



kadın doğum

JOURNAL OF OBSTETRICS and GYNECOLOGY dergisi

CİLT : 8
VOLUME:8

SAYI : 1
NUMBER:1

YIL: 2009
YEAR:2009

EDİTÖR

Doç.Dr.Ferit SARAÇOĞLU
editor@kadindogumdergisi.com

EDİTÖRLER KURULU

Prof.Dr.Kutay BİBEROĞLU, Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite
Doç.Dr.İsmail DÖLEN, Genel Jinekoloji
Prof.Dr.Gülşay KURTAY, Menapoz
Prof.Dr.Esat ORHON, Androloji
Prof.Dr.Fırat ORTAÇ, Jinekolojik Onkoloji
Prof.Dr.Lütfü ÖNDEROĞLU, Maternal Fetal Tıp
Prof.Dr.Sinan ÖZALP, Jinekolojik Onkoloji
Prof.Dr.Önay YALÇIN, Ürojenekoloji

ISSN: 1304-1002

PERİNATOLOJİ VE ENDOKRİNOLOJİ DERNEĞİNİN YAYIN ORGANIDIR

Sahibi : Terminal Medikal Sistemler AŞ adına Sıtkı Saraçoğlu
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü: Yasemin Saraçoğlu
Yayın Sekreteri : Dr. Uzun Yıldırım
Yönetim Yeri: Mithatpaşa Caddesi No 49/8 Yenışehir Ankara
Tel: (312) 435 4594 Fax: (312) 435 0357
Yayın Türü : Yerel Süreli
e-mail : info@kadindogumdergisi.com

Yayın Periyodu : Yılda 4 sayı olarak Mart, Haziran, Eylül, Aralık aylarında yayınlanır.
Bir yıllık abone ücreti (Posta dahil) 75 TL (yurtiçi), 150 Euro (Avrupa)
Tek Sayı (Posta dahil) 25 TL (yurtiçi), 40 Euro (Avrupa)
Abonman Şartları : Abone olmak için abone ücreti
Garanti Bankası Kızılay Şubesi (082) ,TL. Hesap No: 6296325
EURO Hesap No: 9088625
hesabına yatırıp havale makbuzu yada fotokopisini fakslayınız
yada posta ile gönderiniz.

Baskı : Karaca Tanıtım Hizmetleri, Matbaacılık Kağ. Paz. ve Tic. Ltd. Şti.
Sümer 2 Sokak No:37/B Kızılay/Ankara Tel: 230 19 97
Tic. Sic. No: 233908

Basım Tarihi: Mart 2011

Reklam Tarifesi : Arka kapak (back cover) 2.000 TL , Ön kapak içi (inside cover) 1.750 TL,
Arka kapak içi (Inside of the back cover) 1.500 TL ,1. sayfa (first page) 1.000 TL ,
iç sayfalar (other pages) 750 TL

Kadın Doğum Dergisinde yayımlanan yazılar, şekil, resim ve tablolar yayımcının izni olmadan kısmen yada tamamen basılamaz ,
fotokopi veya elektronik olarak çoğaltılamaz, yayımlanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak olarak gösterilebilir.

İÇİNDEKİLER

Laparoskopik endometrioma Ekstirpasyonuna Sekonder Postoperatif Üriner Retansiyon.....	1784
Dr. Yavuz Emre Şükür, Dr. Yeliz Gümüş, Dr. Tuncay Yüce, Dr. Ruşen Aytaç	
Olgu Sunumu: Epizyotomi ile Vajene Doğmuş Myom Çıkarılması.....	1787
Dr. Davut Güven, Dr. İsmail Kılıco, Dr. Cazip Üstün, Dr. İdris Koçak	
HPV Enfeksiyonu-Servikal Kanseri Jinekologlar için Güncelleme.....	1789
Dr. Funda Atalay, Dr. Cemal Atalay, Dr. Ferit Saraçoğlu	
Gebelik ve Kapak Hastalıkları.....	1792
Dr. Mete Hidiroğlu, Dr. Özge K. Uymaz	
Endometrium Kanseri Hastada İnsidental Olarak Bulunan Apendiks Karsinoid Tümörü: Olgu Sunumu.....	1799
Dr. Tayfun Güngör, Dr. Mustafa Özat, Dr. Özlem Altınkaya, Dr. Leyla Mollamahmutoğlu	
Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (Bölüm 2).....	1802
T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	
Yüksek Riskli Gebelikler Tedavi Protokolleri.....	1826

HAKEM HEYETİ LİSTESİ

Prof. Dr. Cemalettin Akgüleş

Doç. Dr. Tarık Aksu

Prof. Dr. Aytekin Altıntaş

Prof. Dr. Tansu Araslı

Prof. Dr. Macit Arvas

Doç. Dr. Yılmaz Atay

Uz. Dr. Cemal Atalay

Doç. Dr. Ercan M. Aygen

Prof. Dr. Ali Ayhan

Doç. Dr. Ruşen Aytaç

Prof. Dr. Sevim Balcı

Doç. Dr. Özcan Balat

Prof. Dr. İskender Başer

Doç. Dr. Merih Bayram

Prof. Dr. Yusuf Bayraktar

Prof. Dr. Tugan Beşe

Prof. Dr. Tufan Bilgin

Prof. Dr. Lügen Cengiz

Prof. Dr. Candan Cengiz

Doç. Dr. Metin Çapar

Doç. Dr. Ali Çetin

Prof. Dr. M. Turhan Çetin

Prof. Dr. M. Nedim Çiçek

Prof. Dr. Mehmet Çolakoglu

Klk. Şefi İnci Davas

Doç. Dr. Fuat Demirci

Doç. Dr. Süleyman Cansun Demir

Prof. Dr. Fuat Demirkan

Prof. Dr. Namık Demir

Klk. Şefi Bayazıt Dikmen

Doç. Dr. Serdar Dilbaz

Prof. Dr. Saffet Dilek

Prof. Dr. Uğur Dilmen

Prof. Dr. Tekin Durukan

Uz. Dr. Tamer Ecer

Prof. Dr. Mithar Erenus

Doç. Dr. Ali Ergün

Prof. Dr. İlhan Erkan

Prof. Dr. Oktay Erten

Doç. Dr. Elif Gül Yapar Eyi

Doç. Dr. Orhan Gelişen

Doç. Dr. Remzi Gökdeniz

Klk. Şefi Nimet Göker

Doç. Dr. Nermin Göğüş

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Görkemli

Prof. Dr. Bülent Gülekli

Prof. Dr. Talip Gül

Prof. Dr. Haldun Güner

Yrd. Doç. Dr. Sadettin Güngör

Doç. Dr. Berkan Gürakan

Prof. Dr. Timur Gürkan

Prof. Dr. Rıfat Gürsoy

Doç. Dr. Osman Haldundevelioğlu

Prof. Dr. Hikmet Hassa

Doç. Dr. İsmail Mete İtil

Prof. Dr. Sedat Kadanalı

Doç. Dr. Ayşe Kafkaslı

Doç. Dr. Semih Kaleli

Uz. Dr. Murat Kalemli

Prof. Dr. Mansur Kamacı

Prof. Dr. Onur Karabacak

Prof. Dr. Zehra Neşe Kavak

Prof. Dr. İ. Safa Kaya

Doç. Dr. Necip Kepkep

Doç. Dr. Melahat Dönmez Kesim

Prof. Dr. Yalçın Kimya

Doç. Dr. İdris Koçak

Prof. Dr. Arif Kökçü

Uz. Dr. Rifat Köse

Doç. Dr. Esra Kuşçu

Prof. Dr. M. Tezer Kutluk

Doç. Dr. Tansu Küçük

Prof. Dr. Mustafa Küçük

Prof. Dr. Rıza Madazlı

Doç. Dr. Tamer Mungan

Doç. Dr. İptisam İpek Müderris

Prof. Dr. Ergün Onur

Doç. Dr. Özyay Oral

Doç. Dr. Engin Oral

Doç. Dr. Havva Oral

Prof. Dr. Esat Orhon

Prof. Dr. Fatma Tuncay Özgünen

Prof. Dr. Erdiç Özkınay

Prof. Dr. Zafer Öner

Doç. Dr. Aydın Özsaran

Doç. Dr. Semih Özeren

Prof. Dr. Kemal Öztekin

Uz. Dr. Cihan Öztöpcü

Prof. Dr. Recai Pabuccu

Prof. Dr. Cemal Posacı

Prof. Dr. Feride Söylemez

Doç. Dr. Feride Şahin

Prof. Dr. Yılmaz Şahin

Doç. Dr. Dursun Ali Şenses

Prof. Dr. Turgay Şener

Prof. Dr. Halis Şimşek

Doç. Dr. M. Zeki Taner

Prof. Dr. Ömür Taşkın

Prof. Dr. Erol Tavmergen

Prof. Dr. A. Başar Tekin

Prof. Dr. Zafer Selçuk Tuncer

Doç. Dr. Cem Turan

Prof. Dr. Mehpere Tüfekçi

Doç. Dr. Mustafa Uğur

Prof. Dr. Mustafa Ulukuş

Doç. Dr. Gürkan Uncu

Doç. Dr. Bülent Urman

Prof. Dr. Turhan Uşlu

Doç. Dr. Orhan Ünal

Prof. Dr. Mine Üner

Prof. Dr. Cihat Ünlü

Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar

Doç. Dr. Ömer Tanık Yalçın

Prof. Dr. Atilla Yıldırım

Uz. Dr. Uzun Yıldırım

Prof. Dr. Hüseyin Yılmaz

Uz. Dr. Nafiye Yılmaz

Uz. Dr. Ayçağ Yorgancı

Prof. Dr. Murat Yurdakök

Doç. Dr. Mehmet Ali Yüce

Doç. Dr. Hulusi Bülent Zeyneloğlu

YAZARLARIN DİKKATİNE

1-Kadın Doğum Dergisi yılda 4 kez olmak üzere üç ayda bir yayınlanır. Kadın Hastalıkları ve Doğum biliminin her alanında (üreme endokrinolojisi, jinekolojik onkoloji, maternal fetal tıp, ürojinekoloji, infertilite ve yardımcı üreme teknikleri , menapoz, çocuk ve adolesan jinekolojisi, androloji, cinsel fonksiyonlar vs) ya da kadın doğumu ilgilendiren diğer tıbbi konulardaki derleme (güncel konuların yeni literatürlerin ve yazarın kendi tecrübelerinin ışığında incelendiği yazılar) , deneysel ve klinik araştırmalar , vaka takdimleri yayın için kabul edilir.

2-Yazılar Kadın Doğum Dergisi yayın kurulu başkanlığına beyaz kağıdın tek yüzüne yazılarak 3 kopya+1 disket (1.4MB, 3.5") halinde gönderilecektir. Disketteki kayıt Mikrosot Word formatında 12 punto , çift satır aralıklarıyla , ariel tarzında , sol yanından 3 cm sağ yanından 2 cm boşluk bırakılarak yazılmış olacaktır. Her sayfa numaralanmalıdır.

Yazıların ya da resimlerin kayıbından dergi sorumlu tutulamaz. Bu nedenle araştırmacıların yazının ve resimlerin bir kopyasını kendilerinde bulundurmaları uygundur.

3- Dergide yazılar Türkçe olarak yayınlanır. Yazılarda mümkün olduğunca Türkçe tıbbi terimlerin kullanılması yayın kurulunca desteklenmektedir.

4- Bütün yazılarda aşağıdaki sıra gözetilmelidir.

- a- Konunun Türkçe başlığı,
- b- Yazarların ve araştırmacıların isimleri sıra ile başlık altına gelecek şekilde , ilk isimden başlayarak yazılmalı, yazarların görev yeri , bilim dalı, bölüm ve enstitüsü ile şehir ve ülke adresleri ve elektronik posta adresleri (birinci yazarın) açık olarak ilk sayfanın altına konulmalıdır.
- c- Konunun yabancı dilde (İngilizce) başlığı,
- d- Türkçe ve İngilizce , 150 kelimeyi geçmemek üzere özet,
- e- Her yazı için Türkçe ve yabancı dilde özeti sonunda beşi geçmemek üzere anahtar kelime konulur.
- f- Giriş
- g- Materyal ve Metod
- h- Bulgular
- i- Tartışma
- j- Kaynaklar

Kaynak numaraları metin içerisinde geçiş sırasına göre verilmeli , kaynak numarası parantez içerisinde gösterilmelidir. Aslı görülmeden diğer bir kaynak aracılığıyla bilgi edinilen makaleler mümkünse kaynaklar arasına alınmamalı , zorunlu hallerde ise bilgi alınan ara kaynak parantez içinde belirlenmelidir. Kaynakta alfabetik sıralama yapılmaz. Alınan materyalin kaynağa uygunluğu sorumluluğu yazara aittir. Yazarlar tüm kaynakları yazı içinde göstermelidir.

Dergilerin isimleri Index Medicus'a uygun olarak kısaltılmış biçimde verilmelidir. Index'de geçmeyen dergilere kısaltma yapılmaz. Yazarlar sıralanırken 6 yazardan sonrası için " ve ark." Yazılmalıdır.

Örnek :

Karlık İ, Kesim M, Erol M. Fötal solunum hareketleri ile erken doğum eyleminin izlenmesi . Kadın Doğum Dergisi 1995; 11(1) : 8-11.

Kitaplardan alınan bölümler için

DiSaia PJ, Creasman WT. Invasive cervical cancer . DiSaia PJ , Creasman WT (Ed). Clinical Gynecologic Oncology .Saunders Yayınevi, Beşinci baskı, New York 1997; 51-106

Çok yazarlı kitaplardan alınan bölüm için;

Önderoğlu L. Fetal İnvaziv Girişimler. Saraçoğlu F (editör), Fetal Tanı ve Tedavi, Güneş Yayınevi, Ankara 1988, 359-76.

5- Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Bu durum yazarların imzası ile bir yazı şeklinde belirtilmelidir . Daha önce kongrede tebliğ ve özeti yayınlanmış çalışmalar , bu husus belirtilmek üzere kabul edilebilir. Yayın için gönderilmiş çalışmalarını gecikme veya diğer bir nedenle başka bir yerde bastırmak isteyen yazarların Yayın Kuruluna yazılı olarak bilgi vermeleri gerekir. Yayın Kurulu dergi için gönderilmiş yazılarda makale sahiplerinin bu maddeyi kabullendiklerini varsayar.

6- Dergide yayınlanacak yazılar metin , şekil, tablo, kaynakça dahil 15 sayfa , vaka takdimleri ise 5 sayfayı geçmemelidir.

7- Tablo , çizelge ve resimlerin alt yazı ve (veya) başlıkları metinden ayrı bir kağıda yazılarak hazırlanmalıdır. Çizelge ve şekiller de 3 kopya olarak gönderilmeli ve aynı zamanda diskette de yer almalıdır. Siyah beyaz fotoğraflar parlak kağıda basılmış olmalıdır. Resimlerin arka yüzleri metinde geçiş sırasına göre numaralanmalı, yazarın adı ve ayrıca üst kenarları bir okla belirtilmelidir. Bu işlem kurşun kalemle bastırılmadan yapılmalıdır.

8- Ayrı baskı isteyen yazarlara istendiği takdirde ücreti karşılığında gönderilebilir. Ayrı basım talepleri önceden bildirilmelidir.

9- Renkli basılması istenen resimlerin ilave baskı giderleri yazarlara aittir.

10- Herhangi bir araştırma yazısında , araştırmayı destekleyen veya yürüten kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi yazının sonunda verilmeli, kurum veya kuruluşun tam adı ve desteklenen projenin numarası yazılmalı , bu konudaki bilgiler ve teşekkür 4 satırı geçmemelidir.

11- Kısaltmalar, ilk kullanıldıkları zaman, parantez içinde açık yazılır. Özel kısaltmalar kullanılmaz. Yazı başlığında kısaltma kullanılmamalıdır.

12- Metin içerisinde geçen ilaçların ticari ismi yerine generik isimleri , bu ilaç ya da cihaz ülkemizde ilk kez uygulanıyorsa verilebilir.

13- Kurallara uymayan yazılar kabul edilmez, telif hakkı ödenmez. Basılması uygun görülmeyen yazılar iade edilmez. Yayın Kurulu gönderilen yazıda yazının bilimsel içeriğine dokunulmadan- uygun gördüğü değişiklikleri yapabilir. Araştırma yazılarına derleme yazılarına göre öncelik tanınır.

Özet Örneği

Klinik ve deneysel araştırma yazılarında özetler aşağıdaki düzende , her biri birer paragraf olarak dört alt başlık (1- Amaç / Objectives 2- Materyal ve Metod / Materials and Methods 3- Bulgular /Results 4- Sonuçlar /Conclusions) altında yazılmalıdır. Beşinci olarak anahtar kelimeler (Key Words) yazılacaktır. Özet yazımında genel bilgiler ve referanslara yer verilmeyecek , anlaşılması güç kısaltmalar kullanılmayacaktır. İstatistiksel testlerle desteklenmedikçe yorum yapmaktan, yuvarlak ve asalak cümlelerden kaçınılacaktır. Cümlelerde dilbilgisi olarak geçmiş zaman kullanılacaktır. Derleme özetleri, ana hatları ile özetleyen şekilde ve 150 kelimeyi geçmeyen düz yazı şeklinde olmalıdır.

Örnek

Özet:

Amaç: Gebelikte asemptomatik bakteriüri ve postpartum endometrit arasındaki ilişkiyi araştırmak.

Materyal ve Metod: Rastgele seçilmiş 132 gebeden doğum öncesi , orta idrarı kültür yapmak amacıyla alındı. Son bir ayda antibiyotik kullanan , infeksiyon bulguları olan ve operatif doğum uygulanan olgular çalışmaya alınmadı. 1 ml idrarda 10^5 bakteri varlığı bakteriüri olarak değerlendirildi. Tüm olgularda doğumdan 48 saat sonra endometrial sürüntüden kültür yapıldı. 38°C üzeri ateş , uterin hassasiyet , kötü kokulu loşi ve pozitif kültür endometrit olarak değerlendirildi.

Bulgular : Asemptomatik bakteriüri saptanan 14 olgunun 9 tanesinde endometrit saptandı.

Sonuçlar : Vajinal doğum yapan olgularda intrapartum bakteriüri postpartum endometrit ile anlamlı şekilde ilişkiliydi ($p<0.001$).

Anahtar Kelimeler: Asemptomatik bakteriüri, postpartum endometrit.

Abstract :

Objective : The association between asymptomatic bacteriuria and postpartum endometritis in pregnant women was assessed.

Materials and Methods: Midstream urine was taken for bacterial culture from randomly selected 132 pregnant women in labor. Excluding criteria were antibiotic usage in the last month, Existence of a clinical infectious disease ,and operative delivery. Existence of 10^5 bacteria in one mililiter urine was accepted as bacteriuria. Also endometrial swab for bacterial culture was taken from these cases ,48 hours after delivery. The diagnosis of endometritis was based on a temperature greater than 38°C , uterine tenderness, malodor in lochia and positive culture.

Results: Postpartum endometritis developed in 9 of the 14 women who diagnosed asymptomatic bacteriuria .

Conclusions: Intrapartum bacteriuria was significantly associated with postpartum endometritis in women delivering vaginally ($p<0.001$).

Key Words : Asymptomatic bacteriuria , Postpartum endometritis.

YAZIŞMA ADRESİ

KADIN DOĞUM DERGİSİ

Mithatpaşa Caddesi No 49/8 , Yenışehir Ankara 06420

Tel : (312) 435 4594 , Fax: (312) 435 0357

e-mail: editor @kadindogumdergisi.com

Lütfen yazılarınızla birlikte aşağıdaki formu da doldurup yollayınız.

KADIN DOĞUM DERGİSİ

Tarih :

Kayıt No :

Makale Başlığı :

Sayın Editör

Yayınlanması dileğiyle Kadın Doğum Dergisine gönderdiğimiz makalenin yazarları olarak bu çalışmanın ;

- 1-Bilimsel ve etik sorumluluğunun tarafımız ait olduğunu,
- 2- Daha önce yurt içinde ve yurt dışında Türkçe veya yabancı bir dilde yayınlanmadığını ,
- 3- Başka bir yayın organına yayınlanmak üzere gönderilmediğini,
- 4- Tüm yayın haklarının Kadın Doğum Dergisine ait olduğunu,
- 5- Diğer yazarlara ulaşılamaması halinde, tüm yazarların çalışmadan haberdar olduklarını ve diğer yazarların sorumluluklarını , yazışma yazarı olarak, üzerine aldığımı kabul ve beyan ederim.

Not: Lütfen mürekkepli kalemle okunaklı ve eksiksiz olarak doldurup imzalayınız.

.....
İmza

Yazışma Yazarı :

Adresi :

Tel:

Faks:

e-mail:

Human Papilloma Virüsler (HPV) çok yaygın görülen, belirti göstermeyebilen ve oldukça bulaşıcı virüslerdir. Belirti görülmemesi nedeniyle insanlar farkında olmadan başka kişilere de bulaştırabilmekte veya virüs sessizce vücutta yaşamını sürdürebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya'da yaklaşık her 10 kişiden 1'inde HPV vardır. Ayrıca kadın veya erkek bir kişinin hayat boyu HPV ile infekte olma riski %80'dir.

HPV enfeksiyonunun en önemli sonucu serviks kanseri veya bunun öncül lezyonlarının gelişmesidir. İstatistikler dünyada her 2 dakikada, bir kadının hayatını serviks kanserinden kaybettiğini ortaya koymaktadır. Tedavi edilebilenler ise doğurganlıklarını kaybetmekte, histerektomi gerekebilmektedir. Serviks kanserleri ülkemizde de kadınlarda sık rastlanan kanserler arasındadır. 2008 Nobel Tıp ödüllü HPV'nin serviks kanserine neden olduğunu bulan bilim Alman bilim adamı Prof Harald zur Hausen'e verilmiştir.

HPV nin pek çok tipi bulunmaktadır. Bunlardan tip 16, 18, 31, 33, 35, 39, 42, 43, 44, 51, 55, 58, 72 ve 73 ün kanserojen özelliği fazlayken bir bölümü de genital siğillere (kondülom) neden olmaktadır. Servikal kanserlerin % 70 i tip 16 ve 18, genital siğillerin % 90 ı tip 6 ve 11 ile meydana gelmektedir. Bir insanda hayat boyu genital siğil oluşma riski %10 gibi yüksek bir orandır. Siğillerin tedavisi mümkün olmakla birlikte oldukça sıkıntılı bir süreçtir ve aileyi psikolojik olarak da olumsuz etkilemekte , cinsel ve sosyal hayatları bozulmaktadır. Ayrıca siğillerin sıklıkla tekrarları (%65'e varan tekrarlama oranları) söz konusudur.

HPV temel olarak cinsel temas ile bulaşır. Genital-genital temas, el-genital temas veya oral-genital temas ile bulaşabilir. Bulaşma için deri teması (epitel) yeterlidir. HPV deri teması ile bulaşabildiği için ve bulaşan bireylerde uzun süre belirti göstermeyebildiği için insanlar farkında olmadan diğer insanlara bulaştırabilirler bu yüzden de çok yaygındır ve dünyada en sık cinsel yolla bulaşan hastalıktır. Deri teması ile bulaştığı için prezervatif kullanımı tam koruma sağlayamaz. Doğum sırasında anneden çocuğa bulaşma da olabilir. Bazı eşyalar (iç çamaşırı, mayo, cerrahi eldiven vb..) ile de bulaşma olabilmektedir. HPV hem kadına hem de erkeğe bulaşabilmektedir.

Ülkemizde 2008 yılında büyük şehirlerimizden birinde, hastaneye rastgele kontrole gelen 1800 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların %10.7'sinde genital siğillerin varlığı gözlenmiştir. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Kliniğimizde hiçbir bulgu ve belirtisi olmayan, doğuma gelen gebelerde viruse rastlanma oranı % 10 olarak bulunmuştur. Bunlar ülkemizdeki oranın küçümsenmeyecek düzeyde olduğunu göstermektedir.

WHO ve diğer önemli kuruluşları ve doktor dernekleri HPV'den korunabilmek için HPV aşısı yaptırılmasını ve düzenli jinekolojik kontrolleri (pap smear testi) önermektedir. Rekombinant teknolojiyle hazırlanan HPV aşıları tüm dünyada çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Hesaplamalar özellikle gençlerin aşılanmasının ekonomik açıdan yararlı olduğunu da göstermektedir. Bugüne kadar rastlanmış ciddi bir yan etkide söz konusu değildir. Bazı ülkelerde erkeklere de uygulanmaktadır. Erkeklere uygulanması penis kanserlerini engellemekte, eş yada kız arkadaşlara bulaşmayı önlemektedir.

Aşının yapılması gereken, hedef grubu 9-26 yaş kız çocukları ve kadınlardır. Ancak 45 yaşına kadar tüm kadınlara yaptırılabilir. Tüm Avrupa Birliği üyesi ülkelerde 45 yaşa kadar kullanımı onaylanmıştır. Türkiye'de de 45 yaşına kadar kullanımının ön onayı alınmıştır. HPV aşıları Dünya Sağlık Örgütü, UNESCO, Uluslararası kadın hastalıkları dernekleri, Uluslararası çocuk sağlığı dernekleri ve son olarak da Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği tarafından yapılması önerilmektedir.

Doç.Dr.Ferit Saraçoğlu
Editör

LAPAROSKOPIK ENDOMETRİOMA EKSTİRPASYONUNA SEKONDER POSTOPERATİF ÜRİNER RETANSİYON

Postoperative Urinary Retention Secondary to Laparoscopic Endometrioma Extirpation

Yavuz Emre ŞÜKÜR, Yeliz GÜMÜŞ, Tuncay YÜCE, Ruşen AYTAÇ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş: Postoperatif üriner retansiyon (PÜR) jinekolojik cerrahilerde nadiren karşılaşılan bir komplikasyondur ve uzamış hospitalizasyon, maliyet artışı ve belirgin morbiditeyle sonuçlanabilir.

Olgu: 26 yaşında laparoskopik bilateral endometrioma ekstirpasyonu ve adezyolizis yapılan hastanın postoperatif dönemde kesik kesik, zorlanarak ve az miktarda işeyebilmesi üzerine yapılan ultrasonografisinde mesanede >1000 mL idrar biriktiği izlendi. Takiben, hasta tekrar kateterize edildi ve 5 günlük üriner kateterizasyon sonrası hastanın işeme fonksiyonları normale döndü.

Tartışma: PÜR en sık anorektal ve ortopedik cerrahiler sonrasında gelişmekle birlikte elektif jinekolojik operasyonlardan sonra nadiren karşılaşılr. Risk faktörleri arasında operasyon şekli ve süresi, anestezi şekli, perioperatif verilen sıvı hacmi ve postoperatif ağrı için uygulanan analjezikler yer almaktadır. Tedavi seçenekleri arasında ise uzun süreli üriner kateterizasyon ve alfa-blokör veya parasempatomimetik ajanlar yer almaktadır. Sonuç olarak, elektif jinekolojik operasyonlarda da PÜR risk faktörleri ve erken tanısı açısından dikkatli olunmalı ve tedavide ilk olarak uzun süreli üriner kateterizasyon seçilmelidir.

Anahtar kelimeler: üriner retansiyon, postoperatif bakım, laparoskopi, jinekoloji

ABSTRACT

Introduction: Postoperative urinary retention (PUR) is a rare complication of gynecological surgeries and prolongs hospital stay, increases costs, and may result in significant morbidity.

Case: A 26 year-old patient who underwent bilateral endometrioma extirpation and adhesiolysis laparoscopically, had intermittent, forced and decreased amounts of micturition in the postoperative period. Her ultrasonography revealed urinary retention >1000 mL in the bladder. Subsequently, she was re-catheterized. After a long term urinary catheterization for 5 days she gained normal voiding function back.

Discussion: Although PUR is a common complication of anorectal and orthopedic surgeries, it may rarely complicate elective gynecological surgeries. The risk factors include type and time of the surgery, anesthetic technique, volume of fluids administered during the perioperative period and the analgesics performed for postoperative pain. Long term urinary catheterization and alfa-blockers or parasympathomimetic agents are the management options. In conclusion, we should also pay attention in elective gynecological surgeries regarding the risk factors and early diagnosis of PUR and long term urinary catheterization should be the first treatment option.

Key words: urinary retention, postoperative care, laparoscopy, gynecology

Giriş

Üriner retansiyon, ani ortaya çıkan işeyememe veya işemeden sonra mesanede önemli miktarda rezidü idrar kalması durumudur. Olguların büyük çoğunluğunda altta yatan bir nedene bağlı olarak üriner retansiyon ortaya çıkar. Postoperatif üriner retansiyon (PÜR) jinekolojik cerrahilerde nadiren karşılaşılan bir komplikasyondur. PÜR, hastada anksiyete ve huzursuzluk yaratır. Ayrıca uzamış hospitalizasyon, maliyet artışı ve belirgin morbiditeyle sonuçlanabilir (1). Özellikle yaşlı hastalarda konfüzyon ve deliryuma kadar uzanan klinik tablolara yol açabilir.

Etyolojisi henüz belirgin şekilde ortaya konulmamıştır. Risk faktörleri arasında ise yapılan operasyon çeşidi, anestezi şekli, verilen sıvı hacmi ve postoperatif ağrı için uygulanan analjezikler yer almaktadır. Perioperatif aşırı mesane distansiyonu ve postoperatif şiddetli ağrılar da PÜR riskini arttırır. (2)

Olgu

26 yaşında G0 P0 olan hasta, dismenore ve kronik pelvik ağrı nedeniyle başvurdu. Hikayesinden 4 yıl önce endometrioma nedeniyle laparoskopik cerrahi geçirdiği öğrenilen hastanın ultrasonografisinde sol over kaynaklı bir adet 66x58 mm'lik ve sağ over kaynaklı bir adet 76x76 mm'lik endometrioma kistleri izlendi. CA 125: 180 U/mL, CA 19-9: 10.8 U/mL, CA 15-3: 24 U/mL olarak saptandı. Özgeçmişinden sistemik lupus eritematozus (SLE) tanısı olduğu ve prednizolon ile hidroklorokin kullandığı öğrenilen hasta Addison protokolü ile operasyona hazırlandı. Bu amaçla hastaya preoperatif ve intraoperatif dönemde toplam 2500 cc intravenöz sıvı replasmanı yapıldı. İntraoperatif anestezi ve analjezi amacıyla tiyopental, rokuronyum bromür, midazolam ve remifentanil kullanıldı. Yaklaşık 120 dk'lık operasyonda hastaya laparoskopik bilateral endometrioma ekstirpasyonu ve adezyolizis işlemi uygulandı.

Postoperatif ilk 24 saat uygulanan üriner kateterin çıkarılmasını takiben, hastanın işeme fonksiyonu 6 saat boyunca normale dönmedi. Hastanın kesik kesik, zorlanarak ve az miktarda işeyebilmesi üzerine yapılan ultrasonografisinde mesanede >1000 mL idrar biriktiği izlendi. Öyküsünden preoperatif dönemde de aşırı sıkışma sonrasında benzer işeme zorlukları yaşadığı öğrenilen hasta tekrar kateterize edildi ve 5 günlük üriner kateterizasyon sonrası hastanın işeme fonksiyonları normale döndü.

Tartışma

PÜR tanısı hastaların yaklaşık %50'sinde klinik olarak ağrı ve pelvik distansiyon şikayetleri ile koyulur. Ancak işeme sonrası ultrasonografide en az 500-600 ml idrar izlenmesi tanıyı kesinleştirir (3). Pompeius'a göre üriner retansiyona öncülük eden major faktör detrussor kas inhibisyonudur (4). Detrusor kas inhibisyonu refleksi perineal ağrı, anal kanal dilatasyonu ve mesane aşırı distansiyonu tarafından uyarılmaktadır. PÜR en sık anorektal ve ortopedik cerrahiler sonrasında gelişmekle birlikte jinekolojide sıklıkla uzun ve kompleks onkolojik cerrahilerden sonra görülür (2). Servikal ve endometrial kanser tedavisi için uygulanan radikal histerektomi üriner retansiyonun başlıca nedenidir ve genellikle serviksin inferolateral diseksiyonu sırasında hipogastrik pleksusun yaralanması nedeniyle sempatik innervasyon kaybına sekonder gelişir (5). PÜR, burada sunulan hastada olduğu gibi, nadiren de olsa benign nedenlerle yapılan, minimal invaziv laparoskopik ameliyatlardan sonra da görülebilir.

Sedatif hipnotikler ve uçucu genel anestezipler mesane atonisine neden olabilmektedir (6,7). Antikolinergikler de premedikasyon amaçlı kullanılırlar ve mesane ile üretra düz kaslarına etki ederek üriner retansiyona neden olabilirler (8). Spinal anestezi sonrası sakral spinal kord blokajına bağlı detrusör motor blokajı gerçekleşir. Ayrıca, perioperatif dönemde aşırı intravenöz sıvı yüklemesi de PÜR riskini arttırmaktadır (9,10). Operasyon süresinin PÜR gelişmesi üzerinde direkt etkisi yoktur ancak verilen anestezi madde miktarında ve PÜR riskinde artışa neden olabilmektedir (11). Postoperatif dönemde verilen opioid analjezikler de işeme refleksinin bozulmasına neden olmaktadır (12). Detrusor aktivitesi yaşla birlikte bozulmaktadır, bu değişiklikler miyotonik veya nörojenik kökenlidir ve detrusor kas kontraktilesini ve basıncını içermektedir. Operasyon öncesinde anormal işlemeye sahip olan hastalarda (örnek olarak irritasyon veya obstrüksiyon semptomları tarif edenler) PÜR riski artmıştır. Burada sunulan hastada, yaş koruyucu bir faktör gibi görünmesine rağmen, hastanın daha önce de benzer semptomlarının olması en belirgin risk faktörüdür. Eşlik eden risk faktörleri ise operasyonun beklenenden uzun sürmesi, perioperatif dönemde aşırı sıvı yüklenmesi ve postoperatif dönemde uygulanan opioid analjezidir.

Erken dönemde opioid analjezi veya suppozituar indometazin ile profilaktik tedavi, riski azaltır (2). PÜR tedavi seçenekleri arasında ise üriner kateterizasyona 5 gün gibi uzun

bir süre devam edilmesi ve alfa-blokörler (örn; fenoksibenzamine, tamsulosin) veya parasempatomimetikler (örn; betanekol) gibi farmakolojik ajanlar yer almaktadır (2,13). Yüksek riskli hastalar, mesane aşırı distansiyon riskini azaltmaya yönelik çabalardan yarar görür. Üretral kateterizasyonu olmayan hastalarda preoperatif işeme ile mesanenin tamamen boşaltılması gerekir. Profilaktik fenoksibenzamin tedavisi ile PÜR insidansı başarıyla azaltılabilmektedir (14).

Sonuç olarak, elektif jinekolojik operasyonlarda da PÜR risk faktörleri ve erken tanısı açısından dikkatli olunmalı ve tedavide ilk olarak uzun süreli üriner kateterizasyon seçilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Williams MP, Wallhagen M, Dowling G. Urinary retention in hospitalized elderly women. *J Gerontol Nurs* 1993;19(2):714.
- 2- Darrah DM, Griebing TL, Silverstein JH. Postoperative urinary retention. *Anesthesiology Clin* 2009;27:465-84.
- 3- Pavlin DJ, Pavlin EG, Gunn HC, et al. Voiding in patients managed with or without ultrasound monitoring of bladder volume after outpatient surgery. *Anesth Analg* 1999;89(1):907.
- 4- Pompeius R. Detrusor inhibition induced from anal region in man. *Acta Chir Scand Suppl* 1966;361:1-54.
- 5- Manchana T, Sirisabya N, Lertkhachonsuk R, et al. Long term complications after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy. *J Med Assoc Thai* 2009;92(4):451-6.
- 6- Combrisson H, Robain G, Cotard JP. Comparative effects of xylazine and propofol on the urethral pressure profile of healthy dogs. *Am J Vet Res* 1993;54(12):1986-9.
- 7- Matsuura S, Downie JW. Effect of anesthetics on reflex micturition in the chronic cannula-implanted rat. *Neurourol Urodyn* 2000;19(1):87-99.
- 8- Orko R, Rosenberg PH. Comparison of some postanaesthetic effects of atropine and glycopyrrolate with particular emphasis on urinary problems. *Acta Anaesthesiol Scand* 1984;28(1):112-5.
- 9- Keita H, Diouf E, Tubach F, et al. Predictive factors of early postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit. *Anesth Analg* 2005;101(2):592-6.
- 10- Ringdal M, Borg B, Hellstrom AL. A survey on incidence and factors that may influence first postoperative urination. *Urol Nurs* 2003;23(5):341-6, 354.
- 11- Wynd CA, Wallace M, Smith KM. Factors influencing postoperative urinary retention following orthopaedic surgical procedures. *Orthop Nurs* 1996;15(1):43-50.
- 12- Petersen TK, Husted SE, Rybro L, et al. Urinary retention during i.m. and extradural morphine analgesia. *Br J Anaesth* 1982;54(11):1175-8.
- 13- Benoist S, Panis Y, Denet C, et al. Optimal duration of urinary drainage after rectal resection: a randomized controlled trial. *Surgery* 1999;125(2):135-41.
- 14- Livne PM, Kaplan B, Ovadia Y, et al. Prevention of post-hysterectomy urinary retention by alpha-adrenergic blocker. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983;62(4):337-40.

OLGU SUNUMU: EPİZYOTOMİ İLE VAJENE DOĞMUŞ MYOM ÇIKARILMASI

Case Report: Myom was extraction which delivery in the vagina with epizyotomy

Dr. Davut GÜVEN, Dr. İsmail KILICO, Dr. Cazip ÜSTÜN, Dr. İdris KOÇAK.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Samsun

ÖZET

Vajinal leiomyom, farklı klinik prezentasyonları olan nadir bir klinik antitedir. Bu tümörler genellikle mobil, ağrısız ve iyi sınırlı kitleler oluştururlar. Vajinal leiomyomlar asemptomatik olabilecekleri gibi ağrı oluşturabilirler ya da üriner semptomlara neden olabilirler. Cerrahi eksizyon bu tümörler için tercih edilen tedavi seçeneğidir. Malignite olasılığı nedeni ile eksize edilen materyalin histopatolojik incelemesi yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Myom, vajinal myom, epizyotomi.

ABSTRACT

Vaginal leiomyoma is a rare clinical entity which has different clinical resentations. These tumors generally produce mobile, pan free and well defined bordered masses. Vaginal leiomyomas may be asymptomatic or may produce pain or urinary symptoms. Surgical excision is the treatment of choice for these tumors. The excised material should be examined pathologically because of the chance of malignancy.

Keywords: Myom, vaginal myom, epizyotomy.

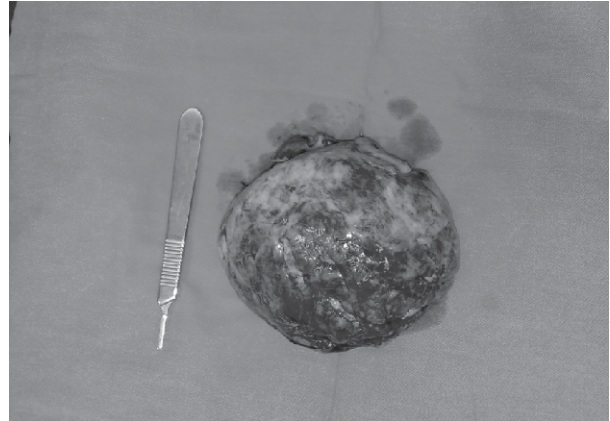
Giriş

Solid pelvis tümörleri içinde en sık myomlar görülür. Otuz beş yaşın üzerindeki kadınların %20-25'inde uterus myomu vardır. Üçüncü dekadından sonra ortaya çıkar ve 20 yaşından önce nadir görülür. Zencilerde beyazlardan fazla bulunur. Myomların % 20-50'sinde belirtiler (menoraji, baskı hissi, ağrı, pollakiüri, infertilite) ortaya çıkar (1). Cerrahi tedavi belirgin belirtileri olan hastalarda tercih edilir. Uterusun korunması istenen veya infertil vakalarda myomektomi yapılır. Submukoz veya parsiyel intramural myom varlığında preoperatif GnRH-a kullanımını takiben histeroskopik myomektomi önerilir. Submukoz myomların tanısında histeroskopi, TAUSG veya TVUSG kullanılır (2, 3).

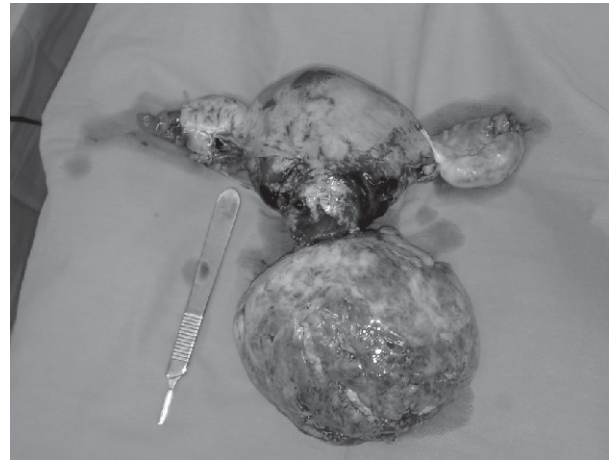
Olgu

Vajinal akıntı, dolgunluk ve ağrı şikayeti olan 46 yaşında 3 yaşayan çocuğu bulunan, son adetini 2 yıl önce gören hasta kliniğimize başvurdu. Yapılan pelvik muayenede vajene doğmuş 15x15 cm büyüklüğünde myom olabilecek kitle tespit edildi. Total biyokimya, pıhtılaşma tetkikleri normal olup, Hb:8.3 g/dl, CA 125:10.6 U/ml olarak tespit edilen hastaya preoperative 2 ünite kan verildi. Yapılan USG'de 15x15 cm'lik vajinal kitle belirlendi. Kitleden alınan biopsi: 'materyal tanı için yeterli değil ancak nekroze olmuş polip olabilir' şeklinde raporlandı.

Hastaya vajene doğmuş myom ön tanısı konup operasyon hazırlıklarına başlandı. Hastaya gerekli bilgiler verilip onam formu imzalatıldıktan sonra operasyona alındı. Hasta sırtüstü yatar pozisyonunda hazırlanıp göbek altı median insizyonla batına girilip usulüne uygun total abdominal histerektomi ve iki taraflı salpingooferektomi yapıldı. Uterus total çıkarılırken vajene doğmuş myom sapından kesilerek vajene itildi. Daha sonra litotomiye geçilerek mediolateral epizyotomi açıldıktan sonra 15x15 cm'lik myom çıkarıldı (Resim1-2).



Resim 1: Vajenden çıkarılan myom.



Şekil 2: Myomun uterusla beraber görünümü.

Tartışma

Vajene doğmuş submüköz pedinküllü myomlar oldukça sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Submüköz myom tek olabilir ve uterusu başka myom nüvesi olmayabilir. Vajen içine uzanan myoma uteri'lerde tedavi vajinal yoldan yapılır (4). Biz hastamıza yeterli çocuğa sahip olmasını, menopoz döneminde bulunmasını, uterusu irili ufaklı birkaç adet daha myom nodülü izlenmesini ve kendi isteğininde göz önünde bulundurarak abdominal yaklaşımı uygun bulduk. Başarılı vajinal myomektomi sonrasında üreme çağındaki kadınlarda semptomlar düzeldikten sonra düzenli adet görebilirler.

Bunlardan bir kısmı gebe kalıp normal vajinal doğum yapabilirler. Vajinal myomektomi sonrası servikal yetmezlik vakaları bildirilmiştir.

Histerektomi ve abdominal myomektomi multiple myomları ve devamlı ciddi şikayetleri olan hastalara uygulanmalıdır. Goldrath ve arkadaşları 151 vakalık, Ben-Baruch ve arkadaşları 46 vakalık başarılı vajinal myomektomi serileri açıklamışlardır. Vajinal myomektomi iyi belirlenmiş, pedinküllü submüköz myomu olan hastaya önerilmektedir. Bizim vakamızdaki gibi durumlarda abdominal yaklaşımın ardında vajinal yol, myomun çıkarılması için kullanılabilir (5).

KAYNAKLAR

- 1- Buttram VC Jr, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology and management. Fertil Steril 1981; 36(4): 433-45.
- 2- Pace S, Franceschini P, Figliolini M. Myomectomy via hysteroscopy. Indications, technics, results Minerva Ginecol 1992;44(12):623-8.
- 3- Ekrem S, Esra B. Gosereline and spontaneous myomectomy. T Klin Jineköl Obst 2001, 11:188-190.
- 4- Ben-Baruch G, Schiff E, Menashe Y, Menczer J. Immediate and late outcome of vaginal myomectomy for prolapsed pedunculated submucous myoma Obstet Gynecol 1988; 72 (6): 858-61.
- 5- Thompson AD, Rock JA (Eds.). Te Linde's Operative Gynecology, 9th Ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1995, p.711.

HPV ENFEKSİYONU-SERVİKAL KANSER JİNEKOLOGLAR İÇİN GÜNCELLEME *HPV Infection - Cervical Cancer Update for Gynecologist*

Dr. Funda ATALAY*, Dr. Cemal ATALAY ** Dr. Ö.Ferit SARAÇOĞLU**

*SB Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hast. Jinekoloji Kliniği

**SB Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hast. Kadın Hast. ve Doğum Kliniği

ÖZET

Genital human papilloma virus enfeksiyonları en sık rastlanılan cinsel yola bulaşan hastalıktır. Genital siğil, servikal displazi ve serviks kanseri gibi pek çok jinekolojik hastalıktan sorumludur. 120'den fazla tipi vardır. Yaklaşık 30-40'ı anogenital enfeksiyonlara yol açarlar ve yaklaşık 15-20'si yüksek onkojeniktir. Serviks kanserlerinin %100'e yakınında human papilloma virus ile ilişki gösterilmiştir. Bu derlemede human papilloma virus enfeksiyonunun doğal seyri ve bu enfeksiyonlara bağlı gelişen hastalıklar tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: HPV, Servikal kanser

ABSTRACT

Genital human papilloma virus infection is the most common sexually transmitted disease. It's responsible for anogenital warts, cervical displasia and cervical cancer. There are more than 120 related viruses. Approximately 30-40 types cause anogenital infections and 15-20 are highly oncogenic. Human papilloma virus has been identified in nearly 100% in cervical cancers. The natural history of human papilloma virus, the diseases caused by these infections will discuss in this review.

Key words: HPV, cervical cancer

GİRİŞ

Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonları en sık rastlanılan seksüel geçişli hastalıktır (1,2). HPV enfeksiyonları, genital siğiller, servikal displazi ve servikal kanser gibi pek çok jinekolojik hastalıktan sorumludur. HPV virus ailesi 120 den fazla virus içerir ve bunların yaklaşık 30'u kadın genital sisteminde enfeksiyona neden olur. HPV 16 ve 18 yüksek gradeli servikal displazi ve invaziv servikal kanserlerin yaklaşık %70'inden sorumludur. Ayrıca HPV 16 yüksek grade vulvar displazi ve vulvar kanserle de ilişkili bulunmuştur. Genital siğillerin büyük kısmından HPV 6 ve 11 sorumludur (3). Serviks kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen 2. kanserdir. Daha çok gelişmekte olan ülkelerdeki kadınları etkiler. Bir yılda görülen vakaların %85'i gelişmekte olan ülkelere aittir (4).

Serviks kanserlerinin %100'e yakınında HPV ile ilişki gösterilmiştir. Servikal kanser biyopsilerinin %99.8'inde HPV DNA'sı tespit edilmiştir. İzole edilen HPV'lerin çoğu HPV 16 ve 18'dir (5).

HPV küçük, zarfsız, çift sarmal bir DNA virusudur. Düşük riskli tipleri benign veya düşük riskli servikal hücre değişikliklerine, genital siğillere, rekürren respiratuvar papillomatozise neden olurken, yüksek riskli tipleri ise düşük ve yüksek grade servikal hücre anormalliklerine, servikal ve anogenital kanserlere neden olurlar (3,4). E6 ve E7, HPV genomundaki iki onkogendir. Bu genlerdeki proteinler hücre siklusunun regülasyonunu bozar. HPV vulva, vajen ve servikte skuamöz epitelyumin bazal tabakasını enfekte eder. Servikal adenokanser ve glandüler insitu lezyonlarda da, başta HPV 18 olmak üzere HPV enfeksiyonları etkilidir (2).

Yapılmış pek çok çalışmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında cinsel aktif pek çok kadın ve erkeğin reproduktif yaşamları boyunca HPV ile enfekte olacağını söylemek mümkündür (3). Bu çalışmaların en çarpıcısı Winer ve arkadaşlarının kolejli kızlarla yaptığı çalışmadır. Çalışmaya alınan ve en az bir partneri olan kızlar iki yıldan fazla takip edilmişlerdir. Tek partnerle 1 yıllık cinsel aktiviteden sonra %30'unun HPV ile enfekte olduğunu görülmüştür. Bu oran 2 yıllık izlem sonrası %40'a, 3 yılda ise %50'ye ulaşmaktadır (6).

HPV görülme sıklığı

HPV enfeksiyonunun gelişmesi cinsel aktivitenin başlamasının hemen ardından olur. ABD'de bir yılda görülen 6.2 milyon HPV enfeksiyonunun %74'ü 15-24 yaş arasındadır (4). Onkojenik HPV prevalansı kadınlarda; 26-30 yaşta %15-20'lerden 31-55 yaşta %10-20'lere düşmektedir. Daha sonraki yaşamlarında ise bu oran %5-15 arasında değişmektedir. Bir kadının 50 yaşına kadar onkojenik bir HPV ile kümülatif enfekte olma riski %80'e yaklaşmaktadır (7). Dunne ve arkadaşları 14-59 yaş arasındaki kadınlarda HPV prevalansını %26.8 bulmuşlardır. Vakaların yaklaşık yarısı 20-24 yaş grubundadır (8).

Yirmi beş yaş altı kadınlarda yüksek riskli HPV riski yılda %4.5 ile en yüksek sıradadır. Prevalans ile paralellik gösterir. 35 yaş üstü kadınlarda bu risk yılda %1 ile devam eder. Aynı zamanda, yüksek riskli HPV ile enfekte olan kadınlarda, spontan regresyon oranı yaşla birlikte artar. 30 yaş üzerinde HPV 16 persistansı %20, HPV 18 persistansı %15'dir (9,10,11).

Bulaşma

Genital HPV enfeksiyonu primer genital kontakt yoluyla bulaşır. Cinsel ilişki en sık prediktör nedendir (4,12). Geçişli önlemenin yolları sınırlıdır. En etkili korunma tüm genital kontaktlardan uzak durmaktır (12,13). Yaşam boyu monogam olmak diğer bir efektif korunma yöntemidir. Buna rağmen monogam eş, eğer partneri monogam değilse yine risk altındadır. 242 monogam kadınla yapılan bir çalışmada, ilk cinsel ilişkiden sonraki 3 yıl içinde HPV bulaş riski %46 bulunmuştur (4). Yaşları 18-25 arasında değişen kadınlarda yapılan bir çalışmada, yaşam boyu partner sayısı bir olanlarda HPV görülme oranı %14.3, 2 olanlarda %22.3, 3'den fazla partneri olanlarda ise %31.3 bulunmuştur (12,14).

Erkeklerde HPV

HPV enfeksiyonunun insidansı erkeklerde de yüksektir. Anal intraepitelyal neoplazi (AIN) ve penil intraepitelyal neoplaziye (PIN) yol açabilir. Servikal intraepitelyal lezyonu (CIN) olan kadınların partnerlerinde HPV ilişkili lezyon görülme oranı yüksektir. Erkeklerde HPV enfeksiyonu ve ilişkili hastalıkları tarama programı yoktur. (15, 16). Erkeklerdeki HPV prevalansı ve insidansı ile ilgili veriler giderek artmaktadır (1,4). Partridge ve arkadaşları çalışmalarında , yaşları 18-24 olan 249 heteroseksüel erkek öğrenciyi 24 ay boyunca izlemişler ve üçte ikisinde HPV 18 ve 16 başta olmak üzere bir veya birden fazla genital HPV pozitifliği saptamışlardır. Bu aynı yaş grubu kız öğrencilerle yapılan çalışmalarda tespit edilen oranı neredeyse 1.5 katıdır (17).

Korunma

Diğer seksüel geçişli hastalıklar için korunmada etkili olmasına rağmen, kondom kullanımı HPV riskini azaltır ancak elimine etmez . Çok az sayıdaki çalışmada ise kondomun HPV enfeksiyonundan korunmada etkili olduğu gösterilmiştir. Anogenital hastalıklarla ilgili olan HPV tipleri, genital-genital, oral-genital veya manuel-genital kontakt yoluyla da bulaşabilir. HPV'nin bulaşması HPV virionları ile yüklü üst tabaka hücrelerinin dökülmesi yoluyla olur. Ayrıca anneden yenidoğana, cinsel olmayan yolla (vertikal geçiş) geçebilir (4,5,18,19).

Enfeksiyonun seyri

HPV enfeksiyonlarının çoğu geçici ve asemptomatiktir. Hafif hücresel değişikliklere neden olabilir, genelde klinik problem oluşturmazlar. Yeni enfeksiyonların %70'i 1 yıl içinde, %90'ı 2 yıl içinde, ortalama 8 ayda elimine olurlar. Bununla birlikte yüksek riskli HPV ler ile oluşan enfeksiyonlar persiste olarak, prekanseröz lezyonlara ve kansere progrese olabilirler (7, 20.). Özellikle kadın genital sisteminde persiste HPV 16 enfeksiyonları önemlidir. Persiste enfeksiyonlarda HPV E6 ve E7 ekspresyonu devam eder. Onkojenik HPV tipleri kendi DNAlarını konakçı organizmanın DNA' sına entegre edebilir, HPV onkogenleri salınımına devam eder ve neoplazi gelişir (3).

HPV enfeksiyonundan yüksek gradeli prekanseröz lezyon oluşmasına kadar geçen zaman 6 aydan 10 yıllara kadar değişebilir. Ortalama 3 yıldır. CIN 2/3'den invaziv servikal kansere kadar geçen süre ise 5 ile 20 yıl arasındadır (9, 21,22).

Yorum

Serviks kanserinin taranması ve önlenmesi, 20 yy ortalarında pap-smear uygulamalarının başlamasıyla kadın sağlığının önemli adımlarından biri olmuştur. Son iki dekatta yapılan çalışmalar serviks kanserlerinin neredeyse tamamının viral enfeksiyona bağlı olduğunu göstermiştir. 20. yy'ın en önemli sağlık başarılarından birisi de rubella, polio ve kızamık gibi viral hastalıklardan korunmada aşılama (3). HPV için geliştirilen profilaktik aşılar ile jinekologlar da serviks kanserinin önlenmesinde yerlerini almışlardır .

KAYNAKLAR

- 1- Fisher R, Darrow DH, Tranter M, Williams JJ. Human papilloma virus vaccine: ecommendations, issues and contraversies. *Current Opinions in Pediatric*. 2008, 20441-45
- 2- Steben M, Duarte-Franco E. Human papillomavirus infection: epidemiology and pathophysiology. *Gynecol Oncol*, 2007; 17: S2-S5
- 3- Kevin A, Ault . Human papillomavirus vaccines: an update for gynecologists. *Clin Obstet Gynecol*, 2008; 51(3): 527-32
- 4- Barr E, Sings HL. Prohylactic HPV Vaccines.: New interventions for cancer control. *Vaccine* 2008; 26: 6244-57
- 5- Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer A, Shah KV. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*, 1999;189: 12-9
- 6- Winer RL, Feng Q, Hughes JP et al. Risk of human papillomavirus acquisition associated with first male sex partner. *J Infect Dis* 2008; 197: 279-82
- 7- Huang CM. Human papillomavirus and vaccination. *Mayo Clin Prac*, 2008; 83(6): 701-7
- 8- Dunne Ef, Unger ER, Sternberg M, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA*, 2007; 297(8): 813-19
- 9- Harper DM, Paavonen J. Age for HPV vaccination. *Vaccine*, 2009; 265; A7-11.
- 10- Smith EM, Johnson SR; Ritchie JM, FeddersenD, Wang D, Turek LP et al. Persistent HPV infection in postmenopausal age women. *Int J Gynecol Obstet.*, 2004; 87: 131-7
- 11- Khan MJ, Castle PE, Lorincz AT, Wacholder S Sherman M, Scott DR, et l. The elavated 10 year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and possible utility of type-sypecific HPV testing in clinical practice. *J Natl Cancer Inst*, 2005; 97(14): 1072-9
- 12- Collins S, Mazloomzadeh S, Winter H, Blomfield P, Bailey A, Young LS, et al. High incidence of cervical human papillomavirus infection in women during their first sexual relationship. *Br J Obstet Gynecol*, 2002; 109: 96-8
- 13- Winer RL, Lee S-K, Huges JP, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital human paillomavirus infection. İncidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol* ,2003; 157(3): 219-26
- 14- Manhart LA, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sex Trans Dis*, 2002; 29(11): 725-35
- 15- Bleeker MCG, Hogewoning CJA., van den Brule AJC, Voorhorst FJ, van Andel RE, Risse EKJ, et al. Penile lesions and human papillomavirus in male sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *J Am Acad Dermatol*, 2002; 47(3): 351-7
- 16- Frisch M, Fenger C, van der Brule AJC, Sorensen P, Mejer CJLM, Walboomers JMM, et al. Variants of squamous cell carcinoma of the anal canal and perianal skin and their relation to human papillomavirus. *Cancer Res*, 1999; 59(3): 753-7
- 17- Partridge J, Hughes J, Feng Q, et al. Genital human papillomavirus infection in men: incidence and risk factors in a cohort university students. *J Infect Dis*, 2007; 196: 1128- 36
- 18- Ferenzy A, Bergenon C, Richart RM. Human papillomavirus DNA in fomities on objects used for the management of patients with genital human papillomavirus infections. *Obstet Gynecol* 1998; 74(6): 950-4
- 19- Roden RB, Lowy DR, Schiller JT. Papillomavirus is resistant to desiccation. *J Infect Dis* 1997; 176(4): 1076-9
- 20- Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1998; 338(7): 423-28.
- 21- Mao C, Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, Brown DR, Wilwy DJ, et al. Efficacy of human papillomavirus -16 vaccine to prevent cervical intraepithelial neoplasia. A randomised controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006; 107; 18-27
- 22- Wright Jr TC, Schiffman M. Adding a test for human papillomavirus DNA to cervical cancer screening. *N Engl J Med* 2003; 348:6

GEBELİK VE KAPAK HASTALIKLARI

Pregnancy and Heart Valve Diseases

Dr. Mete HİDİROĞLU¹ Dr. Özge K. UYMAZ²

¹ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastahanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

²Lokman Hekim Sincan Hastahanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

ÖZET

Gebelikte kalp kapak hastalıkları mortalite ve morbititeyi artıran bir durum olup sık olmasada gebelikte ameliyatı gerektirebilmektedir. Önceden kalp kapak replasmanı yapılmış olan hastaların antikoagulan tedavilerini sürdürmeleri gerekmektedir

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Lap kapak hastalığı, antikoagü, heparin

ABSTRACT

Heart valve diseases increases the maternal morbidity and mortality during pregnancy. Occasionally heart valve replacement surgery may be necessary during pregnancy. In patients who had valve replacement surgery before have to continue anticoagulation during pregnancy.

Key Words: Pregnancy, Heart valve disease, anticoagulation, heparin

1. Gebelikteki Fizyolojik Değişiklikler:

Gebelerde kalp kapak hastalıklarını sınıflandırmak ve tedavisini planlamak için hamilelik süreci, doğum eylemi ve erken postpartum dönemdeki normal fizyolojik değişikliklerin tam olarak anlaşılması gerekmektedir. 2. ve 3. trimestride dolaşan kan volümü %50 oranında artıp, buna kardiyak outputtaki artışı eşlik eder. Kardiyak output artarken, bileşenlerinden atım volumü artmakta ancak kalp hızı bu kadar belirgin artış göstermemektedir. Kalp hızına bakıldığında ise dakikadaki atım sayısını 10 ile 20 atım sayısı artar. Uterusta olan dolaşım ve endojen salgılanan hormonlardan dolayı sistemik vasküler rezistans düşer, ancak bununla orantısız olarak diyastolik kan basıncı daha da fazla düşer ve nabız basıncı genişler. Büyümüş uterus sırt üstü yatar pozisyonda vena cava inferiora baskıya neden olur ve kardiyak preload azalır, hipotansiyon ortaya çıkar. Bu da hastada baş dömesi ve göz kararması şeklinde semptom verir. Bu durumda hasta pozisyonunu değiştirip sol yan yatmalı, böylece inferior vena cava üzerindeki baskı azalır ve kardiyak preload artar (1).

Doğum eylemi ve bebeğin çıkışı esnasında anksiyete ve ağrıya bağlı olarak ani olarak kardiyak output artar. Uterusun kasılmasına bağlı olarak hem sistolik hem de diyastolik kan basıncı artar. Bebeğin çıkışından sonra, uterusta göllenmiş olan kanın sistemik dolaşıma ototransfüzyonu ve kaval dekompresyona bağlı olarak preload büyük bir dalga şeklinde artar (1).

Gebelik boyunca protein S aktivitesinin azalması, staz ve venöz hipertansiyona bağlı hiperkoagülabilité söz konusudur. (2). Östrojen orta ve büyük müsküler arterlerde kollojenin birikimine engel olur. Gebelik esnasında dolaşımdaki elastaz elastik lamelleri parçalar ve bozar; sonucunda ise aortik mediyayı dayanıksız hale getirir. Damar duvarında meydana gelen dayanıksızlık, altında konnektif doku hastalığı olmasada, diseksiyona predispozisyon yaratır (3). Relaksin, insülin like growth faktör hamilelik boyunca serumda ortaya çıkar ve kollajen sentezini azaltır ve aort diseksiyonu kolaylaştırır (4).

2. Fiziksel Bulgular:

Normal bir gebede kalp hızı hafifçe artmıştır, sıçrayıcı nabız görülür, nabız basıncı genişlemekle birlikte sistolik kan basıncı düşük-normal seviyededir ve ekstremiteler sıcaktır. Venöz basınç sıklıkla gebe olmayan kadınlarda saptanan değer in üst sınırındadır, nadiren de olsa anormal sınırlardadır. Klinik hipertiroidizm olmadan tiroid glandında büyüme olur. Gebeliğin ayı ile alakalı olarak akciğer kapasitesinde diyafragmanın yükselmesine bağlı olarak azalma olur. Prekordiyal vurular hiperkinetik, birinci ses normalden daha yüksek ve önemli derecede çiftlenme mevcuttur. İkinci seste fizyolojik çiftlenme sıklıkla bulunur ancak gebeliğin son dönemlerinde ikinci seste genişleme ve fiks çiftlenme olabilir.

Bir çok gebede üçüncü ses saptanır. Yumuşak şekilde birinci veya ikinci dereceden sistolik üfürüm sternumun sol orta yada üst kısmında sıklıkla duyulur (5). Devamlı üfürümün zaman zaman duyulması hem venöz atım hemde mamariyal arterin akımından dolayı olmaktadır. Servikal venöz atım en iyi sağ supraklavikular çukurda ve aynı taraftaki venin üzerinden stetoskopun çan kısmı veya parmakla çene altında oblitere edilerek görülür. Diyastolik üfürümün duyulması alışla gelmiş değildir. Kan volümünün artması ve kardiyak outputun buna bağlı artması sonucunda, stenotik kapak lezyonu olan gebelerde (mitral darlığı veya aort darlığı) üfürümler daha da belirginleşir. Diğer taraftan aort yetmezliği, mitral yetmezliği ve ventriküler septal defekti olanlarda sistemik vasküler rezistansın gebelikte azalması üzerine üfürümler zayıflar hatta duyulamaz hale gelir (6).

3. Ekokardiyografi:

Normal gebeliğe hafif derecede ventriküler genişleme eşlik eder. Pulmoner ve triküspit kapaktaki yetmezlik; Doppler ekokardiyografi ile değerlendirildiğinde; kural olmaktan ziyade istisnai durumdur. Bir çok kadında fizyolojik mitral darlığı tespit edilmiş olup, bunu destekleyen yapısal değişiklik doppler ekokardiyografik olarak saptanmamıştır. Atriyoventriküler kapaklardaki yetmezlik, ventriküler genişlemeden dolayı meydana gelen annüler dilatasyon sonucunda olmaktadır. Gebelik esnasında ultrasonografik incelemelerin anne ve fetüs açısından riski bulunmamaktadır.

4. Genel Takip Kriterleri:

Klinik deneyimlerden yola çıkılarak ciddi kardiyak problemi olupta gebe kalanlarda , meydana gelen fizyolojik değişiklikler zor tolere edilir. Bazı durumlarda örneğin; siyanotik kalp hastalığında, Eisenmenger sendromunda ya da ciddi pulmoner hipertansiyon olan kişilerde hamilelikten vazgeçilmelidir. Kapak hastalıklarından hamilelikte anne ve bebek için yüksek risk yaratacak durumlar Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo1: Kapak hastalıklarından hamilelikte anne ve bebek için yüksek risk yaratacak durumlar (New York Heart Association (NYHA) Sınıflaması):

1. Ciddi aort darlığı semptomatik veya değil
2. NYHA III-IV fonksiyonel statuslu aort yetmezliği
3. NYHA II-III fonksiyonel statuslu mitral darlığı
4. NYHA III-IV fonksiyonel statuslu mitral yetmezliği
5. Aort ve/veya mitral kapak hastalığı sonucunda ciddi pulmoner hipertansiyonun varlığı (pulmoner arter basıncı sistemik basıncın %75'inden fazla olduğu durumlar)
6. Aort ve/veya mitral kapak hastalığı ile beraber ciddi sol ventrikül disfonksiyonu (EF%40'ın altında)
7. Mekanik kalp kapağına bağlı antikoagülan kullanımı
8. Aort yetmezliği ile beraber olan veya olmayan Marfan sendromu

Lezyonun tipine bağlı olarak hamilelikte anne ve bebek için düşük riskli durumlar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Lezyonun tipine bağlı olarak hamilelikte anne ve bebek için düşük riskli durumlar:

1. Asemptomatik, ortalama gradient düşük (25 mmHg'den az ve aortik kapak alanı 1.5 cm²) , normal sol ventrikül sistolik fonksiyona (EF %50'den fazla) sahip aort darlığı
2. Normal sol ventrikül sistolik fonksiyonuna sahip NYHA I-II fonksiyon statuslu aort yetmezliği
3. Normal sol ventrikül sistolik fonksiyonuna sahip NYHA I-II fonksiyon statuslu mitral yetmezliği
4. Normal sol ventrikül sistolik fonksiyonlu mitral kapak prolapsusu ile mitral yetmezliği olmayan veya orta-hafif derecede yetmezliği olanlar
5. Hafif mitral darlığı (mitral kapak alanı 1.5 cm², gradient 5 mmHg'den az olan) olan ancak ciddi pulmoner hipertansiyonun eşlik etmediği
6. Hafif yada orta derecede pulmoner kapak darlığı Reimold ve Ruhterford (7)Elkayam(8) ve Bitar (9) yaptıkları yayınlarında annenin ve bebeğin riskini arttıran elverişsiz durumların temelinde, kapak anomalileri ve fonksiyonel durumun derecesinin geldiğini belirtmektedirler. Ek olarak Siu ve arkadaşlarının (10) Kanadalı hamile ancak konjenital yada sonradan kazanılmış kalp hastalığı olan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada; anormal fonksiyonel kapasite (NYHA II'den fazla) ve kalbin sol kısmına ait obstruktif durumlarda neonatal komplikasyonlar göstergesidir. Bu komplikasyonlar içinde, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, solunum sıkıntısı, intraventriküler hemoraji ve ölüm. Buna rağmen kapak hastalığı olan gebelerle ilgili elde edilen sonuçlar mitral darlığı olupta gebe kalan hastalar haricinde sınırlıdır. (7,8).

Kapak hastalığı olupta hamile kalan kadınların başarılı tedavisi hamilelik, doğum ve bebeğin çıkışı esnasında konservatif ölçümlerle intravasküler ve dolum basınçlarının takibi ile olmaktadır.

6. Spesifik Lezyonlar:

a. Mitral Darlığı:

Hikayesinde akut romatizmal ateş ve kardit bulunan genç hamile kadınlarda penisilin profilaksisine aynen devam edilir. Hafif yada orta derecede mitral darlığı olan hastalarda diüretik ve beta blokörleri kullanmak akıllıca olur. Diüretikler, pulmoner ve sistemik venöz konjesyonu rahatlatır, ancak dolaşımda aktif bulunan volümün fazlasının diüretikler vasıtası ile çekilmesi uteroplesantal hipoperfüzyona neden olabilir. Bu nedenle doz ayarlaması dikkatli yapılmalıdır. Beta blokörler taşikardiye engel olarak optimal diyastolik dolma basıncını sağlarlar.

Non selektif beta blokerlerden propranolol kullanılmaktaydı, ancak bazı otorler kardiyoselektif beta blokerden olan metaprolol yada atenolol gibi ilaçların epinefrinin miyometriyal aktivite üzerindeki bozucu etkiyi daha kuvvetli önlediğini belirtmektedirler.

Ciddi mitral darlığı olupta hamilelik öncesinde de semptomatik olan hastalar, hamilelik sırasında ortaya çıkacak hemodinamik değişiklikleri tolere edemeyecektir. Bu nedenle bu hastalara hamilelik öncesinde perkütan balon valvuloplasti uygulanarak, kapağı olabildiğince anatomik olarak uygun hale getirilmelidir. Ciddi mitral darlığı olup hamilelikte NYHA II-III fonksiyonel statusa gelen hastalarda mutlaka perkutan balon valvulotomi uygulanmalıdır (11).

Mitral darlığı bulunan gebelerde nadiren medikal tedavi yeterli olmaz tekrarlayan yada kalıcı olmayan kalp yetmezliği meydana gelebilir, bu durumda floroskopy (1-2 dk kadar kısa sürede abdominal ve pelvik koruyucu kullanılarak) ve ekokardiyografi yardımcılığında balon mitral valvulotomi uygulanır, bu yöntemin sonuçları mükemmel olup, maternal ve fetal komplikasyonları azdır (12,13). Perkütan mitral balon valvulotomi mutlaka bu işin yoğun uygulandığı yerlerde ve agresif medikal tedaviye yanıt alınmadığı durumlarda uygulanmalıdır.

b.Mitral Yetmezliği:

Gebe kadınlarda mitral yetmezliğinin en sık nedeni mitral valve prolapsusudur. Mitral valve prolapsusu olupta hamile olanlarda, özellikle kan volümünde artış ve sistemik vasküler rezistansta azalmasında dolayı oluşan fiziksel değişiklikler belirsiz veya değişik şekillerde olabilir. Mitral valve prolapsusu ile ilişkili mitral yetmezliği kontrolü genellikle medikal olarak yapılmasına rağmen, mitral kapak cerrahisi korda rüptürü veya akut, ciddi mitral yetmezliğinin arttığı durumlarda uygulanır. Medikal tedavide diüretikler yüksek olmayan dozlarda pulmoner konjesyonlu olanlarda kullanılır. Vazodilatatör tedavi eş zamanlı sistemik hipertansiyonu olanlarda kullanılır ve tavsiye edilen sistemik kan basıncını normal seviyeye çekecek şekilde kullanılmasıdır. Anjiotensin konverting enzim inhibitörlerinin kullanımı güvenli değildir ve kontrendikedir. Çünkü fetüsün gelişimi sırasında multiple yan etkisi bulunmaktadır. Hydralazin ile yapılan geniş serilerdeki deneyimlerde daha güvenli olduğu düşünülmektedir. Mitral kapak cerrahisi düşünüldüğü zaman, kapak tamiri her zaman tercih edilir. Özellikle genç hastalarda istenilen antikoagülan tedaviden uzak kalınmasıdır.

c.Aort Darlığı:

Gebe kadınlarda aort darlığının en sık nedeni konjenital aort kapak hastalığıdır. Hafif darlık ve normal sol ventrikül sistolik fonksiyonu olan hamilelerde konservatif tedavi tercih edilir. Orta yada ağır derecede aort darlığı olanların (14) gebelik planlarını semptomları rahatlayana kadar

ertelemeleri tavsiye edilir. Ciddi aort darlığına sahip ancak asemptomatik ya da hafif semptomlu bir kadın hamile kaldığında yatak istirahati, oksijen ve beta blokörler kullanılarak konservatif yaklaşım uygulanır. Ciddi aort darlığı olup semptomlar gelişenlerde ya perkütan balon valvulotomi ya da cerrahi (anatomik bulgulara bağlı) travay ve doğum öncesi düşünülür(15,16). Bu uygulamalar hem anne hemde bebek için tehlikeli olmasına rağmen başarılı sonuçları bildirilmiştir. Biküspit aort kapak ve aortik root dilatasyonu spontan aort rüptürüne predispozisyon yaratır. Bu özellikle üçüncü trimestride olmaktadır.

d.Aort Yetmezliği:

İzole aort yetmezliği tıpkı mitral yetmezliğindeki gibi diüretik ve gerekli olduğunda vazodilatatör tedavi ile kombine edilerek takip edilir (17). ACE inhibitörleri güvenli olmadığı ve fetüsün gelişimi esnasında bir çok yan etkisi bulunduğu için kontrendikedir. Sol ventrikül yetmezliğine ait semptom ve bulguları bulanan kadınlar travay ve doğum sırasında volüm durumu ve kan basıncı çok sıkı monitörize edilerek takip edilmelidir. Mitral yetmezliğindeki gibi gebelikte cerrahi ancak hastanın fonksiyonel kapasitesi NYHA III-IV olup, tedaviye direçli olduğu durumda düşünülür. Daha az semptomatik hastalarda sol ventrikül boyutları yada sistolik fonksiyonu değerlendirilmesine başvurulmaz. Aort kapak replasmanı yapılırken sol ventrikül ebatlarının esas alınması tavsiye edilirken, hamilelerde bu kullanılmaz.

e.Pulmoner Darlık:

Pulmoner kapakta darlık izole halde bulunabilir fakat sıklıkla diğer konjenital lezyonlara eşlik eder. Genellikle siyanotik konjenital kalp hastalığı olanlar gebeliğe ait stresi asiyenotik olanlardan daha az tolere ederler. İzole pulmoner stenozis nadiren gebeliğin devamına engel teşkil eder. Bu lezyonda eğer müdahale gerekli ise ekokardiyografinin rehberliğinde perkütan valvulotomi yöntemi kullanılır.

f.Triküspit Kapak Hastalıkları:

Triküspit kapak hastalıkları doğumsal (Ebstein anomalisi, triküspit atrezisi) veya edinilmiş (endokardit, migsomatoz değişiklikler, karsinoid) dir. Triküspit kapakla ilgili olarak hastaya yaklaşımda daha kompleks bir konjenital kalp hastalığı sendromunun beraber bulunduğu özelliklerden biri olabilir. İzole triküspit yetmezliği gebelik boyunca önemli bir soruna neden olmamasına rağmen gerekli olduğunda kullanılan diüretiklerin yaratacağı hipoperfüzyona karşı dikkatli olunmalıdır.

g.Marfan Sendromu:

Marfan sendromu konnektif dokunun kalıtsal bir hastalığı olup, fibrilin genini kodlayan 15. kromozomun anomalisi sonucunda olmaktadır. Otozomal dominant olarak aktarılan bu hastalık oküler, iskelet ve kardiyovasküler sistem patolojilere neden olur.

Gebelikte en sık karşılaşılan komplikasyon spontan aort diseksiyonu ya da rüptürüdür (3,18,19). Diseksiyon aorta boyunca herhangi bir yerden ancak en sık asendan aortada olmaktadır. Aortik root'un 4 cm'den fazla genişlemesi yüksek riskli grup olmasına rağmen normal ölçülerde olması aortun rüptür ve diseksiyon riskini azaltmaz. Aortik rotun genişlemesine yetmezlik ve muayenede duyulabilir üfürüm eşlik edebilir veya etmeyebilir. Mitral valve prolapsusu daha sıklıkla saptanabilir.

Marfan sendromu olan her kadına gebelikte oluşabilecek, aortik rotun çapına bağlı olmadan, diseksiyon ve rüptür hakkında bilgi verilmelidir. Tüm Marfan sendromlu hastaların transtorasik ekokardiyografi kullanılarak dikkatli olarak aortik root ölçümleri yapılmalıdır. Eğer genişleme 4.5 cm in üzerinde ise gebelikten önce elektif şartlarda komposite kapak-greft kullanılarak aort değiştirilip koronerler reimplant edilmelidir. Eğer gebeliğin herhangi bir döneminde aortik rotta genişleme (4cm'den büyük) saptanırsa bir çok otor tarafından çok tartışmalı olmasına rağmen gebelik sonlandırılıp, çabucak aort tamir edilmelidir. Daha az tartışmalı olan, eğer seri olarak yapılan radyografik tetkiklerin her birinde mevcut dilatasyon ilerliyorsa acil tamir yapılmasıdır. Diseksiyon ve rüptür üçüncü trimestri ve doğuma yakın sıklıkla meydana gelir. Doğum eylemi ve çıkım esnasında yeterli yoğun bakım takip koşullarında tansiyonda geniş dalgalanmalara izin vermeyecek şekilde yeterli analjezi sağlanmalıdır. Doğumun ikinci evresinde yapılan obstetrik teknikler kısadır. Genel anestezi altında optimal hemodinamik kontrol altında sezeryan uygulanabilir. Gebelik süresince profilaktik beta bloker kullanımı kuvvetli bir şekilde önerilmektedir. Gebe olmayan gençlerde ve erişkinlerde uygulanan beta bloker kullanımı ile aortik dilatasyon ve buna bağlı gelişecek kardiyovasküler komplikasyonların sıklığını azaltmaktadır (20). Başarılı cerrahi tamir sonrası hamile kalındığında, kardiyovasküler riskler normal hamilelerin ki gibi olmamaktadır. Çünkü aortik diseksiyon (herhangi bir seviyede) insidansı yüksektir.

h. Endokardit Profilaksisi:

American Heart Association (AHA)'nın Romatizmal ateş, Endokardit ve Kawasaki hastalığı komitesi kapak hastalarında, komplike olmayan vajinal doğum yada enfeksiyon saptanmamış sezeryanlarda rutin antibiyotik profilaksisini önermemektedirler. Prostetik kalp kapağı bulunan, geçirilmiş endokardit hikayesi olan, kompleks konjenital kalp hastalığı olan ya da sistemik yada pulmoner konduit kullanılarak kardiyak onarım yapılan hastalar yüksek riskli gruba girmekte ve antibiyoterapi profilaksisi uygulanması gerekmektedir.

1. Kapak Cerrahisi:

Gebelerde kapak cerrahisi uygulamak zor ve kompleks bir durumdur. Cerrahi müdahale, kardiyopulmoner bypass esnasında yüksek flow ve perfüzyon ısısını yüksek tutarak optimal şartlarda yapılsa bile fetal distress, gelişme

geriliği yada düşük yüksek oranda meydana gelir (21,22). Eğer mümkünse, her zaman fetüs canlı olarak sezeryanla alındıktan sonrasına yada eş zamanlı cerrahi uygulanabilir (7,23). Medikal tedaviye dirençli kardiyak semptomlar (Pulmoner konjesyon), özellikle düşük kalp debisi ortaya çıktığında cerrahi düşünülür.

Uygun kapak lezyonlarında tamir her zaman tercih edilir. Eğer kapak replasmanı gerekli ise yerine konulacak kapağın cinsi de çok önemlidir. Biyoprotezlerin dejenerasyonu genç hastalarda daha hızlı olmakla birlikte, gebelik bu olayı daha da hızlandırmaktadır (24). Bu tip kapaklarda uzun süre antikoagülan kullanımına gerek olamamasına rağmen kısa dönem sonrasında kapakta yetmezlik ve yeni bir kapak replasmanı operasyonuna maruz kalırlar. Mekanik olan kapakların durabiliteleri çok uzundur. Ancak antikoagülan mutlaka kullanması zorunludur. Bu da gebelikte bir çok komplikasyonlara neden olur. Aort kapak hastalıklarında, homogreft veya pulmoner otogreft kullanımı mutlaka düşünülmelidir (25).

i. Gebelikte Antikoagülan Kullanımı:

1. WARFARİN: Bu ilaç K vitamini antagonisti olup, plasentadan geçmekte ve spontan düşükler, prematürite ve ölü doğum sıklığını artırmaktadır. Doğum eylemi ve çıkım esnasında özellikle forceps kullanılmak zorunda kalındığında fetüste kanama ve ölümcül serebral kanamalara neden olur. Fetüsün oluşumunun meydana geldiği ilk trimestride warfarin kullanımı kesinlikle kontrendikedir ve kullanım durumunda nasal hipoplasi ve/veya stipple epifiz gibi embriyopatilere neden olduğu bildirilirken, herhangi bir trimestride kullanımı ile santral sinir sisteminde anormalliklere neden olabilir. Warfarine bağlı oluşan embriyopatilerin gerçek sıklığını tespit etmek zordur. Bu oranlar %5'den az olmamakla beraber en fazla %67 oranında (26,27) ve makul tahminlerde %4 ila %10 arasındadır (28,29). Bununla beraber günlük kullanılan warfarin dozu 5 mgr'dan az yada yaklaşık 5 mgr civarında ise önemli embriyopati oluşumu daha düşük olabilir.

Warfarin kullanımı; gebeliğin ilk 6 haftasında kullanılabilir ancak 6 ila 12. haftalar arasında embriyopati oluşturma riski yüksektir. Uzun dönem warfarin tedavisi alan kadınlarda, hamilelik denendiğinde veya sıklıkla gebelik testi müspet olduğu zaman fraksiyone heparin veya düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımına başlanmalıdır. Warfarin 2. ve 3. trimestride kısmen güvenli olmakla beraber doğumdan haftalar önce bırakılıp yerine heparin veya düşük molekül ağırlıklı heparine geçilmelidir.

2. FRAKSİYONE HEPARİN: Bir çok çalışma göstermiştir ki fraksiyone heparin ve düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı fetüs için daha güvenlidir (27). Heparin plasentadan geçemez ve fetal kanama ve teratojenik etkisi bulunmamaktadır.

Bundan dolayı gebelik boyunca embriyopati oluşumu açısından heparin warfarinden daha güvenlidir(28,30). Buna rağmen uteroplasental bileşkede kanama olması mümkün ve birçok seriye bakıldığında tromboembolik komplikasyonların, özellikle fatal kapak trombozisi insidansı(%12-24) hamilelik döneminde artmaktadır ve tedavi amaçlı heparin veya düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılmaktadır (28,31,32).İlk trimestride heparin kullanıldığında annede tromboembolizm ve anne ölümü ikili kullanımdan daha fazladır.

Gebelik süresince, heparinin aktive parsiyel tromboplastin zamanı(aPTT) yanıtı sıklıkla zayıftır. Çünkü Faktör VIII ve fibrinojen seviyeleri azalmıştır. Doz ayarlı subkutan UFH doğum zamanında antikoagülan etkiye bir direnç oluşma olasılığından dolayı, antikoagülan etki zaman ilerledikçe değişir, bu şekilde doğumdan hemen önce kullanılması komplikasyonlara neden olur. LMWH kullanıldığında kanama komplikasyonun görülmesi çok nadirdir (33).

3.DÜŞÜK MOLEKÜL AĞIRLIKLIL HEPARİN (LMWH): LMWH'nin UFH'ya göre gebelikte kullanmanın çok fazla avantajı vardır. Bunlar 1) heparine bağlı trombositopeniye daha az sebep olur; 2) plazma yarı ömrü daha uzundur ve doza bağlı yanıt tahmini UFH'dan daha kolaydır; 3) heparine bağlı gelişen osteoporoz riskinin daha düşük olduğuna inanılır; 4) kanamaya ait komplikasyonların riski daha düşüktür. LMWH'in plasentadan geçmez ve fetüs için güvenlidir (33). LMWH ve UFH her ikisinde de allerjik deri reaksiyonları görülebilir.

Gebelik boyunca mevcut vücut sıvılarının dağılımı değişir. Bu nedenle plazma anti-Xa düzeylerine 4 ile 6. haftalarda sabah dozundan sonra bakılmalı ve plazma anti-Xa seviyelerini yaklaşık 0.7 ila 1.2 unite/ml olacak şekilde LMWH dozu ayarlanmaya çalışılır.

Gebe hastalarda oluşan derin venöz trombozisin tedavisinde başarılı olarak LMWH kullanılmasına rağmen, mekanik kalp kapağı olan hastalarda tedavide nasıl kullanılacağına dair literatürde veri yoktur (32). LMWH prostetik kalp kapağı olan gebelerde çok sıklıkla kullanıldığı bildirilir, ve mekanik kalp kapağı olan gebelere doktorlar reçete ederler, ancak bu tedavinin başarısızlıkları da bildirilmiştir. LMWH gebelerde mekanik kalp kapağı olupta gebe kalan kadınlarda profilaksi amacı ile 2004 yılında FDA onayı almıştır.

Prostetik kalp kapağı olupta gebe olan kadınların enoxaparin (1mgr/ kg günde 2 defa) kullanılanları takip edildiğinde, 8 kadının 2'sinde bebek ve anne ölümü ile sonuçlana kapak trombozisi gelişmiştir. Bu durum incelendiğinde neden-sonuç ilişkisi açığa çıkmıştır ve bu ölümlerin tedavide yetersizlik yada yetersiz doz antikoagülan kullanımına bağlanmıştır (33).

4.MEKANİK KALP KAPAĞI OLAN HAMİLERDE ANTİKOAGÜLAN SEÇİMİ VE TEDAVİ REJİMİ KLASS I:

1. Mekanik kalp kapağı ola bütün gebeler devamlı atikoagülan tedavi alacaklarını ve sık sık kontrol edileceklerini kabul etmelidir.
2. Uzun dönem warfarin tedavisi olupta gebe kalmayı deneyenler ise, gebelik testinin sonuçları takip edilirken gebelik esnasında uygulanacak antikoagülan tedavi tartışılır, çünkü eğer gebelik gerçekleşirse antikoagülan tedaviye aralık verilmeden devam edilir.
3. Mekanik kalp kapağı olan gebelerde gebeliklerinin 6. ile 12. haftaları arasında warfarin kesilir, devamlı intravenöz UFH, doz ayarlı UFH ya da doz ayarlı subkutanöz LMWH'den hangisinin kullanılacağına karar verilir.
4. Mekanik kalp kapağı olan gebelerde, gebeliğin en fazla 36. haftasına kadar tedavi seçeneği olarak devamlı intravenöz yada doz ayarlı subkutanöz UFH, doz ayarlı LMWH yada warfarinden hangisini seçileceği tam anlamıyla görüşülmelidir. Eğer devamlı intravenöz UFH kullanılacaksa bunun fetal riski düşüktür, fakat annede kapak trombozu oluşumu, sistemik embolizasyon, enfeksiyon, osteoporoz ve heparine bağlı trombositopeni göreceli olarak daha yüksektir.
5. Doz ayarlı LMWH kullanan prostetik kalp kapağı olan gebelerde LMWH, uygulamadan 4 saat sonra alınan kanda anti-Xa seviyesi 0,7 ile 1,2 unite/ml olacak şekilde dozu ayarlanıp günde iki defa subkutanöz yolla uygulanmalıdır.
6. Doz ayarlı LMWH kullanan prostetik kalp kapağı olan gebelerde, aPTT seviyeleri en az haftada iki kez kontrol edilmelidir.
7. Mekanik kalp kapağı olupta warfarin kullanan gebelerde, hedef INR seviyesi 3,0 (2,5-3,5 aralığında) olmalıdır.
8. Mekanik kalp kapağı olan gebelerde, warfarin kullanımı doğumun planlandığı zamandan 2 ila 3 hafta önce kesilip yerine devamlı intravenöz UFH'ya geçilmelidir.

KLASS IIa:

1. Mekanik kalp kapağı olan hastalarda, gebeliğin 6. ila 12. haftası arasında warfarinden uzak durulmalı. Çünkü warfarinin bu gebelik haftalarında fetal defaktilere neden olma riski oldukça yüksektir.
2. Mekanik kalp kapağı olan hastalarda, doğumdan 4 ila 6 saat sonra belirgin kanama yoksa oral warfarin ve UFH'ya yeniden başlanması makuldur.
3. Mekanik kalp kapağı olan hastalarda, gebeliğin 2. ve 3. trimestrinde olanlara warfarin veya heparine ek olarak düşük doz aspirin (75-100mgr günlük) verilmesi mantıklıdır.

KLASS IIb:

1. Mekanik kalp kapağı olan gebelerde LMWH, anti-Xa seviyesi takibi yapılmadan verilmemeli. Bu da LMWH verildikten 4 ila 6 saat sonra anti-Xa seviyesi takip edilir.
2. Dipiridamol mekanik kalp kapağı olan gebelerde aspirin yerine alternatif antiplatelet ajan olarak kullanılmamalıdır. Çünkü fetüs üzerinde çok zararlı etkileri mevcuttur.

2004 yılının Nisan ayında, FDA tarafından onaylanmış durumlara işaret edilmiştir. Gebeliğin tek başına tromboembolizm riskini artırdığı ve trombotik hastalıkların riskini iki katına çıkardığı, kesinlikle gebeliğin yüksek riskli bir durum olduğunu belirtilmiştir. Buna rağmen yeterli çalışma olmasa da mekanik kalp kapağı olan gebelerin antikoagülan kullanmalarına rağmen, gebelik boyunca tromboembolik olaylar açısından yüksek risk altındadırlar ve bu hastaların gebelik süresince ölü doğum, spontan düşük ve prematür doğum gibi fetüsün kaybı ile sonuçlanacak durumların olma riski yüksektir.

Warfarin ve UFH ikisinde antitrombotik etkisini değerlendirmek için izleyerek kontrol gerekmektedir, çünkü gebelik esnasında intravasküler volümde değişiklikler olmaktadır. Avrupa ve Kuzey Amerikan klavuzlarında oral coumarin türevlerinin gebelik süresince kullanımında hedef INR değeri 2,0 ila 3,0 arasında tutulması annenin koruması açısından tercih edilir (ölüm yada tromboemboli riski %5,7) ve gebeliğin ilk trimestrinde daha az koruyuculuğu olsada heparin tercih edilir. Maalesef bu ilaçların fetal kayıba sebep olma riskleri oldukça yüksektir (%30'un üzerinde)(34).

Chan ve arkadaşlarının (35) prostetik kalp kapağı olan gebelerde fetal ve maternal sonuçlarını araştırdıkları literatür incelemelerinde warfarinin UFH'ya göre tromboembolik profilaksisinin daha güçlü olduğunu ancak her ikisinde embriyopati insidansının yüksek olduğunu ortaya koydular(35). Düşük doz UFH'nın kullanımının yetersiz olup, agresif monitörizasyonla doz ayarlı UFH kullanımının daha uygun olmaktadır. Günümüzde aPTT takibinin heparinin antikoagülan etkisinin belirlenmesinde daha duyarlı olduğu ortaya konulmuştur. Bu nedenle yeterli doz kontrol aPTT düzeyinin 1,5 katı olmasını sağlayan minimal dozdur. Hedef olarak belirlenen aPTT düzeyinin kontrolü için en az iki kez üst üste ölçüm yapılmalıdır.

Bu yüzden mekanik kalp kapağı olan gebelerde hala tavsiye edilen kesin optimal bir antitrombotik terapi yoktur. Bizi ilgilendiren esas şeyler warfarinin fetüs açısından güvenilirliği, UFH ve LMWH'nin tromboembolik komplikasyonlardan koruması açısından etkinliği ve uygulanan çeşitli tedavi rejimlerinde oluşacak annenin kanama riskidir. Avrupalı uzmanların gebelik boyunca tavsiye edilen warfarin dozunun heparin ile beraber kullanımının anne için zayıf etkileri olduğu ve özellikle kullanılan warfarin dozu günlük 5 mgr ve altında ise coumarin derivelere embriyopati yapma etkisinin abartılı olduğu dur.

The American Collage of Chest Physicians Conferance on Antithrombotic Therapy (36,37) tarafından belirlenmiş olan 3 kürden birinin kullanımı uygundur:

1) Sadece LMWH yada UFH 6. ila 12. haftalar arasında ve terme geldiğinde kullanımı, diğer dönemlerde warfarin kullanımı, 2) gebelik boyunca doz bağımlı UFH kullanımı, 3) gebelik boyunca doz bağımlı LMWH kullanımı. Warfarin kullanımı söz konusu ise hedef INR değeri 3,0 (2,5 ila 3,0) olmalı. Eğer subkutanöz UFH kullanılıyorsa kabul edilebilir yüksek doz (günlük doz 175000 ila 200000 unite 12 saatte bir) ve enjeksiyondan 6 saat sonra bakılan aPTT iki kez kontrol edilerek doz ayarlanır. Eğer LMWH gebelik boyunca kullanılacaksa anti-Xa seviyesinin uygulamadan 4 ila 6 saat sonra sonra iki kez bakılır ve anti-Xa seviyesi 0,7 ila 1,2 unite/ml olmalıdır (9,36). Tromboz riski bu tedavilere rağmen mevcut ise ek olarak 75 yada 100 mgr aspirin kullanılır ancak bu da kanama riskini artırır.

Alternatif antiplatelet tedavi olarak dipiridamole kullanımı fetüs için zararlıdır. Postpartum akciğer sorunu olan annelerde warfarin ve heparin kullanımı kontrendikedir (30).

KAYNAKLAR

- 1- Elkayam U. Pregnancy and cardiovascular disease. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, editors. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2005:1965
- 2- de Boer K, ten Cate JW, Sturk A, Borm JJ, Treffers PE. Enhanced thrombin generation in normal and hypertensive pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1989;160:95-100
- 3- Immer FF, Bansi AG, Immer-Bansi AS, et al. Aortic dissection in pregnancy: analysis of risk factors and outcome. Ann Thorac Surg 2003;76:309-14.
- 4- Bryant-Greenwood GD, Schwabe C. Human relaxins: chemistry and biology. Endocr Rev 1994;15:5-26.
- 5- Mishra M, Chambers JB, Jackson G. Murmurs in pregnancy: an audit of echocardiography. BMJ 1992;304:1413-4.
- 6- Marcus FI, Ewy GA, O'Rourke RA, Walsh B, Bleich AC. The effect of pregnancy on the murmurs of mitral and aortic regurgitation. Circulation 1970;41:795-805.
- 7- Reimold SC, Rutherford JD. Clinical practice: valvular heart disease in pregnancy. N Engl J Med 2003;349:52-9.
- 8- Elkayam U, Bitar F. Valvular heart disease and pregnancy, part I: native valves. J Am Coll Cardiol 2005;46:223-30.
- 9- Elkayam U, Bitar F. Valvular heart disease and pregnancy, part II: prosthetic valves. J Am Coll Cardiol 2005;46:403-10.
- 10- Sui SC, Sermer M, Colman JM, et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. Circulation 2001;104:515-21.

- 11-Rahimtoola SH, Durairaj A, Mehra A, nuno I. Current evaluation and managment of patients with mitral stenosis.Circulaton 2002;106:1183-8.
- 12-Palacios IF, Block PC, Wilkins GT, et al. Percutaneous mitral balloon valvotomy during pregnancy in a patient with severe mitral stenosis. Cathet Crdiovasc Diagn 1988;15:109-11.
- 13- Jung B, Cormier B, Elias J, et al. Usefulness percutaneous balloon commissuratomy for mitral stenosis during pregnanc. Am J Cardiol 1994;73:398-400.
- 14- Zoghbi WA, Enriquez-Sarano M, Foster E, et al. Recommendations for evaluation of the severity of native valvular regurgitation with two-dimensional and Doppler echocardiography. J Am Soc Echocardiogr 2003;16:777-802.
- 15- Lao TT, Adelman AG, Sermer M., Colman JM. Balloon valvuloplasty for congenital aortic stenosis in pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1993;100:1141-2.
- 16-Banning AP, Pearson JF, Hall RJ. Role of balloon dilatation of the aortic valve in pregnant patients with sever aortic stenosis.
- 17- Sheikh F, Rangwala S, DeSimone C, Smith HS, O'Leary AM. Managment of the parturient with severe aortic incompetence. J Cardiothorac Vasc Anesth 1995;9:575-7.
- 18- Rossiter JP, Repke JT, Morales AJ, et al. A prospective longitudinal evaluation of pregnancy in the Marfan syndrome. Am J Obstet Gynecol 1995;173:1599-606.
- 19- Elkayam U, Ostrzega E, Shotan A, Mehra A. Cardiovascular problems in pregnant women wiht the Marfan syndrome. Ann Thorac Surg 1995;123:117-22.
- 20-Shores J, Berger KR, Murphy EA, Pyeritz RE. Progression of aortic dilatation and benefit of long-term beta-adrenergic blockade in Marfan's syndrome. N Engl J Med 1994; 330:1335-41.
- 21-Rossouw GJ, Knott-Craig CJ, Barnard PM, et al. Intracardiak operation in seven pregnant women. Ann Thorac Surg 1993;55:1172-4.
- 22- Rahimtoola SH.Choice of prosthetic heart valve for adult patients. J AM CollCardiol 2003;41:893-904.
- 23-Jayaram A, Carp HM, Davis L, et al. Pregnancy complicated by aortic dissection: caesarean delivery during extradural anaesthesia. Br J Anaesth 1995;75:358-60.
- 24- Jamieson WR, Miller DC, Akins CW, et al. Pregnancy and bioprostheses: influence on structural valve deterioration. Ann Thorac Surg 1995;60:S282-6.
- 25-Dore A, Somerville J. Pregnancy in patients with pulmonary autograft valve replacment. Eur Heart J 1997;18:1659-62.
- 26-Sbarouni E, Oakley CM. Outcome of pregnancy in women with valve prostheses. Br Heart J 1994;71:196-201.
- 27- Hish J, Fuster V, Ansell J, et al. American Heart Asspciation/American Collageof Cardiology Foundation guide of warfarin therapy.J Am Coll Cardiol 2003;41:1633-52.
- 28-Hirsh J, Fuster V. Guide to anticoagulant therapy, part 2: oral anticaogulants. American Heart Association. Circulation 1994;89:1469-80
- 29- Salazar E, Izaguirre R, Verdejo J, et al. Failure of adjusted doses of subcutaneous heparin to prevent thromboembolic phenomena in pregnant patients with mechanical cardiac valve prostheses. J Am Coll Cardiol 1996;27:1698-703.
- 30- Ginsberg JS, Hirsh J. Use of antithrombotic agents during pregnancy. Chest 1995;108:305S-11S
- 31- Turpie AG, Gent M, Laupacis A, et al. A comparison of aspirin with placebo in patients treated with wrafarin after heart-valve replacment. N Engl J Med 1993;329:524-9.
- 32-Elkayam UR. Anticoagulation in pregnant women with prosthetic heart valves: double jeopardy. J Am Coll Cardiol 1996;27:1704-6.
- 33-Ginsberg JS, Chan WS, Bates SM, et al. Anticoagulation of pregnant women with mechanical heart valves. Arch Intern Med 2003;163:694-8.
- 34-Topol EJ. Anticoagulation with prostetic cardiac valves. Arch Inter Med 2003;163:2251-2
- 35-Chan WS, Anand S, Ginsberg JS. Anticoagulation of pregnant women with mechanical heart valves : a systematic review of the literature. Arch Intern Med 2000;160:191-6.
- 36-BatesSM, Greer IA, Hish J, et al. Use of antithrombotic agents during pregnancy: the Seventh ACCP Conference on Antithromboticand Thrombolytic Therapy. Chest 2004;126:627S-44S.
- 37-Salem DN, Stein PD, Al-Ahmad A, et al. Antithrombotic therapy in valvular heart disease native and prostetic: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004;126:457S-82S.

ENDOMETRİUM KANSERLİ HASTADA İNSİDENTAL OLARAK BULUNAN APENDİKS KARSİNOİD TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

Case of Carcinoid of the Appendix in a Patient with Endometrial Cancer

Dr. Tayfun GÜNGÖR, Dr. Mustafa ÖZAT, Dr. S. Özlem ALTINKAYA, Dr. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU

Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

Apendiks karsinoidlerinin büyük bir kısmı benign davranışlı olsa da, invazyon ve metastaz yapabilme potansiyellerinden dolayı malign davranışlı olabilecekleri göz önünde bulundurulur. Bu makalede, endometrium kanseri nedeniyle opere edilen bir hastada insidental olarak tespit edilen apendiks karsinoidi olgusu sunulmuştur. 55 yaşında postmenopozal kanama şikayetiyle kliniğimize başvuran hastanın endometriyal biyopsisinde endometrioid tip adenokarsinom tespit edilmesi üzerine, peritoneal yıkama, total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, omentektomi, bilateral pelvik para-aortik lenfadenektomi ve apendektomiden oluşan evreleme cerrahisi yapıldı. Ameliyat sırasında apendikte anormal bir görünüm saptanmamıştı. Mikroskopik patolojik değerlendirmede endometriyumda histolojik ve nükleer olarak grade 1 endometrioid adenokarsinoma ve intramural uterin myomun yanı sıra apendiks uç kısmında karsinoid tümör tespit edildi. Lenfatik ve omental dokularda tümöral invazyona rastlanmadı. Karsinoid tümörün en büyük çapı 2 mm olduğu için ek tedavi uygulanmadı, apendektominin yeterli olduğu düşünüldü. Birçok vakada apendiks karsinoidleri, apendektomi materyalinde insidental olarak bulunur. 1 cm'nin altındaki tümörlerin tedavisinde apendektomi yeterli iken, 2 cm'nin üzerindeki tümörlerde anlamlı metastaz riski nedeniyle sağ hemikolektomi gerekir. 1-2 cm arasındaki tümörlerin tedavisi tartışmalıdır, ve mezoapendiks invazyonu, vasküler invazyon veya mitotik aktivite gibi tümörün ileri değerlendirmesini gerektirir.

ABSTRACT

Although the vast majority of appendiceal carcinoids behave in a benign fashion, they are considered malignant because they all have the potential for invasion, metastasis. A rare case of appendix carcinoid in a patient operated for endometrial carcinoma was presented. A 55 year-old woman referred to our clinic because of abnormal uterine bleeding. As endometrial biopsy revealed endometrioid adenocarcinoma, total abdominal hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, bilateral pelvic para-aortic lymphadenectomy, omentectomy and appendectomy were performed as our routine procedure. No pathologic appearance of the appendix was seen during the operation. Microscopic examination revealed endometrioid adenocarcinoma histologic and nuclear grade 1, as well as carcinoid tumor in the tip of the appendix. Examination of the lymphatic and omental tissue indicated no tumoral invasion. As the carcinoid tumor was 2 mm in the largest diameter, only appendectomy was thought to be adequate for the treatment. Appendiceal carcinoids in most cases, are found incidentally during appendectomies and usually are less than 1 cm, which is probably the reason of the absence of metastases. Tumors < 1 cm are treated by appendectomy, tumors >2 cm require right hemicolectomy because of a significant risk of metastatic spread. Treatment for lesions 1-2 cm is controversial and needs further characterization of the tumor (mesoappendiceal invasion, vascular invasion, mitotic activity). Histological examination and the size of tumor are important factors that contribute to the selection of surgical treatment and both must be estimated by the surgeons to make final choice.

GİRİŞ

Apendiks malign neoplazileri ilk olarak 1882'de tanımlanmıştır, ve nadir görülen olgulardır. Tüm apendiks neoplazileri içerisinde, malign apendiks karsinoidleri (apendiks nöro-endokrin tümörleri) %85 ile en sık rastlanan neoplazidir (1). Preoperatif tanısı çok zordur, kesin tedavi protokolleri halen tam olarak belirlenmiş değildir. Apendiks karsinoidlerinin büyük bir kısmı benign davranışlı olsa da, invazyon ve metastaz yapabilme potansiyellerinden dolayı malign davranışlı olabilecekleri göz önünde bulundurulur (2). Birçok vakada apendiks karsinoidleri, apendektomi materyalinde insidental olarak bulunur. Bu vakaların büyük bir kısmında tümör 1 cm'den küçüktür ve metastaz olmaması muhtemelen küçük tümör boyutuyla ilişkilidir. Diğer organlardaki nöro-endokrin tümörlerden farklı şekilde, histolojik olarak subepitelyal hücre popülasyonundan köken alırlar ve tercihen apendiksin uç kısmında yerleşirler (3).

Bu makalede, endometrium kanseri nedeniyle opere edilen bir hastada insidental olarak tespit edilen apendiks karsinoidi olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

55 yaşında kadın hasta postmenopozal kanama şikayeti ile hastanemiz Onkoloji Polikliniği'ne başvurdu. Özgeçmişinde oral antidiyabetik ilaçlarla regüle tip 2 diabetes mellitus dışında bir özellik yoktu. Transvajinal ultrasonografide, uterus antevort pozisyonunda, bilateral overler normaldi. Endometrial kavitede öncelikle endometrial polip lehine değerlendirilen, 23x11 mm boyutlu heterojen ekopaternde kaviter lezyon izlendi. Yapılan endometrial biyopsi endometrioid tip adenokarsinom olarak rapor edildi.

Hastaya peritoneal yıkama, total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi, omentektomi, bilateral pelvik para-aortik lenfadenektomi ve appendektomiden oluşan evreleme cerrahisi yapıldı. Frozen incelemede yüzeysel invazyon gösteren, iyi diferansiye endometrial kanser gözlemlendi. Ameliyat sırasında apendikte anormal bir görünüm saptanmamıştı. Detaylı patolojik değerlendirmede, histolojik ve nükleer olarak grade 1, endometrioid tip adenokarsinom, 5 mm boyutlu intramural myom izlendi. Çevre endometrial dokuda basit hiperplazi bulguları mevcuttu. Dış 1/2 myometrium ve seroza intaktı, servikal tümöral yayılım yoktu. Lenfovasküler invazyon izlenmedi. Bilateral overler ve tuba uterinalar ile omentum normaldi. Toplam 79 adet lenf nodu diseke edildi, lenf nodu metastazı saptanmadı. Peritoneal sitolojide malign hücre izlenmedi. Hasta FIGO Evre 1B kabul edildi. Appendektomi materyalinde makroskopik olarak tümöral bir lezyon izlenmemekle beraber, mikroskopik olarak apendiksın kör ucunda lokalize en büyük çapı 2 mm olan ve müsküler tabakayı infiltre eden, ancak burada sınırlı kalan tümöral gelişim izlendi. Tümör çok küçük olup, yeni kesitlerde kaybolduğundan immünohistokimyasal değerlendirme uygulanamadı. Ancak histopatolojik bulgular karsinoid tümör ile uyumluydu. Mevcut kesitlerde lenfovasküler invazyon izlenmedi ve tümör mitozdan fakirdi.

Appendiks karsinoidi 1 cm'nin altında olduğu için ve karsinoid tümörün en büyük çapı 2 mm olduğu için ek tedavi uygulanmadı, appendektominin yeterli olduğu düşünüldü. Hasta endometrium kanseri evre 1B, grade 1 olduğu için adjuvan tedavi uygulanmadı, cerrahinin yeterli olduğu düşünülerek takibe alındı. Hasta postoperatif üçüncü yılında hayatta ve sağlıklıdır.

TARTIŞMA

Birçok vakada apendiks karsinoidleri, appendektomi materyalinde insidental olarak bulunur. Preoperatif tanısı çok zordur, kesin tedavi protokolleri halen tam olarak belirlenmiş değildir. Apendiks karsinoidlerinin büyük bir kısmı benign davranışlı olsa da, invazyon ve metastaz yapabilme potansiyellerinden dolayı malign davranışlı olabilecekleri göz önünde bulundurulur (2). Bu vakaların büyük bir kısmında tümör 1 cm'den küçüktür ve metastaz olmaması muhtemelen küçük tümör boyutuyla ilişkilidir. 1 cm'nin altındaki tümörlerin tedavisinde appendektomi yeterli iken, 2 cm'nin üzerindeki tümörlerde anlamlı metastaz riski nedeniyle sağ hemikolektomi gerekir. 1-2 cm arasındaki tümörlerin tedavisi tartışmalıdır, ve mezoapendiks invazyonu, vasküler invazyon veya mitotik aktivite gibi tümörün ileri değerlendirmesini gerektirir. Histolojik değerlendirme ve tümör boyutu cerrahi tedavinin seçimine katkıda bulunan faktörlerdir (3). O'Donnell ve ark.(1) kendi kliniklerindeki malign apendiks karsinoid tümörleri değerlendirmişler ve 9 yıllık deneyimlerinde, 9 hastada klasik karsinoid tümör ve 2 hastada goblet hücre morfolojisi tespit

etmişlerdir. Kendi tecrübelerinden ve literatür verilerinden yola çıkarak, malign karsinoid tümörler için sağ hemikolektomi önermişlerdir. Bununla beraber, 2 cm'den küçük, apendiks kör ucunda lokalize, düşük proliferatif indeksli mezoapendiks yayılımı ve anjiolenfatik invazyonu olmayan karsinoidlerde sadece appendektominin yeterli olduğunu bildirmişlerdir.

Meden ve ark.(4) jinekolojik operasyon sırasında apendiks lezyonu tespit edilen 3 olgu sunmuşlardır. Bu hastalarda sırasıyla apendiks mukoseli, adenokarsinomu ve karsinoidi tespit etmişlerdir. Yine Surmacki ve ark.(5), bizim olgumuza benzer şekilde apendiks karsinoidi, endometrium kanseri ve uterus myomu olan bir olgu bildirmişlerdir. Surmacki ve Lasota (6) ayrıca sol pyosalpenks nedeniyle opere edilen bir hastada apendiks karsinoid tümörüne rastlanan bir olgu sunmuşlardır. Benzer olarak Giesteria ve ark.(7) abdominal histerektomi sırasında 2 olgu, Gökaslan ve ark.(8) da sezeryan sırasında insidental olarak bulunan bir apendiks karsinoid olgusu rapor etmişlerdir.

Safioleas ve ark.(2), 17 yıllık deneyimlerini aktardıkları çalışmalarında 24 hastanın verileriyle apendiks karsinoid tümörlerinde prognostik faktörleri ve sağ hemikolektomi endikasyonlarını değerlendirmişlerdir. Bu çalışmanın bulgularına göre karsinoid tümörler en sık (24 hastanın 18'inde) apendiksın kör ucunda lokalize idi. 1 hastada mezoapendiks invazyonu mevcuttu. 16 hastada tümör boyutu 1 cm'nin altında, 7 hastada 1-2 cm arasında, bir hastada da 3 cm boyutundaydı. 16 hasta sadece appendektomi ile tedavi edilirken, tümör boyutu 1-2 cm arasında olanlar ve mezoapendiks invazyonu olan hasta appendektomi ve sağ hemikolektomi ile tedavi edildi. Operasyonlar sırasında hiçbir hastada metastaz saptanmamışken, mezoapendiks invazyonu olan hastada ameliyattan 2 yıl sonra akciğer metastazı saptandı.

Literatür verilerine dayanarak bizim vakamızda da, apendiks karsinoidi 1 cm'nin altında olduğu için ve karsinoid tümörün en büyük çapı 2 mm olduğu için ek tedavi uygulanmadı, appendektominin yeterli olduğu düşünüldü. Hasta endometrium kanseri evre 1B, grade 1 olduğu için ek tedavi uygulanmadı, cerrahinin yeterli olduğu düşünülerek takibe alındı. Hasta postoperatif üçüncü yılında hayatta ve sağlıklıdır.

KAYNAKLAR

- 1- O'Donnell ME, Carson J, Garstin WI. Surgical treatment of malignant carcinoid tumours of the appendix. Int J Clin Pract. 2007;61(3):431-7.
- 2- Safioleas MC, Moulakakis KG, Kontzoglou K, Stamoulis J, Nikou GC, Toubanakis C, Lygidakis NJ. Carcinoid tumors of the appendix. Prognostic factors and evaluation of indications for right hemicolectomy. Hepatogastroenterology. 2005;52(61):123-7.
- 3- Stinner B, Rothmund M. Neuroendocrine tumours (carcinoids) of the appendix. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2005;19(5):729-38.
- 4- Meden H, Conrad A, Brinck U, Rath W, Kuhn W. Pathologic appendix findings in gynecologic operations. Zentralbl Gynakol. 1994;116(8):456-60.
- 5- Surmacki P, Lasota J, Sporny S. Case of carcinoid of the appendix in a patient with endometrial cancer and uterine myoma. Ginekol Pol. 2003;74(2):155-8.
- 6- Surmacki P, Lasota J. Carcinoid of the appendix coexisting with inflammatory tumor of left adnexa. A case report. Ginekol Pol. 2002;73(6):536-9.
- 7- Giesteira MV, Venter PF, Westhuizen FW. Carcinoid tumour of the appendix discovered at the time of abdominal hysterectomy and incidental appendicectomy. Aust NZ J Obstet Gynaecol. 1980;20(4):245-7.
- 8- Gökaslan H, Şişmanoğlu A, Kaya H, Durmuşoğlu F. Incidental carcinoid of appendix in cesarean section. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002;104(1):76-8.

TÜRKİYE KALP VE DAMAR HASTALIKLARI ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI

The Programme of Turkey to Struggle and Control of Cardiovascular Diseases

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 743 - 2008

Bölüm 2 / Part 2

Abstract

Among the contributing factor for the increase in life expectancy are the increase in the level of education and income, change in nutrition habits, and control of communicable diseases in the 20th century in the worldwide. Although the prolongation of the life expectancy is a desired element, the frequency of the occurrence of chronic diseases also increases in parallel to the increase in life expectancy. Since the aged population increases proportionately to the child population, the health issues within the community changed its direction from childhood diseases to non-communicable diseases in the aged population.

The alarming studies indicate that chronic diseases increase day by day regardless of the development level and the structure of the social classes in countries. Among 57 million people who lose their lives in the world every year, 33.4 million dies from chronic diseases.

Turkey's population structure is still largely young and is similar to population structure of the developing countries. Significant progress has been achieved in Turkey in terms of maternal and child health, vaccination, and communicable diseases. Now, chronic diseases have come forward among the major causes of death, in a way similar to the developed countries. Unless it is controlled, this trend would cause that the non-communicable disease ratio and the death and being unable to work because of non-communicable diseases would be quite high in 10 years when the ratio of aged people increase in the population in Turkey.

The negative effects of the non-communicable diseases on the health system also increase constantly and constitute a threat for the socio-economic development. These diseases waste a significant proportion of the health resources in Turkey. In general, it is considered that the non-communicable diseases are the natural and inevitable outcome of aging, are less important than the communicable diseases and cannot be controlled. Yet, they are not an inevitable reality in our lives and are mostly preventable.

Although there are many diseases in this disease group, risk factors and prevention strategies are common for the majority of them. All the risk factors are influenced by economic, social, and political environment, by gender and behaviors. Thus, it is easy to propose recommendations, but adopting the recommendations as the life style is not easy. Healthy nutrition, regular physical activity, and quitting smoking are among the habits that are difficult to change, although everybody believes that it is necessary to do so. Fight against non-communicable diseases emphasizes the preventive medicine approach. To illustrate, the cardiovascular disease risk decreases by 50% in two years after quitting smoking. Similarly, high blood pressure and high cholesterol can be prevented through encouraging health nutrition and reducing salt consumption. To fight against risk factors causing chronic diseases can only be attained through national policies and long-term strategies. Non-communicable diseases should be included in the agenda of all community levels. Healthy nutrition, encouraging physical activity, and reducing tobacco consumption are preventive factors requiring participation from every sector. Hence, all sectors have roles and responsibilities in the studies for health protection and promotion.

Negative effect of the chronic diseases on life span and quality, the high level of material and moral costs helps to have a better understanding on the importance of the preventive programs for changing the life style. Controlling the risk factors and other measures will reduce admissions to the hospital, expensive curative and surgical operations; the labor lost due to these diseases and thus will result in the decrease in economic burden. The positive aspect in terms of the cardiovascular diseases which have a significant share in the non-communicable disease burden is the fact that these diseases are "preventable". World Health Organization reports that it is possible to halve the occurrence of cardiovascular diseases through controlling blood pressure, obesity, cholesterol, and smoking. On the other hand, deaths from cardiovascular diseases show a decreasing trend in the developed western countries in contrast to the increasing trend in the developing countries. However, the aging communities and increasing life expectancy causes increase in terms of cardiovascular diseases in the developed countries and the related burden remains high. Age, gender, genetic and ethnic factors are the "unchangeable factors" among the risk factors related to the cardiovascular diseases, however, tobacco and tobacco products, unhealthy nutrition habits, sedentary life, obesity, high blood fats, high blood pressure, and high blood sugar are in the "improvable risk factors" group.

In this framework, what should be done is; besides providing treatment opportunities for the sick, to develop prevention strategies for “preventable” cardiovascular diseases and to plan for the individual and the community.

For the preparation of Prevention And Control Program For Cardiovascular Diseases Strategic Plan and Action Plan for the Risk Factors; National Heart Health Policy document of The Turkish Society of Cardiology, 2008 Report on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases: Implementation of the Global Strategy prepared by WHO General Secretary, National Tobacco Control Program Action Plan, Fight against Obesity National Action Draft Plan 2008-2012 and Republic of Turkey MoH 2009-2013 Strategic Plan are the documents taken into account and this report was designed to be consistent with the aforementioned national and international publications.

Health Promotion and Improvement activities found wide consideration within Second Five-year Action Plan of the Ministry of Health for the years 2009-2013. "Reducing the threats for the health of our people and improving health" was identified as the Strategic Goal within Preventive and Primary Health Care Services and the objective for “Improving health for a better future and providing access to the healthy life programs for the people” was discussed broadly.

8.2. EK B: Kapsamlı Bir Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı İçin Önemli Diğer Hususlar

Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen kapsamlı bir “Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı” için önemli diğer hususlar aşağıda yer almaktadır.

Diğer Önemli Çalışma Alanları

Kalp ve damar hastalıklarına yönelik bir önleme ve kontrol programının, önde gelen kalp ve damar hastalığı risk faktörlerini ve sosyal ve ekonomik belirleyicileri azaltma haricindeki, diğer önemli bileşenleri şunlardır:

- Kalp ve damar hastalıkları için tedavi ve maliyet etkili vaka yönetimi standartlarını geliştirmek,
- Kalp ve damar hastalıkları için sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak üzere kapasiteyi arttırmak
- Başlıca risk faktörlerine ait model ve eğilimleri değerlendirmek, önleme ve kontrole yönelik teşebbüsleri izlemek üzere uygulanabilir surveyans metodları geliştirmek,
- Etkin bir şekilde ülkeler arası, bölgeler arası, küresel ağ ve ortaklıklar geliştirmek.

Kalp ve Damar Hastalıkları Yükünün Azaltılması

Kalp hastalıkları ve inme sebepli erken ölümlerin en az %80'i, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve tütün dumanından kaçınma yoluyla önlenabilir. Bireyler kendi kalp ve damar hastalığı risklerini düzenli fiziksel aktivite yaparak, tütün kullanımından ve pasif içicilikten kaçınarak, meyve ve sebzeden zengin bir diyet seçerek, yağ, tuz ve şekerden zengin gıdalardan kaçınarak ve sağlıklı bir vücut ağırlığını muhafaza ederek azaltabilirler.

Öte yandan kapsamlı bir önleme programı dahilinde kalp ve damar hastalıklarına dair ikincil ve üçüncül korumaya yönelik, insangücü, teknoloji, ilaç, finansman dâhil, diğer yaklaşımların da geliştirilmesi gerekmektedir.

Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü'nün kalp ve damar hastalıkları yükünün azaltılması tavsiyeleri arasında bulunduğu noktalar şunlardır:

- Kalp ve damar hastalıklarını tedavi etmek üzere etkili ve ucuz ilaçlar mevcuttur.
- Bir kalp krizi veya inme sonrasında tekrar etme veya ölüm riski, bir ilaç kombinasyonu yoluyla önemli ölçüde azaltılabilir (kolesterolü düşürücü statinler+kan basıncını düşüren ilaçlar+asetilsalisilikasit preparatları).
- Kalp ve damar hastalıklarını tedavi etmek için kalp pilleri, prostetik kapaklar ve kalp deliklerini kapayan yamalar gibi etkili tıbbi cihazlar ve çözümler geliştirilmiş durumdadır.
- Kalp ve damar hastalıklarını tedavi etmek için, koroner arter bypass, balon anjiyoplasti, kapak onarımı ve değişimi, kalp transplantasyonu ve suni kalp operasyonları gibi operasyonlar kullanılmaktadır.

- Kalp ve damar hastalıkları ile diğer kronik hastalıkları önleme ve kontrol altına alma amaçlı ulusal programlar yoluyla bu alandaki yatırımlar artırılmalıdır.

Acil Sağlık ve 112 hizmetlerinin özellikle Akut MI ve inmelere zamanında ve yeterli müdahalesini sağlayacak şekilde yapılanması önemlidir.

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, Sağlık Bakanlığı bünyesinde 112 Acil sağlık hizmetlerinin kuruluşunun onuncu yılında ülke genelinde bütün illerde Komuta Kontrol Merkezleri mevcuttur. Halen tam donanımlı 1468 ambulans ve 1179 istasyon bulunmaktadır ve sosyal güvencesi olmayan kişilerden ambulans hizmetleri için ücret alınmamaktadır.

Ayrıca, Tele-eğitim ve Tele-tıp hizmetleri uygulaması ile; Tanı, tedavi, eğitim, yönetim, araştırma, tıbbi takip ve tedavi kontrolü alanlarında sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğinin, etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması, uzmanlık merkezlerinin birbirlerine danışma imkanının sağlanması hedeflenmektedir. Teletıp Projesi, tıbbi görüntüleme alanında yeterli uzmanın olmaması, kompleks vakalarda ikinci görüş olarak konsültasyon ihtiyacının giderilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve doğru teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanması amacıyla geliştirilmiştir. Teleradyoloji ve telepatoloji (teledermatoloji, ve telekardiyoloji daha sonra dahil edilecektir) gibi uygulamalara imkan sağlayacaktır.

**DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele
Bakanlar Toplantısı**
Sağlık için diyet ve fiziksel aktivite
İstanbul, Türkiye. 15 -17 Kasım 2006

EUR/06/5062700/8
16 Kasım 2006
61995

Avrupa Obezite ile Mücadele Şartı

Obezite epidemisinin sağlık, ekonomiler ve kalkınma üzerinde giderek artan olumsuz etkisini ele almak amacıyla, DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı'na (İstanbul, Türkiye, 15-17 Kasım 2006) katılan Bakanlar ve delegeler, burada, Avrupa Sağlık ve Tüketici Koruma Komiserinin huzurunda aşağıdaki, bir politika olarak, Avrupa Obezite ile Mücadele Taslak Şartı'nı kabul etmiştir. Mevcut Şartı geliştirme sürecine diyalog ve danışma toplantıları aracılığıyla farklı devlet sektörleri, uluslararası kuruluşlar, uzmanlar, sivil toplum ve özel sektör katılmıştır.

Bu Şart'a uygun olarak obezite ile mücadele eyleminin güçlendirilmesine ve bu konuyu hükümetlerimizin politik gündeminin üst sıralarına taşıyacağımıza yönelik taahhüdümüzü beyan ediyoruz. Tüm ortaklarımıza ve paydaşlarımıza obeziteye karşı daha güçlü eylem belirlemeleri hususunda çağrıda bulunuyor ve bu hususta liderliğin DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından sağlanacağını kabul ediyoruz.

Acil önlem için yeterli kanıt bulunmaktadır, aynı zamanda yenilik için araştırma ve yerel ortamlara dair düzenlemeler ve özel bazı konulara ilişkin yeni araştırma politikaların etkililiğini geliştirecektir.

Obezite küresel bir halk sağlığı problemidir; Avrupa eyleminin bir örnek teşkil etmek ve bu sayede küresel çabaları seferber etmek hususlarında rol oynayacağını bildiriyoruz.

1. MÜCADELE:

Bizler kabul etmekteyiz ki:

1.1 Obezite epidemisi DSÖ Avrupa Bölgesi'nin en önemli halk sağlığı mücadelelerinden birisidir. Obezitenin yaygınlığı son 20 yıl içerisinde 3 kat artmıştır. DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki tüm yetişkinlerin yarısı ve çocukların beşte biri fazla kiloludur. Bunların üçte biri obez olup, rakamlar hızla artmaktadır. Fazla kiloluk ve obezite bulaşıcı olmayan hastalık oranlarının artmasına, yaşam süresinin kısalmasına katkıda bulunmakta olup, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bölgede yıllık bir milyon üzerinde ölüm fazla vücut ağırlığına bağlı hastalıklardan kaynaklanmaktadır.

1.2 Eğilim özellikle çocuklar ve yetişkinler alarm düzeyine ulaşmıştır, böylelikle epidemi yetişkinliğe geçmekte ve gelecek nesil için giderek daha çok sağlık yükü yaratmaktadır. Çocukluk obezitesinin yaygınlığındaki yıllık artış oranı düzenli olarak yükselmekte olup, günümüzde 1970 yılındaki oranın on kat kadar fazlasıdır.

1.3 Obezite ekonomik ve sosyal kalkınmayı da önemli şekilde etkilemektedir. Yetişkinlerde obezite ve fazla kiloluluk Avrupa Bölgesi'ndeki sağlık hizmeti harcamalarının %6'sını teşkil etmekte olup, buna ek olarak bunun en az iki katı kadar da dolaylı maliyetlere yol açmaktadırlar (yaşamın üretkenliğin ve ilgili gelirlerin kaybedilmesi). Fazla kilo ve obezite düşük sosyo-ekonomik grupları daha çok etkilemekte, bununla birlikte sağlık ve diğer eşitsizliklerin artmasına katkıda bulunmaktadır.

1.4 Epidemi değişen sosyal, ekonomik, kültürel ve fiziksel çevrenin sonucu olarak son yıllarda artış göstermektedir. Nüfustaki enerji dengesizliği, enerjisi-yoğun besleyiciliği düşük yiyecek ve içeceklerin (yüksek oranlarda doymuşun yanı sıra toplam yağ, tuz ve şeker içeren) artması dahil birlikte meyve ve sebzelerin yetersiz tüketimi ile birleşerek fiziksel aktivitenin dramatik şekilde düşmesi ve değişen beslenme modelleri sonucunda tetiklenmektedir. Mevcut verilere göre, Avrupa Bölgesi'ndeki birçok ülkede yetişkin nüfusun üçte ikisi sağlık kazanımını sağlamak ve sürdürmek için fiziksel olarak yeterli aktiviteye sahip değildir ve yalnızca birkaç ülkede meyve ve sebze tüketimi tavsiye edilen oranlara ulaşmayı başarmıştır. Tek başına genetik yatkınlık sosyal, ekonomik, kültürel ve fiziksel çevre değişiklikleri gibi değişiklikler olmadan obezite epidemisini açıklayamamaktadır.

1.5 Uluslararası eylem ulusal politikaların desteklenmesi için zaruridir. Obezite artık yalnızca zengin toplumların bir sendromu değildir. Özellikle küreselleşme bağlamında gelişmekte olan ülkeler ve ekonomileri dönüşüm sürecinde olan ülkelerde de aynı oranda egemendir. Sektörler arası eyleme geçmek hala bir zorluktur ve hiçbir ülke epidemiyi etkili şekilde kontrol altına almayı başaramamıştır. Hem karakteri hem de sonuçları açısından birçok anahtar önlemin sınır ötesi olması nedeniyle obeziteye karşı hareket hususunda güçlü uluslararası koordine eylem oluşturmak hem bir mücadele hem de bir olanaktır.

2. NE YAPILABİLİR: Hedefler, İlkeler ve Eylem Çerçevesi

2.1 Obezite epidemisi tersine çevrilebilir. Eğilimi tersine çevirmek ve epidemiyi kontrol altına almak mümkündür. Bu da; sorunun kaynağının, hızla değişen insan yaşam biçimlerinin sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerinde yatması sebebiyle ancak kapsamlı bir eylem ile gerçekleştirilebilecektir. Vizyon, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili sağlıklı yaşam stillerinin norm olduğu, sağlık hedeflerinin ekonomi, toplum ve kültür ile ilgili hedefleri ile uyumlu olduğunu ve bireyler için sağlıklı seçimlerin daha erişilebilir ve kolay olduğu toplumları şekillendirmektir.

2.2 Epideminin engellenmesi ve eğilimin tersine çevrilmesi Bölge'de esas hedeftir. Başta çocuklar ve adölesanlar ile ilgili olanlar olmak üzere açıkça görülen bir ilerleme, ülkelerin çoğunda önümüzdeki 4-5 yıl içerisinde başarılmalı ve eğilimi en geç 2015 yılı itibarıyla tersine çevirmek mümkün olmalıdır.

2.3 Aşağıda belirtilen ilkeler DSÖ Avrupa Bölgesi'nde eyleme kılavuzluk etmelidir:

2.3.1. Yüksek düzey politik istek ve liderlik ile bütüncül bir devlet taahhüdü farklı sektörler arasında seferberliğin ve sinerjinin elde edilmesi için gereklidir.

2.3.2. Obeziteye karşı eylem bulaşıcı olmayan hastalıkları ve sağlık teşvikini hedef alan genel stratejiler ve bunun yanı sıra daha geniş bağlamda sürekli gelişme ile bağlantılı olmalıdır. İyileştirilmiş beslenme ve fiziksel aktivite halk sağlığı üzerinde, fazla kilo ve obezitenin azaltılmasına bağlı yararların ötesinde kalıcı ve çoğunlukla hızlı etki yaratacaktır.

2.3.3. Bireylerin sorumlulukları ve hükümetler ile toplumların sorumlulukları arasında denge kurulmalıdır. Obeziteleri yüzünden yalnızca bireyleri sorumlu tutmak kabul edilebilir olmamalıdır.

2.3.4. Her bir ülkenin veya bölgenin kültürel bağlamında gerçekleştirilen eylemi düzenlemek ve sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin sağladığı memnuniyetin altını çizmek gerekmektedir.

2.3.5. Tüm düzeylerde, hükümet, sivil toplum, özel sektör, meslek ağları, medya ve uluslararası kuruluşlar gibi tüm paydaşlar arasında ortaklık inşa etmek gereklidir (ulusal, alt-ulusal ve yerel).

2.3.6. Başta enerji yoğun gıdalar ve içeceklerle yönelik pazar baskısının daha zayıf düzenlemeye sahip ülkelere çevrilmesini önlemek olmak üzere politika önlemleri Bölgenin farklı kesimlerinde koordine edilmelidir. DSÖ hükümetler arası koordinasyonunun kolaylaştırılması ve desteklenmesi hususunda rol oynayabilecektir.

2.3.7. Ticari faaliyetler tarafından saflıkları ve deneyimsizlikleri istismar edilmemesi gereken çocuklar ve adölesanlar gibi hassas gruplara özel ilgi gösterilmelidir.

2.3.8. Sağlıklı seçim yapmak hususunda daha fazla kısıtlama ve sınırlandırmalar ile karşı karşıya kalan düşük sosyo-ekonomik nüfus gruplarını desteklemek de yüksek bir önceliklidir. Sağlıklı seçimlerin sağlanabilmesine yönelik erişimin arttırılması ve bunların uygun fiyatlı olması bundan dolayı bir ana hedef olmalıdır.

2.3.9. Halk sağlığı hedefleri ticaret, tarım, ulaşım ve şehir planlama alanlarındaki politikaların yanı sıra ekonomik politika geliştirilirken öncelikli olarak ele alınmalıdır.

2.4 Ana aktörleri, politik araçları ve ortamı bir araya getirecek bir çerçeve bu ülkelerin eyleme dönüştürülmesi için gereklidir.

2.4.1 Tüm ilgili hükümet sektörleri ve kademeleri rol oynamalıdır. Uygun kurumsal mekanizmalar bu işbirliğini mümkün kılmak için görevini yapmalıdır.

- Sağlık bakanlıkları, çok sektörlü eylemi savunarak, cesaretlendirerek ve rehberlik ederek öncü bir rol üstlenmelidir. Sağlık sektörü çalışanları ve sağlık hizmeti kullanıcıları arasında sağlıklı seçimlerin kolaylaştırılması için örnek olmalıdır. Sağlık sisteminin rolü, önleme tedbirlerinin tasarlanması ve teşvik edilmesi ve de teşhis izleme ve tedavi sağlanması ile yüksek risk altındaki kişiler ve halihazırda fazla kilolu ve obez olan kişiler ile uğraşırken de önemlidir.

- Tarım, gıda, finans, ticaret ve ekonomi, tüketici işleri, kalkınma, ulaşım, şehir planlama, eğitim ve araştırma, sosyal refah, çalışma, spor, kültür ve turizm gibi ilgili tüm bakanlıkları ve kurumları sağlığı teşvik edici politika ve eylemlerin geliştirilmesi hususunda çok önemli role sahiptir. Bu kendi alanları açısından da yarar sağlayacaktır.

- Yerel merciler fiziksel aktivite, aktif yaşam ve sağlıklı beslenme için ortam ve olanak yaratılmasında büyük güce ve role sahip olup, bunları gerçekleştirirken desteklenmelidir.

2.4.2 Sivil toplum politika yanıtını destekleyebilir. Kamuoyunun farkındalığının ve eylem için talebin artırılması için ve yenilikçi yaklaşımların bir kaynağı olarak sivil toplumun aktif katılımı önemlidir. Sivil toplum kuruluşları obezite ile mücadele stratejilerini destekleyebilecektir. İşveren, tüketici, ebeveyn, genç ve spor birlikleri ile diğer dernek ve ticaret birlikleri özel bir rol oynayabilir. Sağlık çalışanları kuruluşları üyelerinin önleyici eyleme tamamıyla bağlı olmalarını sağlamalıdır.

2.4.3 Daha sağlıklı bir çevre yaratılmasının yanı sıra kendi çalışma ortamlarında sağlıklı seçimlerin teşvik edilmesi hususunda özel sektör önemli bir rol oynamalıdır ve sorumluluğa sahiptir. Buna temel üreticilerden perakendecilere tüm gıda zinciri içindeki işletmeler dahildir. Halk sağlığı politikalarının çizdiği çerçeve içerisinde tüketici eğitimi de rol oynayabilirken; eylem, üretim, pazarlama ve ürün enformasyonu gibi kendi ana faaliyet alanlarına odaklanmalıdır. Spor kulüpleri, eğlence ve inşaat şirketleri, reklamcılar, toplu taşıma, aktif turizm gibi sektörlerin de önemli bir rolü bulunmaktadır. Özel sektör, sağlıklı seçeneklere yatırımlara yatırım yapılması hususunda ekonomik fırsatlara vurgu yapılması ile her iki tarafında kazançlı olacağı çözümlere iştirak edebilir.

2.4.4 Medya bilgilendirme ve eğitimin sağlanması, farkındalığın artırılması ve bu alanda halk sağlığı politikalarının desteklenmesi hususlarında önemli sorumluluğa sahiptir.

2.4.5 Sektörler arası işbirliği yalnızca ulusal değil, uluslararası düzeyde de elzemdir. DSÖ uluslararası eylemi cesaretlendirebilir, koordine ve öncülük edebilir. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), Dünya Bankası, Avrupa Konseyi, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) gibi uluslararası kuruluşlar etkili ortaklıklar yaratabilir ve bu suretle ulusal ve uluslararası düzeylerde çok sektörlü işbirliğini harekete geçirebilir. Avrupa Birliği (AB), AB mevzuatı, halk sağlığı politikası ve programları, araştırma ve Avrupa Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Platformu gibi faaliyetler aracılığıyla başlıca role sahiptir. Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Küresel Stratejisi; Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı ve Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi gibi var olan uluslararası taahhütler rehberlik ve sinerji yaratılması için kullanılmalıdır. Buna ek olarak, Avrupa Çocuk Çevre ve Sağlık Eylem Programı (CEHAPE) ile Pan-Avrupa Ulaşım, Sağlık ve Çevre Programı (THE-PEP), remisyonu sınırları dahilinde Codex Alimentarius gibi politik taahhütler uluslararası eylemde tutarlılık ve bağlılık sağlanması ve kaynakların etkili kullanılmasının maksimize edilmesi için kullanılabilir.

2.4.6 Düzenleyici önlemlere özel önem verilmek suretiyle politika araçları mevzuattan kamu/özel sektör ortaklığına dek farklılık sergileyebilecektir. Hükümet ve ulusal parlamentolar mevzuat dahil düzenleyici önlemler aracılığıyla tutarlılığı ve devamlılığı sağlamalıdır. Diğer önemli araçlar politikanın yeniden formüle edilmesini, mali ve kamu yatırım politikalarını, sağlık etki değerlendirmesini, farkındalığı arttıracak ve tüketici bilgilendirmesini sağlayacak kampanyaları, kapasite inşası ve ortaklığı, araştırma, planlama ve izlemeyi içermektedir. Halk sağlığı gereksesi ve paylaşılan tanımlanan halk sağlığı hedefleri ile kamu/özel ortaklıkları cesaretlendirilmelidir. Özel düzenleyici önlemler; bu alanda çocuklara pazarlama kodeksi gibi uluslararası yaklaşımların geliştirilmesi ile başta çocuklar olmak üzere enerji-yoğun yiyecek ve içeceklerin ticari promosyonun kapsamı ve etkisini sürekli olarak azaltılmasına ve de bisiklet kullanımının ve yürüyüşün teşvik edilmesi için güvenli yollara yönelik düzenlemelerin kabul edilmesini içermelidir.

2.4.7 Hem mikro hem de makro düzeylerde ve farklı ortamlarda eyleme geçilmelidir. Ev ve aileler, topluluklar, ana okulları, okullar, çalışma ortamları, ulaşım araçları, şehir çevre düzenlemesi, konut, sağlık ve sosyal hizmetler ve boş zaman değerlendirme olanakları gibi ortamlara özel önem gösterilmelidir. Eylem yerel, ülke ve uluslararası düzeyleri kapsamalıdır. Bu sayede, bireyler sunulan olanakları aktif bir şekilde kullanmak hususunda sorumluluk almak için desteklenmeli ve cesaretlendirilmelidir.

2.4.8 Eylem daha sağlıklı beslenmenin ve fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ile optimal enerji dengesinin sağlanmasını hedeflemelidir. Bilgi ve eğitim önem taşımaya devam ederken, odak sağlıklı yaşam biçimlerini desteklemek için sosyal, ekonomik ve fiziksel ortamın değiştirilmesine yönelik tasarlanmış müdahalelere yönlendirilmelidir.

2.4.9 Anahtar olarak zaruri önleyici tedbirler eylem paketi teşvik edilmelidir; ülkeler bu paketten ulusal ortamlarına ve politik kalkınma düzeylerine bağlı olarak müdahaleleri daha çok önceliklendirebilir. Zaruri eylem paketi: başta çocuklar olmak üzere pazarlama baskısının azaltılması; anne sütünün teşviki, meyve ve sebze dahil sağlıklı gıda teminin ve ulaşılabilirliğinin iyileştirilmesi; sağlıklı yiyecek seçimlerine ilişkin yönelik ekonomik önlemler: sosyal dezavantajlı gruplar için destek dahil uygun fiyatlı eğlence/egzersiz olanakları sunumları; işlenmiş ürünlerde yağ, serbest (özellikle katkılı), şekerler ve tuzun azaltılması; beslenmeye dair uygun etiketleme; daha iyi şehir düzenlemeleri ve ulaşım olanakları ile bisiklet ve yürüyüşün teşvik edilmesi; boş zamanını fiziksel aktivite ile geçirmesi için insanları motive edecek yerel ortamların oluşturulması; okullarda sağlıklı yiyecek, günlük fiziksel aktivite, beslenme ve fiziksel eğitimin sağlanması; işyerlerinde insanların daha iyi beslenmesi ve fiziksel aktivite için motive edilmesi; ulusal gıda-temelli beslenme kılavuzlarının ve fiziksel aktivite kılavuzlarının hazırlanması/iyileştirilmesi ve bireysel sağlık davranış değişikliği kabulünün teşvik edilmesini içerecektir.

2.4.10 Halihazırda fazla kilolu dolayısıyla yüksek risk altında olan kişilerde obezitenin önlenmesine ve obezite hastalığının tedavi edilmesine yönelik önem devam etmelidir. Bu hususta özel eylemler arasında fazla temel sağlık hizmetlerinde kilo ve obezitenin zamanında tespiti ve yönetimi, obezitenin önlenmesine yönelik sağlık çalışanlarının eğitiminin sağlanması ve tarama ve tedavi için klinik rehberliğin yayınlanması yer almaktadır. Her yaştan obez kişilere yönelik damgalama ya da aşağı görme mutlaka önlenmelidir.

2.4.11 Politika tasarlanırken ve uygulanırken etkililiği ortaya koyulmuş başarılı müdahaleler kullanılmalıdır. Bunlar insanlara okulda ücretsiz meyve sunacak programları; sağlıklı yiyeceklerin makul şekilde fiyatlandırılmasını; sosyo-ekonomik bağlamda geri kalmış bölgelerde ve iş yerlerinde daha sağlıklı yiyeceklere erişim, bisiklet öncelikli yollarının açılmasını; çocukların okula yürümelerinin teşvik edilmesini; sokak lamba ışıklandırılmasının iyileştirilmesi; merdiven kullanımının teşvik edilmesini; televizyon izlenmesinin azaltılması gibi daha sağlıklı gıdaların tüketilmesi ve fiziksel aktivite seviyelerinin artırılması gibi etkisi kanıtlanmış projeleri içermektedir. Okul programları ve aktif ulaşım gibi obeziteye karşı birçok müdahalenin yüksek oranda maliyet etkililiğine sahip olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi karar alıcılara iyi uygulama pratikleri ve vaka çalışmaları örnekleri sağlayacaktır.

3. İLERLEME VE İZLEME

3.1 Mevcut Şart DSÖ Avrupa Bölgesi genelinde obeziteye karşı eylemin güçlendirilmesini amaçlamaktadır. Ulusal politikaları ve mevzuatı ile eylem planları dahil olmak üzere düzenleyici eylemi harekete geçirecek ve etkileyecektir. Beslenme ve fiziksel aktiviteyi içeren bir Avrupa Eylem Planı, Şart aracılığıyla sağlanan ilke ve çerçeveleri özel eylem paketlerine ve izleme mekanizmalarına dönüştürecektir.

3.2 Ulusal sağlık süveyans sistemine dahiliyet için uluslararası kıyaslanabilen anahtar göstergelerin geliştirilmesi amacıyla bir sürecin bir araya getirilmesi gerekmektedir. Bu veriler böylelikle savunuculuk, politika yapılması ve izleme amaçları ile kullanılabilir. Bu aynı zamanda düzenli değerlendirilmesine, politikaların ve eylemlerin gözden geçirilmesine ve bulguların geniş kitlelere dağıtılabilmesine olanak sağlayacaktır.

3.3 Düşüş gösteren obezite ve ilgili hastalıklar bağlamında sonuçların ortaya koyulması zaman alacağı için uzun dönemli izleme süreci zaruridir. DSÖ Avrupa düzeyinde ilki 2010 yılını geçmeyecek şekilde üç yıllık ilerleme raporları hazırlanmalıdır.

Prof. Dr. Recep Akdağ
Dr. Marc Danzon
İstanbul, 16 Kasım 2006

EK D: Lüksemburg Deklarasyonu

Toplum sağlığı, sağlığın özendirilmesi ve yüksek risk stratejilerini içeren “Kalp Sağlığının Özendirilmesi – Avrupa Uzlaş Raporu” 24-26 Şubat 2004 tarihleri arasındaki toplantıda şekillenmiş ve bu raporun ışığında AB ülkeleri Sağlık Bakanlığı temsilcileri, ulusal kardiyoloji dernek başkanları, AB Dönem Başkanlığı ve Avrupa Komisyonu yetkililerinin katılımı ile Lüksemburg’da bir toplantı yapılmış ve “Lüksemburg Deklarasyonu” adı altında üye ülkelere duyurulması kararlaştırılmıştır.

29 Haziran 2005’te, AB Kalp Sağlığı Konferansı’na katılan AB Üyesi Devletlerin Sağlık Bakanlıkları, Avrupa Kardiyoloji Derneği, Ulusal Kardiyoloji Dernekleri, Avrupa Kalp Ağı, Ulusal Kalp Vakıfları ve UEMS Kardiyoloji Bölümü’nden gelen temsilciler Lüksemburg’da Dönem Başkanı olan Lüksemburg Sağlık Bakanının başkanlığında Lüksemburg Deklarasyonu’nu imzalamışlardır.

LÜKSEMBURG DEKLARASYONU

“Avrupa Birliği’nde (AB) erkek ve kadın ölümlerine yol açan en büyük etken, kalp-damar hastalıklarıdır. Kalp-damar hastalıklarından ölen kadınların sayısı, tüm kanser türlerinden ölen kadınların toplam sayısından daha çoktur. Üstelik Üye Devletlerin her birinde ve birbirleriyle aralarında kalp-damar hastalıkları konusunda büyük farklılık ve eşitsizlikler bulunmaktadır. Bazı AB ülkelerinde kalp ve damar hastalıklarından ölüm oranları azalmaktadır. Ancak kalp ve damar hastalıklarıyla yaşayan kadın ve erkek sayısı sürekli artmakta olup, bunların çoğu önlenemez niteliktedir.

Bugün, 29 Haziran 2005’te, AB Kalp Sağlığı Konferansı’na katılan bizler (AB Üyesi Devletlerin Sağlık Bakanlıkları, Avrupa Kardiyoloji Derneği, Ulusal Kardiyoloji Dernekleri, Avrupa Kalp Ağı, Ulusal Kalp Vakıfları ve UEMS Kardiyoloji Bölümü’nden gelen temsilciler) şu konularda görüş birliğine vardık:

Kalp Sağlığı konusunda Avrupa Konseyi Kararları’nın önemini ve bu kararları uygulamaya koyma zorunluluğunu tekrar vurguluyoruz.

Kalp ve damar hastalıklarının yükünü azaltmak için, yaşam tarzını değiştirmeye yönelik girişimlere öncelik vermek üzere, gerekli önlemler her Üye Devlet tarafından ele alınmalıdır.

Kronik akciğer hastalığı, diyabet, osteoporoz ve kanser gibi bulaşıcı olmayan diğer hastalıklar üzerinde de olumlu etkileri bulunan aşağıdaki önlemlerin alınması için birlikte çalışmaya karar verdik:

1. Avrupa toplumlarının, kalp ve damar sağlığı ile ilgili şu konulardaki farkındalığını yükseltmek:

- Tütün kullanımını bırakmak (0),
- Yeterince egzersiz yapmak (günde en az 30 dakika, haftada en az 5 gün),
- Sağlıklı besinleri tercih etmek,
- Fazla kilolardan sakınmak,
- Kan basıncını 140/90’ın altında tutmak,,
- Kan kolesterolünü 200 mg/dl’nin altında tutmak.

2. Her Avrupalının bu konularda başarılı olmasına yardım edecek stratejiler geliştirip uygulamak.

3. Bu konularda doğru davranışlara, yaşamın olabildiğince erken dönemlerinde başlamanın önemini kavramak.

4. Yukarıda belirtilen konuları (tütün, kan basıncı vb.), daha ileri koruma ve bakımı hedefleyen ulusal programların başarı göstergesi olarak kullanmak.

5. Bugün itibarıyla, etkili bir uygulama süreci oluşturabilmek için aşağıdaki etkenlerin zorunlu olduğunu saptadık. Bu etkenler, bugün paylaştığımız ve tartıştığımız deneyimlerimize dayanarak belirlenmiştir.

6. Sağlık bakım profesyonelleri, sivil toplum örgütleri, hükümetler ve kamu sağlığından sorumlu yetkililer arasında birleşik, güçlü ve kararlı bir ortaklık kurulması şarttır. Şu kesimlerin tümünü sürece katmak ve harekete geçirmek şarttır:

- Dünya Sağlık Örgütü (WHO),
- Aynı hedefleri paylaşan ortak tıbbi örgütler,
- Tarım, ulaşım, çevre, sosyal politikalar, eğitim ve benzeri konularda politika üreten kurumlar,
- Hasta örgütleri,
- Genel nüfusun bilinçlendirilmesi için çalışan örgütler,
- Avrupa Kalp Ağı gibi konuyla ilgili vakıflar,
- Basın ve yayın kuruluşları,
- İlgili sanayi sektörleri (tarım, besin, ilaç vb),
- Üniversiteler,
- Yerel yönetimler.

7. Bireylerin ve toplumların kalp ve damar sağlığı risk düzeylerini düşürmek için, her bir ülkenin özel koşullarına uyarlanmış, olgulara dayalı araçların daha da geliştirilmesi şarttır.

8. Tüm Avrupa’ da kalp ve damar hastalıklarından korunma ve bakımının geliştirilmesini istediğimiz konusunda birleştik ve bu nedenle, bu konferansı her ülkede geniş kapsamlı bir eylem planı hazırlanmasını sağlayacak önemli bir yeni adım olarak görüyoruz. Bugün gerçekleştirilen temalar, ulusal görev ekiplerinin oluşturulmasını ya da böyle bir planın daha da geliştirilmesini kolaylaştırmalıdır.

9. Sağlam kalpli bir Avrupa genel çerçevesi içinde Avrupa Komisyonu, Avrupa Parlamentosu ve Konseyi’ nin onayladığı etkinliklerin sürdürülmesinin gerekliliğini tekrar vurguluyoruz.

10. 2006’ da hep birlikte bu alanda gelişme sağlamayı ve bir Avrupa Kalp Sağlığı Belgesi oluşturmak için çalışmayı amaçlıyoruz.

Avrupa Birliği

Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Müdürlüğü

Avrupa Birliği Konseyi Lüksemburg Başkanlığı

Avrupa Kardiyoloji Derneği”

EK E: Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

19 Ocak 2008 CUMARTESİ

Resmî Gazete

Sayı : 26761

KANUN

TÜTÜN MAMULLERİNİN ZARARLARININ ÖNLENMESİNE DAİR KANUNDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN

Kanun No. 5727

Kabul Tarihi: 3/1/2008

MADDE 1 – 7/11/1996 tarihli ve 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunun adı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 2 – 4207 sayılı Kanunun 1 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“MADDE 1 – (1) Bu Kanunun amacı; kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır.”

MADDE 3 – 4207 sayılı Kanunun 2 nci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Tütün ürünlerinin yasaklanması

MADDE 2 – (1) Tütün ürünleri;

a) Kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında,

b) Koridorları dahil olmak üzere her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı özel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği (ikamete mahsus konutlar hariç) binaların kapalı alanlarında,

c) Taksi hizmeti verenler dahil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında,

ç) Okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dahil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında,

d) Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde, tüketilemez.

(2) Ancak;

a) Yaşlı bakım evlerinde, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde, cezaevlerinde,

b) Şehirlerarası veya uluslararası güzergâhlarda yolcu taşıyan denizyolu araçlarının güvertelerinde, tütün ürünleri tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilir. Bu alanlara onsekiz yaşını doldurmamış kişiler giremez.

(3) Otelcilik hizmeti verilen işletmelerde, tütün ürünleri tüketen müşterilerin konaklamasına tahsis edilmiş odalar oluşturulabilir.

(4) Açık havada yapılan her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde tütün ürünleri kullanılamaz. Ancak bu tesislerde, tütün ürünlerinin tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilir.

(5) Bu Kanunun tütün ürünleri tüketilmesine tahsis edilen kapalı alanlarının koku ve duman geçişini önleyecek şekilde tecrit edilmesi ve havalandırma tertibatı ile donatılması gerekir.

(6) Bu Kanunun uygulanmasında “tütün ürünü” ibaresi tüttürme, emme, çiğneme ya da buruna çekerek kullanılmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamen veya kısmen tütün yaprağından imal edilmiş maddeyi ifade eder.”

MADDE 4 – 4207 sayılı Kanunun 3 üncü maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Diğer koruyucu önlemler

MADDE 3 – (1) Tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka veya alâmetleri kullanılarak her ne suretle olursa olsun reklam ve tanıtımı yapılamaz. Bu ürünlerin kullanılmasını özendiren veya teşvik eden kampanyalar düzenlenemez. Tütün ürünleri üreten ve pazarlamasını yapan firmalar, her ne surette olursa olsun hiçbir etkinliğe isimlerini, amblemlerini veya ürünlerinin marka ya da işaretlerini kullanarak destek olamazlar.

(2) Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmaların isimleri, amblemleri veya ürünlerinin marka ya da işaretleri veya bunları çağrıştıracak alâmetleri kıyafet, takı ve aksesuar olarak taşınamaz.

(3) Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmalara ait araçlarda bu ürünlere ilişkin markaların tanınmasını sağlayacak bir uygulamaya gidilemez.

(4) Firmalar her ne amaçla olursa olsun üretilen ve pazarlaması yapılan tütün ürünlerini bayilere veya tüketicilere, teşvik, hediye, eşantiyon, promosyon, bedelsiz veya yardım olarak dağıtamazlar.

(5) Her ne amaçla olursa olsun, tütün ürünlerinin isim, logo veya amblemleri kullanılarak bildirim yapılamaz, basın-yayın organlarına ilân verilemez.

(6) Televizyonda yayınlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklam ve tanıtım filmlerinde tütün ürünleri kullanılamaz, görüntülerine yer verilemez.

(7) Sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde tütün ürünlerinin satışı yapılamaz.

(8) Tütün ürünleri onsekiz yaşını doldurmamış kişilere satılamaz ve tüketimlerine sunulamaz.

(9) Onsekiz yaşını doldurmamış kişiler, tütün ürünü işletmelerinde, pazarlanmasında ve satışında istihdam edilemez.

(10) Tütün ürünleri, paket açılarak adet şeklinde veya daha küçük paketlere bölünerek satılamaz.

(11) Tütün ürünleri, yetkili satıcı olan yerlerin dışında; otomatik makinelerle, telefon, televizyon ve internet gibi elektronik ortamlarla satılamaz ve satış amacıyla kargo yoluyla taşınamaz.

(12) Tütün ürünleriyle ilgili izmarit, paket, ağızlık, kağıt ve benzeri atıklar çevreye atılamaz.

(13) Tütün ürünleri, onsekiz yaşını doldurmamış kişilerin doğrudan ulaşacağı ve işletme dışından görülecek şekilde satışa arz edilemez. Tütün ürünleri satış belgesi olmaksızın ve satış belgesinde belirtilen yerin dışında satışa sunulamaz.

(14) Her türlü sakız, şeker, çerez, oyuncak, kıyafet, takı, aksesuar ve benzeri ürünler tütün ürünlerine benzeyecek veya markasını çağrıştıracak şekilde üretilemez, dağıtılamaz ve satılamaz.”

MADDE 5 – 4207 sayılı Kanunun 4 üncü maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Kontrolün sağlanması

MADDE 4 – (1) Tütün ürünlerinin içilmesinin yasaklandığı yerlerde, yasal düzenleme ve buna uymamanın cezai sonuçlarını belirten uyarılar; salonlarda asgari on santimetrelik puntolarla, toplu taşıma araçlarında üç santimetrelik puntolarla herkes tarafından görülebilir yerlere asılır. Ayrıca, tütün ürünlerinin tüketilmesine tahsis edilen alanlarda tütün ürünleri kullanımının tehlikelerini anlatan sağlık uyarıları herkes tarafından görülebilir yerlere asılır.

(2) Tütün ürünlerinin satışının serbest olduğu yerlere en az beş santimetrelik puntolarla, beyaz zemin üzerine büyük harfler ve siyah yazı rengi ile, “Yasal Uyarı: 18 yaşını doldurmayanlara sigara ve diğer tütün ürünleri satılamaz; satanlar hakkında yasal işlem yapılır.” ibaresi yazılarak, rahatlıkla görülebilen ve okunabilen yerlere asılır.

(3) Türkiye’de üretilen veya ithal edilen tütün ürünleri paketlerinin üzerine, en geniş iki yüzünden, bir yüzüne toplam alanın yüzde kırkıdan, diğer yüzüne yüzde otuzundan az olmamak üzere özel çerçeve içinde tütün ürünlerinin zararlarını belirten Türkçe yazılı uyarılar veya mesajlar konulur. Bu uyarı yazılarının aynı şekilde, birden fazla paketi bir arada bulunduran tütün ürünleri kutuları üzerine de yazılması zorunludur. Uyarı mesajları resim, şekil veya grafik biçimlerinde de olabilir. Uyarı mesajlarını taşımayan tütün ürünleri ithal edilemez veya satışa çıkarılamaz.

(4) Tütün ürünlerinin paketlerinde ve etiketlerinde, bu ürünlerin özellikleri, sağlığa etkileri, tehlikeleri veya emisyonları ile ilgili yanlış ve eksik bilgi verilemez, aldatıcı tanımlama, marka, renk, figür veya işaret kullanılamaz.

(5) Bu Kanunda sözü edilen yasal uyarı yazıları, resim, şekil veya grafik mesajlarıyla ilgili hususlar yönetmelikle düzenlenir. Bu yönetmelik Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu tarafından çıkarılır.

(6) Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmalar, ürün, üretim, pazarlama ve diğer aktiviteleri ile ilgili her türlü bilgiyi istenildiği takdirde onbeş gün içerisinde Sağlık Bakanlığına ve Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumuna vermek zorundadır.

(7) Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ile ulusal, bölgesel ve yerel yayın yapan özel televizyon kuruluşları ve radyolar, ayda en az doksan dakika tütün ürünleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıkların zararları konusunda uyarıcı, eğitici mahiyette yayınlar yapmak zorundadır. Bu yayınlar, asgari otuz dakikası 17:00-22:00 saatleri arasında olmak üzere 08:00-22:00 saatleri arasında yapılır ve yayınların kopyaları her ay düzenli olarak Radyo ve Televizyon Üst Kuruluna teslim edilir. Bu saatler dışında yapılan yayınlar, aylık doksan dakikalık süreye dahil edilmez. Bu süreler, Radyo ve Televizyon

Üst Kurulu tarafından denetlenir. Bu programlar, Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu, bilimsel kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri tarafından hazırlanır veya hazırlattırılır. Hazırlanan programlar, Sağlık Bakanlığının olumlu görüşü alındıktan sonra Radyo ve Televizyon Üst Kurulu tarafından yayınlanması sağlanır.

(8) Tütün ürünleri tüketiminin ve tütün dumanına maruz kalmanın oluşturduğu sağlık riskleri konusunda çocukları ve gençleri bilinçlendirmek üzere ilgili kuruluşlar ve sivil toplum örgütlerinin görüşleri alınarak Millî Eğitim Bakanlığı tarafından bir müfredat hazırlanır.

(9) Tütün ürünleri alışkanlığının bırakılmasını özendirici programlar ve tütün bağımlılığının ilaç ile tedavisinin ulaşılabilir olması için gerekli çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır.

(10) Bu maddenin yedinci, sekizinci ve dokuzuncu fıkralarında yer alan programların finansmanına yönelik olarak her yıl Millî Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı bütçesine yeterli ödenek konulur.

(11) 31/12/1960 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununun 41 inci maddesinin birinci fıkrasının (7) numaralı bendinde belirtilen ilan ve reklam giderleri gelir ve kurumlar vergisi matrahının tespitinde gider olarak gösterilemez.”

MADDE 6 – 4207 sayılı Kanunun 5 inci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Ceza hükümleri

MADDE 5 – (1) Bu Kanunun 2 nci maddesinin birinci ve dördüncü fıkralarında belirtilen alanlarda tütün ürünleri tüketenler ile 3 üncü maddenin ikinci fıkrasına aykırı hareket edenler, 30/3/2005 tarihli ve 5326 sayılı Kabahatler Kanununun 39 uncu maddesi hükümlerine göre; 3 üncü maddenin onikinci fıkrasına aykırı hareket edenler Kabahatler Kanununun 41 inci maddesi hükümlerine göre cezalandırılır.

(2) 2 nci maddenin (a) bendi hariç birinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci fıkralarında belirtilen yasakların uygulanması ve tedbirlerin alınması ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyen işletme sorumluları, işletme iznini veren kurum yetkilileri tarafından önce yazılı olarak uyarılır. Bu uyarı yazısı, ilgili işletme sorumlusuna tebliğ edilir. Bu uyarıya rağmen, verilen sürede yükümlülüklerini yerine getirmeyenler, belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında mahalli mülki amir tarafından beşyüz Türk Lirasından beşbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır.

(3) 3 üncü maddenin birinci, üçüncü, dördüncü, beşinci ve onbirinci fıkralarındaki yasakların her birine aykırı hareket edenler, ellibin Türk Lirasından ikiyüzellibin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Bu cezaya karar vermeye Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu yetkilidir.

(4) 3 üncü maddenin altıncı fıkrasındaki yasağın görsel yayın yoluyla ihlal edilmesi halinde; yerel yayın yapan kuruluşlar, bin Türk Lirasından beşbin Türk Lirasına kadar, bölgesel yayın yapan kuruluşlar, beşbin Türk Lirasından onbin Türk Lirasına kadar, ulusal yayın yapan kuruluşlar, ellibin Türk Lirasından yüzbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Bu cezaya karar vermeye Radyo ve Televizyon Üst Kurulu yetkilidir.

(5) 3 üncü maddenin yedinci fıkrasındaki yasağa aykırı hareket edenler, belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında genel kolluk tarafından bin Türk Lirası idarî para cezası ile cezalandırılır.

(6) 3 üncü maddenin sekizinci fıkrasındaki yasaklara aykırı hareket edenler, 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun “Sağlık için tehlikeli madde temini” başlıklı 194 üncü maddesi hükmüne göre cezalandırılır.

(7) 3 üncü maddenin dokuzuncu fıkrasındaki yasağa aykırı hareket edenler, mahalli mülki amir tarafından her bir kişiyle ilgili olarak bin Türk Lirası idarî para cezası ile cezalandırılır.

(8) 3 üncü maddenin onuncu fıkrasındaki yasağa aykırı hareket edenler, belediye zabıtası tarafından ikiyüzelli Türk Lirası idarî para cezası ile cezalandırılır. Belediye sınırları dışında bu yetki genel kolluk tarafından kullanılır.

(9) 3 üncü maddenin onüçüncü fıkrasındaki yasaklara aykırı hareket edenler, mahalli mülki amir tarafından bin Türk Lirasından onbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Tütün ürünlerinin satış belgesiz olarak satışının yapıldığı veya satışa hazır tutulduğu yerlerdeki tütün ürünlerine el konulur ve nereden temin edildiğine dair belge ibraz edilememesi halinde, mahallî mülkî amir tarafından bunların mülkiyetinin kamuya geçirilmesine karar verilir.

(10) 3 üncü maddenin ondördüncü fıkrasındaki ürünleri üretenler, belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında mahalli mülki amir tarafından yirmibin Türk Lirasından yüzbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır.

(11) 4 üncü maddenin birinci ve ikinci fıkralarındaki yükümlülüklerin her birine aykırı hareket edenler, mahallî mülkî amir tarafından bin Türk Lirası idarî para cezası ile cezalandırılır.

(12) 4 üncü maddenin üçüncü ve dördüncü fıkralarındaki yükümlülüklerin her birine aykırı hareket eden üretici firmalar, Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu tarafından bu yükümlülükler aykırı olarak piyasaya sürülen malların piyasa değeri kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Ancak, verilecek idarî para cezasının miktarı ikiyüzellibin Türk Lirasından az olamaz.

(13) 4 üncü maddenin altıncı fıkrasındaki yükümlülüğe aykırı hareket eden firmalar Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu tarafından ellibin Türk Lirasından yüzbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır.

(14) 4 üncü maddenin yedinci fıkrasındaki yükümlülükler aykırı hareket edilmesi halinde; yerel yayın yapan televizyon kuruluşları bin Türk Lirasından beşbin Türk Lirasına kadar, bölgesel yayın yapan televizyon kuruluşları beşbin Türk Lirasından onbin Türk Lirasına kadar, ulusal yayın yapan televizyon kuruluşları ellibin Türk Lirasından ikiyüzellibin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Bu cezalar, radyo yayını yapan kuruluşlar hakkında ondabir oranında uygulanır. Bu cezaya karar vermeye Radyo ve Televizyon Üst Kurulu yetkilidir.

(15) Bu Kanunla kendilerine yüklenen görevleri yerine getirmeyen memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında, ceza hukuku sorumluluğu saklı kalmak kaydıyla, tâbi oldukları mevzuatta yer alan disiplin hükümleri uygulanır.”

MADDE 7 – 4207 sayılı Kanunun 7 nci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Mülkiyetin kamuya geçirilmesi

MADDE 7 – (1) Bu Kanunun 3 üncü maddesinin ikinci, dördüncü ve ondördüncü fıkralarındaki yasakların konusunu oluşturan her türlü eşya ile 4 üncü maddesinin üçüncü ve dördüncü fıkralarının konusunu oluşturan bütün ürünlerinin mülkiyetinin kamuya geçirilmesine mahallî mülkî amir tarafından karar verilir.”

MADDE 8 – 4207 sayılı Kanunun 8 inci maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 9 – 4207 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 3 – (1) Bu Kanunda öngörülen yönetmelikler, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren bir ay içinde çıkarılır.”

MADDE 10 – Bu Kanunun; 3 üncü maddesi ile değiştirilen 4207 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi hükmü yayımı tarihinden 18 ay, diğer hükümleri ise yayımı tarihinden 4 ay sonra yürürlüğe girer.

MADDE 11 – Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

18/1/2008

EK G: Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi



Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi' nin amacı Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki kalp-damar hastalıkları yükünü önemli ölçüde azaltmak ve hastalık yüklerinde ülke içinde ve ülkeler arasında bulunan hakkaniyetsizlik ve eşitliksizlikleri azaltmaktır. Berat, insanların sağlıklı davranış tipleri benimsemelerine yardımcı olacak destek politikalar ve çevreler yaratmak için sivil toplum ve halk sağlığı örgütleri ile ortaklık içerisinde yürütülen hükümet faaliyetinin önemini altını çizmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Bölge Direktör Yardımcısı Dr. Nata Menabde ve Avrupa Birliği Sağlık ve Tüketicinin Korunması Komisyoneri Markos Kyprianou, Brüksel'deki Avrupa Parlamentosu'nda, Avrupa Kalp Ağı ("European Heart Network") ve Avrupa Kardiyoloji Topluluğu'nun ("European Society of Cardiology") da katılımı ile Avrupa Kalp Sağlığı Beratı'nı açıklamışlardır. Berat, Avrupa'nın en büyük katili ile savaşmak için yürütülen bu ortak çabaya katılan 14 Avrupalı meslek ve halk sağlığı örgütü adına imzalanmıştır.

25 Aralık 2007 - "Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi"nin ulusal imza töreni Ankara'da 25 Aralık 2007 tarihinde yapılmış ve sözleşme Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve dokuz uzmanlık derneği başkanlarınca imzalanmıştır.

Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi

Giriş

Mortalite ve Morbidite

Kalp ve damar hastalıkları, Avrupa'da kadın ve erkeklerde bir numaralı ölüm nedenidirⁱ. Avrupa'daki tüm ölümlerin neredeyse yarısından, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'ne üye 52 ülkede 4,35 milyonun üzerinde ölümden ve Avrupa Birliği'nde 1,9 milyondan fazla ölümden kalp ve damar hastalıkları sorumludurⁱⁱ. Kalp ve damar hastalıkları, aynı zamanda önemli oranda engelliliğe ve yaşam kalitesinin düşmesine de neden olmaktadır.

Ancak, kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi mümkündür. DSÖ; kan basıncı, obezite, kolesterol ve tütün kullanımında eş zamanlı olarak popülasyon çapında hafif bir düşüş sağlanmasının kalp ve damar hastalık görülme sıklığını yarıdan fazla azaltacağını tahmin etmektedir.

Kalp ve damar hastalık mortalitesi, görülme sıklığı ve ölüm oranları; çoğu Kuzey, Güney ve Batı Avrupa ülkesinde azalmakta, ancak Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde aynı hızla azalmamakta ya da artmaktadır.

Avrupa Birliği'nde kalp ve damar hastalıklarından ölüm oranlarında azalma görülsede, kalp ve damar hastalıklarıyla yaşayan kadın ve erkek sayısı gittikçe artmaktadır¹. Bu paradoks, yaşam süresinin uzaması ve kalp ve damar hastalığı olan bireylerde sağkalımın artması ile bağlantılıdır.

Kalp ve damar hastalık yükü, tüm kanserlerin toplamının yol açtığından daha fazla ölüme yol açmaktadır (kadınlarda [tüm ölümlerin %55'i] erkeklerden [tüm ölümlerin %43'ü] bile daha yüksek bir oranla ve sosyoekonomik düzeyi düşük kadın ve erkeklerde daha yüksek bir mortalite ile).

Risk Etkenleri

Kalp ve damar hastalıkları için iyi bilinen temel risk etkenleri tütün kullanımı, kan basıncı ve kolesterol düzeyinin yüksek olması, doğrudan bireyin yaşam tarzı ile bağlantılı etkenler, fiziksel aktivite düzeyi ve yeme alışkanlıklarıdır. Kalp ve damar hastalıklarıyla ilişkili diğer etkenler aşırı kilolu olmak, obezite, diabetes mellitus, aşırı alkol tüketimi ve ruhsal gerilimdir.

Maliyetler

Kalp ve damar hastalıklarının AB ekonomisine yılda 169 milyar Avro'luk bir maliyeti olduğu tahmin edilmektedir. Bu, yıllık toplam maliyetin kişi başına 372 Avro olduğunu göstermektedir. Kişi başına düşen maliyetler üye ülkeler arasında on katın üzerinde farklılık göstermektedir (Malta'da 50 €'dan az iken Almanya'da ve İngiltere'de 600 €'nun üzerindedir).

Çok Sektörlü İşbirliği ve Faaliyet

Üst düzey AB yayınları, özellikle kalp ve damar sağlığının iyileştirilmesi konusunda 2004'ten sonraki Konsey Kararları⁴, yüksek riskli bireyleri belirleyerek hem toplum düzeyinde, hem de bireysel düzeyde harekete geçmenin önemini vurgulamaktadır.

Avrupa Birliği Konsey Kararları, İrlanda'nın başkanlığı sırasında kabul edilmiş, kalp ve damar hastalıklarının ele alınması için gereken adımların atılmasını sağlamak üzere Avrupa Komisyonu'nun yanı sıra Üye Ülkeler'e de çağrıda bulunulmuştur. Lüksemburg Deklarasyonu⁵, Lüksemburg'un başkanlığında kabul edilmiş, Lüksemburg toplantısında hazır bulunan Ulusal Sağlık Bakanlıklarının temsilcileri, Ulusal ve Avrupa Kardiyoloji Dernekleri ve Kalp Vakıflarının temsilcileri arasında tüm Avrupa kentlerinde kapsamlı kalp ve damar hastalık önleme programlarının başlatılmasını ya da güçlendirilmesini sağlamak ve etkili önlemlerin, politikaların ve girişimlerin uygulamaya konulmasını güven altına almak için bir sözleşme imzalanmıştır. Kalp ve damar hastalıkları ve diğer bulaşıcı olmayan önemli hastalıklarla savaşmak amacıyla çeşitli DSÖ kararları ve bildirgeleri⁶ kabul edilmiştir.

Ayrıca, Avrupa toplumunda kalp ve damar hastalıklarının etkisini azaltarak sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacı, AB Antlaşması'nda⁷, AB'nin Lizbon Gündemi'nin amaçları arasında ve 30 Kasım 2006'da Finlandiya başkanlığında toplanan Avrupa Konseyi kararlarındaki⁸ sağlığın tüm politikalara dahil edilmesi hedeflerinde tam olarak kayıt altına alınmıştır.

Avrupa Komisyonu'nun desteğiyle, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Avrupa Kalp Ağı (European Heart Network) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği, ilgili Avrupa Örgütlerini ve Uluslararası Örgütleri,

-Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesini imzalamaya,

-Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm ve rahatsızlıklarla birincil önleme yöntemiyle savaşmaya

-14 Şubat 2000'de yapılan "Winning Heart" Konferansı'nın Saint Valentine Açıklaması'na göre hareket etmeye, davet etmektedir.

"Yeni binyılda doğan her çocuğun, önlenebileceği bilinen kalp ve damar hastalıkları geçirmeden en azından 65 yaşına kadar yaşama hakkı vardır."

Bölüm I: Amaç

Madde 1

Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'nin amacı, Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi'nde kalp ve damar hastalık yükünü önemli ölçüde azaltmak ve bu hastalık yükündeki ülke içi ve ülkeler arası eşitsizlikleri ve haksızlıkları azaltmaktır.

Bu belgede, “Kalp Sağlığı” terimi kalp hastalıklarını, inmeyi ve diğer aterosklerotik damar hastalıklarını kapsamaktadır.

Madde 2

Sözleşmede, sözleşmeyi imzalayanların önceliği yaşam tarzı girişimlerine vererek, kalp ve damar hastalık yükünü azaltmaya önemli ölçüde yardımcı olacak önlemleri teşvik etmesi ve desteklemesi önerilmektedir.

Bölüm II: İmzalayanlar şunların farkındadır:

Madde 3

Kalp ve damar hastalığı, çok etkenli bir durumdur ve tüm risk etkenlerinin ve belirleyicilerinin toplumsal ve bireysel düzeylerde ele alınması gerekmektedir.

Kalp ve damar sağlığıyla ilişkili özellikler:

- Tütün kullanmama,
- Uygun fiziksel aktivite – haftada 5 kez en az 30 dakika,
- Sağlıklı beslenme alışkanlığı,
- Fazla kilolu olmama,
- Kan basıncının 140/90'ın altında olması,
- Kan kolesterolünün 5 mmol/L'nin (190 mg/dl) altında olması
- Normal glukoz metabolizması,
- Aşırı stresten kaçınma.

Madde 4

Kalp ve damar olayı riski ile ilişkili risk etkenleri üç sınıfa ayrılabilir:

Biyolojik	Yaşam tarzı belirleyicileri	Genel belirleyiciler	
		Sabit	Değiştirilebilir
Kan basıncının yüksek olması	Tütün kullanımı	Yaş	Gelir
Kan şekerinin yüksek olması	Sağlıksız beslenme	Cinsiyet	Eğitim
HDL kolesterol	Aşırı alkol tüketimi	Genetik	Yaşam koşulları
Fazla kilolu/obez	Fiziksel aktivite eksikliği	Etnik köken	Çalışma koşulları

Madde 5

Risk etkenleri, politikaları belirleyenlerin, vergilendirme ve pazarlama ile ilgili yasalar hazırlayarak ya da başka önlemler olarak destekleyici çevreler oluşturmalarıyla; bireylerin sağlıklı beslenmeyi, dumansız ortamları tercih etmeyi ve düzenli fiziksel aktiviteyi içeren davranışlar benimsemesiyle ve sağlık uzmanlarının yüksek risk altındaki hastaları belirlemeleri, tedavi etmeleri ve savunmaları ile ele alınabilir.

Madde 6

Bu risk etkenlerine yaklaşımın çocukluk çağında başlatılarak yaşam boyu sürdürülmesi gerekir.

Madde 7

Kalp ve damar hastalık yükü, erken tanı, hastalığa uygun yaklaşım ve yapılandırılmış yaşam tarzı danışmanlığı da dahil rehabilitasyon ve önleme ile de azaltılabilir.

Madde 8

Kalp ve damar sağlığı ve hastalıklarının cinsiyete özgü özelliklerine duyarlı olmak gereklidir.

Bölüm III: İmzalayanlar şunları kabul eder:

Madde 9

Üst düzey Avrupa politik yayınlarında kabul edilen politikalar ve önlemlerin uygulamaya konulması

-Kalp Sağlığı ile İlgili Konsey Kararları (Haziran 2004)

-Kalp ve damar sağlığının özendirilmesine ilişkin Lüksemburg Deklarasyonu (Haziran 2005)

-DSÖ Avrupa Bölgesi'nde bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve denetimine ilişkin kararlar⁹

Uygulamalar, Avrupa düzeyinde, ulusal ve bölgesel düzeylerde gerçekleştirilecektir.

Madde 10

Kapsamlı sağlık stratejileri geliştirmenin ve uygulamanın yanı sıra, kalp ve damar sağlığını teşvik edecek ve kalp ve damar hastalıklarını önleyecek Avrupa düzeyinde, ulusal, bölgesel ve yerel düzeylerde politikalar geliştirilmesinin, uygulanmasının ve önlemler alınmasının savunulması ve desteklenmesi.

Madde 11

Politikalar geliştirmek amacıyla, mümkün olan en güçlü siyasi desteği sağlamak ve kalp ve damar hastalık yükünü azaltmak için atılacak adımları koordine edecek, yalnızca kalp sağlığına adanmış ittifaklar kurulması ve bu ittifakların güçlendirilmesi.

Madde 12

Toplumsal seferberlik ilan ederek, geniş tabanlı bir koalisyon kurarak ve farkındalığı artırmak için gerektiğinde kitlesel medyayı kullanarak ve sosyal pazarlamayı geliştirerek toplumun ve hastaların eğitilmesine ve güçlendirilmesine yönelik faaliyetlerde bulunulması.

Madde 13

Bu sözleşmenin amacına ulaşması için, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve öğretim yoluyla sağlığı iyileştirme kapasitesinin geliştirilmesi.

Madde 14

Yüksek risk altındaki bireylerin belirlenmesi ve bu bireylere yaklaşım ve bilinen kalp ve damar hastalığı olan bireylerin bakımına ve kalp ve damar hastalıklarını önlemeye yönelik ulusal stratejiler oluşturulmasının desteklenmesi.

Madde 15

Birleşik Avrupa Görev Gücü (Joint European Task Force) tarafından hazırlanan kalp ve damar hastalıklarının önlenmesine ilişkin en güncel Avrupa Kılavuzu'nun benimsenmesinin özendirilmesi. Bu teşvik, Kılavuzun yerel dil(ler)e çevrilmesini ve yerel mortalite ve morbidite istatistiklerini, yerel uygulamaları, Kılavuzun yerel sağlık hizmeti geleneklerine uyarlanmasını içerecek şekilde ulusal özelliklere uyarlanmasını ve tüm tıp uzmanlarına ve sağlığın korunmasında görev alan diğer tüm ortaklara dağıtılmasının desteklenmesini kapsamaktadır.

Yetkililerle işbirliği içinde, sağlık sektöründe önleyici çalışmaların çok öncelikli hale gelmesinin ve bu çalışmaların yerel sağlık sigortası politikaları kapsamında mantıklı bir geri ödeme sistemi dahilinde, iyi eğitilmiş ve yeterli insan gücü tarafından yürütülmesinin sağlanması.

Madde 16

Sağlık tedavi harcamalarıyla ilgili yönleri de dahil, uygulanan politikaların ve koruyucu önlemlerin etkinliğiyle ilgili araştırmalara öncelik verilmesi.

Gençlere, kalp ve damar sisteminde yaşlanmanın mekanizmalarının anlaşılmasına ve kadınlardaki kalp ve damar duyarlılığına yönelik, toplum sağlığının iyileştirilmesi ve korunmasına adanmış çeşitli programların etkisini de içeren, epidemiyolojiye ve davranışsal etkenlere odaklanan araştırmalar başlatılması.

Daha fazla işbirliğini, genişlemeyi ve araştırma projelerinin koordinasyonunu özendirerek ve bunun için kaynak yaratarak, Avrupa'da kalp ve damar hastalıkları alanında yapılan araştırmaların parçalara bölünmesinin ele alınması.

Madde 17

Madde 2'de belirlenen hedeflere ulaşmak için toplumsal ve bireysel düzeyde sağlanan ilerlemeyi ölçebilmek için kalp ve damar sağlığında mevcut durumun (risk etkeni yaygınlığı dahil) belirlenmesi.

Madde 18

Ulusal planlar ve politikaların ne kadar benimsendiğinin ve uygulamaya konulduğunun düzenli olarak değerlendirilmesi.

Avrupa Komisyonu ve Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte fikir ve deneyimlerin paylaşılacağı bir platform olan ve sağlanan veya sağlanması gereken iyileşmelerin ortaya koyulacağı Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi toplantıları düzenlenmesi.

Kaynaklar:

¹ 2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Luxembourg – 1 and 2 June 2006

¹ European Cardiovascular Disease Statistics – British Heart Foundation and European Heart Network – 2005

¹ Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union – European Heart Journal

⁴ Council of the European Union – 9507/04 – 2586th Council Meeting – 1 and 2 June 2004

⁵ Luxembourg Declaration – 29 June 2005

⁶ EUR/RC56/R2; WHA53.17; EUR/RC52/R12; EUR/RC55/R1; EUR/RC54/R3; EUR/RC55/R6

⁷ Article 152 of the EU Treaty

⁸ 2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Brussels – 30 November and 1 December 2006

⁹ Regional Committee resolution EUR/RC56/R2 on the prevention and control of non-communicable diseases in the WHO European Region

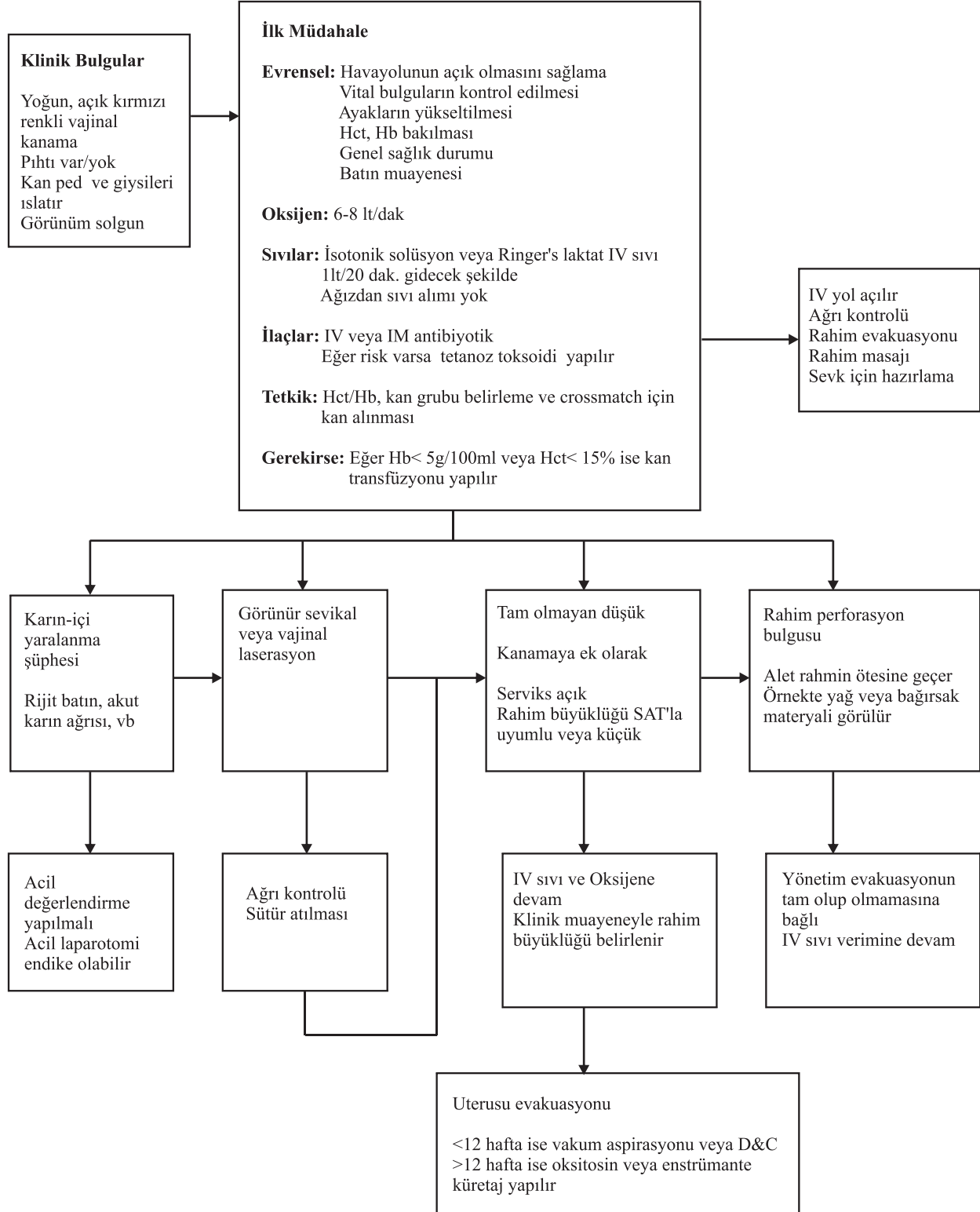
ⁱ 2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Luxembourg – 1 and 2 June 2006

ⁱⁱ European Cardiovascular Disease Statistics – British Heart Foundation and European Heart Network – 2005

<http://www.heartcharter.eu/download/Turkish.pdf>

YÜKSEK RİSKLİ GEBELİKLER TEDAVİ PROTOKOLLERİ High Risk Pregnancy Management Protocols

AĞIR VAJİNAL KANAMA YÖNETİMİ Management of Severe Vaginal Bleeding



YÜKSEK RİSKLİ GEBELİKLER TEDAVİ PROTOKOLLERİ

High Risk Pregnancy Management Protocols

POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİ

Management of Postpartum Haemorrhage

- Hastanın genel durumunu hızlıca değerlendirir. Kan basıncını, nabzını ve solunum sayısını alırken aynı zamanda da kadından veya yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsünü al.
 - kanama miktarını değerlendirir
 - Hafif kanama: Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha uzun sürer.**
 - Şiddetli kanama: Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha kısa sürer.**
 - doğumun gerçekleştiği yeri ve zamanını öğren
 - Kan grubu ve Tam kan sayımı için örnek al.
 - Muayene et.Postpartum kanamanın ayırıcı tanısını yap.
 - Gerekli durumlarda kullanmak üzere uygun kan temin et.
- Durumu stabilize edecek ilk müdahaleleri yap ve vital bulguları düzenli olarak kontrol et ve kaydet. Kanama nedeni uterin atoni ise;
 - uterus masajı yap
 - Tercihen 10 IU oksitosin IM yap,takip et, 5 dk.içinde uterus kontrakte değilse 0.2 mg ergot alkaloidi (metilergobasine) (I.M) yap.
 - IV damar yolu aç ve 500cc. serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde ver
 - mesaneyi boşalt gerekirse sonda tak
 - her 15 dakikada bir nabız ve kan basıncını kontrol et
 - Eklampsi, preeklampsi ve bilinen hipertansiyon hastalığı olan kadınlara ergot deriveleri VERME !!!
 - uterus sert hale gelene kadar masaja devam et 1 saat süreyle uterusun sert olduğundan emin ol
- Uterusu değerlendirir.
 - Müdahaleye rağmen uterus Kontrakte olmuyor ise; enfeksiyon kontrol basamaklarına dikkat ederek elle uterin kaviteyi kontrol et. (Rüptür kontrolü)
 - Uterusta rüptür varsa acil cerrahi uygula, uygulayamıyorsan 500cc. serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde ver
 - Bu sıvının dışında hızlı sıvı replasmanı (varsa Ringer laktat yoksa SF) ile doktor eşliğinde sevk et.
- Plasentayı değerlendirir.
 - A. Plasenta çıkarılmamış ise;
 - plasentayı kontrollü kord traksiyonu ile çıkar
 - eğer başarısız olunur ve kanama devam ediyorsa plasentayı el yardımı ile çıkar ve kavite bütünlüğünü kontrol et.
 - uygun antibiyotik tedavisine IV/IM (alerjisi yoksa ampicilline veya sulbactam/ampicilline veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) olarak başla
 - eğer plasenta çıkarılamaz ise cerrahi müdahale planla, cerrahi müdahale yapılamıyorsa ameliyathane koşulları olan bir üst basamağa acil olarak sevk et
 - sevk sırasında 500 cc. IV sıvı içinde 20 IU oksitosin olacak şekilde, 30 damla/dakika olarak devam et
 - B. Plasenta çıkarılmış ise plasentayı muayene et
 - a. Eğer plasenta ve ekleri tam ise; kanama açısından takip et.
 - eğer uterus yumuşak ise uterus masajı yap ve 2.maddedeki kuralları uygula.
 - b. Eğer plasenta ve ekleri tam değilse;
 - Serviksin durumuna göre, plasenta parçalarını manuel veya Bumm küret yardımıyla çıkart
 - uygun antibiyotik tedavisine (alerjisi yoksa ampicilline veya sulbactam/ampicilline veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) IV/IM olarak başla
 - eğer çıkarılamıyorsa hastayı bir üst basamağa acil olarak sevk et

5. Perine, serviks ve vajen yırtıklarını kontrol et

- yırtığı muayene ederek yer ve derecesini belirle Yırtıktan sonra olan kanamayı kontrol altına al. Eğer yırtık bulunduğunuz birimde onarılamayacak durumda ise bir üst basamağa acil olarak sevk et
- Sevk sırasında yırtığa tampon uygulamaya devam et, damar yolunu açık tut, 500 cc. içinde 20 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 30 damla /dakika olacak şekilde devam et

6. Tüm müdahalelerden sonra kanamayı kontrol et. 1 saat içerisinde;

A. Eğer hala kanama çok miktarda devam ediyor ise;

- 500 cc. içinde 20 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 60 damla/dakikada olacak şekilde devam et ve ikinci IV damar yolunu aç,
- Kan transfüzyonuna başla, temin edilemiyorsa kolloid bir sıvı infüzyonuna başla.
- bimanuel uterus veya aort kompresyonunu uygula
- uygun antibiyotik tedavisine (alerjisi yoksa ampicilline veya sulbactam/ampicilline veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) IV/IM olarak başla
- hastayı bir üst basamağa acil olarak sevk et

B. Eğer kanama kontrol altında ise;

- Kanama sona erdikten bir saat sonraya kadar içinde 20 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 20 damla/dakika olacak şekilde devam et
- 4 saat boyunca her yarım saatte bir hastanın vital bulgularını (TA, nabız, solunum, ateş) ve aldığı-çıkardığı sıvı takibini yap. 24 saat yakın takibe al. Eğer saatte 30 cc.'den az idrar çıkarırsa veya Hb'i 7 gr/dl.'nin altına düşerse ve/veya ciddi solukluğu olursa bir üst basamağa sevk et
- Hastayı 48 saat takip et.