilmesi için risk grubundaki gebelerin erken dönemde belirlen-