



13. Ulusal Perinatoloji Kongresi Sonuç Raporu

Ayşe Kafkaslı¹, Alper Tanrıverdi², Yeşim Baytur³, Özlem Pata³, Ertan Adalı³, Hakan Camuzcuoğlu³,
Arif Güngören³, İlker Arıkan³

¹13. Ulusal Perinatoloji Kongresi, Kongre Başkanı, İstanbul, Türkiye

²13. Ulusal Perinatoloji Kongresi, Kongre Sekreteri, İstanbul Türkiye

³13. Ulusal Perinatoloji Kongresi, Kongre Sonuç Raportörü, İstanbul Türkiye

13. Ulusal Perinatoloji Kongresi Sonuç Raporu

13. Ulusal Perinatoloji Kongresi 13-16 Nisan 2011 tarihleri arasında İstanbul Harbiye Askeri Müze ve Kültür Sitesi'nde gerçekleştirilmiştir.

Kongre öncesi, 13 Nisan 2011 tarihinde 3 kurs düzenlenmiştir.

1. Perinatal Genetik ve Postmortem Tanı Kursu

İlk oturumda Klinikçiler için "Temel Genetik ve Genetik Hastalıklara Yaklaşım" konusunda Doç. Dr. Serdar Ceylaner bir sunum yaptı ve sunumunda kromozom analizi endikasyonlarının; tekrarlayan gebelik kayıpları, intrauterin ölüm, nedeni belirlenemeyen ölü doğum, neonatal ölüm, konjenital malformasyonlar, kuşku genitil yapı, sebebi belirlenemeyen mental-motor retardasyon, gelişme geriliği, primer amenore, ve bazı sekonder amenoreler olduğunu belirtti. Ayrıca, daha önceki çocuklarda kromozom düzensizliği, eşlerden birinde dengeli kromozomal düzensizlik bulunması, ultrasonografik takiplerde fetal anomali saptanması, üçlü tarama testi ve kombine testlerinde yüksek risk oranları, tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü, nedeni belirlenemeyen intrauterin ve postnatal ölüm öyküsü ve CVS örneğinde kromozom analizi çalışmasında mozaizm saptanması durumunda kromozom analizi yapılmasını önerdi.

"Fetal Postmortem Muayene ve Düşük Materyalinden Kromozom Analizi" konusu Dr. Gülay Ceylaner tarafından sunuldu. Bu sunumun sonuçlarına göre, postmortem muayene; konjenital anomaliler, intrauterin gelişme geriliği, non-immun hidrops fetalis, daha önce sebebi bilinmeyen fetal-neonatal ölüm hikâyesi, ölüm sebebi bilinmeyen veya masere olan fetüslerde (yüksek kromozom düzensizliği sıklığı) yapılmalıdır.

Muayene sırasında mutlaka bulgular kaydedilmeli, fotoğraf ve röntgen çekilmeli, cilt biyopsisi alınmalıdır. Fetüsün değerlendirilmesi hiç de zor olmayan, gerçekten işe yarayan bir muayene yöntemidir.

"Perinatal Otopsi: Perinatal Mortalitenin Değerlendirilmesi" konusunda Prof. Dr. Erdener Özer, perinatal otopsinin önemini vurguladı, perinatal otopsinin; klinik tanının, fetal matüritenin ve yapılan tanısal işlemlerin sonuçlarının doğrulanması, klinik yaklaşımların gözden geçirilmesi ve ulusal perinatal ölüm istatistiklerinin oluşturulması için gerekli olduğunu belirtti.

"Plasenta: İntrauterin Yaşamın Tanığı" sunumunda Dr. Neşe Karadağ, plasentanın değerlendirilmesinin doğum ve sonrasında anne-bebeğin bakımı ve sağlığı açısından önemli bilgiler sağladığını, aynı zamanda, fetal veya maternal beklenmedik sonuçlar ile karşılaşıldığında hekim açısından medikolegal bir destek oluşturduğunu belirtti, plasentanın incelenmesinin fe-

tal ve neonatal ölüm nedenli otopsilerin ayrılmaz bir parçası olduğunu vurguladı.

2. Perinatal Ultrasonografi Kursu

Doç. Dr. Yeşim Baytur “Erken Gebelik Haftalarında Normal Ultrason Bulgularından” bahsetti. İlk üç ay içinde gebelik yaşının, viabilitenin ve koryonistenin saptanmasının önemini vurguladı. Erken dönemde yolk sac’ın 5. haftada, fetal kalp atımının kese 25mm.ye ulaştığında görülmesi gerektiğini belirtti. Erken dönemde anensefali, omfalosel gibi fetal anomalilerin bir kısmının belirlenebileceğini, fetal anatomiye de dikkat edilmesi gerektiğinin üzerinde durdu. Kalp taraması için ise 14. haftanın beklenmesi gerektiği, 11. haftadan önce anensefali, omfalosel, Dandy-Walker tanısının konulamayacağı belirtti.

“11-14. haftada fetal anatomi değerlendirilmesi” Prof. Dr. Yakup Erata tarafından anlatıldı. Gelişen teknik, perinatolojinin yan dal olması ile anatomik değerlendirmenin daha erken haftalarda yapılmaya başlandığı, bu nedenle ultrasonografi görüntülenmesinin önem kazandığı belirtildi.

“11-14 haftada fetal kromozom anomalisi belirteçleri” Prof. Dr. Turgay Şener tarafından anlatıldı. Kromozom anomalisine neden olabilecek sonografik belirteçlerden majör anomalilerin omfalosel, megasistis, holoprosensefali gibi anatomik defektler olduğunu, NT ölçümü, burun kemiği, duktus venosus, triküspit regürjasyonu gibi testlerin tarama amaçlı kullanılması gerektiğini belirtti. Her ne kadar anne yaşının artması ile kromozom anomalisi riskinin arttığı bilirse de çeşitli tarama stratejileri ile yapılan invaziv test sayısının azaltılması ve yakalanan Down Sendromu tanısının artışının mümkün olabileceğini belirtti. Tarama testlerinin etkili kullanımı için mutlaka sertifikaya olunması gerektiğini ve eğitim alınmasının önemini vurguladı.

İkinci trimester oturumunda Prof. Dr. Alper Tanrıverdi “ İkinci Trimesterde Perinatal Ultrasonografi” yi anlattı. Ultrason değerlendirmesi sırasında normal fetal anatomiden hareketle muayene yapıldığını, hastanın geçmişinin sorgulanması, buna göre bazı sistemlere daha dikkatli bakılması gerektiği, sistematik değerlendir-

menin ve bir kontrol listesinin kullanımının önemini belirtti. Muayeneye en az 20 dakikalık bir süre ayrılması gerektiği, hekimin eğitimini sürdürmesinin ve cihazın teknik donanımının yeterliliğini vurguladı. En iyi merkezlerde bile anomalilerin atlanabileceği, en sık iskelet sistemi ve KVS defektlerinin atlandığı, en kolay ise SSS ve GÜS anomalilerinin yakalandığını belirtti.

Şu mesajlar verildi;

- Fetal biyometri, plasenta ve amniyon sıvısının değerlendirilmesi, fetal anatominin sistematik taranması yapılmalıdır.
- Doppler ultrason gerekli ise dahil edilmelidir.
- Anatominin sistematik değerlendirilmesinde yüzde orbitalar, dudaklar, damak burun, fetal profil, ekstremiteler, kalpte 4 oda, büyük damar çıkışları, 3 damar görüntüsü, santral sinir sisteminde falks serebri, ventriküler sistem, posterior fossa, koroid pleksuslar, mide, mesane, diyafragma, böbrekler bakılmalıdır.
- Down sendromunun kalp anomalisi, duodenal atrezi gibi 2. trimesterde görülebilecek belirtilerine dikkat edilmelidir.

Aynı oturumda Prof. Dr. Lütfü Önderoğlu “Hangi Anomaliler Atlanmamalı?” konusunda medikolegal olaylardaki artışı ultrason değerlendirmesini kimin yapması gerektiği konusunda kafa karışıklığını vurguladı ve ultrasonda yakalama ihtimalinin %60 civarında olduğunu, hastanın beklentisini yükseltmemek gerektiğini söyledi. 18-22 hafta arasında standart bakılması gerekenlerin tüm kitaplarda ve internette bulunmasının mümkün olduğunu, ultrason eğitimi alan herkesin standart ve detaylı ultrason yapabileceğini ifade etti. Cihazların düzenli bakımı, raporlama ve görüntü saklanması sağlanması gerektiğini belirtti. Obez hastaları kayıt gerekliliğini ifade etti. Letal anomalilerin %83’ünün yakalandığını, ancak hipoplastik kalp gibi letal anomalilerin %54’ünü, renal agenezilerin %90’ını yakalayabileceğimizi, letal muskuloskeletal anomalilerin atlanabileceğini ifade etti. Asıl sorunun ciddi morbidite ve yaşama şansı olan bebeklerde olduğunu ifade etti. Nöral tüp defektleri, hidrosefali, ensefalosel, holoprosen-

sefali, kompleks kalp anormallikleri, karın ön duvar defektleri, diyafragma hernisi, ince barsak obstrüksiyonları ve mesane ekstrofilerini yakalamak gerektiğini (ancak bunların da atlanabileceğini) ifade etti.

Doç. Dr. Ebru Tarım "Geç Gebelik Döneminde yakalanabilen anomaliler" konusunda anormali geç ortaya çıktığı için, anatomik yapının gelişiminde durma olduğundan (mikrosefali), anormali 2. trimesterde var olduğu halde 3. trimesterde belirgin hale geçebileceğini (diyafragma hernisi) anlattı. Normal anatomik gelişimin gebelik boyunca devam ettiği, özellikle santral sinir sistemi anomalileri gibi bazı anomalilerin geç ortaya çıkabileceğini ifade etti. 3. trimesterde serebellar vermise, ventrikülomegaliye, intrakraniyal hemorajilerde ventrikül çevresinin daha ekोजen görünmesine dikkat edilmesi gerektiğini vurguladı. SSS anomalilerinde kesin emin olunamayan durumlarda transvajinal ultrason kullanılabileceğini, makat geliş bebeklerde MR yapılabileceği belirtildi. SSS tümörleri ve lisensefali gibi nöronal migrasyon anomalilerinin geç ortaya çıkabileceğini söyledi. CMV enfeksiyonuna bağlı gelişen bulgular anlatıldı. Aort koarktasyonu, pulmoner stenozun geç tanınabileceği, iskelet displazilerinden akondrop-lazi, over kistleri, sakrokoksigeal teratom, barsak atrezileri, vezikoureteral reflü ve multikistik displastik böbreğin geç tanı alabileceği belirtildi. 3. trimesterde sadece biyometri bakmanın yeterli olmadığı, bu anomaliler açısından anatominin de değerlendirilmesi önerildi.

"Plasenta ve Eklerinin Değerlendirilmesi" Prof. Dr. Asım Kurjak tarafından anlatıldı. Plasentasyonun erken gebelik haftalarından itibaren Doppler ultrason ile saptanabileceği, 3D Dopplerin 2D'ye göre daha avantajlı olduğu ifade edildi. Plasental damarların "Placental vascular biopsy" ile 3D ile spiral arterlerin ve plasental vasküler ağacın görüntülenebileceğini, parite ve gebelik haftasına göre 3D indekslerin değişebileceğini vurguladı. İntervillöz kan akımının 3D ile ölçülebileceğini ve hipoksik durumlarda faydalanılabileceğini belirtti. Plasental anomaliler hakkında bilgi verildi. Plasental tümörlerden koryoanjiomadan, plasental infartlardan bahsedildi. Plasental kalsifikasyonların fizyolojik kabul edilmesine rağmen, erken ge-

belikte enfeksiyonların belirtisi olabileceği ve dikkat edilmesi gerektiği belirtildi. Ablasyo plasentada 0-48. saatlerde hiperekoik, 3-7. günlerde izoekoik, 1-2 haftada hipoekoik, 2. haftadan sonra anekoik görüntü olabileceği anlatıldı. Vasa previa da umbilikal damarların servikal kanalı kapattığı, velamentöz insersiyonda sık olduğu, tanı konulamazsa membran rüptürü ile anormal kanamaların oluşabileceği vurgulandı. Plasenta previa tanısında alt uterin segmentin 28. haftada forme olmasından dolayı, bu haftadan önce tanı konulmaması gerektiğinin altı çizildi. Plasenta yapışma anormallilerinde plasenta arkasındaki sonolüsens alanların kaybolduğu, türbülans içeren plasental lakünlerin olduğu, renkli ve power Dopplerin tanıya yardımcı olabileceği ifade edildi. Hyrtl anostomozların önemi, tek umbilikal arterin kromozom anomaliler ve gebelik komplikasyonları ile ilişkili olabileceği anlatıldı.

"İkiz Gebeliklerin Yönetiminde Ultrason" Prof. Dr. Cihat Şen tarafından anlatıldı. Dikoryonik ikizlerin tekiler gibi takip edilebileceği, gereksiz elektif sezeryan yapılmasının yanlış olduğu belirtildi. İkizlerde tekil gebelere göre Down sendrom risk hesabının farklı olduğundan bahsedildi. Biyokimyasal testlerin kullanılmasının doğru olmadığı anlatıldı. Ense kalınlığı ve burun kemigi bakılmasının doğru olduğu ve her fetus için risk hesaplanacağı, koryonisiteye göre bu risklerin değişeceği anlatıldı. İnvaziv işlem yapılacaksa monokoryoniklerde tek örnek alınmasının yeterli olduğu, ancak çok nadiren postzigotik anormalliklerde farklı genetik yapılar da olabilecekleri belirtildi. Çoğullarda preeklampsi riski arttığından ilk trimesterde uterin arter PI bakılmalı, kan basıncı ölçülmelidir. Bu modelle 32. haftadan önce oluşan ağır preeklampsi tanısı %90 konulabilir. Üçüz gebeliklere embriyo redüksiyonu yapılırsa düşük riski %3'den %6'ya çıkarırken, erken doğum riski %20'den %10'a düşer. Aile ile karar verilmelidir. Monokoryoniklerde redüksiyon yapılamaz. Kord koagülasyonu yapılmalıdır. Sonlandırma gerektiren bir durum varsa, en erken dönemde yapılmalıdır.

Bu kursta konuşmacıların sunumlarının ardından, Ebru Tarım, Özlem Pata, Yeşim Baytur, Mertihan Kurtoglu tarafından hasta başı eğitimde normal fetal anatomi hakkında örnekler gös-

terildikten sonra, 1, 2. ve 3. trimesterde 3 hasta üzerinde fetal obstrüktif üropati, nöral tüp defekti ve artmış NT konusunda bilgi verildi.

3. Obstetrik Aciller Kursu

Erken dönem kanamaların gerçek nedeni sıklıkla tespit edilemeyeceği, ama en önemlisi ektopik gebelik ve abortus ayrımı olduğu, bu durumda iyi bir hikâye, vajinal muayene, hemogram takipleri ve ultrasonografinin önem kazandığı belirtildi.

Abortuslarda mizoprostol uygulamaları ile (600-800 mikrogram/gün) vajinal %70-90 başarı sağlandığı söylendi.

Plasenta previa konusunda şu görüşlere yer verildi; Plasenta previa bir spektrumdur. 20-23. haftalarda ultrasonografi ile obstetrik kanama riski olanlar tespit edilmelidir. 20-23. haftalarda servikal uzunluk normal ve plasental örtü 15mm altında ise hayat stili değiştirilmemelidir. Plasenta previa- Vasa previa, Plasenta accreta- geçirilmiş sezeryan - anne yaşı, IVF/ ICSI gebeliği birbiri ile ilişkilidir. Doğumda plasental uç-internal os <1.2 cm yakın takip altında normal doğum olabilir.

Plasental dekolman ise genelde 3. trimesterde görülür. Olguların çoğunda fetal distress olara eşlik eder sıklığı %0.3- 1.6 dır. Ablasyo plasentada tanı klinikdir. Doğum sonrası retroplasental hematoma gösterilmesi ile teyid edilir. Klinik bulgular dekolmanın derecesine ve kanama miktarına göre değişir. Ayırıcı tanıda plasenta previa, distosi ve rüptür ekarte edilmelidir. Dekolman olguların da ultrasonografik olarak hemoraji gözlenemeyebilir. Ultrasonografik tanı kriterleri koryonik tabakaların altında pre-plasental birikim, fetal aktivite ile koryonik tabakanın jöle benzeri hareketi, retroplasental birikim, marjinal hematoma, subkoryonik hematoma, heterojen artmış plasental kalınlık, intra amniotik hematoma dır.

Plasental dekolmanın klinik sınıflandırılması vardır. 0 dan 3 e doğru şiddetlenir. Dekolman plasentada yönetim; uygun maternal monitörizasyon, fetal durum tayini, ayırıcı tanı yapılması, uygun kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu gebeliğin uygun zamanda sonlandırılmasıdır. Pih-

taşma testleri yapılmalı ve idrar çıkışları kontrol altında bulundurulmalıdır. Yönetimde hasta stabil ise doğurtulabilir. Fetal distress var ise doğrudan sezaryen düşünülmalıdır. Dekolman plasentada maternal ve fetal komplikasyonların arttığı unutulmamalıdır.

Dekolman plasentayı önleyebilir miyiz?

Gebelik sırasında sigara ve alkolün alınmaması, antenatal kontrollerin yapılması, yüksek tansiyon olan gebelerin tedavi önerilerine uyması ve folik asit alımının sağlanması gereklidir.

14 Nisan 2011'de ilk oturumda Gebelikte Hipertansiyon konuşuldu.

"Preeklampsia Etiyoloji ve Sınıflama"da konuşmacı Prof. Dr. Rıza Madazlı, preeklampsinin insan plasentasına özgü bir oluşum ve evrimin bedeli olduğunu vurguladı. Dünyada 50.000 anne ölümüne neden olduğunu belirtti. Etiyolojide yetersiz trofobastik invazyon sonucu oluşan yaygın endotel hasarından bahsetti. Sınıflandırmanın artık erken (<34hf) ve geç (>34 hf) olarak değiştirilmesi gerektiğini belirtti. Erken preeklampsinin anne ve fetüsü ciddi riske sokan plasentasyon anomalisi nedeniyle, daha az tehlikeli olan geç preeklampsinin ise gebeliğe annenin aşırı reaksiyonu sonucu ortaya çıktığını vurguladı.

"Ultrasonografi ile Preeklampsia Tahmini" konuşmacı Yrd. Doç. Dr. Arif Güngören, preeklampsia hastalarında uterin arterde akıma karşı direnç artışı olduğunu ve erken diastolik çentik gelişebileceğini belirtti ancak uterin arter Doppler'inin preeklampsia, IUGR ve perinatal ölümü tahmin etmede kısıtlı değere sahip olduğunu ekledi. Uterin arter Pulsatilite İndeksinde tek başına veya çentiklenmeyle beraber azalma olmasının preeklampsia öngörmede başarılı olacağını belirtti. 1. Trimester PI ve PP-13'ün beraber kullanıldığında %90 sensitiviteye sahip olduğunu belirtti. Sonuç olarak biyokimyasal markerlar ve USG belirteçlerinin beraber kullanımının daha değerli olduğunu vurguladı.

HELLP Sendromu: Pratik Yaklaşım" konuşmacı Sanjay Gupte tablonun %70 doğum öncesi geliştiğini belirtti. Annenin hücre sel immunitesinin gebeliğe tepki olarak salgıladığı sitokinler

aracılığıyla oluşan endotelial hasardan bahsetti. Sendromun erken tanısının anneye en iyi şansı vereceğini ve tablo oluştuğunda durum ne olursa olsun doğumun gerçekleştirilmesi gerektiğini belirtti. Gebeliğin ikinci yarısında gelişen herhangi bir bulantı kusmanın yüksek derecede şüphe uyandıracağını vurguladı. Vakaların çoğunda 48 saat içinde tablonun gerileyeceğini belirtti. 7-32 hafta arasında gelişen vakaların stabilize edilerek steroid için 48 saat beklenilebileceğini belirtti. Sendromun tedavisinde yüksek doz steroid kullanımının tavsiye edilmediğini ve sonuçları değiştirmediğini belirtti. Trombosit sayısının 50 bin üzerinde olduğunda trombosit süpsansiyonu verilmemesi gerektiğini belirtti. Hastanın hayatını kurtarmak için agresif tedavi edilmesi gerektiğini vurguladı.

Sonraki oturumda "Gebelikte Diyabet" tartışıldı. Gestasyonel diyabet, gebelik sırasında başlayan veya ilk kez gebelikte ortaya çıkan diyabet şeklidir. Gebelik sırasında gözlenen diyabetin %90'ı gestasyonel diyabettir. İnsidansı %5-10 olarak gözlenir.

Hafif hiperglisemi bile prognozu etkiler. Bu nedenden dolayı gebelikte GD taranmalıdır. Tarama iki aşamalı (50 g OGTT - 100 OGTT) veya tek aşamalı (75 OGTT) yapılabilir.

75 g GTT'de AKŞ 95 mg/dL, 1. saat: 180 mg/dL, 2. saat 155 mg/dL eşik değerleri kullanılır.

100 g OGTT'de ise en çok Carpenter Caustan değerleri kullanılmaktadır. AKŞ, 1.,2.,3., saat eşik değerleri sırasıyla 95-180-155-140 olarak kabul edilir.

HAPO çalışmasının sonuçlarının alınmasından sonra 75 gr GTT eşik değerleri değerleri düşürüldü ve AKŞ, 1.saat ve 2. saat değerleri sırasıyla 92,180,153 olarak belirlendi.

Tüm gebelerde A.K.Ş ilk muayenede bakılmalıdır. AKŞ 92 mg/dl altında olmalıdır. Diyabetik gebelerde maternal ve fetal komplikasyonlar artmaktadır. Bulantı ve kusma ile gelen gebede kan şekeri 200 mg/dl üstünde ise diyabetik ketoasidoz hatırlanmalıdır. Diyabetin yönetimi prekonsepsiyonel dönemde başlamalıdır. Tip 1 diyabeti varsa ve daha önce kolesterol düşürücü ilaç ve ACE inhibitörleri kullanılıyorsa bunlar

kesilmeli, Ca kanal blokörlerine geçilmeli ve folik asit başlanmalıdır.

Gebelikte öncesi Tip1 DM olan hastalarda ise renal fonksiyon testlerini istenmeli, göz dibi muayenesi yapılmalı ve maternal- fetal riskler açısından danışmanlık verilmelidir.

İlk trimesterde kötü glisemik kontrolle başvuran olguda konjenital malformasyon riskleri anlatılmalı, hipoglisemik olmayacak şekilde sıkı glisemik kontrol sağlanmalıdır. İkinci trimesterde ise 20-24. haftalarda fetal anomaliler açısından ayrıntılı ultrasonografi ve fetal eko yapılması önerilmektedir.

Son trimesterde hasta haftalık kontrollere çağırılmalı ve gerekirse haftada iki kez NST ve Biyofizik Skoring yapılmalıdır.

Gestasyonel DM'ta komplikasyonlar daha azdır ama yine de dikkatli izlem unutulmamalıdır. Hipertansiyon, preeklampsi yönünden dikkatli olunmalıdır. Bu olgularda rutinde idrarda keton bakmaya gerek yoktur ama diyet kontrolü için bakılabilir. 11-14. haftada ilk trimester testi, 18-22. haftalarda ayrıntılı ultrasonografi ve fetal eko, 28. haftadan sonra dört haftada bir ultrasonografi ve 40 haftayı geçirmeyecek şekilde doğum önerilir.

Diyabetik gebelerde 4000 g üzeri omuz distosi oranı %30'dur. İnsülin ile tedavi edilenlerde 38-39. haftalarda akciğer maturasyonu tam ise sezaryen riski artmadan doğum indüksiyonu ile omuz distozisi olasılığı azalır. Klasik öneri 4500 gramın üzerinde sezaryendir. ACOG ise 4000 gramın üzerinde ise sezaryen önermektedir.

Travayda uzun etkili insülin yapmaktan kaçınılmalıdır. Glikoz solusyonlarının içerisinde nötralize insülin kullanılarak sıvı verilmelidir. Doğumdan sonra da insülin ihtiyacının azalacağı unutulmamalıdır.

Gestasyonel diyabetli hastalarda, uzun dönemde Tip 2 diyabet riski artar. Bu nedenle postpartum 6-12. haftadan sonra 75 g GTT yapılmalıdır.

Gebelik ve Diyabette Beslenme

Beslenme ve egzersiz gestasyonel DM tedavisinde hem ilk basamak hem de diğer tedavilerin yanında önemli bir etkidir. Amaç kan glu-

koz seviyelerini normal tutmak ve makrovasküler hastalıkları önlemektir. Beslenme kişiye özel ve kişinin beslenme tarzına uygun olmalıdır. İlk trimesterde ekstra enerji ihtiyacı yoktur, 2 ve 3. Trimesterde günde 300 kalorilik ekstra enerji ihtiyacı vardır. Kalori ihtiyacını hesaplarken gebelik öncesi kilogramına göre 30 cal / kg enerji olarak hesaplanmalı bunun %50 karbonhidrat diğer yarısı protein ve yağ olarak dağıtılmalıdır. VKI > 30 ise 25 cal/kg olarak enerji hesaplanabilir ve gerekirse karbonhidrat miktarı %40'a düşürülebilir. Beslenme 3 ana 2-4 ara öğün şeklinde verilmelidir.

Fiziksel aktivite - egzersiz, glukoz düzeyini, insülin üzerinden ve direk olarak etkiler. İnsülin duyarlılığını artırır. Yüzme, bisiklet hareketleri, sandalye egzersizleri gibi egzersizler önerilir, ancak step gibi yorucu egzersizlerden kaçınılmalıdır. Günlük 20-30 dakikalık egzersizler etkilidir, erken gebelikte egzersiz yapanlarda GD azalır. Beslenme ve egzersizin diyabetik gebenin hem izlenmesinde hem de gestasyonel DM önlenmesinde en önemli adımlardan biri olduğu unutulmamalıdır.

Gestasyonel Diyabette Tedavi Modaliteleri

Planlanmış diyet, uygun egzersiz, insülin, oral hipoglisemik ajanlar tedavide kullanılır. Gestasyonel diyabetli olguların %40'ında istenilen hedeflere diyetle ulaşılamaz. Ulaşılmak istenen hedef kan şekeri Tablo 1'de verilmektedir.

Tedavide amaç, idrar ketonu negatif, HbA1C normal ve hipoglisemi olmayacak şekilde glisemik kontrol sağlamaktır.

Fetüsün karın çevresi, tokluk kan şekeri ile orantılıdır. Yani makrozomi direk tokluk kan şekeri ile ilişkilidir.

Tablo 1. Hedeflenen kan şekeri değerleri.

	Plazma	Kapiller
AKŞ	70-106	60-95
1. saat	100-155	90-140
2. saat	90-130	80-120

İnsülin Hangi Dozda Kullanılmalı?

1-2 kez NPH - kısa- hızlı etkili (insülin %50 NPH %50), insülin pompası şeklinde insülin kullanılabilir.

Analog insülinler lispro veya aspart-ins gebelik kategorisi B'dir ve hızlı etkilidirler. Uzun etkili insülin analoglarının gebelik kategorisi C'dir, bu nedenle gebelik sırasında kesilir ve NPH insüline geçilir. Oral hipoglisemik ajanlar, insülinin kullanımının enjeksiyon olması, tedaviye uyumun zor olması ve hipoglisemi riski, gelecekle ilgili önyargı ve endişe, iştah ve kilo artışı nedeniyle gebeler bu tedaviyi genelde istemezler. Bu nedenlerden dolayı oral hipoglisemik ajanlar gündeme gelmiştir. GDM da glyburid kullanılabilir ve yemekten 1 saat önce verilebilir. 1x1 veya 2x1 şeklinde kullanılabilir. AKŞ yüksekliğini önlemek amaçlı gece yatarken verilebilir. Günlük glyburid dozu 10 mg altında glisemik kontrol sağlanabiliyor ise insülin ile benzer etkiler gözlenebilir ama 10 mg dan daha fazla gereksinim olursa bu grupta riskler fazladır.

Metforminin insülin direncini kırması, hepatic glukoz salınımı azaltması ve kilo artışı yapmaması avantajlarıdır. Transplental olarak totale yakın geçmesi ve genelde tek başına yeterli olmaması ise dezavantajlarıdır. Bu nedenlerden dolayı kullanılması önerilmemektedir.

Tedavi Kılavuzu

- AKŞ >95 veya 1. saatte tokluk kan şekeri 140 üzerinde ise insülin başlanmalıdır. AKŞ 95-110 mg/dl, 1. saat 110-150 ise 0.3-0.4ü/kg ise NPH ile tedaviye başlanmalıdır.
- AKŞ 110mg/dl, 1. saat >200 ise 0.7 ünite/ kg insülin tedavisi ile başlanmalıdır.
- Haftada 3 gün günde 4-7 kez bireysel kapiller kan glukozuna bakılmalıdır.

Diyabetik Gebede Preterm Eylem Yönetimi

Özellikle diyabette iyatrojenik preterm eylem sık görülür. Diyabete bağlı ortaya çıkan IUGR, makrozomi veya biyofizik profilin kötü olması erken doğum gerekliliğine neden olabi-

lır. Ayrıca kötü maternal kan şekeri kontrolü, vasküler komplikasyonlara bağlı kontrol edilemeyen HT doğumun erken yaptırılmasını gerektirebilir. Kan şekeri yüksek ise preterm eylem riski de yüksektir. Glisemik kontrolü iyi olanlarda preterm eylem riski normal gebeye benzer.

Fetal hiperinsülinizm kortizol etkisini antagone eder ve Tip 2 alveol hücre gelişimi geciktir. Sürfaktan azalır ve yeni doğan taşipnesi ortaya çıkar. 38 hafta 7 günden önce gebelik sonlandırılacak olgularda akciğer matürasyonundan emin olmak gerekir. Akciğer matürasyonunda kullanılan testler L/S, PG, Lameller Body (37 bin/mikrolitre) sayımıdır. Bazen L/S testine göre akciğer matür olabildiği halde RDS olabilir. Bu nedenden dolayı PG ye de bakılmalıdır.

Preterm doğum yönetiminde tokolitik ajanlar + antenatal steroid kullanılır. Antenatal steroid kullanımında çekinceler mevcuttur, çünkü maternal hiperglisemi gözlenebilir. Ayrıca bu fetal hiperglisemiye de neden olabilir ve fetal insülini artırır. Fetal hiperinsulinemi akciğer matürasyonunu geciktirir. Stereoid uygulanan diyabetik gebede saatlik kapiller kan şekere bakmak ve insülin infüzyonu yapmak uygun yaklaşımdır.

Tokolitik ajan olarak iyi glisemik kontrolü olan diyabetik gebede Beta agonist verilebilir. Ayrıca kalsiyum kanal blokerleri ve Oksitosin reseptör antagonistleri tercih edilmelidir.

Gebelik süresi kan şekeri düzeyi ile yakın ilişkilidir. Antenatal steroid uygulandığından insülin infüzyonu kan şekeri yönetiminden en etkili yöntemdir.

“Çoğul Gebelikler” oturumunda önce Prof. Dr. Murat Yayla “ Türkiye’de İkiz Gebeliklerin Epidemiyolojisi” konusunda bilgi verdi. 1980’lerden sonra çoğul gebelik insidansı artmıştır. Bunun en büyük nedeni üreme tıbbındaki gelişmelerdir. Gebeliklerin ilk dönemlerinde insidansı %6-12 olarak belirtilmektedir. Doğumlarda ise %2-3 olarak gözlenmektedir. (Abortus olasılığının artması?). YÜT gebeliklerinde insidans %30’ un üstündedir. İkiz gebelerde verteks gelişlerinde vajinal doğum, non verteks gelişlerde ise sezaryan önerilmektedir. Maternal mortalite yaklaşık 3 kat artmaktadır. Erken dönemde

ultrasonografi yapılarak koryoniste tayini şarttır. İkizden fazla gebeliklerin ve monokoryonik ikizlerin perinatoloji kliniklerinde takibi önerilir. Rutin servikal sonografi 22-24. haftada yapılmalı, erken doğum riski olan gebelerin perinatoloji kliniklerinde takibi önerilmelidir. Yeni yasa ile ortaya konulan, az sayıda embriyo transferi, çoğul gebelik oranlarını 4 kat azaltmış ama gebelik oranlarını değiştirmemiştir. Çoğul gebeliklerde perinatal mortalite ve morbiditenin artacağı unutulmamalıdır.

Daha sonra Doç. Dr. Okan Özkaya “Preterm İkizlerde Yönetim” konusundan bahsetti.

İkiz gebeliklerin %50’den fazlası 37. gebelik haftasından önce doğurmaktadır. Ultrasonografi yapılarak kısa serviks ve fFn taraması preterm doğum belirlenmesinde yararlıdır. Preterm doğumu önlemede etkin bir yöntem yoktur. Profilaktik serklaj tam tersine erken doğum riskini arttırabilir. Hospitalizasyon, yatak istirahati ve profilaktik progesteron etkili değildir. Akut preterm eylem tedavisinde amaç antenatal steroid uygulaması ve uygun merkeze göndermek için zaman kazanmaktır.

Günün son oturumu “Türk- Gürcü Ortak Toplantısı” idi. Bu toplantıda “Hasta isteği ile sezaryen”, Doç. Dr. Mekin Sezik tarafından anlatıldı. Konuşmacı, hasta isteği ile sezaryenin tanımının oldukça zor olduğunu vurguladı. Eğer sezaryen isteğinde bulunan hasta birisi ise nasıl doğru karar vermesi beklenebilir diyerek olayın karmaşık bir durum olduğunu belirtti. Acaba hastanın sağlığı bozuk olduğu için mi sezaryen istemektedir. Yoksa buna bizim endikasyon dışı sezaryen dememiz daha uygun olabilir mi tartışılmalıdır.

Sezaryen endikasyonlarını kimler belirlemektedir. Geleneksel olarak hekimin bilgi ve tecrübesi mi belirleyici olmalı, yoksa bu konudaki yönerge ve talimatlar mı olmalıdır. Aslında endikasyon belirleme sürecini etkileyen birçok etken vardır (bakanlık, SGK, dernekler, hekim, STK lar...). Sonuçta hasta- hekim ilişkisi azaltılmakta ve hekime teknisyen rolü biçilmektedir.

Bunun bir yansıması olarak “sezaryen oranlarındaki artış” obstetrik pratiğindeki küresel ölçekli aşırı medikalizasyon ve mekanikleşme ile “aksak” bazı toplumsal pratik ve değer yargıları

nın birleşmesinden kaynaklanan girift bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çözüm önerileri sanıldığı kadar basit olmayıp, karmaşık bir takım toplumsal değer yargılarının değişmesini kapsamalıdır. Aslında tartışmanın odağında kadınlar vardır ancak kadınlar dışında herkes bu tartışmanın içindedir.

Sezaryen oranlarını azaltmak için neler yapılabilir. Öncelikle şeffaflık sağlanmalıdır. Gebe doğuma nasıl hazırlanacak, travayı nerede çekecek, doğumu kim yaptıracak, doğum sırasında başka kimler olacak açıkça ortaya konmalı gebe bu konularda bilgilendirilmelidir.

Konuşmacının vurguladığı diğer bir konu: sezaryen oranlarını azaltılabilir mi? Sağlık personeli ve gebenin yakın çevresi dışında birisinin doğuma destek olması sezaryen oranlarını %25 azaltmıştır. Özellikle hastanelerde doğumhane sancı odası gibi kavramların olmaması gerekmektedir. Çünkü bu mekânlar gebeyi izole etmekte ve yabancılaştırmaktadır. Litotomi pozisyonu ve rutin epizyotomi sorgulanmalıdır. Hasta mahremiyetine önem verilmelidir.

Sağlık Bakanlığının anne dostu hastane kriterleri oluşturulmuştur.

Buna göre, doğumda anne adayının seçtiği bir yakını olmalı, eğitilmiş bir sağlık personelinin düzenli aralıklarla fiziksel ve duygusal destek almalı, yürüme ve hareket etme serbestliği sağlanmalı, kadının tercih ettiği pozisyon sağlanıp rutin litotomi pozisyonunda ısrar etmemeli, indüksiyon hızı ≤ 10 ve epizyotomi hızı ≤ 20 (hedef ≤ 5) indirilmelidir. Gereksiz analjezik ve anestezi madde kullanımını teşvik edilmemelidir.

Sonuç olarak; Erkek egemen tıbbi söylemlerden uzaklaşmadan ve kadına has olan “doğum yapma” ayrıcalığı da yine kadınlar tarafından vurgulanıp, içselleştirilmeden sezaryen oranındaki artışta azalma beklenmemesi gerektiği vurgulandı.

“Kronik Feto Plasental Yetmezlik ve Fetal Büyüme Geriliği Tedavisinde Homotoksikoloji” konusunda Dr. Nana Gvetadze konuştu.

Bu oturumda homotoksik ilaçların gebelik komplikasyonlarının kullanımından bahsedildi. Homotoksikolojinin fetal tıpta seçilmesinin en

önemli nedenleri; embriyotoksik ve teratojenik etkileri yoktur. Allerji yapmazlar. Hiçbir kontradikasyonları bulunmaz. Kronik hastalıkların tedavisinde daha etkindirler. Maliyet açısından da avantajları vardır. Bu preparatlar doğada bulunan belirli bitkilerin çeşitli dilüsyonlarının hazırlanıp karıştırılması ile elde edilirler. Fetal tıp açısından özellikle gelişme geriliği ve plasental yetmezlikte kullanılabilirler.

15 Nisan 2011 kongrenin ikinci gününde ilk oturum “Riskli Gebelikler” idi.

“Doğum Öncesinden Doğum Sonrasına” konusunu Prof. Dr. Kalbiye Yalaz anlattı. Riskli gebeliklerin erken dönemdeki bulguları ile ileri yaşta ortaya çıkacak serebral palsi ve mental retardasyon gibi nörolojik sorunlarını saptamak her zaman mümkün değildir. Zamanında doğan ve risk faktörü taşımayan bebeklerin de (serebral palsi %60-70) ilerde nörolojik sorunları ortaya çıkabilir. Risk faktörlerinden intrauterin veya doğumda hamilelik yaşına düşük vücut ağırlığı, küçükbaş çevresi, intrauterin hareket azlığı, hamilelik sırasında kalp atışlarında düşüklük, intrauterin ve natal dönemde hipoglisemi, plasenta disfonksiyonu, gelişim basamaklarında gerilik ileri yaşlarda saptanabilecek serebral palsi ve mental retardasyonun en önemli ön bulgularıdır.

“Perinatal Asfiksini Önlenmesi ve Yönetimi” konusunu Prof. Dr. Neslihan Tekin anlattı.

Perinatal asfiksi; intrauterin, eylem sırasında, doğum esnasında ya da erken postnatal dönemde gelişebilir. Riskli vakaların tanınması ve risk faktörlerinin elimine edilmesi, riskli hastaların perinatal merkezlere referans edilmesi, gebelikte yeterli antenatal bakımın sağlanması, sağlık personelinin yenidoğan bebekleri değerlendirebilme ve resüsitasyon yapabilme konusunda eğitilmeleri, riskli gebelerin ve hasta yenidoğanların güvenli transportu için sistem oluşturulması perinatal asfiksini önlenmesinde temel yaklaşımdır. Fetusun durumunu değerlendirerek uygun doğum zamanını saptamada fetal kalp hızı, fetal kan akım hızı ve benzeri testlerin belirleyici özellikleri vardır. Asfiktik doğan bebeklerde yaşamın ilk 6 saatinde baş bölgesine ya da tüm vücudu soğutarak vücut ısısında 3-4 °C’lik düşüşle uygulanan hipotermi tedavisi sekonder

nöron ölümüne götürecektir bir dizi metabolik olayın hızını düşürerek, mortaliteyi azaltması ve nörolojik prognozu iyi yönde etkilemesiyle en güncel tedavi yöntemi olarak yerini almıştır.

“Doğum İndüksiyonu ve Yönetimi” Doç. Dr. N. Ömer Kandemir anlattı. Günümüzde doğum hekimliği, bilgi birikimi, beceri ve teknolojinin beraberce kullanılmasının gerekli olduğu bir sanattır. Doğum indüksiyonunda 1960’lı yıllarda Bishop skoru kullanılmaya başlanmış ve 1980’lerin ortalarından itibaren prostaglandinlerin kullanılması ile yeni bir çığır açılmıştır. Mekanik servikal dilatasyon inatçı olgularda kullanılan invaziv yöntemler arasında olup, genellikle prostaglandinler ve oksitosin ile birlikte kullanılmaktadır.

“Doğumda Fetal Hipoksi” Doç. Dr. Serdar Yalvaç anlattı. Perinatal asfiksini neden olduğu mediko legal sorunlar yüzünden günümüzde kadın hastalıkları ve doğum uzmanları mesleklerini yürütürken ciddi anlamda kendilerini baskı altında hissetmektedirler. Hipoksiyi zamanında saptayabilmek için, intrauterin gelişme geriliği, hipertansiyon, postterm gebelikler, bebek hareketlerinde azalma, makat prezentasyon, amniotik sıvının azalması ve enfeksiyonlar başlıca dikkat edilmesi gereken durumlardır. Ultrasonografik inceleme, doppler, kord kanı incelemesi, Non-stres test, bebek hareketlerinin sayımı ise asfiksiyi öngörmeye kullanılan başlıca yöntemlerdir. Antepartum/intrapartum asfiksiyi öngörmeye klasik-modern takip yöntemlerinin hiç biri kesin tanıya götürmüyor ise de seçilmiş olgularda uygun yöntemin kullanılması hipoksik ensefalopati olgularının azaltılmasında yardımcı olabilir.

“Postpartum Kanamalar” oturumunda ilk konuşma “PP Kanama ve Risk Faktörleri” Doç. Dr. Umut Dilek tarafından yapıldı. Konuşmacı, PP Kanamanın vajinal doğumlarda 500 ml’den sezaryen doğumlarda 1000 ml’den fazla kanama olarak tanımlamasını yaptı. Türkiye’de anne ölümlerinin birinci nedeni olduğunu, %46 görüleceğini ve dünyada her yıl bu nedenle 125-140 bin kadının öldüğünü belirtti. En sık nedenin (%70-90) atoni olduğunu ve %50 önlenilebilir bir klinik durum olduğunu belirtti. PP Kanamanın etyolojisinde 4 T faktöründen bahsetti

(Tone %70, Tissue %10, Trauma %20, Thorombin %1). Uzamış 3. Faz, preeklampsi, epizyotomi, PP kanama öyküsü, çoğul gebelik, iniş arresi, doğum indüksiyonu, ve operatif doğumların risk faktörleri olduğunu belirtti. Çoğunlukla kliniğin gözden kaçmakta olduğuna ve tanının geciktirildiğine vurgu yaptı.

“PP Kanamada Klinik ve Hipovolemik Şok” Doç. Dr. Selahattin Kumru tarafından anlatıldı. Konuşmacı şokun sınıflandırmasını 4 başlık altında belirtti; 1- %15 (900 ml) kan kaybı (Semptom yok) 2- %20-25 (1200-1500 ml) kan kaybı (Taşikardi, takipne, ortostatik değişiklikler) 3- %30-35 (1800-2100 ml) kan kaybı (hipotansiyon, belirgin taşikardi, soğuk nemli deri) 4- %40 (>2400 ml) kan kaybı (oliguri-anuri, periferik nabız alınamaz). Doğumun 3. Evresinde hemen uterotoniklerin verilmesi, kordun klemlenerek plasentanın çıkarılmasıyla kan kaybının azaltılacağı aktif yönetim şeklinin rutin yaklaşım olması gerektiğini belirtti. Sonuç olarak; riskli vakaların önceden tanınarak, kanama miktarının tespit edilmesi, 3. Evrenin aktif yönetilmesi ve iyi bir ekip çalışmasıyla hayat kurtarılabilceğini belirtti.

“PP Kanamada Medikal ve Cerrahi Yaklaşımlar” Doç. Dr. Ahmet Yalınkaya tarafından anlatıldı. Konuşmacı PP Kanamada medikal tedavi olarak; erken emzirme, meme başı masajı, uterin masaj ve bimanuel uterin kompresyon olduğunu belirtti. Kan ve kan ürünleri transfüzyonu yaparken anti şok tedavisinin yapılması gerektiğini belirtti. Cerrahi teknikler olarak; tamponad, kompresyon sütür teknikleri, arter ligasyonları ve arter embolizasyonunun seçenekler arasında olduğunu belirtti. %0.05 histerektomi gerektiğini ve hayat kurtarmak için yapılmasını önerdi. Bütün bu yöntemlerin başarı oranlarının %80-90 arasında değiştiğini belirtti. Sonuç olarak tedavinin agresif ve etkili yapılması gerektiğini vurguladı.

“PP Kanamaya Bağlı Ölümleri Önleyici Tedbirler” Prof. Dr. Özgür Deren tarafından anlatıldı. Konuşmacı, postpartum kanamada uterotonik ajanların hızla verilmesi gerektiğini, en büyük sorunun gecikme sonucu gelişen DİK ve myokard iskemisi olduğunu belirtti. Oksitosinin oral misoprostola tercih edilmesi gerektiğini belirtti.

“Tarama Testleri” oturumunda “Birinci trimester anöploidi taraması” Giovanni Monni tarafından anlatıldı. Konuşmanın başlangıcında birinci trimesterde kromozomal anomaliler ile birlikte bir çok taramanın (gestasyonel diyabet, preeklampsi riski, preterm doğum riski..) yapılması gerektiği vurgulandı. Birinci trimester anöploidi taramasında kullanılan ultrasonografide, fetal biometri (CRL, mikrosefali,..), fonksiyonel değerlendirme (azalmış yada artmış kalp atım hızı, artmış UA PI, umbilikal vande pulsallite), soft markırlar (koroid pleksus, kaliektazi, ekojenik fokus, hiperekoben barsak..) ve son günlerde diğer popüler belirteçler (nazal kemik, fasial açı, duktal akım, triküspit regürjitasyon, mitral gap) değerlendirilebilmektedir.

Özellikle nukal translüsensi ölçümünde eğitim kromozomal anomali yakalanmasındaki önemi vurgulandı. Son yıllarda yarı-otomatik NT ölçümünün avantajları ve dezavantajları vurgulandı.

Son olarak, maternal yaşın taramada tek başına bir anlamı olmadığı, ilk trimester taramanın 2. trimestere göre daha efektif olduğu, intermediate riskli hastalarda ardışık taramanın işe yarayabileceği, düşük riskli kistalarda ise step-wise taramanın yararlı olabileceği, ek belirteçlerin ikinci trimester taramanın gerekliliğini azaltacağı, nasal kemik-triküspit regürjitasyonu-duktus venosus akımı bakılarak yapılan contingent tarama en iyi sonucun elde edilmesine katkı sağlayacağı bu oturumun sonunda belirtilmiştir.

“Fetal Kalp Taraması” Prof. Dr. Cihat Şen tarafından anlatıldı. Konuşmacı fetal kardiak anomalilerin toplumda görülme sıklığını vurgulayarak konuşmasına başladı. Kardiak malformasyonların neonatal ölümlerin de önemli bir kısmını oluşturduğu vurgulandı. Özellikle riskli hastaların fetal eko ile değerlendirilmesi ve var olan patoloji nedeniyle doğumun üst merkezlerde gerçekleştirilmesi ile bir çok yenidoğanın yaşatılması mümkün olacaktır. Fetal kalbe bakarken sadece dört odacık bakmanın bir çok patolojiyi atlamamıza neden olduğu ancak özellikle büyük damar çıkışlarına bakarak, var olan patolojilerin bir çoğunun yakalanmasını sağladığı belirtildi. Bu nedenle kadın doğum hekimlerinin fetal kalbe bakarken büyük damar çıkış-

larına mutlak bakmaları, bu konuda hekimlerin eğitimleri içinde düzenlenen kurslara katılımlarının da yararlı olacağı vurgulandı.

“Gebelik diyabeti taramasında yeni yaklaşımlar” Doç. Dr. Ertan Adalı tarafından anlatıldı. Gestasyonel diabetes mellitus (GDM) terimi, ilk kez gebelik esnasında farkına varılmış ya da ortaya çıkmış değişik derecelerdeki anormal glikoz toleransını tanımlamak için kullanılır. Fakat tüm dünyada artmış tip 2 diyabet sıklığı nedeniyle gebelik sırasında daha önceden diyabeti olup tanı konmamış hastaların sıklığı artmaktadır. Bu hastalar gebelikle beraber başlayan diyabetik gebelerden farklı risklere sahiptir. Bu nedenle 2010 yılında IADPSG (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups) bu terminolojide değişiklik önermiştir. Buna göre gebelik sırasında teşhis edilen diyabet “gestasyonel” ve “aşikar-overt- preexisting diabetes” olmak üzere iki grupta sınıflandırılmıştır.

Bu yeni terminolojiye göre overt diabetes tanısı risk gurubu olan kadınlara ilk prenatal vizitte konmalıdır. Buna göre: açlık kan şekeri (AKŞ) ≥ 126 mg/dl veya hemogloblin A1C $\geq 6,5$ veya rasgele bakılan kan şekeri ≥ 200 mg/dl (daha sonra AKŞ ve hemogloblin A1C düzeyleri ile doğrulanmalı) ise gebe overt diabetes tanısı alır.

Yeni terminolojiye göre Gestasyonel diabetes mellitus tanısı: ilk prenatal vizitte AKŞ ≥ 92 mg/dl olup, fakat < 126 mg/dl olması veya gebeliğin 24-28. haftalarında 75 gr tek basamaklı test ile bir anormal değerlerin (açlık ≥ 92 , 1. saat; ≥ 180 , 2. saat ≥ 153) yüksek olması ile konur. ADA 2011 de, bu yaklaşımı benimsemektedir. Ancak ACOG 2001 önerileri, tüm gebelere taramanın iki basamaklı test ile (önce 50 gr GCT anormal olanlara 100 gr OGTT) yapılması şeklindedir.

Ülkemizdeki duruma bakacak olursak, 2009 yılında Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından çıkarılan, Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, tedavi ve İzlem Kılavuzu isimli kitapçıkta, GDM taraması için ilk prenatal vizitte risk (GDM öyküsü, obezite, Glikozüri, birinci derece akrabada DM) değerlendirilmesi yapılması istenmekte ve risk negatif ise sonraki trimesterde tarama önerilmektedir. Bu klavuza göre 24-28 gebelik haftalarında tüm

gebelere tarama yapılması (50 gr GCT) önerilmiştir.

Vurgulanması gereken bir nokta, tüm dünyada halen gestasyonel diyabetin tanı ve taramasının nasıl yapılacağı konusunda bir konsensus olmamasıdır. HAPO çalışmasından çıkarılan sonuçlar 75 gram tek basamaklı tarama ve tanı testinin yeni diagnostik kriterler kullanılarak uygulanmasıdır. Ancak bu konuda profesyonel organizasyonlar kendi yerel risk faktörleri temelinde kararlar almalıdır.

“Ultrasonografi” oturumunda “Thomas Everett” “Preeklampsi” Konusunda Yeni Çalışmalar” konusundan bahsetti. Preeklampsinin önemli bir sağlık sorunu olmasına rağmen halen etkin tedavi edilemediğini ve tedavi yaklaşımlarının çok eski olduğunu belirtti. Preeklampsinin sadece hipertansiyon olmadığını vurgulayarak patofizyolojisinden bahsetti. Yeni geliştirilen “digoxin binding antibody fragments, relaxin, sildenafil, recombinant active protein C” gibi ilaçlarla olan çalışmalardan bahsetti. Henüz hiçbir tedavinin efektif bulunmadığı ve çalışmaların devam etmesi gerektiği vurgulandı.

Aynı oturumda Prof. Dr. Asım Kurjak “Preeklampside fetal beyin fonksiyonlarının 4D ile değerlendirilmesi” konusunu anlattı. Serebral palsinin %80 intrauterin nedenlere bağlı geliştiğini, ancak doğumdan sonra geç dönemde bulguların ortaya çıktığını, çoğul gebeliklerde serebral palsy riskinin daha da arttığını belirtti. Fetal beyin fonksiyonlarının değerlendirilmesinde fetusun intrauterin dönemde yapması gereken hareketlerin değerlendirilmesinin, yarar sağlayacağını ifade etti. Ultrasonda analiz edilmesi gereken altı farklı yüz ifadesi vardır: Göz kırpma, esneme, dudak emme, dil çıkarma, yüz buruşturma, yutma. Ayrıca değerlendirilmesi gereken baş ve el hareketleri ise, başın retrofleksiyonu, rotasyonu, antefleksiyonu, elin başa gitmesi, göze gitmesi, yüze gitmesi, kulağa gitmesidir. Antenatal dönemde bu hareketlerin skorlanması için KANET skor sistemi geliştirilmiştir. Ancak beyin fonksiyonlarını değerlendirmede normal sınırların ne olduğu konusunda daha çalışılması gerektiği vurgulandı. Amiel-Tisson tarafından neonatal dönemde beyin fonksiyonlarının değerlendirilmesinde kullanılan el parmaklarının pozisyonları ve başparmağın ayrı durması-

nın intrauterin 4D ultrason ile belirlenebileceği belirtildi.

Prof. Dr. Turgay Şener “Plasenta, umbilikal kordon ve zarların ultrasonografik değerlendirilmesi”ni anlattı. Plasental anomalilerden bahsetti. Plasenta sirkumvallata zarların plasenta üzerine kıvrılmasıdır ve adezyon ve bantlarla karışabilir. Plasenta suksentriata, plasenta çıktık-tan sonra geride aksesuar lobun kalması nedeniyle komplikasyona neden olabilir. Ultrasonla değerlendirilmesi ve doğumda bilinmesi bu nedenle önemlidir. Battledore (Raket) plasenta ikizlerde fazladır. İnsersiyon daha marjinaldir. Plasenta membranacea normal plasentaya göre daha incedir ve tüm uterusu kaplar. Damar yapıları daha az olabilir. Koryoanjomalar yüksek vasküler içeriği olan, intrauterin hidrops, gelişme geriliği ve ölüme yol açabilen tümörlerdir. Doppler tanıya yardımcıdır. Lipomlar daha hipoeoik, Doppler sinyali içermeyen yapılardır, prognoza çok etkisi yoktur. Plasental kistler obstetrik yaklaşımı etkilemez. Plasental lakünler (gölcükler) klinik açıdan daha dikkatli olunması gereken yapılardır. İçlerinde hareket vardır. Tromboze infarkt alanları hiperekojen görünür. Plasenta previa ve vasa previa Doppler ve vajinal ultrason kullanılarak tanınabilir. Plasenta ödemi rh uygunsuzluğu, enfeksiyonlarda karşımıza çıkabilir. Kalınlık 4cm üzerindedir. Ayrıca molar gebelikler ve zarların değerlendirilmesinden bahsedildi.

Prof. Dr. Yakup Erata “Perinatal Doppler” konusunu anlattı. Dopplerin tarama testi olarak uterin arter kullanılarak preeklampsi ve IUGR öngörüsünde kullanılabileceğini, IUGR’li fetuslarda fetusu değerlendirmek için fetal Doppler kullanılabileceği belirtildi. Uterin arter Doppleri ile yüksek risk grubuna uygulama ile preeklampsinin öngörülebileceğini, düşük risk grubunda yararlı bulunmadığını anlattı. Dopplerin tüm gebelere uygulanmasının gerekli olmadığını preeklampsi, IUGR gibi durumlarda uygulanması gerektiğini ifade etti. İlk trimesterde umbilikal arterde diastol sonu kan akımı olmamasının normal olduğu, 15. haftadan sonra diastol sonu kan akımının oluştuğu, gebelik ilerledikçe arttığı ve PI’nin düştüğü anlatıldı. MCA beyin koruyucu etkiye bağlı olarak, hipoksi durumun-

da diastol kan akımı artar, buna bağlı serebro-umbilikal oran 1.08'in altına iner. Bu durumda bebeği doğurtma kararı desendan aorta kan akımına bağlı olarak verilebilir. Arteryal Doppler bulguları bozursa venöz Doppler yapılmalıdır. Duktus venosus bulguları bozuldu ise doğum gerçekleştirilmelidir. İnferior vena kavada duktusta olmayan ters akım vardır, bunun derinleşmesi hipoksi bulgusudur. Umbilikal vende pulsasyon olması ise geç ortaya çıkan en kötü bulgudur.

Doç. Dr. Yeşim Baytur "İkizlerde tek Fetusta IUGR: Tanı ve Yönetim" konusunu anlattı. İkizlerde sIUGR nadir rastlanan ama önemli bir sorundur. DC'de yönetim tekilerden çok farklı değildir. MC ikizlerde UA bulgularına göre yapılan sınıflamaya göre hareket edilmeli, UA bulguları normal fetuslarda 34. haftada doğum gerçekleştirilmelidir. Tip 2 ve Tip 3 MC sIUGR'de ise yönetim ailenin isteği, kilo farkının şiddeti ve gebelik haftasına göre değişir. Erken tanı konan kötü prognozluarda kord oklüzyonu düşünülmelidir.

16 Nisan 2011 kongrenin üçüncü gününde ilk oturum "IUGR ve Preterm Doğum" idi. İlk konuşmacı Prof. Dr. Lütfü Önderoğlu "IUGR ve Preterm Doğum: Antenatal Stratejiler" konusunu anlattı. Antenatal bakımdan beklenenin gebeliğe bağlı komplikasyonları erken saptamalı, önleyici işlemler yapılmalı, anne ve bebek sağlığı bir arada düşünülmelidir. Bu yapılırken tüm sağlık personeli birlikte çalışmalı ve aileler bilinçlendirilmelidir. En sık bebek kayıp nedenleri preterm doğum, IUGR ve preeklampsidir. Geleneksel olarak ayda bir yaklaşım yerine, 11-14. haftada tarama testleri, 20-22. haftada ultrason ile anatomi ve uterin arter, serviks değerlendirilmesi, 32. haftada gelişim takibi yapılmalıdır. 12. haftada değerlendirme bize sonraki dönemde takip sıklığı hakkında fikir verecektir. Uterin arter yüksek riskli grupta yapılmalı, bilateral çentik ve direnç artışı varsa preeklampsi riski yüksektir. Yüksek riskli olgularda serviks ölçümü 14-18 ve 18-22 haftalarda iki kez, düşük riskli grupta 20-22. haftada yapılmalıdır. Serviks ağzında birikmiş çamur benzeri yapı erken doğumla ilişkili olabilir. Servisk kısalığında erken doğum önleme stratejileri değişiktir. Progesteron

kullanılabilir. Serviks 20 mm altında ise tokoliz endikasyonu doğabilir. Serklaj kullanımı tartışmalıdır.

İkinci konuşmacı Prof. Dr. Serdar Ural "Kısa serviks: tanı ve tedavi"den bahsetti. Preterm eylem için risk faktörleri arasında en önemlisi serviksin kısalmasıdır. Servikste ki kısalma özellikle 16-24. hafta arasında önemlidir. Serviks 3cm alındığında preterm eylem oranı 4 kat artarken, 25mm sınır alınırsa preterm eylem 6 kat artmıştır. Servikal uzunluk transvajinal ultrason ile yapılmalıdır. Serviks 25 mm kısa ise, birden fazla preterm eylem öyküsü yoksa yakın takip, iki veya daha fazla gebelik kaybı varsa serklaj önerilebilir. Kısa serviks, ikiden fazla preterm eylem varsa 24. haftadan sonra steroid yapılabilir. Kısa serviks 15 mm sınırı alındığında serklaj yapılırsa %15 gebeliğin uzatılabileceği ortaya konmuş. Servikal uzunluk ölçümünün en önemli değeri negatif prediktif değeridir. Fetal fibronektin ile birlikte kullanıldığında gereksiz müdahaleleri önleyecektir. Yapılan son çalışmalarda kısa servisk 10-20 mm arasında ise vajinal progesteron jelin 24. haftadan itibaren kullanımı, 33. haftadan önce doğumu %45 oranında azaltmıştır. Progesteron kullanımının faydaları diğer çalışmalarla birlikte değerlendirilmesi sonucu, yukarıda bahsedilen ikinci trimester kaybı yaşayan, sadece serviks kısa bulunan veya preterm eylem öyküsü olan gruplara diğer tedavilerle veya tek başına yakın gelecekte önerilebilir gibi görünmektedir. Serviks ölçümü sağlık harcamalarının azaltılması açısından da önerilebilir.

Jason Gardosi "IUGR Tanıda Yeni Görüşler" konusunda konuştu. Anne karnında ölümlerin büyük bölümünün IUGR'a bağlı olduğunu, neonatal ölümlere de yol açtığını belirtti. Serebral palsi riskinin term IUGR' da arttığı anlatıldı. Bu bebeklerin fonksiyon görmeyen bir plasenta ile intrauterin bekletilmesinin bu riski arttırabileceği belirtildi. Doğum kilosunu etkileyen cinsiyet, anne kilosu, boyu, ırk gibi fizyolojik parametrelerin hesaba katılması gerektiği, kişiselleştirilmiş büyüme kartlarının kullanımının önemli olduğu vurgulandı. Türkiye için bu kartların henüz geliştirilmediği, ama yakında yapılabileceği söylendi. Kişiselleştirilmiş kartlar ile SGA ve IUGR ayrımının daha iyi yapılabileceğini anlattı. IUGR tanısında büyüme eğrilerinin kullanımı,

fundal yükseklik kullanımı, seri ultrason ölçümleri ve Doppler kullanımı daha doğru bilgiler elde edileceği vurgulandı. Doğumun gerçekleştirme zamanı konusunda randomize çalışmalarda “selection bias” vardır. GRIT çalışması kritize edildi ve burada dahil edilen hastalardan IUGR 26. haftada başlayanla, 29. haftada olanların aynı olamayacağı, ayrıca beklemenin doğuma tercih edilmesi ile ilgili sonuçların kısa dönemde değerlendirildiği, bu bebeklerin uzun dönem durumlarının bilinmediği ifade edildi. Randomizasyon sırasında durumu nispeten iyi hastaların seçildiği, kötü hastalarda doğum yaptırılmış olabileceğini ifade etti. Sonuç olarak doğum zamanlaması konusunun kritik olduğunu, her hastanın ayrı değerlendirilmesi gerektiğini vurgulandı.

Alex Vidaeff “Fetal Büyüme kısıtlılığı olan preterm eylemde antenatal kortikosteroid kullanımının risk ve yararlarını” anlattı. Antenatal steroid kullanımı RDS’yi %34 azalttığı, neonatal ölümü %30 azalttığı belirtildi. IUGR fetusta kortikosteroid uygulamasının arttıracakı metabolik hızın zararlı olup olmayacağı, özellikle hipoksik fetuslarda iyi değerlendirilmelidir. IUGR bebeklerden 25-30 hafta arasında steroid uygulananların sonuçlarının daha iyi olduğunu bildiren çalışmaların yanında, faydasız olduğunu bildiren, şiddetli IUGR bebeklerde kısa dönemde etkisi olmadığını gösteren yayınlarda vardır. Steroidlerin genomic etkisinin matürasyonu arttırdığı, bunun yanında nongenomik etkisinin karaciğer ve akciğer büyümesini baskıladığı hayvan deneylerinde gösterilmiştir. Deksametazonun bu etkisi betametazona göre daha fazladır. Tekrarlayan dozlarda büyüme ve SSS gelişimi baskılanır. IUGR bebeklerde steroid endojen artmıştır, plasentada 11 -beta hidroksteroid dehidrojenaz azalmıştır. Bu enzim nöroprotektiftir. HPA aksının normal gelişiminde önemli rol oynar. Bu bariyer IUGR’de olduğu gibi kırılırsa kortisolün kortizona dönüşümü azalır, ilerleyen yıllarda hipertansiyon gelişebilir. Antenatal steroid koyuna verildiğinde, fetusun durumuna göre, sağlıklı bir bebeğe verildiğinde vasokonstriksiyon ve azalmış kardiyak output görülürken, IUGR fetusa verildiğinde vazodilatasyon ve artmış kardiyak output ortaya çıkar. İnsanda IUGR ve normal umbilikal arter Doppler olan bebek-

lerde antenatal steroid büyük bir etki yapmaz, AEDF olan IUGR fetuslarda ise koyundakine benzer etkiler ortaya çıkar ve bu fetus açısından tehlikeli olabilir. Antenatal steroid verilen IUGR ve AEDF olan bebeklerin %62’si 24 saat içinde Doppler bulgularında iyileşme yaşamıştır. Bu MCA dilatasyonun ortadan kalkması ve beyin koruyucu etkinin yok olması ile ilişkilidir. Diastolik akım geri gelen vakalarda sonuçlar daha iyi olsa da, bu vakalarda da %40 akut kötüleşme olabilir. Fetal beyinde IUGR bebeklerde nöronal gelişimin yarısına ulaşılabilir. Steroid uygulaması bu durumun daha da kötüleşmesine neden olabilir. IUGR fetusta azalmış kan akımının tekrar artması oksidatif hasara yol açabilir. Sonuç olarak Doppler yapmadan steroid uygulanmamalıdır. AEDF varsa steroid uygulaması sonrası 3 gün fetus yakın takip edilmelidir, daha kötü olgularda steroid zarar verebilir, nongenomik etkileri daha az olduğunda betametazon tercih edilmelidir. Şu andaki bilgiler ışığında IUGR fetuslara steroid yapılmasını denilemez, ama dikkatli uygulanmalıdır.

Oturumun son konuşmacısı Thomas Everett “Ekstrem Preterm Doğumda Perinatal Yönetim”den bahsetti. 23-27. hafta arası preterm doğumların ekstrem preterm kabul edildiğini belirtti. Yenidoğan bakımındaki iyileşmelerle İngiltere’de preterm doğuma bağlı ölümlerin azaldığını 29-32. hafta arası olan doğumlarda yaşam oranlarının term doğumlara yakın olduğunu anlattı. 25. haftadan önce olan doğumlarda ise sağ kalım artsa da serebral palsi oranlarının %50 oranında olduğu anlatıldı. 32. haftadan sonra olan preterm doğumların gelişmiş ülkelerde bir sorun olmadığı ifade edildi. 25. haftadan önce doğumlarda fetusu yaşatmak için çaba gösterilirken, uzun dönem handikaplarında göz önüne alınması gerektiği vurgulandı.

“Yenidoğan Sorunları” oturumunda Prof. Dr. Neslihan Tekin “Perinatal asfiksini önlenmesi ve yönetimi” konusunu anlattı. Perinatal asfiksi, yenidoğan ya da fetusta yetersiz gaz değişimi sonucunda hipoksi, hiperkapni ve asidoz gelişimi olarak tanımlanabilir. Sıklıkla intrapartum antepartum dönemde oluşur. Perinatal asfiksiyi önlemenin ya da korunmanın en önemli yolu riskli vakaların daha önceden belirlemek, gerekli sevk ve transport mekanizmalarını kulla-

arak ileri perinatal merkezlere hastaların refer edilmesidir. Antenatal hipoksiyi saptamada kullanılan testler, biyofizik skor, modifiye biyofizik skor, umbilikal arter doppleri, kardiotokografi, skalp pH, NIRS (near infrared spektroskopisi). Asfiksi sonucu başta santral sinir sistemi olmak üzere tüm organ sistemleri tutulabilir.

Asfiksini etkin yönetiminde doğumhanede gerekli resistasyon ve stabilizasyon için alt yapı hazırlanmalıdır. Çeşitli nöroprotektif tedavi yöntemleri asfiksiden etkilenmeyi azaltmada kullanılmaktadır (hipotermi, magnesium, adenozin, vitamin C, E, indometazin...). Son yıllarda profilaktik Barbüturat kullanımı ve eritropoietin verilmesi konusunda ümit veren gelişmeler yaşanmıştır.

Sonuç olarak; perinatal asfiksi erken ve geç morbitide ve mortalite açısından halen önemini korumaktadır. Antenatal testler ile fetusun kompansasyon potansiyelinin belirlenebilmesi önemlidir. Başarılı resüstasyonun ardından destekleyici tedavi gereklidir. Nöroprotektif tedavi için ilk saatler önemlidir. Günümüzde en ümit verici sonuçlar halen hipotermi ile sağlanmakta ancak bunun ileri dönem etkileri için çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

“Çoğul gebeliklerde neonatal sorunlar” Prof. Dr. Nilgün Kültürsay tarafından anlatıldı. Özellikle son yıllarda yardımcı üreme tekniklerindeki artış nedeniyle çoğul gebeliklere bağlı prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğumlarda artış olmuştur. Bilindiği üzere fetal mortalite ikizlerde tekizlere göre 4 kat fazla, neonatal mortalite 6 kat fazladır. Ayrıca diğer neonatal komplikasyonlarda çoğul gebeliklerde fazladır. İkiz gebelerde monokoryonik bebeğin ikiz eşinin ölümü, TTTS, diskordan ikizlerde SGA durumlarında serebral pals oran artmaktadır. Özellikle monokoryonite bağımsız bir kötü prognostik faktördür. Selektif fetositin serebral palsi riskini azalttığına dair yapılan çalışmalar küçük örneklem grubu nedeniyle güvenilir değildir. Özellikle YÜT sırasında transfer edilen emriyo sayısını bire indirmek, canlı sağlıklı bir bebek elde etmek, hem de sağlık harcamalarını azaltmada etkili bulunmuştur. Ülkemizde de çoğul gebeliklerin %75’inin YÜT uygulamaları sonucu elde edildiği saptanmıştır. YÜT ile elde edilen gebeliklerde artmış antenatal komplikasyonların ya-

nında artmış maternal komplikasyonlarla da karşılaşmaktadır.

Sonuç olarak çoğul gebelikler, neonatal mortalite, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve serebral palsi ve nörokognitif bozuklular açısından artmış risk taşır. Çoğul gebelikler başta anne-baba ve çocuklar olmak üzere tüm topluma fiziksel, psikososyal ve finansal yükler getirmektedir. Amacımız her zaman tek sağlıklı bebek olmalıdır.

“Türkiyede ve dünyada prematüre bebek mortalite ve morbiditesi”, Prof. Dr. Asuman Çoban tarafından anlatıldı. Yenidoğan bebek ölüm hızları her ne kadar yavaşlasa da halen istenilen seviyede değildir. Ülkemizde 22 bin bebeği ilk yaşına gelmeden kaybediyoruz. Yenidoğanların büyük kısmı düşük gelirli ülkelerde olmaktadır. Bebeklerin % 50 si ilk 24 saate kaybedilmektedir. Yenidoğan ölümlerinin en önemli nedeni prematüre yani düşük doğum ağırlığıdır, risk miadında doğanlara göre 13 kat daha fazladır. Özellikle gelişmiş ülkelerde preterm doğumlardan ölümler giderek azalmakta olup, bunun en önemli nedeni de teknolojik gelişmeler ve yenidoğan bakım olanaklarındaki artıştır.

Pretermelerde nörogelişimsel sekeller, kabince motor fonksiyonda güçlükler olabilir. Yine bunlarda davranışsal ve emosyonel sorunlardan bahsedilmektedir. Görme işitme sorunları termlere göre daha fazla. Ayrıca diyabet gibi metabolik bozukluklara daha sık rastlanmaktadır.

Sonuçta, preterm bebeklerde prognozu iyileştirmek önemlidir. Bunun için, preterm eylemde antenatal steroid, EMR de antibiyotik, K vitamini, neonatal sepsis tedavisi, kordonun geç klemplenmesi, erken anne sütü, surfaktan tedavisi gibi yaklaşımların önemi ortaya konmaktadır.

“Küçük prematürelerin sağlıklı sağkalımı için bütüncül perinatal yaklaşım”, Prof. Dr. Saadet Arsan tarafından anlatıldı. Bütüncül yaklaşım dediğimizde, kadın doğum (perinatolog) ekibi, yenidoğan ekibi ve izlem ekibi olarak hastaların ele alınması ve bu ekiplerin kolektif çalışmasını anlıyoruz. Yaklaşımın perinatolojik bölümünde, sağlıklı gebelik planlaması, yardımcı

çoğul gebeliklerin azaltılması, antenatal steroid ve antibiotik kullanma, tokoliz, intrauterin transport ve doğum şekli yer alır. Neonatolojik yaklaşım olarak, doğum salonu stabilizasyonu, oksijen hedefleri, surfaktan tedavisi, solunum desteği, antibiotik tedavisinden bahsedilir. Antenatal steroid tedavisi akciğer gelişiminin yanında nörolojik gelişime de katkı sağlamaktadır. Uzamış EMR de antibiyotik tedavisi doğumun geciktirilmesinde yararlıdır. Tokoloiz kullanımı antenatal steroid uygulamalarında ve transport için zaman kazanma amaçlı kullanılır.

Çok düşük prematürelere sezaryen düşük oranda koruyucu fakat maternal morbidite açısından hastalar değerlendirilmelidir.

Doğum sırasında otolog kan transfüzyonunun (kordonun geç klemplenmesi) yenidoğanların kan basıncında artışa, idrar miktarında artışa, transfüzyon ihtiyacında azalmaya, oksijen gereksiniminde azalmaya ve polistemi ve sarılık riskinde artmaya neden olmadığı saptanmıştır. Doğum salonunda resüstasyon ve stabilizasyon işlemleri önemlidir. Prematürelere oksijen verilmesi eğer uygun bir denge tutturulamaz ise yarıdan çok zarar verebilir. Solunum desteği olarak mekanik ventilasyondan ziyade CPAP uygulamaları veya noninvasif ventilasyon kullanımı sağlanmalıdır.

Destekleyici bakım olarak, vücut ısısının korunması, yeterli sıvı replasmanı, total paranteral nutrisyon ve erken tam enteral beslenme sayılabilir.

Sonuç olarak çok düşük doğum ağırlıklı prematürelere bütüncül prenatal yaklaşım ve non-invasif bakım uygulamalarından yarar görmektelerdir. Böylece bronkopulmoner displazi, nekrotizan enterekolit, prematüre retinopatisi azalmakta ve gelişim olumlu yönde etkilenmektedir.

Kongrenin son oturumunda "Adli Tıp Sorunları" konuşuldu. Prof. Dr. Seyfettin Uludağ "Hata Nedir? Komplikasyon nedir?" konusunu anlattı. Kural dışı işlemlerinin yapılması, gereklilik kuralına uyulmaması, herkes tarafından yapılabilenlerin yapılmaması veya önlenemez bir komplikasyonu önlememek hata olarak kabul edilebilir. Olası tehlikeyi öngörememek de hata kabul edilebilir. Hata olarak kabul edilebilmesi için tıbbi işleme bağlı zarar görmesi gerekir.

Dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu yaralanma ve ölüme sebep olmaya örnek olarak ameliyat öncesi yapılması gerekenleri yapmamak, patoloji sonucuna bakmamak, doğum takibinde yapılması gerekenlerin yapılmaması, gaz kompres unutmak vb verilebilir. Komplikasyon ise standart yapılması gerekenler yapıldığı halde, öngörülemez sonuçların ortaya çıkmasıdır. Her türlü tıbbi kayıdın tutulması hekimin sorumluluğundadır. Ayrıca aydınlatılmış onam alınmalıdır. Bu onamlar ahlaka, tıbbi kurallara uygun olmalı ve komplikasyonları içermelidir. Tarama testlerinin ne anlama geldiğini tam anlatmak, "her şey normal" terimini kullanmamak hekimi koruyabilir. Doğum sırasında yapılan hatalar prezentasyonun atlanması, tansiyon bakılmayıp preeklampsi atlanması, fetal asfiksi nedenlerini gözden kaçırmak, normal doğum sürecinin dikkatli takip edilmemesi başlıca örneklerdir. Fetal makrozomi gibi durumlarda hata ve komplikasyon iç içe girebilir. Buralarda net sınırlarla hata ayrımı yapılamayabilir. Omuz distosilerinde makrosomi sık olsa da normal kilolu bebeklerde de olabilir. Öngörmek mümkün değildir. Makat doğumlarda hekimler kendilerini yeterli hissediyor ise, bebek 2000-3000 gr arasında, saf makat, baş fleksiyonda olmalıdır. Bu şartları sağlayan hastalarda kırık var ise bu komplikasyondur. İkizlerde önde gelen makat ise sezeryan yapılmalıdır. Vakum ve forseps gereksiz uygulanırsa hata, doğru endikasyonla yapılan uygulamalarda olan yaralanmalar komplikasyon olarak kabul edilebilir.

Nezih Varol "Adli Olgularda Hekim Stratejisi Ne olmalıdır" konusunu anlattı. Adli olgularda sorunun genellikle şikâyet ve hasta memnuniyetsizliği sonucu ortaya çıktığını belirtti. Sorun ortaya çıktığında çözümü kimin yapacağı, mali yükümlülükleri kimin karşılayacağı ortaya konmalıdır. Hasta kabul edilirken önce hastaneye kabul sözleşmesi yapılır. Biz hekimlerin ise hastane ile iş sözleşmesi var, ayrıca hasta tedavi sözleşmemiz var. Öncelikle sağlık mevzuatı yeterli olmalıdır. Türk Ceza Kanunu hastaya müdahale hakkını doktora vermektedir, dolayısıyla standartlar içinde yapılan uygulamalar komplikasyondur. Bilirkişilerde standartlara uyulup uyulmadığına dikkat etmektedir. En sık adli olgu örnekleri omuz distosisi, kanamalar, prenatal tanı,

organ yaralanmaları nedeniyledir. Katılımcı tedavi yapıldığında, yani aydınlatılmış onam alındığında bu koruyucu olabilir. Sağlık hizmetinde esas yasalara uygun, yönetmeliğe uygun, meslek anlayışının getirdiği inisiyatifi kullanarak, diğer hizmet birimlerinden de aynı davranışları bekleyerek ekip çalışması yapmaktır. Tarafların her biri öne sürdüğü konuları ispatla yükümlüdür, bu nedenle kayıtlar iyi tutulmalıdır. Olgulardan örnekler verdi.

Prof. Dr. Alper Tanrıverdi “Uygulama Standartları Nelerdir” konusunu anlattı. Standartlar

ortaya konurken her yerde uygulanabilir olmasına dikkat edilmesi gerekliliğini vurguladı. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan rehberlere değinildi. Bunun için “Doğum Öncesi Bakım Yönetimi” rehberi bir örnek olabilir. Burada belirlenen testler ve muayeneler yapılmalı, özellikle arz eden bir durum varsa bir üst basamağa yönlendirme yapılabilir. Bir üst basamağa sevk yapıldı ise gidip gitmediği sorgulanmalıdır. Ultrason muayeneleri sadece önerilir, zorunluluk değildir. Ayrıca “Doğum Eylemi Yönetim Rehberi” doğum için standart olarak kullanılabilir.