

Ektopik gebeliklere bağlı komplikasyonların önlenmesi, tedavi masraflarının azaltılması, fertilitenin korunması ve en önemlisi de ektopik gebeliklere bağlı mortalitenin de azaltılmasında erken teşhis ve optimal tedaviye karar verilmesi, bu hastaların yönetiminde en önemli faktörlerdir. Günümüzde metotreksat tedavisindeki optimal dozajlar halen tartışmalıdır. Benzer şekilde, medikal tedavilere yanıt alınamayan olgularda uygulanacak olan cerrahi tedavinin gerek zamanlaması gerekse de yapılacak olan operasyon tipi çoğunlukla amprik olarak uygulanmaktadır. Bu bölümde kanıta dayalı tıp perspektifinde ektopik gebelikler değerlendirilmiş ve bu ciddi hastalığın yönetimindeki standartlar detaylı bir şekilde incelenmiştir.

Ultrasonografi

Uterus ve adneksler her ne kadar abdomino-pelvik muayene ile de değerlendirilebilirse de, transvajinal sonografi çok erken haftalarda, yaklaşık olarak bir haftalık adet gecikmelerinde; β -hCG değerleri 1500-2500 mIU/ml (üçüncü IRP) aralığında iken intra-uterine gebelikleri saptayabilir. İntra-uterine bir gebelik β -hCG değerleri 2000 mIU/ml üzerinde iken hemen hemen her zaman görülmelidir.

Ektopik gebelik teşhisi sonografide yolk sak veya embryo içeren bir ekstra-uterine kesenin görülmesi ile de konulabilir. Bu bulguların saptanmasının, teşhiste %100'lük bir sensitivitesi olsa da, spesifitesi düşüktür (15-20%). İntra-uterine gebelik olmadan, kompleks bir adneksiyel kitlenin varlığı spesifiteyi biraz daha yükseltse de (%21-84), sensitiviteyi de biraz düşürür (%93-99.5). Literatür derlemelerine göre, intra-uterine gebelik kesesi olmayan hastalarda herhangi bir kistik olmayan ekstra-ovaryan kitlenin saptanmasının dış gebelik teşhisinde %98.9'luk sensitivite, %96.3'lük pozitif prediktif değer, %84.4'lük spesifite ve %94.8'lik bir negatif prediktif değeri olduğu saptanmıştır. Transvajinal sonografinin yüksek rezolusyonu olsa da, ektopik gebeliklerin özellikle erken evrelerinde %15-35 oranında adneksiyel bir kitleye rastlanmaz. Psödogestasyonel kese gibi bazı sonografik görüntüler de en tecrübeli ellerde bile bazen gestasyonel kese zannedilip yanlış teşhislere yol açabilir. Psödogestasyonel keseler endometrial kavitede sıvı kolleksiyonu olup uterus da merkezi (santral) bir yerleşimi vardır. Dış gebeliklerde, desidualize endometri-umdan gelişen kanamalar sonucu oluşan kese benzeri görüntüler ise santral değil daha periferik (eksentrik) yerleşimlidir. Seri β -hCG takipleri ve transvajinal sonografi kullanımı ektopik gebelik teşhisinde %95'lik pozitif prediktif bir değere sahiptir. Ultrasonografi β -hCG değerleri ayırıcı eşiğin üzerinde iken intrauterine bir gebelik olup olmadığına bakmak için kullanılmalıdır.

Ultrasonun net bir teşhis koyamadığı (indeterminate) olgularda %24 oranında ektopik gebelik görülür. Bu nedenle seri β -hCG ölçümü ve transvajinal sonografi ile tüm ektopik gebeliklerin teşhisi konulamaz. Kesin teşhis için ve de anormal intra-uterine gebelikler ile ektopik gebeliklerin ayırımı için

uterine küretaj ve doku tanısı gereklidir. Bu sırada, istenilen bir gebeliğin yanlışlıkla sonlandırılmasını önlemek için kürtaj öncesi sonografik ayırıcı eşik (*discriminatory cut off*) daha yüksek düzeyde seçilmelidir.

KÖ-32 [14:15]

Selim over ve tuba hastalıkları; Doppler ultrasonografi

Samet Topuz

İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Pelvik kitlelerin değerlendirilmesinde ultrasonografi birinci basamak bir tanı aracıdır. Kolay uygulanması, radyasyon içermemesi, real-time olması ve ekonomik olması en önemli avantajlarındandır. Ultrasonografi pelvik kitlelerde kesin olarak bir histopatolojik tanı konmasına izin veremese de pelvik kitlelerde aşağıdaki konuların aydınlatılmasına yardımcı olur; Pelvik kitlenin varlığı ve yokluğunun teyit edilmesi, Kitlenin boyut ve iç yapısının ve sınırlarının gösterilmesi, Kitlenin orjininin ve diğer pelvik yapılarla ilişkisinin gösterilmesi, Asit ve metastaz gibi malign hastalıklara bağlı anomalilerin varlığı veya yokluğunun saptanması

Pelvik kitlelerde Doppler ultrasonografi

Doppler ultrasonografi pelvik kitlelerde malign benign ayrımını yapmada ve torsiyon düşünülen olgularda yardımcı olabilir. Genel olarak malign olgularda damarlanma artacak ve direnç düşecektir. Pulsatilité ve rezistans İndeksler kullanılarak, damarın periferik mi santral mı yerleştiğine bakılarak, maksimum sistolik hızı değerlendirilerek dalga şekli ve damar yoğunluğu birlikte değerlendirilerek kitlelerde malign benign ayrımı yapılabilir. Bununla birlikte Doppler ultrasonografi kesin bir tanı aracı olarak görülmemelidir. Tek başına hiçbir dalga formu benign malign ayrımını göstermede yeterli değildir. Klinik kullanımı en uygun hale getirmek için muayene sırasında saptanan bulguların, hastanın yaşının ve tümör markerlerinin, ultrasonografi bulgularının Doppler ile birlikte değerlendirilmesi esastır.

KÖ-33 [14:00]

Benign uterine pathologies and Doppler ultrasound

Aydın Özşaran

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Uterine fibroids (also known as leiomyomas or myomas) are the commonest benign uterine tumors, with an estimated incidence of 20%–40% in women during their reproductive

years The gold standard diagnostic modality for uterine fibroids appears to be gray-scale ultrasonography, with magnetic resonance imaging being a close second option in complex clinical circumstances.

In a study investigating the relationship between ultrasound appearance, blood flow, and angiogenic gene expression in fibroids (F), peribroid (PM), and distant myometrial (DM) tissues. They hypothesized that angiogenic gene expression would be increased in tissues and participants that showed increased blood flow by Doppler ultrasound. The study was performed using Doppler ultrasound to measure blood flow prior to hysterectomy, with subsequent tissue samples from the F, PM, and DM being investigated for angiogenic gene expression. Overall, PM blood flow (measured as peak systolic velocity [PSV]) was higher than F blood flow, although significant heterogeneity was seen in vascularity and blood flow between different Fs and their surrounding myometrium. They did not find any correlation between PSV and any other clinical or molecular parameter in their study.

KÖ-34 [15:15]

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar ve Doppler USG

Ateş Karateke

Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, İstanbul

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar (GTH), plasental koryonik villuslardan kaynaklanan tümörlerdir. Ultrason incelemesi, semptomları olan hastalarda tanıya yardımcı olması açısından standart uygulama haline gelmiştir. Vajinal kanaması ve hızlı uterus büyümesi olan, β -hCG değerleri belirgin olarak yüksek hastalarda GTH'dan şüphelenilir. Ayrıca, hiperemesis, anemi, preeklampsi ve hipertiroidizm de eşlik edebilir. Pelvik ultrason, tipik olarak uterin kaviteyi dolduran, kistik komponentli, solid ve hiperekoik kitle gösterir. Tek lutein kistlerinin varlığı, tanıyı kuvvetlendirir. Doppler inceleme-sinde, kitle çevresinde düşük rezistanslı, yüksek sistolik ve diastolik frekanslarda ve yüksek hızlarda akım saptanır. Düşük dirençli arteriyel akım, myometriuma uzanıyorsa, invazyondan şüphelenilir.

İnvazif molar gebelikte, trofoblastlar, hipervaskularite gösterir. Uterin spiral arterler, genişlemiş alanları doğrudan besler. Düşük dirençli ve yüksek hızlı fonksiyonel arteriovenöz şantlar, anormal uterin hipervaskulariteyi oluşturur. Rezistiv indeks (RI), 0.5 veya altındadır (normali: 0.7). Tepe sistolik indeks ya da en yüksek hız, 50 cm/sn'den fazladır.

Sonuç olarak, GTH'da belirgin yüksek β -hCG seviyeleri ve USG tanıyı büyük ölçüde sağlar. Doppler, bu tanıyı konfirme etmede yardımcı olabilir. Bunun yanında, invaziv hastalığın

tanınması, tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi, rekürens saptanması, Doppler ile mümkündür.

KÖ-35 [16:00]

Ultrasonographic markers of aneuploidy in second trimester

Firas Abdeljawad

Makassed Hospital, Mount of Olives, Jerusalem

Chromosomal abnormalities occur in 0.1% to 0.2% of live births, and the most common clinically significant aneuploidy among live-born infants is Down syndrome (trisomy 21). Other sonographically detectable aneuploidies include trisomy 13, 18, monosomy X, and triploidy. Second-trimester ultrasound scan detects 2 types of sonographic markers suggestive of aneuploidy. Markers for major fetal structural abnormalities comprise the first type; the second type of markers are known as "soft markers" of aneuploidy. These latter markers are non-specific, often transient, and can be readily detected during the second-trimester ultrasound. The most commonly studied soft markers of aneuploidy include a thickened nuchal fold, rhizomelic limb shortening, mild fetal hydronephrosis, echogenic bowel, and echogenic intracardiac focus and choroid plexus cyst. There is a great deal of interest in the ultrasound detection of aneuploidy, as evidenced by the large number of publications in the literature on this topic.

Unfortunately, studies evaluating the significance of the soft markers of aneuploidy vary widely and show contradictory results. We review the most common ultrasonographic soft markers used to screen aneuploidy and discuss ultrasonographic technique and measurement criteria for the detection of soft markers. We also review the clinical relevance of soft markers to aneuploidy risk assessment and evidence-based strategies for the management of affected pregnancies with each of these markers in light of current literature.

KÖ-36 [16:30]

Umbilical cord abnormalities

Nebojsa Radunovic

Belgrade, Serbia

The umbilical cord develops in close association with the amnion and serves a vital function during intrauterine fetal development. Evaluation of umbilical cord entities and function is an integral part of every sonographic examination. It includes cord measurements (diameter of cord vessels as well as estimation of cord length), analysis of cord anatomy (cord coiling, vessel number), estimations of cord abnormalities capable of impending blood flow and cord function (Cord Doppler).