



kadın doğum

JOURNAL OF OBSTETRICS and GYNECOLOGY dergisi

CİLT : 5
VOLUME: 5

SAYI: 4
NUMBER:4

YIL:2007
YEAR: 2007

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.Gülay 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, Ürojinekoloji

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. Uzey 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 2009

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

Tubaovarian Abse: 25 Olgunun Analizi ve Literatür Derlemesi.....	1210
Dr. Mehmet Güney, Dr. Evrim Erdemoğlu, Dr. Tamer Mungan	
Prenatal Ultrasonografi Taramasında Saptanan Fetal Koroid Pleksus Kistler Yaklaşım.....	1213
Dr. Kazım Gezginç, Dr. Uğur Keskin, Dr. Ali Ergün	
Bir Üniversite Kliniğinde Zaman İçinde Histerektomi Tipleri ,Endikasyonları ve Hızının Değişimi.....	1218
Dr. Alin Başgöl, Dr. Zehra Kavak, Dr.Hüsnü Gökaslan, Dr. Arzu Uzuner	
Prenatal Ultrasonografi Esnasında Saptanan Fetal Sakrokoksigeal Teratom ve Yönetimi.....	1224
Dr.Ümit Göktolga, Dr.Kazım Gezginç, Dr.Ulaş Fidan, Dr.K.Emre Karaşahin, Dr.Iskender Başer	
Obstetrik Anesteziye Rejyonel Tekniklerin Yeri.....	1228
Dr.Gülcan Erk, Dr. S. Temel Ceyhan, Dr. Kenan Erk	
Intratekal Alfentanil Kullanımının Sezaryen Operasyonlarında Anestezi Kalitesine Etkisi.....	1236
Dr. Hasan Karahan Sönmez, Dr. Serpil Deren, Dr. Nursel Karakelle, Dr. Mahmut Arslan, Dr. Fazilet Şahin, Dr. Bayazıt Dikmen	
Postpartum Dönemde Meme Ucu Ağrısı ve Meme Ucu Ağrısının Önlenmesi ve Tedavisi.....	1242
Dr. Şenay Ünsal Atan, Dr. Ahsen Şirin	
Türkiye’de Anne Ölümünün Durumu.....	1248
Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü	

HAKEM HEYETİ LİSTESİ

Prof. Dr. Cemalettin Akgüleş
Doç. Dr. Tarık Aksu
Prof. Dr. Aytekin Altıntaş
Prof. Dr. Tansu Arasil
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.Tezar 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. Özyaz Oral
Doç. Dr. Engin Oral
Doç. Dr. Havva Oral
Prof. Dr. Esat Orhon
Prof. Dr. Fatma Tuncay Özgünen

Prof. Dr. Erdinç 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. Mehpare 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 sayfa 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:

Ülkemizde üreme sağlığı ve temel sağlık hizmetlerinin sunumu yönünden her türlü yasal ve altyapı düzenlemesi bulunmasına rağmen temel sağlık göstergelerimiz istenen düzeyde değildir. Özellikle anne ve bebek ölümleri gelişmiş ülkelere göre daha fazla olup kırsal ve kentsel yerleşim yerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Anne ve bebek ölümlerinin seviyesi sağlık hizmetlerinin sağlanması ve kalitesi yönünden bir kalkınma göstergesidir. BM Bin yıl kalkınma hedefleri arasında bu oranların düşürülmesi de vardır.

Gebeliğe bağlı ölümlerin yaklaşık 1/3 ü doğum öncesi olması , doğum öncesi dönemde hizmet alma oranının tatmin edici düzeyde olmaması , kentlerle kırsal kesim arasındaki büyük farklılıklar rahatsız edicidir. Yeterli doğum öncesi bakım kentlerde % 56 kırsal kesimde ise % 25.4 tür (TNSA 2003).

Sağlık arama davranışı araştırmasına göre halkımız gebeliği normal fizyolojik bir durum olarak algılamakta ancak gebelikte ilgili yaygın bir utanma duygusu vardır. Belirli sayıda çocuğu olanlarda gebeliği bir yük olarak algılamaktadır. Gebelik sırasında yatağa düşülmedikçe bir sağlık kuruluşuna başvurma isteği yoktur. Sağlık kuruluşuna başvuruyu artıran etkenlerse doğumla ilgili kaygılar ve ultrasona girerek bebeğin bir sorunu olup olmadığının saptanması istemi vardır. Gebelerin en çok dikkat ettiği şey ağır iş yapmamak, ağır yük kaldırmamaktır. Sağlık sorunları olduğunda sağlık kuruluşuna başvurunun en önemli nedeni bebeğin zarar görmesi korkusudur.

Doğum öncesi bakım almama nedenleri sorulduğunda gebelerin % 42.5 u parasal nedenlerle alamadığını , % 36.4 ü gerek olmadığını belirtmektedir. Halbuki bu hizmet bakanlığa bağlı sağlık ocaklarında ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde ücretsiz olarak verilmektedir ve anne bebek ölümlerini azaltmada hayati öneme sahiptir. Sizler dağıtılan haritalarda değişik bölgelerdeki doğum öncesi bakım alma oranları , doğumların nerede ve kiminle yapıldığı ve anne , bebek ölüm hızları görülmektedir.

Anne ölümleri Türkiye genelinde daha önce söylendiği gibi yüzbinde 38.3 tür. Bu gelişmiş ülkelerde 20 , Avrupa'da 24 olup dünya ortalaması 400 dür. Ülkemizde gebeliğe bağlı ölümlerin % 58.4 ü doğrudan , % 15.8 i dolaylı , % 23.2 si ise tesadüfi nedenlerle (trafik kazası vb) olmaktadır. Doğrudan anne ölüm nedenlerinin % 24 ü kanamadan, % 18.4 ü hipertansif hastalıklardan , % 15.7 si pıhtı atması , ameliyat komplikasyonları , rahim yırtılması gibi nedenlerden , % 4.6 si ise gebeliğe bağlı enfeksiyonlardan olmaktadır. Bebek ölümlerinin göstergesi olan perinatal ölüm hızı da gelişmiş ülkelere yüksek olup kırsal kesimde %0 29 kentlerdeyse %0 21 dir.

Hem anne hem de bebek ölümlerini düşürmenin yolu doğum öncesi bakım ve riskli davranışlardan kaçınmaktır. Tüm araştırmalar 20 yaş altı , 35 yaş üstü gebelerde , doğumlar arasındaki sürenin 2 yılın altında olduğu durumlarda , doğum sayısının 4ü aştığı durumlarda anne ve bebek ölümü belirgin olarak artmaktadır.

Yüksek tansiyonu olan , kalp hastalığı , şeker, tiroid , kan hastalığı vb sistemik hastalıkları olan , çoğul gebelikler , tekrarlayan düşükleri , erken doğumları olan , kan uyuşmazlığı olan, daha önce sakat bebek doğuran , karnında bebeği olan gebeler yüksek risk taşımaktadır. Bu gebelerin mutlak gebe kalmadan önce bir sağlık kuruluşuna başvurarak gebelik öncesi kontrollerinin yapılması , gebelikleri sırasında da bu tür gebelerin bakımını yapabilecek 2. veya 3. basamak merkezlerce takip edilmeleri gerekmektedir.

Normal bir gebenin de takipleri sırasında şişlik , baş ağrısı , tansiyon yükselmesi , aşırı bulantı –kusma, görme bulanıklığı , karın ağrısı , suyun boşalması , kanama gibi durumlarda derhal bir sağlık kuruluşuna başvurması gerekmektedir.

En çok bebek ve anne kaybı evlerde sağlık personeli olmaksızın yapılan doğumlarda görülmektedir. Ülkemizde doğumların Kentlerde % 9.3 ü kırsal kesimde ise % 30.1 i evde sağlık personeli olmaksızın yapılmaktadır. Bu oran Orta Doğu Anadolu Bölgesinde % 46.9 a çıkmaktadır. Artık tüm doğumların hastanelerde veya sağlık kuruluşlarında yapılması hedeflenmelidir. Anne ve bebek ölümlerini azaltacak ikinci önemli tedbir budur.

Araştırmalar gebelerin hastaneye gitmemesinin altında sezaryen olma ve kötü muamele korkusunun da yattığını göstermektedir. Günümüzde doğumların % 48.5 u sezaryenle gerçekleşmektedir (TNSA 2003). Bu gelişmiş ülkelerdeki oranın (% 12-15) çok üzerindedir. Dünya Sağlık Örgütünün hedefi ise sezaryen oranının % 5-15 arasında olmasıdır. Kısa bir süre önce Kanada'da yapılan geniş bir çalışma cerrahi ve anesteziye , malzemelerdeki tüm gelişmelere rağmen sezaryende anne ve bebek ölümünün önemli oranda fazla olduğunu ortaya koymuştur. Amerikan Kadın Doğumcular Birliği'de bu yıl yaptığı resmi açıklamasında tıbbi nedenler olmaksızın , hasta isteğiyle sezaryen yapılmasının uygun olmadığını belirtmiştir. Türkiye Sağlık Bakanlığı da çok yüksek olan sezaryen oranını düşürmeye yönelik geriye ve ileriye dönük araştırmalara başlamıştır.

Anne ve bebek ölümlerini azaltmaya yönelik söyleyeceğim üçüncü önemli tedbirse erkeklerin akraba evliliğinden kaçınmaları , eşlerine ve doğacak çocuklarına sahip çıkmalarıdır. Tüm baba adayları eşlerinin hamileliğini yakından izlemeli , kontrol muayenelerine onunla beraber gitmeli , çevreden gelecek olumsuz mesajlara direnerek eşinin mutlaka bir hastanede doğumunu sağlamalıdır. Doğum sonrası güvenilir bir metod ile aile planlaması yaparak erken bir gebeliğin engellenmesi için eşiyile birlikte bir sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

Doç.Dr. Ferit Saraçoğlu

Editör

Editor@kadindogumdergisi.com

TUBAOVARIAN ABSE: 25 OLGUNUN ANALİZİ ve LİTERATÜR DERLEMESİ

Tubaovarian Abscess: Analysis of 25 cases and review of literature

Dr. Mehmet Güney, Dr. Evrim Erdemoğlu, Dr.Tamer Mungan

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Isparta,

ÖZET

Amaç: Tubaovarian abse'de (TOA) klinik ve laboratuvar sonuçlarını değerlendirmek, tedavi yöntemlerini ve gelişen komplikasyonları incelemektir.

Materyal ve Metod: Ekim 1997-Nisan 2007 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğindeki 25 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik, obstetrik/jinekolojik klinik özellikleri, risk faktörleri ve tedavi yöntemleri incelendi.

Bulgular: Kitlelerinin çapları ortalama 6.9 ± 2.5 cm olarak ölçüldü. İki olguda (%8) bilateral kitle tespit edilirken, bir olguda (%4) multisentrik kitleler izlenmişti. Beş hastada rahim içi araç (%20) bulunmaktaydı. Gebelik istemi olan %68 hastada organ koruyucu cerrahi; apse drenajı veya unilateral salpingooferektomi uygulanmıştı. Postmenopozal (%12) ve gebelik istemi olmayan perimenopozal hastalarda (%20) ise total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulanmıştır. Ortalama yatış ile operasyon kararını alınma süresi 2.4 ± 1.3 gün olarak bulundu.

Sonuçlar: Mortalite ve bıraktığı sekeller yönünden oldukça önemli bir hastalık olan TOA'de hastanın yaşı, fertilitate istemi ve klinik tablo göz önünde tutularak hastaya en uygun tedavi yöntemi seçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tubaovarian abse, rahim içi araç, medikal tedavi, cerrahi tedavi.

ABSTRACT

Objective: to evaluate clinical and laboratory results of tubaovarian abscess (TOA) and to investigate treatment modalities and complications.

Materials and Methods: Twenty-five cases admitted to department of obstetrics and gynecology, medical faculty of Süleyman Demirel between 1997 and 2007 were analysed retrospectively. Demographic, obstetrical/gynecological clinical features of cases, risk factors and treatment modalities were investigated.

Results: Mean of diameter of mass was 6.9 ± 2.5 cm. There was bilateral and multicentric adnexial mass in two (8%) and in one (4%) case, respectively. Fertility sparing surgery (drainage/unilateral salpingoophorectomy) was performed in 68% of cases who planned future pregnancy. Postmenopausal women and women not desiring pregnancy were undertaken hysterectomy with bilateral salpingoophorectomy. Mean time of duration between hospitalization and operation was 2.4 ± 1.3 days.

Conclusion: Choice of treatment in TOA which is associated with significant morbidity should be made regarding age, clinical features and fertility desire of patient.

Key Words: tubaovarian abscess, intrauterine device, medical treatment, surgical treatment.

Giriş

Tuba overyan abse (TOA) sıklıkla reproduktif çağda görülen bir hastalıktır (1). Akut veya kronik pelvik inflamaturar hastalığın (PIH) komplikasyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Rahim içi araç kullananlarda daha sık görülmektedir (2). PIH tanısıyla hospitalize edilen hastaların %34'ünde TOA'ye rastlanmaktadır (3). Görülme sıklığı seksüel geçişli hastalıkların ve bıraktıkları sekellerin artışı ile de artış göstermektedir (4). Tedavide 1980'lere kadar antibiyoterapi kabul görmüştür. Ancak antibiyotiklerin abse duvarından geçişinin zayıf olması nedeniyle sonuçların iyi olmaması sonucunda laparotomi ile adnekslerin veya absenin çıkarılması önerilmiştir (5). Günümüzde de özellikle genç yaşta hastalarda koruyucu cerrahi ve laparoskopik tanı ve tedavi gold standart haline gelmiştir (6). Tedavi edilmeyen olgularda rüptür ve ölümlerle sonuçlanabilen peritonit ve sepsis komplikasyonları ortaya çıkmaktadır.

Çalışmanın amacı, kliniğimizde TOA tedavisi gören hastaları retrospektif klinik ve laboratuvar sonuçlarını değerlendirmek, uygulanan tedavi yöntemlerini ve gelişen komplikasyonları incelemektir.

Materyal ve Metod

Ekim 1997-Nisan 2007 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde TOA tanısı ile tedaviye alınan 25 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Olgunun yaşları, gebelik sayıları, başvuru şikayetleri, rahim içi araç kullanımı ve süresi, yakın zamanda intra abdominal ya da jinekolojik operasyon öyküsü kaydedildi. Hastaların genel fizik muayene bulguları ve jinekolojik muayeneleri ile laboratuvar sonuçları kaydedildi. Görüntüleme yöntemlerinde ki kitle çapı ve karakterleri incelendi.

Hastalara yapılan operasyonlar yaşlarına ve gebelik istemlerine göre değerlendirildi. Postoperatif hastaların yatış süreleri, antibiyoterapileri, abdominal dren takipleri incelendi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 25 hastanın ortalama yaşı $37,38 \pm 20,4$ yılıdır (r:13-51). Hastaların 3 tanesi menopozda idi. Menopoz süreleri 1 hastada 2 yıl, 2 hastada da 3 yıl olarak tespit edilmiştir. Hastalardan 13 yaşında olan olgu 1 yıldır adet görmekteydi. Hastalardan %8'i (n=2) nullipar, %8'i (n=2) cinsel

yönden aktif değildi. Yirmibir olgu (%84) ise multipar olup otalama gebelik sayıları $3,2 \pm 1,7$ idi. Başvuru semptomları, %56 (n=14) alt kadran ağrısı, %8'i (n=2) sadece 38° C'nin üzerinde ateş, %32'sinde (n=8) alt kadran ağrısı ve 38° C'nin üzerinde ateş bir aradaydı. Bir hastada ise tanı gastrointestinal sistem şikayetleri nedeniyle yapılan alt ve üst batın ultrasonografik incelemesinde kitle tespit edilmesiyle konulmuştu. Onbeş (%60) olguda lökositöz saptanmıştır. Preoperatif dönemde yapılan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi sonuçlarına göre hastaların kitlelerinin çapları ortalama $6,9 \pm 2,5$ cm olarak ölçüldü (r:2 - 15 cm). İki olguda (%8) bilateral kitle tespit edilirken, bir olguda (%4) multisentrik kitleler izlenmişti.

Risk faktörlerine bakıldığında 5 hastada rahim içi araç (%20) bulunmaktaydı. Rahim içi araçların kullanım süreleri ortalama $10 \pm 3,4$ yıldır (r: 5-15 yıl). Sadece bir hastada S tip rahim içi araç, diğerlerindeyse bakırlı T-rahim içi araç bulunmaktaydı. Hastalardan 5'inde (%20) geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü mevcuttu; bir olgu 2 ay önce apendektomi geçirmiş, 3 olgu ise son 3 ay içerisinde sezaryen geçirmişti. Bir olguda 2 sene önce sezaryen olduktan sonra yapılan kontrol ultrasonografisinde papiller yapılar içeren kistik kitle tespit edilmesi üzerine laparotomiye alınmış ve çıkarılan materyalin mikroskopik incelenmesinde dermoid kist tanısı konmuş idi. Bu olgu TOA nedeniyle kliniğimizde daha sonra laparotomiye alınmış ve gazlı bez ve çevresinde oluşan pelvik abse tespit edilmiştir. Hastalardan iki tanesinin de kontrolsüz diabetes mellitus hastası olduğu tespit edilmiş olup, diğer olgularda herhangi bir kronik hastalık bulunmamaktaydı.

Hastaların yaşı, gebelik istemleri göz önünde tutularak; gebelik istemi olan hastalara (n=17, %68) organ koruyucu cerrahi olarak apse drenajı veya unilateral salpingooferektomi (USO) uygulanmıştı. Postmenopozal (n=3, %12) ve gebelik istemi olmayan perimenopozal hastalarda (n=5, %20) ise total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO) uygulanmıştır.

Ortalama yatış ile operasyon kararını alınma süresi $2,4 \pm 1,3$ gün olarak bulundu. Toplam 7 (%28) olgunun operasyonu laparoskopik olarak yapılmış olup bunlardan sadece birinde (%14, 1/7) laparotomiye geçme gereksinimi olmuştur. On sekiz olguya (%72) ise laparotomi uygulanmıştı.

Hastalardan birinde operasyon sırasında perfore apendisit tespit edilmişti. Menopozal ve perimenopozal olan sekiz hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulanmıştı. Olguların birinde ileri derecede yapışıklık nedeniyle total histerektomi uygulanamayıp subtotal histerektomi uygulanmıştır. Reprodüktif dönemdeki 17 hastadan dördüne (%23,5) unilateral salpingooferektomi uygulandı, diğerlerinde abse drenajı uygulandı.

Beş hastanın operasyonuna apendektomi eklenmişti. İki hastada intraoperatif barsak yaralanması oluşmuştu ve

birinde primer onarım, diğerinde ileum rezeksiyonu yapılmıştı. Bir hastada yapışıklık ve apsenin multisentrik olması nedeniyle operasyona omentektomi eklendi. Yirmi (%80) hastaya cerrahi sırasında dren konulmuşken, 5 (%20) hasta postoperatif dönem dirensiz olarak takib edilmişti.

Olgulara preoperatif ve postoperatif antibiyoterapi uygulanmıştı. On iki olgu (%48) seftriakson (3×1 gr/gün), ornidazol (2×500 mg/gün) alırken, iki olguda (%8) ampisilin (3×1 gr/gün), ornidazol (2×500 mg/gün), tetrasiklin (2×500 mg/gün) uygulanmış, 11 (%44) olguda ise ampisilin (2×1 gr/gün), klindamisin (3×600 mg/gün), gentamisin (2×80 mg/gün) uygulanmıştır. Son grupta postoperatif dönemde ateşi 38° C'nin üzerinde seyreden bir hastaya menopenem (3×1 gr/gün) ile antibiyotikleri değiştirilmiştir.

Tartışma

TOA genellikle reprodüktif çağda ve daha az oranda da postmenopozal dönemde görülmektedir (7,8). Günümüzde de önemli sağlık sorunlarından biri olarak TOA görülme sıklığı giderek artmaktadır. Clara ve ark. yaptıkları bir çalışmada 40 yaşındaki hastalarda TOA nedeni hospitalizasyon oranlarının 2001 yılında diğer yıllara oranla arttığını tespit ettiler (9). Bu artışı özellikle geç dönemlerde önemsenilmeden tedavisiz atlanılan PID ataklarına ve bu yaşta özellikle artış gösteren kolon kanserleri, divertikülitler veya over kanserleri ön tanıları ile opere edilip TOA ile karşılaşılacak vakalara bağlamışlardır.

Pelvik abselerin sebepleri arasında çoğunluğu yeterli düzeyde tedavi edilmemiş alt genital enfeksiyonlar, geçirilmiş cerrahi öyküsü ve rahim içi araçlara bağlı komplikasyonlar oluşturmaktadır. Ginsburg ve ark. TOA olan hastalarda rahim içi araç kullanımını %47 olarak tesbit etmişlerdir (10). Yine bir başka çalışmada ise oran % 63 olarak bulunmuştur (11). Çalışmamızdaki oran ise % 20 olarak görülmüştür. TOA açısından rahim içi araçların takılma koşulları ve kullanım süreleri önemlidir. Yeterince deneyimi olmayanlar tarafından takılan ve steril şartlarda uygulanmayan rahim içi araçlarda TOA komplikasyonları daha fazla görülmektedir. Dünya sağlık örgütünün çalışmalarına göre rahim içi araç takıldıktan sonra 30 gün içinde oluşan enfeksiyonlardan genellikle seksüel geçiş sorumlu iken 30 günden daha sonra olan enfeksiyonlardan rahim içi araç takılırken oluşan kontaminasyonlar sorumlu tutulmaktadır.

TOA hastaların başvuru şikayetlerine bakıldığında en sık klinik bulguları alt kadran ağrısı ve ateş oluşturmaktadır (12). Çalışmamızda da ortaya çıkan şikayetler ve klinik bulgular pelvik ağrı ve ateş idi. TOA'ye bağlı komplikasyon görülmeyen olgularda tedavide öncelikli olarak antibiyoterapi denenmektedir. 24-48 saat içinde antibiyoterapiye cevap vermeyen olgulara cerrahi yaklaşım tavsiye edilmektedir (13). Medikal tedaviye cevap alınma oranı %35 olarak bildirilmiştir (14). Cerrahi planlanırken hastanın yaşı, fertilitate istemi, absenin yayılımı oldukça önemlidir. Hastanın yaşı ve fertilitate istemi göz

önünde tutularak konservatif yaklaşılabileceği gibi vakanın şiddetine göre unilateral salpingoofektomi, bilateral salpingoofektomi veya abdominal histerektomi ve bilateral salpingoofektomi yapılabilir (15). İleri yaştaki ve fertilitte istemi olmayan hastalara ise unilateral salpingoofektomi, bilateral salpingoofektomi veya abdominal histerektomi ile birlikte bilateral salpingoofektomi uygulanabilmektedir.

Konservatif yaklaşımlarda bilgisayarlı tomografi kılavuzluğunda abse drenajı (16), ultrasonografi eşliğinde drenaj (17) uygulamaları oldukça etkili yöntemler olarak bulunmuştur. Bunun yanında TOA olgularında tanı ve tedavi

amaçlı yapılan laparoskopi gold standart olarak kabul edilmektedir (18,19). İnvaziv laparotomiye göre oldukça az olan laparoskopi veya perkutan drenajda laparotomiye oranla oldukça az oranda komplikasyon ile karşılaşılmaktadır (20). Cerrahi sırasında unutulmamalıdır ki komşu organ perforasyonları, serozal yaralanmalar, damar yaralanmaları gibi bir çok komplikasyon olabilmektedir.

Sonuç olarak mortalite ve bıraktığı sekeller yönünden oldukça önemli bir hastalık olan TOA'de hastanın yaşı, fertilitte istemi ve klinik tablo göz önünde tutularak hastaya en uygun tedavi yöntemi seçilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Velebil P, Wingo PA, Xia Z, Wilcox LS, Peterson HB. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. *Obstet Gynecol.* 1995;86(5):764-9.
- 2- Habek D, Has B, Habek JC. Tuboovarian abscess mimicking intraligamentary uterine myoma and an intrauterine device: a case report. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2005;10(3):168-70.
- 3- Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis.* 1983;251:2529-84.
- 4- Golde SH, Israel R. Unilateral tubo-ovarian abscess: A distinct entity. *Am J Obstet Gynecol* 1977;17:807.
- 5- Krivak TC, Cooksey C, Propst AM. Tubo-ovarian abscess: diagnosis, medical and surgical management. *Compr Ther.* 2004;30(2):93-100.
- 6- Porpora MG, Gomel V. The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. *Fertil Steril.* 1997;68(5):765-79.
- 7- Hsiao SM, Hsieh FJ, Lien YR. Tuboovarian abscesses in postmenopausal women. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2006;45(3):234-8.
- 8- Lipscomb GH, Ling FW. Tubo-ovarian abscess in postmenopausal patients. *South Med J.* 1992;85(7):696-9.
- 9- Paik CK, Waetjen LE, Xing G, Dai J, Sweet RL. Hospitalizations for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Obstet Gynecol.* 2006;107(3):611-6.
- 10- Ginsburg DS, Stern JL, Hamod KA, Genadry R, Spence MR. Tubo-ovarian abscess: a retrospective review. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;1;138(7 Pt 2):1055-8.
- 11- Çelik Ç, Görkemli H, Çiçek N. Evaluation of the cases with tuboovarian abscess. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2002;8:219-22.
- 12- Martens MG. Pelvic inflammatory disease. In: Rock JA, Jones HW: *Te Linde's Operative Gynecology*, Lippincott Williams & Wilkins, 9th edition, 675-704, 2003.
- 13- Fabiszewski NL, Sumkin JH, Johns JM. Contemporary radiologic percutaneous abscess drainage in the pelvis. *Clin Obstet Gynecol.* 1993;36:445-56.
- 14- McNeeley SG, Hendrix SL, Mazzoni MM, Kmak DC, Ransom SB. Medically sound, cost-effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178(6):1272-8.
- 15- Landers DV, Sweet RL. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;151:1098-110.
- 16- Tyrrel RT, Murphy FB, Bernardino ME. Tubo-ovarian abscesses: CT-guided percutaneous drainage. *Radiology.* 1990;175(1):87-9.
- 17- Medina TP, Huertas MA, Bajo JM. Early ultrasound-guided transvaginal drainage of tubo-ovarian abscesses: a randomized study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996;7(6):435-8.
- 18- Shulman A, Maymon R, Shapiro A, Bahary C. Percutaneous catheter drainage of tubo-ovarian abscesses. *Obstet Gynecol.* 1992;80(3 Pt 2):555-7.
- 19- Caspi B, Zalel Y, Or Y, Bar Dayan Y, Appelman Z, Katz Z. Sonographically guided aspiration: an alternative therapy for tubo-ovarian abscess. *Ultrasonund Obstet Gynecol.* 1996;7(6):439-42.
- 20- Buchweitz O, Malik E, Kressin P, Meyhoefer-Malik A, Diedrich K. Laparoscopic management of tubo-ovarian abscesses: retrospective analysis of 60 cases. *Surg Endosc.* 2000;14(10):948-50.

PRENATAL ULTRASONOGRAFİ TARAMASINDA SAPTANAN FETAL KOROID PLEKSUS KİSTLERİNE YAKLAŞIM

Management Of Fetal Choroid Plexus Cysts Detected At Prenatal Ultrasonographic Screening

Dr. Kazım GEZGİNÇ, Dr. Uğur KESKİN, Dr. Ali ERGÜN

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı

ÖZET

Koroid pleksus kistleri, lateral ventrikül yerleşimli koroid pleksuslardaki kistik genişlemelerdir. Fetal koroid pleksus kistlerinin insidansı %13,6 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Genellikle geçici, klinik önemi olmayan fetal gelişimsel yapı olarak tanımlanmakta olup, çoğunluğu fetal ve neonatal dönemde sekele yol açmadan ikinci trimester sonuna doğru kendiliğinden gerilemektedir. Genellikle normal gelişimin bir varyantı kabul edilir, ancak bazen kromozomal anomaliler ile ilişkili de olabilirler.

Bizde bu yazımızda prenatal ultrasonografi taramasında saptanan fetal koroid pleksus kistlerinin kromozomal anomalilerle ilişkisini ve bu hastalara yaklaşımı literatür ışığında gözden geçirmeyi ve tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Prenatal Tanı, Koroid Pleksus Kisti, Yönetim.

ABSTRACT

Choroid plexus cysts are the cystic dilatations at choroid plexus located in the lateral ventricles. The incidence of fetal choroid plexus cysts is reported to vary between 1-3.6%. Usually they are described as transient, clinically insignificant fetal developmental structures and most of them are known to regress spontaneously up to late second trimester without leading to fetal and neonatal sequels. Usually they are accepted as a variant of normal development, but they can be related to chromosomal anomalies.

In this report we also aimed to describe and review the relationship of fetal choroid plexus cysts detected during prenatal ultrasonographic screening with chromosomal anomalies and the management of these patients under literature light.

Key words: Prenatal diagnosis, Choroid Plexus Cyst, Management

Giriş:

Koroid pleksus kistleri, lateral ventrikül yerleşimli koroid pleksuslardaki kistik genişlemelerdir. Prenatal dönemde ultrasonografik olarak ilk kez Chudleigh ve ark. (1) tarafından tanımlanmıştır. Bu kistler, nöroepitelyal katlantı içerisini dolduran sıvı ve ekstrasellüler materyaller içermektedir.

Prevalans

Farklı çalışmalarda insidansı %13,6 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (2,3). Genellikle geçici, klinik önemi olmayan fetal gelişimsel yapı olarak tanımlanmakta olup, çoğunluğu fetal ve neonatal dönemde sekele yol açmadan ikinci trimester sonuna doğru kendiliğinden gerilemektedir (4,5). Genellikle normal gelişimin bir varyantı kabul edilir, ancak bazen kromozomal anomaliler ile ilişkili de olabilirler.

Koroid Pleksus Kistlerinin Gelişimi

Koroid pleksus kistlerinin gelişimini anlamak için koroid pleksusların gelişim ve fonksiyonunu bilmek gereklidir. Serebrospinal sıvı üretiminde rol oynayan koroid pleksuslar gebeliğin 6. haftasında gelişmeye başlar. Başlangıçta, lateral ventrikülün medial duvarından köken alırlar, psödostratifye epitel ile kaplanırlar. Daha sonra villus ile lobule olurlar. Bu sırada hücreler kuboid hücreden kolumnar epitele dönüşür. Villus genişlemeye başladıkça, kistik boşluk oluşur ve serebrospinal sıvı ile dolmaya başlar. Gebeliğin 9. haftasında koroid pleksus ventriküler sistemi doldurmak için serebrospinal

sıvı üretmeye başlar ve bu dönemde tüm hemisferleri kaplar. 2. trimester sonuna kadar büyüklükleri giderek azalır. Bu nedenle koroid pleksus kistleri genellikle 2. trimesterde görülmekte ve genellikle 24. haftada kaybolmaktadır (6).

Koroid pleksus kistleri ve kromozomal anomaliler

Kromozomal anomaliler içerisinde koroid pleksus kistlerinin özellikle trizomi 18 ile olan ilişkisi ilk olarak Nicolaides ve ark. (7,8,9) tarafından 1986 yılında öne sürülmüş, daha sonra bir çok araştırmacı tarafından ilişkisi irdelenmiştir. Trizomi 18'li gebeliklerin yaklaşık %50 sinde 2.trimesterde ultrasonografik olarak koroid pleksus izlenmektedir (10,11). Fakat trizomi 18'li fetusların %80' inde ilave eşlik eden diğer fetal anomaliler de mevcuttur. İzole koroid pleksus trizomi 18'li fetusların %4,3'ünde rapor edilmiştir (12). Buda normal popülasyondaki risk ile karşılaştırıldığında yaklaşık 4 kat daha yüksek bir orandır. 13 çalışmayı içeren bir meta-analizde, izole koroid pleksus varlığında overall trizomi 18 riskini 1/374 olarak belirtmişlerdir (13). Gupta ve ark.(14) ise bu oranı 1/197 olarak bildirmiştir.

Farklı çalışmalarda, Trizomi 21 ile koroid pleksus kistleri arasındaki ilişki incelenmiş, prevalansın normal popülasyon ile aynı olduğunu belirtilmiştir. Gross SJ ve ark.(15,16) tarafından yapılan çalışmada, izole koroid pleksus kistli hastalarda koroid pleksus kistleri trizomi 21'li gebeliklerin %1,4 ünde görülmüştür.

Bir çok çalışmada, koroid pleksus kistinin tanı konulduğu gebelik haftası, bilateral veya unilateral olması, boyutu, sayısı, kompleks yapısı, rezolüsyonu ve fetal cinsiyet ile aneuploidi riski arasında ilişki öne sürülmüş, fakat bu kanıtlanamamıştır (17,18,19). Perpignano ve ark.(20) küçük unilateral ve basit yapıdaki koroid pleksus kistlerinin, bilateral, büyük ve kompleks kistlere göre daha düşük riske sahip olduklarını rapor etmişlerdir.

Sohn C ve ark. (21) 2. trimesterde koroid pleksus saptanan 41 fetüsü takip etmişler, bu fetüslerden sadece 1 tanesinde bilateral geniş koroid pleksus kisti ve eşlik eden anomali (renal, kardiak bozukluklar ve ekstermite anomalisi) saptamışlardır. Bu hastalardan 38 tanesine invaziv girişim uygulanmış ve sadece ilave anomali mevcut olan 1 hastada trizomi 18 saptanmıştır (21).

Kupfermink J ve ark. (22) ultrasonografik olarak koroid pleksus kisti mevcut 102 fetüsü incelemiş, bu fetüslerden 4'ünde multiple konjenital anomali saptamışlardır. Bu 4 fetüsten 2'sinde trizomi 18 saptanırken, 1 fetüste dengesiz translokasyon t(3;13) saptanmışlar. İzole koroid pleksus kisti mevcut olan 98 hastanın 75'ine amniosentez uygulanmış ve 4'ünde kromozomal bozukluk saptanmıştır (3'ünde trizomi 21, 1'inde trizomi 18). Özellikle 35 yaş üzerinde izole koroid pleksus kistleri saptandığında amniosentez uygulamasını bu çalışmalarının

sonucu olarak önermektedirler. Tablo 1'de farklı çalışmalardaki izole koroid pleksus kistli olgularda karyotip sonuçları gösterilmiştir.

Maternal yaşı 35'in altında olduğu hastaları inceleyen bir meta-analizde, izole koroid pleksus kisti olan olgularda trizomi 18 saptanmamıştır. Postnatal dönemde yapısal anomali saptanan 4 olguda ise, fetal karyotip normal olarak saptanmıştır (23).

Koroid pleksus kistlerinde yönetim

İkinci trimesterde koroid pleksus saptanması çoğu zaman obstetrisyeni sıkıntıya sokmakta ve bunun sonucunda da hastaya gereksiz bir çok invaziv girişim yapılmakta ve hastanın anksiyetesi artmaktadır. Özellikle koroid pleksus kistlerinin trizomi 18 ile olan ilişkisi nedeni ile, koroid pleksus kisti saptanan olgularda amniosentez veya kordosentez invaziv prenatal tanı yöntemlerinin uygulama kararı ve hasta seçimi halen tartışmalıdır.

Gross ve ark. (24) tarafından yapılan meta-analizde, izole koroid pleksus varlığında overall trizomi 18 riski 1/374 olarak belirtilmiştir. Bu risk değeri amniosentez önermek için gerekli olan threshold değerine ulaşmadığı için izole koroid pleksus kistlerinde amniosentez önerilmemektedir.

Tablo 1: İzole koroid pleksus kistli olgularda karyotip sonuçları

Çalışma	İzole Koroid pleksuslu Hasta sayısı	Karyotip
Chitkara ve ark.	38	Normal
Benacerraf ve ark.	38	Normal
Chan ve ark.	13	Normal
Thorpe- Beeston ve ark.	49	Normal
Chinn ve ark.	36	Normal
Snijders ve ark.	107	1 trizomi 18, 1 trizomi 21,
Kupfermink ve ark.	98	2 trizomi 21, 1 t(14,21), 1 trizomi 18,
Gross ve ark.	74	1 trizomi 21
Gupta ve ark.	548	1 trizomi 18,
Jou ve ark.	102	5 trizomi 18, 2 trizomi 21,
Marcos CL ve ark.	181	1 trizomi 21,

İzole koroid pleksus kistlerinde, ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology) fetüslerin dikkatli olarak diğer yapısal anomaliler açısından izlenmesini ve araştırılmasını önermektedir. Eğer ultrasonografide eşlik eden anomali saptanmadı ise hastaya background ve atfedilen riskleri anlatılmalı ve amniosentez teklif edilmelidir. Fakat hasta amniosentez konusunda cesaretlendirilmemelidir. Eğer gebede ileri yaş, anormal trippl test tarama sonucu ve ultrasonografide eşlik eden anomali mevcutsa, amniosentez önerilebilir (25).

18-20. gebelik haftalarında yapılan ultrasonografik incelemede, koroid pleksus kisti saptandı ise, fetal ekstremiteler, kalp ve santral sinir sistemi değerlendirilerek diğer anomaliler araştırılmalıdır. Trizomi 18 olgularında ultrasonografik bulgular arasında en sık, IUGR, club foot, el parmaklarının üst üste binmesi (overlapping) mikrognatı görülür. Yalnız bu değerlendirme deneyimli bir ultrasonografist tarafından

yapılmalıdır (26). Kistin özelliği ve trizomi 18 ve 21 ile var olabilecek ilişkisi hastaya açıklanmalı, maternal yaş, daha önceki serum markerları ve ultrasonografide eşlik eden bulgular ve riskleri anlatılmalıdır. Araştırmacıların bir kısmı ise fetal koroid pleksus kistini trizomi 18'in bir markerı olarak kabul edip kist saptanan her hastaya invaziv fetal test uygulamasını önermektedir (27).

RCOG (Royal College of Obstetrics and Gynecology) 2. trimesterde izole koroid pleksus kistlerinin saptanması durumunda, trizomi 18 için bazal risk belirleyen asıl faktörün maternal yaş olduğunu ve bununla hastaya fetal karyotip tayini önerme aşamasında önemli olduğunu vurgulamaktadır. İleri maternal yaş mevcut ise, fetal karyotipleme önerilmektedir. Eşlik eden anomali mevcut ise yaşı ne olursa olsun fetal karyotipleme önerilmektedir (28).

KAYNAKLAR

- 1- Chudleigh P, Pearce JM, Campbell S. The prenatal diagnosis of transient cysts of the fetal choroid plexus. *Prenat Diagn* 1984;4:135-37.
- 2- Clark SL, DeVore GR, Sabey PL. Prenatal diagnosis of cysts of the fetal choroid plexus. *Obstet Gynecol* 1988;72: 585-6.
- 3- Chinn DH, Miller EI, Workty LM, Towers CV. Sonographically detected choroid plexus cysts: frequency and association with aneuploidy. *J Ultrasound Med* 1991;10: 255-8.
- 4- Riebel T, Nasir R, Weber K. Choroid plexus cyst: a normal finding on ultrasound. *Pediatr Radiol* 1992;22: 410-12.
- 5- Snijders, R.J.M., Nicolaides, K.H. *Ultrasound Markers for Fetal Chromosomal Defects*, New York: The Parthenon Publishing Group. 1996.
- 6- Thorpe-Beeston JG, Gosden CM, Nicolaides KH. Choroid plexus cysts and chromosomal defects. *Br J Radiol* 1990;68: 783-86.
- 7- Nicolaides KH, Rodeck CH, Gosden CM. Rapid karyotyping in nonlethal fetal malformations. *Lancet* 1986;1:83-87.
- 8- Chitty L. Choroid plexus cysts: the need for further study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1994;4: 444-5.
- 9- Snijders RJ, Shaw L, Nicolaides KH. Fetal choroid plexus cysts and trisomy 18: assessment of risk based on ultrasound findings and maternal age. *Prenat Diagn* 1994;14: 1119-27.
- 10- Denis E, Dufour P, Valat AS, et al. Choroid plexus cysts and risks of chromosome anomalies. Review of the literature and proposed management. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998;27: 144-9.
- 11- Gray DL, Winborn RC, Suessen TL, Crane JP. Is genetic amniocentesis warranted when isolated choroid plexus cysts are found? *Prenat Diagn* 1996;16: 983-90.
- 12- Gupta JK, Thornton JG, Lilford RJ. Management of fetal choroid plexus cysts. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104: 881-886.
- 13- Gross SJ, Shulman LP, Tolley EA et al. Isolated choroid plexus cyst and trisomy 18: a review and meta analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 172: 83-87.
- 14- Gupta JK, Cave M, Lilford RJ et al. Clinical significance of fetal choroid plexus cysts. *Lancet* 1995;346: 724-729.
- 15- Bromley B, Lieberman R, Benacerraf BR. Choroid plexus cysts: not associated with Down syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 8: 232-5.
- 16- Leonardi MR, Wolfe HM, Lanouette JM, et al. The apparently isolated choroid plexus cyst: importance of minor abnormalities in predicting the risk for aneuploidy. *Fetal Diagn Ther* 1998;13: 495-2.
- 17- Walkinshaw S. Fetal choroid plexus cysts: are we there yet? *Prenat Diagn* 2000;20: 657-62.
- 18- Shields LE, Ulrich SB, Easterling TR, Cyr DR, Mack LA. Isolated fetal choroid plexus cysts and karyotype analysis: is it necessary? *J Ultrasound Med* 1996;15: 389-94.
- 19- Peleg D, Yankowitz J. Choroid plexus cysts and aneuploidy. *J Med Genet* 1998;35: 554-7.
- 20- Perpignano MC, Cohen HL, Klein VR, Mandel FS, Strelzoff J, Chervenak FA, Goldman MA. Fetal choroid plexus cysts, "beware the smaller cysts. *Radiology* 1992;182:715-7.
- 21- Sohn C, Gast AS, Krapfl E. Isolated fetal choroid plexus cysts: not an indication for genetic diagnosis? *Fetal Diagn Therapy* . 1997;12(5): 255-9.
- 22- Kupferminc MJ, Tamura RK, Sabbagha RE, Parilla BV, Cohen LS, Pergament E. Isolated choroid plexus cyst(s): an indication for amniocentesis. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;171(4): 1068-71.
- 23- Kafui Demasio, MD-MPH, Joseph Canterino, MD, Cande Ananth, PhD-MPH, Carlos Fernandez, MD, John Smulian MD-MPH, and Anthony Vintzileos, MD Isolated choroid plexus cyst in low-risk women less than 35 years old. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1246-49.

- 24- Gross SJ, Shulman LP, Tolley EA et al. Isolated choroid plexus cyst and trisomy 18: A review and meta analysis. Am J Obstet Gynecol. 1995;172:83-87.
- 25-ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. Obstet Gynecol. 2001;97: 112.
- 26- Sepulveda W, Lopez-Tenorio J. The value of minor ultrasound markers for fetal aneuploidy. Obstet Gynecol 2001;13: 18391.
- 27- Perpignano MC, Cohen HL, Klein VR, Mandel FS, Streltsoff J, Chervenak FA, et al. Fetal choroid plexus cysts: beware the smaller cyst. Radiology 1992;182: 715-7.
- 28- RCOG 1997, Management of fetal choroid plexus cysts British Journal of Obstetrics and Gynaecology August 1997;104:881-886.

BİR ÜNİVERSİTE KLİNİĞİNDE ZAMAN İÇİNDE HİSTEREKTOMİ TİPLERİ, ENDİKASYONLARI VE HIZININ DEĞİŞİMİ

The Change Of Indications, Types and Rate of Hysterectomy with Time in a University Clinic.

Dr. Alin Başgül, Dr. Zehra Kavak, Dr. Hüsnü Gökaslan, Dr. Arzu Uzuner

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,

ÖZET

Amaç: Son 20 yıldır yaptığımız histerektomileri seçilmiş cerrahi tipine ve endikasyonlarına göre araştırıp Türkiye istatistikleri için aydınlatıcı fikir vermeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: Histerektomi ameliyatları 1987-1996 ve 1997-2006 yılları arasında olmak üzere 10 yıllık 2 dönem halinde değerlendirilip son 10 yılda önceki 10 yıla göre histerektomi sayılarında cerrahi yöntem ve endikasyon spektrumları arasında fark olup olmadığı retrospektif olarak araştırıldı.

Bulgular: Bu periyotta toplam 2000 histerektomi yapılmış olup, bunların %50,6'sı ilk on yılda, %49,4'ü ise ikinci on yılda yapıldı. En sık histerektomi endikasyonu myoma uteri, onu izleyen endikasyonlar sırasıyla, kanserler, pelvik relaksasyon, adneksiyal kitle ameliyatlarıydı. En düşük endikasyonla histerektomize olgular, kanamalar, pelvik inflamatuvar hastalık, endometriozis, kronik pelvik ağrı ve obstetrik komplikasyonlar nedeniyle yapılan histerektomiler olarak bulundu. En sık operasyon tipi ekstrasfasal total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi ameliyatıydı. Bununla beraber 1987-1996 ve 1997-2006 periyotları karşılaştırıldığında histerektomi hızımızda anlamlı bir değişiklik izlenmedi.

Sonuç: En sık histerektomi endikasyonumuz halen uterin leiomyomlar olup yıllar içerisinde histerektomi hızımızda önemli bir değişiklik saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi tipleri, histerektomi endikasyonu, histerektomi hızı,

ABSTRACT

Objective: The indications and surgical type of hysterectomy operations in our clinic and our hysterectomy rate in years were assessed.

Materials and Methods: Hysterectomy operations done between 1987-1996 and 1997-2006 years were searched retrospectively. The number, types and indications of hysterectomy operations were compared during these periods.

Results: During last 20 years, totally 2000 hysterectomy operations were done. While myoma uteri followed by malignancies, pelvic relaxation and adnexial mass operations were among the most frequent hysterectomy indications, hysterectomy due to pelvic inflammatory disease, endometriosis, chronic pelvic pain and obstetric complications were among less frequent hysterectomy indications. There were no change in our hysterectomy rates during these periods and the most frequent type of hysterectomy operation was found to be total abdominal hysterectomy and bilateral salphingo-oophorectomy.

Conclusion: Uterine leiomyoma remains the most common hysterectomy indication and there is no significant change in our hysterectomy rates in years.

Key words: Hysterectomy indication, hysterectomy type, hysterectomy rate.

GİRİŞ:

Bilindiği gibi uterusun serviks dahil çıkarılması operasyonu olan total histerektomi operasyonu abdominal (TAH), vajinal (VH) veya laparoskopik (LVH) olarak yapıp adnekslerin (overler ve tüplerin) çıkarılması da beraberinde uygulanabilir (1). Tüm bu yaklaşım biçimleri cerrahın tecrübesine ve yaklaşım tarzına, her tekniğin endikasyonlarına göre değişiklik gösterebilir (1,2).

Tıbbın ve konservatif cerrahi metodlarının gelişmesi ile histerektomi operasyonu ihtiyacı giderek azalmıştır. Artık daha fazla kadın eşit şekilde alternatif bir yol varsa major bir cerrahi olan histerektomi ameliyatından kaçınmaktadır (3). Amerikan jinekologlar derneği de histerektomi yöntemine konservatif tedavi cevap vermediğinde başvurulmasını desteklemektedir (3, 4).

Bölgesel farklılıklara ve düşen histerektomi

oranlarına rağmen yinede histerektomi dünyada en sık yapılan ameliyatlardan biridir (1,3). Kanada'da 2004 yılında yapılan bir araştırmaya göre her yıl yüzbin kadında 446 histerektomi yapılmaktadır (5). İngilterede ise 2006 yılında yayınlanmış bir makaleye göre ise her yıl yaklaşık yüzbin histerektomi operasyonu yapılmaktadır (1). Amerika Birleşik devletleri için ise bu rakam yılda 500,000 ile 600,000 histerektomi operasyonu arasındadır (3). Türkiye için belirlenmiş bir genel histerektomi sıklığı mevcut olmamakla beraber kurumların belirttikleri histerektomi sıklığının diğer ülkelere benzerlik gösterdiği düşünülmektedir (6-8). Histerektomi endikasyonları hayatı tehdit eden obstetrik komplikasyonlardan kansere, hayat kalitesini bozan faktörlerden, tamamıyla elektif sebeplere kadar uzanmaktadır (1,3,9). Çalışmamızda bu geniş histerektomi yelpazesini, kliniğimizde son 20 yıldır yapılan histerektomileri seçilmiş cerrahi tipine ve endikasyonlarına göre araştırdık ve bu kadar sık yapılan bir ameliyat hakkında Türkiye istatistikleri için aydınlatıcı fikir vermeyi amaçladık.

Materyal ve Metod:

Kliniğimizde 1987-2006 yılları arasında yapılan tüm histerektomilerin endikasyonları ve tipleri retrospektif olarak tarandı. Çalışmadan çıkarılma kriteri yoktu. Tüm abdominal histerektomilerde ekstrasfasyal teknik kullanıldı. Son 20 yılı kapsayan bu çalışmada hastanemizde yapılan histerektomi ameliyatları 1987-1996 ve 1997-2006 yılları arasında olmak üzere 10 yıllık 2 periyot halinde değerlendirilip son 10 yılda önceki 10 yıla göre histerektomi sayılarında cerrahi yöntem ve endikasyon spektrumları arasında fark olup olmadığı da araştırıldı. Malin sebeplerden yapılan radikal histerektomi ameliyatları da total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi (TAH+BSO) sınıflandırmasına alındı. Veriler operasyon protokol defterlerinden retrospektif olarak elde edildi.

İstatistiksel analizlerde Pearson ki-kare testi, Fisher's exact testi ve yüzde hesabı kullanıldı. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular:

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yapılan histerektomi ameliyatlarının dökümü ve değerlendirmesi sonucunda 01.01.1987- 31.12.2006 tarihleri arasında toplam 2000 histerektomi yapılmış olup, bunların %50,6'sı ilk on yılda, %49,4'ü ise ikinci on yılda yapıldı. Yapılan histerektomilerin endikasyonları ve sayıları tablo 1 'de özetlenmektedir.

Buna göre en sık konulan histerektomi endikasyonu myoma uteri, onu izleyen endikasyonlar sırasıyla, kanserler, pelvik relaksasyon, adneksiyal kitle ameliyatlarıdır. En düşük endikasyonla histerektomize olgular, kanamalar, pelvik inflamatuvar hastalık, endometriozis, kronik pelvik ağrı ve

obstetrik komplikasyonlar nedeniyle yapılan histerektomiler olarak bulundu. Myoma uteri nedeniyle yapılan operasyonların diğer operasyonlar içindeki oranının son 10 yıllık dönemde anlamlı olarak artış gösterdiği saptandı ($p=0.000$).

Kanser nedeniyle yapılan histerektomilerin sayısı ve diğer operasyonlar içindeki oranı ikinci periyotta anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0.000$). Buna göre kanser ameliyatlarının son 10 yıldır daha az yapılmaktaydı. Bunun nedeni olarak hastanemizde 1998-2000 yılları arasında onkoloji ekibinin emeklilik veya yurtdışında eğitim amaçlı görevlendirme nedenlerinden dolayı eskiye göre daha yoğun çalışamaması olabileceği düşünüldü. Pelvik relaksasyon nedenli histerektomilerin oranı da ikinci 10 yılda anlamlı olarak düşük bulunurken ($p=0.029$); adneksiyel kitle nedenli histerektomilerin sıklığının ise periyotlar arasında anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p=0.532$).

Anormal uterin kanama nedeniyle yapılan histerektomi operasyonlarının sıklığının ikinci yarıda anlamlı artış gösterdiği saptandı ($p=0.047$).

Pelvik inflamatuvar hastalık, endometriozis, kronik pelvik ağrı ve obstetrik komplikasyonlar nedeniyle yapılan histerektomilerin oranları her iki periyotta da düşük bulunduğu gibi iki periyod arasında bir değişiklik saptanmadı ($p>0.05$).

Yıllara göre histerektomi sırasında uygulanan operasyon tipleri Tablo 2'de özetlenmiştir. Buna göre uygulanan tüm ameliyat tekniklerinin sıklığında iki periyot arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Bu 20 yıllık seride vajinal yolla yapılan histerektomiler %16,5 oranında iken abdominal yolla yapılan histerektomi operasyonları % 83,5 oranındaydı.

Tablo 1 1987-2006 yılları arasında gerçekleştirilen histerektomi ameliyatlarının endikasyonları.

Histerektomi Endikasyonları	1987-1996 yılları		1997-2006 yılları		Toplam		p değeri*
	n	%	n	%	n	%	
Myoma uteri	373	36.8	447	45.3	820	41.0	0.000
Kanser	267	26.3	184	18.6	451	22.5	0.000
Pelvik relaksasyon	172	17.0	133	13.5	305	15.2	0.029
Adneksiyal kitle	123	12.1	129	13.1	252	12.6	0.532
Kanama	30	3.0	46	4.7	76	3.8	0.047
Endometriozis	34	3.4	35	3.5	69	3.5	0.816
Pelvik inflamatuvar hastalık	11	1.1	7	0.7	18	0.9	0.373
Kronik pelvik ağrı	2	0.2	4	0.4	6	0.3	0.447
Obstetrik komplikasyonlar	1	0.1	2	0.2	3	0.2	0.620**
Toplam	1013	100.0	987	100.0	2000	100	

* Pearson ki-kare **Fisher's exact test

Tablo 2. Yıllara göre histerektomi tipleri.							
Histerektomi tipleri	Yıllar						
	1987–1996		1997–2006		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
¹ TAHBSO	650	64.2	636	64.4	1286	64.3	0.899
² VHOAO	173	17.1	158	16.0	331	16.5	0.520
³ TAH	139	13.7	142	14.4	281	14.1	0.669
⁴ TAHUSO	51	5.0	51	5.2	102	5.1	0.893
Toplam	1013	100.0	987	100.0	2000	100.0	

Pearson ki-kare $p < 0.05$ anlamlı

¹TAHBSO: Total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi

²VHOAO: vajinal histerektomi ve ön-arka onarım

³TAH: Total abdominal histerektomi

⁴TAHUSO: total abdominal histerektomi ve unilateral salpingooferektomi

En sık operasyon tipi ekstrasfyal total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi ameliyatıydı (Tablo 2). Bununla beraber histerektomi hızımızda 1987–1996 ve 1997–2006 periyotları karşılaştırıldığında anlamlı bir değişiklik izlenmedi (Tablo2).

TARTIŞMA:

Histerektomi günümüzde sezeryandan sonra en sık yapılan operasyon türü olarak bilinmektedir ve 1800’lü yılların başından beri yapılmaktadır. Aslında histerektomi endikasyonları dünyada oldukça tartışmalıdır ve bunun sebebidir diğer tüm organların çıkarılmasından daha fazla endikasyonun bildirilmiş olmasıdır (1,3,9,10). Abdominal yaklaşım, vakaların %60–80 inde tercih edilen yöntemdir. Abdominal histerektominin major endikasyonları arasında anormal uterin kanama, myoma uteri, adenomyosis, endometriosis, neoplaziler ve kronik salfenjit gelmektedir (1,3). Sobande AA, 2005 te yaptığı bir çalışmada fibroidlerin ve adenomyozis vakalarının en sık benin histerektomi endikasyonu olduğunu ve benin sebeplerle yapılan histerektomi operasyonlarının en sık 41–50 yaşlarında yapıldığını tespit etmiştir. Aynı çalışmada uterovajinal prolapsus durumunda büyük çoğunlukla vajinal histerektomi operasyonlarının yapıldığı belirtilmiştir (11). Kliniğimizde de aynı görüş hakimdir.

Toma A’nın araştırdığı 372 vakalık serisinde en sık histerektomi sebebi olarak anormal uterin kanamalar bulunmuştur ve vajinal histerektomi seçeneğinin artmasından hem sağlık sisteminin hemde hastaların fayda göreceği savunulmuştur. Ayrıca onlarda yaptıkları çalışmada histerektomilerin %78’inin abdominal yaklaşımla olduğunu bildirdiler. Bunun sebebinde hastaların kilosunun, cerrahın seçiminin ve adneksiyal cerrahi girişiminin gerekliliğinin olabileceğini düşünmüşlerdir (5).

Vajinal histerektomi son zamanlarda uygun vakalar için Türkiye’de en çok tercih edilmesi tavsiye edilen yöntemlerden biridir. Bunun sebebidir laparoskopik histerektomiden daha çabuk ve ucuz olması ve abdominal histerektomiye göre daha az komplikasyon ve hastanede kalış süresi gerektirmesindendir (7). Millar WJ’ de histerektomi hızının azaldığını ve vajinal histerektomi oranlarının artarak hastanede yatış süresinde kıaldığını rapor etmişti (12). Ayrıca laparoskopik histerektominin komplikasyon oranında (üreter ve mesane hasarı) vajinal histerektomiden daha fazladır (1,13). Kliniğimizde henüz aktif olarak laparoskopik histerektomi yöntemi uygulanmamaktadır.

Dünyada yıllık yapılan total abdominal histerektomi oranında düşüş saptanmasına rağmen subtotal histerektomi oranında ise artış belirlen yazılarda mevcuttur. Aslında son yıllarda yapılmış olan bir derlemede subtotal histerektomi operasyonlarının yapılmasını destekleyen çok anlamlı tıbbi gerekçeler olmadığı, hatta bu metodun devam eden adet kanamaları ve servikal prolapsus gibi bazı önemli dezavantajlara bile sahip olabileceği, üstelik subtotal histerektominin total histerektomiye göre daha iyi pelvik taban desteği ve daha iyi seksüel fonksiyon getirmedeği tesbit edilmiştir (3). Kliniğimizde yapılan subtotal histerektomi operasyonlarının sayısı oldukça az sayıdadır ve klinik olarak çok destek görmemektedir.

Taywan’da yapılan bir çalışmada yapılan histerektomi operasyonlarının %25’inin uygun endikasyonlar olmadığı (kronik pelvik ağrı (%42), anormal uterin kanamalar (%37.5) ve endometriozis (% 27.7)) yayınlanmıştır (14). Kliniğimizde bu üç histerektomi endikasyonunda çok daha düşük oranda bulundu. Amerikan Jinekolog ve Obstetrisyenler Derneği myoma uteri sebebiyle histerektomi operasyonunun yapılmasını ancak uterus 12 gebelik haftası cesametinde veya onu aşmışsa haklı bulmaktadır (1,4,3).

Yakın zamanlarda yapılan oldukça geniş epidemiyolojik çalışmalar aslında birbirleriyle oldukça çelişkili histerektomi hızı eğilimi rapor etmektedir (1,15,16).

Yapılan bir çalışmada 13 yılda yapılan 3079 adet histerektomi operasyonu değerlendirilmiş ve yıllar içinde histerektomi sayısının düştüğü, vajinal ve laparoskopik vajinal histerektomi sayısının arttığı saptanmıştır. Bu geniş seride de abdominal yaklaşım en yüksek oranda bulunmuştur (%97, myomlar, malin tümörler) (15). Bununla beraber histerektomi hızında artış saptayan çalışmalarda vardır (16). Başka bir çalışmada ise gelişen alternatif tedavilere rağmen histerektomi sıklığının azalmadığı bildirilmiştir (1). Bizim çalışmamızda da histerektomi hızımızda son iki on yıllık periyot karşılaştırıldığında anlamlı bir histerektomi düşüş hızı saptanamadı.

Clarke ve arkadaşları araştırdıkları 360 benin sebeplerle histerektomi geçiren kadında önemli oranda hayat kalitesinde artış saptamışlardır. Bizim çalışmamız retrospektifti ve postoperatif hayat kalitesine yönelik yeterli verimiz yoktu (17),.

Çalışmamızda olduğu gibi şimdiye kadar yapılan birçok araştırmada da histerektomilerin genellikle benin sebeplerden dolayı yapıldığı ve myomların en sık histerektomi endikasyonu olduğu bildirilmiştir (1,3,18,19).

Türkiye'de ve dünyada yapılan birçok çalışmada bizim kliniğimizin 20 yıllık sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Pelik ve Saruhan 2006 yılında 85 histerektomi

operasyonu geçirecek olan hasta üzerinde yaptıkları prospektif çalışmada hastaların en sık rastlanılan ameliyat öncesi şikayetinin aşırı kanama olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada yapılan histerektomi operasyonlarının sadece %14,1'inin vajinal histerektomi geri kalanların abdominal histerektomi olduğunda tespit edilmiştir (20). Yaşar ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları prospektif bir araştırmada çalışmaya dahil edilen 153 histerektomi olgusunun benign nedenlerle yapılan histerektomi endikasyonlarını sıklık sırasına göre myoma uteri (%62.7), tedaviye dirençli kanama %13.7, prolapsus uteri, adenomyosis %7.9 ve kronik pelvik ağrı %2 olarak bulmuşlardır (19). Jacobson yaptığı çalışmada uterin leiomyomlarda %33 oranında, endometriozis endikasyonunda % 18,6 oranında ve prolapsus endikasyonlu histerektomilerde ise %5,7 oranında bir düşüş saptamıştır (18).

Laparoskopik ve histeroskopik işlemlerin artan kullanımı, endometrial ablasyon işleminin sıklaşması ve gelişmesi, progesteron içeren intrauterin aletlerin yaygınlaşmaya başlaması ve devlet tarafından ödeniyor olması, uterin arter embolizasyonu yöntemlerinin kullanılmaya başlanması ve bunlara ek olarak toplumun histerektomiye alternatif yöntemleri tercih etmeye başlamasının da histerektomi ameliyatlarını azaltabilecek sebepler arasında olabileceği düşünülmüştür (1,3,18).

Sonuç olarak, Hastanemizde 1987-1996 ve 1997-2006 yılları arasında yapılan histerektomi operasyonları değerlendirildiğinde en sık histerektomi endikasyonumuz halen uterin fibroidler olup histerektomi hızımızda da önemli bir değişiklik saptanmamıştır.

KAYNAKLAR

- 1- Clayton RD. Hysterectomy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006;20:73-87.
- 2- Meeks GR, Harris RL. Surgical approach to hysterectomy:abdominal, laparoscopy-assisted, or vaginal. Clin Obstet Gynecol 1997;40:88694.
- 3- Baggish MS. Total and subtotal abdominal hysterectomy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005;19:33356.
- 4- Easterday CL, Grimes DA, Riggs JA. Hysterectomy in the United States. Obstet Gynecol 1983;62:20312.
- 5- Toma A, Hopman WM, Gorwill RH. Hysterectomy at a Canadian tertiary care facility: results of a one year retrospective review. BMC Womens Health 2004; 23(4):1017.
- 6- Yenen MC, Küçük T, Göktoğa Ü, Ceyhan ST, Pabuççu R. Total abdominal histerektomi versus ekstrakorporeal abdominal histerektomi: İki tekniği karşılaştıran randomize çalışma. Gülhane Tıp Dergisi 2003;45:267270.
- 7- Ürünsak İF, Atay Y, Güzel B, Köker İ, Kadayıfçı O. Abdominal ve vaginal yolla yapılan histerektomilerin komplikasyon ve hastanede kalış süreleri yönünden araştırılması. Kadın Doğum Dergisi 2004;2:216220.
- 8- Has R, Arkan Y. Laparoskopik histerektomi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 1998;8:208212.
- 9- Gambone CJ, Lench JB, Slesinski JM, Reiter CR, Moore GJ. Validation of hysterectomy indications and the quality assurance process. Obstetrics& Gynecology1989;73:104549.
- 10- Doyle JC. Unnecessary hysterectomies. JAMA 1953;151:3606.
- 11- Sobande AA, Eskander M, Archibong EI, Damole IO. Elective hysterectomy: a clinicopathological review from Abha catchment area of Saudi Arabia. West Afr Med 2005;24:315.
- 12- Millar WJ. Hysterectomy. Health Rep 2001;12:922.
- 13- Sheth SS. Vaginal hysterectomy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2005;19:30732.
- 14- Chao YM, Tseng TC, Su CH, Chien LY. Appropriateness of hysterectomy in Taiwan. J Formos Med Assoc 2005;104:10712.
- 15- Lubusky M, Machac S, Lubusky D, Kudela M, Prochazka M. Hysterectomy at the Olomouc Clinic 19892002: evolution in the indication spectrum and surgical approach. Ceska Gynekol 2004;69:1258.

- 16-Keshavarz H, Hillis SD, Kieke BA, Marchbanks PA. Hysterectomy surveillance: United States, 1994-1999. MMWR CDC Surveill Summ 2002;51(SS-5):18.
- 17-Clarke A, Black N, Rowe P, Mott S, Howle K. Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:611-20.
- 18-Jacobson GF, Shaber RE, Armstrong MA, Hung YY. Hysterectomy rates for benign indications. Obstet Gynecol 2006;107:1278-83.
- 19-Yaşar L, Sönmez S, Şensoy Y, Savan K, Özyurt O, Çebi Z ve ark. , Benign nedenlerle yapılan histerektomi öncesi probe küretaj, kolposkopi, histeroskopi ve endoservikal küretajın tanısal değeri: Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2004;35(3):105-110.
- 20-Pelik A, Saruhan A. Histerektomi ameliyatı olan kadınların “Öz-Bakım Gücü” nün incelenmesi. Kadın Doğum Dergisi 2006;4(3):8504.

PRENATAL ULTRASONOGRAFİ ESNASINDA SAPTANAN FETAL SAKROKOKSİGEAL TERATOM VE YÖNETİMİ

Fetal Sacrococcygeal Teratoma Detected During Prenatal Ultrasonography and Management

Dr. Ümit GÖKTOLGA, Dr. Kazım GEZGİNÇ, Dr. Ulaş FİDAN, Dr. K. Emre KARAŞAHİN,
Dr. İskender BAŞER

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Prenatal ultrasonografi esnasında saptanan fetal sakrokoksigeal teratomlu bir olgu ve yönetiminin literatür eşliğinde sunulması.

Olgu Sunumu: 34 yaşında gravida, 4 parite 3 olan hasta 21. gestasyonel haftada iken, polikliniğimize rutin kontrollerini yaptırmak amacıyla başvurdu. Yapılan ultrasonografik incelemesinde biometrik ölçümlerinin, gestasyonel haftası ile uyumlu olduğu, majör olarak intrakranial, intratorasik, intraabdominal ve kardiyak bir defektinin olmadığı görüldü. Ancak sakrokoksigeal bölgede, yaklaşık 10x9 cm boyutlarında ekzofitik olarak büyüyen, presakral ve/veya intraabdominal komponenti olmayan semisolid yapıda, içerisinde kistik alanlar içeren ve sonografide diğer intraabdominal yapılarla izoekoik dansitede görülen kitle tespit edildi. Hastanın daha önceki sonografik incelemelerinde, dikkati çeken herhangi bir özellik yoktu. Mevcut kitlenin yerleşimi, sonografik özellikleri ve yapısı dikkate alındığında, olgu bir 'sakrokoksigeal fetal tümör' olarak tanımlandı. Aileye intrauterin tedaviler, postpartum dönemde yapılabilecek cerrahi yaklaşım ve prognoz hakkında beyin cerrahisi, genetik, çocuk cerrahisi ve yenidoğan uzmanlarından oluşan bir kurul tarafından bilgi verildi. Ailenin kendi isteği doğrultusunda, gebelik termine edildi. Postmortem fetal histopatolojik incelemede mevcut tanı doğrulandı.

Sonuç: Fetal sakrokoksigeal teratomlu olgularda aile tüm riskler hakkında detaylı olarak bilgilendirilmeli ve gebeliğin devamı ailenin isteği göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sakrokoksigeal Teratom, Ultrasonografi, Gebelik.

ABSTRACT

Objective: To report a case of fetal sacrococcygeal teratoma detected during prenatal ultrasonography and its management under literature view.

Case Presentation: 34-year-old patient with gravidity 4, parity 3 has admitted to our clinic at 21st gestational week in order to have routine control. In her ultrasonographic evaluation, biometric measures were found to be correlated with the gestational week, and there were not any major intracranial, intrathoracic, intraabdominal and cardiac defects. But, at sacrococcygeal area, there was an approximately 10x9 cm sized exophytically growing mass semisolid in nature without any presacral or/and intraabdominal components and with cystic ingredient and isoechoic with other intraabdominal structures at sonography. In previous ultrasonographic investigation of the patient, there was not any pathological image. When the location of the present mass, sonographic specialities and nature are considered, case was evaluated as 'sacrococcygeal fetal tumor'. Family was informed about intrauterine therapies, postpartum surgical managements and prognosis by neurosurgeons, genetics, pediatric surgeons and neonatologists. Since the family had desire, pregnancy was terminated. The present diagnosis was confirmed at postmortem fetal histopathological investigation.

Conclusion: In cases with fetal sacrococcygeal teratomas, families should be informed about all risks and continuation of pregnancy should be considered with the knowledge of family desire.

Key words: Sacrococcygeal teratoma, Ultrasonography, Pregnancy.

GİRİŞ

Sakrokoksigeal teratom (SCT) 1/35.000-40.000 doğumda görülen bir tümördür. Ancak insidansı daha yüksek olarak tahmin edilmektedir. Çünkü intrauterin tanı koyularak sonlandırılan veya spontan kayıp sonucu tanı koyulan vakalarla birlikte görülme sıklığının daha da fazla olması gerektiği tahmin edilmektedir (1). Ayrıca en sık görülen neonatal tümör olmakta birlikte, ekstraponadal olarak en sık görüldüğü bölge sakrokoksigeal bölgedir (2). Dişi fetuslarda 4 kat daha sık görülür (3). Bir çok yenidoğanda prognoz çok iyidir. Tedavide en önemli yaklaşım erken cerrahi rezeksiyondur. Malignite gelişiminde cerrahinin gecikmesi önemli bir risk faktörüdür.

Sakrokoksigeal tümörlerin %90'ı benignidir (4). Histolojik ve klinik olarak tümörün derecelendirilmesi Tablo-1'de gösterilmiştir (5).

Hem histolojik hem de klinik derecelendirme birbiriyle koreledir ve malignensi, metastaz ve rekürrens açısından derece ilerledikçe daha kötü sonuçlarla birlikte. Ancak Donnellan ve Swenson'un yaptığı bir çalışmada postpartum 2. ayda tanı konulan olguların %91.7'si malign iken, endodermal sinus tümörünün kemoterapiye olan yanıtı ve uzun dönem prognozu çok iyidir (6).

Tablo 1: Sakrokoksigeal tümörlerin histolojik ve klinik derecelendirilmesi

Histolojik	Klinik
0. Sadece matür elementlerden oluşan tümör	I. Tümör esas olarak eksternal ve minimal büyüklükte
I. Az bir kısmı immatür nöroektodermal elementler içeren tumor	II. Eksternal komponenti fazla ancak az bir kısmı presakral bölgede
II. Yarisından fazlası immatür element içeren tümör	III. Esas olarak presakral az bir kısmı eksternal bölgede
III. Tamamı immatür element içeren tümör (Endodermal sinus veya Yolk sac tümörü)	IV. Tümör tamamen presakral bölgede ve pelvik ve/veya abdominal büyüme gösteriyor

OLGU SUNUMU

34 yaşında gravida 4, parite 3 olan hasta 21.gestasyonel haftada iken, polikliniğimize rutin kontrollerini yaptırmak amacıyla başvurdu. Yapılan ultrasonografik incelemesinde biometrik ölçümlerinin, gestasyonel haftası ile uyumlu olduğu, majör olarak intrakranial, intratorasik, intraabdominal ve kardiyak bir defektinin olmadığı görüldü. Ancak sakrokoksigeal bölgede, yaklaşık 10x9 cm boyutlarında ekzofitik olarak büyüyen, presakral ve/veya intraabdominal komponenti olmayan semisolid yapıda, içerisinde kistik alanlar içeren ve sonografide diğer intraabdominal yapılarla izoekoik dansitede görülen kitle tespit edildi (Şekil 1). Hastanın daha önceki sonografik incelemelerinde, dikkati çeken herhangi bir özellik yoktu. Mevcut kitlenin yerleşimi, sonografik özellikleri ve yapısı dikkate alındığında, olgu bir ‘sakrokoksigeal fetal tümör’ olarak tanımlandı. Aileye intrauterin tedaviler, postpartum dönemde yapılabilecek cerrahi yaklaşım ve prognoz hakkında beyin cerrahisi, genetik, çocuk cerrahisi ve yenidoğan uzmanlarından oluşan bir kurul tarafından bilgi verildi. Ailenin kendi isteği doğrultusunda, gebelik termine edildi. Postmortem fetal histopatolojik incelemede mevcut tanı doğrulandı.

**Şekil 1:** Sakrokoksigeal teratomun ultrasonografik görüntüsü**TARTIŞMA**

Sakrokoksigeal tümörlerde prenatal tanıda en önemli yaklaşım ultrasonografik detaylı incelemedir. Özellikle viabilite sınırı olarak kabul edilen 23.gestasyonel haftadan önce tanı konulması hem obstetrisyen hemde aile açısından, olgunun optimal yönetimi için önem taşımaktadır. Sonografik incelemede uterus genelde beklenen haftadan daha büyük olarak izlenir (7). Bu durum sakrokoksigeal tümörlerde polihidroamnios nedeniyle oluşmaktadır. Bunun etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Bu tümörlere, genelde 16-20.gestasyonel haftalarda rastlantısal olarak ultrasonografik inceleme sırasında tanı konulur. Ancak 13. haftada kaudal ve/veya intraabdominal olarak kitle tespit edilebilir. Bu haftalarda ayırıcı tanıda, rektal dublikasyon kisti, meningomyelosel, mekoniyum psödokisti, mezenterik veya ovaryan kist, nöroektodermal kist ve obstrüktif üroopati gibi pelvik ve/veya sakral kitle görünümü yapabilen patolojilere dikkat edilmelidir (8). SCT solid, kistik veya mikst yapıda olabilir. İçerisinde kalsifikasyon, hemoraji veya nekroz alanları içerebilir. Ayrıca boyut ve yerleşimine göre mesane çıkışı obstrüksiyonu, hidronefroz, rektal atrezi, sakral kemiklerde anomali, plasentomegali ve hidrops nedeni olabilir (9,10,11). Fetal hidropsun nedeni, yüksek atımlı kardiyak yetmezlik nedeniyledir. Tümör oldukça vaskülerdir ve iliak arterin dalları ve arteria sakralis mediana ile beslenmektedir. İçerisindeki şanta bağlı olarak yüksek atımlı kalp yetmezliğine neden olmaktadır. Çünkü arterio-venöz şantlar, diğer plasental veya sistemik damarlarda olmayan nöroendokrinolojik etkilere rezistan yapıdadır (12). Kardiyak yetmezlik, doppler ultrasonografik inceleme ile, ventriküler dilatasyon, inen aortada kan akımı artışı, inferior vena cava dilatasyonu gibi bulgularla tespit edilebilir (12). Plasentomegali, hidropsun ilerlediğini gösterir. Tümör içerisine olan kanama, anemi ile sonuçlanır ve yüksek atımlı kalp yetmezliği ve fetal hidrops oluşturur. Eğer fetusta hidrops ve plasentomegali meydana gelirse, maternal olarak ‘Maternal Mirror Sendromu’ denilen eklampsi benzeri bir hastalık tablosu oluşur (13). Bu sendrom, maternal hipertansiyon, respiratuvar yetmezlik ve renal bozukluklarla seyreder. Fetusun doğumu özellikle plasentanın ayrılması ile bu maternal sendrom hızla düzeler. SCT’un prenatal veya postnatal tanısı durumunda klinik farklılıklar Tablo –2’de özetlenmiştir (14).

Tablo 2: SCT' da prenatal ve postnatal tanıda klinik farklılıklar

Prenatal tanı	Postnatal tanı
Prognoz fizyoloji ve boyutuna bağlıdır.	Prognoz lokalizasyon ve histolojisine bağlıdır
Klinik derecelendirme sürvi hakkında bilgi vermez	Klinik derecelendirme sürvi hakkında bilgi verir
Genelde matir histolojik yapıdadır	Zaman geçtikçe malignite olasılığı artar
Yüksek mortalite ile seyredir	Düşük mortalite ile seyredir

Esas olarak SCT 'da en önemli prenatal risk faktörü fetal hidrops gelişimidir. Seri doppler ölçümleri ile fetal kardiyak durum moniterize edilmeli ve prenatal takip yapılmalıdır. Ayrıca hızlı büyüyen tümörlerde preterm eylem ve prematür

doğum sonucu ek risklerde ortaya çıkmaktadır. SCT'de optimal yönetim için interdisipliner olarak obstetrisyen, yenidoğan uzmanı ve pediatrik cerrah bilgi alışverişinde bulunmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Holzgreve W, Miny P, Anderson R, et al. Experience with 8 cases of prenatally diagnosed sacrococcygeal teratoma. Fetal Ther. 1987;2:99 194.
- 2- Grosfeld JL, Billmire DF. Teratomas in infancy and childhood. Curr. Prob. Cancer 1985;9:353.
- 3- Bale PM. Sacrococcygeal developmental abnormalities and tumors in children. Perspect. Pediatr. Pathol. 1984;1:956.
- 4- Rescorla FJ, Sawin RS, Coran AG, et al. Long-term outcome for infants with sacrococcygeal teratoma: a report from the Children's Cancer Group. J. Pediatr. Surg. 1998;33:171176.
- 5- Valdiserri RO, Yunis EJ. Sacrococcygeal teratomas: a review of 68 cases. Cancer 1981;48:217221.
- 6- Donnellan WA, Swenson O. Benign and malignant sacrococcygeal teratoma. Surgery 1968;64:834836.
- 7- Flake AW, Harrison MR, Adzick NS, et al. Fetal sacrococcygeal teratoma. J. Pediatr. Surg. 1986;21:563566.
- 8- Holzgreve W, Mahony BS, Glick PL, et al. Sonographic demonstration of fetal sacrococcygeal teratoma. Prenat. Diagn. 1985;5:245257.
- 9- Goto M, Makino Y, Tamura R, et al. Sacrococcygeal teratoma with hydrops fetalis and bilateral hydronephrosis. J. Perinat. Med. 2000;28: 414418.
- 10- Lee SC, Chun YS, Jung SE, et al. Currarino triad: anorectal malformation, sacral bony abnormality, and presacral massA review of 11 cases. J. Pediatr. Surg. 1997;32:5861
- 11- Chiba T, Albanese CT, Jennings RW, et al. In utero repair of rectal atresia after complete resection of a sacrococcygeal teratoma. Fetal Diagn. Ther. 2000;15:187190
- 12- Schmidt KG, Silverman NH, Harrison MR, et al. High-output cardiac failure in fetuses with large sacrococcygeal teratoma: diagnosis by echocardiography and Doppler ultrasound. J. Pediatr. 1989;114:10231028
- 13- Bond SJ, Harrison MR, Schmidt KG, et al. Death due to high-output cardiac failure in fetal sacrococcygeal teratoma. J. Pediatr. Surg. 1990;25:12871291
- 14- Joy L. Graf, Craig T. Albanese. Fetal Sacrococcygeal Teratoma. World J. Surg. 27, 8486, 2003

OBSTETRİK ANESTEZİDE REJYONAL TEKNİKLERİN YERİ

REGIONAL TECHNIQUES IN OBSTETRIC ANESTHESIA

Dr. Gülcan Erk¹, Dr.S.Temel Ceyhan², Dr. Kenan Erk³

1.Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi II. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Uz.Dr.

2. GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

3. Sağlık Bakanlığı Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Uz. Dr.

ÖZET

Son zamanlarda rejyonel anestezi, obstetrik anestezi uygulamaları için altın bir standart olarak sunulmaktadır. Zorunlu kalınan durumlar haricinde obstetride mutlaka rejyonel anestezi uygulanması gerektiği ileri sürülmüştür. Ülkemizde de rejyonel tekniklerin kullanımında bir artış gözlenmesine rağmen istatistiksel veriler gelişmiş ülkelerin uygulamalarından oldukça geride kaldığımızı sergilemektedir.

Rejyonel anestezi, genel anesteziye farklı bir eğitim, tecrübe ve teknik donanım gerektirmesi nedeniyle anesteziistler arasında az tercih ediliyor olabilir. Anestezik yöntemin belirlenmesi öncelikle anesteziistin görevidir. Ancak bu konudaki son karar; anesteziist, obstetrisyen, anne ve yenidoğan için en yararlı seçenekleri içermelidir.

Bu makalede rejyonel anestezinin obstetrik olgulardaki avantaj ve dezavantajlarının ortaya konması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Rejyonel anestezi, obstetrik, teknikler

ABSTRACT

Regional anesthesia has been recently considered as a 'gold standard' for the application of obstetric anesthesia. It is set forth that regional anesthesia must be performed in all patients with the exception of necessary conditions. Although there is an increase in performing regional techniques, statistical data have indicated that the applications in our country remain behind of the applications in developed countries.

Regional anesthesia can be rarely preferred to general anesthesia because of the necessity of advanced education, experience and technical equipment. The determination of anesthetic method is the duty of anesthesiologist at first. However, the last decision in this issue must contain the most beneficial alternatives for anesthesiologist, obstetrician, mother and newborn.

The aim of this study is to reveal the advantages and disadvantages of the application of regional anesthesia to obstetric patients.

Key Words: Rejyonel anesthesia, obstetrics, techniques

Gebelik sırasında ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler gebelerdeki anestezi uygulamalarını özellikli hale getirmektedir (Tablo 1). Gebelerdeki anestezi uygulamalarında doğal olarak hem anne hem de fetusun içinde bulunduğu fizyolojik koşullar değerlendirilerek her ikisi içinde en uygun, en zararsız olan teknikler tercih edilmelidir (1).

Geçtiğimiz 30 yıllık süre içinde, obstetrik anestezi uygulamalarında genel olarak rejyonel anestezi özel olarak ise epidural anestezi – analjezi uygulamalarının hem sezaryen girişimlerinde hem de vajinal doğum uygulamalarında kullanımının gittikçe artmakta olduğu bildirilmektedir (2).

İnsidans:

California Üniversitesinde 1991-1992 yılları arasında uygulanan 1364 sezaryen olgusunda genel anestezi uygulanma oranı yalnızca %7,6'ya inmiştir. 1995 yılına gelindiğinde ise sezaryenlerde genel anestezi uygulanma oranlarının %3,6'lara kadar indiği bildirilmektedir. Bu istatistik verilerden de anlaşılacağı üzere, anesteziistler; tüm dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde sezaryen girişimlerinde genel anesteziyi yalnızca zorunlu kalınan olgularda kullanır hale gelmiştir (3).

TABLO 1: Gebelik sırasında ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler.

SOLUNUM SİSTEMİ	
O ₂ tüketimi	%20-50 artar
Dakika ventilasyonu	%50 artar
Tidal volum	%40 artar
Solunum sayısı	%15 artar
PaO ₂	%10 artar
PaCO ₂	%15 azalır
Fonksiyonel rezidüel kapasite	%20 azalır
KARDİYOYASKÜLER SİSTEM	
Kan volümü	%35 artar
Plazma volümü	%45 artar
Kardiyak output	%40 artar
Periferik direnç	%15 azalır
HEMATOLOJİK	
Hemoglobin	%20 azalır
Trombosit sayısı	%20 azalır
Koagülasyon faktörleri	%50-250 artar

1 ve 3 numaralı literatürlerden hazırlanmıştır.

Rejyonal anestezi ve analjezi uygulamaları günümüzde gittikçe artmakta olmasına rağmen (bazı merkezlerde %65) hiç bir hasta grubunda obstetrik olgularda ulaştığı popülariteye yaklaşamamıştır (4-7). Bunun en önemli nedeni gebelik sırasında ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere bağlı olarak, genel anestezinin obstetrik olgularda maternal morbidite ve mortalite üzerindeki olumsuz etkileri olmalıdır.

Dünyada durum böyle iken ülkemizde sezaryen operasyonlarının daha çok genel anestezi altında yapıldığı bildirilmektedir. 1998 yılında yapılan bir araştırmaya göre ülke çapında sezaryenler doğumevlerinde %98, üniversite hastanelerinde %71, devlet hastanelerinde ise %90 oranında genel anestezi altında yapılmaktadır (8).

Maternal Mortalite ve Morbidite:

Dünya sağlık örgütü maternal mortalite oranlarını 15/100 000 olarak vermektedir. Yirmi sekiz Avrupa ülkesi içinde ülkemiz ne yazık ki Romanya'dan sonra (149/100000), 130/100000 maternal ölüm oranı ile ikinci sırada yer almaktadır (9). Ülke genelinde maternal ölüm oranı bu kadar yüksek olmasına rağmen, Türkiye'nin en gelişmiş doğum hastanelerinden birinde yapılan bir araştırma 1982 yılında 85.1/100 000 olan maternal mortalite oranının, 2001 yılında 11.6/100 000 oranlarına gerilediğini bildirmektedir (10).

Maternal mortalitenin en yaygın nedenleri preeklampsi - eklampsi, obstetrik hemoraji, obstetrik sepsis, eşlik eden kardiyovasküler hastalıklar ve anestezi ilişkili ölümler olarak sıralanmaktadır (10). Anestezi ilişkili maternal ölüm oranları, tüm maternal ölümlerin %3-%12'sini oluşturmaktadır. Anesteziye bağlı ölümlerin büyük çoğunluğunda başarısız entübasyon, ventilasyon ve oksijenasyon yetersizliği, pulmoner aspirasyon sorumludur. Ayrıca obezite, obstetrik hipertansif hastalıklar ve acil müdahaleler anestezi ile ilintili maternal ölümler arasında yer almaktadır (3,8).

Gebelerde genel olarak O₂ tüketiminin %50'lere varan oranlarda artarken, özellikle genel anestezi sonrasında spontan solunumun yeterliliğinin sağlanmasında en önemli parametrelerden biri olan fonksiyonel rezidüel kapasitedeki azalma; total kan ve plazma volümlerindeki artış; mide boşalmasındaki gecikme ve sekresyonlardaki artış nedeniyle normal popülasyonda 1:2000 oranında görülen pulmoner aspirasyon riskinin 1:400'lere çıkması; yine normal popülasyonda 1:2000 olduğu saptanan başarısız entübasyon olasılığının, gebelerdeki anatomo - fizyolojik değişikliklere bağlı olarak 1:300 oranlarına çıkması, gebelerdeki anestezi yaklaşımlarda rejyonal tekniklerin popülaritesinin artmasında önemli rol oynamıştır (11). Sezaryen girişimlerinde anesteziye bağlı mortalitenin, genel anestezi uygulamaları ile rejyonal anestezi tekniklerinden 17 kez daha fazla görüldüğünün açıklanması, obstetrik anesteziye rejyonal tekniklerin uygulanma insidansını daha da arttıracaktır (2).

Anestezi Yönteminin Belirlenmesi:

Sezaryende anestezi seçimi; operasyonun nedeni, aciliyetin derecesi, hastanın isteği, ve anesteziyoloğun değerlendirmesine bağlı olmasına; kesinlikle ideal olan bir yöntemin bulunmamasına rağmen, genel ve rejyonal anestezi tekniklerini karşılaştıran çalışmalarda rejyonal anestezi uygulamaları ile alınan sonuçların daha olumlu olduğu bildirilmektedir (3,8,12,13). Genel anestezi altında uygulanan sezaryen girişimlerinde anneye uygulanan 10ug/kg iv alfentanil ile naloksan tedavisi gerektirecek düzeyde neonatal depresyon gelişebileceği; pentothal, süksinilkolin, N₂O ve %0,2 isofloran ile yürütülen bir genel anestezi uygulamasında ise bispektral indeksin, farkındalığın ciddi boyutlarda olabileceğinin göstergesi olarak 76±3 değerlerine yükseldiği gösterilmiştir (14).

Gelinen bu noktada Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG), doğum eyleminde sezaryen gerekebileceği konusunda risk faktörleri var ise; anesteziyoloğun mümkün olduğunca erken haberdar edilmesi ve böylece rejyonal anesteziye hazırlanarak, acil genel anestezi indüksiyonundan kaçınmanın mümkün olabileceğini önermiştir. Genel anestezinin anne sağlığı yönünden daha çok risk taşıması nedeniyle, ancak rejyonal anestezinin kontrendike olduğu yada gerçekten acil olgularda uygulanması tavsiye edilir (8).

Anesteziye bağlı mortalite oranlarının düşüklüğünün dışında rejyonal anestezi avantajları genel olarak Tablo 2'de sunulmuştur. Ayrıca

- 1- Potansiyel depresan ilaçlara yeni doğanın daha az maruz kalması,
- 2- Azalmış maternal pulmoner aspirasyon riski,
- 3- Doğum sırasında annenin uyanık olması ve eğer isterse babanın doğum anına tanıklık edebilmesi bu avantajlara eklenebilir.

Tablo 2: Rejyonal anestezi avantajları

• Teknik (4)	Bölgeye spesifik Etkinliği ayarlanabilir
• Stres yanıtta azalma (7)	Kardiyopulmoner yan etkilerde azalma Gastrointestinal yan etkilerde azalma İmmün yan etkilerde azalma
• Sempatik stres yanıtta azalma (30,40)	Peroperatif kan kaybında azalma Tromboemboli riskinde azalma
• Derlenme (6, 14)	Aspirasyon laringospazm riski az Sersemlik yok Kognitif fonksiyonlar korunur
• Ağrı (19,25)	Mükemmel ağrı kontrolü Minimal maternal – neonatal sedasyon

Hangi Rejyonal Teknik?

Sezaryende uygulanacak santral bloklarda pudental sinirlerin (S_2-S_4) ve cerrahi sahadaki somatik ve visseral duyuların (T_4-L_1) blokajı gereklidir. Uterusun dışarıya çıkarılması bir miktar rahatsızlık oluşturabilir ve T_2 'ye kadar ulaşan bir blok tercih edilir. Bu spinal anestezide düşük doz lokal anestetik (genellikle 8-12,5mg bupivacaine) ve epiduralde daha büyük dozlarda (15-30 ml) veya her ikisinin kombinasyonu (combine spinal epidural teknik) ile elde edilebilir.

Ancak T_2-T_4 seviyelerine kadar yükselen bir santral blok operasyon için gereken duysal bloğu sağlarken aynı zamanda ortaya çıkan sempatik blokaja bağlı olarak ciddi hipotansiyona yol açacaktır. Rejyonal anestezi sonrası hipotansiyon normal popülasyonda %10-40 oranlarında görülürken, obstetrik olgularda rejyonal anestezi tekniği ve uygulanan profilaktik önlemlere bağlı olarak değişiklik göstermesine rağmen %90'lara kadar çıkmaktadır (15,16).

Maternal hipotansiyon annede bulantı, kusma, terleme gibi hoş olmayan semptomlara yol açarken şiddetli ve ortalama 4 dakikadan uzun süren durumlarda çok daha ciddi komplikasyonlarla (intervillöz kan akımını etkileyerek fetal asidemi ve neonatal depresyon) anne ve bebek hayatını tehdit edebilir (16).

Rejyonal anestezi tekniklerinden spinal yada epidural anestezi tercihi sıklıkla anesteziistin insiyatifine bırakılmakta olmasına rağmen günümüzde birçok klinisyen tarafından epidural anestezi daha kabul edilebilir ve yavaş gelişen; tedaviye izin veren bir hipotansiyona yol açması nedeniyle spinal anesteziye tercih edilmektedir. Spinal anestezi uygulama kolaylığı, hızlı ve komplet blok oluşturması, düşük doz lokal anestetik kullanımı nedeniyle potansiyel sistemik lokal anestetik toksisitesi gelişme şansının azlığı gibi avantajlarına rağmen, yüksek spinal blok, ani gelişen derin hipotansiyon, intratekal enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı obstetrik anestezide epidural uygulamaları kadar sık kullanılmamaktadır (11,17).

Spinal ve epidural anestezinin olumlu özelliklerinin bir araya getirilmesine olanak tanıyan kombine spinal epidural teknik yada intratekal mesafeye mikrokater yerleştirilmesi esasına dayanan devamlı spinal anestezi teknikleri ise spinal ve epidural anesteziye göre maliyetlerinin yüksek olması; daha iyi bir teknik donanım, eğitim ve tecrübe gerektirmeleri; uygulama sürelerinin daha uzun olması ve çok daha sık rastlanan nörolojik komplikasyonlar (7,5/1000) nedeniyle; bu komplikasyonların çok daha sık görüldüğü obstetrik uygulamalarda çok tercih edilmemektedir (17,18).

DOĞUMDAREJYONALANESTEZİ AVANTAJLARI

McGill ağrı skorlaması kullanılarak yapılan bir değerlendirmede; primiparların %60 oranında uterus kontraksiyonlarını dayanılmaz - tolere edilemez yada işkence olarak tanımladığı bildirilmektedir. Amerikan Obstetrik ve

Jinekoloji Derneği, 1992'de, doğum ağrısını kadınların hayatları boyunca karşılaştığı en şiddetli ağrı olarak tanımlamış ve ağrısız bir doğum eyleminin; talep eden her anne için sağlanması gerektiğini bildirmiştir. Ağrısız doğum eyleminin sağlanmasında ise epidural analjezi; en efektif, anne ve bebek için en güvenli, annenin doğum eylemine bilinçli katılımının sağlandığı altın bir standart olarak kabul edilmiştir (19).

Doğum ve çıkım; diğer nedenlerle ortaya çıkan akut ağrılarda olduğu gibi, doku yaralanması ile lokal, segmental, suprasegmental ve kortikal yanıtlara neden olur. Doğum ağrısının negatif etkileri özellikle annenin solunum sisteminde ortaya çıkan değişiklikler ve katekolamin bağımlı stres yanıt hormonlarının aktivitesine bağlanmaktadır. Bu yanıtlar solunum, dolaşım; nöroendokrin fonksiyonun hipotalamik, otonomik merkezleri, anksiyete ve sıkıntının psikodinamik mekanizmalarında belirgin derecede uyarılmaya neden olarak stres yanıt olarak bilinen sonuca ulaşırlar (20). Şiddetli ağrının tetiklediği bu stres yanıt ile hiperventilasyon, oksijen tüketiminin artması ve derin hipokarbi ile hastanın ortalama 10L/d olan dakika solunum volümü, kontraksiyonlar sırasında 35L/d'ya kadar çıkarak $PaCO_2$, gebelikteki normal seviyesi olan 32mmHg değerinden, 16-12mmHg değerine inmesine neden olur. Sonuç maternal pH'nın 7.55-7.66 değerlerine çıkması ile respiratuar alkalozdur (21,22).

Kardiyovasküler etkiler: Kardiyak debi doğumun ikinci evresinde %40-50 hatta bazı olgularda %100 oranında artabilir. Bu kontraksiyonlar sırasında uterustan 250-300ml kanın dolaşıma katılmasının yanı sıra, pelvis ve alt ekstremiteden venöz dönüşün artmasına bağlıdır. Ağrı ve fiziksel aktiviteye bağlı olarak artan sempatik aktivite de bu artıştan sorumludur. Uterus kontraksiyonları, analjezi uygulanmadığında sistolik ve diyastolik kan basınçlarında 20-30mmHg'lık artışa neden olur. Kalp debisi ve kan basıncı artışı sol ventrikül işini artırır. Bu durum sağlıklı gebelerde tolere edilebilirken, kalp hastalığı, preeklamsi, esansiyel hipertansiyon, pulmoner hipertansiyon ve anemi gibi durumlarda tolere edilemeyebilir (21-22).

Endokrin etkiler: Aktif doğum sırasındaki ağrı, beta-endorfinlerdeki artışla birlikte, adrenalin düzeyinde %300-600, noradrenalin düzeyinde %200-400, kortisol düzeyinde ise %200-300 oranlarında bir yükselmeye endokrin sistem değişikliklerine neden olur (21,23).

Metabolik etkiler: Doğumun birinci ve ikinci evrelerinde serbest yağ asitleri ve laktat düzeyleri önemli ölçüde artar. Sempatik aktivitedeki artış, metabolizma ve oksijen tüketimini artırırken, gastrointestinal sistem ve mesane motilitesini azaltır. Oksijen tüketiminin artması ve ağrının oluşturduğu solunumsal alkaloz, progresif metabolik asidoza neden olur; ki bu durumdan fetüsün etkilenmemesi mümkün değildir (21).

Psikolojik etkiler: Şiddetli ağrı ve emosyonel stres gebenin mental sağlığını bozabilecek, bebeği ve eşi ile ilişkilerini uzun süreli ve ciddi biçimde etkileyebilecek emosyonel bozukluklara, daha sonra disfori, depresyon ve anksiyeteye yol açabilir. Ülke içinde yapılmış böyle bir araştırmaya ne yazık ki ulaşamadık. Ancak gelişmiş ülkelerde maternal depresyon oranlarının %27'lere kadar çıktığını ve bir yıla kadar uzayabildiğini bildiren çalışmalar konunun göz ardı edilemeyecek etkilerini ortaya koymaktadır (20, 21).

Fetus üzerine etkiler: Doğumda kontraksiyonun en güçlü olduğu dönemde intervillöz kan akımının azalması plasental gaz değişiminde geçici bir azalmaya yol açar. Bu durum ağrının neden olduğu hiperventilasyon ile daha da ilerler ve oluşan ciddi solunumsal alkaloz, maternal oksijen disosiyasyon eğrisinin sola kaymasına ve anneden fetusa oksijen geçişinin azalmasına neden olur (22).

Doğum ağrısını azaltmak amacı ile uygulanan tedavilerin yeni doğan üzerindeki etkileri ise oldukça karmaşık ve kompleks bir konudur. Doğum eylemini uzatmaksızın doğum ağrısının geçirilmesi, medikasyon zamanı ve yönteminin çok iyi ayarlanmasını gerektirir. Ağrısız doğum uygulamalarından yeni doğanın ne şekilde etkilendiğini araştıran çalışmalarda genel ve basit bir yöntem olarak umbilikal kord pH değeri ve Apgar skorları değerlendirilir. Ancak yeni doğanın nörolojik ve adaptif kapasitesini; kompleks bir takım görevleri (anne memesini emebilme gibi) başarıp başaramamasını değerlendirerek, neonatal depresyonu ortaya koyan (the neurologic and adaptive capacity score) teknikler geliştirilmiştir. Hem Apgar skorları ve umbilikal kord pH değerleri; hem de nörolojik ve adaptif kapasitenin değerlendirilmesi esasına dayalı bir çok araştırma ile intravenöz farmasötiklerin doğum sonrası erken dönemde yenidoğanın nörolojik ve davranışsal fonksiyonlarında bozulmaya neden olduğu gösterilmiştir (19, 24). Hasta kontrollü epidural analjezi uygulamaları, hasta kontrollü intravenöz analjezi uygulamalarına göre çok daha efektif analjezi sağlarken, maternal ve neonatal depresyon çok daha az görülmüştür. Hasta kontrollü intravenöz analjezi ile doğum eylemi sağlanan olgular, hasta kontrollü epidural analjezi uygulananlara göre daha fazla neonatal resüstasyona gerek duymuşlardır (25).

Epidural analjezi sonrası sıklıkla görülen maternal hiperterminin koryoamnionitis ve neonatal sepsise bağlı olabileceği düşünülmüşse de, bu hiperterminin epidural analjezinin neden olduğu sempatik blokaj ve terlemenin inhibisyonu sonucu üst vücut bölgelerinde reaktif vazokonstriksiyona bağlı olduğu gösterilmiştir (24).

Ağrının bu zararlı etkileri net olarak hayvan ve insanlarda gösterilmiş olmasına rağmen, normal bir doğum sırasında fetus normale; fetal sirkülasyonda depolanmış olan oksijen kısa süreli plasental hipoperfüzyon sırasında fetal oksijenizasyonu sürdürmeye yeterli olabilir. Fetus miyokarda ve

beyne giden kan miktarını arttırarak bu durumu kompanse edebilir. Bu arada uterus aktivitesinde bir artma olursa bu zararlı etkilerle birleşerek fetal hipoksi, hiperkapni ve asidoz gelişecektir.

Epidural teknik günümüzde hem postoperatif hemde obstetrik analjezi için mevcut en iyi analjezi yöntemidir. Gerektiğinde analjezi süre ve kalitesini arttırarak sezaryen için de kullanılabilir olması çok büyük bir avantaj sağlar. Ağrıya bağlı kalp hızı, kan basıncı, katekolamin düzeyi, solunum hızı, maternal asidoz ve genel anksiyete gibi patolojik yanıtların azaltılması stressiz bir doğum eylemi sağlar.

Doğum ağrısının giderilmesine karşı olan bazı dini çevreler dışında günümüzde hala doğum ağrısını gidermenin uterus kontraksiyonlarını etkileyerek doğumu geciktirebileceğini, anne ve fetus üzerinde zararlı etkileri olabileceğini düşünen doğum doktorları yada obstetrik olgularda rejyonal tekniklerin daha iyi bir deneyim-tecrübe gerektirmesi nedeniyle rejyonal uygulamalardan kaçınan anestezi uzmanları mevcuttur. Doğum hekimleri genellikle ağrısız doğumun; doğumun ikinci evresini uzattığını; vakum ve forseps kullanımı gibi enstrümental doğum yada sezaryen oranlarında artmaya neden olduğunu düşünmektedir. Ancak son yıllarda yapılan bir çok araştırma ve 94 000 primipar olguda epidural analjezi ile sezaryen - enstrümental doğum ilişkilerini ortaya koyan Eriksson ve ark.larının (26) araştırması epidural analjezinin sezaryen yada enstrümental doğum oranlarında bir artmaya neden olmadığını net olarak ortaya koymuştur (26, 27). Obstetrik olgularda rejyonal tekniklerden kaçınan anestezi uzmanlarının en büyük endişesi başarısız girişim ve zaman kaybı olmalıdır. Ancak başarısız girişimin deneyimli ellerde ve normal popülasyonda bile gelişebildiği unutulmamalıdır (41). Zaman kaybı endişesi ise; standartları belirlenmiş, düzenli bir ekip çalışması ile anesteziğin erken haberdar edilmesine bağlı olarak, azalacak ve rejyonal tekniklerin uygulanması artacaktır.

SEZARYENDE REJYONAL ANESTEZİ AVANTAJLARI

Rejyonal anestezi annenin uyanık olmasını, entübasyon güçlüğü ve pulmoner aspirasyon gibi istenmeyen durumlara maruz kalmamasını ve genel anestetik ilaçların yeni doğan üzerinde oluşturacağı muhtemel depresyondan uzak kalmasını sağlar.

Anestezi uzmanları arasında; plasenta previa yada plasenta dekolmanı gibi acil müdahale gerektiren sezaryen girişimlerinde hem zaman tasarrufu sağlamak; hem de kanama riskinin fazlalığı, hemorajik şok yada histerektomi gerektiren durumlarla; genel anestezi altında daha kolay baş edilebileceği düşüncesi hakimdir. Ancak 350 olgu ile yapılan retrospektif bir araştırma ortaya koymaktadır ki; anestezi uzmanları için kan basıncı, intravasküler volüm, yada bilinç kontrolü rejyonal anestezi uygulanan olgularda bir problem olmamıştır. Daha da ötesi genel anestezi uygulananlara göre rejyonal anestezi uygulananlarda kan kaybının ve transfüzyon gereksiniminin daha az olduğu ileri sürülmüştür (14).

Doğum ağrısının giderilmesinde olduğu gibi, sezaryen girişimlerinde de reyonel tekniklerle yeni doğanın nörolojik ve adaptif kapasitelerinin genel anestezi yöntemlerine göre çok daha iyi olduğu bilinmektedir (12,28). Pre-ekleptik olgularda da epidural anestezi uygulamaları ile yeni doğan Apgar skorlarının daha yüksek, peroperatif kanama oranlarının ise daha düşük olduğu gösterilmiştir (12, 14, 29).

Anestezi Ve Analjezinin Titre Edilebilmesi:

Özellikle kateterli reyonel anestezi tekniklerinin en önemli avantajlarından biri, lokal anestetik ilacın bölünmüş dozlar halinde arzu edilen duyuşal blok seviyesine ulaşılan kadar titre edilerek verilebilmesidir. Bu özellik, epidural anestezinin ağrısız doğum uygulamalarının da vazgeçilmez haline gelmesinin nedenidir. Epidural kateterler aracılığı ile hem uzayan doğum eyleminde analjezi süresini uzatmaya izin vermesi; hem de vajinal doğum beklenirken, sezaryene geçilmek zorunda kalınan durumlarda sezaryen için yeterli anestezi sağlanabilmesi, popularitesini artıran diğer bir özelliğidir. Anestezik ilaçların titre edilerek verilebilme özelliği anestezinin başlama zamanını uzatırken, sempatik blokaja maternal kardiyovasküler sistemin kompansatuar yanıtının oluşabilmesine olanak tanımaktadır. Bu kompansatuar yanıt spinal anestezi sonrasında çok hızlı ve derin olarak gelişen hipotansiyon ve uteroplasental perfüzyondaki azalma komplikasyonunun çok daha nadir ve tedavi edilebilir sınırlar içinde görülmesini sağlamaktadır (3). Bu avantaj epidural anestezinin şiddetli pre-ekleptik yada kardiyovasküler sistem hastalığı olanlarda da tercih edilme nedeni olmuştur (29).

Anestezik ilaçların titre edilerek verilebilme özelliği devamlı spinal anestezi yada kombine spinal – epidural anestezi teknikleri ile de sağlanabilmesine rağmen bu teknikler, hangi reyonel teknik başlığı içinde belirtmiş olduğumuz nedenlerden dolayı epidural teknik kadar yaygın kullanılmamaktadır (19).

Motor Blok:

Epidural anestezi spinal anesteziden daha hafif bir motor blok sağlar. Bu özellikle pulmoner fonksiyon bozukluğu olanlarda yada çoğul gebeliklerde, yüksek düzeylerdeki motor blokaj ventilasyonu bozabileceği için ciddi bir avantaj olarak karşımıza çıkar. İlave olarak alt ekstremitelerde motor blok olmaması, kas aktivitesinin engellenmemiş olmasının tromboembolik komplikasyonların azalmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (9, 30).

REJYONAL ANESTEZİDE RİSK YARATAN DURUMLAR

Hipotansiyon:

Buraya kadar anlatılan bütün olumlu özelliklerine rağmen reyonel obstetrik anestezi, ne yazık ki komplikasyonsuz değildir. Hipotansiyon nöroaksiyel blokların en sık karşılaşılan komplikasyonu olduğu gibi obstetrik reyonel anestezinin de en sık karşılaşılan ve en önemli klinik problemi olmaya devam etmektedir. Hipotansiyondan kaçınmak, oluşumunu engellemek için

çeşitli farmakolojik ve non farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Farmakolojik yöntemlerden semptomimetik vazopressör farmasötiklerin uteroplasental dolaşımdaki olumsuz etkileri olabileceği endişesi ile uygulanan bir çok non-farmakolojik yöntemin ise (aorta-kaval basıdan kaçınmak için hasta pozisyonunu ayarlanması, dolaşan kan volümünü arttırabilmek amacı ile alt ekstremitelere mekanik kompresyon – varis çorapları uygulanması) etkilerinin oldukça sınırlı olduğu gösterilmiştir (31).

Farmakolojik önlemlerden intravenöz prehidrasyon uzun yıllardır standart olarak kullanılmasına rağmen son yıllarda yapılan bazı çalışmalar yüksek volümlerin bile hipotansiyon riskini azaltmakta yetersiz kaldığını ortaya koymaktadır (31).

Tablo 3: Reyonel anestezi dezavantajları

Teknik ^(7,15)	Uygulanması zor İyi eğitim gerektirir Zaman gerektirir
Başarısız girişim ⁽⁴¹⁾	Spinal blok %14.5 Epidural kateterde alan dışına yerleşim%6.6 ⁽⁴²⁾
Katastrofik komplikasyonlar ⁽²⁹⁾	Hipotansiyon Total spinal blok Baş ağrısı Nörotravma Lokal anestezi toksikitesi ⁽²⁹⁾
	Pnömotoraks ⁽⁴²⁾ Epidural spinal hematom ⁽⁴⁰⁾
	Retroperitoneal hematom ^(29,40)

Sezaryende spinal anestezinin neden olduğu ani sempatik blokaj ve kan basıncı düşmesinin neden olabileceği uterin hipoperfüzyondan epidural anestezi ile kaçınılabilme şansı yüksektir. Çünkü epidural anestezi ile gerçekleşen sempatik blokaj daha yavaştır, anestezistin iv sıvı tedavisi yada semptomimetik farmasötikleri titre ederek uygulayabilmesine izin verir (29). Maternal hipotansiyon yada vazokonstrüktör farmasötiklere bağlı olduğu düşünülen fetal asidemi reyonel anestezi uygulamaları ile genel anestezi uygulamalarına göre sık görülse bile reyonel teknikler içinde epidural anestezi en az gözleendiği teknik olmuştur (12, 32).

Baş Ağrısı:

Obstetrik olgularda spinal anestezi sonrası baş ağrısı %14 olarak bildirilmektedir (15). Ancak epidural anestezi ile istemsiz bir dural puncture oluşturulmaz ise baş ağrısı

beklenmez. İstemsiz dural puncture sıklığı deneyimli ellerde 1/200 ile 1/500 arasında değişen oranlarda görülmektedir. 16-18 gauch'luk epidural iğneler ile dural puncture gelişir ise bu durumda başağrısı %76 - %85 oranlarında kaçınılmaz bir komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır (33). Bu durumda enfeksiyon ve nörolojik travma risklerine rağmen epidural 10-15ml otolog kan yaması, intratekal salın, yada epidural kateter uygulanması gibi önlemler gerekecektir ki hiç birinin tedavideki başarısı net olarak ortaya konamamıştır (15, 33). Epidural kan yaması ile tedavide sağlanan başarının ilk uygulamada %33, ikinci uygulamada ise %50 gibi oldukça düşük düzeylerde kaldığının bilinmesi ve duranın 16-18 gauch'luk iğnelerle delinmesinin ciddi bir komplikasyon olacağının farkında olarak eğitilmiş ve tecrübeli ellerce yapılması gerektiğinin altı çizilmektedir (34).

Nörolojik Komplikasyonlar:

Rejyonal anestezi sonrası nörolojik komplikasyonlar oldukça nadir görülmelerine rağmen geliştiklerinde katastrofik sonuçlara yol açabilmektedirler. Nörolojik komplikasyonlar, uygulandıkları hasta popülasyonunun genç, dinamik kadınlar olması nedeniyle obstetrik olgularda hem hasta hem de anestezi için daha da ürkütücü olabilmektedir. Bu komplikasyonlar arasında reversibl nöropati, irreversibl nöropati, epidural apse, epidural hematoma, bakteriyel menenjit, aseptik menenjit, araknoidit, anterior spinal arter sendromu, kauda equina sendromu, en sık abduzenste olmak üzere hemen hemen bütün kafa çiftlerinde dural puncture sonrası sürekli serebrospinal sıvı kaçağına bağlı olarak kafa içi basınç değişiklikleri ile kraniyal sinirlerde gerilme ve paralizisi sayılabilir. Kraniyal sinir paralizilerinin obstetrik rejyonal anestezi uygulamaları sonrasında 1-3.7/100 000 oranında görüldüğü bildirilmektedir (17, 35, 36). Son yıllarda özellikle spinal anestezide yüksek doz ve konsantrasyonlarda lidokain kullanımına bağlı gelişen nörotoksikite olgularının sayısı artmaktadır (37, 38, 39).

Spinal anestezi sonrası şiddetli nörolojik hasar 0.5/10 000 olarak verilmektedir (15). Ancak bu oranlar obstetrik olgularda ne yazık ki 35,4/10 000 oranlarına çıkmaktadır (17).

Epidural hematoma:

Rejyonal anestezi sonrası nöroaksiyel hematoma spinal anestezi uygulamalarında 1/ 220 000, epidural anestezi ve kateter uygulamalarında ise 1/150 000 olarak çok nadir görülmektedir (40). Ancak obstetrik epidural bloklarda spinal-epidural hematoma oranları 3.7/100 000'e çıkmaktadır (17).

Gebelik, koagülasyon faktörlerindeki artış nedeniyle tromboembolik komplikasyonlarda artışa neden olur.

Tromboembolik komplikasyon öyküsü olan yada protein C, protein S, yada antitrombin III yetmezliği olanlarda standart heparin yada düşük molekül ağırlıklı heparin (LMWH) ile tromboproflaksi uygulanır. Bu olgularda tromboproflaktik tedavi dozu doğum yada sezaryen öncesinde azaltılmasına rağmen rejyonal anestezi uygulamalarında spinal- epidural hematoma gelişme riskini arttırmaktadır (40).

Pre-ekleptik olguların %10-25'inde platelet sayısının azalması, trombosit ömrünün %50 oranında kısılması obstetrik olgulardaki rejyonal anestezi sonrası hematoma riskini artıran faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (40).

Pre-ekleptik olgularda nöbet gelişimini önlemek için kullanılan magnezyum sülfatın antikoagulan ve antiplatelet etkileri nedeniyle koagülasyon testlerini bozabileceği düşünülebilir. Ancak yapılan araştırmalarda tromboelastografik değerlendirmelerde bir bozulmaya neden olmadığı ve santral nöral blokaj uygulanmasına engel teşkil etmeyeceği söylenir (29).

Sonuç olarak; rejyonal anestezi özellikle gelişmiş ülkeler başta olmak, üzere tüm dünyada obstetrik anestezinin vazgeçilmezi haline gelmektedir. Genel anestezide oranla çok daha güvenilir bulunmakta ve uygulanma oranları artmaktadır. Birçok araştırma ile rejyonal anestezi - analjezi yöntemlerinin anne ve yenidoğan için daha güvenli ve rahat bir doğum eylemi, peroperatif ve postoperatif dönem sağladığı gösterilmiştir. Ülkemizdeki uygulanma oranlarının da, anestezi uzmanları ve doğum hekimlerinin büyük bir hızla değişip gelişen tıp dünyasında geleneksel yaklaşımlardan vazgeçmeyi göze alarak; kendi uzmanlık alanlarındaki yenilikleri günlük pratiklerine aktarmaya başlamaları ile yükseleceği açıktır.

Tabii ki rejyonal anestezi komplikasyonsuz değildir. Ciddi komplikasyonlar deneyimli ellerde bile ortaya çıkabilir. Bunlardan kaçınmak tıbbın ve hatta hayatın her alanında olduğu gibi önceden düşünmeyi, tedbir almayı, ve özellikle rejyonal anestezi uygulanacak obstetrik olgularda uyanık olmayı gerektirir. Rejyonal anesteziden en iyi sonuçları elde etmek için; öncelikle genel anestezide göre çok daha güvenli olduğuna inanılması; ayrıca spinal kanal anatomisi, ilaçların dağılımı, çeşitli ilaçların ve ilaç kombinasyonlarının etkinliği ve blok yüksekliğinin test edilmesindeki tekniklerin çok iyi bilinmesi, risk faktörlerinin değerlendirilip en uygun tekniğin mümkün olan en uygun zamanda yapılması gerekir. Bu olgularda preoperatif nörolojik muayene, postoperatif gelişebilecek nörolojik geçici yada daimi olabilen semptomlarda izlenecek tanı, tedavi yöntemleri açısından yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ, Larson CP. Maternal and fetal physiology and anesthesia. In: Clinical Anesthesiology Third Ed. McGraw-Hill Companies 2002, p.804-18
- 2- Wlody D. Complications of regional anesthesia in obstetrics. Clin Obstet Gynecol 2003; 46 (3) : 667-78.
- 3- Reisner LS, Lin D. Anesthesia for cesarean section. In: Chesnut HD Obstetric Anesthesia Second Ed. Mosby 1994:465
- 4- Borgeat A, Ekatothramis G. Advances in regional anaesthesia and analgesia. Adv Exp Med Biol. 2003; 523 p.261-8.
- 5- Kleinman W. Regional anesthesia and pain management. In: Morgan G.E, Mikhail M.S, Murray M.J, editors. Clinical anesthesiology. 3th ed. New York McGraw-Hill 2002. p.253-4.
- 6- Tsui B.C, Wagner A, Finucane B. Regional anaesthesia in the elderly: a clinical guide. Drugs Aging. 2004;21 (14):895-910.
- 7- Nielsen K.C, Steele S.M. Outcome after regional anaesthesia in the ambulatory setting is it really worth it? Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2002; 16 (2) : 145-57.
- 8- Owen MD. Sezaryende genel anestezi. Şahin Ş, Owen MD. Ağrısız doğum ve sezaryende anestezi. 1. basım. İstanbul Nobel tıp kitabevi 2006, s. 109-16
- 9- Şahin Ş. Sezaryende santral bloklar. Şahin Ş, Owen MD. Ağrısız doğum ve sezaryende anestezi. 1. basım. İstanbul Nobel tıp kitabevi 2006, s. 69-90
- 10- Akar ME, Eyi EG, Yılmaz ES, Yüksel B, Yılmaz S. Maternal deaths and their causes in Ankara, Turkey. J health Popul Nutr, 2004; 22(4): 420-8.
- 11- Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ, Larson CP. Obstetric Anesthesia In: Clinical Anesthesiology Third Ed. McGraw-Hill Companies 2002, p.819-48.
- 12- Ratcliffe FM, Evans JM. Neonatal wellbeing after elective caesarean delivery with general, spinal, and epidural anaesthesia. Eur J Anesthesiol 1993; 10:175-81.
- 13- Evans CM, Gray OP, Rosen M. Epidural versus general anaesthesia for elective caesarean section. Effect on Apgar score and acid-base status of the newborn. Anaesthesia 1989; 44:778-82.
- 14- Marc VV. Anaesthesia for caesarean section. Curr Opin Anaesthesiol 2001 jun; 14(3):307-10.
- 15- Hyderally H. Complications of spinal anesthesia. Mt Sinai J Med 2002; 69 (1-2) : 55-56.
- 16- Laughrey JPR, Yao N, Data S, Segal S, Pian-Smith M, Tsen LC. Hemodynamic effects of spinal anesthesia and simultaneous intravenous bolus of combined phenylephrine and ephedrine versus ephedrine for caesarean delivery. Int J Obstet Anesth 2005; 14:43-7.
- 17- Loo C.C, Dahlgren G, Irestedt L. Neurological complications in obstetric regional anaesthesia. Int J Obstetric Anesthesia. 2000; 9: 99-124.
- 18- McAndrew CR, Harms P. Paraesthesia during needle-through-needle combined spinal epidural versus single-shot spinal for elective caesarean section. Anaesth Intensive care 2003; 31(5):514-7
- 19- Campbell DC. Labour analgesia: what's new and PCEA too? Can J Anesth 2003;50:R8.
- 20- Ferber SG, Granot M, Zimmer EZ. Catastrophizing labor pain compromises later maternity adjustments. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:826-31.
- 21- Şahin Ş. Doğum ağrısının mekanizması ve etkileri. Şahin Ş, Owen MD. Ağrısız doğum ve sezaryende anestezi. 1. basım. İstanbul Nobel tıp kitabevi 2006, s. 13-23.
- 22- Lowe KN. The nature of labor. Am J Obstet Gynecol 2002; 186(5):S16-23.
- 23- Arsenijevic L, Kojic Z, popovic N. Plasma levels of cortisol and opioid peptide beta-endorphin during spontaneous vaginal delivery. Srp Arh Celok Lek 2006;134(3-4): 95-9.
- 24- Gaiser R. Neonatal effects of labor analgesia. Int Anesthesiol Clin 2002; 40(4):49-65.
- 25- Halpern SH, Muir H, Breen TW, Campbell DC, Barrett J, Liston R, Blanchard JW. A multicenter randomized controlled trial comparing patient-controlled epidural with intravenous analgesia for pain relief in labor. Anesth Analg 2004; 99(5): 1532-8.
- 26- Eriksson SL, Olausson PO, Olofsson C. Use of epidural analgesia and its relation to caesarean and instrumental deliveries a population based study of 94,217 primiparae. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006;128:270-5.
- 27- Anim-Samuah M, Smyth R, Hawell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labor. Cochrane Database Syst Rev 2005;19(4):331.
- 28- Abboud TK, Nagappala S, Murakawa K, David S, Haroutunian S, Makrouhi Z et al. Comparison of the effects of general and regional anesthesia for caserean section on neonatal neurologic and adaptive capacity scores. Anesth Analg 1985;64:996-1000.
- 29- Mandal N.G, Surapaneni S. Regional anaesthesia in pre-eclampsia. Advantages and Disadvantages. Drugs 2004; 64 (3) : 223-36.
- 30- Cannova D. Use of neuraxial anesthesia with selective factor Xa inhibitors. Am J Orthop 2002;31(11suppl): 21-3.
- 31- Kee WN. Treatment of spinal hypotension: proactive or reactive? Refresher course lectures, Euroanaesthesia 2004 p:209-12.
- 32- Roberts SW, Leveno KJ, Sidawi JS, Lucas MJ, Kelly MA. Fetal acidemia associated with regional anesthesia for elective cesarean delivery. Obstet Gynecol 1995;85(1):79-83.
- 33- Kuczkowski KM. Post-dural puncture headache in the obstetric patient: an problem. New solutions. Minerva Anesthesiol 2004;70 (12):823-30.
- 34- Stamer UM, Hinnerk W. Complications of obstetric anaesthesia. Curr Opin Anaesthesiol 2001;14 (3):317-22.
- 35- Stroud C.C, Markel D, Sidhu K. Complet paraplegia as a result of regional anesthesia. J Arthrop 2000; 15 (8) :1064-67.
- 36- Osmani O, Afeiche N, Lakkis S. Paraplegia after epidural anesthesia in a patient with peripheral vascular disease: case report and review of the literature with a description of an original technique for hematoma evacuation. J Spinal Disord 2000;13 (1) : 85-7.
- 37- Johnson M.E. Potential neurotoxicity of spinal anesthesia with lidocaine. Mayo Clin Proc 2000 sep;75(9):921-32.
- 38- Sakura S, Kiriha Y, Muguruma T, Kishimoto T, Saito Y. The comparative neurotoxicity of intrathecal lidocaine and bupivacaine in rats. Anesth Analg 2005 Aug;101(2):541-7.
- 39- Gaiser R.R. Should intrathecal lidocaine be used in the 21st century? J Clin Anesth 2000 Sep;12(6):476-81.
- 40- Horlocker T.T. Low molecular weight heparin and neuraxial anesthesia. Trombosis research. 2001; 101: 141-54.
- 41- Grau T, Fatehi S, Motsch J, Bartussek E. Survey on current practise of regional anaesthesia in Germany, Austria, and Switzerland. Part 2: Use, success rates and techniques. Anaesthesist. 2004 Sep; 53 (9) : 847-55.
- 42- Grieve P.P, Whitta R.K.S. Pleural puncture unusual complication of a thoracic epidural. Anaesth intensive care 2004; 32: 113-16.

İNTRATEKAL ALFENTANİL KULLANIMININ SEZARYEN OPERASYONLARINDA ANESTEZİ KALİTESİNE ETKİSİ

The Effect Of Intrathecal Alfentanil on Quality of Anesthesia During Caesarean Section

Dr. Hasan Karahan Sönmez¹, Dr. Serpil Deren², Dr. Nursel Karakelle², Dr. Mahmut Arslan²,
Dr. Fazilet Şahin³, Dr. Bayazit Dikmen²

¹Muş Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

³Niğde Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı intratekal bupivakaine eklenen alfentanilin etkilerini araştırmak.

Materyal ve Metod: Sezaryen operasyonu uygulanacak 60 hasta rasgele şekilde 3 gruba ayrıldı. Hastalara intratekal yoldan 10 mg (2 mL) %0,05 hiperbarik bupivakaine ek olarak: grup BA' da alfentanil (200 µg /0,4 mL), grup BF' de fentanil (20 µg/0,4 mL), grup BS' de ise 0,4 mL serum fizyolojik verildi. Blok karakteristiklerine ek olarak anestezi kalitesi, hasta memnuniyeti, operasyon süresi, ilk analjezik gereksinim zamanı ve yan etkiler değerlendirildi.

Bulgular: Opiod verilmeyen BS grubunda duyuşal blok süresi ve ilk analjezik gereksinim zamanı diğer gruplardan daha kısa iken anestezi kalitesi ve hasta memnuniyeti diğer gruplardan daha düşüktü.

Sonuçlar: İntratekal bupivakaine eklenen 200 µg alfentanil intraoperatif analjezi kalitesini arttırmış, duyuşal blok süresini uzatmış ve postoperatif ağrı başlangıcını geciktirmiştir. Bunları yaparken anne ve bebekte önemli yan etki oluşturmamıştır.

Anahtar kelimeler: sezaryen operasyonu, spinal anestezi, alfentanil

ABSTRACT

Objective: To asses the effects of intrathecal alfentanil added to bupivacaine for Caesarean Section.

Materials and methods: 60 patients scheduled for Caesarean section were randomly assigned into 3 groups. Patients received 0.5% hyperbaric bupivacaine 10mg (2mL) intrathecally with 200µg (0.4mL) alfentanil (Group BA) or 20 µg (0,4mL) fentanyl (Group BF) or 0,4mL normal saline (Group BS). Besides block characteristics quality of anesthesia, patient satisfaction, duration of surgery, first analgesic request time and side effects were assessed.

Results: In the opiate free group (group BS) duration of sensorial block and first analgesic request times were significantly shorter and quality of anesthesia and patient satisfaction were significantly lower than the other groups.

Conclusion: Intrathecal 200 µg alfentanil added to bupivacaine improved quality of intraoperative analgesia, prolonged the duration of sensory block and delayed the onset of postoperative pain without increasing significant maternal and fetal side effects.

Key Words: Caesarean section, spinal anesthesia, alfentanil

Giriş:

Rejyonel anestezi düşük morbidite ve mortalite nedeniyle sezaryen operasyonlarında tercih edilmektedir. Lokal anestetiklere opioid eklenmesi intraoperatif anestezi kalitesini ve postoperatif analjezi süresini arttırmaktadır ve yeni doğanın durumunu olumsuz olarak etkilememektedir (1-3). İntratekal kullanım için 'ideal' opioid, beyin omurilik sıvısından (BOS) spinal korda hızlı dağılmalı, korddan plazmaya yavaş geçmeli ve orta dereceli rostral yayılmalıdır (4). Ne yazık ki opioidlerin hiçbirini bunları sağlayacak fizikokimyasal özelliklere sahip değildir. Fentanil ve sufentanil sık kullanılan opioidler olmasına rağmen (2,3), henüz kullanılacak optimum opioid ve dozu hakkında bir fikir birliği yoktur (5).

Sezaryen operasyonlarında cerrahi süresinin kısalması, kısa süreli motor blok oluşturan lokal anestetiklerin kullanımına neden olmaktadır (6). Kısa süreli motor blok, düşük doz bupivakain ve kısa etkili opioidlerle de sağlanabilir. BOS' tan spinal korda çok hızlı dağılması ve en hızlı analjezi başlangıcına ve kısa etki süresine sahip olması alfentanilin sezaryen operasyonlarında yararlı olmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda sezaryen operasyonlarında bupivakaine eklenen alfentanilin ve fentanilin anestezi kalitesi ve ilk analjezik gereksinim zamanına etkilerini araştırdık.

Materyal ve Metod:

Hastane etik kurulu onayı ve hasta oluru alınan, ASA fiziksel durumu I-II, tekil gebelik ve en az 36 haftalık gestasyonel yaşa sahip, kombine spinal epidural anestezi (KSEA) ile elektif sezaryen cerrahisi planlanan 60 hasta çalışmaya dâhil edildi. Pre-eklampitik gebeler, bilinen fetal anomalisi olan gebeler, çalışma ilaçlarına alerjisi ve rejyonel anestezi için kontrendike durumu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Gebeler gece boyunca aç bırakıldı ve operasyondan 45 dakika önce 10 ml/kg Ringer laktat solüsyonu ile hidrate edildi. Hastalara ranitidin (50 mg) ve metoklopramid (10 mg) ile premedikasyon yapıldı.

KSEA, Touhy (Portex 18/27G, UK) iğnesiyle L₃₋₄ aralığından hastalar oturur pozisyonda iken direnç kaybı tekniği ile gerçekleştirildi. Hastalar rasgele üç gruba ayrıldı ve çalışmaya dâhil olmayan bir anestezi uzmanı tarafından hazırlanan

çalışma solusyonları intratekal olarak; grup BA (n=20)da ki hastalar için bupivakain (10 mg/2mL, Marcaine heavy, Astra Zeneca) ve alfenanil (200 µg /0,4 mL, Rapifen, Jansen-Cilag), grup BF(n=20) de ki hastalar için bupivakain (10mg/2mL) ve fentanil (20 µg/0,4 mL, Fentanil Citrate, Abbott), grup BS(n=20) de ki hastalara için bupivakain (10mg/2ml) ve 0,4 mL serum fizyolojik verildi. Spinal anestezi sonrası epidural aralığa epidural kateter yerleştirildi.

15° sol yan supin pozisyona getirilen hastalara operasyon süresince oksijen maskesi ile 4 L/dk oksijen verildi. Periferik oksijen saturasyonu ve EKG (Petaş, K800, Ankara, Türkiye) ile monitorizasyon yapıldı. Non-invaziv kan basınçları ve nabız intratekal enjeksiyondan insizyona kadar 2 dakikalık, daha sonra ise operasyonun sonuna kadar 5 dakikalık aralıklarla kaydedildi. Hipotansiyon sistolik arter basıncının 90 mmHg altına düşmesi veya bazal değerden %25 azalma olarak tanımlandı ve intravenöz efedrin (10 mg) bolusları ile tedavi edildi. Kalp hızının 50 atım/dakikanın altında olması bradikardi olarak tanımlandı ve atropin (0,5 mg) ile tedavi edildi. Maternal solunum depresyonu solunum sayısının 8/dk altında olması veya periferik oksijen saturasyonunun %95 in altında olması olarak tanımlandı.

Duyusal blok seviyesi 22G hipodermik iğne ile pin-prick testi ile değerlendirildi. Motor blok modifiye Bromage skalası ile değerlendirildi (0=bacaklarını kaldıracak; 1= dizlerini bükebilir ama kalça ekleminde hareket yok; 2= dizlerini bükemez ama ayak bileğini hareket ettirebilir ve 3= herhangi bir alt ekstremit ekleminde hareket yok). Bu değerlendirmeler bilateral olarak 1., 3., 5., 10., 15., 20., 30. dakikalarda ve daha sonra blok T₁₂ ye regrese olana kadar ve motor fonksiyon tam olarak geri dönene kadar her 30 dakikada bir yapıldı. Blok T₄ dermatomuna ulaşınca cerrahiye izin verildi. T₄ dermatomuna ulaşma zamanı, maksimum duyusal blok seviyeleri, iki segment regresyon zamanları ve motor blok dereceleri kaydedildi. Duyusal blok süresi intratekal enjeksiyondan bloğun T₁₂ ye regresyonuna kadar geçen süre olarak tanımlandı. Motor blok süresi motor bloğun başlangıcı ile motor fonksiyonun tam olarak geri dönmesi arasında geçen zaman olarak tanımlandı. Operasyon süreleri kaydedildi.

Doğumdan hemen sonra hastalara i.v. oksitosin (10 IU) (Synpitan 5IU/mL, Deva, Türkiye) bolusu sonrası 500 mL

serum fizyolojik içinde oksitosin (10 IU) infüzyonu yapıldı. Ayrıca tüm hastalara ondansetron (4 mg) (Zofer 8 mg/4 mL, Adeka, Türkiye) verildi. Apgar skorları 1. ve 5. dakikalarda kaydedildi.

İntraoperatif dönemde anestezi kalitesi anesteziyolojist tarafından 4 kademeli bir sözel skala kullanılarak değerlendirildi (mükemmel=hiç ağrı, basınç veya gerilme yok; iyi= gerilme veya basınç hissi var ama ağırlı değil; orta= hafif ağrı veya basınç; kötü= dayanılmaz ağrı veya basınç hissi). Opioidlerin bulantı, kusma, solunum depresyonu ve kaşıntı gibi yan etkileri kaydedildi. Hasta memnuniyeti retrospektif olarak derlenme odasında değerlendirildi. Memnuniyet hastalar tarafından skorlandı: 0= memnun; 1= memnun değil; 2= çok mutsuz. Postoperatif ilk analjezik gereksinim zamanı (İAGZ) kaydedildi.

İstatiksel analizler SPSS 12.0 programı kullanılarak yapıldı. Veriler ortalama±standart hata (ort±SH), medyan değer ve hasta sayısı olarak gösterildi. Gaussian dağılımı değerlendirildikten sonra istatistiksel anlam tek yönlü varyans analizi ve Kruskal-Wallis testleri ile değerlendirildi. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Tukey B ve Freidman testleri uygulandı. Anestezi kalitesi, anne memnuniyeti, maksimum duyusal blok seviyesi, motor blok derecesi ve opioidlerin yan etkileri için ki-kare testi kullanıldı. Tüm verilerin analizinde p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık kabul edildi.

Bulgular:

Demografik veriler ve cerrahi süreleri bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (tablo 1).

T₄ dermatomuna ulaşma süresi grup BF'de grup BS'den daha kısa iken (p=0,034), BA ve BF grupları arasında farklılık yoktu. İki segment regresyon zamanı grup BS'de daha kısa idi ama istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.073). Maksimum duyusal blok seviyeleri tüm gruplarda benzerdi. Duyusal blok süresi BS grubunda diğer gruplara göre anlamlı derecede kısa idi (p=0,001). Motor blok dereceleri benzerdi ve tüm gebelerde derin motor blok oluştu. Motor blok süreleri benzerdi (p=0,743). Cerrahi süresince hiçbir gebeye ek analjezik uygulanmadı. İlk analjezik gereksinim zamanı (İAGZ) BS grubunda belirgin olarak daha kısa iken (p=0,046) BA ve BF grupları arasında anlamlı farklılık yoktu (tablo 2).

Tablo 1. Demografik veriler

	BA (n = 20)	BF (n = 20)	BS (n = 20)	p
Yaş(yıl)	27(19-38)	29(22-42)	29(22-36)	0,240
Ağırlık (kg)	72(57-100)	74 (54-93)	75(60-90)	0,718
Boy(cm)	162(150-172)	162(145-175)	161(153-170)	0,237
VKİ(kg/m ²)	27,4±3,9	28,1±4,1	28,8±3,4	0,637
operasyon süresi (min)	53,4±8,2	48,4±9,6	54,7±5,7	0,080

Veriler ort.±SHdır. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu.

Anestezi kalitesi BA ve BF gruplarındaki tüm gebelerde mükemmel iken BS grubunda 10 gebede mükemmel, 5 gebede iyi ve 5 gebede ise orta idi. BA ve BF gruplarındaki tüm gebeler prosedürden memnun iken BS grubundaki 7 gebe memnun değildi (tablo 3). Yeni doğanlarda 1. ve 5. dk Apgar skorları bakımından anlamlı farklılık yoktu.

Her 3 grupta da geçici hipotansiyon oluştu ($p=0,221$). İ.v. efedrin tüketimleri benzerdi ($p=0,703$). Bradikardi insidansları bakımından farklılık yoktu ($p=0,162$). Bulantı ve kusma insidansları benzerdi ($p=0,432$). Perioperatif dönemde sadece fentanil grubundaki 2 hastada tedavi gerektirmeyen kaşıntı ortaya çıktı. Solunum parametreleri benzerdi ve oksijen saturasyonu hiçbir gebede %96'nın altına düşmedi (tablo 4).

Tablo 2. Blok özellikleri

	BA (n = 20)	BF (n = 20)	BS (n = 20)	p
T4e ulaşma zamanı(dk)	10,8	10,0*	13,3	0.034
Maksimum duyusal blok seviyesi				
T ₄ (%)	70	60.0	35.0	
T ₃ (%)	20.0	25.0	35.0	
T ₂ (%)	10	15.0	30	
İkisegment regesyon zamanı(dk)	93,1±23,6	96,0±30,7	77,4±17,9	0,073
Duyusal blok süresi(dk)	146,6±17,7	146,5±32,5	120,5±14,6*	0,001
Motor blok derecesi				
Bromage 1 (%)	0	5	0	
Bromage 2 (%)	40	40	40	0.772
Bromage 3(%)	60	55	60	
Motor blok süresi(dk)	113,2±27,1	115,9±34,4	104,0±20,2	0,743
İlk analjezi gereksinim zamanı(dk)	104,1±24,8	109,8±27,9	89,5±18,4*	0,046

Veriler ort.±SH veya hasta yüzdesidir. * $p<0.05$

Tablo 3. Anestezi kalitesi ve hasta memnuniyeti

	BA (n = 20)	BF (n = 20)	BS (n = 20)
Anestezi kalitesi			
Mükemmel	20	20	10
İyi	0	0	5
Orta	0	0	5
Kötü	0	0	0
Hasta memnuniyeti			
Memnun	20	20	13
Memnun değil	0	0	7
Çok mutsuz	0	0	0

Veriler hasta sayılarıdır.

Tablo 4. İntraoperatif and postoperatif yan etkiler.

	BA (n = 20)	BF (n = 20)	BS (n = 20)	p
Bulantı(%)	30,0	30,0	25	0,971
Kusma(%)	5,0	10,0	5	0,432
Hipotansiyon(%)	25,0	45,0	20,0	0,221
Bradikardi(%)	0	10	0	0,162
Solunum depresyonu	0	0	0	
Efedrin tüketimi(mg)	30,25	27,23	26,03	0,703
İntraoperatif kaşıntı	0	2	0	

Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu.

Tartışma:

Bu verilere göre bupivakaine alfentanil veya fentanil eklenmesi T₄ dermatomuna ulaşma süresini kısaltıp duyuşal blok süresini uzatırken, maksimum duyuşal blok seviyesini, motor blok derecesini ve süresini etkilememiştir. Bupivakaine eklenen alfentanil ve fentanil anne memnuniyetini, mükemmel anestetik durumu sağlayıp ilk analjezik gereksinim zamanını uzatırken, Apgar skorlarını değiştirmemiştir.

Sezaryen operasyonlarında spinal anestezi için en yaygın kullanılan lokal anestetik tek başına uygulanan veya opioidlerle kombine edilen bupivakaindir (7,8). Bupivakain derin ve uzun süreli motor blok oluşturur (3). Sezaryen operasyonlarında spinal anestezi uygulamasının popülaritesi gittikçe artmaktayken uygun bupivakain dozu da tekrar tartışılmaya açılmıştır (9). Sezaryen operasyonlarında 15 mg a kadar hiperbarik bupivakain dozları sıklıkla önerilmesine rağmen (10,11), 12 mg.dan yüksek dozlarda nadirde olsa total spinal anestezi bildirilmiştir (9,12). Sezaryen operasyonlarında 6,6 mg gibi çok düşük bupivakain dozlarıyla bile spinal anestezi uygulanmıştır (13). Tek başına bupivakainle uygulanan spinal anestezinin bir dezavantajı etki süresinin göreceli olarak kısa olması ve postoperatif dönemde erken analjezik gereksinimi oluşmasıdır. Sık olmamakla birlikte bir diğer dezavantajı da uterus manipölasyonu ve periton kapatılması sırasında oluşabilen bulantıdır (3).

Opioidler eklenirse intratekal lokal anestetik dozu azaltılabilir ve böylece motor blok süresi kısalırken, postoperatif analjezi süresi de uzayabilir (14,15). Fentanille birlikte 9 mg bupivakain, barisiteden bağımsız olarak sezaryen operasyonlarında 1 saatten uzun süren anestezi oluşturmuştur (16). Spinal fentanil intraoperatif analjeziyi arttırabilir (17) ve intraoperatif bulantıyı azaltabilir (18). Bupivakaine eklenen 20 µg fentanil anestezi süresini uzatırken intraoperatif bulantı ve kusmayı azaltmıştır (3,19).

Intratekal kullanım için ideal opioid BOS'tan spinal korda hızlı dağılmalı, korddan plazmaya yavaş geçmeli ve orta

düzeyde rostral yayılıma sahip olmalıdır (4). Alfentanil BOS'tan korda hızlı dağılır ve orta dereceli rostral yayılıma sahiptir (4) ama lokal anestetiklere alfentanil eklenmesinin etkileri ile ilgili az sayıda veri vardır. Bu nedenle biz çalışmamızda intratekal alfentanil ve fentanili karşılaştırdık.

Sezaryen operasyonlarında yeterli anestezi için genellikle T₄ dermatom seviyesi hedeflenir (3,10,11,19). Bizim çalışmamızda tüm gebelerde anestezi seviyesi T₄ dermatomuna ulaştı. BS grubunda T₄ e ulaşma süresi 13,3 dk; BA grubunda 10,8 ve grup BFde ise 10 dakika idi. Bupivakaine alfentanil eklenmesi T₄'e ulaşma süresini ve doğum analjezisi başlangıcını kısalttığı bildirilmiştir (20). Maksimum duyuşal blok seviyesi ve 2 segment regresyon zamanları tüm gruplarda benzerken, duyuşal blok süresi BS grubunda belirgin olarak daha kısa idi. Bupivakaine eklenen alfentanil duyuşal blok süresini uzatmıştır. Motor blok derecesi ve süresi BA grubunda BF ve BS gruplarına benzerdi ve bupivakaine eklenen alfentanil bu parametreleri değiştirmemiştir. İntratekal farmakokinetiği göz önüne alınırsa bupivakaine alfentanil eklenmesinin daha hızlı analjezi başlangıcı, daha kısa süreli anestezi ve daha az motor blok oluşturacağı beklenir. Fakat çalışmamızda fentanil eklenmesi ile benzer sonuçlar oluşturduğunu gözlemledik.

Bupivakaine eklenen alfentanil anestezi kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırıp İAGZ'nı uzatırken 1. ve 5. dakika Apgar skorlarını değiştirmemiştir. Yan etki insidansları tüm gruplarda benzerdi.

Sonuç olarak çalışmamızda; bupivakaine 200 µg intratekal alfentanil eklenmesinin intraoperatif analjezi kalitesini arttırdığı, duyuşal blok süresini uzattığı ve postoperatif ağrı başlangıcını geciktirdiğı; bunları yaparken anne ve bebekte önemli yan etki oluşturmadığı bulunmuştur. Fentanil yerine alfentanilin de, alternatif olarak intratekal bupivakaine eklenebileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Dahl JB, Jeppesen IS, Jorgensen H, et al. Intraoperative and postoperative analgesic efficacy and adverse effects of intrathecal opioids in patients undergoing caesarean section with spinal anesthesia. *Anesthesiology* 1999; 91:1919-27.
- 2- Escarment J, Clement HJ. Use of epidural and intrathecal opiates in obstetrics. *Ann Fr Anesth Reanim* 1989; 8: 636-49
- 3- Dahlgren G, Hulstrand C, Jakobsson J, et al. Intrathecal sufentanil, fentanyl, or placebo added to bupivacaine for caesarean section. *Anesth Analg* 1997; 85: 1288-93
- 4- Ummenhofer WC, Arends RH, Shen DD, et al. Comparative spinal distribution and clearance kinetics of intrathecally administered morphine, fentanyl, alfentanil and sufentanil. *Anesthesiology* 2000; 92: 739-53,
- 5- Karaman S, Kocabas S, Uyar M, Hayzaran S, Fırat V. The effects of sufentanil or morphine added to hyperbaric bupivacaine in spinal anesthesia for caesarean section. *European Journal of Anaesthesiology* 2006; 23:285-291
- 6- Meininger D, Byhahn C, Kessler P, et al. Intrathecal fentanyl, sufentanil, or placebo combined with hyperbaric mepivacaine 2% for parturients undergoing elective caesarean section. *Anesth Analg* 2003;96:852-8
- 7- Burns SM, Cowan CM, Wilkes KG. Prevention and management of hypotension during spinal anesthesia for elective caesarean section: a survey of practice. *Anaesthesia* 2001; 56: 794-8
- 8- Meuser T, Eichler F, Grond S, et al. Anesthesia for caesarean section in Germany: a survey. *Anaesthesist* 1998;47: 557-64

- 9- Finucane BT. Spinal anesthesia for caesarean the dosage dilemma. *Reg Anesth* 1995;20: 87-9
- 10-Risner LS, Lin D. Anesthesia for caesarean section. In: Chestnut DH,ed. Obstetric anesthesia : principles and practice. St. Louis: mosby 1994: 467-9
- 11-Shnider SM, Levinson G. Anesthesia for obstetrics. In: Miller RD, ed. Anesthesia. New york:Churchill Livingstone, 1994: 2056-7
- 12-de Simone CA, Leighton BL, Norris Mc. Spinal anesthesia for caesarean section: a comparison of two doses of hyperbaric bupivacaine. *Reg Anesth* 1995;20 :90-4
- 13-Vercauteren MP, Coppejans HC, Hoffmann VL, et al. Small dose hyperbaric versus plain bupivacaine during spinal anesthesia for caesarean section. *Anesth Analg* 1998; 86 :989-93
- 14-Ben-David B, Miller G, Gavriel R, Gurevitch A. Low-dose bupivacaine-fentanyl spinal anesthesia for caesarean section. *Reg Anesth Pain Med* 2000; 25: 235-9
- 15-Choi DH, Ahn HJ, Kim MH. Bupivacaine-sparing effect of fentanyl in spinal anesthesia for caesarean section. *Reg Anesth Pain Med* 2000;25:240-5
- 16-Sarvela PJ, Halonen PM, Kortilla KT. Comparison of 9 mg of intrathecal plain and hyperbaric bupivacaine both with fentanyl for caesarean section. *Anesth Analg* 1999; 89: 1257-67
- 17-Hunt CO, Naulty JS, Bader AM, et al. Perioperative analgesia with subarachnoid fentanyl-bupivacaine for caesarean section. *Anesthesiology* 1989; 71:535-40
- 18-Manullang TR, Viscomi LM, Pace NL. Intrathecal fentanyl is superior to intravenous ondansetron for the prevention of perioperative nausea during caesarean section with spinal anesthesia. *Anesthesiaand Analgesia* 2000;90: 1162-6
- 19-Belzarena SD. Clinical effects of intrathecally administered fentanyl in patients undergoing caesarean section. *Anesth Analg* 1992;74:653-7
- 20-Hughes DA, Hill DA. Intrathecal alfentanil with and without bupivacaine for analgesia in labour. *Anaesthesia* 2000;55:1106-1126

POSTPARTUM DÖNEMDE MEME UCU AĞRISI VE MEME UCU AĞRISININ ÖNLENMESİ VE TEDAVİSİ

Nipple Pain in The Postpartum and Prevention of and Therapies for Nipple Pain

Arş Grv. Şenay Ünsal Atan, Dr. Ahsen Şirin

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Doğum sonu dönemde bazen anneden bazen de bebekten kaynaklanan nedenlerle emzirme ile ilgili çeşitli güçlükler yaşanmaktadır. Anneden kaynaklanan nedenlerin başında, genellikle emzirmenin başladığı ilk bir-iki hafta içinde ortaya çıkan meme sorunları gelmektedir. Puerperiumda ortaya çıkan meme sorunlarından biri meme ucu ağrısıdır. Yapılan çalışmalar, meme ucu ağrı insidansının %34 ile %96 arasında değiştiğini ve bu sorunu yaşayan annelerin yaklaşık üçte birinin doğum sonu altı hafta içinde emzirmekten vazgeçtiklerini göstermektedir.

Meme ucu ağrısını önlemek veya tedavi etmek birçok yöntem uygulanmaktadır. Bu yöntemler; sıcak su kompresi, çay kompresi, ısı uygulaması, lanolin, A vitamini, kollajen (collagenase), deksantenol, hidrojel terapisi, gliserin jel terapisi, nemli emici pansuman uygulaması ve eğitimidir.

Sağlık bakım profesyonellerinin önemli görevlerinden biri yenidoğanın anne sütüyle beslenmesini sağlamak için anneleri emzirme konusunda desteklemektir. Bu makale, doğum sonrası dönemde, emzirmeyi olumsuz yönde etkileyen meme ucu ağrısının önlenmesi yada tedavisi için uygulanan yöntemleri irdelenmek amacı ile hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: postpartum, emzirme, meme ucu ağrısı

ABSTRACT

During postnatal period due to the causes resulting sometimes from mothers and sometimes from infants a wide variety of difficulties concerning breastfeeding are being experienced. The foremost causes that result from mothers are breast problems that usually emerge within a few weeks of initiation of breastfeeding. One of the breast problems that appear during puerperium is nipple pain. Research shows that the incidence of nipple pain would vary between 34 % and 96 %, resulting approximately one thirds of the mothers experiencing this problem renounce breastfeeding within six weeks postnatally.

A number of methods are being used in prevention or treatment of nipple pain. These methods are hot water compress, tea compress, heat application, lanolin, vitamin A, collagen (collagenase), dexspantenol, hydrogel therapy, glycerin gel therapy, application of moisture-absorbent dressing and training.

One of the important tasks of the health care professionals is to support mothers in feeding newborns with mother-milk. This article was prepared to examine the methods used in prevention or treatment of nipple pain that affects breastfeeding adversely during postnatal period.

Key Words: postpartum, breastfeeding, nipple pain

GİRİŞ

Beslenme; bir çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişmesinde en temel faktörlerden birisidir. Anne sütü bebeğin gereksinim duyduğu besin maddelerini uygun miktarda ve kalitede içermesi, ayrıca enfeksiyonlara karşı koruyucu özellikleri yüzünden yaşamın ilk anlarından itibaren verilmesi gereken tek fizyolojik bebek besinidir (1, 2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğumu izleyen ilk 6 ay bebeklerin sadece anne sütüyle beslenmeleri durumunda her yıl 1.5 milyon bebek ölümünün önlenebileceğini belirtmektedir. Yenidoğan bebekler arasında ilk altı ay yalnızca anne sütüyle beslenme oranında Dünya ortalaması %39 iken, Türkiye'de yalnızca %1.6'dır (3). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre, Türkiye'de çocukların %97'si belirli sürelerle emzirilmişlerdir. Tüm çocuklar için ortalama emzirme süresi 14 ay gibi oldukça uzun bir süre olmasına karşın, ek gıdaya çok erken yaşlarda başlandığı görülmektedir. Bebeklerin %78'i 2-3 aylık olduklarında ek gıdalara geçerken, sadece %16'sının anne sütüyle beslendikleri saptanmıştır (4).

Doğum sonu dönemde bazen anneden bazen de bebekten kaynaklanan nedenlerle emzirme ile ilgili çeşitli güçlükler yaşanmaktadır. Anneden kaynaklanan nedenlerin başında, genellikle emzirmenin başladığı ilk bir-iki hafta içinde ortaya çıkan meme sorunları gelmektedir. Puerperiumda ortaya çıkan meme sorunlarından biri meme ucu ağrısıdır. Meme ucu ağrısı nedeni ile annenin sağlığının bozulduğu, anne-bebek ilişkisinin yeterli kurulamadığı, laktasyon sürecinin sorunlu geçtiği ve bu nedenle annelerin emzirmeyi kestikleri bilinmektedir (5,6).

Meme Ucu Ağrısı

Meme ucu ağrısı, erken postpartum dönemde emziren annelerde görülen genel bir problemdir (7,8). Meme ucu ağrısı 1945'ten bu yana literatürde yer almaktadır (9). Bebeğin areolayı ve meme başını kavrayamaması yada meme boşaldıktan sonra bir memede uzun süre emzirilmesi sonucu gelişir. Bu durumda bebek, yeterli süt alamayacağı için meme başını çiğner ve iritasyona yol açar (10). Meme ucunda travma, çatlak, fissür, sızlama, kanama, ödem gibi semptomlar, meme ucu ağrısına

eşlik edebilir (6). Kadınlar tarafından, meme ucu ağrısı farklı düzeylerde algılanmaktadır. Bazı kadınlar meme ucu ağrısını, rahatsız edici bir his olarak, bazıları ise yaşamları süresince yaşadıkları en ağrılı deneyim olarak algılamışlardır (11). Meme ucuna giysilerin sürtünmesi ile oluşan meme ucu travmasında meme ucu ağrısına yol açabilir (12). Ağrılı meme uçları, emzirmeyi sürdürmeyi önlemekte ve en sonunda emzirmeyi erken bırakmaya yol açabilmektedir (11).

Meme Ucu Ağrısının İnsidansı

Yapılan çalışmalar, meme ucu ağrı insidansının %34 ile %96 arasında değiştiğini ve bu sorunu yaşayan annelerin yaklaşık üçte birinin doğum sonu altı hafta içinde emzirmekten vazgeçtiklerini göstermektedir (5,6). Meme ucu ağrısı, postpartum üçüncü günde en yüksek düzeye çıkma eğiliminde iken, yedinci günde ağrı azalmaktadır. Bununla birlikte, en son postpartum altıncı haftaya kadar meme ucu ağrısı bildirilen araştırmalar mevcuttur (11,13).

Meme Ucu Ağrısının Nedenleri İle İlgili Teoriler

Araştırmacılara göre, meme ucu ağrısını; diyet eksikliği, estrogen eksikliği, sıcaklık değişimi, gün ışığında değişiklik, aşınmaya karşı meme ucunu korumada eksiklik, bebeğin uygunsuz emme pozisyonu, düz ve içe çökük meme ucu, bebeği memeden uygunsuz ayırma, meme koruyucularının (nipple shields) kullanımı, memelerin ılık ve hava ile temasında eksiklik, emme sırasında meme ucunda oluşan rahatsız edici negatif basınç, memelerde dolgunluk (engorgement), emzirme sıklığı ve süresi, memelerde gerginlik hissi gibi faktörler etkilemektedir. Ayrıca, beyaz tenli kadınlarda meme ucu ağrısının daha fazla geliştiği saptanmıştır (11).

Meme Ucu Ağrısının Önlenmesi ve Tedavisi Üzerine Uygulamalar

A- Emzirme eğitimi : Doğru emzirme pozisyonu ve kapsamlı emzirme eğitimi, meme ucu ağrısını önlemede çok önemlidir. Doğum öncesi verilen eğitimlerde, anneler postpartum ilk haftada görülebilecek meme ucu sorunları konusunda hazırlanmalıdır. Annelere, genellikle postpartum ilk yedi günde ağrının azalacağı güvencesi verilmelidir (11).

Henderson ve arkadaşları (ark.) (2001) tarafından yapılan araştırmada, doğumdan sonra 24 saat içerisinde, deney grubundaki kadınlara 30 dakikalık görsel, yazılı ve sözlü eğitim verilmiştir. Bu eğitim, bebeği emzirirken tutma pozisyonlarını, meme anatomisini, doğru emzirme pozisyonlarını, emme evreleri içermektedir. Genel bakım belirtilmemiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, deney grubundaki kadınlarda daha az oranda meme ucu ağrısı saptanmıştır. Postpartum ikinci ve üçüncü günlerde, deney grubundaki kadınların meme ucu ağrısı yaşama oranları, kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı biçimde düşük bulunmuştur (14). Duffy ve ark. (1997) tarafından yapılan çalışmada, deney grubundaki gebelere bir saatlik antenatal emzirme eğitimi, kontrol grubundaki gebelere ise standart, genel bir antenatal eğitim verilmiştir. Postpartum

dördüncü günde kontrol grubu ile deney grubundaki kadınlar karşılaştırıldığında, meme ağrısı puanı daha düşük olarak saptanmıştır (15).

B- Anne sütü/kolostrum uygulaması: WHO/UNICEF emziren annenin meme bakımında, meme başının temiz ve kuru tutulmasını, meme başında ağrı oluştuğunda ise anne sütü uygulanmasını önermektedir. Annelere, emzirme bittikten sonra birkaç damla süt sıkarak, meme başı ve çevresine hafifçe yaymaları ve kurumaya bırakmaları önerilmiştir (16,17).

Pugh ve ark. (1996) yaptığı araştırmada, meme ucu ağrısının hafifletilmesinde, anne sütü, sıcak nemli kompres, değiştirilmiş lanolin ve eğitim uygulamasının eşit olarak etkili olduğunu bulmuşlardır. Eğitim uygulaması, uygun emzirme ve memeyi kavrama pozisyonunun gösterilmesi ve erken ve sık emzirmenin öneminin anlatılmasını kapsamaktadır (18).

C- Sıcak, nemli su kompres uygulaması : Meme başına sıcak yada soğuk uygulamalar yapılmasının, bölgeyi kuru tutma ve meme ucu ağrısını azaltma özellikleri vardır (19,13). Hastaların ağrıyı gidermede sıcak uygulamayı tercih ettiklerini ortaya koyan çalışmalar da vardır (20). Lokal sıcak yada soğuk uygulama, amaca göre yaş veya kuru şekilde uygulanmaktadır. Hastaların çoğu nemli sıcak uygulamaları daha iyi tolere ederek daha çok hoşlanmaktadır (21). Sıcak su kompres gibi meme ucu ağrısını rahatlatma yöntemleri ucuzdur. Ekonomik statüye bakmaksızın, meme ucunun tedavisinde bütün kadınlara uygulanabilir (11).

Akkuzu'nun yaptığı (2000) araştırmada, anne sütü, sıcak nemli kompres ve temiz/kuru tutma uygulaması karşılaştırılmış, izlenen zaman periyodu süresince üç grupta ki anneler için ağrı görülme oranı benzer bulunmuştur (21). Buchko ve arkadaşlarının (1994) yaptığı araştırmada, meme ucuna sıcak nemli su kompres uygulamasının, meme ucuna çay kompres veya anne sütü uygulamasına göre, meme ucu ağrısını daha yüksek oranda azalttığı saptanmıştır (22).

D- Çay kompres uygulaması : Tavsiye edilen diğer bir yöntem, sıcak veya soğuk nemli çay kompresinin uygulanmasıdır. Çay kompres yöntemi 1893'ten bu yana literatürde yer almaktadır. Lokal çay kompres uygulamasının tedavi edici etkisi, çayın bileşiminde yer alan tannik asitten gelmektedir (22,23,24). Tannik asit, mukoz membran tarafından absorbe edilmekte ve aşınmış ciltte nekroz gelişimini önlemektedir. Ayrıca, tannik asidin acıyan meme ucunun iyileşmesini sağlamada etkili olduğu belirtilmiştir (25). Lavergne, doğum sonu ilk beş günde, günde dört kez olacak şekilde annelerden bir bölümüne meme bakımı için sıcak çay kompres, bir bölümüne de sıcak nemli kompres uygulamıştır. Bir grup anne de meme başını kuru ve temiz tutmuştur. Sonuçta çay ve su kompreslerinin kuru tutmadan daha etkili olduğu bulunmuştur (26).

E- Lanolin uygulaması : Lanolin, hipoallerjik ve tamamı ile natürelidir. Meme ucu ağrısının tedavisi için tavsiye edilmektedir. Lanolin, zarar görmüş meme ucu ve areola dokusuna uygulanır. Cildin doğal nemliliğin buharlaşmasını yavaşlatır. Nemli bir bariyer oluşturur. Bu süreç, nemli yara iyileşmesi olarak bilinir. Ayrıca, lanolin sinir uçlarının sonlandığı yaralı meme ucuna uygulanarak ağrının daha az algılanmasını sağlar. Lanolin kremin emzirmeden önce silinmesine gerek yoktur (27). Ancak, lanolin merhem önerirken ücreti hesaba katılmalıdır (11).

Schultz ve Hill'in belirttiğine göre, Spangler ve ark. (1993) yaptığı çalışmada, doğum sonrası ilk on gün süresince, sabah akşam meme ucu ağrısı ortalama puanları değerlendirilmiş ve meme ucuna, lanolin merhem uygulanan grupta, tedavi uygulanmayan gruba göre ağrı puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Ancak iki grup arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır. İki grupta da enfeksiyon rapor edilmemiştir (11). Hewat ve Ellis'in (1987) yaptığı çalışmada, meme ucuna anne sütü veya hidro (su içeren) lanolin uygulayan kadınların, meme ucu ağrısını benzer şekilde algıladıkları bulunmuştur. Bu iki grupta, gözlenen meme ucu travması bakımından fark bulunamamıştır (28). Ertem ve ark. (2004) yaptığı çalışmada, doğumdan sonra birinci günde hiçbir şey kullanmayan deney grubundaki annelerin %4.5'ünde, lanolin uygulayan kontrol grubundaki annelerin %6.1'inde meme ucu ağrısının olduğu, beşinci günde ise deney grubundaki annelerin %65.2'inde, kontrol grubundaki annelerin %27.3'ünde meme ucu ağrısının olduğu bulunmuştur (29).

F- Hidrojel pansuman uygulaması : Hidrojel pansuman, akut veya kronik yaraların birçok çeşidi için özel bir pansuman olarak kullanılır. Kullanım alanları; dermal ülserler, birinci veya ikinci derece yanıklar, yarıklar ve dermatolojik uygulamalardır. Hidrojel pansuman, kontaminasyon ve sürtünmeye karşı mekanik bariyer oluşturur ve yara iyileştirici ortamı korur. Hidrojel pansuman sterilidir. Poliüretan hidrofilik hidrojel pansuman, uygulanan bölgede rahatlatıcı, soğuk bir ortam sağlar(30). Hidrojel pansuman, meme ucu ağrısı için etkili ve güvenli bir yöntem olarak gösterilmiştir (31). Ayrıca, hidrojel pansuman yapışmaz ve kaldırılması kolaydır (32). Dodd ve Chalmers'ın (2003) yaptığı çalışmada, meme ucuna, hidrojel pansuman uygulamasının, lanolin merhem uygulamasına göre, meme ucu ağrısı ortalama puanlarını anlamlı biçimde azalttığı bulunmuştur. Lanolin merhem uygulayan kontrol grubunda ki sekiz kişide enfeksiyon meydana gelmiştir (31).

Schultz ve Hill'in belirttiğine göre, Brent ve ark. (1998) yaptığı çalışmada, kontrol grubundaki anneler, emzirmeden sonra meme ucuna anne sütü sürmüş ve kurutmuş, sonra lanolin krem ve breast shell uygulamıştır. Deney grubundaki anneler ise, emzirmeden sonra meme ucuna anne sütü ile masaj yapmış, sonra meme ucu kurumadan hidrojel pansuman uygulamıştır. Deney grubu ile karşılaştırıldığında,

kontrol grubunda daha az kontaminasyon gelişmiş ve büyük iyileşme sağlanmıştır. Ağrı her iki grupta da anlamlı biçimde azalmıştır. Bununla birlikte, kontrol grubunda emzirme ile ilgili ağrının azalması daha fazla olmuştur. Araştırma, deney grubundaki yüksek enfeksiyon oranları nedeni ile erken sonlandırılmıştır(11).

G- Meme ucu koruyucuları (Nipple Shields) uygulaması : Birçok emzirme danışmanı, emzirme problemlerinde veya emzirme güçlüğü yaşanan durumlarda geçici olarak meme ucu koruyucularının kullanımını önermektedir. Meme ucu koruyucuları; ince, yumuşak, silikondan yapılmıştır ve memenin stimülasyonunu engellemez. Meme ucu koruyucularını, prematüre, hasta veya düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip anneler, meme uçları düz yada içe çökük olan anneler, meme ucu ağrısı veya çatlağı olan anneler ve daha önce biberonla beslendiği için şimdi memeyi reddeden bebeklerin anneleri kullanabilir. Meme koruyucularının temizliği önemlidir. Her kullanımdan sonra sıcak su ile çalkalanmalı ve sabunlu sıcak su ile yıkanmalıdır. Günde bir kez de kaynatılmalıdır(33).

H- Meme ucu kalıbı (Breast Shell) uygulaması : reast shell'ler emzirmeler arasında meme ve meme ucunda genel rahatlığı arttırmak ve sürtünme temasını azaltmak amacı ile kullanılmaktadır. Breast Shell'lerin meme ucu ağrısını azaltma etkisi vardır. Ancak, breast shell önerirken ücreti hesaba katılmalıdır (11). Schultz ve Hill'in belirttiğine göre, Cadwell ve ark. (2002) yaptığı çalışmada, meme ucuna gliserin jel uygulanan gruptaki anneler, lanolin veya breast shell uygulanan gruplara göre meme ucu ağrısında daha fazla rahatlama belirtmişlerdir (11). Gosha ve Tichy'in (1988) yaptıkları çalışmada, breast shell uygulanan grup ile tedavi uygulanmayan grup arasında meme ucu ağrısı bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır (34).

I- Diğer uygulamalar : Meme bakımında, sabunlu su, saline solüsyonu ve hidrojen peroksit uygulaması tavsiye edilmemektedir. Çünkü bu maddeler cildi çevrelemekte ve iyileşmenin zayıflamasına neden olmaktadır. Meme bakımında ıslak meme pedlerin uygulanması, çatlakları artırır ve iyileşmeyi geciktirir. Meme bakımında yağların uygulanması geçici olarak doğal nemliliğin buharlaşmasını yavaşlatır. Ancak, yağlar pedler veya sütyen tarafından emilir ve cilt tarafından absorbe olmaz (35). Schultz'un belirttiğine göre, Herd ve ark. (1986) yaptıkları çalışmada, deney ve kontrol grubunu oluşturan yüzer kadın, her emzirmeden önce ve sonra klorheksidin/alkol spreyini veya distile suyu kullanmışlardır. Doğumdan sonra ilk dört hafta süresince, dört değerlendirme yapılmıştır. Klorheksidin/alkol sprey uygulamasının, distile su uygulamasına göre meme ucu ağrısı ve travmasını anlamlı biçimde azalttığı bulunmuştur. İki sprey uygulamasında da bebeğe herhangi bir yan etki belirtilmemiştir (11). Ziemer ve ark. (1995) yaptıkları çalışmada, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, polietilen film sargı uygulaması süresince

sağlanan nemli ortamın, meme ucu ağrısı ve yara oluşumunu azalttığını bulmuşlardır. Tedavi ile eritem ve fissürün şiddeti arasında ilişki bulunamamıştır (36). Kolajenaz veya deksantenol merhemler, meme ucu ağrısının tedavisinde kullanılabilir. Her iki merheminde analjezik etkileri gösterilmiştir. Ancak, kişilerin bu merhemleri alabilirliği değerlendirilmelidir (11). Kusu ve ark. (2001) yaptıkları araştırmada, randomize olarak belirlenmiş kolajen, deksantenol veya sabunlu sıcak su uygulayan üç grup, meme ucuna iki hafta süresince günde dört kez bu uygulamaları yapmıştır. Postpartum üçüncü günde, deksantenol veya sabunlu sıcak su uygulayan grupta meme ucu ağrısı anlamlı biçimde artmıştır. Kolajen veya deksantenol kullanan kadınlar arasında meme ucu ağrısında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Her iki grup, sabunlu sıcak su uygulayan gruptan meme ucu ağrısı bakımından daha iyi bulunmuştur (37).

Sonuç olarak; profesyonel laktasyon danışmanlığı ile erken emzirme sorunlarının üstesinden gelmek kesinlikle olasıdır. Meme ucu ağrısı, meme ucu çatlağı, bebeği memeye yerleştirmede zorluk, emzirmenin erken bırakılmasını artıran riskler, emzirmeye başlamada gecikme gibi etkenler başarılı emzirme ile engellenebilmektedir (38). Hemşireler, ebeveynlere emzirmenin yararları ve emzirme tekniği konusunda tamamen doğru ve eksiksiz bilgi vererek, ebeveynlerin bebeklerini besleme yöntemini seçmelerine yardımcı olmalıdırlar. Ayrıca hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonellerinin emzirme ve meme sorunları konusundaki bilgisi ve kararlı tutumu, emzirmenin teşvik edilmesinde büyük yararlar sağlayacaktır (39).

Peripartum politika ve uygulamalar, annenin bebeğini emzirmeye başlamasını sağlayacak ve meme bakımını cesaretlendirecek şekilde olmalıdır. Emziren anne veya bebeğin hastanede kalmaları gerekli olduğunda emzirmeyi devam ettirmek için her türlü çaba gösterilmelidir (40).

KAYNAKLAR

- 1- Demirel F, Üner A, Kırımı E: Van ili kırsalındaki annelerin çocuk beslenmesindeki alışkanlıkları ve uygulamaları. Van Tıp Dergisi 2001; 8(1): 18-22.
- 2- Şanlıer N, Aytakin F: Ankara'da yaşayan 0-36 ay çocukların bazı antropometrik ölçümleri ve anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2004; 24(1): 271-289.
- 3- UNICEF, <http://www.unicef.org/turkey/untr/pdf-dn.pdf>, 10.02.2006.
- 4- Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA 2003, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003>, 02.03.2006.
- 5- Kearney MH, Cronenwett LR, Barret JA: Breast feeding problems in the first week postpartum. Nursing Research 1990; 39(2): 90-94.
- 6- Ziemer MM, Pigeon JG: Skin changes and pain in the nipple during the 1st week of lactation. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 1993; 22(3): 247-256.
- 7- Bear K, Tigges B: Management strategies for promoting successful breastfeeding. Nurse Practitioner 1993; 18(6): 50-60.
- 8- Chapman J, Macey M, Keegan M, Borum P, Bennett S: Concerns of breast-feeding mothers from birth to 4 months. Nursing Research 1985; 34(6): 374-377.
- 9- De Carvalho M, Robertson S, Klaus MH: Does the duration and frequency of early breastfeeding affect nipple pain?. Birth 1984; 11(2): 81-84.
- 10- Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş III. Baskı, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Ankara 1997; 43-53.
- 11- Schultz KM, Hill PD: Prevention of and therapies for nipple pain: A systematic review. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 2005; 34: 428-437.
- 12- Woolridge MW: Aetiology of sore nipples. Midwifery 1986; 2: 172-176.
- 13- Şirin A. Doğum sonrası lohusa ve bebek sağlığı yönünden bireysel aşamalı eğitimin gerekliliği üzerine bir araştırma. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir 1988; 10-23.
- 14- Henderson A, Stamp G, Pincombe J: Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: A randomized trial. Birth 2001; 28(4): 236-242.
- 15- Duffy EP, Percival P, Kershaw E: Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. Midwifery 1997; 13: 189-196.
- 16- Vinther T, Helsing E. Breastfeeding: How to support success. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1997.
- 17- WHO/UNICEF. Breastfeeding counselling. A training course, 1993.
- 18- Pugh LC, Buchko BL, Bishop BA, Cochran JF, Smith LR, Lerew D: A comparison of topical agents to relieve nipple pain. Birth 1996; 23(2): 88-93.
- 19- Akkuzu G, Taşkın L: Doğum sonu dönemde meme başı sorunlarının önlenmesinde meme bakım yöntemlerinin etkisinin incelenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2001; 1: 30-38.
- 20- Kocaman G. Ağrı. Hemşirelik Yaklaşımları, Saray Tıp Kitabevleri, Ankara 1994.
- 21- Akkuzu G, Taskin L: Impacts of breast-care techniques on prevention of possible postpartum nipple problems. Professional Care of Mother & Child 2000; 10(2): 38-39, 41.
- 22- Buchko BL, Pugh LC, Bishop BA, Cochran JF, Smith LR, Lerew D: Comfort measures in breastfeeding, primiparous women. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 1994; 23(1): 46-52.

- 23- Tanen, http://tr.wikipedia.org/wiki/Tanik_asit, 10.03.2006.
- 24- Tannic acid in tea, http://www.farsinet.com/hottea/tannic_acid_in_tea.html, 10.03.2006.
- 25- Management of sore nipples, <http://www.momsinmind.com.sg/nipplewound.html>, 15.03.06.
- 26- Laverigne N: Does application of tea bags to sore nipples while breastfeeding provide effective relief. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 1997; 26 (1): 53 - 58.
- 27- Lansinoh cream for breastfeeding mothers, <http://www.momsinmind.com.sg/lansinohcream.html>, 18.03.2006.
- 28- Hewat RJ, Ellis DJ: A comparison of the effectiveness of two methods of nipple care. *Birth* 1987; 14(1): 41-45.
- 29- Ertem G, Kavlak O, Sevil Ü, Şirin A: Lanolin'in meme başı çatlakları üzerine etkisinin incelenmesi. *Perinatoloji Dergisi* 2005; 13(1): 317.
- 30- Chalmers CM, The use of maternimates* hydrogel dressing to prevent nipple soreness in lactating women, <http://www.mothersmates.com/mmclinical.asp>, 15.03.06.
- 31- Dodd V, Chalmers C: Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2003; 32(4): 486-494.
- 32- MotherMates hydrogel dressing for breastfeeding mothers, <http://www.momsinmind.com.sg/mothersmates.html>, 15.03.06.
- 33- Clay BW, Nipple shields, <http://www.medela.com/newfiles/nipshield.html>, 15.03.06.
- 34- Gosha JL, Tichy AM: Effect of a breast shell on postpartum nipple pain: An exploratory study. *Journal of Nurse Midwifery* 1988; 33(2): 74-77.
- 35- Moist wound healing, http://www.leron-line.com/updates/Wound_healing.htm, 5.03.2006.
- 36- Ziemer MM, Cooper DM, Pigeon JG: Evaluation of a dressing to reduce nipple pain and improve nipple skin condition in breastfeeding women. *Nursing Research* 1995; 44(6): 347-351.
- 37- Kuscü NK, Koyuncu F, Lacin S: Collagenase treatment of sore nipples. *International Journal of Gynecology & Obstetric* 2001; 76: 81-82.
- 38- Rivers LN: Early breastfeeding difficulties: Incidence and risk factors. *Journal of Human Lactation* 2004; 20(1): 101-102.
- 39- Tuzcu A. Denizli il merkezi yataklı tedavi kurumlarında doğum yapan annelerin emzirme tutumlarının değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli 2001.
- 40- Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115(2): 496-506.

TÜRKİYE'DE ANNE ÖLÜMLERİNİN DURUMU

Maternal Mortality in Turkey Hacettepe Nüfus etüdleri Enstitüsü ÖZET

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ), Ekim 2004-Aralık 2006 dönemi içerisinde uygulanan T.C. Sağlık Bakanlığı'nın bir projesidir. Köy muhtarları ve mezarlık görevlileri aracılığıyla yaşa ve cinsiyete göre bütün definlerin kaydedilmesini, 12-50 yaş kadın ölümlerinin araştırılması için ekipler kurularak hastane kayıtlarının mevcut olduğu durumlarda bunların incelenmesini, mümkün olmadığı durumlarda ise sözel otopsinin yapılmasını içeren yeni bir saha çalışmasıdır.

Bu çalışmada belirlenmesi gereken temel göstergeler 100,000 canlı doğumda gebeliğe bağlı (pregnancy related) ölüm oranı (GBÖO) ve anne ölüm oranı (AÖO) olmuştur. GBÖO göstergesi, doğrudan ve dolaylı anne ölümü nedenleri ile birlikte tesadüfi nedenleri de içermektedir. Haziran 2005-Mayıs 2006 dönemi için GBÖO 100,000 canlı doğumda 38.3 ($\pm$ 2.8) olarak bulunmuştur. Kentsel yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 28.2 olan GBÖO, kırsal yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 53.7 olarak tespit edilmiştir. Aynı dönemde AÖO ise, Türkiye geneli için 100,000 canlı doğumda 28.5 ($\pm$ 2.5) olarak bulunmuştur. Kentsel yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 20.7 olan AÖO, kırsal yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 40.3'tür. UAÖÇ sonuçlarına göre, gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 58.4'ü doğrudan anne ölüm nedenleri ile, yüzde 15.8'i dolaylı anne ölüm nedenleri ile ve yüzde 23.2'si ise tesadüfi nedenler ile gerçekleşmiştir. Geriye kalan yüzde 2.4'lük gebeliğe bağlı ölüm için ise ölüm nedeni belirlenememiştir.

Ölümün tıbbi nedenlerinin başında hemoraji (gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 17'si için) ve hipertansif bozukluklar (pre-eklampsi veya eklampsi) (gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 14'ü için) gelmektedir. Kadınların yüzde 12'si ise, ante-partum, intra-partum ya da post-partum dönemlerinde gelişen emboli, uterus rüptürü gibi nedenlerden ya da cerrahi işlemlerle doğrudan ilgili nedenlerden ölmüşlerdir. Dolaylı anne ölümü nedenleri arasında en yoğun olarak dolaşım sistemi hastalıkları görülmektedir (Gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 8'i için). Daha sonra da neoplazm (yüzde 2), diğer ölüm nedenleri (yüzde 2) ve intihar (yüzde 1) gelmektedir. Tesadüfi nedenler içinde ise en yaygın olarak görülen ölüm nedeni trafik kazasıdır (yüzde 11).

Gebeliğe bağlı ölümlerin üçte birinden fazlası (yüzde 37) ante-partum dönemde gerçekleşmektedir. Bu dönemde gerçekleşen gebeliğe bağlı ölümlerin büyük bir bölümü tesadüfi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 9'u doğum sırasında gerçekleşirken, büyük bir çoğunluğu (yüzde 54) post-partum döneminde gerçekleşmektedir. Bu gebeliklerin yarısı canlı doğumla sonuçlanmış olup bebeklerin bir kısmı (yüzde 5) doğumdan sonra ölmüştür. Ölü doğumların oranı yüzde 13 civarındadır. Gebeliklerin yüzde 32'si intra-uterin fetal ölümle ya da annenin ölümü nedeniyle kürtajla sonuçlanmıştır. Anne ölümlerinin yüzde 65'inden fazlası belirgin şekilde biyo-medikal risk faktörlerine maruz kalmıştır. Bu faktörlerin yüzde 28'i annelerin 34 yaşın üstünde veya 18 yaşın altında olması ile ilişkilidir. Hemen hemen aynı orandaki kadın için paritenin 4'ten daha fazla olması bir risk faktörü olarak görülmektedir. Hipertansif bozuklukların da dahil edildiği dolaşım sistemi hastalıklarının risk faktörleri arasındaki payı yüzde 18'dir. Sorunun tanımlanmasında ve tedavi için başvuruda gecikme ile ilişkili faktörler, gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 30'u için geçerlidir. Sağlık hizmeti verenlerden kaynaklanan nedenler risk faktörlerinin yüzde 14'ünü oluşturmaktadır. Sağlık personelinin, malzemelerin, araç gereçlerin ve ilaçların yetersizliği gibi sağlık hizmetindeki donanım eksikliğinin gebeliğe bağlı ölümler üzerindeki etkisi yüzde 2 gibi düşük seviyelerdedir.

Anahtar Kelimeler: Anne Ölümleri, Anne Morbiditesi, Gebelik, Kanama, Hipertansiyon

ABSTRACT

The Turkey National Maternal Mortality Study (NMMS) is a Turkish Ministry of Health study conducted from October 2004 to December 2006. New field work to conduct the National Maternal Mortality Research (NMMR), This used village headmen and cemetery officials to identify all burials by age and sex, and a further team to investigate all female deaths aged of 12-50 using hospital records where these were available and verbal autopsies where not.

The main indicators which had to be determined were the ratio of pregnancy related deaths (PRDs) and the ratio of maternal deaths per 100,000 live births. The ratio of pregnancy related deaths includes direct maternal causes, indirect maternal causes as well as coincidental causes of PRD. For the period June 2005-May 2006 the overall ratio of pregnancy related deaths was found to be 38.3 ($\pm$ 2.8 in the 95 percent confidence interval) per 100,000 live births. It was 28.2 per 100,000 live birth in urban areas and 53.7 in rural areas. For the same period, the country wide estimate for the maternal mortality ratio was 28.5 ($\pm$ 2.5 in the 95 percent confidence interval) per 100,000 live births, 20.7 in urban and 40.3 in rural areas. The NMMS results show that 58.4 percent of all pregnant women died from direct maternal causes, 15.8 percent from indirect causes and 23.2 percent from co-incidental causes. The remaining 2.4 percent were deaths for which the kind of pregnancy relation could not be specified.

The leading cause of death (17 percent of all pregnancy-related deaths) was haemorrhage, followed by hypertensive disorders of pregnancy (pre-eclampsia or eclampsia) (14 percent of all pregnancy-related deaths). Twelve percent died of other ante-, intra- or postpartum conditions such as embolism, ruptured uterus or causes directly related to a surgical procedure. Among the indirect maternal causes, the biggest group (8 percent of all PRDs) were deaths due to diseases of the circulatory system, followed by neoplasm (2 percent), other causes of death (2 percent) and suicide (1 percent). The most common coincidental cause of death was road traffic accidents (11 percent).

More than one-third of the women (37 percent) died before giving birth to their child. Most of these were PRDs from coincidental causes. A further 9 percent of women died during delivery, the majority (54 percent) however in the post-partum period. Almost half of these pregnancies ended with a live birth, though some of the babies died post-partum (5 percent). Thirteen percent were stillbirths. In 32 percent the pregnancy ended with an intra-uterine death or was aborted due to the death of the mother.

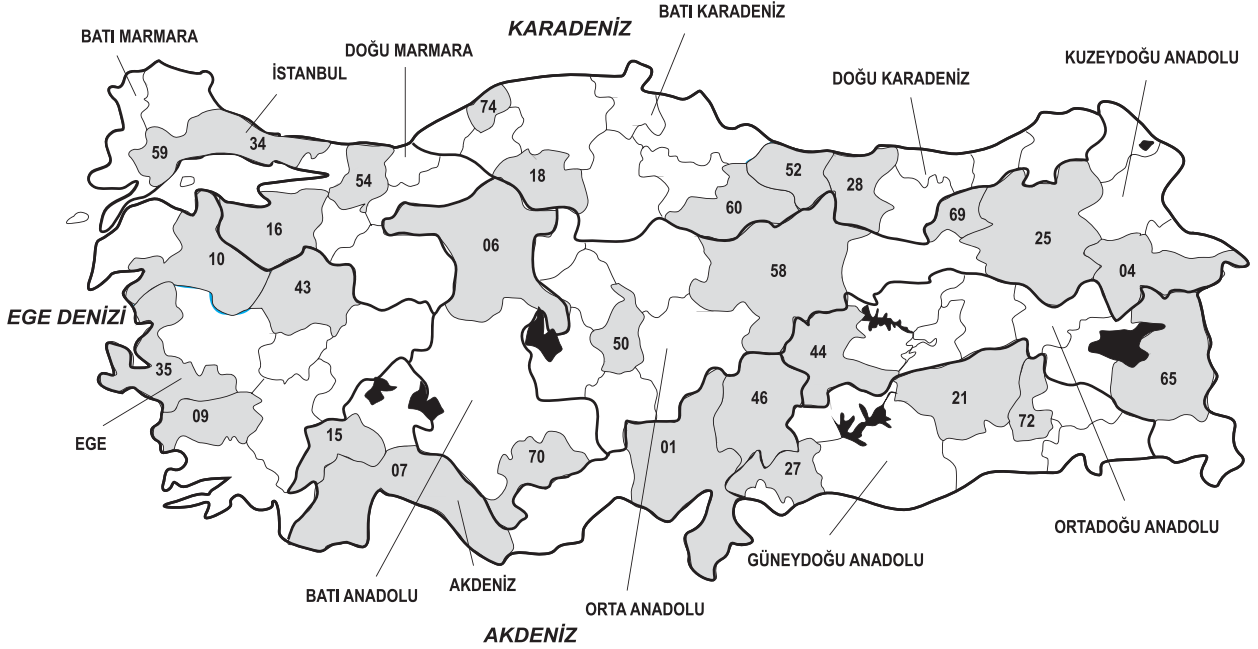
Over 65 percent of all maternal deaths were to women with obvious biomedical risk factors. Twenty eight percent occurred to women aged above 34 or below 18. Almost the same number of women presented with a parity above 4 as a risk factor. Diseases of the circulatory system including hypertensive disorders accounted in 18 percent as risk factors. Delays in recognising the problem and delayed health-seeking by the family attributed to 30 percent of all pregnancy related deaths. Health service provider factors were noted as contributors to maternal deaths in about 14 percent. The contribution made by a deficient health service provision, in terms of availability of staff, equipment, supplies or pharmaceuticals, was with 2 percent encouragingly low.

The levels and patterns of causes of maternal death do neither resemble a typical developing country nor the situation which can today be found in Western Europe or North America. There is no doubt that the maternal mortality ratio compares well with other countries in transition. The distribution pattern of causes for maternal deaths however is more complex. Infections, unsafe abortion and obstructed labour, which are common causes of maternal death in developing countries, play only a very limited role. However, the pattern with eclampsia and severe bleedings is where the situation in Turkey resembles more developing countries. This suggests that the health services mainly on the primary and secondary level - are not always sufficiently prepared to cope with conditions which cause death rapidly if not immediately treated.

Key Words: Maternal mortality, Maternal morbidity, Pregnancy, Hypertension, Bleeding

SEÇİLEN İLLER

Çalışmanın örnekleme için ağırlıklı, tabakalı olasılıklı örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Bu anlamda ülke geneli, kentsel ve kırsal alanlar ile ve 12 NUTS-1 bölgesi için tahminler yapmaya elverişli örnekleme seçilmiştir. UAÖA'nın saha faaliyetleri için ilk olarak 27 il belirlenmiştir. Daha sonra, pilot araştırma ve ön deneme faaliyetleri için seçilen 2 il, Antalya ve Erzurum, veri toplama faaliyetlerini bir yıl boyunca kendiliğinden sürdürmüş ve sonuç olarak aşağıda gösterildiği gibi 29 il için elverişli veri sağlanmıştır.



BÖLGELER VE İLLER

01 İSTANBUL

34 İstanbul

02 BATI MARMARA

10 Balıkesir

59 Tekirdağ

03 EGE

09 Aydın

35 İzmir

43 Kütahya

04 DOĞU MARMARA

16 Bursa

54 Sakarya

05 BATI ANADOLU

06 Ankara

70 Karaman

06 AKDENİZ

01 Adana

07 Antalya

15 Burdur

46 K. Maraş

07 ORTA ANADOLU

50 Nevşehir

58 Sivas

08 BATI KARADENİZ

18 Çankırı

60 Tokat

74 Bartın

09 DOĞU KARADENİZ

28 Giresun

52 Ordu

10 KUZeyDOĞU ANADOLU

04 Ağrı

25 Erzurum

69 Bayburt

11 ORTA DOĞU ANADOLU

44 Malatya

65 Van

12 GÜNEYDOĞU ANADOLU

21 Diyarbakır

27 Gaziantep

72 Batman

Toplam 29 ilde, 16,139 yerleşim yeri (285 kent; 15,854 kır) çalışmaya dahil edilmiştir. UAÖA, yaklaşık 39 milyonluk nüfus büyüklüğü ile de ülke nüfusunun yüzde 54'ünü kapsamıştır.

TANIMLAR

Kadın ölümü, ölüm nedenine bakılmaksızın 15-49 yaş grubu kadınlar arasında meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır.

Gebeliğe bağlı ölüm, ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır.

Anne ölümü, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak *tesadüfi* olmayan bir nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür.



K. TUĞ

Doğrudan anne ölüm nedenleri, gebelikle birlikte ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik durumlara direkt olarak bağlı olan nedenlerdir. En belirgin olanlar, hemoraji, sepsis, eklampsi, emboli, sezeryan sırasındaki cerrahi ya da anestezi komplikasyonlarıdır.

Dolaylı anne ölüm nedenleri, önceden varolan veya gebelik sırasında ortaya çıkan ve bu dönemde meydana gelen fizyolojik değişimlerin şiddetlendirdiği nedenlerdir. Örneğin, şeker hastalığı, HIV/AIDS, anemi, kalp rahatsızlığı, intihar.

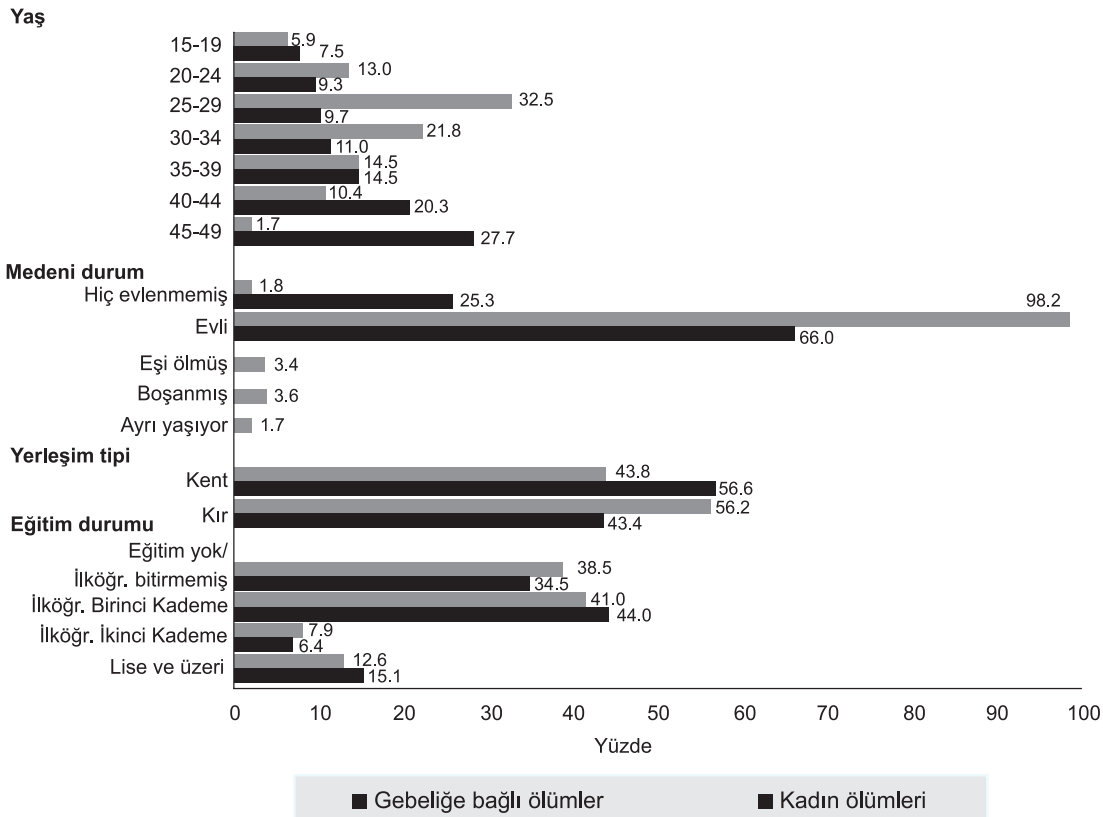
Tesadüfi nedenler, bir kadının gebe olmasa bile ölümüne neden olabilecek olaylar olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, trafik kazası.

Kazalar ve *tesadüfi* nedenlere bağlı ölümler, anne ölümüne yönelik hesaplamaların dışında tutulmuştur. Ancak, tesadüfi nedenler ile dolaylı anne ölümü nedenlerinin birbirinden ayırt edilmesi her zaman kolay olmamaktadır. Ölüm nedeninin belirsiz olduğu durumlarda, anne ölümlerinin tespit edilmesinde yanlışlığa yol açmamak amacıyla ICD-10'da yeni bir gösterge olarak *gebeliğe bağlı ölüm* kavramı geliştirilmiştir. Uluslararası yayınların kullandıkları tanımların çok net olmaması nedeniyle ve karşılaştırmanın yapılabilmesi amacıyla bu çalışmanın sonuçlarının sunulduğu tablolarda iki farklı sınıflamaya ilişkin değerler (gebeliğe bağlı ölümler ve anne ölümleri) sırasıyla verilerek bunların kolay ayırt edilebilir olması sağlanmıştır. Aynı zamanda, metin içerisinde her iki değere ait sonuçlar birlikte verilmiştir.

KADIN ÖLÜMLERİNİN VE GEBELİĞE BAĞLI ÖLÜMLERİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Ölen kadınlar hakkında toplanan yaş, medeni durum ve diğer sosyal göstergelere ilişkin veriler, gebeliğe bağlı ölümlerin ve 15-49 yaş gurubu kadın ölümlerinin temel özellikleri hakkında bilgi vermektedir.

Gebeliğe bağlı nedenlerden dolayı ölen kadınların yaş dağılımı, 15-19 yaş grubundan 25-29'a doğru bir artış ve ileri yaşlara doğru bir azalma olduğunu göstermektedir. Gebeliğe bağlı ölümlerin yaklaşık üçte biri 25-29, yüzde 22'si ise 30-34 yaş grubunda meydana gelmiştir. 15-49 yaş aralığındaki kadın ölümlerine bakıldığında ise, erken yaşlardan ileri yaşlara doğru yaş gruplarının toplam ölümler içinde paylarının sürekli arttığı görülmektedir. Kadınların (15-49) yaklaşık yarısı 40 yaşının üzerinde ölmüştür.



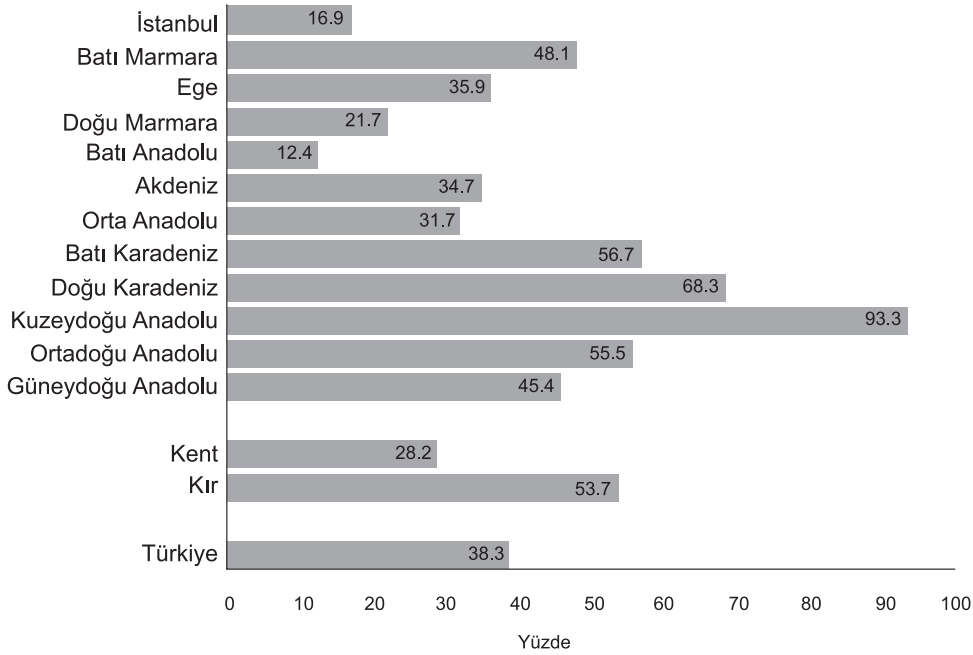
Gebeliğe bağlı nedenlerden ölen kadınların hemen hemen tamamının medeni durumları öldüklerinde evli olarak bildirilmiştir. Aynı şekilde kadın ölümlerinin büyük çoğunluğu da (yüzde 66) evli kadınlar arasında meydana gelmiştir. Gebeliğe bağlı nedenlerden ölen kadınların sadece yüzde 2'si ve kadın ölümlerinin yüzde 25'i hiç evlenmemiş kadınlar arasında meydana gelmiştir.

Yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde, gebeliğe bağlı nedenlerden ölen kadınların yarısından fazlası, tüm kadınların ise yaklaşık üçte biri kırsal bölgelerde gerçekleşmiştir. Eğitim durumları göz önünde bulundurulduğunda, gebeliğe bağlı nedenlerden ölen kadınlar ile 15-49 yaş grubunda gerçekleşen kadın ölümleri arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır. Her iki durumda da ölümlerin büyük bir çoğunluğu az eğitilmiş kadınlar arasında gerçekleşmiştir. Hem gebeliğe bağlı ölümlerin hem de kadın ölümlerinin yaklaşık yüzde 80'i ilköğretim birinci kademe veya daha az eğitim almış kadınlar arasında meydana gelmiştir.

ANNE ÖLÜMLERİNİN SEVİYESİ

Anne Ölüm Oranı (AÖÖ) anne ölümlülüğü seviyesini yansıtmaları açısından önemli bir göstergedir. Bu çalışmanın en önemli çıktıları gebeliğe bağlı ve anne ölümleri göstergelerinin Türkiye, NUTS-1 ve yerleşim yeri tipine göre tahmin edilmesidir.

NUTS-1 Bölgelerine ve Yerleşim Yerine Göre Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı



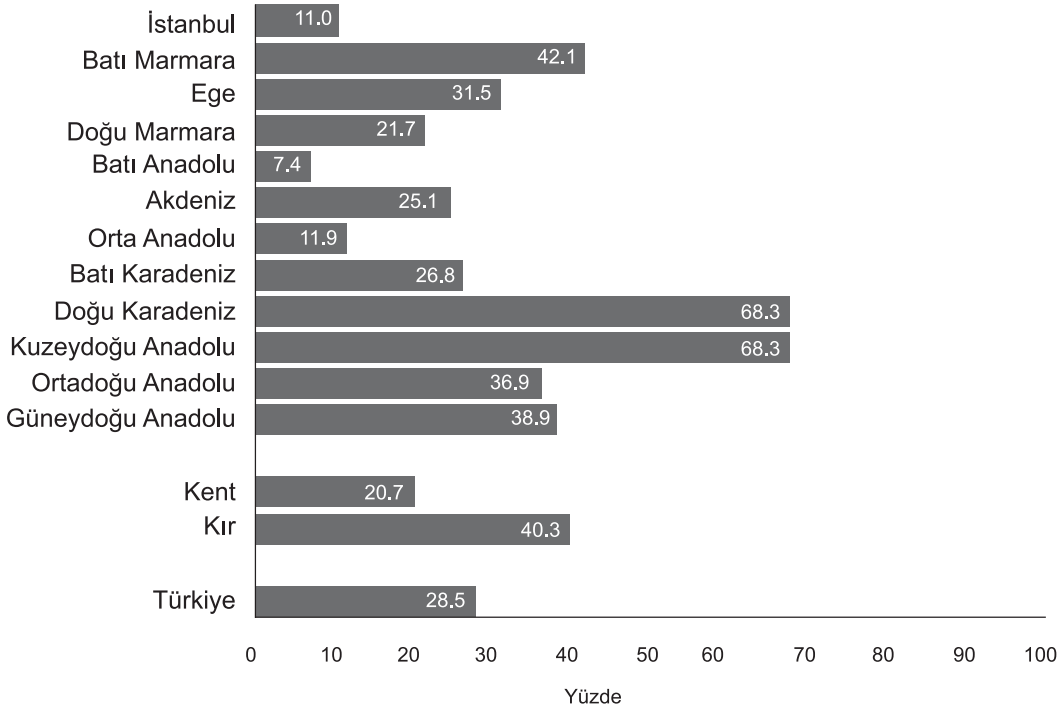
Y. COŞKUN

Gebeliğe bağlı ölüm oranı, ülke geneli için 100,000 canlı doğumda 38.3 (± 2.8) olarak bulunmuştur. Bölgeler arasında ise önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu oran, Batı Anadolu Bölgesi'nde 100,000 canlı doğumda 12.4 (± 5.0) ile en düşük, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise 100,000 canlı doğumda 93.3 (± 17.2) ile en yüksektir. Kentsel yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 28.2 (± 3.1) olan gebeliğe bağlı ölüm oranı, kırsal yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 53.7 (± 5.5) seviyesindedir. Gebeliğe bağlı ölümlerin 15-49 yaş grubundaki kadın ölümleri içindeki payı yüzde 4.3'dür. Bu oran, İstanbul'da yüzde 2.0, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise yüzde 13.0'dür.



Türkiye'de gebeliğe bağlı ölüm oranı 100,000 canlı doğumda 38.3 (± 2.8) olarak bulunmuştur. Batı Anadolu Bölgesi'nde (12.4) en düşük, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde (93.3) ise en yüksek seviyededir.

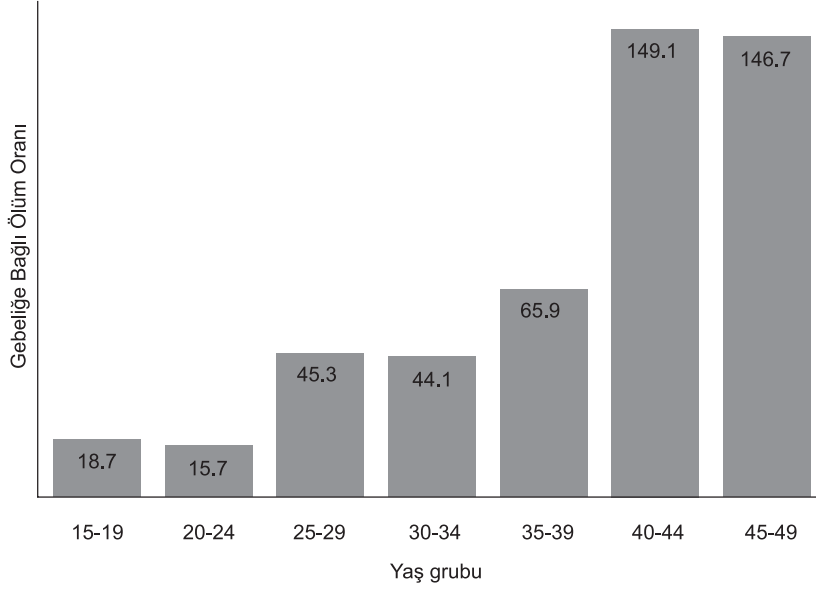
NUTS-1 Bölgelerine ve Yerleşim Yerine Göre Anne Ölüm Oranı



Anne ölüm oranı, 100,000 canlı doğumda 28.5 (± 2.5) seviyesiyle ülke genelinde oldukça düşük olup, bu durum sürekli artan doğum öncesi ve sonrası bakımın etkileri olarak yorumlanabilir. En düşük düzey Batı Anadolu (100,000 canlı doğumda 7.4), en yüksek düzey ise Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu (100,000 canlı doğumda 68.3) bölgeleri için bulunmuştur. Anne ölüm oranı kentsel alanlar için 20.7, kırsal alanlar için ise 100,000 canlı doğumda 40.3 olarak hesaplanmıştır.

Anne ölüm oranı Türkiye için 100,000 canlı doğumda 28.5'tir. En düşük seviyeyle Batı Anadolu (7.4) ve en yüksek seviyeyle Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu (68.3) bölgeleri öne çıkmaktadır.

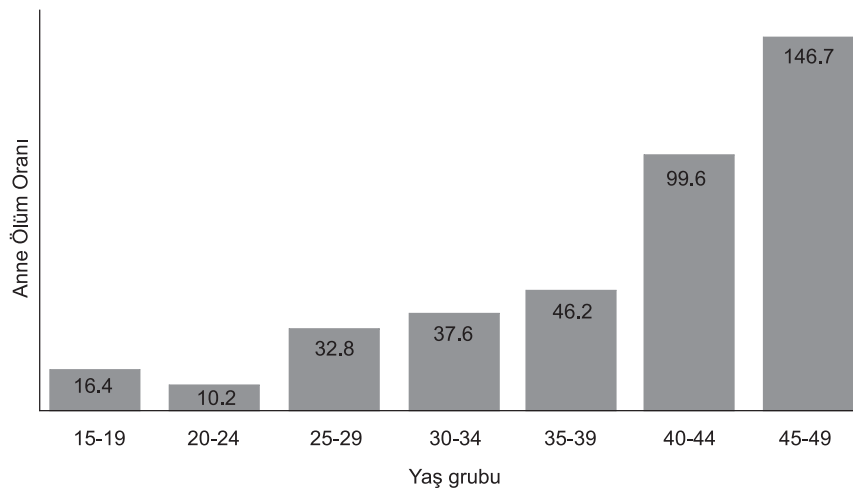
Yaş Göre Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı



Hesaplamalara göre, ileri yaşlardaki kadınlar arasında (40-44 ve 45-49 yaş grubu) bu kadınların doğum sayısının fazla (4 ve daha fazla gebelik) olması nedeniyle ölüm riski yüksektir. Bu durum, gebe kadınlar için en önemli tıbbi risk faktörü olarak kabul edilmektedir. 40-49 yaş aralığındaki kadınlar arasında bulunan gebeliğe bağlı ve anne ölüm oranları 100,000 canlı doğumda 100'ün üzerindedir. Gebeliğe bağlı ölümlerin yaş yapısında, "J" harfine benzeyen bir eğri ile ifade edilen ölümlülük

örüntüsü gözlenmektedir. Bu örüntü, genç kadınların da ileri yaşlardaki kadınlar kadar yüksek risk altında olduğuna işaret etmektedir. Ancak bu iki gruptaki kadınların doğum yapma ihtimali diğer yaş gruplarına göre daha az olduğu için ölümlerin sayısı düşük risk grubundakiler arasında en yüksektir.

Yaş Göre Anne Ölüm Oranı

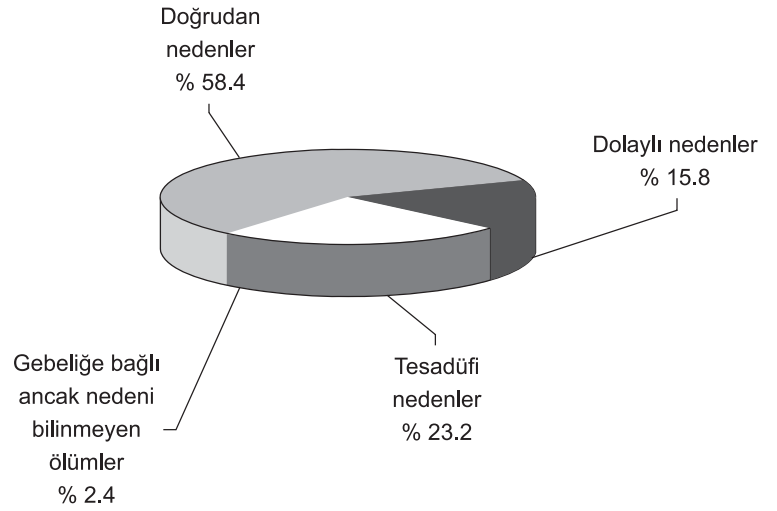


Gebeliğe bağlı ve anne ölüm oranları, 35 yaş üstü kadınlarda, özellikle de 40-49 yaş grubunda hızla artmaktadır.

ANNE ÖLÜMLERİNİN NEDENLERİ

Gebeliğe Bağlı Ölümün Nedenlere Göre Dağılımı

Gebeliğe bağlı ölümler arasında anne ölümlerinin payı yüzde 74.2; tesadüfi nedenlerden ölen kadınların payı ise yüzde 23.2'dir. Geriye kalan yüzde 2.4'lük ölümün ise gebeliğe bağlı olduğu bilinmekle birlikte, ölen kadının ailesiyle sözel otopsi görüşmesi yapılamadığı için bu ölümler hakkında daha ayrıntılı bilgilere ulaşılamamıştır. Gebeliğe bağlı ölümlerinin yüzde 58.4'ü doğrudan nedenlere, yüzde 15.8'i de dolaylı nedenlere bağlıdır.



Gebe kadınların yüzde 58.4'ü doğrudan, 15.8'i ise dolaylı nedenlerden dolayı ölmüştür.

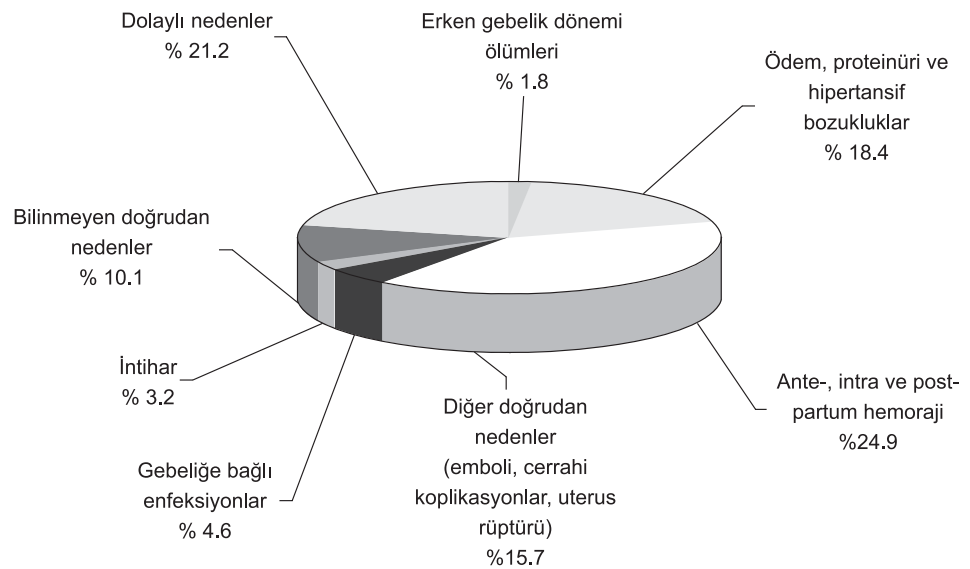


Y. COŞKUN

Anne Ölümünün Nedenlere Göre Dağılımı

Anne ölümüne yol açan nedenlerin dörtte biri doğumdan hemen önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra başlayan kanamalardan kaynaklanmaktadır. Anne ölümünün yüzde 15.7'si post-partum hemorajiden kaynaklanmakta olup bu ölümler de post-partum ölümlerinin yüzde 50'sinden fazlasını oluşturmaktadır. Bu ölümlerin de üçte biri doğum sonrası ilk 12 saat içerisinde gerçekleşmiştir. Atonik uterus ve plasentanın (tamamının veya bir kısmının) içeride kalması temel nedenler olara öne çıkmıştır.

Doğrudan anne ölüm nedenleri arasında ön plana çıkan ikinci önemli neden, ödem, proteinüri, hipertansiyon ve konvülsiyon ile desteklenen eklampsi olarak belirlenmiştir (anne ölümlerinin yüzde 18.4'ü; gebeliğe bağlı ölümlerin ise yüzde 13.7'si). Eklampsi önceden varolan hipertansif bozukluklara bağlı, ya da bundan bağımsız olarak ortaya çıkmıştır.



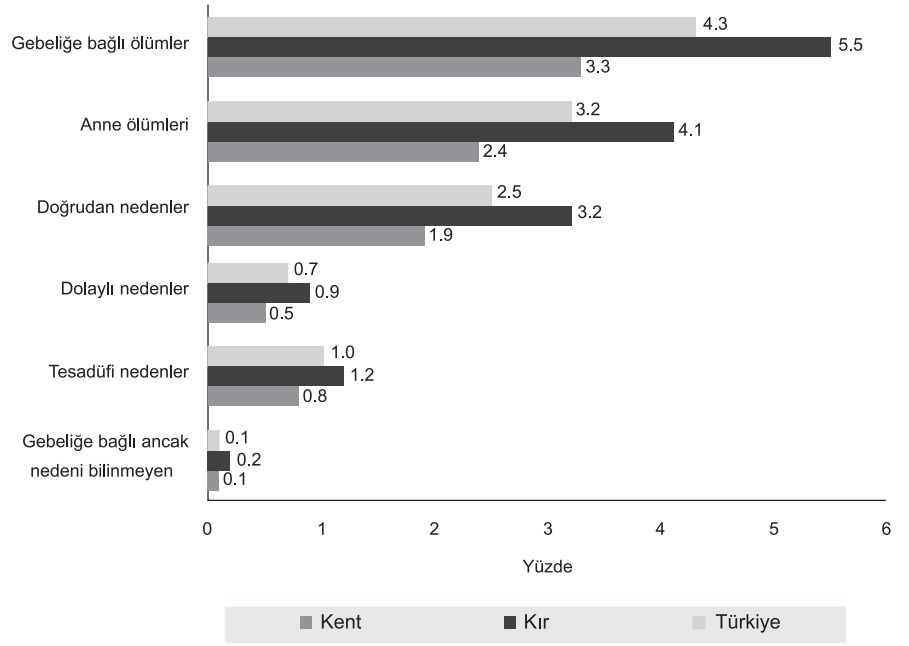
Diğer obstetrik nedenli anne ölümlerinin oranı yüzde 15.7'dir. Bu ölümler, genellikle sezeryan sonrasında ve aynı zamanda anestezi ve cerrahi işlemlere bağlı olarak kalbin, akciğerlerin ya da beynin fonksiyonlarını yerine getirememesi sonucu gelişen emboliden (yüzde 7.8) kaynaklanmaktadır. Zor doğumlarda müdahalenin geç yapılması nedeniyle ortaya çıkan uterus rüptürünün anne ölümleri içindeki payı yüzde 1.4'tür. Gebeliğe bağlı enfeksiyonlar, yoğun olarak puerperal sepsis, anne ölümlerinin yüzde 4.6'sına neden olmaktadır. Kadınların yüzde 1.8'i de septik abortus ya da ektopik (dış) gebelik nedeniyle ölmektedir.

Anne ölümlerinin yüzde 10.1'i için ayrıntılı ölüm nedeni, hasta dosyalarından ve/veya ölen kadının yakınlarından detaylı bilgi alınamadığı için belirlenememiştir.

Anne ölümlerinin önemli bir kısmı doğumdan hemen önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra obstetrik hemoraji ve eklampsiden dolayı meydana gelmiştir.

Temel Kategorilere ve Yerleşim Yerine Göre Kadın Ölümleri (15-49)

Bu bölümde, kadın ölümlerinin (15-49) temel kategorileri yerleşim yeri tipine göre verilmektedir. Ülke genelinde kadın ölümlerinin yüzde 4.3'ü gebeliğe bağlı ölümlerdir. Bu oran kırsal alanlarda daha fazla (yüzde 5.5) ve kentsel alanlarda daha düşüktür (yüzde 3.3). Aynı durum anne ölümleri için de geçerli olup, ülke geneli için yüzde 3.2 olan anne ölümlerinin kadın ölümleri içindeki payı, kırsal alanlar için yüzde 4.1, kentsel alanlar için ise yüzde 2.4'tür. Genel olarak Türkiye'de, 15-49 yaş aralığındaki kadınların yüzde 2.5'i doğrudan, yüzde 0.7'si de dolaylı anne ölüm nedenlerinden dolayı hayatını kaybetmiştir.



Ülke genelinde kadın ölümlerinin (15-49) yüzde 4.3'ü gebeliğe bağlı ölümler, yüzde 3.2'si de anne ölümleridir.

ANNE ÖLÜMÜNÜN GERÇEKLEŞTİĞİ DÖNEM VE BEBEĞİN/FETÜSÜN/EMBRİYONUN DURUMU

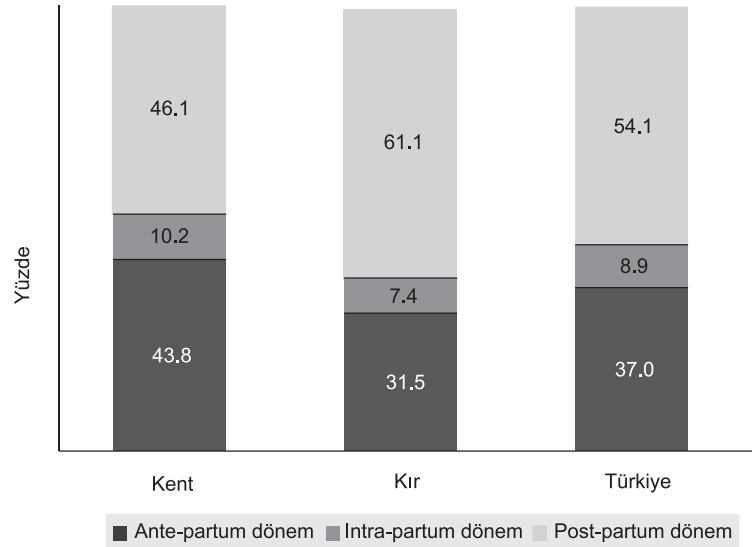
Gebeliğe bağlı ölümlerin meydana geldiği dönem ve bebeğin durumu, anne ölümlerinin potansiyel risklerinin anlaşılması bakımından önemlidir. Geç gebelik, prematüre doğum meydana gelmesi halinde fetüsün yaşama şansının yüksek olduğu dönem olarak ifade edilmektedir. UAÖÇ'nda bu dönemi belirlemek için 22. haftanın tercih edilmesinin nedeni, Türkiye'de yaygın olarak kullanılan bir kriter olmasıdır. Ayrıca, anne karnında 22 haftadan önce gerçekleşen ölümler, embriyonun alınmasına veya anne ile birlikte ölmesine bakılmaksızın düşük olarak tanımlanmaktadır. Annenin ölümü nedeniyle 22 haftadan büyük fetüsün anne karnında kalmasına intrauterin fetal ölüm denmektedir. Ante-partum dönemindeki ölümlerin büyük bir çoğunluğu, kazalara ve diğer dışsal faktörlere, başka bir ifade ile tesadüfi nedenlere bağlı olarak gerçekleşmektedir.



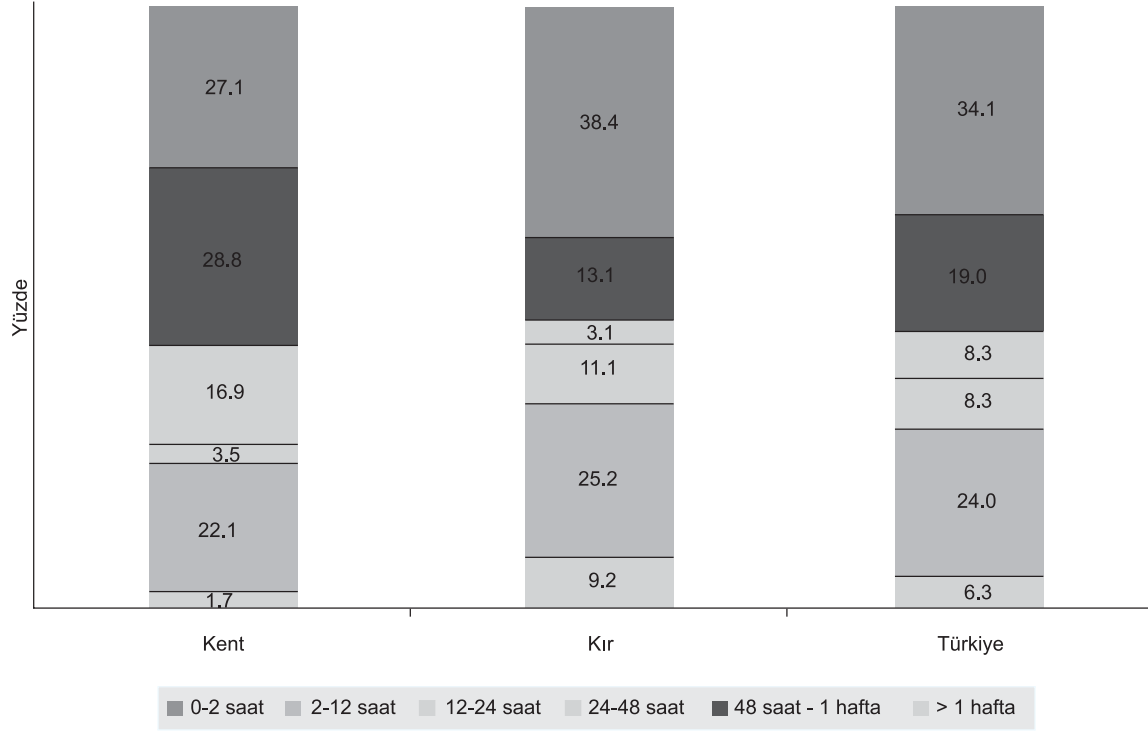
A. ÇAVLİN BOZBEYOĞLU

Yerleşim Yerine Göre Anne Ölümlerinin Dönemi

Türkiye'de, annelerin yüzde 37'sinde ölüm, doğumdan önceki dönemde meydana gelmektedir. Bu dönemdeki ölümlerin yarısı 22. haftadan önce, diğer yarısı da 22. haftadan sonra gerçekleşmektedir. Gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 9'u doğum sırasında, yüzde 54.1'i post-partum dönemde meydana gelmektedir. Post-partum dönemde gerçekleşen ölümlerin gebeliğe bağlı ölümler içindeki payı yerleşim yerine göre kıyaslandığında, kırsal alanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir (sırasıyla yüzde 61.1 ve yüzde 46.1).



Post-partum Dönemdeki Anne Ölümünün Dağılımı



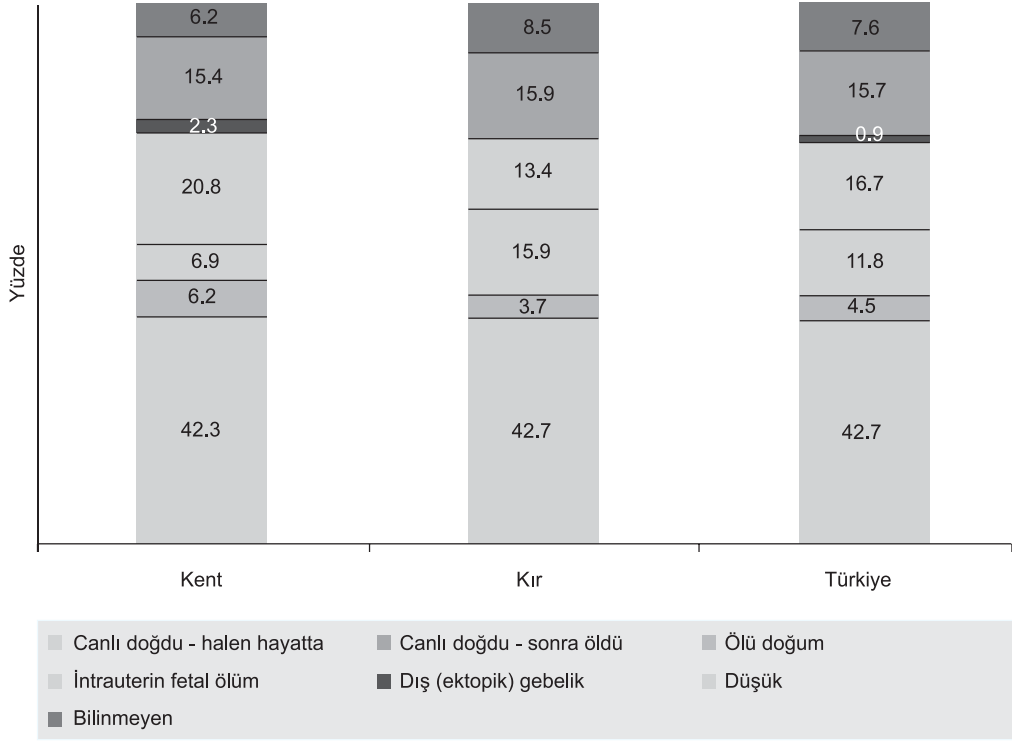
Bu ölümlerin yüzde 20.9'u post-partum dönemin birinci gününde meydana gelmektedir. Intra-partum dönemindeki ölümler de dahil edildiğinde, doğum sırasında veya sonrasında 24 saat içinde - daha çok obstetrik acil durumların meydana geldiği dönem - gerçekleşen gebeliğe bağlı ölümlerin seviyesi yüzde 30'a çıkmaktadır. Aynı şekilde kırsal bölgelerde daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Tıbbi bakımın daha zor olduğu kırsal alanlarda, bir annenin post-partum dönemin ilk 24 saat içinde hayatını kaybetme sıklığı, kentsel alanlara göre daha fazladır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI,
AÇSAP GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Bebegin/Fetüsün/Embriyonun Yerleşim Yerine Göre Durumu



Tüm erken gebelikler ya düşükle ya da ektopikle sonuçlanmıştır. Geç gebelik döneminde, bebeklerin yüzde 7'si hayatta kalmış, yüzde 7'si ölü doğmuş ve yaklaşık olarak yüzde 75'i rahim içinde anneye birlikte ölmüştür. Doğum sırasında ölen kadınların bebeklerinin yarısı, post-partum ölümlerde ise annenin doğumdan ne kadar sonra öldüğüne bakılmaksızın bebeklerin üçte ikisi yaşamaktadır.

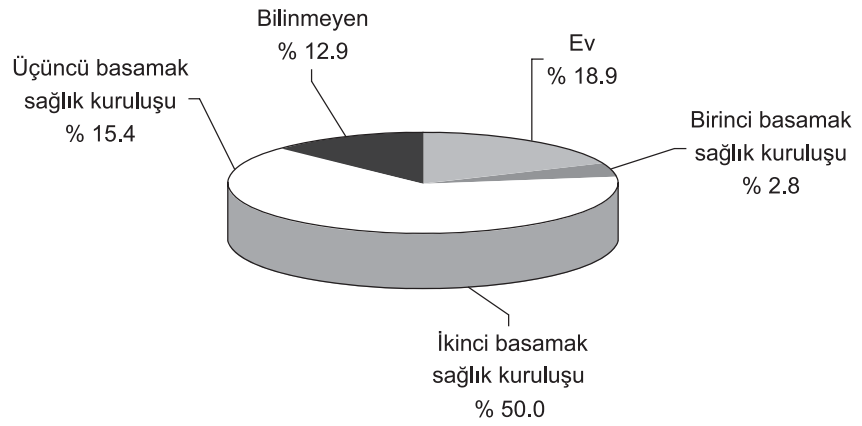
Genel olarak tüm gebeliklerin yüzde 47'si canlı doğumla sonuçlanmıştır. Bebeklerin yüzde 4.5'i doğumdan sonra ölmüştür. Yüzde 12'si ölü doğum olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, intra-uterin fetal ölüm yüzde 18, düşükler yüzde 15.4 ve dış gebelikler de yüzde 1 seviyesindedir. Ayrıca, vakaların yüzde 7.9'u için bebeğin durumuna ilişkin bilgi bulunmamaktadır.

DOĞUMUN VE ÖLÜMÜN GERÇEKLEŞTİĞİ YER

Doğumun ve ölümün meydana geldiği yere ait veriler kıyaslanırken, gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların hepsinin doğum yapmadığını tekrar hatırlatmakta yarar vardır. Gebeliklerin yaklaşık olarak yüzde 60'ı doğumla -canlı veya ölü doğum olarak- sonuçlanmıştır.

Son Gebelik İçin Doğumun Gerçekleştiği Yer

Evde doğum yapan annelerin oranı yüzde 19, sağlık kuruluşunda yapanların oranı ise yüzde 68'dir. Yüzde 13'ü için doğumun gerçekleştiği yer hakkında kesin bir bilgi bulunmamaktadır. Sağlık evleri gibi kapsamlı obstetrik acil bakım hizmetlerinin mevcut olmadığı birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına doğum yapanlar çok küçük bir gruba oluşturmaktadır (yüzde



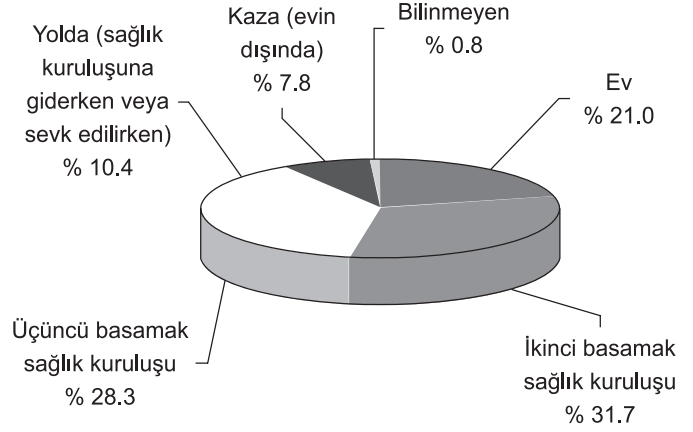
2.8). Doğumların büyük bir kısmı (gebeliğe bağlı ölen kadınların yüzde 50'si) ikinci basamak sağlık kuruluşlarında -ya devlet hastanelerinde ya da doğumevlerinde- gerçekleşmektedir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan eğitim ve üniversite hastanelerindeki doğumların payı ise yüzde 15'tir.



Y. COŞKUN

Anne Ölümünün Gerçekleştiği Yer

Ölümün gerçekleştiği yer açısından bakıldığında ortaya çıkan sonuç, doğumun meydana geldiği yer için gözlenen örüntüye oldukça benzemektedir. Gebeliğe bağlı olarak ölen annelerin yüzde 21'i evde, yüzde 70'i ise sağlık kuruluşunda ölmüştür. Ancak, farklı düzeylerdeki sağlık kuruluşları arasındaki dağılım, annelerin genellikle bir üst basamakta bulunan sağlık kuruluşuna sevk edilmelerinden dolayı birbirinden farklıdır. Bu nedenle de birinci basamak sağlık kuruluşunda ölüm meydana gelmemiştir. Kadın ölümlerinin yüzde 32'si ikinci basamakta ve yüzde 28'i üçüncü basamakta gerçekleşmiştir. Sağlık kuruluşuna giderken ya da sevk edilirken yolda meydana gelen ölümlerin payı ise yüzde 10'dur. Evin dışında gerçekleşen kazalardan ölen kadınların yüzde 8 seviyesindedir. Gebeliğe bağlı olarak gerçekleşen bu tür ölümlerin tamamı tesadüfi nedenler içinde yer almaktadır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI,
AÇSAP GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

DOĞUMUN ŞEKLİ VE SEZARYEN İLE DOĞUMA KARAR VERME

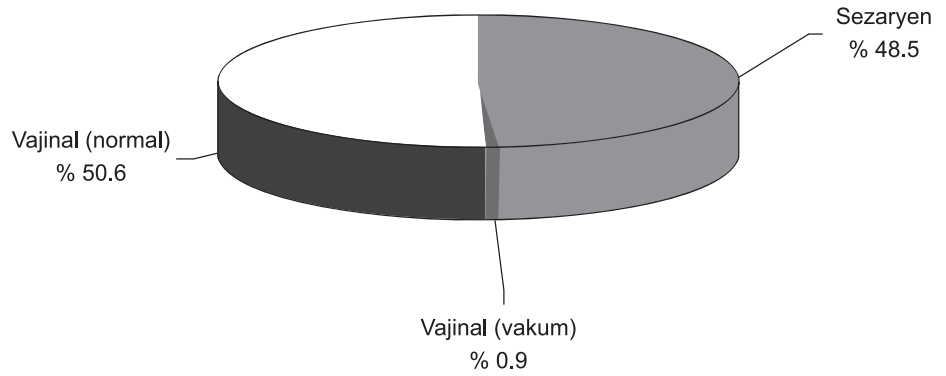
Doğumun şekli ve sezaryen ile doğuma karar verme de diğer faydalı göstergeler olup doğum koşullarının anlaşılması bakımından önemlidir.

Son Gebelik İçin Doğumun Şekli

Toplam doğumların yüzde 50'si normal doğum ile, yüzde 49'u sezaryen ile ve yüzde 1'i vakum ile gerçekleştirilmiştir. UAÖÇ kapsamında ölüme neden olan gebelikten önceki gebeliklerde doğumun nasıl gerçekleştiğine ilişkin

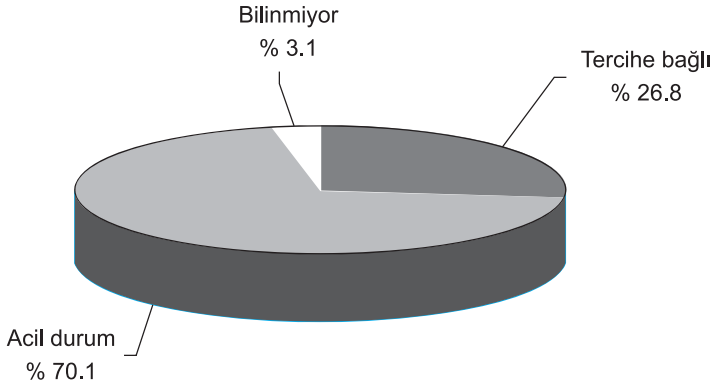
de bilgi alınmıştır. Bu doğumlarda, sezaryen oranı (yüzde 15.6), normal doğumlara (yüzde 84.4) göre oldukça düşüktür. Bu farklılık, annenin ölümüyle sonuçlanan gebeliklerin daha problemlili gebelikler olması nedeniyle beklenen bir durumdur.

Ayrıca, önceki gebelikler için gözlenen sezaryen yüzdesinin TNSA-2003'de bulunan sezaryen yüzdesinden (yüzde 21.2) daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların sezaryenin yapıldığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine genel ortalama ile kıyaslandığında daha az ulaşabildikleri biçiminde yorumlanabilir.



A. ÇAVLİN BOZBEYOĞLU

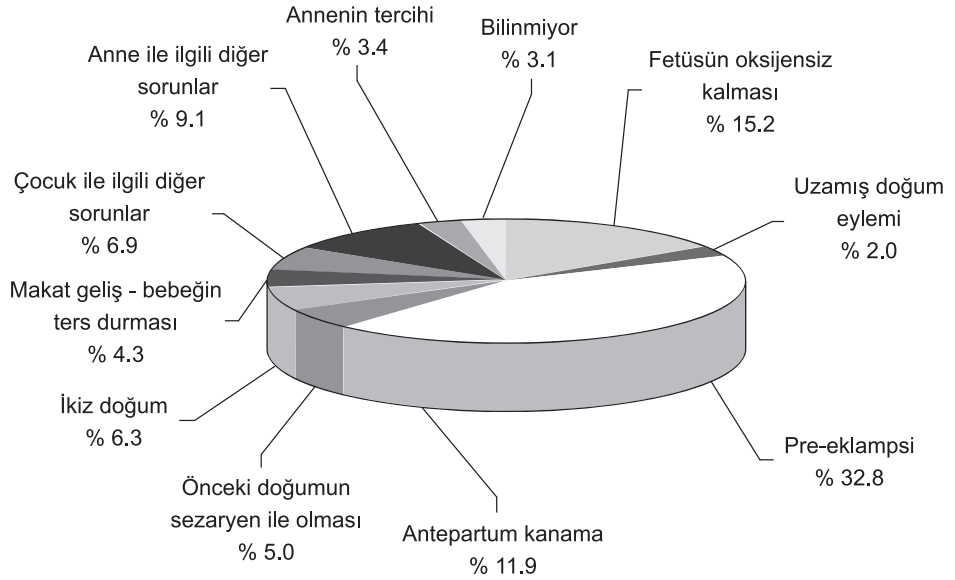
Sezaryen ile Doğuma Karar Verme



Sezaryen vakalarının yüzde 70'inin eklampsi, fetüsün oksijensiz kalması ya da doğum öncesi ağır kanama gibi acil durumlarla ilişkili olduğu görülmektedir. Sezaryen ile olan doğumların sadece yüzde 27'si annenin tercihiyle yapılmıştır.

Sezaryen Nedenleri

Sezaryen nedenlerine bakıldığında, en temel nedenin yüzde 32.8 ile eklampsi olduğu görülmektedir. Daha sonra sırasıyla, fetüsün oksijensiz kalması (yüzde 15.2) ve doğum öncesi kanama (yüzde 11.9) gelmektedir. Diğer nedenler arasında, ikiz doğumlar (yüzde 6.3), önceki doğumun sezaryen ile yapılmış olması (yüzde 5.0), bebeğin makattan gelmesi (yüzde 4.3), uzamış gebelik eylemi (yüzde 2.0), önceden varolan kronik hastalıklar gibi anneye ilgili sorunlar (yüzde 9.1) ve prematüre olması gibi çocuğa bağlı sorunlar (yüzde 6.9) yer almaktadır. Sezaryenin anne tarafından tercih edilmesi nedeniyle yapıldığı durumlar ise sadece yüzde 3.4 seviyesindedir.

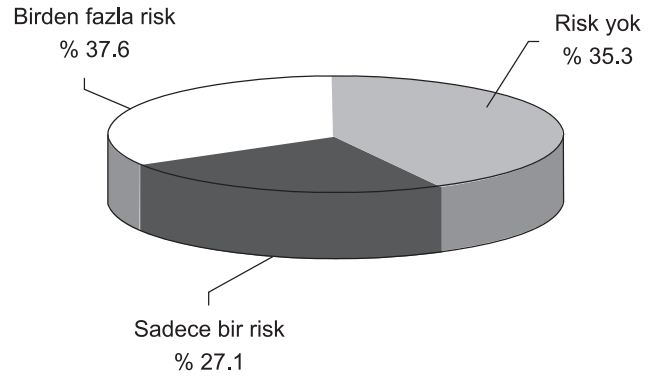


BİYO-MEDİKAL RİSK FAKTÖRLERİ

Biyo-medikal risk faktörleri, gebelik süresince varolan ve gebelik sonucunun olumsuz olma riskini artıran durumlar ve davranışlardır. Bu çalışmada biyo-medikal risk faktörleri olarak 18 yaşından küçük olmak, 34 yaşından büyük olmak, paritenin dörtten fazla olması, çoğul gebelikler, dolaşım sistemi hastalıkları, endokrin veya metabolik hastalıklar, mental ve davranışsal bozukluklar, nörolojik ve diğer hastalıklar ile önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar, anemi, sigara içme alışkanlığı ve obezite gibi hastalıklar ve davranışlar ele alınmaktadır.

Anne Ölümleri İçin Biyo-medikal Risk Faktörleri

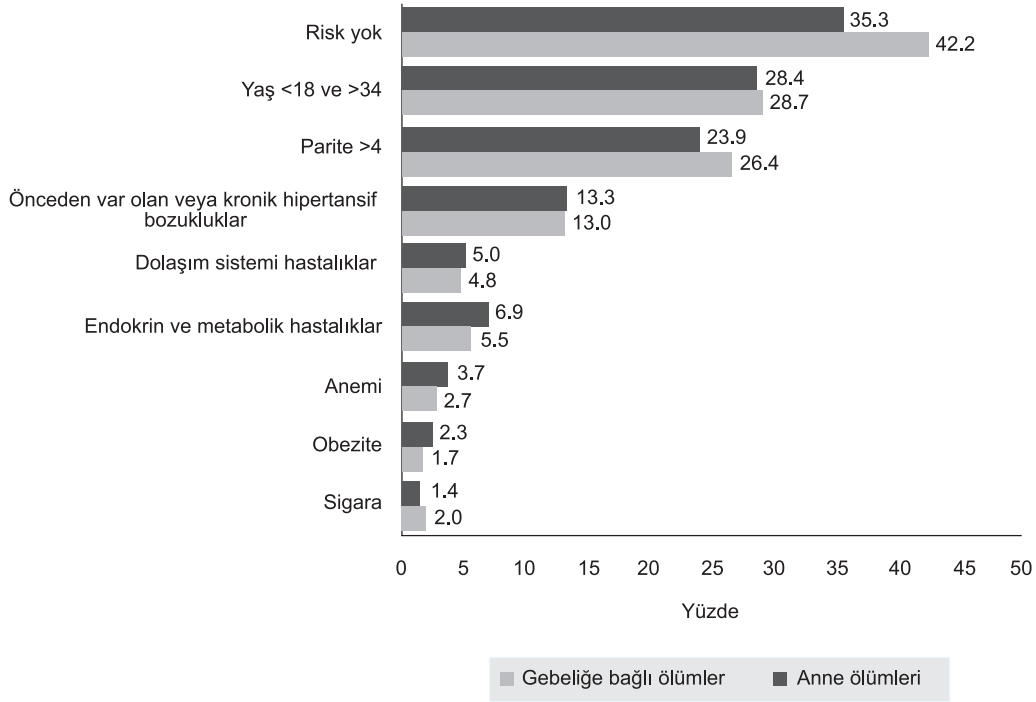
Anne ölümlerinin yaklaşık yüzde 65'inde en az bir biyo-medikal risk faktör görülmekte, yüzde 35'inde ise herhangi bir risk faktörü görülmemektedir. Birden fazla risk faktörüyle gerçekleşen anne ölümlerinin payı yüzde 38'dir. Biyo-medikal risk faktörlerinin dağılımında kırsal ve kentsel yerleşim yerleri arasında önemli bir farklılık görülmemektedir.



Ş. CANPOLAT

Gebeliğe Bağlı Ölüm ve Anne Ölümü İçin Risk Kategorileri¹

En yaygın risk faktörü, genç veya ileri yaşlarda anne olmaktır (18 yaş altı ve 34 üstü). 35 yaşın üstü için hipertansif veya metabolik bozukluklar gibi farklı pato-fizyolojiler gelişebilir veya farkında olunmasa bile mevcut olabilir. Gebelik sırasında ölen 293 kadının yüzde 29'u yüksek risk grubunda yer almaktadır



En sık rastlanan diğer risk faktörü de kadının daha önceki gebeliklerinin sayısını ifade eden paritedir. Paritenin 4'ten fazla olduğu durumlarda annenin organizması, gebelik sırasında meydana gelen fiziksel ve pato-fizyolojik değişimlere ayak uydurmakta zorlanmaktadır. Doğum sonrası ağır kanama riski yüksek pariteyle birlikte artmaktadır. UAÖA süresince tespit edilen gebeliğe bağlı ölüm yaşayan kadınların yüzde 26'dan fazlasının dörtten fazla gebeliği bulunmaktadır.

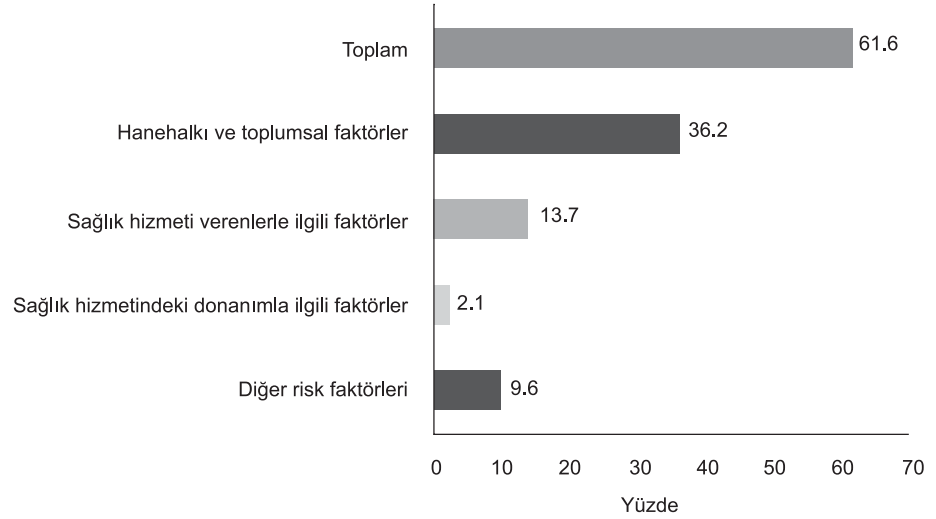
Önceden varolan hastalıklar ya da kronik hipertansif bozukluklar (yüzde 13) da en fazla görülen bir diğer risk faktörüdür. Dolaşım sistemi hastalıklarının payı yüzde 4.8'dir. Bunlar genellikle konjenital kalp hastalığı veya önceden olan bir enfeksiyona bağlı kalp problemleridir. Şeker hastalığı gibi endokrin ve metabolik bozukluklar yüzde 5.5 seviyesinde olup, bunu anemi (yüzde 2.7) ve obezite (yüzde 1.7) takip etmektedir. Sigara kullanımı, bütün gebeliklerin yüzde 2'si için risk faktörünü oluşturmaktadır.

¹ Risk faktörleri 293 gebeliğe bağlı ölüm ve 218 anne ölümü için değerlendirilmektedir. Her iki kategori için hesaplanan oranların toplamı 100'ü aşabilir. Bunun nedeni ise bir kadının birden fazla risk faktörüne aynı zamanda maruz kalmasıdır.

ANNE ÖLÜMLERİNE NEDEN OLAN ÖNLENEBİLİR FAKTÖRLER

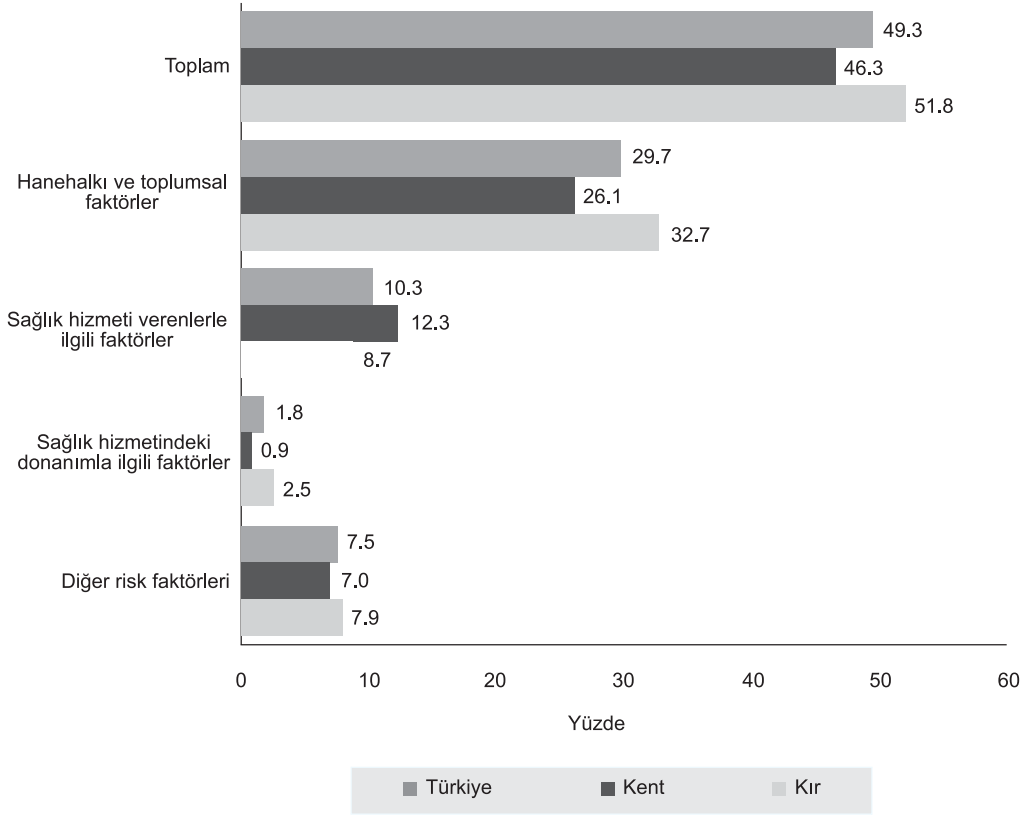
Gebeliğe bağlı ölümlere ve anne ölümüne yol açan önlenabilir faktörler 3 kategoride ele alınabilir: Sağlık hizmeti verenlerle ilişkili faktörler, sağlık hizmetindeki malzeme/ donanım ile ilgili faktörler ve hanehalkı ve toplumsal faktörler. Bunlara aynı zamanda standart altı faktörler denilmektedir. Gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 49.3'ünde; anne ölümünün ise 61.6'sında bir ya da daha fazla önlenabilir faktör mevcuttur. Bununla birlikte, kentsel yerleşim yerlerinde gözlenen gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 46.3'ünde; kırsal yerleşim yerlerinde ise yüzde 51.8'inde önlenbilir faktörlerin etkisi söz konusudur.

Anne Ölümleri İçin Standart Bakımın Yetersizliğine İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı



A. ÇAVLİN BOZBEYOĞLU

Gebeliğe Bağlı Ölümler İçin Standart Bakımın Yetersizliğine İlişkin Faktörlerin Yerleşim Yerine Göre Yüzde Dağılımı



Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler, hem kentsel hem de kırsal alanlarda karşımıza en sık çıkan önlenabilir faktörlerdir (sırasıyla yüzde 26.1 ve 32.7). Kadının ya da ailesinin sorunu farketmemesi ve tedavi için başvuruda gecikme gebeliğe bağlı ölümlerin sırası ile yüzde 44.3 ve yüzde 40.7'sine neden olan önlenabilir faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler arasında istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla gebeliği önleyici usullerin kullanılmaması (gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 22.3'ünde) ve doğum öncesi bakımın alınmaması (gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 11.6'sında) anne ölümlerine katkıda bulunan faktörler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Tesadüfi nedenlerden dolayı gerçekleşen gebeliğe bağlı ölümler bir tarafa bırakıldığında, tüm hanehalkı ve toplumsal faktörlerin etkisi önemli derecede artmakta ve yüzde 32.2'ye ulaşmaktadır.

Sağlık hizmeti verenlere ilişkin faktörler açısından bakıldığında ise, eksik tanı ve kadın-doğum uzmanlarının sorunla baş etme konusundaki başarısızlığı, gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 10.3'ünü etkilemiştir. Sadece anne ölümleri dikkate alındığında, bu katkı yüzde 13.7'ye çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminde genel pratisyenler ve ebeler tarafından sunulan hizmetlerden kaynaklanan önlenabilir faktörlerin katkısı gebeliğe bağlı ölümler için yüzde 7-11 seviyesinde bulunmaktadır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşanan yanlış tanı ve yanlış tıbbi müdahale tüm gebeliğe bağlı ölümlerin sırası ile yüzde 15 ve yüzde 20'sine yol açmıştır.

Personelin, tanı ve tedavi yöntemlerinin, ilaç ve tıbbi malzemelerin hazır bulunması gibi sağlık hizmetindeki donanımına ilişkin faktörlerin katkısı, hem gebeliğe bağlı ölümler (yüzde 1.8) hem de anne ölümleri (yüzde 2.1) için oldukça düşük bir seviyededir. Destekleyici tanı hizmetlerinin olmamasının gebeliğe bağlı ölümlere etkisi yüzde 2 seviyesinde olmuştur. En yakın hastaneye mesafenin uzak olması (yüzde 7.9) katkıda bulunan en önemli faktördür. Bu faktörü yerleşim yeri ile sağlık kuruluşu arasında ulaşım imkanlarının olmaması (yüzde 3.4) ve sağlık kuruluşunda cerrahi personelin (yüzde 2.7) olmaması takip etmektedir. Sağlık hizmetindeki donanım ile ilgili bütün faktörler katkısı kırsal alanlarda, kentsel alanlara göre çok daha belirgin bir şekilde ön plana çıkmaktadır.

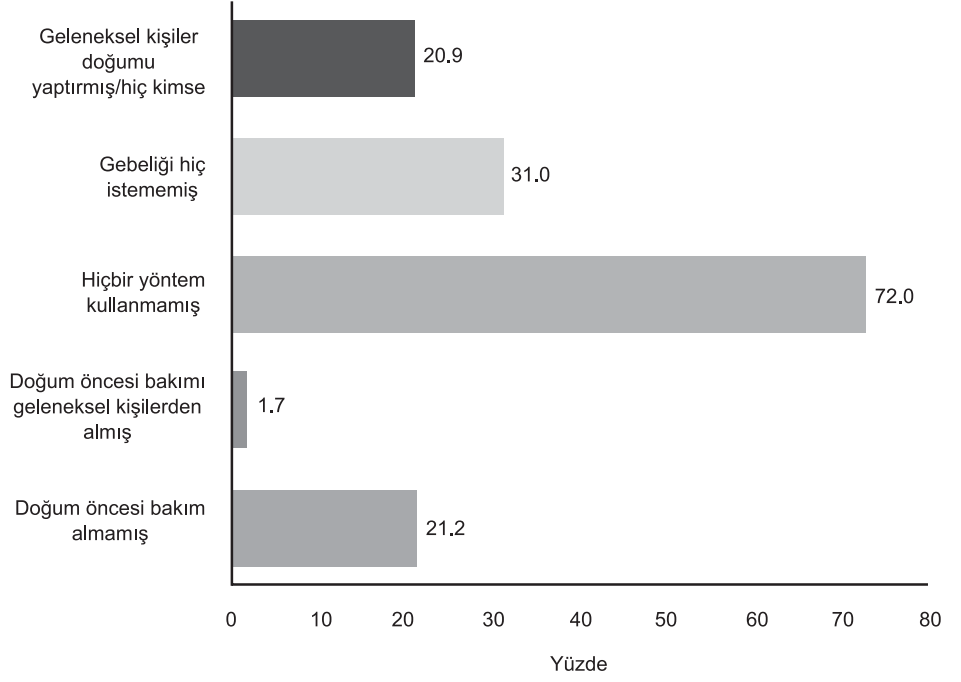
Kadının ve ailesinin sorunu farketmemesi ve tedavi için başvuruda gecikilmesi, karşılaşılan en sık standart altı faktör olup anne ölümlerine yol açmaktadır.



*T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
AÇSAP GENEL MÜDÜRLÜĞÜ*

Gebeliğe Bağlı Ölümleri Etkileyen Hanehalkı ve Toplumsal Faktörler

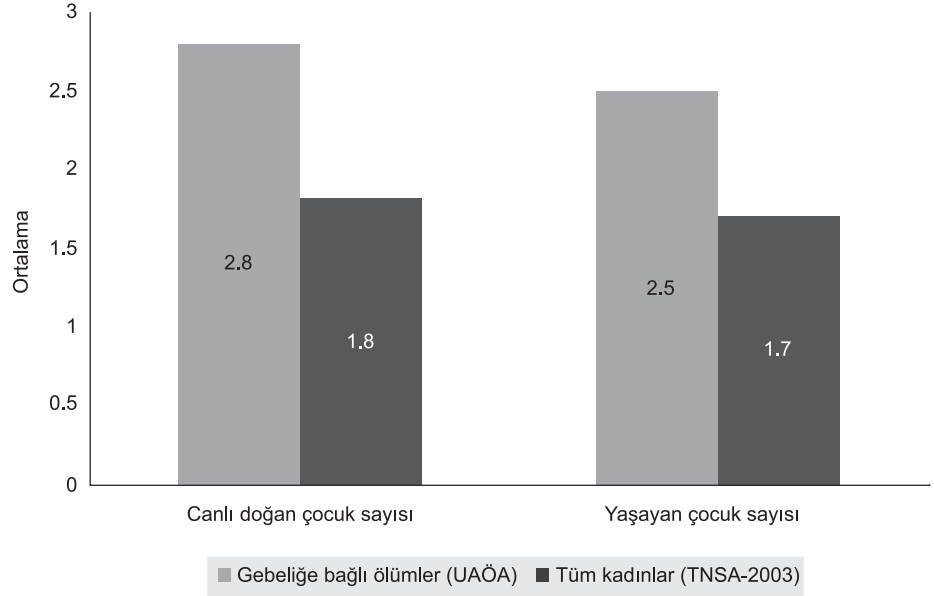
Araştırmada toplanan verilere göre, gebeliğe bağlı nedenlerden dolayı ölen kadınların yaklaşık 48'i ya gebeliği istememiştir ya da tercihen ileri bir tarihe ertelemek istemiştir. Kadınların yüzde 72'si, ölümüne yol açan gebeliği öncesinde herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmamıştır. Yüzde 21'i doğum öncesi bakım hiç almamıştır. Tıp personeli yerine ara ebesi, komşu veya akraba gibi kişilerden doğum öncesi bakım alanların payı ise sadece yüzde 2'dir.



Gebeliğin istenmemesi, yöntem kullanımı ve doğum öncesi bakımın kimden/nereden alındığı anne ölümlerini arttıran önemli etkenler arasındadır.

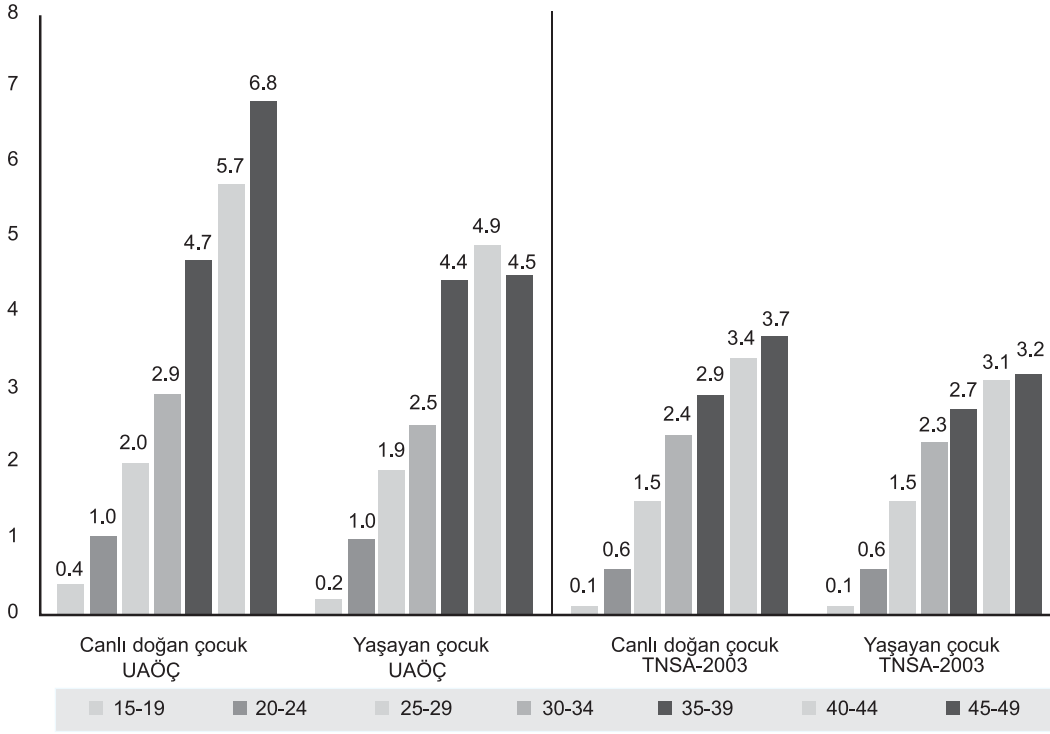
TNSA-2003 ile Karşılaştırılmalı Olarak Canlı Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayısı

Ölen kadınların ve TNSA-2003’de görülen kadınların canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısına göre ortalamaları karşılaştırılmalı olarak ele alındığında, gebeliğe bağlı nedenler ile ölen bir kadının ortalama olarak 2.8 çocuk doğurduğu gözlenmektedir. Bu çocuklar arasında UAÖA sırasında hayatta olan çocukların sayısının 2.5 olduğu tespit edilmiştir.



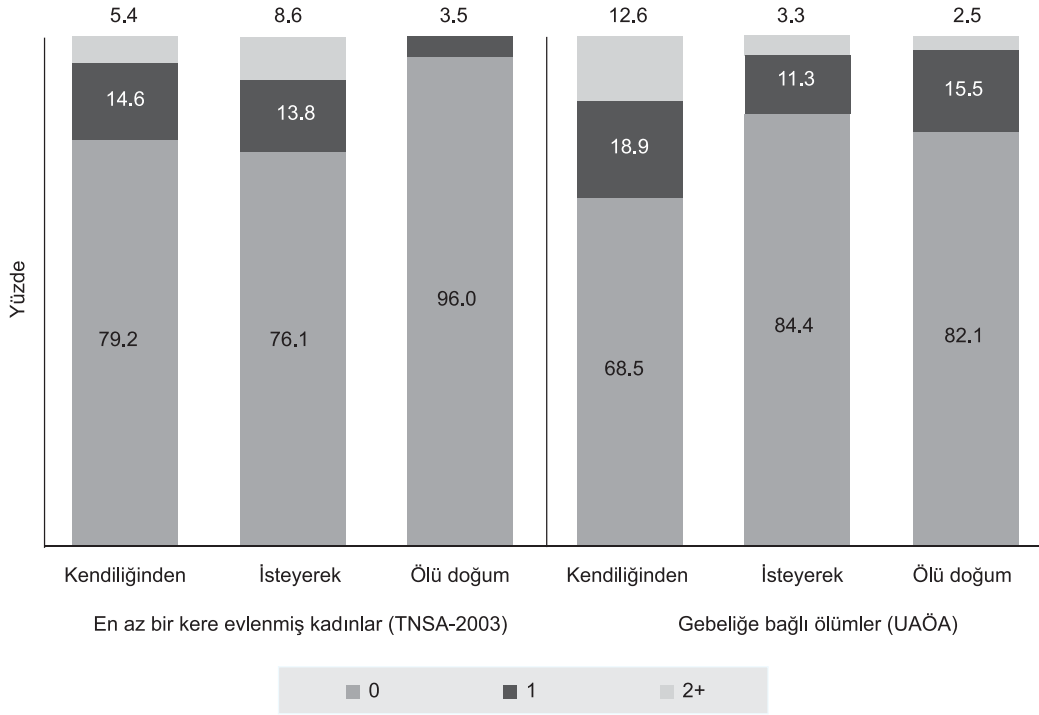
Ş. CANPOLAT

Kadınların Yaş Gruplarına Göre Ortalama Canlı Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayısı, UAÖÇ ve TNSA-2003



Ölen çocuk sayısı doğal aile kurma sürecinin bir sonucu olarak annenin yaşıyla birlikte artmaktadır. Gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların 45-49 yaş grubunda ortalama canlı doğum sayısının 6.8 olduğu görülmektedir. Bu bulgu da bu kadınlar arasında 30-yıllık üreme çağı boyunca yüksek bir doğurganlık seviyesi olduğunu göstermektedir. Çocukların hayatta kalma oranları, beklendiği gibi, annenin yaşı arttıkça azalmaktadır. Doğurganlık döneminin sonundaki 45-49 yaş grubunda ölen kadınların ortalama canlı doğan çocuk sayıları, ortalama yaşayan çocuk sayılarından yaklaşık iki çocuk daha fazladır. Bu sonuç, ölen kadının çocukları arasındaki yüksek ölümlülüğü net bir şekilde yansıtmaktadır.

Düşük ve Ölü Doğum Sayılarına Göre Kadınların Dağılımı

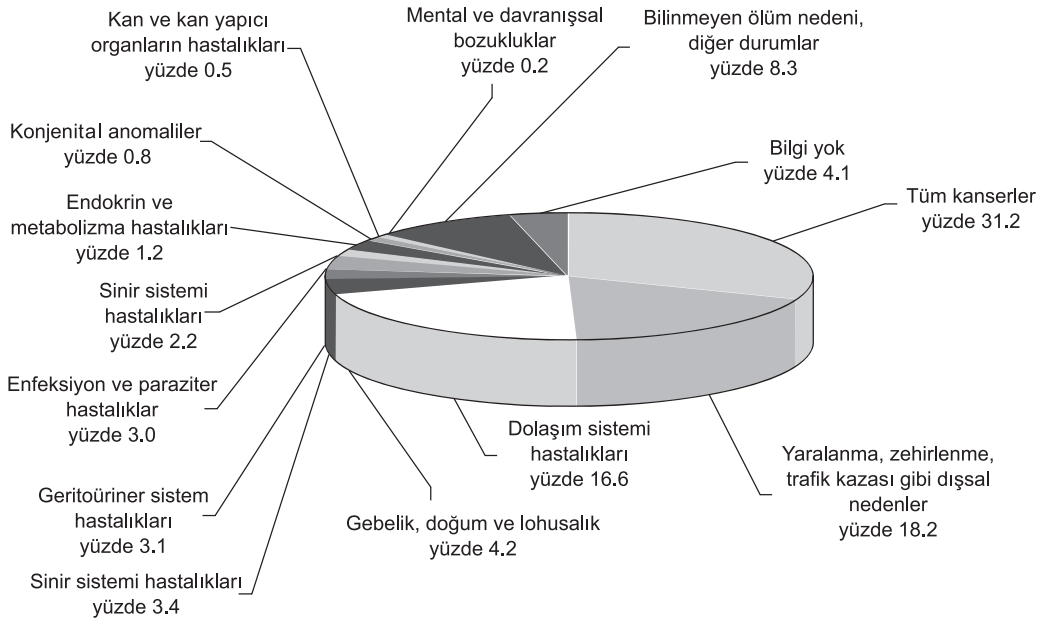


Bu bölümde, UAÖA’da bilgisi toplanan kadınlar ile TNSA-2003’te görüşülen kadınların düşük (isteyerek veya kendiliğinden) ve ölüdoğum sayılarının dağılımı karşılaştırmalı olarak verilmektedir. Gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların TNSA-2003’deki kadınlara göre kendiliğinden düşük ve ölü doğum yüzdeleri daha yüksek; isteyerek düşük yüzdeleri ise daha düşüktür.

15-49 YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARIN ÖLÜM NEDENLERİ

UAÖÇ’nda kapsanan ve Türkiye nüfusunun yüzde 54’üne denk gelen 39 milyonluk nüfus arasında 12 aylık veri toplama süresi boyunca 6,887 kadın (15-49 yaş) ölümü tesbit edilmiştir.

Kadın Ölümlerinin (15-49) Nedenlerine Göre Dağılımı



Kadınların yaklaşık olarak üçte biri (yüzde 31.2) kanser (neoplazm) nedeni ile, yüzde 18.2’si cinayet, intihar, trafik kazası gibi dışsal nedenler ile ve yüzde 16.6’sı dolaşım sistemi hastalıkları nedeni ile ölmüştür. Tüm ölümler arasında gebeliğe bağlı nedenler ile meydana gelen ölümler en yüksek beşinci sırada yer almaktadır (yüzde 4.2). Kadınların yüzde 4.1’i için ölüm nedenini belirleyebilmek için yeterli bilgi bulunmamaktadır. UAÖÇ verisini kullanarak 15-49 yaş kadınlar için nedene özel ölüm hızlarını hesaplamak da mümkündür.

Kentsel ve kırsal yerleşim yerleri için sonuçlar karşılaştırıldığında, ön plana çıkan ilk durum kanser tanısı alan kadınların oranının, kırsal yerleşim yerlerinde (yüzde 28.6) kentsel yerleşim yerlerine (yüzde 33.2) göre daha düşük olmasıdır. Bu bulgular, kentsel yerleşim yerlerindeki tanı merkezlerinin kanser vakalarının daha fazla sayıda tesbit edilmesine ve ölüm nedenlerine ilişkin belirsizliklerin ortadan kaldırılmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir.

Kanser vakaları 15-49 yaş kadın ölümlerinin yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır.

ÇIKARILAN DERSLER VE ÖNERİLER

MERNİS ve Sağlık Bakanlığı Sistemleri

Köy muhtarlarının, hem MERNİS hem de Sağlık Bakanlığı sisteminde ölüm verisi toplarken önemli rolleri bulunmaktadır. Bu nedenle muhtarların eğitim düzeyleri yeterli olmalı ve hizmet içi eğitimlerle konu hakkında yeterince bilgilendirilmeli.

MERNİS sisteminde ölümlerin sadece yüzde 70'i bildirilmektedir. Eksik bildirimin azaltılması için önlemler alınmalı, çocuk ve kadın ölümlerinin kayıt altına alınması için özel önem verilmelidir.

Türkiye, sağlık kurumlarına dayalı ölüm bildirim sistemini yagınlaştırmak ve veri kalitesini arttırmak için acil önlemler almalıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2003'ten beri uyguladığı Anne Ölüm Bildirim Sistemi kapsam bakımından eksiklikler barındırmaktadır. Sağlık Bakanlığı evde gerçekleşen ölümlere de odaklanmalı ve anne ölümlerinin nedenlerini, sağlık kurumu kayıtlarını da kullanarak derin analiz yöntemleriyle incelemelidir.

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması

UAÖÇ kapsamında geliştirilen veri toplama sistemi bir çok bakımdan yeni özellik içermektedir. Çalışmanın sonuçları göstermektedir ki, UAÖÇ sistemi ölüm kayıtlarının tutulmasında ve özellikle de anne ölümlerinin belirlenmesinde diğer sistemlerden daha iyi durumdadır. Ancak, UAÖÇ sistemi aynı zamanda bazı eksiklikleri de barındırmaktadır.

UAÖÇ faaliyetleri boyunca, il ekipleri açısından yaşanan en büyük sıkıntı, ekiplerdeki sağlık personelinin, özellikle de ilçe koordinatörlerinin çok sık yer değiştirmeleri olmuştur.

İl ekiplerindeki sağlık personelinin aynı zamanda idari görevlerinin olmasının, UAÖÇ faaliyetlerine kısıtlı zaman harcanmasına yol açtığı gözlenmiştir.

UAÖÇ faaliyetlerini yavaşlatan diğer bir faktör de, il ve ilçe düzeyinde görev yapan sağlık personelinin çok fazla sayıda projede aynı zamanda görev almaları olmuştur.

Ayrıca, UAÖÇ faaliyetleri çerçevesinde döner sermaye gelirin olmaması, çalışmayı aksatan diğer bir neden olarak öne çıkmıştır.



A. ÇAVLİN BOZBEYOĞLU

İl ekiplerinde yer alan sağlık personelinin yoğun iş yükünün olması veya il araştırmacısı için ulaşım araçlarının gerektiğinde sağlanamaması, sağlık kurumlarında yapılması gereken dosya incelemeleri ve ölen kadının yakınları ile yapılan sözel otopsi faaliyetlerinin gecikmesine yol açmıştır.

Karşılaşılan temel sorunlardan biri de, defin ruhsatı olmaksızın mezarlıklara defin yapılabildiğidir. Mezarlıkların belediyeler tarafından kontrol edilemediği durumda ise birincil kaynakların defin kayıtlarını tutmaları imkansız hale gelmiştir.

Köy muhtarları ve belediye görevlileri, Sağlık Bakanlığı personelinin oluşan il ekiplerinin koordinasyonu altında çalışmak istememişler, ekiplere zorluk çıkarmışlardır.

Her ne kadar köy muhtarları defin olmasa dahi formları aylık olarak göndermesi konusunda bilgilendirildiyse de, defin gerçekleşmediği aylar için form doldurmak ve de bildirim yapmak konusunda dirençli davranmışlardır.



Y. COŞKUN

12 aylık saha çalışmalarının tam sonuçlarını elde etmek yaklaşık 16 ayı bulmuştur. UAÖÇ'nin bir örnekleme çalışması olamaktan çok bir kayıt çalışması olduğu dikkate alındığında, kayıt tutma işleminin zorlu bir süreç olduğu daha iyi anlaşılacaktır. UAÖÇ sisteminin sürdürülebilir olması için Sağlık Bakanlığı teşkilatının merkez, il ve ilçe düzeyinde büyük bir katkı ve yoğun bir çaba göstermesi gerektiği unutulmamalıdır.

Ölümün Raporlanması

Ölümün raporlanmasının ve ölüm neden(ler)inin belirtilmesinin aynı süreçte gerçekleşmesi gerekmemektedir. Bu iki olay ayrı ayrı olarak da ele alınabilir. Ölümün raporlanması farklı kişi ve kurumların müdahale olduğu idari bir görevdir ve kural olarak bu görevin bir tıp doktoru tarafından yerine getirilmesi gerekir.

Ölüm raporu ölüm neden(ler)ini ayrıntılı olarak içermelidir. Ölüm neden(ler)inin anlaşılması zaman alıcı bir süreçtir. Cesedin fiziksel olarak incelenmesi kadar kişiyi ölüme götüren olayların ve koşulların kısa bir tarihçesini almak da önemlidir. Tüm vakalar için sözel otopsi yöntemi uygulanmalı ve ölen kişinin yakınlarıyla görüşülmelidir. Bu görüşmeler bir tıp doktoru/sağlık personeli yerine sağlık personeli olmayan başka bir kişi tarafından yapılabilir.

Ölüm neden(ler)inin rapor edilmesinde, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği Uluslararası Hastalık Sınıflaması Versiyon 10 (ICD-10) terminolojisine göre bazı katı kuralların konulması gerekmektedir.

Önemli bir sağlık hizmeti olması nedeniyle, ölümün raporlanmasının önemi hakkında tıp doktorları eğitilmelidir. Bu eğitimlerde, ölümün raporlanmasında izlenecek olan yol, kontrol listesinin kullanımı dahil, prosedür ve standartlaşma için gerekli olan ICD-10 kavramları vurgulanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, ölüm nedenlerine ilişkin verinin toplanmasını kendisi için öncelikli bir politika olarak belirlemelidir. Politika üretenler için ölüm nedenlerine ilişkin bilgilerin özel bir öneme sahip olduğu unutulmamalıdır.

Sağlık Bakanlığı, ölüm raporunun belirlenecek olan kurallara göre hazırlanmasının üzerine yoğunlaşmalı, hasta muayenesi gibi ölüm raporu düzenlemenin de önemli bir sağlık hizmeti olduğunu göz önünde bulundurmalıdır.

Ayrıca, dikkatli ve sistematik olarak veri toplamak da performans değerlendirilmesinde bir kriter haline dönüştürülmelidir.

Anne Ölümünün Azaltılmasına Yönelik Tedbirler

Doğum öncesi ve obstetrik bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve bu hizmetlere ulaşımında bazı bölgelerde yaşanan sorunların ortadan kaldırılması için tedbirlerin alınması gerekmektedir. Öncelikle ailelerin kadınları anne ölümüne götüren tehlike işaretlerini tanımlayabilme, gerekli sağlık hizmetini uygun sağlık kurumundan alabilme konularında bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Her hastanede ölümle sonuçlanan ya da ölümün kıyısından dönülen vakaları değerlendirmek ve olumsuz sonuçlara götüren olaylar zincirini anlayabilmek için izleme komitelerinin kurulması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı, özel olarak ailelerin, genel olarak da toplumun intihara yol açan nedenler konusunda farkındalık seviyesinin yükseltilmesi için yoğun çaba harcamalıdır.

Daha fazla sayıda çocuk istemeyen ancak herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınlara ulaşılması ve bu risk grubunun aile planlaması hizmetlerinden faydalanması konusunda da daha fazla çabaya gereksinim bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan zorluklar nedeniyle sağlık kurumlarına hiç götürülmediği ya da geç götürüldüğü için ölen anneler bulunmaktadır. Ayrıca, ölen önemli sayıdaki annenin yaşamının sağlık personelinin daha uygun müdahale etmiş olması durumunda kurtulabileceği görülmektedir. Bu nedenle, sadece gebelikte ve doğum sonrası bakımla sınırlandırılmaksızın, herkes için kapsamlı ve nitelikli bir bakım konusuna önem verilmelidir.

UAÖA'nın Veri Toplama Faaliyetlerinin Akış Şeması

