

39. gh'dan önce maternal veya fetal endikasyon yoksa elektif sezaryen önermemektedir. Maternal sonuçlardan kan transfüzyonu, >5 gün hospitalizasyon süresi 37-38.gh'da anlamlı olarak 39. gh'na göre daha yüksek oranda saptanmış bunun sebebi olarak da alt segment tam gelişmemesi ve adhezyonların yeterince açılmaması olarak gösterilmiş. Ayrıca maternal pnömoni, DVT veya pulmoner ödem,abse,sezaryen histerektomi oranları erken alınan grupta daha fazla gözlenmiştir. Neonatal sonuçlardan RDS, TTN, NEK, Sepsis, mekanik ventilasyon, HİE,YB'da kalış süresi, konvülsiyon, 5. dk Apgar <3, fetal kayıp oranları 37.-38. gh'da anlamlı olarak 39. gh'ya göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: 39. haftadan önce maternal - fetal endikasyon yokluğunda elektif sezaryen hem fetal hem maternal morbiditeyi arttırır.

KÖ-04

Ultrasonografide tuzaklar

Turgay Şener

1999 Eurofetus çalışmasında fetal malformasyonların %56'sı saptanabilmiş, majör anomalilerin %55'i 24. haftadan önce tanınabilmiştir.

En önemli hata nedenleri şunlardır:

1. Yeterli sürede eğitim almamak

- Bu işle uğraşan kişiler:
- Tanısal Ultrasonografide ve ilişkili güvenlik konularında eğitilmiş olmalı
- Düzenli olarak fetal ultrason yapmalı
- Sürekli eğitim programlarına katılmalı
- Şüpheli veya anormal bulgular saptadığında uygun merkezlere sevk zinciri olmalı
- Rutin kalite güvencesi ve kontrolü önlemleri almalıdır

2. Yetersiz cihazla çalışmak

- Cihazlar ISUOG rehberindeki asgari özelliklere uygun olmalı:
- Real-time, greyscale
- 3-5 MHz transabdominal transduser
- Akustik güç kontrol ayarları ve göstergesi
- Ekran dondurma özelliği
- Elektronik kaliperler
- Görüntü depolama/baskı kapasitesi olmalı
- Optimal performans için düzenli bakım ve servis yapılmalı

3. Kayıt yapmamak

- Hangi dökümanlar kaydedilmeli, basılmalı, refere eden doktora gönderilmeli ?
- Muayene raporu kopyası hekime gönderilmelidir.
- Standart kesitlerin görüntüleri elektronik kopya veya basılı olarak kaydedilmeli ve depolanmalıdır.
- Fetal kalp için video klip alınması tavsiye edilir.
- Kayıtlar yerel kanunlara uygun sürelerde saklanmalıdır.

4. Doğru isim, doğru tarih, doğru kesitler almamak

- Her muayeneye ve kayda başlamadan:
- Hastanın adını
- O günün tarihini ve saati kontrol edin !
- Doğru kesitlerin alındığından emin olun
- Uygun kesit alınamıyorsa, sonraki saateler veya günler içinde hastayı geri çağdırmaktan çekinmeyin.

5. Anormal bulgularda yönetim planı yapmamak

- Anormal bulgu saptanması halinde bir yönetim planınız olsun.
- Hastanın özelliklerinden, hangi koşullarda, nasıl doğrultulması gerektiğine kadar kendi dosyanıza not alın.
- Fetüste anormal bulgu saptanmıyorsa bile, ileride sorun yaratabilecek bulguları araştırın, hastayı kliniği ile birlikte değerlendirin. Radyoloji'den en önemli fark hastanın aynı zamanda primer hekimi de olmanızdır.
- Obstetrik Öyküde PTD, tekrarlayan abortuslar hastaya bakarken yönlendiricidir.
- Uterin arter, DV, MCA Doppleri kliniği yönetmede faydalıdır.

ISUOG şartlarına uyulmazsa ne olur?

- ISUOG rehberlerinde önerilen yukarıdaki minimum koşullara uyulamama halinde:
- Bunun nedenleri açıklanmalıdır. (gebelik haftası-obezite-fetal pozisyon-vb.)
- Hastaya bir başka zaman randevu verilmeli veya bir başka kişiye refere edilmelidir.
- Bu uygulama gereksiz hasta anksiyetesine veya tanıda gecikmeye neden olmamak adına bir an önce yapılmalıdır.

KÖ-05

Intrapartum ultrasonografi

Ali Gedikbaşı

Obstetrikte muayene subjektif olup, aynı hekim tarafından yapılan klinik değerlendirmenin farklı sonuçları olabilir. Travaydaki bir gebenin doğum şekline karar vermek hekime zorluklar yaşatabilir. Bunun yanı sıra yanlış yapma ve mediko-le-

gal olaylar gereksiz girişimleri ve sezaryen oranlarını artırmıştır. Akmal ve ark.'nın yaptıkları çalışmada oksiput posterior geliş, klinik muayene ile ancak %50 doğrulukla saptanabilmektedir. Bu nedenle, gebelerin spontan vajinal doğum olasılıklarını gösterecek objektif kriterlere sahip yeni metotlara ihtiyaç vardır. Bu metotlardan biri olmaya en önemli aday ise intrapartum ultrasonografidir.

Intrapartum ultrasonografinin başlıca üç avantajı vardır:

1. Eğitim
2. Fetal pozisyonun değerlendirilmesi
3. Fetal başın pelviste bulunduğu yerin saptanması ve inişin değerlendirilmesidir.

Klinik değerlendirme becerimizi intrapartum ultrasonografi vasıtasıyla artırabiliriz. Tuşeden sonra yapacağımız intrapartum sonografi klinik değerlendirme becerimizi arttıracaktır.

Fetal başın malpozisyonu operatif doğum, perinatal ve maternal morbiditeyle ilişkilidir. Fetal başın pozisyonunu belirlemede transabdominal, transvaginal ve transperineal ultrasonografi yaklaşımlarından yararlanabiliriz. Başın angajmanından önce transabdominal ultrasonografide probumuzu yatay tutarak fetal başın pozisyonunu belirleyebiliriz. Angajmandan sonra ise transabdominal ultrasonografide probumuzu uzunlamasına tutmalıyız. Baş, pelvisin derinliklerine doğru ilerledikçe transperineal sonografi daha değerlidir.

Fetal başın pelviste bulunduğu yerin saptanması ve inişin değerlendirilmesi transperineal sonografide prob uzunlamasına ve yanlamasına tutularak yapılır. Probu uzunlamasına tutarak yapılan inceleme ve ölçümler: başın yönü, ilerleme açısı ve ilerleme mesafesidir. Probu yanlamasına tutarak yapılan ölçümler ise rotasyon açısı, baş perine ve baş-sinfiz mesafesidir.

Başın yönü yukarıya doğru olduğunda vaginal doğum olasılığı yüksektir. Rotasyon açısı başın ilerlemesini gösteren önemli bir belirteçtir. İlerleme açısı 1200 üstünde olduğunda vaginal doğum şansı %90'lara ulaşır. İlerleme açısı başın inişinin yetersiz olduğunu gösteren erken bir bulgudur. İlerleme açısı 1200 üstünde olduğunda, oksiput anterior gelişlerde, operatif vaginal doğumların başarılı olma şansı yüksektir. Fakat oksiput posterior doğumlarda ise iyi bir belirteç değildir. Burada başka beliteçlere ihtiyaç vardır. Bunlar; hem oksiput anterior hem de oksiput posterior gelişlerde kullanılan baş-perine ve baş-sinfiz mesafesidir.

KÖ-06

Plasenta akreta: Tanı ve yönetimi

Ahmet Yalınkaya

Plasenta akreta (PA) hayatı tehdit eden ve yönetiminde de multidisipliner bir yaklaşım gerektiren obstetrik bir tablodur.

PA insidansı sezaryen artışına paralel olarak artmaktadır. An-tepartum PA tanısının konulması multidisipliner planın yapılmasına, potansiyel maternal-neonatal morbidite ve mortalitelerinin azalmasına yol açar.

Tanı

PA genel olarak klinik bir terimdir; plasentanın uterin duvara invaze olmasını ve ayrılmamasını ifade eder. PA tanısı için Grayscale ultrasonografi yeterli kabul edilmektedir. Diğer üst segment ultrasonlarla daha kolay tanı konur. Belirsiz olgularda MRI da yardımcı olabilir.

PA doğumda masif kanama ve sorunlara yol açabilir; Disseminated intravascular coagulopathy (DIC), histerektomi, üreter yaralanması, mesane yaralanması, barsak yaralanması, nörovasküler yapıların yaralanması, adult respiratory distress syndrome (ARDS), akut transfüzyon reaksiyonu, elektrolit imbalansı ve böbrek yetmezliği görülebilir. PA olguları doğumda 3000-5000 ml kan kaybedebilirler. PA olgularının %90'ı kan transfüzyonuna ve bunların %40'ı 10 ünitenin üzerinde eritrosit süspansiyonuna gereksinim duyarlar. PA olgularında maternal mortalite oldukça yüksek ve %7 olarak verilmiştir. Maternal mortalite optimal transfüzyon yönetimi ve cerrahi girişime rağmen gelişebilir.

Patogenez

PA'nın üç tipi vardır:

1. **Plasenta akreta:** %75-78 oranında görülür ve plasenta myometriuma yapışmış ancak penetre olmamıştır.
2. **Plasenta inkreta:** %17. Plasenta myometriuma penetre olmuştur.
3. **Plasenta perkreta:** %5-7. Plasenta miyometriuma, serozaya ve hatta pelvik organlara da penetre olmuştur.

Insidans

Plasenta akreta insidansı sezaryen doğum artışına paralel olarak artmaktadır. 1960'larda 1/30.000 doğum, 1985-1994 arasında 1/ 2.510 doğum, 1982-2002'de 1/533 doğum, günümüzde insidans çok daha artmıştır

Risk Faktörleri

Tekrarlayan sezaryen doğumlar (en sık), ileri anne yaşı, multiparite, geçirilmiş myomektomi, Asherman sendromu, submuköz leiomyomlar, termal ablasyon ve uterin arter embolizasyonu. Sezaryen doğum yapan kadınlarda myometrial hasar ve skar oluşur. Plasenta previa bu uterin skar üzerine yerleşirse plasenta akreta için büyük risk taşır. Uterin cerrahi skarı olmayan plasenta previa olgularında plasenta akreta riski %1-5'tir. Tekrarlayan sezaryen doğum sayısı ile PA riski artar: ilk CS %3, ikinci CS %11, üçüncü CS %40, dördüncü CS %61 ve beşinci CS %67.