

KÖ-03 [11:30]**Doğum ve prenatal tıpta etik ve hukuki sorunlara kısa bakış**

Seyfettin Uludağ

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Günümüz yeryüzünde yaşayan tek insan türü olan bizler için “Etik ve hukuk” en az güzel sanatlar kadar insan olmanın önemli öğelerindedir. Hayvan toplumlarında sanatsal faaliyet olmadığı gibi etik ve hukuksal bir düzen de bulunmamaktadır. Tüm insanlık ve insanlarla bu dünyayı paylaşan canlı cansız her nesne için etik ve hukuk önemli bir yer tutmuş olsa da, gebelik ve doğum sürecinde çok daha ağırlıklı bir önem kazanmaktadır.

Çok hücreli türlerin çeşitlenmesi ve bu çeşitliliğin günümüze ulaşmasında ve devamlılığın sürdürülebilmesinde “cinsellik” önemli bir yer ve ilahi işlev üstlenmiştir. Yaşamın değişimci ve devindirici gücü olan “cinsellik” aynı zamanda eşler arasında toplumsal bağları da kurmaktadır. Gebelik ve doğum sayesinde, “yaşam”, her defasında kendisini yeniden üretmektedir. Üstelik bu kadar mükemmel bir olayın oluşunda tek geçerli kuramın, fizyolojik ve biyolojik bakımdan sağlıklı birey olmanın yeterli olduğu görülmektedir. Hatta bedensel ve işlevsel sakatlıkları olan insanlarda bile cinsellik ve üreme en doğal fizyolojik hak, işlev ve ihtiyaç olmaktadır. Doğal bir işlev ve fizyolojik ihtiyaç olan cinselliğin yaşanması sonrasında ortaya çıkan gebelik sürecinde, her şeyin normal ya da eksiksiz olmasını beklemek, aile ve kadın için bir hak olarak karşımıza çıkmaktadır. İşte bu noktada, gebelik ve doğum sürecinde yaşanan her olağan dışı durum, etik ve hukuki sorunların kaynağını oluşturmaktadır. Gebelik, fizyolojik bir süreç olarak kabul edilmesine rağmen kadın hayatını kökten etkileyen son derece değişik bir süreçtir. Bu süreç içerisinde fiziksel değişikliklerin yanı sıra pek çok psikolojik değişiklik de ortaya çıkar. Normal süreçteki patolojik sapmalar sonucunda anne ya da fetusta istenmeyen sonuçların ortaya çıkması her zaman beklenen bir durumdur. Böylesi durumlarda daima hekim ve sağlık personeli hukuken sorumlu tutulmaktadır.

Her insan için ihtiyaç olan üreme alanında kadın doğum hekiminin sorumluluğunun diğer hekimlik alanlarından daha fazladır.

Toplumun yargıları arasında yanlış bilgi olarak; 1. Günümüzde gelinen noktada, “doğum” olayına ait tüm risklerin ortadan kaldırılabileceği ya da önlenebileceği yanılgısı ya da öyle gösterilmesi, 2. Gebe kalan bir kadında sağlıklı çocuk beklentisinin yüksek olması, 3. Her gebeliğin mutlaka başarı ile sonlanması gerektiği gibi bir düşüncesi, kabul edilmektedir. Bütün bunlara ek olarak ve gene yanlış bir bilgilenme olarak “gebelik ve doğum” doğal bir olay olarak görüldüğünden hataların hoş görülemeyeceği yargısı, doğum hekiminin sorumluluğunu aşırı derecede artırmaktadır. Halbuki yukarıda saydığımız yargıların hiçbirisi doğru değildir.

Bu yanlış yargıların karşıtı olarak; 1. Doğum hekimin karşısındadır daima “anne ve bebek” olmak üzere “iki can” vardır. Bu iki

candan birini diğerine feda etmek mümkün değildir. Bu iki can arasında karmaşık ilişkiler vardır. Bu patolojik ilişkileri tıbbi kural ya da tıbbi bilgiler ile her zaman açıklamak olanaklı olmadığı gibi bazan olanaksız da olabilir. Bu bakış açısı ile doğum hekiminin aldığı risk ve sorumluluğu iki kat artmıştır. 2. Doğum hekimliğinde karar vermek, mühendislik ya da matematik biliminde olduğu gibi değildir. Dolayısıyla, doğum hekimliğinde her yönü ile doğru ve her yönü ile yanlış verilmiş bir karardan söz edilemez. Tedavide ve tedavi sonuçlarında daima iyi ve kötü olasılıklar vardır. Ayrıca, amaca ulaşmak için hastanın ve hastahanenin mevcut koşulları da kararları etkiler ve girişim tercihlerinin değişmesine sebep olabilir. Bu durumda, iyi sonuçlar olabileceği gibi hasta için istenmeyen sonuçlar da oluşabilir. Mevcut kanı, hukuki olmasa bile kötü sonuçlardan daima hekimin kusurlu olduğu yönündedir.

Yukarıda belirtilen neden ve koşullara bağlı olarak en çok hakkında dava açılan hekim grubunun Doğum Hekimleri olduğu görülmektedir. Ülkemizde, “Adli Tıp Kurumu”na gönderilen dava dosyaları içinde en yüksek payın, son yıllarda yaklaşık 1/3’ünün doğum” hekimlerine ait olduğu belirlenmiştir. Bu oran Amerika Birleşik Devletlerinde %50 düzeyindedir. Ülkemizde, gelecekte, mevcut sağlık koşulları ve yasalara göre, kadın doğum hekimlerinin dava edilme oranının artması beklenmelidir. Böyle giderse doğum yaptıran hekim ya da ebe bulmanın zor olacağına, bir gerçek olduğunu vurgulamak isterim.

16 Ekim 2015, Cuma**KÖ-04 [09:00]****20. haftada santral sinir sistemi değerlendirmesi: Nöroanatomik işaretlerin tanımlanmasının önemi**

Talat Umut Kutlu Dilek

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

MSS anomalileri prenatal dönemde tanı alan yapısal anomalilerin yaklaşık %10’unu meydana getirir. Eurocat veri tabanının 2008–2012 verilerine göre tüm MSS anomalileri 10.000 canlı doğumda 25.6 oranında izlenmektedir. Öte yandan prenatal tanı konma oranları anensefalide %96’larda iken bu oran migrasyon anomalilerinde %14’lere kadar düşmektedir. Anomalinin ismi, yerleşimi kadar, MSS gelişim sürecinin devamlılığı, USG’nin MSS gelişimindeki laminasyon ve migrasyonu değerlendirmedeki yetersizliği de bazı MSS anomalilerinin tanısını zorlaştırmaktadır. Fetal anatomisinin başlıca değerlendirildiği zaman dilimi 18–23. gebelik haftalarıdır. Fetal MSS değerlendirilmesi temel ve nörosonografik değerlendirme olarak 2 ana grupta ele alınabilir. Temel değerlendirmede özellikle

ultrasonografide transtalamik, transventriküler ve transserebellar kesitler kullanılır. Orta hat yapıları, posterior fossa, ventriküler sistem, kalvaryum, merkezi sinir sistemi yapılarının simetrisi değerlendirilir. Mutlaka vertebral kolonun incelenmesi ile tamamlanmalıdır. Nörosonografik değerlendirmede ise genellikle yüksek rezolüsyonlu ve frekanslı proplar kullanılır. Fetal başın pozisyonuna göre eğer verteks prezantasyonda ise transvajinal teknik, makat prezantasyonda ise transabdominal konveks veya lineer yüksek rezolüsyonlu proplar kullanılarak değerlendirme yapılabilir. Nörosonografik değerlendirmede koronal ve sagittal kesitlerde değerlendirmeye eklenir. Özellikle kortikal, periventriküler yapılar, BOS alanları, korpus kallozum, interhemisferik fissür, gyruslar, serebellar vermis incelemeye dahil edilir. Fetal MSS'nin 2. trimester değerlendirilmesi ile aşağıdaki anomalileri saptayabiliriz.

- Nöral tüp defektleri
- Hidrosefali /ventrikülomegali
- Dandy-Walker kompleksi
- Korpus kallozum agenezisi
- Holoprosensefali
- Mikrocefali/makrocefali
- Destruktif serebral lezyonlar
- Gallen veni anevrizması

Bununla beraber 2. trimester değerlendirmesi ile tanı konamayan anomaliler arasında nöronal migrasyon anomalileri, serebral kistler, mikrocefali, parsiyel korpus kallozum anomalileri ve intrakraniyal kanama bulgularıdır.

20. haftada yapılan bir muayenede aşağıdaki yapılar mutlaka gözlenmeli ve temel ölçümler yapılmalıdır.

- Falks serebri
- Cavum septum pellucidum (18–37 hafta arasında izlenmeli)
- Talamik çekirdekler
- Lateral ventriküller (Posterior horn'da <10 mm)
- Serebellar hemisferler ve vermis (TSC 14–24 hafta arasında gebelik haftası ile korele)
- Parieto-okspital fissür
- Kalkarin fissür
- Sylvian fissür
- Sisterna magna (2–10 mm)

Fetal MSS anomalilerinin yaklaşık %12'si 3. trimesterde tanı alır. Bu nedenle normal sınırlardaki bir merkezi sinir sistemi muayenesi hiçbir zaman normal bir MSS anatomisinin garantisidir. İkinci trimesterde normal lateral ventrikül genişliği saptanan fetusların %7.2'sinde ilerleyen gebelik haftalarında ventrikülomegali ile karşılaşılabilir. Benzer şekilde 24–26. haftadan sonra açık nöral tüp defektli fetuslarda da klasik kraniyal bulgular olan muz ve limon bulguları kaybolabilmektedir.

Bazı MSS bulguları (Hafif ventrikülomegali, geniş posterior fossa) beraber olabilen MSS bulguları için uyarıcı olmalıdır.

Özellikle nöronal proliferasyon/migrasyon anomalileri ultrasonografide silik bulgularla (primer fissürlerin izlenmemesi, hafif ventrikülomegali) ortaya çıkabilir. Fetal MSS gelişiminde bazı anahtar yapıların (serebellar vermis, korpus kallozum gibi) gelişiminin tamamlanmasının 20 haftaya kadar zaman alabileceği unutulmamalı, 20 hafta altı bir gebelikte geniş izlenen bir posterior fossa da, Dandy Walker malformasyonu veya vermis hipoplazisi tanısı koymak için acele edilmemelidir. MSS anomalileri %50'ye yakın kısmı ekstrakraniyal anomaliler ve karyotip anomalileri ile beraber olabilir bu nedenle karyotipleme ve titiz bir anatomik değerlendirme yapılmalıdır. MRG (Manyetik rezonans görüntüleme) migrasyon anomalileri, parankim hasarı, enfarkt, germinal matriks kanamalarında ultrasonografiye üstündür. MRG'nin rolü ve katkıları tartışılmaz olmakla beraber 24 hafta altında hekime sağlayacağı katkı sınırlı olabilir.

Sonuç olarak MSS yapısal gelişim sürecinin tüm bir gebelik dönemi boyunca devam ettiği gerçeğinin 2. trimester muayenelerinde akıldan çıkarılmaması ve hastaya danışmanlık verilirken bu noktanın mutlaka üzerinde durulması gereklidir.

KÖ-05 [16:15]

Geç term–postterm indüksiyon zamanlaması

Alev Atış Aydın

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Perinatoloji Kliniği, İstanbul*

Gebelik 41H +0 ile 41H + 6 g arası geç term kabul edilmektedir. 42. haftadan itibaren ise postterm'dir. Sıklık geç term %15–20, postterm ise %1–7 arasındadır. Geç term veya postterm gebelik süresi tanısı için ilk trimester gebelik sonografisi önemlidir. 8 RKC'ye göre malformasyonlar ve SGA (<10.p) ve maternal komplikasyonlar dışlandığında 41. haftada indüksiyonun beklemeye göre perinatal mortalite, sezaryen oranı ve neonatal mortalite oranları açısından fark yoktur. Rutin indüksiyonun 41. Gh'da yararlı olduğunu gösteren güçlü kanıtlar yoktur. Perinatal Mortalite oranı çok düşük (%0.05). 1 olası Perinatal kaybı önlemek için 41. Gh'da 527 indüksiyon yapmak gerekmektedir. 41. haftaya ulaşan gebelerin %75'i spontan olarak 42. haftaya ulaşmadan zaten kendiliğinden doğurlar.

Düşük riskli, geç term bir gebeliğin yönetiminde annenin tercihi, indüksiyon veya beklemenin yarar ve riskleri göz önüne alınmalıdır. 41. haftada indüksiyon; beklemeye göre sezaryen oranlarını arttırmaksızın, perinatal mortalite, neonatal ve maternal riskleri az da olsa azaltır. 41. hafta ve sonrasında doğanlarda fetal morbiditeyi etkileyen mekonyum aspirasyon oranları artmaktadır. Eğer beklemek için bir kontrindikasyon yoksa, 41. haftadan sonra uzmanlara göre haftada 2 kez biofizik profil veya modifiye biofizik profil (NST + AFIndex) ile takip edilmelidir. Beklemenin fetal morbiditeyi arttırdığına dair risk çok düşük olduğu için hasta isterse ve takip güven verici ise indüksiyon 42. haftaya ertelenebilir.