



kadın doğum

JOURNAL OF OBSTETRICS and GYNECOLOGY dergisi

CİLT : 3
VOLUME:3

SAYI : 4
NUMBER:4

YIL: 2005
YEAR:2005

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
Yayın Sekreteri : Dr. Uzay Yıldırım
Adres : Mithatpaşa Caddesi No 49/8 Yenışehir Ankara 06420
Tel : 312 435 4594 **Fax**: 312 435 0357
e-mail : info@kadindogumdergisi.com

Yayın Peryodu : Yılda 4 sayı olarak Mart, Haziran, Eylül, Aralık aylarında yayınlanır.
Bir yıllık abone ücreti 2005 yılı için 50.000.000 TL (35 US \$) dir.
Bir sayı 16.500.000 TL dir (10 US \$).
Abonman Şartları : Abone olmak için abone ücreti
Garanti Bankası Kızılay Şubesi, TL. Hesap No: 6688495 - 682043
USD Hesap No: 9095704 - 682043
hesabına yatırıp havale makbuzu yada fotokopisini fakslayınız
yada posta ile gönderiniz.

Baskı : Karaca Matbaası , Ankara Tel: 230 19 97 - 230 19 98

Reklam Tarifesi : Arka kapak (back cover) 1.500.000.000 TL (1000 US\$) , Ön kapak içi (inside cover) 1.200.000.000 TL (800 US \$).
Arka kapak içi (Inside of the back cover) 1.000.000.000 TL (750 US \$) , 1. sayfa (first page) 1.200.000.000 TL (800 US \$) ,
iç sayfalar (other pages) 750.000.000 TL (500 US\$)

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

Abortus ve Etik.....	566
Dr. İsmail Dölen, Dr. Özlem Özdeğirmenci	
Erken Doğum Tehdidinde Tokolitik Tedavi Sonuçlarının Vücut Kitle Endeksi (BMI) ile İlişkisi.....	570
Dr. Petek F. Arıoğlu, Dr. Zeycan Aydın, Dr. Cem Fiçircioğlu	
Dilaltı ile Dilaltı ve Vajinal Misoprostolun Doğum Eylemini İndüklemeye Karşılaştırılması.....	575
Dr. R. Atakan Al, Dr. Serdar Yalvaç, Dr. İsmail Dölen, Dr. Emine Seda Güvendağ Güven, Dr. Ömer Kandemir, Dr. Ali Haberal	
Sezaryen Operasyonu Sırasında Oluşan Uterus İnversiyonu.....	579
Dr. Dilek Uygur, Dr. Tülin Özden, Dr. Rüya Deveci, Dr. Mustafa Uğur, Dr. Tamer Mungan	
Ultrasonografi ile Tanısı Konulan Abdominal Ektopik Gebelik: İki olgu Sunumu.....	581
Dr. Kazım Gezgineç, Dr. Ali Acar, Dr. Osman Balci, Dr. Celal Önder, Dr. M. Nedim Çiçek, Dr. Cemalettin Akyürek	
Gebelik Öncesi Danışmanlık.....	584
Ayden Çoban, Ahsen Şirin, Umran Sevil, Aynur Saruhan	
Vaka Sunumu: Normal Doğum Sonrası Gelişen Büyük Retroperitoneal Hematoma Konservatif Yaklaşım.....	587
Dr. Rüya Deveci, Dr. Mustafa Uğur, Dr. Dilek Uygur, Dr. Arzu Öztürk, Dr. Özlem Gün, Dr. Tamer Mungan	
Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Üreme Sağlığı Sorunları ve Bu Sorunlara Yaklaşımlarının Değerli.	590
Dr. Ayden Çoban, Dr. Ferda Özbaşaran	
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Merkezinde Kontraseptif Kullanımı ve Yaş Gruplarına Göre Kontraseptif Tercihler.....	595
Dr. Alparslan Baksu, Dr. Gürsel Güneş, Dr. Gün Akı, Dr. Filiz Tuysüz, Dr. Nimet Göker	
Bir İlçe Devlet Hastanesindeki İki Ayrı Dönemin Doğum Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	600
Dr. İbrahim Gülhan, Dr. Sibel Gülhan, Dr. Sabahattin Altunyurt	
Gebelikte Vitamin D Gereksinimi.....	603
Dr. Gülbin Yıldırım, Dr. Ferit Saraçoğlu	
Nüks Total Vajinal Prolapsus Olgusunda Abdominal Sakrohisteropeksi.....	608
Dr. R. Sinan Karadeniz, Dr. E. Ebru Kovalak, Dr. Metin Altay, Dr. Levent Seçkin, Dr. Ayşe Solaroğlu, Dr. İsmail Dölen	
Artifisyonel İnseminasyon Sonrası Gelişen Servikal Ektopik Gebeliğin 3 Boyutlu Ultrasonografi ile Görüntülenmesi ve Histeroskopik Tedavisi: Olgu Sunumu.....	611
Dr. Ulun Uluğ, Dr. Mustafa Bahçeci	
Burch Kolposüspansiyonu Sonrası Mesanede Yabancı Cismin Histeroskopik Yönetimi.....	615
Dr. Eray Çalıskan, Dr. Emek Doğan, Dr. Yiğit Çakıroğlu	
Adneksial Otoamputasyon: Olgu Sunumu.....	617
Dr. İbrahim Gülhan, Dr. Uğur Saygılı, Dr. Mert Göl, Dr. Meral Koyuncuoğlu	
Asit ve Serum CA 15-3 Yüksekliği Oluşturan Paraovaryan Tekoma.....	619
Dr. Mekin Sezik, Dr. Okan Özkaya, Dr. Hasan Şahiner, Dr. Fuat Demir, Dr. Nilgün Kapucuoğlu, Dr. Hakan Kaya	
Kanıtı Dayalı Tıp ve Laboratuvar Testleri.....	622
Dr. Canteğin İskender, Dr. A. Filiz Ayşar Dr. Deniz Karcaaltıncaba	
Tükenmişlik Sendromu.....	625
Dr. Melek Yılmaz, Dr. Fatma Alioğlu, Dr. Rahşan Gündoğan, Dr. Sercan C. Özyurt, Dr. Mübcecel Tümöz, ve Ark.	
Coşkun Herni Onarımı: İnguinal Herni Onarımında Yeni Bir Teknik.....	630
Dr. Faruk Coşkun, Dr. Ömer V. Özozan	

HAKEM HEYETİ LİSTESİ

Prof. Dr. Cemalettin Akgüleş
Doç. Dr. Tarık Aksu
Prof. Dr. Aytekin Altıntaş
Prof. Dr. Tansu Araslı
Prof. Dr. Macit Arvas
Doç. Dr. Yılmaz Atay
Uz. Dr. Cemal Atalay
Doç. Dr. Ercan M. Aygen
Prof. Dr. Ali Ayhan
Doç. Dr. Ruşen Aytaç
Prof. Dr. Sevim Balci
Doç. Dr. Özcan Balat
Prof. Dr. İskender Başer
Doç. Dr. Meriç Bayram
Prof. Dr. Yusuf Bayraktar
Prof. Dr. Tugan Beşe
Prof. Dr. Tufan Bilgin
Prof. Dr. Lüğen 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 Demirei
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 Dilmən
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 Gürgan
Prof. Dr. Rifat 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. Sefa Kaya
Doç. Dr. Necip Kepkep
Doç. Dr. Melahat Dönmez Kesim
Prof. Dr. Yalçın Kimya
Doç. Dr. İdris Koçak
Prof. Dr. Arif Kökçü
Uz. Dr. Rifat Köse
Doç. Dr. Esra Kuşçu
Prof. Dr. M. Tezer Kutluk
Doç. Dr. Tansu Küçük
Prof. Dr. Mustafa Küçük
Prof. Dr. Rıza Madazlı
Doç. Dr. Tamer Mungan
Doç. Dr. İptisam İpek Müderris
Prof. Dr. Ergün Onur
Doç. Dr. Özyay Oral
Doç. Dr. Engin Oral
Doç. Dr. Havva Oral
Prof. Dr. Esat Orhon
Prof. Dr. Fatma Tuncay Özgünen

Prof. Dr. Erdi Özkinay
Prof. Dr. Zafer Öner
Doç. Dr. Aydın Özşaran
Doç. Dr. Semih Özçeren
Prof. Dr. Kemal Öztekin
Uz. Dr. Cihan Öztöpe
Prof. Dr. Recai Pabuccu
Prof. Dr. Cemal Posacı
Prof. Dr. Feride Söylemez
Doç. Dr. Feride Şahin
Prof. Dr. Yılmaz Şahin
Doç. Dr. Dursun Ali Şenses
Prof. Dr. Turgay Şener
Prof. Dr. Halis Şimşek
Doç. Dr. M. Zeki Taner
Prof. Dr. Ömür Taşkın
Prof. Dr. Erol Tavmergen
Prof. Dr. A. Başar Tekin
Prof. Dr. Zafer Selçuk Tuncer
Doç. Dr. Cem Turan
Prof. Dr. Mehpere Tüfekçi
Doç. Dr. Mustafa Uğur
Prof. Dr. Mustafa Ulukuş
Doç. Dr. Gürkan Uneu
Doç. Dr. Bülent Urman
Prof. Dr. Turhan Uslu
Doç. Dr. Orhan Ünal
Prof. Dr. Mine Üner
Prof. Dr. Cihat Ünlu
Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar
Doç. Dr. Ömer Tarık Yalçın
Prof. Dr. Atilla Yıldırım
Uz. Dr. Uzun Yıldırım
Prof. Dr. Hüseyin Yılmaz
Uz. Dr. Nafiye Yılmaz
Uz. Dr. Ayça 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:

Jinekoloji ve obstetrikte eskisi kadar çok rastlamasakta yinede sepsis ve septik şok vakaları karşımıza çıkabilmektedir. Her iki durumda hastanın durumunun çok hızla değişmesine, hastanın hızla kaybedilmesine neden olabilen tablolardır. Ülkemizde tam bir oran vermek mümkün değildir ancak sepsis ABD de 8338 doğumda bir görülmekte ve tüm ölümlerin % 9.3 ünü oluşturmaktadır. En azından kendi kliniklerimizde gördüğümüz tubo-ovarian abse yada pyelitis gravidarum vakalarını dikkate aldığımızda, kürtajın yasallaşması sonrası septik abortus vakalarının çok azalmış olmasına rağmen yinede ülkemizde bu oranın daha yüksek olduğunu tahmin edebiliriz. Son maternal mortalite çalışmaları da ülkemizde anne ölüm nedenlerinin % 9.6 sının enfeksiyonlar olduğunu ortaya koymaktadır.

1991 yılında Amerikan Göğüs Hastalıkları Uzmanları Birliğinin (The American College of Chest Physicians) ve Tıbbi Yoğun Bakım Cemiyetinin (the Society of Critical Care Medicine) konsensus konferansı sonucunda ortaya çıkan sepsis ve septik şok tanımları halen geçerliliğini korumaktadır. Buna göre sepsis yada diğer adıyla sistemik inflamatuvar cevap sendromu (SIRS) klinik enfeksiyonun şunlardan en az ikisiyle birlikte olmasıdır ;

a- 38°C nin üzerinde ateş

b- kalp hızının 90 atım/dk nin üzerinde olması

c- solunum hızının 20 solunum/dakika nin üzerinde olması

d- beyaz küre sayısının 12.000 μ L nin üzerinde yada 4.000 μ L nin altında olması veya immatür nötrofillerin % 10 dan fazla olmasıdır.

Birlikte bir yada daha fazla organ sisteminin bozukluğu olduğunda sepsis şiddetli demektir. Sıvı tedavisine rağmen hastada hipotansiyon (Sistolik basınç <90 mm Hg) söz konusuysa bunada septik şok denilir.

Sepsis ve septik şokta mey dana gelen patofizyolojik değişiklikler basit bir açıklamayla, enfeksiyona karşı aşırı sitokin cevabının, yani tümör nekroze edici faktör- α (TNF- α), interleukin-1 ve 6 seviyesinin vücutta çok artmasının sonucudur. Artan sitokinler koagülasyon sistemini aktive etmekte ve yaygın endotel harabiyetine yol açarak multi organ bozukluğuna ve ölüme yol açmaktadır.

Son yıllardaki çalışmalar tedavide sadece antibiyotik ve destek tedavisinin yeterli olamadığını göstermektedir. Yapılması gerekenler;

a- Enfeksiyonun ortadan kaldırılması (antibiyotik , debridman , abse drenajı vb)

b- Hedefe yönelik sıvı tedavisi (CVP , MAP ve santral venöz oksijen saturasyonuna göre)

c- glisemik kontrolü sağlayabilmek için yoğun insulin tedavisi (kan şekerinin 80-110 mg/dl arasında tutulması)

d- düşük doz glukokortikoid replasmanı ile immune cevap modülasyonu (hidrokortizon yada fludrokortizon)

e- düşük hacimli mekanik ventilasyon (basit değişimlerden pulmoner ödem ve ARDS ye kadar oluşan değişimlere karşı) ve

f- endikasyon varsa active protein c tedavisidir (trombin oluşumunu engelleyerek inflamasyonu azaltır, platelet ve nötrofillerin aktivasyonunu artırır, mast hücrelerinin degranülasyonunu önler). Araştırmalar bu tedavi kombinasyonu ile mortalitenin önemli oranda düşürülebildiğini göstermektedir.

Sepsisteki hasta gebeyse doğumunun ne zaman ve nasıl yaptırılacağıda önemli bir karardır. Cevap her zaman korioamnionit yada kardiyak arrestteki kadar kolay değildir. Her gebenin bireysel olarak ele alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. En doğru karar enfeksiyon kaynağına, gebelik yaşına, serviksin durumuna, düşünülen doğum şekline, fetüsün iyilik durumuna göre alınacak karardır. Bu kararın enfeksiyon hastalıkları uzmanı ve anestezi ile de konsültasyonu gerekebilir.

Doç.Dr.Ferit Saraçoğlu

Editör

Editor@kadindogumdergisi.com

KAYNAKLAR

- 1- American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Crit Care Med. 1992;20:864-874.
- 2- Gropper MA. Evidence-based management of critically ill patients: analysis and implementation. Anesth Analg. 2004;99:566-572.
- 3- Hotchkiss RS, Karl IE. The pathophysiology and treatment of sepsis. N Engl J Med. 2003;348:138-150.
- 4- van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, et al . Intensive insulin therapy in the critically ill patients. N Engl J Med. 2001;345:1359-1367.
- 5- Annane D, Sebille V, Charpentier C, et al . Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. JAMA. 2002;288:862-871.
- 6- Bernard GR, Vincent JL, Laterre PF, et al . Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. N Engl J Med. 2001;344:699-709.

ABORTUS ve ETİK *Abortus and Ethics*

Dr.İsmail Dölen, Dr.Özlem Özdeğirmenci

T.C.S.B Etik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Ankara

Abortus, fetusun uterus dışında yaşamını devam ettirecek gelişmeyi sağlayamadan uterus dışına çıkmasıdır. Spontan veya provake abortus diye sınıflandırabileceğimiz gibi abortus imminens, abortus insipiens, komplet abortus, inkomplet abortus, missed abortus veya terapötik, septik, kriminal, habitual abortus gibi isimler altında da incelenebilir (1). Bu bölümde asıl tartışılacak konu istenmeyen gebeliğe karşı doktorun yaklaşımı, bunlarla ilgili etik ve yasal durumlarıdır. İstenmeyen gebelikler birkaç şekilde karşımıza çıkabilir:

-Anne- baba gebeliği istemiyor ve 10 haftadan küçük gebelikler: Ülkemizde 10 haftaya kadar anne-babanın hiçbir gerekçe olmadan gebeliği istememe hakkı yasal olarak vardır (2). Devlet yardım için bu çiftlere gerekli yasal ve fizik şartları oluşturmuştur. Bu durumda bebeğin sağlıklı veya sağlıklı olması önemli değildir.

-10-22 hafta arası gebelikler: Ülkemizde bu haftalar arasında kanunda belirtilen şartlar yoksa anne-babanın gebeliğin devamını istememe hakkı yoktur. Yaşama bağdaşmayan hastalık-sakatlık varsa veya gebelik annenin yaşamını veya yaşamsal organlarından birini tehdit ediyorsa doktor raporu ile gebelik sonlanabilir. Bu durumda etik ve yasal olarak engel görülmemektedir. Ancak fetus sağlıklı ise ve aile bu gebeliği istemiyorsa yasa buna kesin karşıdır ama etik tartışma bu konuda devam etmektedir. Eğer fetusda yaşama bağdaşan bir hastalık-sakatlık varsa ve aile bu gebeliği istemiyorsa yasa buna da engeldir ama etik tartışma bu konuda daha da alevlenir.

-Sadece anne bebeği istemiyor ve 10 haftanın altında gebelikler: Anne bekâr ise mümkündür ama evli ise eşinin rızası gerekir. Günümüzde dünyada gebeliğe devam kararının kadının hakkı olduğu kabul edilmekte ve insan hakları kadın hakları ile ilgili düzenlemelerde sadece kadının isteği ile gebeliğin sonlandırılmasına izin verilmesi önerilmektedir. Feminist görüşe göre fetus kadın vücudunun bir parçasıdır ve kadının fetusla ilgili kararlarda hakkı vardır.

-Sadece baba istemi ile gebelik sonlandırılması yasal olarak mümkün değildir. Bu konuda etik tartışma ise cılız kalmaktadır ve babayı destekleyenler çok azdır.

Yaşamın başlangıcı ve sonu hukuk, etik ve inanç sistemlerinin konusudur. Dini ve etik olarak yaşamın başlangıcının genellikle ana rahmine dü°mekle ba°ladığı kabul edilmektedir. Hukuk cenini canlı olarak kabul etmekle beraber potansiyel birey olarak görür. annesinden ayrılan bir kez nefes alan bebek esas bireydir (3). Bireyin, potansiyel bireye göre yasal hakları çok daha fazladır. Her canlı için en değerli hak olan “yaşam hakkı” fetus ve birey için aynı etik değerdedir. Fetusun kendisi ile ilgili kararlara katılamaması veya annesinin parçası olması onun yaşam hakkını zayıflatmamalıdır. Bu hak başta anne olmak üzere yaşam hakkına en saygılı olması gereken doktorlar tarafından da korunmalıdır. Doktorun “zarar vermeme ve yarar” ilkesi fetus için de geçerlidir. Etik ve inanç değerleri insanlar ve toplumlar için çok önemli olmakla beraber günümüzde hiçbir toplumun sadece etik değerler ve inançlarla yönetilmesi, yaşamın, adaletin bu değerlerle düzenlenmesi mümkün değildir. Eksiği ve yanlışı da olsa mutlaka hukuk düzeni olmalı ve bireyler buna göre yaşamlarını düzenlemelidir.

Ülkemizde 10.haftaya kadar gebeliğin sonlandırılması 1983’ lardan sonra anne ölümlerinin 8-10 kat azalmasında önemli rol oynamıştır. Gebeliğinden vazgeçmek tıbbi bir gerekçe olmadan da günümüzde kadının hakkı olmalıdır. Ancak bütün bunlar olayın etik değerler açısından iyi ve doğru olduğunu göstermemektedir.

10 haftadan küçük gebeliklerin sonlandırılmasında yasal sorun olmamakla beraber konunun etik tartışmasının devam etmesi doğaldır. Bu konu doğrudan doktorları değil tüm toplumu ilgilendirir. 10-22 hafta arasındaki gebeliklerin sonlandırılmasında yasal eksikler vardır ve bu dönemde tespit edilen yaşama bağdaşan hastalıklı fetusların sonlandırılması, doktorların aile isteğine olumlu bakması sonucunu sonlandırılmaktadır (4). Yasal boşlukları olan ve etik tartışmaların devam ettiği bu dönemdeki sorunların doktorların iyi niyeti ile çözülmesi yarın bizleri yasal ve etik sorunlarla karşı karşıya getirecektir. Etik problemler de, tıbbi problemler gibi çözülmeden askıda kalamazlar. Etik problemlerin çözülmeden bırakılması demek, hastalığın prognozunu olumsuz etkilemek demektir (5).

Doktor olarak bize düşen görev, yasal yükümlülüğümüz gereği 10 haftadan küçük istenmeyen gebeliklerde ailelere yardımcı olmaktır. Ancak ailelere kürtajın aile planlaması yöntemi olmadığını anlatmamız ve bunun gereği olarak da kürtaj için gelenleri tekrar kürtajı gerektirmeyecek şekilde bilgi ve yöntemle donatmamız çok önemlidir. Fetus yaşamının sonlandırılabilir bir yaşam olarak kabul edilmesi, insan ve toplum olarak pek çok değerimizin değişmesi demektir

10-22 hafta arası sağlık sorunu olmayan veya yaşamla bağdaşan sorunları olan fetusun alınması sadece aile ve doktoru ilgilendiren bir konu olmamalıdır. Doktor karşılaştığı böyle durumlar için etik tartışmanın bitmeyeceğini bilmekle beraber yasal boşlukların düzenlenmesini ilgililerden ısrarla talep etmeli, yarın ögenik toplum amacında olan kişi olarak suçlanmamalıdır. Bu gebelikler sonlandırılacaksa ilk 10 haftalık gebeliklerde olduğu gibi doktor yasal görevini yerine getirmiş olmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1-Garmel SH. Early pregnancy risks. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, Ed: DeCherney AH, Nathan L. 9th ed, 2003:272-86
- 2-Rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesine ilişkin tüzük, Resmi Gazete Tarih: 18.12.1983; Sayı: 18255
- 3-Şenocak Z. Ceninin hukuki durumu. Doğum Hekimliği, Maternal-Fetal Tıpta Etik ve Yasal Boyut (Ed:Bektaş MS). Medikal Network, 2004:44-46
- 4-Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Viabilite altı gebeliklerin sonlandırılması ve etik. Kadın Doğum Dergisi 2003;2(2):91-92
- 5-Klinik etik; Ed: Erdemir Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.

ERKEN DOĞUM TEHDİDİNDE TOKOLİTİK TEDAVİ SONUÇLARININ VÜCUT KİTLE ENDEKSİ (BMI) İLE İLİŞKİSİ

Relations of Tocolytic treatment and Body Mass Index in Threatened Preterm Labor

*Dr. Petek F Arıoğlu, Dr.Zeycan Aydın, Dr. Cem Fıçıoğlu

*Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Zeynep Kamil Kadın Çocuk Hasta. Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Çalışmamızda erken doğum tehdidinin tokolitik ajanlar ile tedavisinde hastaların kilo ve boylarındaki farklılığın tedavi sonuçlarını nasıl etkilediğini araştırdık. Çalışmaya, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Mart 2003 ile Nisan 2004 tarihleri arasında başvuran ve erken doğum tehdidi veya eylemi tanısı almış 170 hasta dahil edildi. Otuz-altmış dakikalık izlem süresinde, her on dakikada en az iki, en az otuz saniye süren, düzenli, ağrılı veya palpabl uterin kontraksiyonlar ile birlikte servikal dilatasyon ve/veya silinmesi olan, son adet tarihine göre ve real-time ultrasonografi ile 24-35. gebelik haftaları arasında olduğu tesbit edilen 170 hastaya öncelikle yatak istirahati ve 500 ml %5 dextroz ile i.v. hidrasyon uygulandı. Kontraksiyonları ve/veya servikal değişiklikleri devam eden 142 hastaya, kontrendikasyonu yoksa, öncelikle ritodrin ile 50 mcg/dk'dan başlayarak tokoliz uygulandı. Aynı gebelik haftası ve servikal açıklığı olan gebeler BMI'lerine göre 3'er gruba ayrıldı ve her grup kendi içinde karşılaştırıldı. Tokolitik ajanların etki süreleri ve tedavi sonuçları değerlendirmeye alındı. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, BMI grupları arasında tedavi süresi, kazanılan gebelik süresi, doğum haftası ve kilosuna ile neonatal sonuçlar açılarından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak her grup için yeterli sayıda hasta sağlanamamasının bu sonucu etkilediği düşünülmüştür. Bu nedenle geniş serilerde yapılacak çalışmaların bu konunun aydınlatılmasında yararlı ve gerekli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken doğum tehdidi, vücut kitle endeksi, tokoliz

ABSTRACT

In this study, we have investigated the influence of the height and weights of pregnant women on the outcome of tocolytic therapy in threatened preterm labour. 170 patients, who were hospitalized for threatened preterm labour between March 2003 and April 2004 at Zeynep Kamil Women and Children's Hospital, were included in the study. The patients were observed by cardiotocography for 20-30 minutes. 170 patients, who were 24-35 weeks pregnant by dates and/or real time ultrasonography, with regular recordable, painful or palpable uterine contractions, lasting at least 30 seconds, at least twice every 10 minutes, along with cervical changes, were hospitalized. The women were put to bed-rest and hydrated by 500 ml of 5% Dextrose solution i.v. Those with ongoing contractions or progressive cervical changes were treated by ritodrine 50mcg/min i.v. Patients at the same gestational age intervals with similar cervical changes were grouped by their body mass indices and the results were analyzed. The effectiveness of tocolytic treatment and the pregnancy outcome were evaluated. Statistical evaluation has shown that there is no significant difference between the groups with respect to duration of treatment, time gained, gestational age at delivery, birthweight and neonatal outcome. However, numbers needed for statistical significance could not be reached within each subgroup and it would be beneficial to study larger series to clarify this subject.

Keywords: Threatened preterm labour, body mass index, tocolysis

GİRİŞ

Preterm doğum eylemi ve doğum, gebeliğin 20. ve tamamlanmamış 37. haftaları arasında (140-259. günler arası) meydana gelen doğum eylemi ve doğum olarak tanımlanır (1). Tüm gebeliklerin % 7-10'u preterm doğum ile sonlanır ve doğumsal anomaliler hariç perinatal ölümlerin % 83-85'inin nedeni prematüritedir (2,3). Preterm doğmasına rağmen yaşayan bebeklerin önemli bir bölümünde fiziksel ve mental ciddi sekeller gelişebilmektedir. Preterm bebeğin önemli hastalıkları organ immatüritesine bağlıdır. Bu nedenle morbidite insidansı, gestasyonel yaş ile ters orantılıdır (4). Erken tanı ve tedavide geliştirilen yöntemlere karşın bu oranlar değişmemektedir. Komplikasyonların tedavisi veya rehabilitasyonunun maliyeti de çok yüksek olmaktadır. Ailelere getirdiği psikolojik maliyet ise ölçülemeyecek boyutlardadır. Preterm doğum hızının düşürülmesi doğum hekimlerinin en önemli görevlerinden biridir.

Preterm eyleme sebep olan faktörlerin önceden tesbit edilip önlenmesi ideal olmalıdır. İntraamniyotik enfeksiyon ve bunun sonucu olarak prostaglandin salgılanmasının en önemli sebeplerden biri olduğu bildirilmektedir. İnflamatuvar cevaptaki artış, prostaglandin üretimine bağlı servikal değişiklik ve uterin kontraksiyona neden olmaktadır (5). Bununla birlikte birçok obstetrik, medikal ve anatomik faktörler preterm doğum eylemi oluşumundan sorumlu tutulmaktadır. Ancak etyolojinin tam aydınlatılamamış ve multifaktöryel olması, preterm eylemin önlenmesini mümkün kılmamaktadır.

O halde preterm eylem belirtileri başlayan hastaların erken tanısı ve etkin tedavisi ön plana çıkmaktadır. Preterm doğumun erken tanısı için risk skorlaması, ultrasonografi ve biyokimyasal belirteçler ile tarama yöntemleri geliştirilmiştir (6, 7, 8). ancak erken doğum eylemi başlamadan bir girişimde bulunulmasının erken doğumu önleyebileceğine dair yeterince kanıt henüz yoktur.

Halen servikal serklaj, magnezyum, kalsiyum ve progesteron uygulamaları ile çalışmalar yapılmaktadır.

Tokolitik ajanların etkileri pek çok çalışma ile karşılaştırılmış, tedavi sonuçları açısından birbirlerine önemli bir üstünlükleri olduğu tespit edilmemiştir. Tokolitik ajan seçimi yan etki profili göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Tokolitik tedavide hastaya fetal akciğer matürasyonu için maternal kortikosteroid uygulamasına fırsat tanıyacak zamanın kazandırılması esastır.

Çalışmamızda, erken doğum tehdidi (EDT) veya erken doğum eylemi (EDE) tanısı ile hospitalize edilen ve tokolitik tedavi almış olan gebelerin vücut kitle endekslerindeki ($BMI = \text{Ağırlık}/(\text{boy})^2 \text{ kg/m}^2$) farklılığın tokolitik tedavi süreci ve sonuçları üzerine etkilerini araştırdık.

MATERYAL VE METOD

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne Mart 2003-Nisan 2004 tarihleri arasında başvuran ve EDT veya EDE tanısı alan 170 gebe çalışmaya alındı.

Gebelerin tamamı 24-35. gebelik haftaları arasında idi. EDT tanısı, obstetrik inceleme ve kardiotokogram sonuçlarına göre kondu. Hastaların uterin kontraksiyonları tokografi ile yirmi - otuz dakika takip edildi. Kontraksiyonlar her on dakikada en az iki kez gelen ve en az otuz saniye süren düzenli karakterde ise ve beraberinde servikal dilatasyon ve veya silinmesi varsa EDT tanısı konularak çalışma grubuna alındı. Gebelik yaşı değerlendirmesinde son adet tarihi esas alındı. Güvenilir menstrüel hikayesi olmayanlarda, gebelik yaşı tayini amacıyla real-time ultrasonografi yapılarak daha erken gebelik haftalarındaki ultrasonografileri ile teyid edildi. EDT tanısı ile interne edilen tüm gebelerde rutin tam kan sayımı ve tam idrar tetkikleri istendi. Pyüri/bakteriüri saptanan olgularda tokolitik tedavi ile birlikte antibiyoterapi uygulandı. EDT tanısı ile birlikte preeklampsi, ablatio plasenta, plasenta previa, erken membran rüptürü, korioamnionitis, fetal ölüm, fetal distres, yaşamla bağdaşmayan fetal anomali, intrauterin gelişme geriliği, 4 cm ve üzerinde servikal dilatasyon, maternal herhangi bir sistemik veya metabolik hastalık varlığında gebeler çalışma kapsamı dışında bırakıldı.

Çalışmaya alınan tüm gebeler öncelikle yatak istirahatına alındı ve 500 cc % 5 dekstroza veya ringer laktatın otuz dakika içinde infüzyonu ile hidrasyon yapıldı. Tekrarlanan kardiyotokografik değerlendirmede kontraksiyonları ve/veya ilerleyen servikal değişikliği olan hastalara, herhangi bir kontrendikasyonu yoksa, öncelikle intravenöz ritodrin ile tokolitik tedavi başlandı. %5'lik 500 cc dekstroza solüsyonu içerisine iki ampül (1 ampül= 50 mg) ritodrin hidroklorit ilave edilerek infüzyon pompası ile 50 mcg/dk dozunda tokoliz başlandı. Takiben kontraksiyonlar duruncaya veya ciddi yan etkiler görülünceye kadar doz 20 dk ara ile 50 mcg/dk artırıldı.

Maksimum doz 350 mcg/dk olarak sınırlandı. İnfüzyon tedavisi ile başarı sağlandığında 1 saat aynı dozda infüzyona devam edildi. Kontraksiyonların olmadığı minimum dozda en az 12 saat infüzyona devam edildi. İnfüzyon tedavileri süresince hastalar, saatlik tansiyon, nabız, solunum sayısı gibi vital bulgular ve yan etkiler açısından takip edildi. Ayrıca tüm olgulara 12 saat ara ile iki defa 12 mg betametazon i.m. uygulandı. 48 saat sonunda stabil olan hastalar istirahat önerilerek ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

Standart bir protokol çerçevesinde tokoliz uygulamasının farklı ağırlık ve boydaki hastalardaki tedavi sonuçlarını araştırmak üzere yapılan bu çalışmada hastaların gruplandırılması amacı ile Vücut Kitle Endeksi (BMI) kullanıldı.

Hastaların boy ve kiloları ölçüldü ve her hasta için Vücut Kitle Endeksi, $BMI = \text{Ağırlık}/(\text{Boy})^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$ (Quetelet's Index) formülü ile hesaplandı. BMI'lerine göre hastalar üç gruba ayrıldı (Tablo I).

Tablo I: BMI gruplarının oluşturulması

GRUPLAR	BMI ARALIKLARI
Grup I	25 altında olanlar
Grup II	25 ve 30 arasında olanlar
Grup III	30 üstünde olanlar

Eşdeğer konumda olan EDT olgularının karşılaştırılabilmesi için gruplar gebelik haftaları ve servikal dilatasyonlarına göre oluşturulmuştur. Gebelik haftası 28 haftanın altında, 28-32 hafta ve 32 haftanın üstünde olan ve her grupta servikal dilatasyonu 2 cm'nin altında ve üstünde olan gebeler BMI'lerine göre gruplara ayrılmış ve anne yaşı, gravidası, paritesi, abortus sayısı, tokolitik tedavi süresi, tokoliz ile kazanılan süre, doğumda gestasyonel hafta ve bebeğin doğum tartısı açılarından karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya alınan tüm hastalar içinden ikiz gebeliği olanlar (20 hasta) ve sadece hidrasyon alıp tokolitik tedavi almayanlar (28 hasta) çıkarılarak bu iki grup için ayrı inceleme yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda teknik imkansızlık nedeniyle Ritodrinin plazma seviyesine bakılamamıştır. Bunun yerine, ilaç etkinliğini değerlendirmede, tokolitik tedavi süreci ve başarıları kriter olarak belirlenmiştir. Bu amaçla hastaların aldığı tedavi süresi, doğuma kadar geçen süre (kazanılan süre), doğum anındaki gebelik haftası ve doğum kilosu dikkate alınmıştır.

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS 2000 Mc.GrawHill paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra, gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi, alt grup karşılaştırmalarında Dunn's çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

170 hastaya ait maternal ve fetal klinik özelliklerin dağılımı Tablo II'de gösterilmiştir.

Tablo II: Gebelerin obstetrik özellikleri, BMI grupları, preterm eylemdeki predispozan faktörler ve neonatal sonuçlara göre dağılımı

		Hasta Sayısı	%
Gebelik Haftası	<28	10	5,9
	28-32	48	28,2
Dilatasyon	<2 cm	111	65,3
	>2 cm	59	34,7
BMI	<25 BMI	83	48,8
	25-30 BMI	74	43,5
	>30 BMI	13	7,6
Öykü	Yok	150	88,2
	Var	20	11,8
İş	Hayır	155	91,2
	Evet	15	8,8
IYE	Yok	127	74,7
	Var	43	25,3
Sigara	Yok	129	75,9
	Var	41	24,1
Anemi	Yok	125	73,5
	Var	45	26,5
YBU	Yok	140	82,4
	Var	30	17,6
Neonatal Kayıp	Yok	162	95,3
	Var	8	4,7

Tanı anındaki gebelik haftalarına bakıldığında çalışmaya alınan hastaların % 65,9'unun (112 hasta) 32 hafta ve üstü olan gebelerden oluştuğu görüldü. 28 hafta altındaki gebelerin sayısı ise sadece 10 (% 5,9) idi.

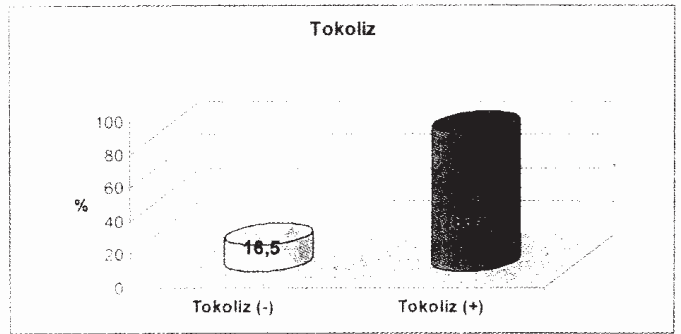
Tüm hastaların servikal dilatasyonu değerlendirildiğinde, % 65,3'ünün (111 hasta) 2 cm'nin altında olduğu

tesbit edildi. 2 cm ve üstünde servikal açıklığı olan hastaların sayısı 59, oranı % 34,7 idi.

BMI gruplarına bakıldığında; Grup I'de (BMI'i 25 altı olanlar) 83 hasta (% 48,8), Grup II'de (BMI'i 25-30 arası olanlar) 74 hasta (% 43,5) olduğu görülmektedir. BMI'i 30'un altında olan Grup III'de ise sadece 13 hasta (% 7,6) bulunmaktadır.

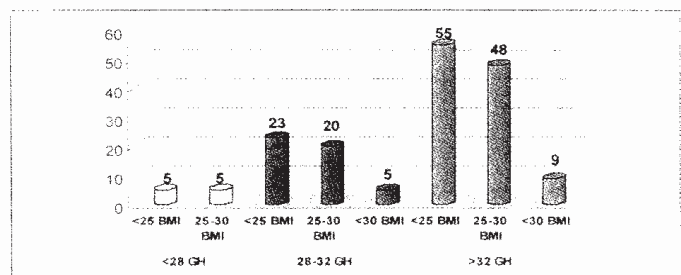
Preterm doğumdaki predispozan risk faktörleri araştırıldığında; hastaların % 11,8'inde preterm doğum öyküsü, % 26,5'inde anemi varlığı, % 24,1'inde sigara kullanımı, % 25,3'ünde idrar yolu enfeksiyonu varlığı ve % 8,8'inde gebelikte işte çalışma öyküsü tespit edilmiştir.

Çalışmaya alınan 170 hastanın BMI gruplarının gebelik haftalarına göre dağılımı Şekil I'de gösterilmiştir. Genel olarak bakıldığında, EDT tanısı alan 170 gebenin BMI'lerinin ağırlıklı olarak 25'in altında olduğu görülmektedir. 30'un üstünde BMI'i olan hasta sayısının diğer gruplara oranla oldukça az olması dikkati çekmektedir.



Şekil I: BMI gruplarının gebelik haftalarına göre dağılımı

Çalışma grubunu oluşturan EDT tanısı almış 170 hastanın % 83,5'i (142 hasta) tokolitik ajanlarla tedavi almıştır. 28 hastanın (%16,5) tedavisinde ise sadece hidrasyon uygulanmıştır. (Şekil II)



Şekil II: Tokoliz alan ve almayan (sadece hidrasyon uygulanan) hastaların genel gruba göre dağılım oranları

Tablo III: 28-32 haftalar arasında, servikal açıklığı 2 cm'den küçük olan tekiz gebelere ait verilerin BMI grupları arasında karşılaştırılması

	Grup I (n:14)	Grup II(n:8)	Grup III(n:2)	KW	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Yaş	22,79±4,10	28,63±7,15	29,00±1,41	6,28	<0,05
Gravida	1,86±1,03	2,13±1,55	3,50±0,71	3,01	>0,05
Parite	0,36±0,63	0,38±0,74	2,00±0,00	6,28	<0,05
Abortus	0,14±0,36	0,75±1,04	0,00±0,00	4,28	>0,05
Tedavi Süresi	27,21±25,02	32,38±28,10	39,00±16,97	2,65	>0,05
Kazanç	33,29±20,98	51,50±16,13	38,00±25,46	3,65	>0,05
Doğum Haftası	34,36±3,23	37,00±2,67	35,50±3,54	3,68	>0,05
Doğum Tartı	2480,71±665,81	2900,00±395,51	2810,00±763,68	1,67	>0,05

28-32 haftalar arasında, servikal açıklığı 2cm'den küçük olan tekiz gebelere ait verilerin BMI grupları arasında karşılaştırılması sonucunda sadece yaş ve paritenin BMI ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi görülmüştür. (Tablo III).

Benzer şekilde 32 haftanın üstünde olan gebelerde BMI ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Bunların dışında değerlendirilen parametrelerde, hiçbir gestasyonel yaş, servikal açıklık grubunda BMI ile tokolitik tedavi sonuçları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Aynı değerlendirme ikiz gebelikler ve sadece hidrasyon uygulanmış gebeler için yapıldığında, BMI ve perinatal sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Preterm doğum yönetiminde tokolitik tedavi, kısa dönem kazancından dolayı önerilir. Tokolitik tedavi, kortikosteroidin pulmoner matüriteyi artırıcı, ciddi fetal respiratuar distres sendromu riskini azaltıcı etkisinin sağlanmasında zaman kazanmak için kullanılmaktadır. Özellikle kritik gestasyonel yaş olan 26-32. haftalar arasında doğumun 1 hafta ertelenmesi, neonatal sürvi açısından öneme sahip olabilir. Akciğer matürasyonu açısından steroid kullanılan gebelerde, yararlı zaman kazancı doğumun 48 saat ertelenmesidir (9). Doğumun ertelenmesi ayrıca hastanın tersiyer bakım merkezlerine transferi için kullanılır. Hiçbir çalışma tek başına tokolitik tedavinin kullanımıyla sürvide, uzun dönem perinatal mortalite ve morbidite veya neonatal sonuçlardaki iyileşmeyi ikna edici bir şekilde gösterememiştir (10).

Bizim çalışmamızda başarı kriterleri olarak kazanılan gün sayısı ve doğumdaki gebelik haftası dikkate alınmıştır. Tokoliz sonrası doğuma kadar geçen süre, kullanılan tokolitik ajana göre değişebilmekle birlikte literatürdeki pek çok çalışmada 48-72 saat olduğu bildirilmiştir (11, 12). Ancak 7-10 gün (13, 14), 32 gün (15) hatta 17 haftaya kadar (16) doğumun geciktirildiği başarılı tokoliz sonuçlarına da rastlanmaktadır. Bizim çalışmamızın sonucunda, ortalama kazanılan süre 28.09 gün, doğumdaki gebelik haftası da 37.46 hafta olarak tesbit edilmiştir.

Buradaki farklılık preterm eylem tanısında yanlış pozitiflik oranının yüksek oluşuna bağlanabilir. Bundan kaçınmak ve gereksiz tokolitik tedaviyi önlemek için en güvenli yol FDA tarafından 1995 yılında tarama amaçlı olarak onaylanan fetal fibronektin ölçümüdür. Fetal fibronektin negatifse ve servikal uzunluk 30mm'den fazla ise 1 hafta içinde muhtemel doğum % 1'den daha azdır. Böylece testi negatif bulunan çoğu gebe tedavi edilmeksizin evine güvenle gönderilebilir (15). Fetal fibronektin ile ilgili en önemli sorun testin ulaşılabilirliği ve maliyetidir. Ancak Mozurkewich ve arkadaşları fetal fibronektin ile taramanın gelen her hastaya tokolitik tedavi uygulanmasından daha düşük maliyetli olacağını göstermişlerdir (17).

Preterm eylemin tedavisinde hidrasyonun kullanımı ile ilgili literatürde yer alan birkaç prospektif çalışma vardır. Pircon ve ark., preterm kontraksiyonları olan 48 hasta üzerinde yaptıkları prospektif randomize bir çalışmada, hidrasyonun herhangi bir faydasını görmemişlerdir (18). Yine Guinn ve ark.'larının, erken kontraksiyonları başlayan 179 kadında yaptığı prospektif randomize çalışmada da benzer bulgulara rapor edilmiştir (19).

Çalışmamızda 170 gebenin 28'inde (%16,5) yalnızca hidrasyon ile kontraksiyonların durduğu ve tokoliz gerekmediği tesbit edilmiştir. Bu nedenle, özellikle "uterin irritabilite" diye tanımlayabileceğimiz servikal açıklık ve/veya silinmeye neden olmayan düzensiz kontraksiyonlarla gelen hastaların hidrate edilip birkaç saat süreyle gözlenmesinin faydalı olacağı inancındayız. Böylece aynı zamanda EDT açısından yalnızca pozitif olarak değerlendirilen olguların bir kısmının da ayırd edilmesi sağlanabilmektedir.

Cooper R. ve arkadaşlarının yapmış oldukları çok merkezli bir çalışmada neonatal mortalitenin % 83'ünün 37. haftadan önce doğan bebeklerde olduğu ve bu kayıpların %66'sının 29. gebelik haftasından önceki doğumlarda görüldüğü tesbit edilmiştir (20). Bizim çalışmamızda da toplam 8 neonatal kayıp görülmüş ve bu kayıpların 5'inin (% 62,5) 29 hafta altındaki doğumlarda olduğu tesbit edilmiştir.

Bu çalışmamızda aynı gebelik haftasına ve servikal açıklığa sahip farklı kilo ve boylardaki hastaların aldıkları

tokolitik tedavi süresi, doğuma kadarki geçen süre, doğum anındaki gebelik haftası ve doğum kiloları açısından istatistiksel anlamda fark yoktur. Yine, doğan bebeklerin yoğun bakım ünitesine alınma ve neonatal dönemde kaybedilme oranları arasında da anlamlı fark görülmemiştir. Ancak her hasta grubunda yeterli sayıda hasta bulunmaması istatistiksel değerlendirmeyi sınırlandırmaktadır.

SONUÇ

Çalışmamızda gestasyonel hafta ve servikal dilatasyonlarına göre sınıflandırdığımız EDT olgularında BMI'nin tokolitik tedavi sonuçlarına etkisini araştırdık ve BMI'nin tedavi sonuçlarına etki göstermediğini tespit ettik. Tokolitik tedavi dozlarının araştırılması için bu çalışmanın, ilaç plazma düzeyleri ölçülerek, daha büyük hasta serilerinde tekrarlanmasına gereksinim vardır. Fetal fibronektin ile servikal uzunluk gibi tarama yöntemleri ile birlikte değerlendirilerek hasta seçimiyle tokolitik tedavinin optimizasyonu sağlanabilir.

KAYNAKLAR

- 1- Creasy R.K., Preterm labor and delivery (in): Creasy R.K., Resnik R. (eds). Maternal-Fetal Medicine-Principles and Practice. Saunders, Philadelphia, pp.494.
- 2- Cooper R. L., Goldenberg R. L., Creasy, R. K., et al. A multicenter study of preterm birth weight and gestational age specific mortality Am.J. Obst. Gynecol., 1993; 168:78-84
- 3- Ayhan A., Yüce K., Kişnişçi H., Analysis of 20291 deliveries in a Turkish Institution Int. J. Gynecol Obstet., 1989; 29: 131-4.
- 4- Ehrenhaft P. M., Wagner J. L., Herdman R. C. Changing prognosis for very low birth weight infants Obstet Gynecol., 1989; Sep; 74 (3 Pt 2):528-35.
- 5- Katz V. L., Farmer R. M. Controversies in Tocolytic Therapy: Clinical Obstetrics and Gynecology, Volume 42, Number 4, pp 802-8019.
- 6- Creasy R.K., Gummer B.A., Liggins G.C. System for predicting spontaneous preterm birth Am. J. Obstet. Gynecol., 1980 June;55(6):692-695.
- 7- Welsh A, Nicolaides K, Cervical screening for preterm delivery Curr Opin Obstet Gynecol., 2002 Apr;14(2):195-202.
- 8- Iams J.D., Casal D., McGregor J.A., Goodwin T. M., Kreaden U.S., Lowensohn R., Lockitch G. Fetal fibronektin improves the accuracy of diagnosis of preterm labor Am. J. Obstet. Gynecol. 1995 Jul; 173(1): 141-5.
- 9- Liggins G. C., Howie R. N., A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants Pediatrics, 1972 Oct;50(4):515-255.
- 10- Weismiller D.V., Preterm labor American Family Physician, February 1, 1999/ volume 59, Number 3: 593-602.
- 11- Katz VL, Farmer RM., Controversies in tocolytic therapy Clin Obstet Gynecol, 1999 Dec;42(4):802-19.
- 12- Tsatsaris V, Papatsonis D, Goffinet F, Dekker G, Carbonne B, Tocolysis with nifedipine or beta-adrenergic agonists: a meta-analysis Obstet Gynecol, 2001 May;97(5 Pt 2):840-7.
- 13- Pryde PG, Besinger RE, Gianopoulos JG, Mittendorf R, Adverse and beneficial effects of tocolytic therapy Semin Perinatol, 2001 Oct;25(5):316-40.
- 14- Husslein P, Development and clinical experience with the new evidence-based tocolytic atosiban Acta Obstet Gynecol Scand, 2002 Jul;81(7):633-41.
- 15- Goldenberg RL., The management of preterm labor Obstet Gynecol, 2002 Nov;100(5 Pt 1):1020-37.
- 16- Hatjis CG, Nelson LJ, Meis PJ, Swain M., Addition of magnesium sulfate improves effectiveness of ritodrine in preventing premature delivery Am J Obstet Gynecol, 1984 Sep 15;150(2):142-50.
- 17- Mozurkewich EL, Naglie G, Krahn MD, Ilayashi RH., Predicting preterm birth: a cost-effectiveness analysis Am J. Obstet Gynecol 2000 Jun;182(6):1589-98.
- 18- Pircon RA, Strassner HT, Kirz DS, Towers CV, Controlled trial of hydration and bed rest versus bed rest alone in the evaluation of preterm uterine contractions Am J Obstet Gynecol, 1989; 161:775-9.
- 19- Guinn DA, Goepfert AR, Management options in women with preterm uterin contractions:A Randomized Clinical Trial Am J Obstet Gynecol, 1997;177:814-8.
- 20- Ergün Toprak, Erken doğum ağrılarına profilaktik yaklaşımda oral magnezyum tedavisinin rolü Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik, 2003 Ekim 13(5):364-67.

DİLALTİ İLE DİLALTİ VE VAJİNAL MİSOPROSTOLUN DOĞUM EYLEMİNİ İNDÜKLEMEDE KARŞILAŞTIRILMASI

Sublingual Versus Sublingual Plus Vaginal Misoprostol for Induction of Birth

Dr. R. Atakan Al, Dr. Serdar Yalvaç, Dr. İsmail Dölen,
Dr. Emine Seda Güvendağ Güven, Dr. Ömer Kandemir, Dr. Ali Haberal

SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Perinatoloji Ünitesi,

ÖZET

Amaç. Dilaltı ve dilaltı+vajinal misoprostol kullanımının etkinliğini ve güvenliğini karşılaştırmak

Yöntem. Ekim-Aralık 2003 tarihleri arasında doğum eyleminin indüksiyonu amacıyla dilaltı (50µg) ve dilaltı (50µg)+vajinal (50µg) misoprostol uygulanan gebeler retrospektif olarak tarandı. Çalışmaya intrauterin eksitus, erken membran rüptürü, <36 gestasyonel hafta, Bishop>7, olan hastalar alınmadı. Ana sonuç değişkeni olarak indüksiyon-doğum süresi değerlendirildi.

Sonuçlar. Dilaltı misoprostol uygulanan 40 hasta, dilaltı+vajinal misoprostol 41 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama indüksiyon-doğum süresi dilaltı yolda (10,3±4,2 saat) dilaltı+vajinal yolda (10,6±4,9) bulundu (p=8). Dilaltı yolda daha yüksek dozda misoprostol kullanıldı (2[1-4] vs. 1[1-4]; p<0,001). İstatistiksel önem arzetmemekle birlikte dilaltı+vajinal misoprostol verilen hastalarda daha yüksek oranda taşisistol, fetal distrese bağlı sezaryen ve mekonyum salınımı izlendi.

Tartışma. Dilaltı (50µg) ve dilaltı (50µg)+vajinal (50µg) misoprostolün doğum eyleminin indüksiyonu amacıyla her 3 saatte bir kullanımı eşit etkinliğe sahiptir.

Anahtar sözcükler. Misoprostol, doğum eyleminin indüksiyonu, servikal olgunlaştırma.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to compare the efficacy of sublingual and sublingual+vaginal misoprostol for induction of labor.

Methods: A retrospective study was performed with patients who underwent labor induction with misoprostol between October-December 2003. Patients who administered misoprostol sublingually or sublingual+vaginally for induction of labor were included study. Women were excluded if they had Bishop Score >7, intra uterine exitus fetus, preterm rupture of membranes and gestational weeks <36 weeks. Main goal was to evaluate the duration of induction to delivery time.

Results: Of the 81 subjects, 40 received sublingually administered misoprostol and 41 received sublingual+vaginal administered misoprostol. The time intervals from start of induction to delivery were same between two routes (10,3±4,2 hours vaginal vs. 10,6±4,9 hours sublingual+vaginal; p=8). Sublingual+vaginal treated patients required significantly more doses than vaginally treated patients (2[1-4] vs. 1[1-3]; p<0,001). Although it was not statistically significant, tachysystole, caesarean section due to fetal distress and meconium were found to be higher in patients who misoprostol administered by sublingual+vaginal.

Conclusion: Sublingual (50µg) misoprostol has equal efficacy as sublingual (50µg)+vaginal (50µg) misoprostol in induction of labor when repeated three hourly.

Keywords. Misoprostol, labor induction, cervical ripening.

GİRİŞ

Misoprostol doğum eyleminin indüksiyonu amacıyla yaygın olarak kullanılan güvenli ve etkili bir prostaglandin E1 analogudur. Bu amaçla oral, dilaltı, bukkal ve vajinal yollardan kullanılmaktadır. Özellikle vajinal kullanımı etraflıca incelenmiştir. Doğum eyleminin indüksiyonu amacıyla kullanıldığında, misoprostol, plasebo ve diğer prostoglandinlerden daha etkilidir(1). Ancak henüz optimal yol, doz ve veriş sıklığı belirsizdir.

Zieman ve ark ve Tang ve ark, misoprostolun oral, dilaltı ve vajinal yollardan kullanıldığında farmakokinetiklerini incelediler (2, 3). En yüksek serum konsantrasyonunu dilaltı misoprostol sağlamaktadır. Tepe konsantrasyonuna yaklaşık 30 dakikada ulaşmakta ve yaklaşık 6 saat boyunca oral ve vajinal yola göre daha etkili ilaç düzeyi (zaman- ilaç düzeyi grafiğinde eğrinin altında kalan alan) sağlamaktadır. Vajinal ilaç ise yaklaşık 2 saatte serumda tepe konsantrasyona ulaşmakta ve

Etkisi dilaltı misoprostolden daha uzun sürmektedir.

Misoprostol uygun dozda vajinal ve dilaltı yoldan birlikte kullanıldığında daha başarılı sonuçlar alınabilir. Bu araştırmanın amacı misoprostolün dilaltı ve dilaltı+vajinal uygulamalarını mukayese etmektir.

YÖNTEM

SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesinde Ekim-Aralık 2003 tarihlerinde misoprostol ile eylem indüksiyonu yapılan hastalardan çalışma kriterlerine uygun olanları retrospektif olarak incelenmiştir. Bu süre içerisinde misoprostol uygulanan tüm hastalar incelenerek dilaltı (50µgr) ve dilaltı+vajinal (50µgr+50µgr) misoprostol uygulanan hastalar seçilmiş; intrauterin eksitus, erken membran rüptürü, <36 gestasyonel hafta, Bishop<8, olan hastalar çalışmaya alınmamışlardır.

Kliniğimizde misoprostol uygulamaları bir protokol dahilinde yapılmaktadır. Protokole göre misoprostol uygulanma kriterleri şunlardır: (1) baş gelişi (2) parite ≤ 6 . (3) tahmini fetal ağırlığı < 4000 g. (4) NST reaktif. (5) Bishop $< 9-10$. Nonreaktif NST, indüksiyona obstetrik kontraendikasyon, açıklanamayan vajinal kanma, prostaglandin allerjisi saptanan ve geçirilmiş sezaryan öyküsü olan gebeler misoprostol uygulamasına alınmamaktadır.

İlacın verilme yolunun seçimi hastanın doktoruna aittir. Misoprostol günde 6 dozu aşmamak üzere, her 3 saatte bir perinatoloji servisinde uygulanmaktadır. Sublingual+vajinal misoprostol uygulamasında tekrarlar da yalnızca dilaltı misoprostol uygulanmaktadır. Başlangıçta hastalara ultrasonografi, pelvik muayene, NST yapılmakta ve uterin aktiviteleri değerlendirilmektedir. Her dozdan önce ve sonra yaklaşık 30 dakika NST, her dozdan önce pelvik muayene yapılmaktadır. Bishop skoru ≥ 10 olan, suyu gelen yada 10 dakika içerisinde 3 ve üzerinde etkin kasılmaları olan hastalar, misoprostol dozu tekrarlanmayarak, doğumhaneye nakledilmektedirler. Misoprostol, anormal fetal kalp trasesi (fetal taşikardi, bradikardi, geç deselerasyon, şiddetli varyabl deselerasyon, varyabilite kaybı) veya anormal uterin kontraksiyon (taşisistol, hipertonus, hiperstimülasyon) saptanan hastalarda tekrarlanmayarak, hipertonic kasılmaları olan veya hiperstimule olan hastalara ritodrin ile müdahale edilmektedir. Taşisistol birbirini takip eden iki periyotta 10 dakikalık sürede 6 ve üzerinde uterus kasılması; hiperstimülasyon kasılma ile birlikte fetal kalp atımlarında deselerasyon; hipertonus, 2 dakika ve üzerine süren kasılmalar olarak tanımlanmıştır (4).

Yirmidört saat içerisinde aktif eyleme girmeyen, veya serviksi indüksiyona uygun olmayan hastalar indüksiyon

başarısızlığı olarak kabul edilerek hastaya sezaryen yada tekrar misoprostol ile indüksiyon seçeneği sunulmaktadır.

Çalışmanın ana değişkeni indüksiyondan doğuma kadar geçen süre olarak belirlendi. Bununla birlikte latent faz ve aktif faz süresi, taşisistol, hipersitümülasyon, eyleme yardımı, sezaryen, fetal sıkıntıya bağlı sezaryen, yenidoğan yoğunbakım ünitesinde 24 saati aşan yatış oranı ve Apgar skorları değerlendirilmeye alındı.

İSTATİSTİK

İstatistiksel analiz için SPSS (10.0 SPSS Inc. İll. USA) paket programı kullanılmıştır. Gruplar arası istatistikler için uygun olduğu yerde χ^2 , Fisher's exact test, Kolmagrow Smirnov, student *t* testleri kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. NCSS paket programı kullanılarak post hoc power hesaplandı.

SONUÇLAR

Çalışmaya 40 dilaltı 41 dilaltı+vajinal grubundan olmak üzere toplam 81 hasta dahil edildi. Hastaların bazı demografik bulguları tablo 1 de verilmiştir. Her iki gruptaki hastalar genel olarak benzerdir.

Tedavi sonrası bulgular tablo 2 de izlenmektedir. Dilaltı+vajinal verilen hasta grubunda kullanılan ilaç miktarı ve uygulama sayısı dilaltı grubuna göre daha yüksekti. İndüksiyondan doğuma kadar geçen zaman, eylemin laten ve aktif fazları her iki uygulamada da benzer bulundu. Eyleme ilişkin diğer zamanlar açısından da durum farksızdı. Oksitosin ile eyleme yardım ve sezaryen oranları, sezaryen endikasyonları ve pelvik muayene değişmeden fetal sıkıntıya bağlı sezaryene alınan hasta oranları yine benzer bulundu.

Tablo 1. Maternal ve neonatal demografik veriler. Veriler ortalama $\pm$ ss, medyan (min-max) veya n(%) olarak sunulmuştur (ns= istatistiksel olarak anlamsız, $p < 0.05$).

	Dilaltı (n=40)	Dilaltı+vajinal (n=41)	<i>p</i>
Anne yaşı	26(5)	25(5)	.3
Gestasyonel yaş	41.2(0.9)	41(1)	.4
Bishop skoru	4(1-7)	4(1-7)	.5
Nulliparite	21 (52.5)	27 (65.9)	.2
İndüksiyon endikasyonları			.6
Günaşımı ($\geq 41^0$ hafta)	30(75)	33(80.5)	
Diğer	10(25)	8(19.5)	
Neonatal doğum ağırlığı	3314 $\pm$ 470	3363 $\pm$ 376	.6

Tablo 2. İndüksiyon sonuçları. Veriler ortalama±ss. medyan (min-max) veya n(%) olarak sunulmuştur
(ns= istatistiksel olarak anlamsız. p<0,05).

	Dilaltı (n=40)	Dilaltı+Vajinal (n=41)	p
Doz	50 (50-150)	150 (100-150)	<.001
Doz sayısı	1 (1-3)	2(1-4)	.148
İndüksiyon-doğum zamanı	10,3±4,2	10,6±4,9	.8
İndüksiyon- vajinal doğum zamanı	9,9(4)	10,7(4,7)	.5
İndüksiyon-doğum zamanı			
Nullipar	9,8(2,9)	10(5)	.3
Multipar	10,8(5,4)	9,7(4,9)	.6
Latent faz süresi	5,8±3,3	5,7±2,9	.9
Aktif faz süresi	4,5±3,1	4,8±3,7	.6
<24 sa. doğum	-	2(4,9)	
Oksitosin ile eyleme yardım	5(12,5)	6(14,6)	.8
Oksitosin ile eyleme yardım süresi	2,7(2,5)	3(2,2)	.9
Misoprostol komplikasyonları			.5
Hiperstimülasyon	1(2,5)	3(7,3)	
Taşisistol	4(10)	9(22)	
Mekonyum	4(10)	8(19,5)	.2
Sezaryen oranı	9(22,5)	13(31,7)	.3
Sezaryen endikasyonu			.8
Fetal distress	5(12,5)	11(26,8)	
Distosi	4(10)	2(4,9)	
Acil sezaryen (Tuşe değişmeden)	1(2,5)	3(7,3)	.6
Başarısız indüksiyon	-	1(1,4)	

Doğum eylemine ait veriler açısından iki grup benzer bulunmakla birlikte, dilaltı-vajinal ilaç uygulanan hasta grubunda misoprostol bağlı uterus kasılma komplikasyonları, fetal distrese bağlı sezaryen oranı ve mekonyum salınımı oranının nispeten daha yüksek olduğu izlenmektedir.

Her iki grupta da düşük apgarlı bebek ve yenidoğan yoğun bakımda izlenen bebek mevcut değildi.

İndüksiyon-doğum zamanı dikkate alınarak post hoc istatistiksel power hesaplandı. Mevcut hasta sayıları iki grup arasında en az 3,5 saatlik bir farkı %80 doğrulukta gösterebilmektedir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda dilaltı ve dilaltı+vajinal misoprostol uygulamalarının sonuçları arasında bir farklılık bulunamadı. Ancak istatistiksel önem arzetmemekle birlikte, dilaltı-vajinal uygulanan gebelerde taşisistol, fetal distress ve mekonyum salınımı daha yüksek oranda izlendi. Bu bulgular muhtemelen dilaltı+vajinal uygulanan hastalarda daha yüksek ilaç dozu kullanılmasına bağlıdır. Ancak çalışmaya dahil edilen hasta sayısı bu bulgular ile ilgili kesin bir kanaate varmak için yetersizdir.

Vajinal misoprostolun doğum eyleminde kullanıldığı çok sayıda çalışma mevcuttur. Vajinal misoprostol doğum

eylemini indüklemeye bilinen diğer ajanlardan daha etkilidir.(1) Genel olarak 25µg dozunda 4-6 saatte bir önerilmekle birlikte 50 µg dozda 4-6 saatte bir tekrarlandığında eylemi daha başarılı olarak indüklemektedir(5). Ancak bu dozda taşisistol ve uterin hipersitümülasyon riskinde artış beklenebilir.(5) Dilatı misoprostol kullanımı ise henüz yeni incelenmektedir.(6-8) Mevcut çalışmalar dilatı misoprostol ile vajinal misoprostole benzer sonuçlar alınabildiğini göstermektedir. Dilatı misoprostol kullanımı hastalar tarafından daha kabul edilebilir bir yöntemdir ve pelvik muayene gerektirmemesi nedeniyle daha cazip gözükmektedir. Henüz yeterli delil olmamakla birlikte 100 µg dozda verildiğinde daha etkili olmakta ancak taşisistol ve uterin hipersitümülasyon oranı artmaktadır(9).

How ve ark. benzer bir çalışmada oral (25 µg), vajinal (25 µg), ve oral (25 µg) +vajinal (25 µg) misoprostolü randomize çift kör bir çalıştırmada karşılaştırdılar(10). Vajinal+oral ilaç kullanan gebelerde taşisistol, hiperstimülasyon

ve sezaryen oranı yüksek bildirildi. En yüksek 24 saat içerisinde doğum oranı vajinal yolda izlenirken oral ve vajinal yol arasında bir fark bulunamadı. Ancak oral misoprostolün farmakokinetiği farklıdır. Alınmasını takiben dilatı ilaç gibi yaklaşık 30 dakidada plasma tepe yoğunluğuna ulaşmakta ancak 2 saatten daha kısa sürede etkili plazma konsantrasyonunu kaybetmektedir.

Çalışmamızın istatistiksel gücü iki grup arasında en az 3.5 saatlik bir farkı görmek için yeterlidir. Ancak retrospektif bir çalışma olması nedeniyle güvenilirliği sınırlıdır. Kanaatimizce misoprostol vajinal ve dilatı yoldan birlikte kullanıldığında daha etkili olup olmadığı prospektif çalışmalarla araştırılmalıdır. Ülkemizde misoprostolün 200 µg lık müstahzarları bulunmaktadır ve 25 µg lık tablet elde etmek her zaman aynı güvenilirlikle elde etmek mümkün değildir. Yeni çalışmalar için misoprostol uygulamasının dilatı+vajinal yolda 6 saatte bir yapılmasının uygun olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- 1- Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD000941.
- 2- Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, Lee SW, Ho PC. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. Hum Reprod 2002; 17:332-6.
- 3- Ziemann M, Fong SK, Benowitz NL, Basker D, Darney PD. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. Obstet Gynecol 1997; 90:88-92.
- 4- Curtis P, Evens S, Resnick J. Uterine hyperstimulation. The need for standard terminology. J Reprod Med 1987; 32:91-5.
- 5- Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM, Delke I. Labor induction with 25 microg versus 50 microg intravaginal misoprostol: a systematic review. Obstet Gynecol 2002; 99:145-51.
- 6- Shetty A, Mackie L, Danielian P, Rice P, Templeton A. Sublingual compared with oral misoprostol in term labour induction: a randomised controlled trial. Bjog 2002; 109:645-50.
- 7- Shetty A, Danielian P, Templeton A. Sublingual misoprostol for the induction of labor at term. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:72-6.
- 8- Wolf SB, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Sublingual misoprostol for labor induction: a randomized clinical trial. Obstet Gynecol 2005; 105:365-71.
- 9- Muzonzini G, Hofmeyr GJ. Buccal or sublingual misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2004;CD004221.
- 10-How HY, Leaseburge L, Khoury JC, Siddiqi TA, Spinnato JA, Sibai BM. A comparison of various routes and dosages of misoprostol for cervical ripening and the induction of labor. Am J Obstet Gynecol 2001; 185:911-5.

SEZARYEN OPERASYONU SIRASINDA OLUŞAN UTERUS İNVERSİYONU

Inversion of Uterus During Cesarean Section

Dr. Dilek Uygur, Dr. Tülin Özden, Dr. Rüya Deveci, Dr. Mustafa Uğur, Dr. Tamer Mungan,

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Sezaryen operasyonu sırasında akut uterus inversiyonu çok nadir rapor edilen bir komplikasyondur. Erken tanınması ve müdahale durumunda tedavisi genellikle kolaydır. Biz de hastanemizde sezaryen operasyonu sırasında tanı konulan ve birkaç dakika içinde reversiyon gerçekleştirilen akut inversiyon olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Uterus, inversiyon, sezaryen operasyonu, reversiyon

ABSTRACT

Acute inversion of the uterus is a rarely reported complication during cesarean section. We describe one such case in which diagnosis was made immediately and reversion was performed within few minutes. A high index of suspicion and prompt management can prevent further complications.

Keywords: Uterus, Inversion, Cesarean section, Reversion.

GİRİŞ

Akut uterus inversiyonu oldukça nadir görülen bir durumdur. Vajinal doğum sonrası yaklaşık 3500 doğumda bir rastlanır (1).

Sezaryen operasyonu sırasında uterus inversiyonu zaman zaman görülebilen bir komplikasyon olmakla beraber, çok az sayıda rapor edilmiş olgu mevcuttur. Uyarıcı faktörler olmadan ve çok hızlı gelişebilmesi nedeniyle doğum yaptıran her uzman bu komplikasyondan haberdar olmalıdır. Rapor edildiğinden daha sık görüldüğünü düşündüğümüz bu olgular tecrübeli olmayan hekimler için şaşırtıcı olmakla birlikte tedavisi oldukça basit ve genelde sorunsuzdur. Bu nedenle hastanemiz doğum ünitesinde sezaryen operasyonu sırasında akut uterus inversiyonu olan olgu sunularak, hızlı tanı ve tedavinin gerekliliği literatür bilgileri ışığında değerlendirildi.

OLGU SUNUMU

26 yaşındaki, G:1 P:0 olan hasta sorunsuz bir antenatal takip sonrası doğum eyleminin başlaması üzerine 39 haftalıkken hastanemize başvurdu. Hastanın izleminde sefalopelvik uyumsuzluğu tesbit edilerek sezaryen operasyonu kararı alındı. Genel anestezi altında alt segment transverse insizyon ile sezaryen operasyonu yapıldı. Plasenta, umbilikal korda hafif bir traksiyon uygulanarak ve beraberinde fundusa bası uygulanarak çıkartılmaya çalışıldı.

Bu işlem sırasında uterus aniden uterotomi yerinden invert

oldu. Plasentanın posterior duvarda olduğu gözlemlendi ve kolaylıkla ayrıldı. İnverte uterus, fundal bası ve uterotominin üst kenarında ters yönde iterek reverte edildi. Uterus normal halini aldıktan sonra, oksitosin başlandı. Ameliyat sorunsuz devam etti. Post operatif hemoraji izlenmeyen hasta sorunsuz taburcu edildi.

TARTIŞMA

Literatürde sezaryen operasyonu sırasında akut uterus inversiyonu olan yaklaşık 10 vaka mevcuttur(2). Yayımlanan olguların çoğunda plasentayı çıkarmak için umbilikal kordona traksiyon uygulanması sırasında uterus inversiyonu olduğu bildirilmiştir(3).

Sezaryen operasyonu sırasında uterus inversiyonu tanısı ve tedavisi vajinal doğum sonrası uterus inversiyonuna kıyasla daha kolaydır. Özellikle komplikasyon olduğu anda tanınması ve hastanın genel anestezi altında olması bunda önemli rol oynamaktadır.

Kanama, ağrı ve şok vajinal doğum sonrası oluşan uterus inversiyonlarının en belirgin semptomlarıdır (4). Sezaryen operasyonu sırasında oluşan uterus inversiyonları ise daha az semptomla seyreder. Bunda hastanın genel anestezi altında olması ve ağrıyı hissetmemesinin etkili olduğu belirtilmektedir(4).

Sezaryen sırasında oluşan uterus inversiyonunun tanısı genelde basittir. Bizim olgumuzda da plasentanın çıkartılması ve uterusun reversiyonu yaklaşık 1-2 dakika zaman almıştır. Bununla birlikte tedavinin 40 dakika kadar sürdüğünü bildiren yayınlar mevcuttur(3). Uterus inversiyonunun uzun sürdüğü olgularda, oluşan kan kaybından bağımsız olarak hemodinamik instabilite ve şok rapor edilmiştir. Rudloff ve arkadaşları sezaryen operasyonu sırasında uzun süren uterus inversiyonuna bağlı kardiak arrest olgusu bildirmişlerdir (5). Uterusun inversiyondan sonra anatomisinin değişmesi bazen tanıyı geciktirebilmektedir. Bu durum hipotansiyona ve uterusun reversiyonunun zorlaşmasına neden olabilir. Böyle

durumlarda uterusun posterior flebi fundus üzerinden atlatılamıyorsa, reversiyonu kolaylaştırmak amacıyla posterior flebe küçük bir vertikal insizyon yapılabilir (2).

Oksitosin, ergometrin ve prostaglandin uygulanması uterus tonosunu artırdığı için reversiyona engel olgusu düşünülmektedir (2). IV bolus 200g nitroglicerine uygulamasının uterus reversiyonunu anneye yan etkisi olmaksızın kolaylaştırdığı rapor edilmiştir(6).

Sonuç olarak sezaryen operasyonu sırasında uterus inversiyonu, olması muhtemel ciddi bir komplikasyondur. Erken tanınması halinde tedavisi genellikle kolay bir durumdur.

KAYNAKLAR

- 1- Abouleshi E, Ali V, Joumaa B, Lopez L, Gupta D. Anaesthetic management of acute puerperal inversion. Br J Anaesth 1995;75:486-7.
- 2- Banerjee N, Deka D, Roy KK, Takkar D. Inversion of uterus during cesarean section. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;91:75-77.
- 3- Kriplani A, Relan S, Roy KK, Mittal S, Buckshee K. Complete inversion of the uterus during caesarean section: A case report. Aust N Z J Obstet Gynecol 1996; 36: 17-19.
- 4- Emmot RS, Bennet A. Acute inversion of the uterus at caesarean section. Anaesthesia 1988;43: 118-20.
- 5- Rudloff U, Joels LA, Marshall N. Inversion of the uterus at cesarean section. Arch Gynecol Obstet 2003; 23:76-77.
- 6- Bayli DA, Sherwood CDA, Campbell CE. Intravenous nitroglycerin for uterine inversion. J Clin Anesth 1992;4:487-8



Zaten ofisinizde mevcut olan vakum cihazınıza takabileceğiniz **BIHEX** hemoroid ligatörleri ile ağrısız ve anestezişiz olarak hemoroidleri muayenehanenizde tedavi etmeniz mümkün olacaktır. Sizin ve hastalarınızın hemoroid tedavisinde **BIHEX** te bulacağınız kolaylığı başka ürünlerle kıyaslamak mümkün değildir.

TERMINAL
MEDİKAL SİSTEMLER
SANAYİ VE TİC. A.Ş.

Mithatpaşa Caddesi No:49/10 Yenışehir 06420 ANKARA
Tel: +90 (312) 435 90 37 - 38 Faks: +90 (312) 435 90 39
e-mail: terminalmedical@superonline.com

ULTRASONOGRAFI İLE TANISI KONULAN ABDOMİNAL EKTOPIK GEBELİK: İKİ OLGU SUNUMU

Abdominal Ectopic Pregnancy Diagnosed by Ultrasonography: 2 Case Report

Dr. Kazım GEZGİNÇ, Dr. Ali ACAR, Dr. Osman BALCI, Dr. Celal ÖNDER,
Dr. M. Nedim ÇİÇEK, Dr. Cemalettin AKYÜREK

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

ÖZET

Amaç: Ultrasonografi ile tanısı konulan iki abdominal ektopik gebelik olgusunun tedavi ve takip sonuçlarının değerlendirilmesi.

Olgu Sunumu: Bu olgu sunumunda gebeliğinin II. ve III. trimesterinde kasık ağrısı ve vaginal kanama şikayetiyle gelip ultrasonografik inceleme sonrası abdominal ektopik gebelik tanısı alan iki olgunun tedavisi ve takiplerinin sonuçları sunulmuştur. Abdominal ektopik gebelik tanısı alan her iki olguya cerrahi tedavi uygulandı. Birinci olguya cerrahi tedaviye ek olarak methotrexate verilirken diğer olguya sadece cerrahi tedavi uygulandı. Postoperatif dönemde hastalar serum B-hCG seviyesi ve geride kalan plasental materyal açısından ultrasonografi ile takip edildi. Hastaların takipleri sırasında maternal morbidite ve mortalite izlenmedi.

Sonuç: Kasık ağrısı ve vajinal kanama şikayetiyle gelen gebelerde ultrasonografik inceleme esnasında maternal- fetal mortalite ve morbiditenin yüksek olması bakımından ayırıcı tanıları arasında abdominal ektopik gebelik de mutlaka düşünülmelidir.

Key Words: Abdominal Gebelik, Ultrasonografi, Cerrahi Tedavi, Takip.

ABSTRACT

Aim: Evaluation of medical treatments and follow-up consequences of 2 abdominal ectopic pregnancies diagnosed by ultrasonography.

Case Report: In this case report; treatment and follow-up consequences of 2 abdominal ectopic pregnancy cases which were diagnosed by ultrasonographic examination with complaints of groin pain and vaginal bleeding in second and third trimester of pregnancy were presented. Surgical treatments were applied each of 2 abdominal ectopic pregnancy cases. While in the first abdominal ectopic pregnancy case additional methotrexate therapy was applied to surgical therapy, in the second abdominal ectopic pregnancy case only surgical therapy was applied. Patients were followed-up with serum B-hCG levels and ultrasonography for residual placental materials in abdominal cavity. Maternal morbidity and mortality were not observed in the following period.

Conclusion: Abdominal ectopic pregnancy must be considered in pregnant women with groin pain and vaginal bleeding complaints in ultrasonographic examination because of it's high maternal and fetal morbidity and mortality rates.

Key Words: Abdominal Pregnancy, Ultrasonography, Surgical Treatment, Follow-up.

GİRİŞ

Ektopik gebelik, yaşamı tehdit edebilen boyutlarda intraabdominal kanama ile seyredabilen acil obstetrik patolojiler arasında yer alır. Abdominal ektopik gebelik oldukça nadir bir durum olup, yaklaşık olarak ektopik gebeliklerin %1.4'ünde görülür (1). Abdominal gebeliklerde perinatal ve maternal mortalite sırasıyla %85 ve %10 oranında görülür (2). Preoperatif dönemde bunların tanısının konulması da nadirdir (3). Abdominal gebeliklerin tedavisinde genellikle cerrahi tedaviyle fetüs çıkarıldıktan sonra plasenta bati içerisinde bırakılır. Plasentanın çıkarılmaya çalışılmasının yüksek oranda hemoraji ve visseral organlarda yapabileceği hasar dolayısıyla maternal mortalite riski artar (3).

Methotrexate folik asit antagonisti olup bir çok araştırmacı tarafından geride kalan plasentanın destrüksiyonu için kullanılır. Bu inanın aksine geride kalan plasentanın destrüksiyonu için kullanılan methotrexate'in peritoneal kavitede içerisinde nekrotik doku miktarını artırdığı ve bu nekrotik dokusunda mikroorganizmaların üremesi için uygun vasat oluşturmamasından dolayı bir çok araştırmacı tarafından da kullanılmaması gerektiği savunulur (4-7).

Bu olgu sunumunda ultrasonografi ile tanısı konularak cerrahi tedavi yapılan ve postoperatif dönemde serum B-hCG seviyesi ve ultrasonografi ile takipleri yapılan iki abdominal ektopik gebelik olgusunu ele aldık.

OLGU 1:

Otuz yaşında, bir yaşayarı olan hasta, son iki gündür olan kasık ağrısı ve vaginal kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinden 30 haftalık gebeliği boyunca sadece bir kez özel bir klinikte ultrasonografi ile antenatal takibinin yapıldığı ve bu klinikte yapılan ultrasonografisinde karında kitlesinin olduğunun söylendiği öğrenildi. Hastanın öz geçmişinde geçirilmiş ektopik öyküsü ve herhangi bir sistemik hastalığı yoktu.

Hasta kliniğimize müracaat ettiğinde tansiyon arteriyel 120/70 mmHg, nabız 96/dk, ateş 36.5 °C idi. Hastanın kliniğimizde yapılan ultrasonografisinde uterusun normalden büyük, endometrial kavitenin boş olduğu ve myometriumunda ileri derecede heterojen olduğu görüldü. Uterusun superiorunda intraabdominal yerleşimli bir adet fetal kalp hareketi negatif (-) fetüs izlendi. (Fetüsün ölçümleri 30 haftalık gebelik ölçümleri ile uyumlu idi).

Tüm abdomende, epigastriumdan pubik bölgeye kadar uzanan lobüle konturlu heterojen görünümlü yer yer kistik alanlar içeren plasenta ile uyumlu solid bir yapı izlendi. Solid yapı ile fetal yapılar arasında hipoeoik septasyonlar içeren iç yoğunluğu yüksek serbest sıvı izlendi.

Batın muayanesinde defans ve rebound bulguları negatif olan hasta ertesi gün elektif şartlarda laparotomiye alındı. Laparotomi esnasında batın gözleminde, uterus üzerinden başlayıp tüm pelvisi dolduran, batın yan duvarına ve ön duvarına iltisaklı, üzerinde damarlanma artışı izlenen ve umblikus üzerine kadar uzanan plasenta ile karşılaşıldı. Batın içerisinde plasentanın hemen üzerinde yerleşimli bir adet ölü fetüs ile karşılaşıldı. Kordon plasentaya en yakın olduğu yerden klemplenerek ölü fetüs batın dışına alındı. Kordonun proksimal kısmı sütüre edildi ve plasenta batın içinde bırakılarak batın usulüne uygun şekilde kapatıldı.

Postoperatif dönemde hastaya tek doz methotrexate (50mgr/m²) ve folik asit (0.1mgr/kg) verildi. Ayrıca hastaya ilk 3 gün parenteral, son 7 gün oral olmak üzere toplam 10 gün süreyle profilaktik antibiyotik tedavisi verildi. Hastanın takiplerinde serum β -hCG seviyesinin yaklaşık 12 haftalık süre zarfında normal sınırlara gerilediği gözlemlendi. Yaklaşık 1.5 yıldır takibimizde olan hastanın plasental involüsyonun tamamen tamamlanmadığı görüldü. Hastanın takipleri sırasında herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadı.

OLGU 2:

Yirmibeş yaşında, iki yaşayamı olan hasta kasık ağrısı ve vaginal kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinden 20 haftalık gebeliği boyunca antenatal takip için daha önce herhangi bir kliniğe müracaat etmediği öğrenildi. Hastanın öz geçmişinde geçirilmiş ektopik öyküsü ve herhangi bir sistemik hastalığı yoktu.

Hasta kliniğimize müracaat ettiğinde tansiyon arteryel 100/60 mmHg, nabız 120/dk, ateş 37 °C idi. Hastanın kliniğimizde yapılan tetkiklerinde Hemoglobin 7gr/dl, Hematokrit: %20, Plakette 205 10e3/uL, Protrombin zamanı 1.5 inr, Aktive parsiyel tromboplastin zamanı 36.5 saniye idi. Hastanın kliniğimizde yapılan ultrasonografisinde uterusun boyutlarının 56x70x113 mm ebadında olduğu, endometrial kavitenin boş olduğu ve intraabdominal yerleşimli bir adet fetal kalp hareketi pozitif (+) fetüs izlendi. Plasenta anterior abdominal duvar yerleşimli olup periuterin bölgede ve douglasta orta derecede sıvı mevcuttu. (Fetüsün ölçümleri 20 haftalık gebelik ölçümleri ile uyumlu idi). Batın muayanesinde defans ve rebound bulguları negatif olup, karın alt kadranında minimal hassasiyet mevcuttu. Hastaya 3 ünite eritrosit süspansiyonu verildikten sonra hastaya laparotomi yapıldı. Laparotomi esnasında batın gözleminde; batın içinde yaklaşık 500 cc hemorajik vasıfta serbest mayii mevcuttu. Amnion kesesi içerisinde yaklaşık 20 haftalık cesamette fetüs intraabdominal olarak izlendi. Plasentanın ektrauterin olarak sol pelvik yan

duvar, batın ön duvarı ve omentumla iltisaklı olduğu görüldü. Amnion kesesi açılarak kordon plasentaya en yakın olduğu yerden klemplenerek ölü fetüs batın dışına alındı. Kordonun proksimal kısmı sütüre edildi ve plasenta batın içinde bırakılarak batın usulüne uygun şekilde kapatıldı.

Postoperatif dönemde hastaya ilk 3 gün parenteral, son 7 gün oral olmak üzere toplam 10 gün süreyle profilaktik antibiyotik tedavisi verildi. Hastanın takiplerinde serum β -hCG seviyesinin yaklaşık 10 haftalık süre zarfında normal sınırlara gerilediği gözlemlendi. Plasental involüsyon açısından hastanın takiplerine kliniğimiz tarafından devam edilmektedir. Hastanın takipleri sırasında şuna kadar herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadı.

TARTIŞMA

Ektopik gebeliğin seyri, bir taraftan kadının fertilitte konusunda geleceğini ciddi bir şekilde tehlikeye sokarken, diğer yandan yaşamı tehdit edebilen boyutlarda intraabdominal kanama ile seyrederek, yaşamı tehdit edebilir. Abdominal ektopik gebelik oldukça nadir bir durum olup, yaklaşık olarak ektopik gebeliklerin %1.4'ünde görülür (1). Abdominal ektopik gebelikler etyolojisine göre primer ve sekonder olarak iki gruba ayrılır. Primer abdominal gebelikler daha nadir olup, fertilize ovumun peritoneal yüzeye implantasyonu ve gelişmesini takiben görülür. Sekonder abdominal gebelikler ise tubal ektopik gebeliğin tubal rüptür sonrası peritoneal yüzeye implantasyonu ve gelişmesiyle görülür (6).

Abdominal gebeliğin oluşumunda rol oynayan risk faktörlerine bakıldığında; infertilite öyküsünün olması, geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık, geçirilmiş ektopik gebelik, uterin dilatasyon ve küretaj, invitro fertilizasyon ve endometriozis öyküsünün varlığı görülür (8). Bizim her iki olgumuzda da özgeçmişinde abdominal gebeliğin oluşumuna katkıda bulunabilecek herhangi bir risk faktörü yoktu.

Abdominal ektopik gebeliklerde karın alt kadranında ağrı ve/veya hassasiyet, vaginal kanama, hemoperitoneumun varlığı, bulantıkusma, konstipasyon gibi semptomlar tanı için gerekli ip uçlarını oluşturur (9). Bizim her iki olgumuzda kliniğimize kasık ağrısı ve vaginal kanama şikayetleri ile müracaat etti.

Literatürlere bakıldığında abdominal ektopik tanısının konulması için şüphelenilen olgularda histerosalpingografi, oksitosin stimülasyon testine olan cevapsızlık, abdominal X-ışını, manyetik rezonans ve ultrasonografi gibi yardımcı tekniklerin kullanılabileceği görülür (10,11). Ultrasonografi bunlar içerisinde en zararsız ve non-invazif olan yöntemdir. Ultrasonografik inceleme esnasında uterin kavitenin boş olması, bilateral tuba ve overlerin normal görünümde olması abdominal ektopik gebelik tanısının konulması için gerekli ultrasonografi bulgularıdır. Erken gebelik haftalarında arada kalınan olgularda kesin tanı için laparoskopi yapılabilirken, ileri gebelik

haftalarında hem tanı hem tedavi maksatlı laparotomi yapılabilir (4,7,12). Prenatal ultrasonografi esnasında %25 olguda abdominal gebelik tanısının atlanabileceği rapor edilmiştir (6). Bizim olgularımızdan bir tanesi daha önce özel bir klinikte görülmüş, gebeliğe ek olarak karında kitlesi olduğu söylemiş diğer olgumuzun ise bize gelmeden önce herhangi bir antenatal takibi yoktu. Kliniğimizde yapılan ultrasonografilerinde uterin kavitenin boş olması, karın içinde yerleşmiş plasenta olması muhtemel solid yapıların görülmesi üzerine hastalar laparotomiye alındı.

Abdominal gebeliklerin tedavisinde erken gebelik haftaları için laparoskopik girişimler tercih edilir. İleri gebelik haftaları için fetüs viable ve hastanın hemodinamisi bozuk değilse ekspektan tedavi ve planlanmış cerrahi tedavi uygulanırken, fetüs viable değil, ex fetüs ve hemodinamisi bozuk olanlarda ise mümkün olan en kısa zamanda laparotomi yapılır.

Laparotomi esnasında plasentanın tedavisi konusunda tartışmalar devam etmektedir. Genellikle plasentanın batin içerisinde bırakılması gerektiği savunulurken bu olgularda da plasentanın içeride bırakılmasına bağlı gelişen komplikasyonlardan (abdominal ağrı, abse formasyonu, sepsis, postpartum eklampsi, sekonder hemoraji, hipofibrinojenemi gibi) dolayı maternal mortalite ve morbiditenin artabileceği söylenir (4,6). Bergstrom ve ark. (13) içeride bırakılan plasentaya bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemek için profilaktik antibiyotik tedavisinin kullanılmasını ve laparotomi yaparken de gestasyonel keseğe ait yapıların peritoneal yüzeye dökülmesinin önlenmesi önerirler.

Methotrexate folik asit antagonisti olup, bir çok araştırmacı tarafından geride kalan plasentanın destrüksiyonu için kullanılır. Bu inanışın aksine geride kalan plasentanın destrüksiyonu için kullanılan methotrexate'ın peritoneal kavitede içerisinde nekrotik doku miktarını artırdığı ve bu

nekrotik dokusunda mikroorganizmaların üremesi için uygun vasat oluşturduğu için bir çok araştırmacı tarafından da kullanılmaması gerektiği savunulur (4-7).

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; herhangi bir tedavi verilme de içeride bırakılan plasenta postoperatif 50. güne kadar fonksiyonunu kaybetmektedir (4,6). Belfar ve ark. (14) abdominal gebeliklerde içeride bırakılan plasentanın volümünü ultrasonografi ile takip etmişler ve plasental involüsyonun ortalama 5.5 yıl kadar küçük persistan ve hiperekotik kitle olarak devam ettiğini rapor etmişlerdir.

Bizim bu sunumda ele aldığımız her iki olguya laparotomi ile cerrahi tedavi uygulandı. Her iki olguda da fetüsler çıkarıldıktan sonra plasenta içeride bırakıldı. Birinci olguya cerrahi işlemi takiben methotrexate (50mgr/m²) ve folik asit (0.1mgr/kg) verildi. İkinci olguya cerrahi sonrası medikal tedavi verilmedi. Her iki olguya postoperatif dönemde ilk 3 gün parenteral, son 7 gün oral olmak üzere toplam 10 gün süreyle profilaktik antibiyotik tedavisi verildi. Birinci olgunun takiplerinde serum β -hCG seviyesinin yaklaşık 12 haftalık süre zarfında normal sınırlara gerilediği gözlemlendi. Yaklaşık 1.5 yıldır takibimizde olan hastanın plasental involüsyonun tamamen tamamlanmadığı görüldü. İkinci olgunun takiplerinde ise serum β -hCG seviyesinin yaklaşık 10 haftalık süre zarfında normal sınırlara gerilediği gözlemlendi. Plasental involüsyon açısından hastanın takiplerine kliniğimiz tarafından devam edilmektedir. Hastaların takipleri sırasında şuana kadar plasentanın içeride bırakılmasına bağlı herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadı.

Sonuç olarak; kasık ağrısı ve vajinal kanama şikayetiyle gelen gebelerde ultrasonografik inceleme esnasında maternal-fetal mortalite ve morbiditenin yüksek olması bakımından ayırıcı tanılar arasında abdominal ektopik gebelik de mutlaka düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Rojansky N, Schenker JG. Heterotopic pregnancy and assisted reproduction- an update. J Assist Reprod Genet 1996;13(7):594-601.
- 2- Delke I, Veridiano NP, Tancer ML. Abdominal pregnancy: review of current management and addition of 10 cases. Obstet Gynecol 1982; 60:200-204.
- 3- Martin Jr JN, McCaul JFT. Emergent management of abdominal pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1990;33(3):438-447.
- 4- Rahman MS, Al-suleiman SA, Rahman J, Al-sibai MH. Advanced abdominal pregnancy: Observations in 10 cases. Obstet Gynecol 1982; 59:366-372.
- 5- Martin JN, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: Current concepts of management. Obstet Gynecol 1988;71:549-557.
- 6- Weiss RE, Stone NN. Persistent maternal hydronephrosis after intra-abdominal pregnancy. J Urol 1994;152:1196-1198.
- 7- Kun KY, Wong PY, Ho MW, Tai CM, Ng TK. Abdominal pregnancy presenting as a missed abortion at 16 weeks gestation. Hong Kong Med J 2000;6:425-427.
- 8- Little KJ, Green MM. Abdominal gestation. J Emerg Med 1995;13(2):195-198.
- 9- Ang LPS, Tan ACJ, Yeo SH. Abdominal Pregnancy: A Case Report and Literature Review. J Singapore Med 2000;41(9):454-457.
- 10- Weinberg A, Sherwin A. S. A new sign in roentgen diagnosis of advanced ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1956; 7: 99-101.
- 11- Rock JA. Ectopic Pregnancy. In: Te Linde's Operative Gynecology. 7th edition. Edited by Thompson JD and Rock JA. Chapter 18 pp411-436.
- 12- Geisler JP, Cline M, Eskew N Jr. Successful laparoscopic treatment of an abdominal pregnancy in the posterior cul-de-sac. Clin Exp Obstet Gynecol 2000;27:83-84.
- 13- Bergstrom R, Mueller G, Yankowitz J. A case illustrating the continued dilemmas in treating abdominal pregnancy and a potential explanation for the high rate of postsurgical febrile morbidity. Gynecol Obstet Invest 1998;46:268-270.
- 14- Belfar HL, Kurtz AB, Wapner RJ. Long-term follow-up after removal of an abdominal pregnancy: Ultrasound evaluation of the involuting plasenta. J Ultrasound Med 1986;5:521-523.

GEBELİK ÖNCESİ DANIŞMANLIK *Preconception Counseling*

Ayden Çoban*, Ahsen Şirin**, Ümran Sevil **, Aynur Saruhan**

*Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, Manisa

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

ÖZET

Üreme çağındaki tüm kadınlar gebeliğe ilişkin risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Riskli kadınlarda gebelik öncesi danışmanlık, fetus ve anne için varolan hastalığın potansiyel ve aynı zamanda bu hastalığın tedavi risklerini de ele almalıdır. Gebelik öncesi danışmanlık, bilinen riskler için bakımın planlanması, potansiyel gebelik risklerinin tanınması ve azaltılmasında gebelik planlayan çiftlere bir fırsat tanır ve doğum öncesi bakımdan erken dönemde yararlanılmasını sağlar. Hemşireler gebelik öncesi danışmalıkta kadınları yönlendirmede uygun tarama, eğitim, uygulama ve bakım sağlamadan sorumlu, güvenilir, eğitilmiş, yetenekli profesyonel kişilerdir.

Gebelik öncesi danışmanlığın amacı doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası anne ve fetal sağlığın optimal durumda olması için girişimlerde bulunarak fiziksel ve emosyonel sağlıklı aileler geliştirmektir.

Anahtar Kelimeler : Gebelik öncesi, danışmanlık, kadınlar

ABSTRACT

All women of reproductive age should be evaluated for the presence of perinatal risk factors. Preconception counseling in women with risks should evaluate the potential risks of a particular disorder to the fetus and the mother. As well as the risk of treatments of these disorders. Preconception counseling offers couples contemplating pregnancy the opportunity to identify and reduce potential pregnancy risks, plan care effort known risks, and establish early prenatal care. Nurses are respected, trusted, trained professionals capable of providing appropriate screening, education, intervention, and care to refer women for preconception counseling.

The goal of preconception counseling is to promote physically and emotionally healthy parents in an attempt to ensure optimal prenatal, intrapartum, and postpartum maternal and fetal health.

Key Words: Preconception, counseling, women

GİRİŞ

Önceleri gebelikte tıbbi bakım, gebelik başladığı andan itibaren verilmekte ve bu şekilde gebelik ile ilgili tüm etkenlerin kontrol edildiği düşünülürdü. Ancak gebelik süreci anlaşıldıkça gebelik öncesi dönemin de sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası için oldukça önemli olduğu belirlenmiştir. Bu yüzden anne adayının gebe kalmadan önce varolan risk faktörlerini belirlemek, bunları azaltma konusunda tıbbi destek ve bilgi vermek ve anne adayının bu risk faktörlerini kontrol altına aldıktan sonra gebeliğe başlamasını sağlamak önemlidir (1,2).

Gebelik öncesi danışmanlık, gebelik meydana gelmeden önce üremeye yönelik sağlık risklerini değerlendiren, tespit eden ve azaltan organize, kapsamlı bir program şeklinde tanımlanabilir. Diğer bir deyişle bir çiftin sağlığının gebelik için girişimde bulunmalarından önce optimize edilmesi için kullanılan bir yöntemdir (3).

Gebeliğin ilk adımı ve en doğru yolu, gebeliği önceden planlamaktır. Doğum kontrol yöntemi uygulayan pek çok çift gebeliklerini planlama şanslarına sahip olmaktadır. Çiftler konu ile ilgili bilgi sahibi olurlarsa hem gebelik olasılığı artacak, hem de gebeliğin normal, bebeğin sağlıklı olma şansı da yükselecektir. Gebelik için en doğru zaman çiftlerin kendileri için uygun zaman olduğunu düşündükleri ve kendilerini hazır

hissettikleri zamandır. Danışmanlık almak için en uygun zaman ise gebe kalmadan en az üç ay öncedir (4,5).

Gebeliğin planlanmasında çiftlerin hazırlığı üç aşamayı içerir (4,5).

A Fiziksel hazırlık

B Psikolojik hazırlık

C Sosyal ve ekonomik hazırlıktır. Tüm bu aşamaların değerlendirilmesinde gebelik öncesi danışmanlık önemli rol oynar.

GEBELİK ÖNCESİ DANIŞMANLIK ESASLARI

A-Çiftlerin Fiziksel Hazırlığında Danışmanlık

Genel Sağlık Durumu:

Gebelik öncesi danışmanlığın temel hedefi, anne ve bebeğin sağlıklı olma olasılığını en yüksek seviyeye çıkarmak olduğundan, gebelik öncesinde annenin optimal bir sağlık düzeyine sahip olması gerekmektedir (3).

Kadının diyabet, astım, kalp hastalığı veya diğer bir kronik hastalığı varsa, gebe kalmadan önce kendine en iyi özeni göstermesinin gerekliliği konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Hemşireler gebelik öncesi danışmalıkta, kadınları yönlendirmede, uygun tarama, eğitim, uygulama ve bakım sağlamadan sorumlu, güvenilir, eğitilmiş, yetenekli profesyonel kişilerdir (6).

Kadının gebelikten önce varsa her tür kadın hastalıkları ve başka sağlık sorunları ortadan kaldırılmalıdır. Polipler, kistler, iyi huylu tümörler, aşırı veya az çalışan tiroid bezi, endometriozis, idrar yolu enfeksiyonları gibi gebeliği etkileyebilecek durumların incelenmesi ve tedavi edilmesi gerekir (7).

Çiftler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar varsa bunların gebelikten önce tedavi edilmesi gerektiği konusunda da bilgilendirilmelidirler. Gerek varsa çiftlere AIDS testi yaptırmaları önerilmelidir. Gebelik öncesi kadına hematokrit ve hemoglobin, tüberküloz testi yapılmalı. Hepatit B, sitomegalovirüs ve kızamıkçık antikorları bakılmalıdır. İncelmeler tıbbi bir sorunu gösteriyorsa gebelik öncesinde uygun tedavi sağlanması konusunda bilgi verilmelidir. Gebelik öncesi de çiftlerin kan uyuşmazlığı olup olmadığı saptanmalıdır (2).

Kadının bağışıklığı irdelenmelidir. Kadın son on yılda tetanos aşısı yaptırmadıysa yaptırmalı, kızamıkçığa karşı bağışık olduğundan emin olmalıdır. Gebe kalmadan önce hangi testlerin yapılmasının uygun olacağı hekime sorulmalı ve eğer bağışık olmayan bir durum ortaya çıkarsa aşı uygulanmalıdır. Kadın kızamığa bağışık değilse veya hepatit B açısından riskli grupta ise bağışıklanmalıdır. Gebelik kışa geliyorsa grip aşısını yaptırması gerekli olabilir. Kızamık gibi canlı virüs aşılardan sonra gebe kalmak için üç ay beklenmelidir. Çünkü canlı virüsün gelişen embriyo üzerine zararlı etkisi olabilir (5).

Beslenme:

Çiftler gebeliği planlamadan önce diyetlerini de düzenlemelidirler. Kadının diyetinden çığ eti, rafine şekeri kaldırması, tahıl, meyve, sebzeleri arttırması önerilmeli, kalsiyum ve protein kaynakları konusunda bilgi verilmelidir. Erkeğin beslenmesi iyi olduğunda spermleri de sağlıklı olacaktır. Onun diyeti de düzenlenmeli, dengeli ve yeterli beslenmesi önerilmelidir (1).

Çalışmalar gebelikten bir ay önce başlanan ve üç ay süreyle devam ettirilen 0.4 miligram folik asit takviyesinin nöral tüp defektli (NTD) doğum yapmış anne adaylarında yeni bir NTD'li bebek doğurma riskini azalttığını göstermektedir. Ayrıca yeterli folik asit alımı (takviye dahil) NTD'nin yanı sıra konjenital kalp kusurları, obstrüktif idrar yolu anomalileri, ekstremité kusurları, orofasiyel yarıklar ve konjenital hipertrofik pilor stenozu dahil birçok fetal anomalinin hem meydana gelmesinde, hem de yinelenmesinde bir azalma olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Hammond 2003). Folik asitçe zengin gıdalar portakal, ıspanak, kuşkonmaz, brokoli ve tahıllardır. Bu nedenle çoğu doktor gebelik öncesi dönemde tüm gebelere ek folik asit takviyesi yapılmasının gereksiz olduğunu düşünmektedir (2.8).

Yaşam Tarzı:

Sağlıklı bir yaşam tarzı tüm insanlar için ideal olandır. Ancak günümüzün hareketli yaşam tarzıyla birlikte giderek

büyüyen güçlük haline gelmektedir. Bağımlılık yaratan maddelerin kötüye kullanımından kaçınılması ve bu maddelerin tütün, alkol ve kafeini de içerdiğinin akıldan çıkarılmaması gerekmektedir. Bunlar gebelik oluşumunu engelleyebileceği gibi gebelik oluştuğunda da bebeğe zarar verebilmektedirler (3.9).

Kadın ideal kilosunu olabildiğince korumalı ve daha önce sıkı diyet uyguladıysa, gebe kalmadan önce vücudun dengesini sağlayabilmesi için kendisine birkaç ay ara vermesi önerilmelidir. Aşırı kilosu olan kadınlara egzersiz ve diyet programı önerilerek aşırı kilodan kurtulmaları sağlanmalıdır (7). Kadınlara, kilolarını normale getirmek ve egzersiz rejimi yerleştirmek için uygun zamanın, gebelik sırası değil gebelik öncesi olduğu söylenmelidir (3).

Maternal Yaş:

Fertilitenin yaşla birlikte azaldığı bilinen bir gerçektir. Yaşlı kadınların hipertansiyon ve diyabet gibi gebelik komplikasyonlarına neden olabilecek fiziksel problemlere sahip olmaları kaçınılmazdır. Aynı zamanda, kromozomal anomalileri bulunan bir çocuğa sahip olma insidansı 35 yaşın üzerinde gebe kalan kadınlarda daha yüksektir (3).

Çiftlerin fiziksel hazırlıklarında, adolesan gebeliklerin önlenmesi, geç dönem gebeliklerinde ise perinatal dönemde ortaya çıkabilecek problemleri en aza indirmek için yapılan prenatal tanı testleri konusunda bilgilendirilmeleri gereklidir.

Tekrarlayan Düşükler:

Tekrarlayan gebelik kaybı (birbirini takip eden üç ya da daha fazla gebelik kaybı) öyküsü bulunan çiftler olası nedenler açısından değerlendirilmelidir. Çiftlerin kan akrabaları arasında genetik bir bozukluk varsa veya çiftler arasında akraba evliliği söz konusu ise genetik danışmanlık almaları gerektiği unutulmamalıdır.

Kadının daha önceki gebeliklerinde sorunları olmuşsa alınacak önlemler konusunda da bilgi verilmelidir.

Çevre ve Teratojenlerden Etkilenme:

Çiftler, gereksiz yere röntgen ışınına ve kimyasal maddelere maruz kalmaktan kaçınmalıdırlar. Gebelik öncesinde ilaç kullanımlarını sınırlandırmalı ve kullanacakları ilaçlar konusunda hekime danışmalıdırlar. Çiftler kokain, eroin, esrar gibi bağımlılık yapan maddeleri kullanmaktan kaçınmalıdır (10).

Gebelik öncesi danışma için gelen bireylerin, çevreden etkilenme açısından eksiksiz bir öyküsünün alınması gerekmektedir. Fertilite ve gebelik üzerinde olumsuz etkileri bulunan ve fetal gelişimde olası anomalilere neden olabilecek teratojenlerden etkilenmenin azaltılmasına yönelik girişimlerde de bulunulmalıdır (9).

Genetik Bozukluklar:

Gebelik öncesi danışmanın çok önemli bir bileşeni olan genetik danışma, özellikle genetik bozukluklardan etkilenmiş olan ya da bu bozuklukların taşıyıcısı olduğu bilinen hastalarda oldukça önemlidir. Genetik danışma; ailesinde belli bir genetik hastalık olan bireye, bu hastalığın görülme riski ile ilgili bilgileri verme, bu bilgilerin anlaşılmasını sağlama ve halen varolan genetik sorunun çözümü için gerekli yardım işlemlerinin tümünü içerir. Bunların yanında genetik danışma, toplumda genetik bozukluk yönünden riskli grupların belirlenmesi ve bu gruplarda hasta çocuk oranını azaltmayı da hedeflemelidir. Aile içinde genetik bozukluğu olan bireyin bulunması, önceki çocukta özür bulunması, akraba evliliği, anne-baba yaşının 35'in üzerinde olması ve annenin ikiden fazla düşük yapması gibi durumlarda genetik danışma oldukça önemlidir (3.11).

Özellikle toplumumuzun bazı yörelerinde yaygın olan akraba evliliklerinin sonucunda ortaya çıkabilecek genetik hastalıkların önlenmesinde, gebelik öncesi danışmanlık ve bu bağlamda genetik danışmanlık iyi yapılmalıdır.

B-Çiftlerin Psikolojik Hazırlığında Danışmanlık:

Gebeliği planlamadan önce çiftlere, psikolojik yönden çocuk sahibi olmaya hazırlıklı olup olmadıklarını gözden geçirmeleri konusunda danışmanlık yapılmalıdır.

Çiftlerin gebelikten önce şu sorulara yanıt vermelerinin uygun olacağı söylenmelidir.

- Birbirinizle uyumlu ve mutlu bir ilişki içinde misiniz?

- Kendinizi ana-baba olmaya hazır hissediyor musunuz?
- Bebeğinize yeterince sevgi ve şefkat gösterebilecek misiniz?
- İnsan yavrusu, canlılar içinde en yoğun bakımla, en ince özenle, en uzun sürede olgunlaşan varlıktır. Kendinizi bu sorumluluğu almaya hazır hissediyor musunuz?
- Her çocuk sıcak ve güvenli bir aile ortamında, anne-babasıyla birlikte sevgi ve anlayışla büyütülmelidir. Siz ona bunları sağlayabilecek misiniz?

Çiftler bu soruları kendilerine sormalı, dürüst olarak yanıtlamalı ve bu konularda herhangi bir endişe taşımamalıdır (5).

C-Çiftlerin Sosyal Ve Ekonomik Hazırlığında Danışmanlık:

Çiftler gebeliği planlamadan önce sosyal ve ekonomik yönden de hazırlanmalıdırlar. Çiftlerin bebek için sosyo-ekonomik koşullarını oluşturmaları, ileride oluşabilecek pek çok sorunun da önlenmesini sağlayacaktır (4.5).

İnsan yaşamında her yenidoğan bebek yeni bir umuttur. Bu umudun sağlıklı olarak doğması için anne ve babanın da sağlıklı olması, gebeliği bilinçli olarak planlamış olmaları gerekmektedir. Bu konuda gebelik öncesi danışmanlık çiftlere yardımcı olacaktır. Danışmanlığın başarıya ulaşmasında hemşirelerin; çiftlerin çocuk yapmaya karar vermeden önce fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik bakımdan hazır olup olmadıklarını değerlendirmeleri önemlidir.

KAYNAKLAR

- 1- Reynolds HD. Preconception care, an integral part of primary care effort women, Journal of Nurse-Midwifery 1998;43(6):445-458.
- 2- Allaire AD, Cefalo RC. Preconceptional health care model. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 1998;78:163-168.
- 3- Hammond KR. En iyisini beklemek: prekonsepsiyon (gebelik öncesi) danışmanlık esasları, Sixteenth International Conference for Support Personnel in Reproductive Medicine, Canada 2003.
- 4- Eisenberg A, Murkoff HE, Hathaway SE. What to expect when you're expecting. Workman Publishing Company, New York 1996.
- 5- Oskay ÜY. Gebeliğin planlanmasında çiftlerin hazırlığı, III. Perinatoloji Hemşireliği Kurs Notları, Ana Baba Okulu, Antalya 1999.
- 6- Hobbins D. Full circle: the evolution of preconception health promotion in America, JOGNN 2003;32(4):516-522.
- 7-Pre-Pregnancy Health Check, <http://www.pregnancy-info.net/newpregnancyarticle5.html>, (Erişim Tarihi: 13.04.2005).
- 8- Gottesman MM. Preconception Education: caring for the future, Journal of Pediatric Health Care, 2004;18(1):40-44.
- 9- DE Weerd et al. Preconception care: a screening tool for health assessment and risk detection, Preventive Medicine 2002;34:505-511.
- 10- Postlethwaite D. Preconception health counseling for women exposed to teratogens: the role of the nurse, JOGNN 2003;32(4):523-532.
- 11- Wille M.C, Weitz B, Kerper P, Frazier S. Advances in preconception genetic counseling, J Perinat Neonatal Nurs. 2004; 18(1):28-40.

VAKA SUNUMU: NORMAL DOĞUM SONRASI GELİŞEN BÜYÜK RETROPERİTONEAL HEMATOMA KONSERVATİF YAKLAŞIM

Case Report: Expectant Management of a Large Retroperitoneal Hematoma Developed After Spontaneous Delivery

Dr. Rüya Deveer, Dr. Mustafa Uğur, Dr. Dilek Uygur, Dr. Arzu Öztürk, Dr. Özlem Gün, Dr. Tamer Mungan

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Doğum sonrası gelişen hematomlar içinde retroperitoneal bölgede gelişenler nadir görülür ve hayatı tehdit eden ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu hastalara konservatif veya cerrahi tedavi uygulanabilir. Sunduğumuz vakada normal doğum sonrası sağ parametrik bölgede yaklaşık 140*80*136 mm çapında hematoma gelişti. Hematom boyutunda artış olmadığından konservatif olarak tedavi edildi. Takipte herhangi bir komplikasyon gelişmeden hematoma rezorbe oldu. Bu vaka nedeniyle obstetrik hematomlara yaklaşım literatur bilgileri eşliğinde değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Obstetrik hematoma, konservatif tedavi

ABSTRACT

Retroperitoneal hematomas are the least common of the pelvic hematomas but are the most dangerous and may cause serious complications. Expectant and surgical management can be performed to these patients. In our case, approximately 140*80*136 mm diameter hematoma was developed in right parametrial region. She was treated expectantly due to not enlargement of the hematoma size. Hematoma absorbed spontaneously without any complication. Because of this case, obstetrical hematoma management is undertaken into discussion.

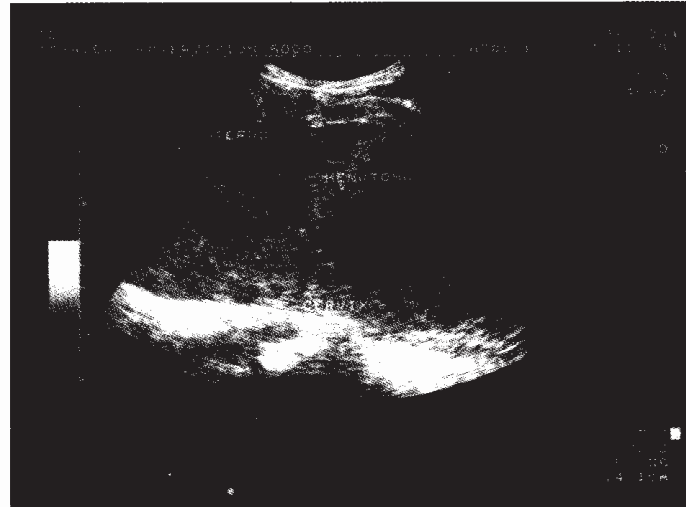
Keywords: Obstetrical hematoma, expectant management

GİRİŞ

Puerperal hematomlar vulvar, vaginal, vulvovaginal veya retroperitoneal olarak sınıflandırılabilir. Vulvar hematomların çoğu pudental arter dallarının yaralanması ile oluşurken, vaginal hematomların çoğu uterin arter desendan dalından köken alır. Retroperitoneal bölgede gelişen hematomlar hipogastrik arter veya uterin arter dallarının yaralanması ile oluşur ve nadir görülmekle beraber hayatı tehdit eden ciddi komplikasyonlara yol açabilir(1). Bu hastalara konservatif veya cerrahi tedavi uygulanabilir.

OLGU SUNUMU

27 yaşındaki, G:3 P:2 olan hasta hastanemiz doğum salonu ünitesine başvuruğunda yapılan pelvik muayenesinde 9 cm açıklık, %90 efesman, baş seviyesi -3 olarak tespit edildi. Kırkbeş dakika sonra sağ mediolateral epizyotomi ile 2850 gram kız bebek dünyaya getirdi. Doğum esnasında fundal bası veya operatif doğum uygulanmadı. Doğumdan yaklaşık iki saat sonra şiddetli karın ve pelvik ağrısının olması üzerine tekrar muayeneye alındı. Pelvik muayenede vulva ve vagen normal olarak değerlendirildi. Yapılan ultrasonografik incelemede uterus ile mesane arasında 140x80x136 mm boyutlarında hematoma ekosu veren bir kitle tespit edildi(Resim1). Hastanın giriş hemoglobin değeri 11.5 g/dl idi. Kontrol hemoglobin değeri 6.9 olarak geldi. Hastanın genel durumunun iyi, vital bulgularının stabil olması üzerine konservatif olarak takibine karar verildi. İzlemede hematoma boyutunda artış olmadı. Toplam dört ünite kan transfüzyonu ve antibiyotik tedavisi uygulandı. Hastada herhangi bir komplikasyon gelişmeden hematoma rezorbe oldu.



Resim 1.

TARTIŞMA

Vulvar ve vaginal hematomların insidansı ve etyolojisi hakkında sınırlı sayıda bilgi mevcuttur. Skeikh'e göre perinatal genital hematomlar 926 doğumda bir görülür ve primigravid, preeklampsi, çoğul gebelik, vulvovaginal varisi olanlar, operatif doğum uygulananlarda görülme sıklığı daha fazladır(2). Zahn ve Yeomans puerperal hematomların insidansını 300 ile 1500 doğumda bir olarak tespit etmişler ve episiotominin en önemli risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (3). Vulva ve vaginanın subkutan dokusu gevşek olduğu için hematomun belirgin bulgu ve semptomları ortaya çıkmadan önce fazla miktarda kan birikebilir. Bu nedenle klinik olarak tahmin edilenin üzerinde kan kaybı vardır(1).

Vulva ve vaginadaki çok küçük hemotamlar dışında hemotamların drene edilmesi ağrı ve enfeksiyon riskini azaltacaktır. Obstetrik hematomlar içinde retroperitoneal bölgede gelişenler en nadir görülen ancak tedavisinde en zor olan ve komplikasyonların en sık geliştiği hematomlardır ve hastanın vital bulgularını bozacak şekilde aşırı kan kaybına neden olup hayatı tehdit edecek ciddi problemlere yol açabilirler(4). Retroperitoneal hematomlar travmatik doğum ve alt uterin segmentin ruptürü sonrası uterin arter veya veninden kanama olabileceği gibi travmatik olmayan normal doğumlardan sonra da hipogastrik arter veya venin dallarından gelişen kanama sonucu oluşabilir(5,6).

Erken dönemde farkedildiklerinde kan ve kan ürünlerinin replasmanı ve oluşan hematomun gözlenmesi tedavide çok önemlidir. Hematom boyutları büyüyor ise acil laparotomi gerekir(1). Laparotomide hematomun boşaltılmasını

takiben hipogastrik arter ligasyonu yapılmalıdır(4). Belirgin kanayan bir damar görülmez ise kanama odağının araştırılması kanama miktarını arttıracığından önerilmemektedir(4). Kanamanın durdurulamadığı vakalarda nadiren de olsa anjiyografik embolizasyon yönteminden söz edilmektedir(1). Hematom büyümüyor ve hastanın vital bulguları stabil ise konservatif yaklaşım denenebilir. Hematomun takibi sırasında enfeksiyon olasılığı vardır ancak retroperitoneal hematomun dış ortamla bağlantısı olmaması nedeniyle enfeksiyon olasılığı zayıftır. Hematomu olan hastalarda üretra, mesane ve anüsün bütünlüğünün değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir çünkü bu tür hastaların %30 unda ürolojik yaralanma eşlik etmektedir(7). Bizim vakamızda da doğum esnasında spontan oluşan retroperitoneal hematom, antibiyotik baskısında sorun olmadan konservatif tedavi edilmiştir. Sonuç olarak; izlem sırasında akut olarak büyümeyen retroperitoneal hematomlar, laparotomi gerekmeden konservatif olarak izlenebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hanks G D.V.,Clark SL. Obstetrical Hemorrhage. Williams Obstetrics prentice-hall norwalk 20th edition, 1997: 770-771
- 2- Sheikh GN, Perineal genital hematomas. Obstet Gynecol 1971; 38:571-572
- 3- Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum hemorrhage and puerperal hamatomas. Clin Obstet Gynecol 1990; 33:422
- 4- Gabbe SG, Neiby JR, Simpsom JL. Obstetric hemorrhage. Gabbe Obstetrics Normal and Problem Pregnancies Churchill Livingstone 4th edition 2002: 528-529
- 5- Becker R, Rupture of the uterine artery after spontaneous delivery. Z Geburtshilfe Neonatol. 2002 May-june;206(3): 107-13.
- 6- Kuppuvelumani P, Rachagan SP, Spontan intra-partum rupture of uterine vein. Med-J Malaysia 1994 Jun;49(2):185-6
- 7- Goldman HB, Idom CB, Traumatic Injuries of female eksternal genitali. J Urol; 1998 159:956-59

KADIN-DOĞUM KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARI VE BU SORUNLARA YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ *The Evaluation of Reproductive Health Problems of Midwives and Nurses In the Obstetrics and Gynecologic Clinics and Their Approach to These Problems*

Ayden ÇOBAN, Dr.Ferda ÖZBAŞARAN

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Manisa ili merkezinde bulunan Doğumevi, Celal Bayar Üniversitesi ve SSK Hastanelerinde, Kadın-Doğum Kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin, kendi üreme sağlıklarına yönelik sorunları ve bu sorunlara nasıl yaklaştıklarının incelenmesi amacıyla durum saptamaya yönelik betimleyici bir araştırmadır.

Materyal ve Metod: Araştırma 15 Ekim-15 Aralık 2004 tarihleri arasında yapılmıştır. Evrenin tümü (41 ebe ve 24 hemşire) araştırmaya alınmış, veriler anket formu uygulanarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmanın bulgularına göre, ebe ve hemşirelerin %75.0'nın aile planlaması yöntemi kullandığı, yöntem kullananların %55.0'nın rahim içi araç kullandığı, %31'inin dismenore, %21.9'unun vajinal enfeksiyon sorunlarının olduğu, %65.6'sının jinekolojik sorunlarının çözümü için doktora başvurdıkları belirlenmiştir. Kendi kendine meme muayenesini (KKMM) bilen ebe ve hemşire oranının %95.4 olmasına rağmen düzenli olarak KKMM yapan sadece %47.7'dir. Katılımcıların %9.2'sinin düzenli PAP smear testi yaptırdığı bulunmuştur. KKMM yapma ve PAP smear testi yaptırmalarını periyodik jinekolojik kontrole gitme durumlarının (sırasıyla OR 3.077 GA;0.551-17.175, OR 13.750 GA;2.067-91.476) etkilediği bulunmuştur.

Sonuçlar: Sonuç olarak kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin koruyucu üreme sağlığına yönelik davranışlarının yetersiz olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Üreme sağlığı, kadın-doğum kliniği, ebe, hemşire

ABSTRACT

Objective: This study is an appearance research and aimed to determine of problems with their own reproductive health and how they approached to these problems of midwives and nurses which work in the obstetrics and gynecologic clinics in center of Manisa.

Materials and Methods: The research was made in between October 15-December 15 2004. The whole study population was included in the study without applying any sampling method in the formation of sampling group.

Results: According to inventions of these research, 75.0% of midwives and nurses used regimens of family planning, 55.0% of who were using of regimens, were used intra uterine device 31.0 % of them had dysmenorrheal, 21.9% of them had vaginal infection and 65.6% of them was approached to doctor for their gynecological problems. The proportion of who makes breast self-examination was only 47.7%, however the proportion of nurses and midwives was 95.4% who knows breast self-examination. It has been found, 9.2% invited were used PAP smear testing regularly. Breast self-examination was affected by approaching to doctor with a gynecological problem (OR: 3.077 CI 0.551-17.175), and using of PAP smear testing regularly was affected by approach to doctor with a gynecological problem (OR: 13.750 CI 2.067-91.476).

Conclusion: Consequently, it was found that, reproductive health preventive behaviors of midwives and nurses which who work in the obstetrics and gynecologic clinics were inadequate.

Key Words: Reproductive health, obstetrics and gynecologic clinic, midwife, nurse

GİRİŞ

Kadının yaşamında üreme sağlığının ayrı bir yeri ve önemi vardır. Çünkü doğurganlık kadının bedeninde gerçekleşen bir olaydır ve kadının bu işlevi yerine getirirken yaşadıkları onun genel sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir (1,2). Üreme sağlığı, bireylerin doyurucu ve güvenli cinsel yaşamları, üreme yetenekleri ve bu yeteneklerini kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman ve ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlüklerinin olmasıdır (3).

Ülkemizde doğurganlığa ilişkin nedenlerle yüksek olan anne ölüm oranının yanı sıra, 15-49 yaş grubu kadınlarda

sistemik bazı rahatsızlıklarla birlikte jinekolojik yakınma ve hastalık prevalansının da yüksek olduğu görülmektedir. Jinekolojik yakınmaların erken tanı ve tedavisinde periyodik jinekolojik kontrollerin önemi büyüktür. Ancak, koruyucu amaçla hastalanmadan sağlık kontrollerine gitme alışkanlığının henüz tam yerleşmediği toplumumuzda, kadının kendi sağlığına verdiği önem de yeterli değildir. Ayrıca jinekolojik kontroller özel, mahremiyetle ilgili bir muayene biçimi gerektirdiğinden, ülkemizde kadınların bu konuda çekingen ve tutucu davrandıkları düşünülmektedir (4,5).

Üreme sağlığı hizmetlerinde görev alan ebe ve hemşireler, uygun danışmanlık ve eğitim hizmetleriyle

Bireylerin sağıkları konusunda bilinçli ve duyarlı olmaları, doğru ve gönüllü karar vermelerini sağlayarak toplumda üreme sağığı bilincini yükseltebilirler. Üreme sağığına yönelik önemli görevleri üstlenen ebe ve hemşirelerin kendi üreme sağıklarına yönelik davranışlarının belirlenmesi gerekmektedir. Özellikle kadın-doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin, üreme sağıklarına yönelik davranışlarının genel topluma göre daha olumlu olacağı düşünülebilir.

Bu araştırma; Manisa ili merkezinde bulunan Doğumevi, Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi ile SSK Hastanesi'nde, Kadın-Doğum Kliniğinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi üreme sağıklarına yönelik sorunları ve bu sorunlara nasıl yaklaşıtlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod

Durum saptamaya yönelik betimleyici tipte olan araştırma, 15 Ekim-15 Aralık 2004 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Manisa il merkezinde tüm kadın-doğum kliniklerinin bulunduğu hastaneler oluşturmıştır. Araştırmanın örneklemini Manisa Doğumevi, Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi ile SSK Hastanesi'nde kadın-doğum kliniklerinde görev yapan toplam 44 ebe ve 24 hemşire oluşturmıştır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmeksizin evrenin tümü araştırmaya alınmıştır. Veriler toplanırken ebelerden birinin yıllık izinde ve iki ebenin de raporlu olması nedeniyle üçü çalışmaya dahil edilememiştir. Veriler araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan anket formu ile, yüz yüze görüşme tekniğı kullanılarak toplanmıştır.

Veriler SPSS for Windows 11.0 programına işlenerek; sayı ve yüzdelik, ortalama, Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Tartışma

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun (%41.5) 25-29 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 31.89 ± 6.30 yaş olduğu, %40'ının sağık meslek lisesi, %40'ının açık öğretim fakültesi ön lisans, %13.8'inin örgün öğretim ön lisans, %6.2'sinin lisans mezunu, %56.9'unun eşinin eğitim durumunun yüksekokul/fakülte mezunu olduğu, %63.1'inin ebe ve %36.9'unun hemşire olarak görev yaptığı, %72.4'ünün doğumevinde, %13.8'inin üniversite hastanesinde, %13.8'inin SSK hastanesinde çalıştığı belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin %63.1'i serviste, %13.8'i doğum salonunda, %12.3'ü kadın doğum polikliniğinde, %10.8'i de ameliyathanede çalıştığı ve ortalama çalışma sürelerinin 12.89 ± 7.28 yıl olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %76.9'unun evli ve ortalama 10.17 ± 7.01 yıllık evli oldukları, evli olan ebe ve hemşirelerin ortalama 2.02 ± 0.47 kez gebelik geçirdikleri belirlenmiştir. Katılımcıların %91.8'inin yaşayan çocuğı olduğu

ve ortalama çocuk sayısının 1.42 ± 0.49 olduğu tespit edilmiştir. Gebelik geçirenlerin %37'sinin son gebeliğinde sorun yaşadığı belirlenmiştir. Gebeliğinde sorun yaşayan ebe ve hemşirelerin en fazla (%35.3) düşük tehdidi problemi yaşadıkları saptanmıştır. Bu durumun çalışma koşullarının ağır olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Ebe ve hemşirelerin %25.5'inin 1-2 düşüğünün olduğu, %8.7'sinin doğum sırasında sorun yaşadığı ve doğum sırasında en fazla (%60.0) erken doğum problemi ile karşılaştığı bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin %10.9'u doğum sonrası problem yaşadıklarını ve %33.3'ü enfeksiyon, %33.3'ü epizyotominin açılması, %16.7'sinin emzirme problemi, %16.7'sinin prolapsus sorunları yaşadıkları tespit edilmiştir. Doğum sonrası yaşanan sorunların önlenabilir sorunlar olması, kadın-doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin doğum sonrası komplikasyonlara ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Ebe ve hemşirelerin %75.0'inin aile planlaması yöntemi kullandığı, yöntem kullananların %55.0'inin rahim içi araç, %20.0'inin oral kontraseptif, %15.0'inin prezervatif, %5.0'inin tüpligasyon, %5.0'inin da geri çekme yöntemi kullandıkları tespit edilmiştir. En yaygın kullanılan aile planlaması yöntemlerinin RİA ve oral kontraseptif olması 2003 Türkiye Nüfus ve Sağık araştırmasının sonuçlarına uymaktadır (6).

Katılımcıların %65.6'sının şimdiye kadar en az bir kez jinekolojik sorun yaşadığı, %31'inin dismenore, %21.9'unun vajinal enfeksiyon, %18.0'inin da menstrual düzensizlik şikayeti yaşadıkları belirlenmiştir. Menstruasyon süresince deneyimlenen ağrı (dismenore) en sık rastlanan jinekolojik rahatsızlıklardan biridir. Literatürde kadınların %50'sinde dismenore görüldüğü kabul edilmektedir (7). Demirci'nin (2004) çalışan evli kadınların üreme sağığını koruyucu davranışların geliştirilmesine yönelik çalışmasında, kadınların %30'unda dismenore şikayetinin görüldüğü saptanmıştır (2). Coşkun'un (1992) 15-49 yaş grubu, içinde sağık çalışanlarının da bulunduğu evli kadınlarla yaptığı çalışmasında kadınların %61.62'sinin jinekolojik enfeksiyon, erozyon ve akıntı sorunlarının olduğu bulunmuştur (5).

Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin jinekolojik sorunla karşılaşma durumunda tamamının doktora başvuracağı tahmin edilirken %65.6'sı jinekolojik sorunlarının çözümü için doktora başvurdukları belirlenmiştir. Katılımcıların %55.4'ü şimdiye kadar en az bir kez jinekolojik muayene olduğu, %31.7'sinin jinekolojik muayene sırasında sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir.

Jinekolojik muayene sırasında sıkıntı yaşayan ebe ve hemşirelerin %38.5'i stres, %30.8'i tedirginlik, %15.4'ü utanma, %7.7'si jinekolojik masadan hoşlanmama, %7.7'si kendini zavallı gibi hissetme duygularını yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Şirin ve Nar'ın (1999) jinekoloji polikliniğine başvuran 15-49

yaşları arasındaki kadınların jinekolojik muayene öncesi kaygılarını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, muayene öncesi durumluk ve sürekli kaygılarının yüksek olduğu saptanmıştır (8). Coşkun'un (1992) çalışmasında ise kadınların %21.1'i utanma-çekinme, %6.9'u hastalık bulunma korkusu ve %5.1'i ise mikrop kapma korkusu nedenleriyle jinekolojik muayene olmama nedenleri ifade edilmiştir (5). Bu sonuç jinekolojik muayene sırasında yaşanan sıkıntının sağlık personeline de benzerlik göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Ebe ve hemşirelerin %10.8'i periyodik jinekolojik kontrole gittiklerini ifade etmişlerdir. Kontrole gidenlerin yılda ortalama 1.42±0.78 kez doktora gittikleri tespit edilmiştir.

Coşkun'un (1992) çalışmasında periyodik jinekolojik kontrole gitme oranı %15.13 olarak bulunmuştur. Aynı araştırmada periyodik jinekolojik kontrole gitme durumunu sağlık disiplini üyesi olmanın hiçbir ayrıcalık getirmediği saptanmıştır. Demirci'nin (2004) çalışmasında ise çalışan evli kadınların %9.5'inin düzenli jinekolojik muayene yaptırdığı bulunmuştur. Bu sonuçlar toplumun genelinde periyodik jinekolojik kontrollerin yetersiz olduğunu göstermektedir.

KKMM bilen ebe hemşire oranının %95.4 olmasına rağmen düzenli olarak KKMM yapan sadece %47.7'dir. Açık ve ark (2003) Fırat Üniversitesinde çalışan kadın personelin meme kanseri konusundaki bilgi ve tutumlarını incelemeye yönelik çalışmasında, personelin %46.2'sinin KKMM nasıl yapıldığı bildikleri saptanmıştır (9). Aydın'ın (2004) üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi hakkındaki

uygulamalarına yönelik çalışmasında sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %54.5'inin düzenli olarak KKMM yaptığı belirlenmiştir (10).

Tablo 1. Ebe ve Hemşirelerin Düzenli Olarak KKMM Yapmama Nedenleri

Nedenler	N	%
Unutuyorum	5	29.4
Umursamıyorum	4	23.5
Fırsat bulamıyorum	2	23.5
Şikayetim yok	4	11.8
Korkuyorum	2	11.8
Toplam	17	100.0

Katılımcıların KKMM yapmama nedenleri olarak %29.4'ü unuttuğu, %23.5'i umursamadığı, %23.5'i fırsat bulamadıkları, %11.8'i şikayeti olmadığı ve %11.8'i korktuğu için yapmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 1). Araştırmalar benzer nedenlerle kadınların meme muayenesi yapmadıklarını, bunun yanı sıra muayeneyi unuttuğının da yapmamaya neden olduğunu göstermektedir (11,12).

Katılımcıların %9.2'sinin düzenli PAP smear testi yaptırdığı bulunmuştur. PAP smear testi yaptırmayan ebe ve hemşirelerin ihmal ettiği (%50) ve korktuğu (%50) için yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir. Coşkun'un (1992) çalışmasında da düzenli PAP smear testi yaptırmama oranı bir hayli düşük (%16.5) bulunmuştur (5).

Tablo 2. Ebe ve Hemşirelerin Üreme Sağlıklarına Yönelik Davranışlarının Bazı Değişkenlerle Olan İlişkisi

	Düzenli KKMM Yapma Durumu				$X^2= 5.139$ $P<0.05 * Sd=1$ OR:0.242 GA:0.068 -0.869
	Yapan		Yapmayan		
Medeni Durum	N	%	N	%	
Evli	20	40.0	30	60.0	
Bekar	11	73.3	4	26.7	
	Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu				$X^2=50.004$ $P<0.001* S d=1$ OR: 1.500 GA:0.377 -5.965
Eş Eğitim Durumu	Kullanan		Kullanmayan		
Lise ve dengi ok.	18	81.8	4	18.2	
Yük. Ok./Fak.	21	75.0	7	27.0	
	Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu				
Mezun Olunan Okul	Kullanan		Kullanmayan		$X^2=47.002$ $P<0.05 Sd=1$ OR: 1.113 GA:0.307 -4.030
Sağlık Meslek L.	16.	76.2	5	23.8	
Yük. Ok/ Ön Lisans	23	74.2	8	25.8	

* Fisher's Exact Testi ile önemlilik kontrolü yapılmıştır.

Evli olmayan ebe ve hemşirelerin %73.3'ü düzenli olarak KKMM yaparken evli olanların ise %40'ı düzenli olarak KKMM yaptıklarını ifade etmişlerdir. Evli olmayan ebe ve hemşirelerin evli ebe ve hemşirelere oranla 0.2 kat daha düzenli KKMM yaptıkları saptanmıştır (Tablo 2). Bu durum evli olmayan kadınlarda meme kanserinin görülme durumunun daha fazla olması ihtimaliyle açıklanabilir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi ebe ve hemşirelerin aile planlaması yöntem kullanma durumlarını mezun oldukları okul ve eşlerinin eğitim durumunun etkilediği saptanmıştır ($P<0.05$). Eşlerin eğitim seviyesi yükseldikçe aile planlaması yöntem kullanma durumunun artması sevindirici bir bulgudur.

Ebe ve hemşirelerin düzenli olarak her ay KKMM yapma ve düzenli olarak yılda bir kez PAP test yaptırma durumlarını periyodik kontrole gitme durumlarının (sırasıyla OR 3.077 GA:0.551-17.175, OR 13.750 GA:2.067-91.476) etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuç periyodik jinekolojik muayene alışkanlığı kazanan ebe ve hemşirelerin, üreme sağlığını korumaya yönelik diğer alanlarda da olumlu davranışlar geliştirdiğini göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre ebe ve hemşirelerin çalıştıkları hastane, ebe veya hemşire olmaları, yaşayan çocuğunun olma durumu, şimdiye kadar jinekolojik sorun yaşama, gebelik yaşama durumlarının düzenli KKMM yapma, düzenli PAP test yaptırma, periyodik jinekolojik muayene olma

Durumlarını etkilemediği saptanmıştır ($P>0.05$). Bu durum koruyucu amaçla, hastalanmadan sağlık kontrollerine gitme alışkanlığının toplumda yerleşmemiş olması ve tutucu bir topluma sahip olma durumunun sağlık disiplini çalışanı olsa bile etkilenmekte olduğunun göstergesidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma bulgularına dayanarak;

➤ Ebe ve hemşirelerin yaş ortalamasının 31.89 ± 6.30 yaş olmasına rağmen düzenli Pap test yaptırma oranının (%9.2) oldukça düşük olduğu,

➤ Ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun (%95.4) KKMM bilmelerine rağmen profesyonel sağlık bakım verenler olarak düzenli olarak yapma oranı düşük olduğu (%47.7),

➤ Periyodik jinekolojik kontrole giden ebe ve hemşire sayısının yedi kişi (%10.8) olduğu,

➤ Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendilerinin koruyucu üreme sağlığına yönelik davranışlarının yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Üreme sağlığına yönelik toplum bilincinin artırmada eğitimlerin planlanması,
- Ebe ve hemşirelere koruyucu üreme sağlığına yönelik mezuniyet sonrası eğitimlerin planlanması,
- Üreme sağlığını koruma ve geliştirmede davranışlarının kazandırılmasına yönelik araştırmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Coşkun A. Üreme sağlığının kadın yaşamındaki yeri, Hemşirelik Bülteni 1995; 38(9):13-20.
- 2- Demirci H. Çalışan evli kadınlarda üreme sağlığını koruyucu davranışların geliştirilmesi, İstanbul Univ. Sağ. Bil. Enst. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi İstanbul 2004.
- 3- Özbaşaran F. Üreme sağlığı, üreme hakları, üreme sağlığı ve sorunları ve 4. dünya kadın konferansı doğrultusunda öneriler. Sendrom Dergisi 1999; 11(12):131-135.
- 4- Bekar M, Sezgin A, Güler H. Hemşirelerde görülen kadın sağlığı sorunlarının ve bu sorunlara yaklaşımlarının belirlenmesi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Erzurum 1999:241-245.
- 5- Coşkun A. Doğurgan çağı evli kadınların periyodik olarak jinekolojik kontrole gitme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörler, I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Simpozyum Kitabı, İstanbul 1992:77-82.
- 6- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ön Raporu 2003, Özet Bulgular, HÜ NEE, Macro Int, Inc. USA 2003.
- 7- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara 2003:506.
- 8- Şirin A, Nar M. Kadınların jinekolojik muayene öncesi kaygı düzeylerinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 15(2-3):115-126.
- 9- Açık Y, Oğuzöncül F, Polat A, Doğan M, Devci SE, Ozan AT. Fırat Üniversitesinde görev yapan kadın personelin meme kanseri konusundaki bilgi ve tutumları, III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, Ankara 2003:209.
- 10- Aydın İ. Üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgileri ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(3):26-34.
- 11- Budden L. Student nurses' breast self examination knowledge and behavior of Iranian female health care professionals working in health care centers. IV. Laura International Breast Cancer Conference Abstracts 1999:36-40.
- 12- Persson K, Svensson PG. Factors affecting women to practice breast self examination. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1997;11:224-31.

ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE PLANLAMASI MERKEZİNDE KONTRASEPTİF KULLANIMI VE YAŞ GRUPLARINA GÖRE KONTRASEPTİF TERCİHLER

Contraceptive Use and Choice of Contraceptive Method in Different Age Groups at the Family Planning Clinic of Sisli Etfal Training and Research Hospital

Dr. Alparslan Baksu, Dr. Gürsel Güneş, Dr. Gün Akı, Dr. Filiz Tüysüz, Dr. Nimet Göker
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı hasta popülasyonumuzdaki kontraseptif metod kullanımını, yaş gruplarına göre kontraseptif metod tercihlerini ve eğitimin doğurganlık ve kontraseptif tercihlere etkisini incelemektir.

Materyal ve Metod: Bu retrospektif çalışma için Ocak-1997 ile Aralık-2002 tarihleri arasında, altı yıllık sürede Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Merkezine başvuran toplam 14349 hastanın kayıtları incelendi.

Bulgular: Hasta popülasyonumuzda kontraseptif kullanma oranı % 82,2 (78.2% modern kontraseptif metod, 3.9 % klasik metod) idi. Rahim içi araç (RİA) en çok tercih edilen metottu(56.1%). RİA bütün yaş gruplarında en çok tercih edilen yöntem iken, hormonal kontraseptif kullanımı (kombine oral kontraseptif(KOK), depoprogesteron, aylık enjeksiyon) 40 yaşından sonra belirgin şekilde azalmaktadır. Adolesan döneminde kondom kullanımı oranı çok düşük (%1.1) iken, 25 yaşından sonra yaklaşık %10 seviyelerine çıkmaktadır. Kadınların öğrenim düzeyleri yükseldikçe RİA ve geri çekme yöntemi kullanımı azalmakta, buna karşın kombine oral kontraseptif ve kondom kullanımı artmaktadır (p<0.001).

Sonuçlar: Aile planlaması kliniğimizde en çok tercih edilen kontraseptif yöntem RİA'dır. Kadınların öğrenim düzeyi yükseldikçe, modern kontraseptif yöntem tercih oranı artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kontraseptif kullanımı, Yaş grupları, Aile planlaması kliniği

ABSTRACT

Objective: To investigate contraceptive use, to determine choice of contraceptive methods in different age groups and to figure out the effect of education on contraceptive choices at our family planning clinic.

Materials and Methods: Medical charts of 14349 patients who attended to Sisli Etfal Training and Research Hospital Family Planning Clinic between January 1997 and December 2002 were reviewed.

Results: The incidence of contraceptive use was 82.2% (78.2% of women were using some type of modern method and 3.9% a traditional method). Intrauterine device was the most commonly preferred method (56.1%) in all age groups. Use of hormonal contraceptive methods (combined oral contraceptive pill, depot-progesterone and monthly injection) significantly decreased after 40 years of age. Among adolescents (14-19 years), condom use was very low (%1.1); however, after age 25, its incidence increased to %10. As women were better educated, the incidence of coitus interruptus and intrauterine device use decreased while use of pill and condom increased (p<0.001).

Conclusions: Intrauterine device is the contraceptive method most commonly used at our family planning clinic. As education level of women improves, modern contraceptive methods are preferably used.

Key words: Contraceptive attitudes, Age groups, Family planning clinic

GİRİŞ

Kontrolsüz nüfus artışı önümüzdeki yüzyılın en önemli sorunlarından birisidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sınırlı kaynak ve sosyal olanakların paylaşımının neden olduğu kısır döngü kalkınma için ciddi bir engeldir. Gelişen bir ülke olan Türkiye'de de hızlı nüfus artışı en önemli toplumsal sorunlardan birisidir. Hızlı nüfus artışını yavaşlatmak için toplumda kontraseptif kullanımını artırıcı önlemler almak çok önemlidir. Ülkemizde 1965 yılında kabul edilen ilk nüfus planlaması yasası ile kontraseptif metodların kullanım, dağıtım ve satışı serbest bırakılmış ve aile planlaması eğitim ve uygulamaları başlatılmıştır (1). Böylece 1978'de %38.0 olan 15-49 yaş arası evli kadınlardaki kontraseptif kullanımı oranı 1998 TNSA de %63,9 ken 2003 TNSA de %71'e ulaşmıştır (2-5). Ayrıca kadının toplumdaki statüsünün yükseltilmesi (öğrenim düzeyinin yükseltilmesi) ile yüksek doğurganlık kadınlar için daha az istenen bir durum olacaktır.

Bu retrospektif çalışma, hasta popülasyonumuzda altı yıllık sürede kontraseptif kullanımını, yaş gruplarına göre kadınların kontraseptif tercihlerini ve kadınlarda eğitim düzeyinin kontraseptif tercihlere etkisini araştırmak için planlandı.

MATERYAL VE METOD

Bu retrospektif çalışma için Ocak-1997 ile Aralık-2002 tarihleri arasında, altı yıllık sürede Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Merkezine ilk kez müracaat eden toplam 14349 başvurunun kayıtları incelendi. Hastaların yaş, öğrenim durumu, gebelik sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, son kullanılan kontraseptif yöntem ve en son gebeliğin sonuçlanma şekli kaydedildi. Bu bilgiler hastalarla yüzyüze görüşme ile doldurulmuş formlardan alındı.

Veriler SPSS 11.0 istatistik programı ile değerlendirildi. İstatistiksel test olarak varyansların eşitliği için Legene testi, ortalamaların eşitliği için Student's t-testi, Pearson X², Fisher's exact test, Kruskal Wallis testi ve Sperman korelasyon testi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan kadınların demografik özellikleri, eğitim düzeyleri ve kontraseptif kullanma durumları Tablo 1'de verilmiştir.

Hastaların kullandığı kontraseptif yöntemler ve oranları Tablo 2'de verilmiştir. Kontraseptif kullanım oranları sırasıyla IUD (%56.1), kombine oral kontraseptif (% 10.6), kondom (% 9.5), koitus interruptus (% 3.7), depo-progesteron (%1.1), aylık iğneler (%1), spermisid (%0.1), takvim metodu (%0.1) şeklinde idi. Kontraseptif kullanmama oranı %17.7 idi.

Yaş gruplarına göre kontraseptif yöntem tercihleri Tablo 3'te verilmiştir. Bütün yaş gruplarında en çok tercih edilen kontraseptif yöntem RİA'dır. İkinci sırada tercih edilen kontraseptif yöntem olan kombine oral kontraseptif kullanımı 15-39 yaşları arasında benzerlik gösterirken (% 11 ile 12.4 arası), 40 yaşından sonra belirgin şekilde azalmaktadır. Hormonal kontraseptiflerden olan depoprogesteron ve aylık enjeksiyon kullanımı da 15-39 yaşları arasında benzer oranlarda iken, 40 yaşlarından itibaren çok azalmaktadır. Adolesan döneminde kondom kullanım oranı çok düşük (%1.1) iken, 25 yaşından sonra yaklaşık %10 seviyelerine çıkmaktadır. Takvim yöntemi 15-34 yaş grubunda hiç kullanılmazken, 35-44 yaş grubunda çok düşük oranda kullanılmaktadır. Koitus interruptus kullanımı yaş gruplarına göre fazla değişiklik göstermemektedir.

Tablo 1: Kadınların demographic karakteristikleri, eğitim düzeyleri ve kontraseptif kullanma durumları.

	1997 -2002 yılları arasında başvuran kadınlar (n=14349)
Yaş (yıl; ort. $\pm$ SD)	31.28 $\pm$ 6.9
Gebelik (ort. $\pm$ SD)	3.4 $\pm$ 2.3
Doğum(ort $\pm$ SD)	2.3 $\pm$ 1.4
Abortus(ort $\pm$ SD)	1.1 $\pm$ 1.4
Yaşayan çocuk sayısı(ort $\pm$ SD)	2.2 $\pm$ 1.3
Lise düzeyinden aşağı eğitimi olanlar (n)(%)	10920 (76%)
Lise ve üzerinde eğitim düzeyi olanlar(n)(%)	3429 (24%)
Kontraseptif kullananlar (n) (%)	11808 (82%)

ort: Ortalama

Tablo 2: 1997-2002 yılları arasında hastaların kullandığı kontraseptif metodlar ve oranları.

		Seçilen kontraseptif yöntem								Kullanmayan
		RİA	KOK	D.p.	A. İnj.	Sperm.	Kond.	G.Ç.	Takvim	
1997 -2002 yılları arasında başvuran kadınlar (n=14349)	n	8043	1524	165	150	15	1362	531	15	2541
	%	56.1	10.6	1.1	1.0	0.1	9.5	3.7	0.1	17.7

RİA: Rahim içi araç

KOK: Kombine oral kontraseptif

D.p.: Depo provera

A. İnj. Aylık iğneler

Sperm: spermisid

Kond.: Kondom

G.Ç.: Geri çekme

Takvim: Takvim metodu

Tablo 3 : Kadınların yaş gruplarına göre kontraseptif yöntem tercihleri

Yaş grupları	Seçilen kontraseptif yöntem									
		RİA'	KOK	D.p.	A. İn.	Sperm	Kond	G.Ç.	Takvim	Kullanmayan
15-19	n	135	33	3	3	0	3	9	0	81
	%	50.6	12.4	1.1	1.1	0	1.1	3.4	0	30.3
20-24	n	1311	294	30	36	0	165	102	0	489
	%	54	12.1	1.2	1.5	0	6.8	4.2	0	20.1
25-29	n	1923	366	45	36	0	336	138	0	558
	%	56.4	10.8	1.3	1.1	0	9.9	4.1	0	16.4
30-34	n	1956	399	54	48	12	360	135	0	516
	%	56.2	11.5	1.6	1.4	0.3	10.3	3.9	0	14.8
35-39	n	1587	309	30	27	3	294	102	6	447
	%	56.6	11.0	1.1	1.0	0.1	10.5	3.6	0.2	15.9
40-44	n	792	102	0	0	0	114	24	9	297
	%	59.2	7.6	0	0	0	8.5	1.8	0.7	22.2
45-49	n	342	21	3	0	0	90	21	0	153
	%	59.2	3.3	0.5	0	0	14.3	3.3	0	24.3
Toplam	n	8046	1524	165	150	15	1362	531	15	2541
	%	56.1	10.6	1.1	1.0	0.1	9.5	3.7	0.1	17.7

Tablo 4: Kadınların öğrenim durumlarına göre kontraseptif yöntem tercihleri

Eğitim	Seçilen kontraseptif yöntem								
		RİA	KOK	D.p.	A. İn.	Sperm.	Kond.	G.Ç.	Kullanmayan
Okula gitmemiş	n	1287	117	30	27	3	117	0	333
	(%)	64.4	5.9	1.5	1.4	0.2	5.9	0	16.7
İlkokul	n	5268	1047	102	81	9	747	9	1323
	(%)	59.0	11.7	1.1	0.9	0.1	8.4	0.1	14.8
Ortaokul ve Lise	n	1275	279	33	42	3	405	0	696
	(%)	45.1	9.9	1.2	1.5	0.1	14.3	0	24.6
Üniversite	n	216	81	0	0	0	93	6	189
	(%)	36.0	13.5	0	0	0	15.5	1.0	31.5
Toplam	n	8046	1524	165	150	15	1362	15	2544
	(%)	56.1	10.6	1.1	1.0	0.1	9.5	0.1	17.7

Tablo 5: Kadınların öğrenim durumlarına göre yaşayan çocuk sayıları

1997 -2002 yılları arasında başvuran kadınlar										
Eğitim	Yaşayan çocuk sayısı									
	0		1		2		3		3 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuma -yazma yok	9	0.5	174	8.7	444	22.2	453	23.7	918	45.9
İlkokul	186	2.1	1956	21.9	3765	42.2	2019	22.6	996	11.2
Ortaokul ve lise	312	11	1227	43.4	987	34.9	246	8.7	57	2.0
Universite	129	21.5	225	37.5	204	34.0	33	5.5	9	1.5

Çalışmaya alınan kadınların öğrenim durumlarına göre yaşayan çocuk sayıları Tablo 5'da görülmektedir. Kadınların öğrenim düzeyleri yükseldikçe hiç yaşayan çocuğu olmayanlarda, 1 ve 2 yaşayan çocuğu olanların sayısında artma görülürken, 3 ve daha fazla yaşayan çocuğu olanların sayısında azalma görülmektedir($p<0.001$).

TARTIŞMA

Biz bu çalışmamızda Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Merkezine Ocak-1997- Aralık-2002 tarihleri arasında başvuran kadınların kontraseptif kullanımı ve tercihlerini, yaş gruplarına göre kontraseptif tercih değişikliklerini inceledik. Ayrıca öğrenim düzeyinin doğurganlığa ve kontraseptif tercihlere etkisini araştırdık. Çalışmaya alınan kadınların hepsi benzer sosyo-kültürel özelliklere sahip, orta ve alt gelir grubundaki kişilerden oluşuyordu. Hasta popülasyonumuzun % 76'sı ortaokul ve liseden daha az bir öğrenim düzeyine sahipti. Buna karşın kontraseptif kullanma oranı % 82.2 düzeyindedir. Bu veriler bölgemizde aile planlaması danışmanlığının ve hizmetlerinin etkili bir şekilde verilme çabalarını göstermektedir. Uygur ve arkadaşları 1999 yılında Ankara'da kontraseptif kullanım oranını % 87.3, Vural ve arkadaşları Kocaeli'de 1999 yılında yaptıkları bir çalışmada kadınlarda kontraseptif kullanma oranını % 77.22, Aytekin ve arkadaşları Gemlik'te kadınların kontraseptif kullanma oranını %79.6 bulmuştur (3,4,5). Bu çalışmaların yapıldığı yerler ülkemizin gelişmiş bölgelerdir. 1993'te Türkiye'de yapılan nüfus çalışmasına göre evli çiftlerin % 62.6'sı kontraseptif metod kullanmaktadır. Bu çalışmada kadınların %34.5 oranı modern kontraseptif metod kullanırken, %28.1'inin geleneksel geri çekme metodunu kullandığı bildirilmiştir (6). Bizim hasta popülasyonumuzda ise %78.2 modern kontraseptif method, %3.9'u geleneksel metod kullanılmaktadır. Bu veriler, farklı ekonomik ve sosyo-kültürel seviyedeki kadınların kontraseptif tercihlerindeki farklılığı yansıtmaktadır. Aneak yine de tüm İstanbul'u temsil etmemektedir. Türkiye'de nüfusun önemli bir kısmını kırsal

nüfus oluşturmaktadır. Kırsal nüfusun önemli bir yer tuttuğu ülke genelinde, geleneksel kontraseptif yöntemler % 28.1 gibi önemli bir oranda tercih edilirken, İstanbul gibi gelişmiş bir şehirde bu oran %3.9'a inmektedir. Kadınlarda kontraseptif kullanma oranı İspanya'da % 60.6, Fransa'da % 66, Amerika Birleşik Devletleri'nde %64 olarak bildirilmiştir (7,8,9).

Bizim çalışmamızda en çok tercih edilen kontraseptif yöntem RİA'dır (%56.1). Daha sonra sırasıyla KOK (%10.6), kondom (%9.5), geri çekme yöntemi (3.7%), depoprogesteron (%1.1), aylık enjeksiyon (%1), spermid (%0.1), takvim yöntemi (%0.1) şeklinde idi. Aytekin ve arkadaşlarının bir çalışmasında Gemlik bölgesinde en çok tercih edilen kontraseptif yöntemin geri çekme olduğu bildirilmiştir (5). Weiss ve arkadaşları da Çekoslovakya'da en çok tercih edilen kontraseptif yöntemin geri çekme yöntemi olduğunu bildirmişlerdir (10). Ülkemizin farklı bölgelerinde en çok tercih edilen kontraseptif yöntemdeki değişiklik farklı sosyoekonomik ve kültürel yapılarından kaynaklanmaktadır. Ürdün ve Nijerya gibi az gelişmiş ülkelerde de RİA en çok tercih edilen kontraseptif yöntemdir (11,12). Bu verilere göre az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde RİA'nın en çok tercih edilen kontraseptif yöntem olduğunu söyleyebiliriz. Kullanımının kolay ve maliyetinin az olması nedeniyle düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde RİA en çok tercih edilen kontraseptif yöntem olmaktadır. Oysa gelişmiş ülkelerde en çok tercih edilen kontraseptif yöntem KOK ve kondom'dur (8,9,13).

Yaş gruplarına göre kontraseptif tercihleri değerlendirdiğimizde, bütün yaş gruplarında en çok tercih edilen kontraseptif yöntem RİA'dır. Kombine oral kontraseptif, depoprogesteron ve aylık enjeksiyon gibi hormonal yöntemlerin kullanımı 40 yaşından sonra belirgin şekilde azalmaktadır. Adölesan dönemde en sık kullanılan kontraseptif yöntemler RİA (%50.6) ve KOK (%12.4) dir. Kondom kullanımı adölesan döneminde çok düşükken, 25 yaşından sonra belirgin olarak artmaktadır.

Ülkemizde adölesan çağda evlilik dışı cinsel beraberlikler fazla olmadığından, bu dönemde kondom gibi bariyer yöntemleri fazla tercih edilmemektedir. Buna karşın İspanya'da adölesan dönemde en çok kondom (%65.6) ve KOK (%34.4) kullanılmaktadır (7). Bizim hasta popülasyonumuzun adölesan döneminde kontraseptif kullanma oranı %69.7 iken, İspanya'da bu oran %22.2'dir (7). Bu da toplumumuzun orta ve alt sosyoekonomik grubunda adölesan yaşta evliliklerin sık olmasından kaynaklanmaktadır. Evlilik yaşı toplumlar arasındaki doğurganlık farklılıklarının temel belirleyicilerinden biridir. Birçok toplumda (az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler) cinsel ilişki evliliğe özgüdür. Bu toplumlarda evlilik yaşını yükseltmeden nüfus artış hızını % 1.5 seviyelerine yavaşlatmak mümkün olmamaktadır. Evlilik yaşının yükselmesi kadının toplumdaki statüsünü de yükseltecektir (14).

Öğrenim düzeyi arttıkça tercih edilen kontraseptif yöntemler de değişmektedir. Öğrenim düzeyinin artmasıyla kontraseptif yöntem olarak RİA ve geri çekme yöntemi kullanımı azalmakta, KOK ve kondom kullanımı artmaktadır ($p<0.001$). İspanya'da da öğrenim düzeyi yükseldikçe koitus interruptus kullanımı azalmakta, kondom ve KOK kullanımı artmaktadır (7). Ayrıca öğrenim düzeyinin doğurganlığa da belirgin etkisi vardır. Öğrenim düzeyi yükseldikçe hem yaşayan

çocuk sayısı hem de gebelik sayısı azalmaktadır ($p<0.001$). Vural ve arkadaşları çiftlerin eğitim düzeyi, çocuk sayısı, çekirdek aile yapısının kontraseptif kullanımını önemli ölçüde etkilediğini bildirmişlerdir (4). Ülkemizde 1955 yılına kadar pronatalist politika izlenmiş ve nüfus artış hızı %2.5'a kadar yükselmiştir. Hızlı nüfus artışının getirdiği sorunlar nedeniyle 1965 yılında antinatalist politika yürürlüğe girmiş ve bu sayede nüfus artış hızı % 1.5'a indirilebilmiştir. Ülkemizde 1993 yılındaki doğum oranı % 3.2 ve toplam doğurganlık oranı % 4.8'dir (15). İstenmeyen gebeliklerin fazla olması hem yüksek riskli gebelik sayısını arttırmakta hem de indüklenmiş abortus oranlarını arttırarak maternal morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır (15).

Gelişmekte olan ülkeler grubunda yer alan ülkemizde kontraseptif yöntemlerin halka ücretsiz olarak sunulması ve danışmanlık hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesinin nüfus artış hızının yavaşlamasında çok önemli rol oynamıştır. Kontrasepsiyon hakkındaki bilgilendirmenin yalnız aile planlaması merkezlerinde yapılması yerine, bu konuda medyanın desteğinin de sağlanması başarı hızını arttıracaktır. Ayrıca ülke genelinde öğrenim düzeyinin yükseltilmesine yönelik çabalar ve kadınların öğrenim düzeyinin yükseltilmesi üreme sağlığı ile ilgili birçok olumsuzluğu azaltacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Legal Regulations about Services of Population Planning. Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning. 1985.
- 2- 1998 Turkish Population and Health Survey. Hacettepe Institute for Population Studies, Hacettepe University. Ankara: HIPS; 1999.
- 3- Uygur D, Erkaya S. Contraceptive use and method choice in Turkey. Int J Gynaecol Obstet 2001; 75:87-8.
- 4- Vural B, Vural F, Diker J, Yücesoy I. Factors affecting contraceptive use and behavior in Kocaeli, Turkey. Advances in Contraception. 1999; 15:325-36.
- 5- Aytekin NT, Pala K, Irgil E, Aytekin H. Family planning choices and some characteristics of coitus interruptus users in Gemlik, Turkey. Women's Health Issues, 2001; 11:442-7.
- 6- Dervisoglu AA. Family planning. In: Ministry of Health (Department of Mother and Child Health Care and Family Planning), Hacettepe Institute of Population Studies and Demographic and Health Surveys (DHS); Turkish Population and Health Survey. Maryland: Macro International Inc, 1993.
- 7- Lete I, Bernejo R, Coll C, Duenas JL, Doval JL, Martinez-Salmean J et. al. Use of contraceptive methods in Spain: results of a national survey. Contraception, 2001;63: 235-8.
- 8- Toulemon L, Leridon H. Contraceptive practices and trends in France. Fam Plan Perspect 1998;30:114-20.
- 9- Piccinino LJ, Mosher WD. Trends in contraceptive use in the United States. Fam Plan Perspect 1998;30:4-10.
- 10- Weiss P, Zverina J. Contraceptive behavior in the population of the Czech Republic: results of a national survey. Ceska Gynekol. 1997;62:226-33
- 11- Shakhathreh FM. Contraceptive use in Jordan. Saudi Med J 2001;22:512-5
- 12- Ozumba BC, Ibekwe PC. Contraceptive use at the family planning clinic of the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria. Public Health 2001;115:51-3.
- 13- Oddens BJ, Wemer HM, Visser AP, Ketting E. Contraception in Germany: a review. Adv Contracept 1993; 9:105-6
- 14- Hatcher RA, Kowal D, Guest F, Trussell J, Stewart F, Stewart G et all. Kontraseptif Yöntemler: Uluslar arası Basım. Dervişoğlu AA (Çeviri editörü) İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı. Ankara Demircioğlu, 1990
- 15- Ministry of Health (Turkey). Hacettepe University Institute of Population Studies , and Macro International Inc. Turkey demographic and health survey 1993. Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies, 1994.

BİR İLÇE DEVLET HASTANESİNDEKİ İKİ AYRI DÖNEMİN DOĞUM ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Comparison Of The Delivery Data For Two Different Duration Of Time In A County Hospital

Dr. İbrahim GÜLHAN¹, Dr. Sibel GÜLHAN², Dr.Sabahattin Altunyurt³

¹17 Nolu AÇSAP, İzmir

²Buca Devlet Hastanesi, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

ÖZET

Amaç: Bir ilçe devlet hastanesinde iki değişik zaman dilimindeki doğum verilerini karşılaştırmak

Materyal ve Metot: Gölhisar Devlet Hastanesi'nde 1995 (Grup 1) ve 2000 (Grup 2) yıllarında yaptırılan doğumlara ait veriler toplandı. Anne yaşı, gebelik sayısı, doğum şekli, bebek ağırlığı, cinsiyeti, boy ve baş çevresi kaydedildi. Her iki döneme ait veriler kıyaslandı. İstatistiksel değerlendirmede Student-t testi ve Ki-kare testleri kullanıldı. 0.05'ten küçük p değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 340 tanesi 1995 yılına ait (Grup 1), 273 tanesi de 2000 yılına ait (Grup 2) toplam 613 doğuma ait veriler dahil edildi. Gruplar arasında yaş, gravida, bebek ağırlığı, boyu, baş çevresi sonuçları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Adölesan gebelik oranları Grup 1'de anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Operatif doğum oranı da Grup 2'de anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: 1995 ve 2000 yılları arasında adölesan gebelik oranları azalırken, sezaryen ile doğum oranlarında artış gözlenmektedir.

Anahtar kelimeler: Doğum verileri, sezaryen oranları, adölesan gebelikleri

ABSTRACT

Objective: To compare the delivery data for two different duration of time (1995 and 2000) in a county hospital

Materials and Methods: Data of deliveries of 1995 (Group 1) and 2000 (Group 2) were collected in Gölhisar County Hospital. Maternal age, gravidity, type of delivery, weight, height, head circumference and gender of infants were recorded. These two periods were compared according to these parameters. Student t test and qui-square tests were used for statistical analysis. p values less than 0.05 were considered as significant.

Results: Data from 340 deliveries which were occurred in 1995 (Group 1) and 273 deliveries occurred in 2000 (Group 2) with a total number of 613 deliveries were included into this study. There was no significant difference between the groups according to maternal age, gravidity, weight, height, head circumference of the infants ($p>0.05$). Ratio of adolescent deliveries was significantly higher in Group 1 ($p<0.05$). Ratio of operative delivery was significantly higher in the Group 2 ($p<0.05$).

Conclusion: Adolescent age deliveries were decreased between 1995 and 2000. However rates of operative deliveries were increased in the same period of time.

Key words: Delivery data, cesarean rates, adolescent pregnancy

GİRİŞ

Bir ülkenin genel ve bölgesel olarak doğum istatistiklerinin bilinmesi pek çok açıdan gereklidir. Akdeniz anemisi, endemik guatr gibi bölgesel özellik arz eden hastalıkların tespit edilerek koruyucu önlemlerin alınması, gerekli tarama testlerinin yapılması ve bir bölgenin ülke geneliyle, ülkenin de dünya ile karşılaştırılıp eksikliklerin ve ihtiyaçların belirlenmesinde doğum istatistikleri yol gösterici olabilir. Ayrıca temel tıbbi yaklaşımlar ve tıbbi gereksinimler konusunda da bu istatistikler yardımcı olabilir (1). Ülkemizde düzenli kayıt tutulması ve tutulan kayıtların istatistiklerinin yayınlanması konusunda birtakım eksiklikler bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle bilimsel yayınlarda kullanılacak, ülkemize ait istatistik rakamları bulmak pek mümkün olmamakta ve genellikle Amerika Birleşik Devletleri'nin istatistikleri kullanılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı bir ilçe devlet hastanesinde bölgedeki doğum istatistiklerinden yararlanarak bölgesel ve dönemsel bir farklılığın olup olmadığını araştırmak ve yıllar içinde doğum özelliklerinin değişimini irdelemektir.

MATERYAL ve METOD

Çalışmaya 1995 ve 2000 yıllarında Gölhisar Devlet Hastanesi'nde gerçekleşen toplam 613 doğum dahil edildi. Olguların anne yaşı, gebelik sayısı, doğum şekli, bebek ağırlığı, cinsiyet, boy ve baş çevresi bilgileri belirlendi ve iki dönem verileri birbiriyle karşılaştırıldı. İstatistiksel analizlerde ki-kare ve student t-testi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 613 doğumdan 340 tanesi 1995 yılına ait olup Grup 1, 273 tanesi de 2000 yılına aitti ve Grup 2 olarak adlandırıldı.

Grup 1 ve 2'de anne yaşı 15-45 ve 15-41 arasında değişmekte ve yaş ortalamaları sırasıyla 24.67 ± 5.28 ve 25.27 ± 4.92 idi. Grup 1'deki doğumların 59 tanesi (%17) 15-19 yaş döneminde (adölesan doğumlar) gerçekleşirken, Grup 2'de bu dönemde gerçekleşen doğum sayısı 27 (%10) olarak tespit edildi.

Grup 1 ve 2'de gebelik sayısı maksimum 6 ve sırasıyla

Ortalama olarak 1.89 ± 1.02 ve 2.02 ± 1.00 ; bebek ağırlıkları sırasıyla 1200-5000 ve 1200-4700 gr arasında ve ortalamaları 3425.44 ± 473.58 ve 3462.27 ± 517.29 gr; bebek boy ve baş çevreleri ortalamaları da sırasıyla 50.18 ± 2.24 ve 31.83 ± 0.97 cm ve 50.25 ± 2.08 ve 31.69 ± 0.99 cm idi.

Grup 1'de 189 erkek (%55.6), 151 kız (%44.4) bebek vardı. 308 doğum vajinal yoldan (%90.6), 32 doğum sezaryen ile (%9.4) yapılmıştı. Grup 2'deki 273 bebekten 138 tanesi erkek (%50.5), 135 tanesi kızdı (%49.5). 222 doğum vajinal yoldan (%81.3), 51 doğum sezaryen ile (%18.7) yapılmıştı.

Gruplar arasında yaş, gravida, bebek ağırlığı, boyu, baş çevresi sonuçları student t-testi ile karşılaştırıldı. Bütün bu özellikler açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Adölesan gebelik oranları açısından ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Grup 1'de adölesan gebelik oranı daha yüksekti.

Bebek cinsiyetleri dağılımı ve doğum şekli Ki-kare testiyle karşılaştırıldı. Bebek cinsiyetleri dağılımı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Grup 1'de toplam 149, Grup 2'de ise 95 primipar kadın bulunmakta ve yaş ortalamaları sırasıyla $21.33 \pm$ ve 21.7 idi. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Doğum şekli bakımından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Grup 2'de sezaryen oranı grup 1'den daha yüksekti.

TARTIŞMA

Belirli bir anda ya da kısa bir zaman aralığında elde edilen doğum verileri, uzun dönemler boyunca bilgi birikimi oluşmasına katkısı yanında, elde edildiği zaman için de pek çok bilgi sağlar. Bu çalışmada aralarında beş yıllık zaman bulunan iki dönem karşılaştırılmıştır. Bebek ağırlığı, baş çevresi ve kilosunda iki dönem arasında fark olmaması, antenatal özelliklerde de iki dönem arasında fark olmadığını düşündürmektedir.

Bebek cinsiyetleri bakımından dönemler veya bölgeler arasında, normal koşullarda bir fark olması beklenmez. Ancak dünyanın bazı bölgelerinde, yasak olmasına rağmen erken dönemde cinsiyet tayini yapılarak gebeliğin termine edildiği bilinmektedir (2,3).

Çalışma yapılan bölgede, her iki dönemde de ortalama gebelik sayısının oldukça düşük olduğu ($1.89-2.02$) tespit edilmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Çalışması 2003 (TNSÇ) verilerine göre doğurganlık döneminin sonunda bulunan kadınlarda ortalama canlı doğum sayısı 3.5 tir. Günümüzdeki doğurganlık seviyesi ise yaklaşık 2.3 tür. Bölgelere ve eğitim

durumuna göre ortalama canlı doğum sayısı Tablo 1'de gösterilmiştir (1):

Tablo:1 Bölgelere göre doğum ve eğitim göstergeleri

Bölge	Ortalama Canlı Doğum Sayısı	Eğitim düzeyi	Ortalama Canlı Doğum Sayısı
Batı	2.90	Eğitim yok	4.98
Güney	3.72	İlköğretim 1. kademe	3.21
Orta	3.43	İlköğretim 2. kademe	2.54
Kuzey	3.41	Lise ve üzeri	1.96
Doğu	6.07		

Bu rakamlar incelendiğinde görüleceği gibi, Batı'dan Doğu'ya doğru gidildikçe ve öğrenim süresi azaldıkça ortalama canlı doğum sayısı artmaktadır. Çalışma yapılan bölgede ise Ege ile Akdeniz arasında bulunan bir kırsal bölge olmasına rağmen Batı'daki ortalamadan daha düşüktür. Burada doğum kontrol çalışmalarının oldukça etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Adölesan gebelik (15-19) açısından karşılaştırma yapıldığında ise, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Grup 2'de, yani birinci gruptan beş yıl sonra adölesan gebelik oranında anlamlı olarak azalma görülmektedir. Bu da bize maternal ve fetal morbidite ve mortalitesi yüksek olan adölesan gebeliklerin önlenmesi konusunda, bölgede belirli bir bilincin oluşmaya başladığını göstermektedir (4,5). Ancak bölgedeki rakamları ülke geneliyle karşılaştırdığımızda bu yaş dönemi gebeliklerinin çok yüksek olduğunu görmekteyiz. Grup 1'de adölesan gebelik oranı %17, grup 2'de ise %10 olarak tespit edilmişti. Ülkemizde genel olarak 15-19 yaş grubundaki kadınların %8'inin doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir. Aynı yaş grubunun %6'sı çocuk sahibi olmuş, %2'si ise ilk gebeliklerini yaşamaktadırlar. Bölgeler arasında en yüksek adölesan doğurganlık oranı şaşırtıcı olarak %12.7 ile Ege Bölgesi'nde, en düşük ise %3.7 ile Marmara Bölgesi'ndedir (1).

Ülkemizde ilk doğurganlık deneyimleri 20'li yaşlarda yaşanmaktadır, kadınlar ortalama 25 yaşında ilk çocuklarına sahip olmaktadır (1). Çalışma yapılan bölgede her iki dönemde ortalama ilk çocuğa sahip olma yaşı hemen hemen aynı olup, sırasıyla 21.33 ve 21.71'dir. Bunlar kırsal bir bölgeden beklenebilecek normal sonuçlardır.

Gruplar arasında doğum şekli bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir. Grup 1'deki %9.4 sezaryen oranının oldukça düşük olduğu, beş yıl sonra bu oranın iki katına (% 18.7) çıktığı halde yine hafifçe düşük kaldığı gözlenmektedir.

Burada temel nedenin bölgede düzenli olarak doktor bulunmaması olduğu söylenebilir. Çünkü doktor bulunmayan dönemlerde, ebe tarafından önceden sezaryen olacağı bilinen gebeler başka bir merkeze yönlendirilmektedir. Halen ülkemizde ve dünyadaki farklı merkezler arasında, sezaryen oranları birbirinden oldukça farklı olmakla birlikte genellikle sezaryen oranının %20'ler civarında toplandığı söylenebilir (6,7,8,9).

Sonuç olarak bu çalışmadaki bütün bulgular, dönemler arasındaki farklılıklar açısından karşılaştırılabilmiş

ancak bütün bulgular ise ülke geneliyle karşılaştırılamamıştır. Çalışma yapılan bölgenin sonuçları genel olarak gözden geçirildiğinde; dönemler arasında ciddi farklar bulunmamakta ve pek çok açıdan ait olduğu bölgenin özelliklerine yakın bulgular taşıdığı görülmektedir. Bölgede en çarpıcı farklılık doğum kontrol çalışmalarının çok başarılı olmasıdır.

Bu tür çalışmaların artmasının temel sağlık politikaları konusunda yol gösterici olacağına inanmaktayız.

KAYNAKLAR

- 1- Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. www.hips.hacettepe.edu.tr
- 2- Van Balen F, Inhorn MC. Son preference, sex selection, and the "new" new reproductive technologies. *Int J Health Serv.* 2003;33(2):235-52.
- 3- Miller BD. Female-selective abortion in Asia: patterns, policies, and debates. *Am Anthropol.* 2001;103(4):1083-95.
- 4- Otterblad Olausson P, Haglund B, Ringback Weitöft G, Cnattingius S. Premature death among teenage mothers. *BJOG* 2004; 111(8):793-9.
- 5- Loto OM, Ezechi OC, Kalu BK, Loto A, Ezechi L, Ogunniyi SO. Poor obstetric performance of teenagers: is it age- or quality of care-related? *J Obstet Gynaecol.* 2004;24(4):395-8.
- 6- Duarte G, Coltro PS, Bedone RV, Nogucira AA, Gelonezzi GM, Franco LJ. Trends in the modes of delivery and their impact on perinatal mortality rates. *Rev Saude Publica.* 2004;38(3):379-84.
- 7- Bailit JL, Love TE, Mercer B. Rising cesarean rates: are patients sicker? *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):800-3.
- 8- Cohain JS, Yoselis A. Caesareans and low-risk women in Israel. *Pract Midwife.* 2004;7(7):28-31.
- 9- Chang SB, Park YW, Cho JS, Lee MK, Lee BC, Lee SJ. Differences of cesarean section rates according to San-Yin-Jiao(SP6) acupressure for women in labor. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2004;34(2):324-32 (Abstarct).

GEBELİKTE VİTAMİN D GEREKSİNİMİ

Vitamin D Supplementation During Pregnancy

Dr.Gülbin Yıldırım, Dr.Ferit Saraçoğlu

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Gebelik sırasında hem anne hemde fetüste artan kullanımı nedeniyle kalsiyum ihtiyacı belirgin şekilde artmaktadır. Artan kalsiyum ihtiyacının karşılanmasında birden fazla mekanizma etkili olmakla birlikte en önemlisi yeterli D vitamininin bulunmasıdır. Ülkemizde çeşitli çalışmalar D vitamini eksikliğinin yaygın olduğunu göstermektedir. Bu nedenle özellikle vit D eksikliği açısından riskli kadınların gebelikleri sırasında ek olarak D vitamini almaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler : Gebelik , vit D , kalsiyum , kemik

ABSTRACT

Calcium demand is increased considerably during pregnancy both in mother and fetus. Even if several mechanisms were described for calcium metabolism in women vitamin D is the most important one. In several studies in Turkey it is found that vit D deficiency in women is common. Therefore it is essential to give vit D supplementation to women carries high risk for vit D deficiency during their pregnancy.

Key Words : Pregnancy , vit D , calcium , bone

Gebelik sırasında, fetal kemik mineralizasyonu için annede Ca metabolizmasında önemli değişiklikler meydana gelir . Gebe bir kadının günlük Ca ihtiyacı 1200 mg dır ki bu gebe olmayan bir kadın ihtiyacına göre 400mg daha fazladır. Artan kalsiyum ihtiyacının karşılanması bir çok komplike değişiklikler yanında Vitamin D ve PTH gibi başka kofaktörlere bağlıdır .

Tüm gebelik boyunca ,çoğunluğu (%80'i) üçüncü trimesterde olmak üzere yaklaşık 25-30 gr Ca, fetal iskelet gelişimi için anneden bebeğe aktarılır.Geçişin en fazla olduğu 35.gebelik haftasında günlük fetal Ca tutulumunun 250 mg olduğu tespit edilmiştir.(1,2) Öyle ki bazı çalışmalarda termde kord kanındaki iyonize Ca seviyelerinin anne kanındaki Ca seviyelerinden oldukça fazla olduğu görülmüştür.(3,4)

Fetus ,Ca metabolizmasındaki dengesizliğe anneden çok daha fazla duyarlı olduğu için vitamin D ve paratiroid hormonu ile ilgili hastalıklardan etkilenir.Aslında yenidoğan iskelet sistemi ve serum Ca anormallikleri bazen anneye ait kalsiyum dengesini ilgilendiren hastalıkların ilk bulgusudur.(5)

Artan Ca ihtiyacı, gebelikte şu üç mekanizma ile karşılanmaktadır:

- 1)Dietle alınan Ca'nın intestinal absorpsiyonunda artış
- 2)Renal Ca tutulumunda artış
- 3)Kemik mobilizasyonunda artış

Gebelik sırasında Ca ihtiyacının teminindeki ana mekanizma intestinal Ca absorpsiyonunun artışıdır (6) . Bu artış ,gebeliğin üçüncü trimesterinde normalin iki katına kadar varabilmektedir.Intestinal Ca Emilimini artıran faktörler; hipokalsemi, vitamin D, PTH, GH, fosfat, laktoz ve intestinal asidite içinde en önemli etken vitamin D dir.(7)

Çoğu çalışma göstermiştir ki, gebelikte yetersiz vitamin D ve Ca alımı ya da endojen vitamin D sentezinde azalma(yetersiz güneş ışını ya da aşırı pigment cilt) nedeniyle bazı kadınlar vitamin D eksikliğine maruz kalmaktadır. Bu gruptaki annelerin neonatal Ca ihtiyacını karşılayabilmeleri için gebelikte mutlaka vitamin D desteği almaları gerekmektedir.(8)

D vitaminini vücuda girişi ya ultraviolet B radyasyonu altında ciltte fotosentezle (vitamin D3=Kolekalsiferol) yada doğrudan dietle alınması yoluyla (vitamin D2=ergokalsiferol) olur. D vitamininin bu iki formu da inaktiftirler ve karaciğere taşınarak hidroksillenirler. Karaciğerde oluşan 25(OH)D ,dolaşımdaki vitaminlerin en fazla görülen formu olup biyolojik etkisi en zayıf olanıdır. Bu ürün böbrekte bir kez daha hidroksillere D vitaminin asıl aktif formu olan 1,25(OH)2D vitaminine dönüşür. 1,25(OH)2D yani kalsitriolün renal sentezi serum inorganik fosfat konsantrasyonunun düşüşü ve PTH uyarısıyla olur. Kalsitriolün temel görevleri dietle alınan Ca un emilimini ve kemik rezorpsiyonunu uyarmaktır.

Annenin 25(OH)D vitamini düzeyleri gebelik boyunca değişmediği halde serum kalsitriol konsantrasyonları ikinci trimesterde %50-%100 ,üçüncü trimesterde ise %100 oranında artar.(9,10) Gebelik sırasındaki kalsitriol konsantrasyonundaki bu artışın asıl mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Hem 25(OH)D hem de kalsitriol plasentadan geçebilir. Annede renal kalsitriol yapımında bozukluk olduğunda anne serum kalsitriol konsantrasyonlarının normal değerlerinde devam etmesi kalsitriolün plasental yapımına kanıt olarak gösterilmektedir. (11,12) Termde fetal kord kanından alınan serum kalsitriol konsantrasyonları annedeki seviyeden hafif düşüktür, fakat fetal sirkulasyonda ve kord kanındaki serbest kalsitriol konsantrasyonları maternal seviye ile benzerdir. Bu da fetal böbreğin plaseenta gibi kalsitriol sentez edebileceğini düşündürmüştür.

Vitamin D eksikliği; malabsorpsiyonlu kişilerde (özellikle bilier obstruksiyonlu hastalarda), kronik antikonvulsan tedavi (ör:fenitoin) alan bazı hastalarda, diyetle yetersiz vitamin D alanlarda ve güneş ışınlarından yeterince faydalanamayanlarda görülür.

Uzun dönemli vitamin D eksikliği, serum PTH konsantrasyonlarında artışla birlikte 1,25(OH)2D vitamin düzeyinde azalmaya ve sonuçta osteomalazi gelişmesine neden olur.Yiyeceklerle alınan D vitamini kaynakları (yağlı balık, yumurta) oldukça azdır. ABD de vitamin D ile zenginleştirilmiş sütler ve prenatal vitamin takviyesi çok yaygın olarak kullanılmakta olduğundan dolayı diyet ile yetersiz vitamin D alımı oldukça nadirdir. Vitamin D rezistansının olduğu az rastlanan bir kaç sendrom da mevcuttur.(13)

Hafif vitamin D eksikliği yetişkinlerde genelde asemptomatiktir. Belirgin vitamin D eksikliğinin başlıca semptomu kemik ağrılarıdır.Bu vakalarda kırık riskinde artış vardır . X ray de deminerilizasyon saptanır yalancı kırıklar karakteristik radyolojik bulgulardır. Serum kalsiyum ve inorganik fosfat konsantrasyonları normalin altındadır.

Litaratürde gebeliğe bağlı osteoporoz olguları vaka takdimi şeklindedir.Bu vakalarda gebelikten önce mevcut olan bir kemik hastalığı bulunmakta ya da gebeliğe bağlı kalsiyum metabolizmasındaki hormonlarda bozukluk olduğu görülmektedir.

Gebelik sırasında nutrisyonel vitamin D ile ilgili randomize çalışmalar oldukça azdır ve çoğu da gözlemseldir.

Gebelik sırasında asemptomatik veya hafif maternal vitamin D eksikliği bile yenidoğan ve fetusta ciddi problemlere yol açabilir. 1970 li yılların başında ,Purvis ve arkadaşları (14) çalışmalarında neonatal tetani oluşumu ile üçüncü trimesterde güneş ışığından faydalanma arasında bir bağlantı olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışma ve diğer bazı çalışmalara göre (15,16) vitamin D eksikliği olan annelerde sekonder hiperparatroidizm gelişmekte bu da yenidoğanda geçici hipoparatroidizm ve hipokalsemi oluşturmaktadır. Daha sonra yapılan birçok çalışmada gebelik sırasında gebelikte düşük vitamin D alımı olan annelerin bebeklerinin kord kanında ve postpartum ilk hafta serum ölçümlerinde Ca düzeyinin düşük olduğu görülmüştür.(17,18)

Fetal iyonize kalsiyum düşüklüğü durumunda fetal paratroid glandları hiperplastik ve hipersekretuar hale gelir.

Kemik formasyonunu bozan fetal kalsiyum eksikliği ve PTH'daki artışın oluşturduğu kombinasyon raşitizmin tüm diğer bulguları ile birlikte intrauterin gelişme geriliği ve yenidoğanda ağır kemik mineralizasyon yetersizliğine sebep olur.Bununla birlikte yenidoğanda raşitizm nadirdir. Konjenital raşitizm litaratürde sadece bir kaç olguyla sınırlıdır.

Gebe bir kadının medikal, beslenme ve sosyoekonomik durumu vitamin D eksikliği açısından şüphe uyandıracak şekilde ise Vitamin D eksikliği tamı aklı gelmelidir. Vitamin D eksikliği laboratuarda 25-Hidroksi Vitamin D seviyesi ölçülerek teyit edilir. Bu değerler spesiik coğrafik alana ve yılın o zamanı için normal olan değerlere göre yorumlanır ve bu değer gebelikte değişmez. Serum alkalen fosfataz aktivitesinin değerlendirilmesinde 3.trimesterde normalde olan yükselme de dikkate alınmalıdır.(19)

Tedavi oral vitamin D ile verilerek yapılır. Diyetteki eksikliğini gidermek için genellikle başlangıçta haftada iki defa 50000 ünite vitamin D2 verilir. Birkaç haftadan sonra vücut depoları dolar ve idame için günlük 400 Ü yeterli olur. Antikonvulsanlardan fenitoin ve karpamazepin alan gebe kadınlar günlük olarak 400Ü Vitamin D2 aldığıında 25-hidroksi vitamin D ve kalsitriolün normal maternal serum konsantrasyonu sağlanır. Antikonvulsan alan gebe kadınlara günlük 600 Ü vitamin D'ye ek olarak 1g elementer kalsiyum verilmesi kadınların ve bebeklerin kemik mineral içeriği ve serum kalsiyum konsantrasyonları açısından normal değerlere ulaşmasını sağlar. Vitamin D resistansı olan durumlarda tedavi defektin ne olduğuna bağlıdır. Bazı hastalar yüksek doz vitamin D2 gerektirirken diğerleri kalsitriolün fizyolojik dozlarına cevap verirler. PTH gibi diğer kalsitropik hormonların seviyesi normalken serum kalsitriol seviyeleri preeklampsie bağlı hipokalsitrisi olan kadınlarda azalır.(20,21)

Sonuç olarak; gebelikte fetal Ca ihtiyacını karşılamak için artmış intestinal Ca emilimi söz konusudur.Bu emilimi artıran en önemli etken D vitaminidir. Vitamin D eksikliği olan gebelerde vitamin D seviyesinin iyileştirilmesi neonatal Ca düzeyinin ayarlanmasını kolaylaştırır.Vitamin D ile maternal kilo alımı ve fetal büyüme ilişkisi vitamin D açısından yüksek riskli populasyonlarda tartışma ve araştırma konusudur. Gebe olmayan kadınlarda vitamin D yetmezliğini önlemek için rutin dozda (400Ü) verilen vitamin D miktarından daha fazla miktarda gebelikte vitamin D alımının faydalı olduğunu gösteren bir kanıt yoktur.

KAYNAKLAR

- 1- Widdowson EM. Changes in body composition during growth. In; Davis JA, Dobbings J., eds, Scientific foundations of pediatrics. London., Wm Heinemann Medical Books, 1981; 330-42.
- 2- Forbes GB.Calcium accumulation by the human fetus .Pediatr.1976;57:976
- 3- Ton CM ,Ramon A ,Sinnathray TA. Serum ionic calcium levels during pregnancy.J Obstet Gynecol Br Commonw.1972;79:694
- 4- Reit RE ,Doane TA ,Woods JR,Weinstein RC,Calcium,magnesium,phosphorus and parathyroid hormone interrelationships in pregnancy and newborn infants.Obstet Gynecol.1977;50:701

- 5- Kaplan MM Disorders of parathyroid glands and vitamin D during pregnancy. Glicer N, Buttinol, Elkayam U, Evans M, Galbraint RM, Gall SA, Sibai BM; Third Edition, 1998
- 6- Kent GN, Price RI, Gutteridge DH, et al. The efficiency of intestinal calcium absorption is increased in late pregnancy but not in established lactation. *Calcif Tissue Int* 1991;48:293-5
- 7- Villar J, Belizon JM. Calcium during pregnancy. *Clin Nutr* 1896;5:55
- 8- Bonny Specker. Vitamin D requirements during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 2004;80 (suppl): 1740S-7S
- 9- Cross NA, Hillman LS, Allen SH, Krause GF, Viera NE. Calcium homeostasis and bone metabolism during pregnancy, lactation, postweaning: a longitudinal study. *Am J Clin Nutr* 1995;61:514-23
- 10- Ritchie LD, Fung EB, Halloran BP, et al. A longitudinal study of calcium homeostasis during human pregnancy and lactation and after resumption of menses. *Am J Clin Nutr* 1998;67:693-701
- 11- Seki K, Makimura N, Mitsui C, Hirata J, Nagata I. Calcium-regulating hormones and osteocalcin levels during pregnancy: a longitudinal study. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:1248-52
- 12- Stephanou A, Ross R, Handwerger S. Regulation of human placental lactogen expression by 1,25 dihydroxyvitamin D3. *J Clin Endocrinol Metab* 1994;135:2651
- 13- Guise TA, Mundy GA. Evaluation of hypocalcemia in children and adults. *J Clin Endocrinol Metab* 1995;80:1473
- 14- Purvis RJ, MacKay GS, Cockburn F, et al. Enamel hypoplasia of the teeth associated with neonatal tetany: a manifestation of maternal vitamin D deficiency. *Lancet* 1973;2:811-4
- 15- Daaboul J, Sanderson S, Kristensen K, Kitson H. Vitamin D deficiency in pregnant and breast-feeding women and their infants. *J Perinatol* 1997;17:10-4.
- 16- Okonofua F, Menon RK, Holulder S, et al. Parathyroid hormone and neonatal calcium homeostasis: evidence for secondary hyperparathyroidism in the Asian neonate. *Metabolism* 1986;35:803-6
- 17- Congdon P, Horsman A, Kirby PA, Dibble J, Bashir T. Mineral content of the forearms of babies born to Asian and white mothers. *BMJ* 1983;286:1234-5.
- 18- Marya RK, Rathee S, Lata V, Mudgil S. Effects of vitamin D supplementation in pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1981;12:155-61
- 19- Bell NH. 25-OH Vit D3 reverses alteration of the vit D endocrine system in blacks. *Am J Med* 1995;99:597
- 20- Delwinn EE, Salle BL, Glorius FH. Vit D supplementation during pregnancy effects on neonatal calcium homeostasis. *J. Pediatr* 1986;109:328
- 21- August P, Marcaccio B, Gerdner JM. Abnormal 1,25-dihydroxy vit metabolism in preeclampsia. *Am J Obstet Gyn* 1992;166:1295

NÜKS TOTAL VAJİNAL PROLAPSUS OLGUSUNDA ABDOMİNAL SAKROHİSTEROPEKSİ

Abdominal Sacrohysteropexy in a Case of Recurrent Vaginal Prolapsus

**Dr. R. Sinan KARADENİZ, Dr. E. Ebru KOVALAK, Dr. Metin ALTAY, Dr. Levent SEÇKİN
Dr. Ayşe SOLAROĞLU, Dr. İsmail DÖLEN**

TCSB Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

ÖZET

Amaç: Fertilitenin ve dolayısıyla uterusun korunması istenen uterin prolapsuslu genç kadınlarda abdominal sakrohisteropeksi cerrahisinin başarı ile uygulanabilirliğini göstermektir.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: TCSB Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi.

Olgu Sunumu: 26 yaşında, total uterin prolapsus tanısı ile ilk olarak Baldy-Webster + sakrouterin plikasyon + modifiye Moskowitch cerrahisi uygulanmış hastanın postoperatif 8. ayda nüks uterin prolapsus gelişmesi üzerine sentetik mersilen mesh kullanılarak abdominal sakrohisteropeksi uygulandı. Olguda erken dönemde intraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hastanın 3 yıllık izlemi sonrasında 1. derece sistosel dışında nüks uterin prolapsus, feçeste toplanma, konstipasyon, koital sorun veya idrar inkontinensi gözlenmedi.

Sonuç: Bu teknik genç kadınlardaki uterin prolapsusun düzeltilmesinde kolay sayılabilecek ve efektif bir metoddur. Mersilen mesh ise uyumlu, güçlü, kolay şekil verilebilen bir askı maddesidir. Olgumuzdaki gibi daha önce uterin prolapsusu nedeni ile başka operasyonlar geçirmiş nüks olgularda denenebilir.

Anahtar kelimeler: Total uterin prolapsus, abdominal sakrohisteropeksi

ABSTRACT

Objective: To show that, when fertility is major concern in young women with uterine prolapsus, abdominal sacrohysteropexy will be applied successfully for conservation of uterus.

Institution: Ministry of Health, Ankara Etlik Maternity and Women's Health Teaching and Research Hospital, Turkey.

Case: A 26 years old patient with recurrent uterine prolapsus, who had been operated 8 months ago with the diagnosis of total uterine prolapsus and Baldy-Webster plus sacrouterine plication plus modified Moschowitz operation done, was reoperated, and sacrohysteropexy by using synthetic Mersilene mesh was done. No complications were seen intraoperatively or during the early post-operative period. During 3 years follow-up period, no recurrent uterine prolapsus, constipation, coital problems, urinary incontinence, except 1st degree cystocele were recorded.

Conclusion: This technique is an easy and effective method for repair of uterine prolapsus in young women. Mersilene mesh is a strong, easily reformable, and non-reactive synthetic material for sling operations. It can be used effectively for patients who had surgery previously for uterine prolapsus, but recurrence occurred.

Key words: Total uterine prolapsus, abdominal sacrohysteropexy

GİRİŞ

Abdominal sakrokolpopeksi cerrahisi, histerektomi sonrası vajinal kaf prolapsusu, enterosel ve rektosel olgularında sıklıkla uygulanan etkin bir tedavi yöntemidir. Doğal fasya veya sentetik mesh kullanılarak yapılabilir (1). Fertilitenin ve dolayısıyla uterusun korunması istenen uterin prolapsuslu genç kadınlarda ise benzer teknikle abdominal sakrohisteropeksi cerrahisi başarı ile uygulanabilir.

OLGU SUNUMU

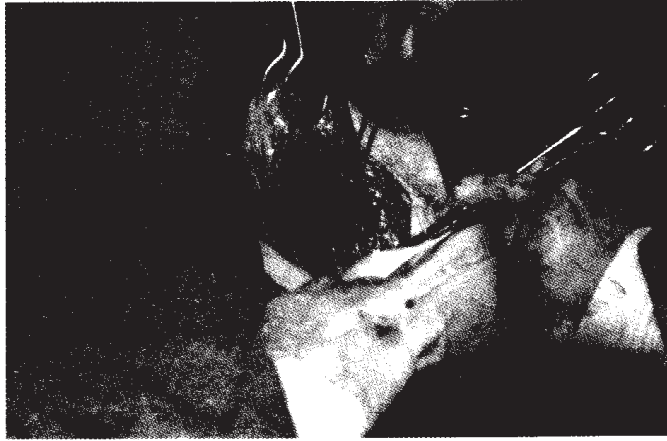
26 yaşında, 14.03.2001 tarihinde total uterin prolapsus tanısı ile hastanemize yatırılan hastanın obstetrik öyküsünde bir normal vajinal ve bir de sezaryen ile doğumu mevcuttu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sistemik ve jinekolojik muayenesinde uterin prolapsus dışında bulgu saptanmadı. Olguya ilk olarak Baldy-Webster + sakrouterin plikasyon + modifiye Moskowitch cerrahisi uygulandı. Post-

operatif 6. gün cerrahi şifa ile taburcu edilen olgunun post-operatif takibinde ilk 6. ayında objektif ve subjektif kür mevcut iken postoperatif 8. ayda uterin prolapsus şikayeti tekrar gelişmesi üzerine nüks vajen ön-arka duvar ve uterusun total prolapsusu tanısı ile hasta tekrar yatırıldı. Genç yaştaki olguya uterusun korunması amacıyla, sentetik mersilen mesh kullanılarak abdominal sakrohisteropeksi uygulandı. Uterus isthmikoservikal bileşkede sakrouterin bağların birleşim yerinden ve yanlarda vajen posterolateralinden 2.0 prolén sütürle, sentetik mersilen mesh fikse edildi. Retroperitona girilerek mesh sakrumda S₂ vertebra seviyesinde anterior longitudinal ligamente 2.0 prolén sütürle fikse edildi. Ayrıca round ligamanların çok gevşek olduğunun gözlenmesi üzerine round ligamanlara 2.0 vikril kullanılarak kontinü plikasyon yapıldı. Aynı seansda litotomi pozisyonuna geçilerek vajinal yoldan arka duvar onarımı yapıldı. Olguda erken dönemde intraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi.

Hastanın 3 yıllık izlemi sonrasında 1. derece sistosel dışında nüks uterin prolapsus, feçeste topaklanma, konstipasyon, koital sorun veya idrar inkontinensi gözlenmedi.



Şekil 1: Mersilen meshin yerleştirilişi.



Şekil 2: Uterusun mesh ile sakral 2 corpusuna asılışı.

TARTIŞMA

Pelvik duvar disfonksiyonu, postmenapozal atrofi, gebelik ve doğum eylemi sırasında pelvik taban ligamanları ve endopelvik fasyadaki hasara bağlı olarak oluşur (1). Genç kadınlar ve yenidoğanlarda genital organ prolapsusu jinekologlar için ciddi bir problemdir. Yenidoğanlardaki uterin prolapsus konjenital spinal defektlerle ilişkili nadir bir durumdur ve basit dijital bir reduksiyon veya küçük bir pesser kullanılarak düzeltilebilir. Uterin prolapsus genç, nullipar ve fertilitenin korunması gereken hastalarda da görülebilir. Etiyolojide çoğunlukla kollajen yapımındaki bozukluklarla karakterize genetik nedenlerin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Askı kullanılarak yapılan sakral servikopeksi veya transvajinal sakrospinal fiksasyon teknikleri bu gibi hastalarda çocuk doğurabilmeye de olanak sağlayan oldukça başarılı yöntemler olarak görünmektedirler (2). Transvajinal sakrospinoz uterin fiksasyonun avantajları serviksin cerrahi travma riskinin olmaması, tamamen vajinal olarak uygulanması, normal vajinal aksın sağlanabilmesi ve enterosel oluşmaması için boşluğun oblitere edilebilmesidir (3).

Vajinal kaf prolapsusu ve rektoselde oldukça etkin bir yöntem olan mesh kullanılarak yapılan abdominal sakrokolpopeksi cerrahisi (1), uterusun korunması gereken genç hastalarda abdominal sakrohisteropeksi şeklinde uygulanabilir. Sentetik mersilen mesh, uterusun servikoistmik bileşkesinde sakrouterin bağların birleşim yerinde 2.0 prolenle fiks edilir. Retroperitoneal alan dissekte edilir ve mesh bu bölgeden geçirilerek sakruma 1. veya 2. sakral vertebra seviyesinde anterior longitudinal ligamana 2.0 prolenle fiks edilir. Bu olgularda mesh atması, defekasyon değişiklikleri ve koital değişiklikler post-operatif dönemde yakın takip edilmelidir (4, 5). Abdominal sakrohisteropeksi yapılan olgularda rektoselde etkin düzelme uterin prolapsusa ve enterosele göre daha az olmaktadır. Biz de olguya önceki cerrahisinde modifiye Moskowitch uygulandığından vajinal yoldan arka duvar onarımı yaptık.

2'si bakire olmak üzere 17-27 yaşları arasındaki uterin prolapsuslu 19 kadında mersilen mesh kullanılarak yapılan abdominal sakrohisteropeksi cerrahisinin uygulandığı prospektif bir çalışmada, hiçbir hastada intraoperatif veya post operatif önemli komplikasyon ve rekürrens gelişmemiştir (6). Leron ve arkadaşlarının yaptığı bir başka prospektif çalışmada ise uterovajinal prolapsuslu yaşları 27 ile 60 arasındaki (ortalama 38) 13 kadında teflon mesh kullanılarak aynı prosedür uygulanmış. Kadınlardan 12'sinde 2. derece, 1'inde ise 3. derece uterin prolapsus varmış. Hiçbir kadında intraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmemiş. Ortalama 16 aylık izlemi takiben bir kadında 1. derece uterin prolapsus, 7 kadında ise konstipasyon gelişmiş (7).

Sakral kolpopekside olduğu gibi sakrohisteropeksinin de en önemli komplikasyonu sakruma atılan sütür ile presakral venlerin yaralanmasıdır. Diğer komplikasyonlar ise sigmoid kolonda mesh erozyonu, postoperatif barsak obstrüksiyonu, mesh enfeksiyonu ve sinir hasarıdır (1). Ancak bizim olgumuzda bunların hiçbirini görülmedi.

SONUÇ

Sonuç olarak bu teknik genç kadınlarda ki uterin prolapsusun düzeltilmesinde kolay sayılabilecek ve efektif bir metoddur. Mersilen mesh ise doku ile uyumlu, güçlü, kolay şekil verilebilen bir askı maddesidir. Olgumuzdaki gibi daha önce uterin prolapsus nedeni ile başka operasyonlar geçirmiş nüks olgularda denenebilir. Sakral bölge cerrahilerinde sakral venlerdeki olası kanamaya karşı dikkatli olunmalıdır.

KAYNAKLAR

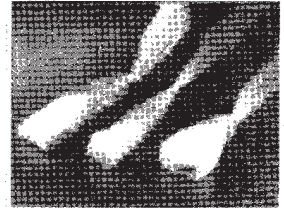
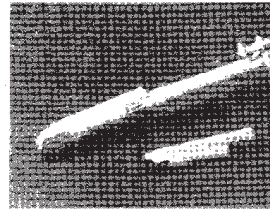
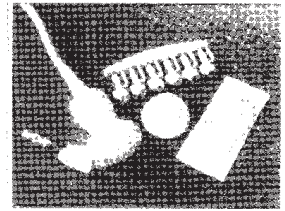
- 1- Karadeniz RS, Sivaslıoğlu A, Seçkin L ve ark. Vajinal kubbe prolapsusu olgularında abdominal sakrokolpopexi. Terminal Kadın Doğum. 2004 Haz;2(4):266-269.
- 2- Loret de Mola JR, Carpenter SE. Management of genital prolapse in neonates and young women. Obstet Gynecol Surv. 1996 Apr; 51(4):253-60
- 3- Richardson DA, Scotti RJ, Ostergard DR. Surgical management of uterine prolapse in young women. J Reprod Med. 1989 Jun;34(6):388-92.
- 4- Hendee AE, Berry CM. Abdominal sacropey for vaginal prolapse Clin Obstet Gynecol 1981;24:1217-26.
- 5- Cowan W, Morgan HR. Abdominal sacral kolpopexy. Am J Obstet Gynecol 1980;138:348-50
- 6- Banu LF. Synthetic sling for genital prolapse in young women. Int J Gynaecol Obstet. 1997 Apr;57(1):57-64.
- 7- Leron E, Stanton SL. Sacrohysteropexy with synthetic mesh for the management of uterovaginal prolapse. BJOG. 2001 Jun;108(6):629-33.

CIVCO MEDICAL INSTRUMENTS

ultrasound eşliğinde yapılan invaziv girişimlerde hasta ve hekim güvenliğini, teşhis ve tedavi kesinliğini sağlamaya yönelik ultrasound sarf malzemeleri üretmektedir. Ürünler tüm ultrasoundlar için ayrı olarak üretilmektedir. Vajinal ultrasoundlarınızda kullanabileceğiniz tek kullanımlık prob kılıfları, amniosentezlerde, transvajinal kist aspirasyonlarında, meme biyopsilerinde ya da IVF işlemlerinde özellikle yumurta toplamada kullanabileceğiniz ürünler siz Kadın Doğumcuların hizmetindedir.

Ultrasound eşliğindeki girişimlerde jinekologların yaygın olarak kullandığı prezervatiflerin yarattığı sorunların tümünden kurtulabilir, insan dokusuna en yakın özellikte görüntüleme amaçlı geliştirilmiş Civ-Flex veya latex veya antiallerjik Neo-Flex materyalle üretilmiş ürünlerle teşhis ve tedavilerinizi kendiniz ve hastanız için kolaylaştırabilirsiniz.

Ürünler steril veya non steril olarak üretilmekte, kitlerin içinde steril jeller, tutucu bantlar veya iğne rehberleri sizin tercihiniz doğrultusunda yer almaktadır. Enfekte bir hastadan sonra yapacağınız vajinal ultrasoundlarda kılıf kullanmanın yanında prob membranının bozmayan dezenfektan spreysini kullanabilir, hastanızın güvenliğini yanında ultrasound cihazınızın ömrünü uzatabilirsiniz. Yine soğuk havalarda hastanızın ürpermesini engellemek isterseniz Civco jel ısıtıcıları (37 derece) hizmetinizdedir.



TERMINAL
MEDİKAL SİSTEMLER
SANAYİ VE TİC. A. Ş.

Mithatpaşa Caddesi No:49/10 Yenışehir 06420 ANKARA
Tel: +90 (312) 435 90 37 - 38 Faks: +90 (312) 435 90 39
e-mail: terminalmedical@superonline.com

ARTİFİSYEL İNSEMINASYON SONRASI GELİŞEN SERVİKAL EKTOPIK GEBELİĞİN 3 BOYUTLU ULTRASONOGRAFİ İLE GÖRÜNTÜLENMESİ VE HİSTEROSKOPIK TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

3D Ultrasonography and Hysteroscopic Treatment of an Ectopic Pregnancy After Artificial Insemination

Dr. Ulun ULUĞ, Dr. Mustafa BAHÇECİ

Alman Hastanesi ve Bahçeci Kadın Sağlığı Merkezi, İstanbul

ÖZET

Bu olgu sunumunda intrauterin inseminasyon sonrası serum β hCG değerlerinden şüphelenilerek erken dönemde saptanmış servikal ektojik gebeliğin 3 boyutlu ultrasonografi ile değerlendirilmesi ve ilk önce sistemik metotratsat daha sonra histeroskopik rezeksiyon ile tedavisi rapor edilmiştir. Servikal gebeliğin tanınması komplikasyonları ve alternatif tedavi yöntemleri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Servikal gebelik, histeroskopi, 3 boyutlu ultrasonografi

ABSTRACT

Here in a case of cervical pregnancy following intrauterin insemination was reported. Diagnosis was further supported by scanning by 3 dimensional ultrasonography. The case first was tried to be treated with systemic methotratsate however then underwent hysteroscopic resection. Diagnostic dilemma of ectopic pregnancy and proposed management options were discussed

Key Words: Cervical pregnancy, Hysteroscopy, 3 Dimensional sonography

GİRİŞ

Ektopik gebelik (EG) hayatı tehdit edebilen ve gebeliğin ilk üç ayında maternal mortalitenin en büyük nedeni olan bir durumdur (1). Servikal gebelik ektopik yerleşimler içerisinde oldukça nadir olanıdır ve önemli derecede morbiditeye ve infertiliteye neden olmaktadır. İnsidansı tam olarak saptanamamakla birlikte 1/2400 ile 1/18000 arasında rapor edilmektedir (2). Yerleşim açısından atipik olduğu için genellikle tanı şüphe üzerine konmakta ve abdominal veya transvaginal ultrasonografi ile teyit edilmektedir. Buna rağmen, gelişen görüntüleme teknolojisi ve hassaslaşan biyokimyasal analizler sonucunda çok erken dönemlerde EG tanısı konulmakta ve eskiden klinik olarak ancak saptanabilen EG'ler daha fazla olarak teşhis edilmektedir. Üremeye yardımcı tedavi (ÜYT) uygulanan kadın sayısındaki artış son yıllardaki EG insidansını arttırmıştır (3).

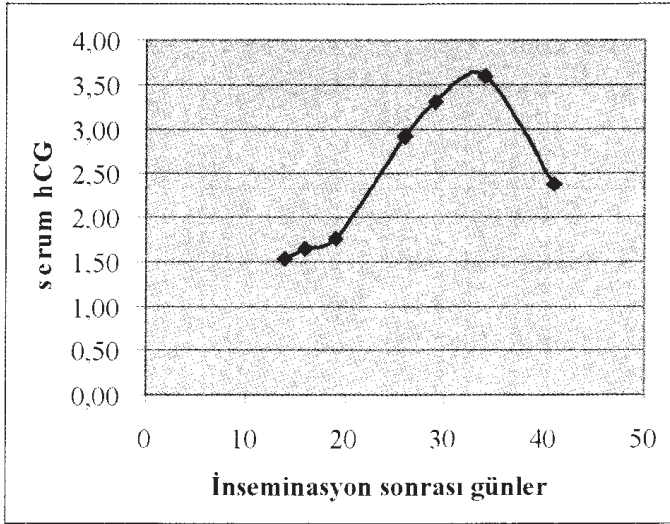
Son yıllarda gelişen teknolojiyle beraber ultrasonografi alanında ilerlemeler kaydedilmiş ve 2 boyutlu klasik sonografi yerine multiplanar başka bir deyişle hacimsel (volumetrik) tarama yapabilen 3 boyutlu ultrasonografi kadın-doğum pratiğine girmeye başlamıştır. Her ne kadar günümüze değin yapılan çalışmalarda tanısı anlamda 2 boyutlu sonografiye göre kesin bir üstünlüğü saptanmamış olsa da anomali veya patolojik bulgunun anlaşılması açısından hem hekim için hem de hasta için yararlı olmaktadır.

Bu yazıda primer infertilite şikayeti olan bir hastada artifisyonel inseminasyon sonrası gelişen servikal EG'in 3 boyutlu

transvaginal ultrasonografi ile teşhis edilmesi ve operatif histeroskopi yöntemi ile tedavisi rapor edilmektedir.

OLGU SUNUMU

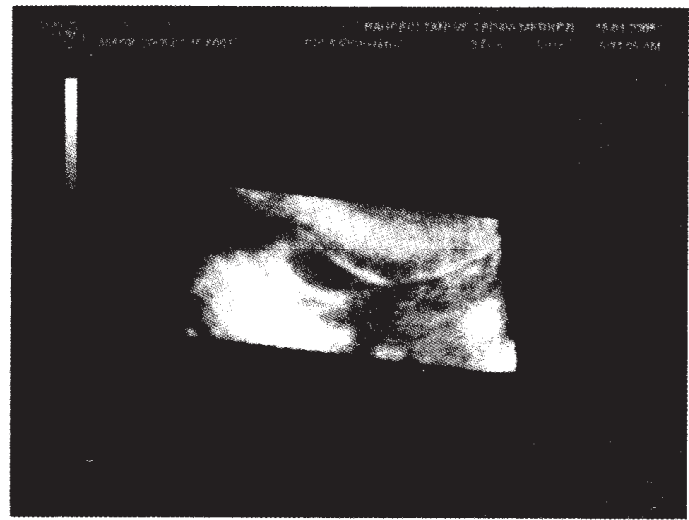
32 yaşında hasta 4 yıllık primer infertilite şikayetiyle başvurdu. Düzenli adet periodlarını olduğunu, galaktore ve hirsutismus şikayetlerinden yakınmadığını bildirdi. Vücut kitle indeksi 24 kg/m^2 idi. Uygulanan pelvik inspeksiyonda ve USG ile taranmasında herhangi bir özellik izlenmedi. Eşinin spermiyogram analizi normal sınırlar içerisindeydi. Öz geçmişinde kayda değer bir bulgu saptanmadı. Bazal hormon seviyeleri (FSH, LH, Estradiol, TSH ve Prolaktin) ve histerosalpingogram görüntüsü normal sınırlar içerisindeydi. Hikayesinde 2 kez klomifen sitrat (CC) ile ovulasyon indüksiyonu uygulandığını bildirdi. Açıklanmamış infertilite etyolojisi olarak değerlendirilen hastaya CC ve ardışık rekombinant FSH (rec- FSH) ile ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon önerildi. Tedavi'nin başarı oranlarıyla birlikte komplikasyon olasılıkları da hasta ve eşiyle beraber tartışıldı. Tedavi protokolünde adet 3. gününden itibaren 5 gün boyunca 100 mg CC, 8. günden itibaren 75 IU rec-FSH (Gonal-F, Serono, İsviçre) uygulandı. Dominant follikül çapı 18 mm geldiğinde 10000 IU HCG (Pregnyl, Organon, Hollanda) intramusküler olarak yapıldı ve 36 saat sonra hazırlanmış sperm Wallace katateri kullanılarak intrauterin USG eşliğinde verildi. Luteal dönemde hasta intravaginal progesteron jel (Crinone %8, Serono, İsviçre) kullandı. İnseminasyondan sonraki 13. günden itibaren serumda saptanan β hCG seviyeleri şekil 1'de gösterilmiştir.



Resim 1: İnseminasyon sonrası günlere göre serum Hcg değerlerinin logaritmik dağılımı

İnseminasyon sonrası 25. günde uygulanan transvaginal (TV) USG'de intrauterin gestasyonel kese izlenmedi. Sağ overde 25 mm'lik korpus luteum izlendi. Batın rahat ve sistem bulguları normal olan hasta, dört gün sonra kontrole çağrıldı. Uygulanan TV USG' de intrauterin GS izlenmedi ve adneksiel alanlarda GS görüntüsü alınmadı. Servikal kanal incelendiğinde isthmic bölgeye yakın içerisinde yolk sac saptanan GS izlendi ve hacim taraması yapılarak 3 boyutlu görüntüleme uygulandı (Voluson 700, Kretz, Avusturya) (Şekil 2), eş zamanlı olarak serumda β hCG artışı da mevcuttu. Semptomatik şikayeti olmayan hastaya, durumu hakkında bilgi verildi ve sistemik metotraksat (Mtx) tedavisi önerildi. Intramusküler olarak tek doz 60 mg Mtx uygulandı ve hasta 5 gün sonrası için kontrole çağrıldı. Yapılan TV USG ile kontrolde kardiyak aktivitenin tespit edilmesi ve halen serum β hCG artışın olması üzerine operatif histeroskopi uygulanmasına karar verildi ve hastaya tedavi yöntemi hakkında bilgi verilip rızası alındı.

Ameliyathane şartları altında dorsal litotomi pozisyonunda ve genel anestezi altında ilk önce serviks tenekülüm ile tutuldu. Daha sonra servikal dilatasyon yapılmadan 26 FR operatif histeroskop (Karl Storz GmbH & Co., Almanya) servikal kanala ilerletildi. Rezektisol distansiyon medyumunu kullanarak (Eczacıbaşı-Baxter, Türkiye). Gestasyonel kese internal ostiuma 1.5 cm uzaklıkta servikal kanalın arka duvarında izlendi. Rezektoskopun ucu internal osu geçmeden roller ball kullanılarak gestasyonel ürün rezeke edildi. Koter kaynağı 100 W olarak ayarlanmıştı. Operasyon süresi 10 dakika ve tahmini kan kaybı 30 cc kadardı. Perop komplikasyon gelişmedi. Operasyon sonrası bir gece gözlem altında tutulan hasta USG ile kontrol edilerek ertesı gün taburcu edildi. Bir hafta sonraki kontrolünde USG özellik göstermiyor ve serum β hCG seviyesi düşme halindeydi.



Resim 2: Servikal ektopik gebeliğin intraservikal kanalda iki ve üç boyutlu görüntülenmesi

TARTIŞMA

Genellikle servikal EG'in tanısına klinik bulgularla ulaşılmakta çoğu zaman da patolojik spesimenlerde endoservikal kanalda villusların saptanmasıyla teyit edilmektedir (4). Kum saati görünümü serviks veya uterusu göre orantısız olarak genişlemiş yumuşak serviks klinik bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır (5). Ancak bu klinik bulguların görüldüğü evre ilerlemiş gebeliklerde olmakta ve radikal tedavinin yapılması gerektiği konservatif tedaviye yanıt veremeyecek olgularda izlendiği unutulmamalıdır. On haftanın üstünde ilerlemiş servikal ektopik gebeliklerde abondan kanama olma ihtimali çok yüksektir ve ancak histerektomi ile kontrol altına alınabilir (2).

Üç boyutlu transvaginal USG ile daha önceleri yapılmış serviks morfolojisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bunların büyük bir çoğunluğu preterm eylem için prediktif yararını saptayabilmek için yürütülmüş araştırmalardır (6).

En iyi bilgimize göre 3 boyutlu USG uygulanarak servikal gebelik lokalize edildiği rapor henüz yoktur. Servikal kanaldaki irileşmiş Nabothi kistleri bu bağlamda gestasyonel kese ile karışabilmekte ve tanıya ulaşmayı zorlayabilir. Ayrıca isthmic bölgedeki intrauterin gebelik ile servikal gebeliğin tanımı daha ayrıntılı olarak yapılabilir. Ancak ilk tanının servikal kanalın transvaginal 2 boyutlu proble ile konulduğu unutulmamalı, 3 boyutlu USG'nin ise sadece tanıyı teyit etmekte ve hastayı bilgilendirme açısından yararlı olduğudur.

Servikal gebeliğin tedavi alternatifleri cerrahi ve medikal olarak literatürde tarif edilmiş olsa bile ilerlemiş olgularda hayati tehdit edici kanama olabileceğinden histerektomi ihtimali her zaman akla gelmelidir. Bundan dolayı erken teşhis tedavinin daha rahat uygulanabilmesi açısından ön plana çıkmaktadır. Medikal tedavi olarak literatürde sistemik metotratsat, aktinomisin- D ve etoposide başarıyla uygulanmıştır (7-9). Cerrahi yöntem olarak 1- servikal küretaj sonrası serklaj (10), 2- küretaj sonrası intra-servikal balon tamponad (11), 3- uterin arter embolizasyonu (12), 4- küretaj sonrası lokal prostaglandin enjeksiyonu (13), 5- histeroskopik rezeksiyon (14), 6- bilateral hypogastrik arter ligasyonu (15), 7- intrakaviter KCL veya Mtx enjeksiyonu (16), 8- TV USG ile aspirasyon ve serklaj sayılabilir (17). Ancak, intrakaviter KCL veya metotratsatın verilmesi, gebelik ürününün servikal kanalda kalmasına neden olur ve ilerleyen gebelik dönemlerinde tehlike yaratabilir. İlginc olarak, intrakaviter metotratsat yöntemi ile başarıyla tedavi edilmiş üçüz servikal EG rapor edilmiştir (18).

Medikal tedavi olarak metotratsat tedavisi servikal gebelikte %81.3 başarı sağladığı bildirilmiştir (19). Ancak gebelik yaşı 6 haftayı geçecek olursa konservatif yöntem ile başarı oranı %50 düşmektedir (20). Cerrahi yöntem ile metotratsat uygulanmış olgularda ise neredeyse %100 başarı sağlandığı rapor edilmiştir (21).

Son yıllarda yardımcı üreme tedavisi gören hasta sayısının artmasıyla birlikte ektopik gebelik insidansında da artış olmuştur, ayrıca 1/20000 olasılıkla spontan gebeliklerde

izlenen heterotopik gebelik, özellikle IVF sonrası gebeliklerin %1'inde görülebilmektedir (22). Bazı cerrahi yöntemler ile medikal konservatif yöntemler intra- uterin viabl gebeliği de etkileyebileceğinden kontrendike olmaktadır. Bu bağlamda histeroskopik rezeksiyon önerilmektedir. Histeroskopik cerrahi sırasında çıkabilecek komplikasyonlar ise sırasıyla; uterus perforasyonu (%1); mesane veya barsak yaralanması, serviks laserasyonu enfeksiyon (1/1500), kanama aşırı distansiyon medyumun absorpsiyonuna bağlı ödem, hiponatremi, hiperglisemi (4/1000) sayılabilir. (23)

Histeroskopi servikal gebeliğin tanısında ilk kez 1992 yılında Roussis ve ark. tarafından kullanılmıştır (24). Ash ve Farrel ise ilk defa histeroskopik rezeksiyon ile servikal gebeliği tedavi etmişlerdir (25). Jozwiak ve ark. ise histeroskopik olarak servikal heterotopik gebeliği eksize etmişler ve servikal yetmezlik olasılığını azaltmak için işlem sonrası serklaj uygulamışlardır (14).

Servikal kanalda yerleşmiş gebeliğin erken dönemde terminasyonu için uygulanan başka bir yöntem ise TV USG ile gestasyonel kesenin aspirasyonu ve takiben kanamayı azaltmak için servikse uygulanan serklaj işlemidir.

Burada sunulan olguda sistemik Methotraxat'e yanıt alınmayınca histeroskopik yöntemin seçilmesinde en önemli faktör, daha önceki başarılı deneyimdir. Primer infertilite şikayeti olan bir hasta komplikasyon olasılığını en aza indirebilecek ve doğrudan gebelik ürününün çıkartıldığından emin olunan histeroskopik rezeksiyon, bu uygulama için deneyimi olanlarda tercih nedeni olabileceğini düşünüyoruz. Unutmamak gerekir ki servikal gebeliğin erken tanısı tedavi alternatiflerin seçilebileceği ve komplikasyonsuz sonuca ulaşılacak bir period sağlamaktadır. Üç boyutlu USG bu aşamada tanıya daha düzgün ulaşmada ve tedavi yönteminin nasıl seçilebileceği konularında yardımcı olmakla birlikte 2D den belirgin bir üstünlüğü de yoktur.

KAYNAKLAR

- 1- Ectopic pregnancy-United States, 1990-1992. MMWR 44:46-8, 1995
- 2- Parente JT, Ou CS, Levy J, Legatt E. Cervical pregnancy analysis: a review and report of five cases. Obstet Gynecol. 1983 ;62:79-82.
- 3- Society for Assisted Reproductive Technology; American Society for Reproductive Medicine. Assisted reproductive technology in the United States: 2000 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry. Fertil Steril. 2004; 81:1207-20
- 4- Paalman RJ, McElin TW. Cervical pregnancy; review of the literature and presentation of cases. Am J Obstet Gynecol. 1959;77:1261-70.
- 5- Kligman I, Adachi TJ, Katz E, McClamrock HD, Jockle GA, Barakat B. Conserving fertility with early management of cervical pregnancy. A case report. J Reprod Med. 1995 ;40:743-6
- 6- Bega G, Lev-Toaff A, Kuhlman K, Berghella V, Parker L, Goldberg B, Wapner R. Three-dimensional multiplanar transvaginal ultrasound of the cervix in pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000 ;16:351-8.

- 7- Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA, McCoy MC. Successful treatment of a cervical pregnancy with a single low dose methotrexate regimen. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995 ;60:187-9.
- 8- Brand E, Gibbs RS, Davidson SA. Advanced cervical pregnancy treated with actinomycin-D. *Br J Obstet Gynaecol.* 1993; 100:491-2.
- 9- Segna RA, Mitchell DR, Misas JE. Successful treatment of cervical pregnancy with oral etoposide. *Obstet Gynecol.* 1990;76:945-7.
- 10- Bachus KE, Stone D, Suh B, Thickman D. Conservative management of cervical pregnancy with subsequent fertility. *Am J Obstet Gynecol.* 1990 ;162:450-1
- 11- Nolan TE, Chandler PE, Hess LW, Morrison JC. Cervical pregnancy managed without hysterectomy. A case report. *J Reprod Med.* 1989;34:241-3.
- 12- Lobel SM, Meyerovitz MF, Benson CC, Goff B, Bengtson JM. Preoperative angiographic uterine artery embolization in the management of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1990;76:938-41
- 13- Spitzer D, Steiner H, Graf A, Zajc M, Staudach A. Conservative treatment of cervical pregnancy by curettage and local prostaglandin injection. *Hum Reprod.* 1997;12:860-6.
- 14- Jozwiak EA, Ulug U, Akman MA, Baheci M. Successful resection of a heterotopic cervical pregnancy resulting from intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril.* 2003; 79:428-30.
- 15- Lin H, Kung FT. Combination of laparoscopic bilateral uterine artery ligation and intraamniotic methotrexate injection for conservative management of cervical pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2003;10:215-8.
- 16- Carreno CA, King M, Johnson MP, Yaron Y, Diamond MP, Bush D, Evans MI. Treatment of heterotopic cervical and intrauterine pregnancy. *Fetal Diagn Ther.* 2000; 15:1-3
- 17- Monteagudo A, Tarricone NJ, Timor-Tritsch IE, Lerner JP. Successful transvaginal ultrasound-guided puncture and injection of a cervical pregnancy in a patient with simultaneous intrauterine pregnancy and a history of a previous cervical pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996 ;8:381-6
- 18- Jeong EH, Kim YB, Ji IW, Kim HS. Triplet cervical pregnancy treated with intraamniotic methotrexate. *Obstet Gynecol.* 100:1117-9, 2002
- 19- Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv.* 1997 ;52:45-59.
- 20- Kim TJ, Seong SJ, Lee KJ, Lee JH, Shin JS, Lim KT, Chung HW, Lee KH, Park IS, Shim JU, Park CT. Clinical outcomes of patients treated for cervical pregnancy with or without methotrexate. *J Korean Med Sci.* 2004 ;19:848-52.
- 21- Kung FT, Chang SY. Efficacy of methotrexate treatment in viable and nonviable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 ;181:1438-44.
- 22- Abusheikha N, Salha O, Brinsden P. Extra-uterine pregnancy following assisted conception treatment. *Hum Reprod Update.* 2000 ;6:80-92
- 23- Complications of Hysteroscopy. Complications of Laparoscopy and Hysteroscopy. Corfman RS, Diamond MP, DeCherney AIH editörler. Blackwell Scientific Publications, Boston, 1993
- 24- Roussis P, Ball RH, Fleischer AC, Herbert CM 3rd. Cervical pregnancy. A case report. *J Reprod Med.* 1992; 37:479-81
- 25- Ash S, Farrell SA. Hysteroscopic resection of a cervical ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1996; 66:842-4

BURCH KOLPOSÜSPANSİYONU SONRASI MESANEDE YABANCI CİSİMİN HİSTEROSKOPIK YÖNETİMİ

Hysteroscopic Management of Foreign Body in Bladder After the Burch Colposuspension

Dr. Eray Çalışkan, Dr. Emek Doğer, Dr. Yiğit Çakıroğlu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı

ÖZET

Postoperatif sistouretraskopi, Burch kolposüspansiyon operasyonunun nadir komplikasyonlarından olan sütür materyalinin mesaneyi perforate etmesi tehlikesine karşı rutin olarak uygulanmalıdır. Postoperatif dönemde tekrarlayan idrar yolları yakınmaları bu durumun gözden kaçması ile ilişkili olabilir. Histeroskop cihazı mesanenin ve üretranın gözlenmesi ve sütür materyallerinin kesilip, çıkartılması için kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Kolposüspansiyon, komplikasyon, yabancı cisim

ABSTRACT

Postoperative cystourethroscopy should be performed in case of perforating the suture material through the bladder which is one of the rare complications of Burch colposuspension. This situation might be overlooked as a consequence of urinary symptoms in the postoperative period. Hysteroscopic equipments can be used for the purpose of inspecting of the bladder and uretery and cutting-off the suture material.

Key words: Colposuspension, complication, foreign body

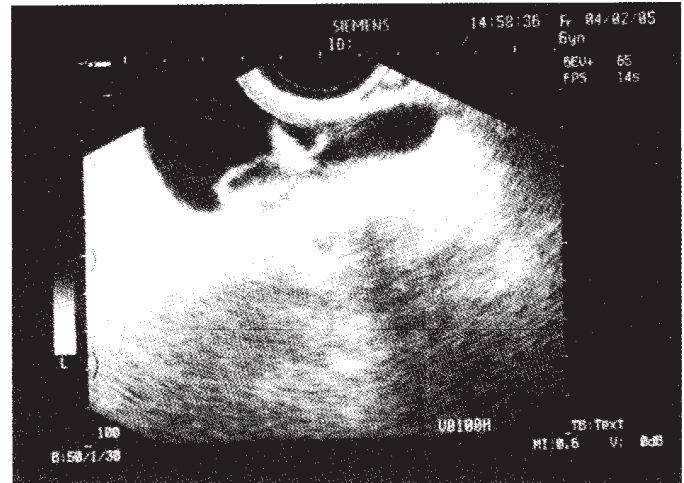
GİRİŞ

Stres inkontinans sık görülen bir problem olsa da Burch kolposüspansiyonu inkontinans tedavisinde başarı ile uygulanan operasyonlardan biridir. Biz bu operasyon sonrası 6. ayda tespit edilen beklenmedik bir komplikasyonu sunuyoruz.

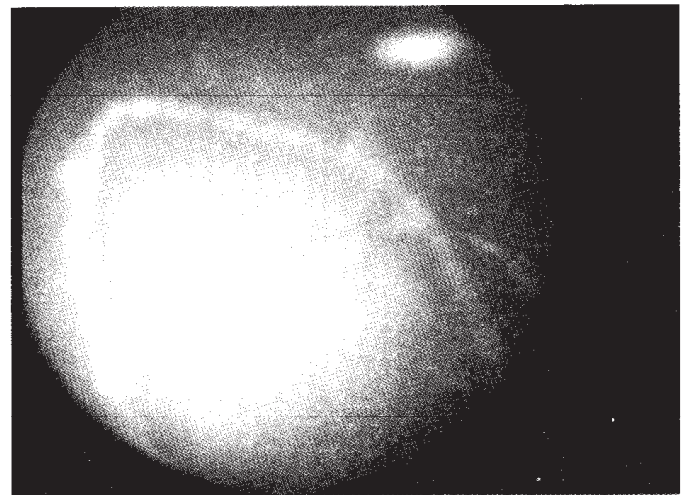
OLGUSUNUMU

İnatçı kasık ağrısı, şiddetli disüri yakınması ile başvuran 40 yaşındaki hasta kliniğimizde değerlendirildi. Anamnezinden 6 ay önce bir başka merkezde stres inkontinans nedeni ile Burch kolposüspansiyon operasyonu geçirdiği, yakınmalarının yaklaşık iki aydır mevcut olduğu, tekrarlayan antibiyotik kullanımına rağmen sebat ettiği ayrıca 1 ay önce vajen ön duvarında tespit edilen bir sütür materyalinin açılarak alındığı öğrenildi. Yapılan idrar tahlilinde mikroskopik hematüri ve pyüri mevcuttu ancak kültürde üreme olmadı. Yapılan ultrasonografide mesane içinde yabancı cisim düşündüren hiperekojen yapı tespit edilmesi üzerine (Resim 1) 30° açılı histeroskop yardımı ile sistouretraskopi yapıldı.

Gözlemede yabancı cismin mesane posterior lateral duvarı ile ilişkili Polipropilen sütür materyali olduğu görüldü (Resim 2). Endomakas ve endoforseps yardımı ile cismin çıkarılması ve mesane mukozasındaki yüzeyden kabartık hiperemili alanlardan biyopsi alınmasını takiben işleme son verildi. Histopatolojik inceleme mesane mukozasındaki inflamasyonu gösterdi. Aynı gün taburcu edilen hasta postoperatif 2 aylık takibinde yakınması yoktu ve kontinandı.



Resim-1: Mesanede yabancı cismin ultrasonografik görünümü.



Resim-2: Mesane içerisindeki sütür materyalinin sistouretraskopi esnasındaki görünümü.

TARTIŞMA

Burch kolposüspansiyonu stres inkontinansın tedavisinde başarılı bir yöntem olmasına rağmen fark edilmeyen alt üriner sistem yaralanmalarına yol açabilir. Nadir görülen bir yaralanma çeşidi kullanılan nonabsorbable sütür materyalinin cerrahi sırasında mesane duvarını perfore etmesidir. Stevenson ve ark. Burch prosedürü için bu komplikasyonu %5,5 olarak bildirmektedirler (1). Geçirilmiş retropubik cerrahi, pelvik radyasyon anamnezi ve obesite risk faktörleridir (2). Bu komplikasyon postoperatif sistoüretroskopi rutin olarak yapılmadığında fark edilmeyebilir. Bu durumdaki hastalar operasyon sonrası dönemde sık sık idrar yolları enfeksiyonu yakınmaları ile başvurur ve medikasyon ihtiyacı gösterirler.

Ancak bu durum operasyon sırasında olmasa bile mesane duvarında submukozal yerleşimli sütür materyalinin erken veya geç migrasyonu ile de oluşabilir (3). Zaman içinde mesane duvarında erode eden sütür materyali kronik inflamasyon yaratarak mesane içine yerleşir. İnatçı idrar yolları

enfeksiyonları yapmanın ötesinde mesane taşları ve kronik irritasyona sekonder mesane karsinomu riskini de arttırır (4).

Ürojenekolojik operasyonların sonrasında, şüphelenilmeyen alt üriner sistem yaralanmalarını tespit etmek için sistoskopi rutin uygulanmalıdır. Sistoskopi gerçekleştirilmediği takdirde bu yaralanmaların sadece %12'si cerrahi esnasında fark edilebilir (5). Sistoskopi 30° açılı histeroskobun kullanımıyla mesane ve üretranın gözlenmesi ile gerçekleştirilebilir.

Sistoskopi uygulanmış hastalarda dahi postoperatif dönemde inatçı idrar yolu enfeksiyonları ve sürekli pelvik ağrı mevcut ise, mesaneyi erode eden sütür materyali ihtimali göz önünde bulundurularak tanı amacıyla ultrasonografi yapılmalı ve erken dönemde sistoskopi planlanmalıdır. Sütür materyalinin ve eşik eden mesane taşlarının çıkarılması üriner kontinans bozmadan semptomların hızla düzelmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Stevenson KR, Cholhan HJ, Hartmann DM, Buchsbaum GM, Guzik DS. Lower urinary tract injury during the Burch procedure: Is there a role for routine cystoscopy? Am J Obstet Gynecol 1999;181:35-8.
- 2- Dwyer PL, Carey MP, Rosamilia A. Suture injury to the urinary tract in urethral suspension procedures for stress incontinence. Int Urogynecol J 1999;10:15-21.
- 3- Manikandan R, Pritchard S, Brown SCW. An unusual complication of Burch colposuspension: A case report. Int J Urology 2004;11:669-670.
- 4- Nabi G, Hemal AK, Khaitan A. Endoscopic management of unusual foreign body in the urinary bladder leading to intractable symptoms. Int Urology Nephrol 2001;33:351-352.
- 5- Gilmour DT, Dwyer PL, Carey MP. Lower urinary tract injury during gynecologic surgery and its detection by intraoperative cystoscopy. Obstet Gynecol 1999;94:883-9.

ADNEKSIAL OTOAMPUTASYON: OLGU SUNUMU

Adnexial Autoamputation: a Case Report

Dr. İbrahim GÜLHAN, Dr. Uğur SAYGILI, Dr. Mert GÖL, Dr. Meral KOYUNCUOĞLU

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

ÖZET

Over ve tubanın bilateral veya unilateral torsiyonu ve otoamputasyonu nadir görülen bir durum olup; pelvik duvardan ayrılmanın, normal veya kistik bir overin torsiyonuna bağlı olarak infarkt ve nekroz sonucunda gerçekleştiği düşünülmektedir. Bu makalede kliniğimizde opere ettiğimiz ve oldukça ender rastlanan unilateral adneksial otoamputasyon gelişen bir hastayı literatür eşliğinde tartıştık.

Anahtar Kelimeler: Ovaryen torsiyon, otoamputasyon

ABSTRACT

Torsion and autoamputation of the ovary and fallopian tube, unilateral or bilateral is seen rarely and is thought to be the result of torsion of a normal or cystic ovary with subsequent infarction, necrosis and separation.

In this report, we presented a rare case of adnexial autoamputation under the guidance of the literature.

Key Words: Ovarian torsion, autoamputation

GİRİŞ

Unilateral ovarian agenezi tek taraflı overin yokluğunu belirten nadir bir olgudur ve konjenital malformasyon sonucu yada yaşamın herhangi bir döneminde edinsel olarak ovarian torsiyona bağlı olarak gelişebilir (1).

Ovarian torsion çocukluk çağında, adölesan dönemde, gebelikte ve yetişkin dönemde farklı bulgu ve komplikasyonlarla seyreder. Ovarian otoamputasyon ise her yaş döneminde ve daha çok tek taraflı olarak görülebilen, ovarian torsiyonun nadir komplikasyonlarından birisidir. Asemptomatik veya semptomatik olarak kistik bir overin torsiyonu ve daha sonra infarkt, nekroz ve pelvik duvardan kopma şeklinde gelişim gösterir (2).

Bu makalenin amacı, yaklaşık 30 yıldır jinekolojik operasyonların yapıldığı kliniğimizde, ilk defa rastladığımız adneksial otoamputasyon saptanan olguyu sunmaktır.

OLGU SUNUMU

68 yaşında, G3P3, olan hasta son bir aydır gittikçe artan karın ağrısı yakınmasıyla başvurduğu merkezde pelvik kitle saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi için Şubat 2005 tarihinde hastanemize refere edildi. Hastanın özgeçmişinde 15 yıl önce tiroidektomi operasyonu geçirdiği, kalp yetmezliği ve hipertansiyon tanısıyla digoksin, monoket, isoptin, coraspin ve nitroderm kullanmakta olduğu ve herhangi bir batın operasyonu geçirmediği öğrenildi. Anamnezinde yaklaşık bir yıl önce de karın ağrısı yakınmasıyla hastaneye başvurduğu, bu ağrının birkaç gün sürdüğü fakat tanı koyulamadığı tespit edildi.

Hastanın yapılan pelvik muayenesinde umblikulusa kadar uzanan pelvik kitle saptandı, bu kitle nedeniyle uterus ve overler ayrı olarak değerlendirilemedi. Hastaya yapılan sonografide umblikulustan pelvise kadar uzanan 11,5 x 12,5 x 13,0 cm boyutlarında septalı, lobüle konturlu, kistik kitle

saptandı. Asit bulgusu saptanmadı, uterus ve overler atrofik değerlendirildi. Tam kan sayımı ve kan biyokimyası normal sınırlar içinde idi. Ayrıca yapılan IVP ve kolon grafisi normal bulundu. Kan tümör marker değerleri normal saptandı, sadece CA 125: 135 U/ml (0-35) düzeyinde yükseklik tespit edildi.

Bu bulgular ışığında opere edilen hastada batin gözleminde normal görünümde bir uterus, sağda overden köken alan yaklaşık 15 x 15 cm boyutlarında düzgün yüzeyli hemorajik görünümde kistik kitle saptandı. Sol tuba ve sol over izlenmedi. Pelviste serbest halde bulunan 6 x 7 cm boyutlarında beyaz renkli solid kitle tespit edildi (Resim 1). Hastaya sağ ooferektomi yapılarak frozen çalışıldı, sonucun benign gelmesi üzerine histerektomi yapılarak operasyon bitirildi. Patoloji raporu sağ torsiyone seröz adenofibrom ve batındaki serbest kitle için de kalsifiye kistik lezyon olarak bildirildi.



Resim 1. Solda adenofibrom, sağda otoamputasyona uğramış over

TARTIŞMA

Ovarian torsiyon tüm jinekolojik acillerin yaklaşık %3'nü oluşturur, tüm torsiyon vakalarının oldukça küçük bir kısmı çocukluk çağında, %10-20 kadarı da gebelikte görülür (3). Olguların %97 gibi büyük çoğunluğunda normal overler ya da benign patoloji vardır ve en sık patolojik nedenler benign kistik teratom, tubal kist, folliküler kist ve seröz veya müsinöz kistadenomadır (4).

Ancak torsiyon olgularının ne kadarında otoamputasyon geliştiğini söylemek pek mümkün değildir, çünkü bunların önemli bir kısmı asemptomatiktir ve tesadüfen tanı koyulur. Tek taraflı otoamputasyon hormonal bir anormalliğe yol açmamakla birlikte, iki taraflı otoamputasyon katstrofik tablo oluşturur (5). Bu olgularda klasik tedavi şekli cerrahi rezeksiyon olmakla birlikte, özellikle çocukluk çağında detorsiyonun da güvenli olduğu belirtilmektedir (6-8).

Dueck ve ark. (9) tarafından yayınlanan bir yazıda 8 aylık bir bebekteki unilateral agenezi olgusu torsiyonun belki de fetal yaşamdan itibaren oluşabileceği görüşünü destekler görülmektedir.

Torsiyonun klasik bulgusu olan akut abdominal ağrının olmaması özellikle çocukluk çağında torsiyonu ekarte ettirmez, zaten torsiyonların önemli bir kısmı tesadüfen tanınmaktadır (10).

Mazuni ve ark. (11) yaptığı ve nekroz ve otoamputasyonun nedenleri ve prediktif risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada nekroza gidişi tahmin edebilecek bir risk faktörü tespit edilememiş, otoamputasyonun ise yaş ve gecikmiş cerrahiyle birlikte arttığı bulunmuştur. Bizim hastamızda da her iki risk faktörü de bulunmaktaydı. Patolojik rapora göre batındaki serbest kitlede akut bir bulgunun olmaması ve cerrahi gözlem sırasında bizim, sol pelvik duvarda akut bir ayrılmayı düşündüren bir bulgu tespit etmememiz; otoamputasyonun muhtemelen bir yıl önceki geçirilmiş olan karın ağrısı sırasında gerçekleştiğini düşündürmektedir. Uterusta sol tubanın da izlenmemesi tuba ve overin pelvik duvardan birlikte koptuğunu göstermektedir. Ayrıca hastada tespit edilen torsiyone sağ adenofibrom, daha önce de sol tarafta torsiyone bir kistik oluşum geçirilmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak bugün için otoamputasyona gidişin kesin nedenlerini bilememekle birlikte, torsiyone over kistlerinde hızlı tanı ve uygun tedavi yaklaşımıyla bu olgunun önlenileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

- 1- Eustace DL. Congenital absence of fallopian tube and ovary. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1992; 46:157-159
- 2- Kennedy LA, Pickney Le, Currarino G et al. Amputated calcified ovaries in children. Radiology 1981;141:83-86
- 3- Jain KA. Magnetic resonance imaging findings in ovarian torsion. Magn Reson Imaging 1995;13:1111-13
- 4- Kokoska ER, Keller MS, Weber TR. Acute ovarian torsion in children. Am J Surg 2000;180:462-465
- 5- Ozcan C, Celik A, Ozok G, et al: Adnexal torsion in children may have a catastrophic sequel: Asynchronous bilateral torsion. J Pediatr Surg 2002;37:1617-1620
- 6- Aziz D, Davis V, Allen L, Langer JC. Ovarian torsion in children: is oophorectomy necessary? J Pediatr Surg. 2004;39(5):750-3.
- 7- Roday A, Jackish C, Klockenbusch W, et al: The conservative management of adnexal torsion A case report and review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002;101:83-86
- 8- Shalev E, Mann S, Romano S, et al: Laparoscopic detorsion in childhood: A case report. J Pediatr Surg 1991;26:1193-1194
- 9- Dueck A, Poenaru D, Jamieson MA, Kamal IK. Unilateral ovarian agenesis and fallopian tube maldescent. Pediatr Surg Int 2001;17:228-229
- 10- Templeman C, Hertweck SP, Fallat ME: The clinical course of unresected ovarian torsion. J Pediatr Surg 2000;35:1385-1387
- 11- Mazouni C, Bretelle F, Menard JP, Blanc B, Gannerre M. Diagnosis of adnexal torsion and predictive factors of adnexal necrosis. Gynecol Obstet Fertil. 2005;33(3):102-106.

ASİT VE SERUM CA 15-3 YÜKSEKLİĞİ OLUŞTURAN PARAOVARYAN TEKOMA

Paraovarian thecoma presenting with ascites and serum CA 15-3 elevation

Dr. Mekin SEZİK¹, Dr. Okan ÖZKAYA¹, Dr. Hasan ŞAHİNER², Dr. Fuat DEMİR¹,
Dr. Nilgün KAPUCUOĞLU³, Dr. Hakan KAYA^{1*}

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta.

²Afyon Fuar Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Afyon.

³Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Isparta.

ÖZET

Ovaryan tekoma, tüm over tümörlerinin %1'inden daha azını oluşturan sıklıkla 50-60'lı yaşlarda görülen benign ve daha çok solid karakterde over tümörleridir. Başta östrojenik olmak üzere hormonal aktivite gösterebilmektedirler. Ovaryan kökenli olmasına rağmen çok ender olarak ekstraovaryan bölgede de yerleşim gösterebilir. Biz 62 yaşında asit, sağ adneksiyal kitle ve serum Ca 15-3 yüksekliği olan, süspansör ligamentte gelişen bir paraovaryan tekoma vakasını sunduk. Bildiğimiz kadarıyla bu vaka süspansör ligamentte gelişen ve serum Ca 15-3 yüksekliği ve asit oluşumuna neden olan ilk vakadır. Görüntüleme yöntemlerinde overler normal olsa dahi özellikle tümör belirteçlerinin normal veya yüksek olduğu ve asitin eşlik ettiği para-ovaryan kitlelerde stromal tümörler de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Asit, Ca 15-3, Paraovaryan Tekoma

ABSTRACT

Ovarian thecomas comprise less than 1% of all ovarian tumors, are normally benign and solid in nature, and are usually encountered in the fifth and sixth decades of life. Although thecomas derive from the ovary, they are hardly ever localized to extraovarian areas. In the current report, we present a 62-year-old woman presenting with right adnexal mass and increased serum CA 15-3 levels, later found to be a thecoma localized to the suspensory ligament of ovary. To our knowledge, such an association has not been previously defined in the literature. Stromal tumors need to be considered when an extraovarian mass associated with elevated or normal levels of tumor markers is found despite normal ovaries on imaging modalities.

Key Words: Ascit, CA 15-3, Paraovarian thecoma

GİRİŞ

Tekomalar ovaryan stromal orijinli hücrelerden oluşmuş, orta veya daha fazla seviyede lipid içeren, hemen daima tek taraflı olan ovaryan tümörlerdir (1). Tanı konurken kallojen salgılayan fibroblastlardan köken alan fibromalarla ayrımı çok zordur ve bu durumda kitle fibrotekoma adını alır (1). Fibrotekomaların overin diğer benign patolojileri olan fibromatozis, fibroma ve masif over ödeminden ayırıcı tanısı zordur (2). Tekomalar çok nadir tümörler olup, başta östrojenik olmak üzere hormonal aktivite gösterebilmektedirler (3). Daha çok pre ve postmenopozal dönemde görülen tekoma, tüm over tümörlerinin %1'inden daha azını oluşturmalar (4). Ovaryan kökenli olmasına rağmen çok ender olarak ekstraovaryan bölgede de yerleşim gösterebilir. Bizim vakamızda olduğu gibi, pelvik bölgede ekstraovaryan yerleşimli şu ana kadar bildiğimiz kadarıyla iki vaka bildirilmiştir (5,6). Bunlar bizim vakamızdan farklı olarak broad ligamentte gelişmiş tekomalardır.

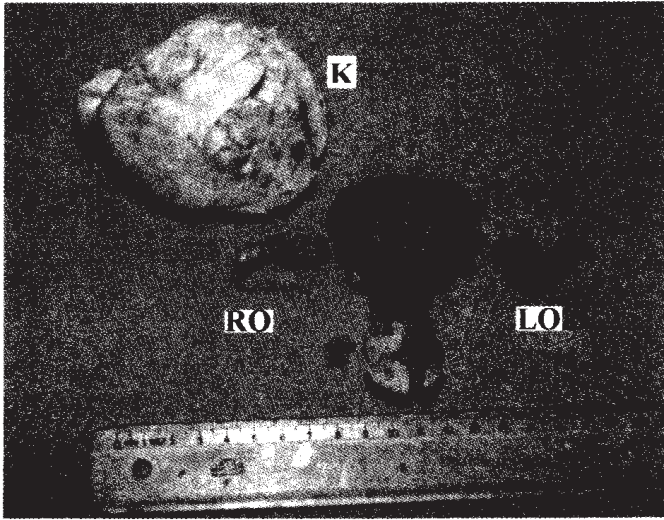
Biz paraovaryan bölgede süspansör ligament üzerinde gelişen ve süspansör ligamente aberan bir damar ile bağlanmış asit ve serum Ca 15-3 yüksekliğine neden olmuş bir tekoma vakasını literatür verileri ışığı altında sunduk.

OLGUSUNUMU

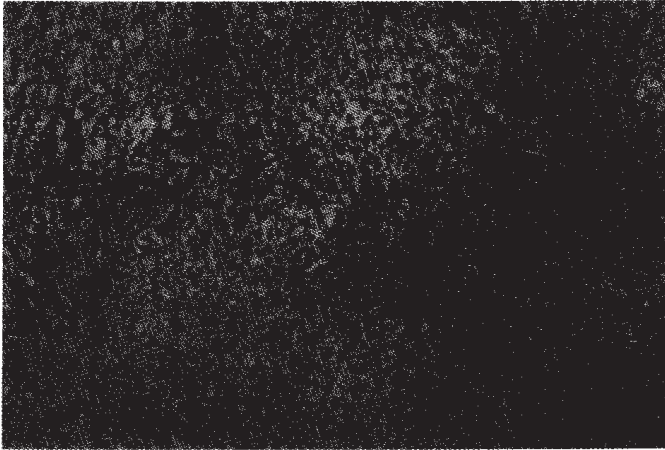
Gravide 5, parite 3 olan 62 yaşındaki hasta 3 aydır devam eden karında şişlik ve ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinden 13 yıldır postmenopozal

dönemde olduğu, sigara kullanmadığı, devamlı aldığı bir ilacın bulunmadığı ve bilinen bir sistemik hastalığının olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde batında özellikle sağda olmak üzere pelvik bölgelerde hassasiyet dışında pozitif bir bulgu yoktu. Jinekolojik muayenede sağ adneksiyal alanda pelvis dışına doğru büyümüş 8x10 cm ebatlarında sert, lobüler yüzeyli mobil kitle saptandı. Pelvik ve transvajinal ultrasonografide uterus ve sol over, postmenopozal döneme uygun olarak atrofik. sağ ovaryal alanda overe komşu 10x10 cm boyutlarında solid görünümüne kitle ile batın içinde orta derecede serbest sıvı (asit) saptandı. Yapılan tüm batın tomografisinde uterus kökenli olabilecek, subseröz saplı myom ile uyumlu görünümde, 8x8 cm ebatlarında lobüler yüzeyli solid kitle saptandı. Batında asit ile uyumlu sıvı görüntüsü vardı. Tümör belirteçlerinden serum Ca 15-3= 76.2 U/ml ile 2-3 kat yüksekti. Diğer tümör belirteçleri (Ca 125, Ca 19-9, alfa-fetoprotein) ve hormonal parametreleri (östrojen, testosteron, progesteron) postmenopozal döneme uygun düzeylerdeydi. Hastaya asit ve sağ adneksiyal kitle tanısıyla laparotomi yapıldı. Batın gözleminde orta derecede asit sıvısı, atrofik uterus ve overler ile sağda para-ovaryan bölgede, overden 2-3 cm lateralde, süspansör ligamente damarsal bir bağ ile bağlı lobüler yüzeyli, solid kirlibeyaz renkte kitle saptandı. Alınan asit sıvı sitolojisi benign gelen hastanın eksize edilen kitesinin frozen incelemesi ise tekoma olarak geldi. Hastaya abdominal histerektomi ve bilateral salpingoofektomi yapıldı.

Kitlenin kesin patolojik incelemesinde makroskopisinde, 10.4 x 8 x 6.7 cm ölçülerinde, sert kıvamda, yuvarlak, düzenli kapsüllü, 3 cm'lik bir alanda kapsül bulunmayan, kesit yüzeyi sarı, yer yer beyaz renkli olan lezyon izlendi (Resim 1). Mikroskopisinde ise, kollajenize bantlar arasında geniş berrak sitoplazmalı hücreler ve aralarında birbirleriyle çaprazlaşan demetler yapan iğsi hücreler görüldü. İncelenen örneklerde nekroz, pleomorfizm, atipi yoktu (Resim 2). Onluk büyütme alanında 0-1 oranında mitoz görüldü. Yapılan immün histokimyasal boyamada hücrelerde vimentin ile yaygın pozitif boyanma vardı. Bizim bildiğimiz kadarıyla literatürde süspansör ligament üzerinde gelişen ilk tekoma vakası olduğu için vaka sunulmaya karar verildi. Operasyon sonrasında hasta sağlıklı olarak taburcu edildi.



Resim 1. Operasyon sonrasında kitlenin görüntüsü (RO: Sağ over, LO: Sol over, K: Kitle)



Resim 2. Kitlenin mikroskopi görüntüsü (200xHE)

TARTIŞMA

Ovaryan tekoma makroskopik olarak sert ve fibröz, dış yüzeyleri düz ve lobüle olan, tüm over tümörlerinin %1'inden daha azını oluşturan, sıklıkla 50-60'lı yaşlarda görülen benign karakterli over tümörleridir (4,7). Tekoma hücreleri lipit içeren yuvarlak görünüşlü hücrelerdir. Tüm stromal tümörlerde olduğu

gibi steroid hormon (östrojenik, androjenik ve progesteronik hormonlar) üretimine neden olabilirler (7). Tekomalar nadiren de olsa, özellikle ovaryan fibromanın neden olduğu Meigs sendromuna (over kitlesine asit ve hidrotoraksın eşlik etmesiyle oluşan sendrom) veya hidrotoraks olmadan sadece asit oluşumuna neden olabilirler (4,8). Özellikle asit oluşan vakalarda tümör belirteçlerinden Ca 125 artışı olabilir (4,8,9). Yine bazı çalışmalarda serum Ca 15-3 düzeylerinde de artış olduğu saptanmıştır (8).

Klinik bulguları çok değişken olmakla beraber tekomalarda en sık görülen semptomlar sırasıyla abdominopelvik kitle, menometroraji, anormal vajinal kanama, abdominal ağrı ve infertilitedir (10). Ovaryan tekoma saptanan 74 vakanın retrospektif analizinde hastaların 1/3'ünde asit, bir hastada asit ile beraber hidrotoraks saptanmıştır. Hastaların %53'ünde sekrete edilen östrojene bağlı patolojiler bulunmuştur. Ca 125 seviyesinin bakıldığı 15 hastanın 9'unda Ca 125 düzeyi yüksek ve bu 9 hastanın ikisinde malign karakter gösteren hücresel proliferasyon bulunduğu belirtilmiştir. Bu 2 hastaya operasyon sonrasında radyoterapi uygulanmıştır. Çalışmada tekomaların benign özellikli olduğu, malign tekomalarda ise postoperatif dönemde radyoterapi veya kemoterapi yapılması gerektiği vurgulanmıştır (10).

Ovaryan tekomalarda tanıda kesin bir görüntüleme yöntemi olmamasına rağmen ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tanıda kullanılabilir. Ultrasonografide kitle arkasında akustik gölgelenme veren hipoekoik adneksiyal kitle spesifik olmamakla beraber ovaryan fibrotekomayı düşündürür (11). Bunun yanında pür tekomalarda ise, genellikle akustik gölge vermeyen diffüz hipoekojenik kitle görülmektedir (12). Bizim vakamızda da ultrasonografide akustik gölge vermeyen hipoekojen solid kitle görüntüsü vardı. Ultrasonografik görüntülerin değerlendirildiği 12 fibrotekoma tanısı alan hastayı içeren bir çalışmada, hastaların 6'sında ekojen, 3'ünde hipoekojen ve 3'ünde ise mikst görüntü elde edilmiştir. Preoperatif dönemde ultrasonografi ve tümör belirteçlerinden yararlanılabileceği, genç hastalarda kitlenin çıkartılmasının, yaşlı hastalarda ise abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılmasının yeterli olduğu belirtilmiştir (13).

Tekomalar ve fibrotekomalar bilgisayarlı tomografide ise genellikle solid görünümde, uterus myometriyum ekojenitesine benzer ekojenitede görüntü veren kitle olarak görülürlerken, kitlelerin %20'si ise tamamı veya bir kısmı kistik olarak görüntü verir. Kistik olan kitlelerin diğer over kitlelerinden ayırıcı tanısı daha zordur (14). Takemori ve arkadaşlarının yayınında literatür verileri değerlendirilerek stromal tümörlerin özellikle uterin kitlelerden ayrımında, MRI'nın ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografiden daha yararlı olduğu vurgulanmıştır (4).

Bizim vakamızda literatürde belirtilen çoğu vaka gibi solid, lobüle yüzeyli, tümör belirteçlerinden Ca 15-3'ü yüksek ve hormon düzeyleri normal seviyede idi. Hastada malignite düşündürecek bulgu olarak asit ve serum Ca 15-3 yüksekliği vardı. Ama literatürden farklı olarak kitle overde değil paraovaryan bölgede ve süspansör ligament üzerinde yerleşmişti. Bu da bizim bildiğimiz kadarıyla literatürdeki süspansör ligamentte gelişmiş ilk paraovaryan tekoma vakası idi.

Tekomalar çok ender görülmelerine rağmen vakalarda serum Ca 125 ve Ca 15-3 yüksekliği ve asit varlığı olabilmesinden dolayı preoperatif dönemde malign tümörlerle

karıştırılabilmektedir. Tanıda spesifik olmamakla beraber ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve MRI'dan yararlanılabilmektedir. Tüm vakalarda malign tümörlerden ayırım için frozen ile batin sıvısı ve kitle incelenmelidir. Genç hastalarda sadece kitle çıkartılırken pre ve postmenopozal dönemdeki hastalarda abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi tedavi için yeterlidir. Malign tekomalarda postoperatif dönemde radyoterapi veya kemoterapi tedaviye eklenmelidir. Görüntüleme yöntemlerinde overler normal olsa dahi özellikle tümör belirteçlerinin normal veya yüksek olduğu ve asitin eşlik ettiği para-ovaryan kitlelerde stromal tümörler de akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Yüce K, Yüce S, Taşkıran Ç. Germ hücreli, stromal ve diğer ovarian tümörler: DiSaia DJ, Creasman WT. Klinik Jinekolojik Onkoloji (Ayhan A. Çevirisi), Güneş Kitabevi, 2003; 351-75.
- 2- Onderoglu LS, Gultekin M, Dursun P, Karcaaltincaba M, Usubutun A, Akata D, Ayhan A. Bilateral ovarian fibromatosis presenting with ascites and hirsutism. Gynecol Oncol 2004; 94(1): 223-5.
- 3- Okada I, Nakagawa S, Takemura Y, Takenobu T, Matsuoka T, Mandai H, Takemura T. Ovarian thecoma associated in the first trimester of pregnancy. J Obstet Gynaecol Res 2004; 30(5): 368-71.
- 4- Takemori M, Nishimura R, Hasegawa K. Ovarian thecoma with ascites and high serum levels of CA125. Arch Gynecol Obstet 2000; 264(1): 42-4.
- 5- Merino MJ, LiVolsi VA, Trepeta RW. Fibrothecoma of the broad ligament. Diagn Gynecol Obstet 1980; 2(1): 51-4.
- 6- Lin HH, Chen YP, Lee TY. A hormone-producing thecoma of broad ligament. Acta Obstet Gynecol Scand 1987; 66(8): 725-7.
- 7- Fu YS, Woodruff DJ. (Ataoglu Ö. çevirisi). Patoloji: Berek JS, Hacker NF. Pratik jinekolojik onkoloji (Güner H. çevirisi), Nobel tıp kitabevi, 1997; 117-74.
- 8- Renaud MC, Plante M, Roy M. Ovarian thecoma associated with a large quantity of ascites and elevated serum CA 125 and CA 15-3. J Obstet Gynaecol Can 2002; 24(12): 963-5.
- 9- Williams LL, Fleischer AC, Jones HW 3rd. Transvaginal color Doppler sonography and CA-125 elevation in a patient with ovarian thecoma and ascites. Gynecol Oncol 1992; 46(1): 115-8.
- 10- Wu L, Zhang W, Li H, Li L, Kong W, Liu L. Clinical analysis of 74 cases with ovarian thecoma. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 2002; 37(2): 101-3.
- 11- Athey PA, Malone RS. Sonography of ovarian fibromas/thecomas. J Ultrasound Med 1987; 6(8): 431-6.
- 12- Conte M, Guariglia L, Benedetti Panici P, Scambia G, Rabitti C, Capelli A, Mancuso S. Ovarian fibrothecoma: sonographic and histologic findings. Gynecol Obstet Invest 1991; 32(1): 51-4.
- 13- Chechia A, Koubaa A, Makhoul T, el Hitmi N, Messaoudi Y, Terras K, Mezni F. Ovarian fibrothecal tumors. Apropos of 12 cases. Gynecol Obstet Fertil 2001; 29(5): 349-53.
- 14- Bazot M, Ghossain MA, Buy JN, Deligne L, Hugot D, Truc JB, Poitout P, Vadrot D. Fibrothecomas of the ovary: CT and US findings. J Comput Assist Tomogr 1993; 17(5): 754-9.

KANITA DAYALI TIP VE LABORATUVAR TESTLERİ

Evidence Based Medicine and Laboratory Tests

Dr. Cantekin İSKENDER, Dr. A. Filiz AVŞAR, Dr. Deniz KARCAALTINCABA*

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği

ÖZET

Kanıt dayalı tıp tüm dallarda olduğu gibi jinekoloji ve ilgili laboratuvar testlerinde de yeni bir anlayış getirmektedir. Burada laboratuvarın kapasite ve yeteneklerinden çıkan sonuçların kesinlik ve doğruluk derecelerini irdelleyebilen bir kalite kontrolüne kadar çeşitli faktörler etkili olmaktadır. Çıkan sonuçların duyarlılık ve özgüllüğü doğru tanıyı koymada son derece önemlidir. Tanıya giderken gereksiz testlerin istenmemesinde son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler : Kanıt Dayalı Tıp, Laboratuvar testleri

ABSTRACT

Rely on the use of quality laboratory data for evidence-based medical decision-making to determine policy for the implementation of disease control measures, to monitor disease to determine the impact of control programmes, and to support surveillance activities in gynecology is very important. It is necessary to improve accurate and reliable data for the diagnosis, treatment and monitoring of diseases. In the present paper we review the lab tests from the evidence based medicine viewpoint.

Key words: Evidence based medicine, laboratory tests

GİRİŞ

Kanıt dayalı tıp tüm dallarda olduğu gibi jinekoloji ve obstetrik alanında da giderek artan bir öneme sahip olmaktadır. Kanıt dayalı tıp kavramı, bilimsel araştırma verilerine dayanmayan klinik kararları reddeden bir anlayış getirmektedir (1). Bu anlayış kanıt dayalı tıbbın temelini oluşturan klinik epidemiyolojinin sağladığı verilerin klinik uygulamalara destek olmaktan öteye geçerek temel unsur olmaya başlamasıyla oluşmuştur (2). Bu durum klinisyenin tecrübesi gibi karar vermede rol oynayan diğer faktörlerin geri plana itilmesine neden olmaktadır (2,3). Yine de kanıt dayalı tıp, bilimsel verilerle desteklenmeyen tanı ve tedavi yöntemlerini reddetmesi nedeniyle çağdaş tıp anlayışının temel unsurudur.

LABORATUVAR TESTLERİ

Tıbbın tüm dallarında olduğu gibi Jinekoloji ve obstetrik uygulamalarında, kararların oluşum sürecinde laboratuvar testlerinin yeri tartışmasız çok önemlidir. Bir çok hastalığın tanısında klinik bulgular, laboratuvar testleri ile desteklenerek tanı koyulmaktadır. Laboratuvar testlerinin seçilmesi ve değerlendirilmesi sırasında istatistiksel ve epidemiyolojik ölçütlerden yararlanmak gerekmektedir. (4)

Laboratuvar testleri diagnostik testler ve tarama testleri olarak ikiye ayrılır. Tarama testleri asemptomatik bireylerde preklinal hastalık varlığının araştırılması için kullanılan testlerdir. Diagnostik testler ise belli belirti ve bulguları olan bireylerde, şüphelenilen hastalık tanısını koymak için kullanılan testlerdir (5).

Tüm laboratuvar testlerinde kesinlik (precision) ve doğruluk (accuracy) derecelendirmesi yapılması gereklidir (5,6). Kesinlik, test, farklı zamanlarda ve farklı bireylerde uygulandığında sonuçların tekrarlanabilir olmasıdır. Doğruluk derecesi ise testin altın standart olarak kabul edilen bir referans yöntem ile uyumlu sonuçlar verebilmesidir (7). Duyarlılık (sensitivite) ve özgüllük (spesifisite) bir laboratuvar testinin doğru tanıya gitmekte veya diğer tanıları dışlamadaki etkinliğinin istatistiksel göstergeleridir. Duyarlılık, hastalık mevcut iken test sonucunu pozitif olma olasılığıdır. Özgüllük ise, hastalık mevcut değilken test sonucunun negatif olma olasılığıdır.(8)(Tablo 1)

Tablo 1- Sensitivite ve spesifisitenin hesaplanması*

* sensitivite a/ a+c olacaktır, spesifisite d / b+d olacaktır.

Test sonucu	Hastalık Var	Hastalık yok	Toplam
Pozitif	a	b	a+b
Negatif	c	d	c+d
Toplam	a+c	b+d	a+b+c+d

Pozitif prediktif değer pozitif bir sonuç sonrası hastalığın olma olasılığını gösterir. Negatif prediktif değer ise negatif bir sonuç sonrası hastalığın olmama olasılığını gösterir. Pozitif ve negatif prediktif değer hastalığın testin yapıldığı toplumdaki prevalansı ve testin duyarlılığı ve özgüllüğü gibi verilerle hesaplanır ve test sonrası hasta olma veya hasta olmama olasılığını gösterirler (post test probability) (1,8).

Bir testin % 100 duyarlı veya % 100 özgül olmamasının iki temel nedeni vardır. Birinci olarak araştırılan maddenin biyolojik varyasyon, alınan örneğin stabilitesinin yeterli olmaması, çapraz reaksiyon veren maddelerin ortamda bulunması gibi nedenler (Teknik performans). İkinci olarak ise test ile saptanan maddenin sağlıklı ve hasta bireylerde belli oranda çakışmasıdır. (5,6,9)

TESTLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Diagnostik testler klinik bulgular sonrası olası tanıyı doğrulamak ve bazı durumlarda diğer tanıları dışlamak için konur. Diagnostik testlerin tam duyarlı olmamaları klinisyenlerin test sonuçlarını değerlendirirken göz önünde bulundurmaları gerektiren bir durumdur. Öncelikle diagnostik testlerin doğruluğunu (diagnostic accuracy) araştıran çalışmaların dizaynları eleştiri konusu olmaktadır (10). Bu çalışmalarda, özellikle yeni bir diagnostik test için bulunan sonuçları abartma eğilimi görülebilmektedir (11). Yine çalışma grubuna dahil edilen hastaların ve kontrol grubunun özellikleri testin duyarlılığını ve özgüllüğünü etkileyerek sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır (10,12). Diagnostik testlerin duyarlılığının farklı toplumlar ve toplum içi alt gruplar arasında farklı olacağı da unutulmamalıdır. Bu durumun bir başka anlamı da diagnostik test klinisyen tarafından ne ölçüde yaygın kullanılırsa testin duyarlılığı ve diagnostik değeri değişkenlik gösterecektir. Lachs ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada klinik değerlendirme sonucu üriner enfeksiyon için semptomları olan hastalarda dipstick idrar testinin duyarlılığı % 92 iken semptomu olmayan hastalarda duyarlılık % 56 olarak bulunmuştur (13).

Duyarlılık ve özgüllüğün doğrudan diagnostik anlamı yoktur. Bu nedenle test sonuçları yorumlanırken Bayes kuralı akılda tutulmalıdır. Bu kurala göre bir bireyde saptanan pozitif test sonucunun doğru olma olasılığı o hastalığın prevalansı ile ilişkilidir (1). (Tablo 2)

Tablo 2 'de de görüldüğü gibi % 90 duyarlılığı ve % 95 özgüllüğü olan bir test, prevalansı % 0,1 olan bir hastalıkta % 1,8 pozitif prediktif değere sahipken % 50 prevalansı olan bir hastalıkta % 94,7 pozitif prediktif değere ulaşmaktadır. Görüldüğü gibi testin tanısallık gücü hastalığın toplumdaki sıklığından etkilenmektedir. Testin duyarlılık ve özgüllüğü de testin uygulandığı gruplara göre değişkenlik göstermektedir. Deville ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada idrarda nitrit pozitifliğinin gebelerde ve yaşlı bireylerde en yüksek diagnostik

doğruluğa sahip bulunması bu duruma örnek oluşturur (14). Bu örneğe dayanarak denilebilir ki, operasyon öncesi yapılan rutin taramalar sırasında herhangi bir hastada saptanan bir test sonucunun pozitif olması durumunda, testin duyarlılığının ve özgüllüğünün % 99 olduğunu varsayarsak, bireyin hasta olma riski 99 kat artmıştır denebilir (odds). Ancak bu hastalığın prevalansının 1 / 20000 olduğu varsayılırsa hastanın test sonrası hasta olma olasılığı 99/20000 yani % 0,495 olacaktır.

Tablo 2- Prevalans ve pozitif prediktif değer ilişkisi

PREVALANS, %	POZİTİF PREDİKTİF DEĞER, %
0,1	1,80
1,0	15,4
5,0	48,6
50,0	94,7

SONUÇ

Kanıtı dayalı tıp uygulamalarında sadece tedaviler değil tanı yöntemleri de sürekli sorgulanmalıdır. Günümüzde artan teknoloji ile tıbbi bilgilere ulaşım hem hekimler hem de hastalar için oldukça kolay olmaktadır. Şüphesiz hiçbir hastanın bir testten beklentisinin 'eğer bende hastalık gerçekten varsa test sonucumun pozitif çıkma olasılığı yüzde kaçtır' olması beklenemez. Laboratuvar testlerinin tanı koymadaki yararları yine testi isteyen hekimin istatistiksel yorumlama yeteneği ile yakından ilişkilidir. Genel olarak laboratuvar testlerinin diagnostik doğruluğunun, test uygun hastalarda istendiğinde artacağı unutulmamalıdır. Buradan tüm testler olabildiğince az istenmelidir gibi bir sonuç çıkarmak yanlış olur. Ancak diagnostik testlerin tarama testi gibi kullanılmasının testlerin yararlılığını azaltacağı akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- İliçin G, Biberöglü K, Süleymanlar G, Ünal S. İç Hastalıkları. Güneş Kitabevi. 2003. s 103-125
- 2- Charlton B.G. and Miles A. The rise and fall of EBM. Q J Med 1998; 91:371-374
- 3- Lancet (Editorial). Evidence-based medicine in its place. Lancet 1995; 346:785
- 4- Lundberg GD. How clinicians should use the diagnostic laboratory in a changing medical world. Clin Chem Acta 1999;280:3-11
- 5- Christopher P. Price. Evidence-based laboratory medicine: supporting decision-making. *Clinical Chemistry*. 2000;46:1041-1050.
- 6- Fraser CG, Petersen PH. Desirable standards for laboratory tests if they are to fulfill medical needs. *Clinical Chemistry*. 1993;39(7):1447-1455
- 7- Whiting P et al. Sources of variation and bias in studies of diagnostic accuracy. Ann Intern Med. 2004; 140:189-202
- 8- Moons KGM, Harrell FE. Sensitivity and spesificity should be De-emphasized in diagnostic accuracy studies. Acad radiol 2003;10:670-672
- 9- Guyatt GH, Osman AD, Ali M, Willan A, McIlroy W, Patterson C. Laboratory diagnosis of iron-deficiency anemia: an overview. J Gen Intern Med 1992;7:145-153
- 10- Khan KS, Jacqueline D, Kleijnen J. Systematic reviews to evaluate diagnostic tests. European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology 2001; 95: 6-11
- 11-Khan KS et al. Evaluating the measurement variability of clinical investigations. Br J of obstet and gynecol 1997;104:1036-42
- 12-Mower WR. Evaluating bias and variability in diagnostic test reports. Ann emerg med 1999; 33: 85-91
- 13-Lachs MS, Nachamkin I, Edelstein PH, Goldman J, Feinstein AR, Schwartz JS. Spectrum bias in the evaluation of diagnostic tests: lessons from the rapid dipstick test for urinary tract infection. Ann Intern Med. 1992 Jul 15;117(2):135-40
- 14-Deville WL, Yzermans JC, van Duijn NP, Bezemer PD, van der Windt DA, Bouter LM. The urine dipstick test useful to rule out infections. A meta-analysis of the accuracy. BMC Urol. 2004 Jun 02;4(1):4

TÜKENMİŞLİK SENDROMU (STAFF BURN OUT)

Dr. Melek Yılmaz⁽¹⁾, Dr. Fatma Alioğlu⁽²⁾, Dr. Rahşan Gündoğan⁽¹⁾, Dr. Sercan C. Özyurt⁽¹⁾,

Dr. Mübaccel Tümöz⁽¹⁾, Dr. Nalan Aslan⁽¹⁾, Dr. Ferdi Aksaray⁽¹⁾

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği⁽¹⁾,
Ankara Onkoloji Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği⁽²⁾

ÖZET

Tükenmişlik veya stresle ilgili semptomların artış göstermesi ve verimliliği etkileyen bir faktör olması sebebiyle son zamanlarda bu konu üzerinde daha sık düşünülmekte ve konuşulmaktadır. Aynı zamanda bu durum, çalışan ortamda hata ve kazalara sebebiyet vermekte, hastalara sunulan bakımın kalitesini etkilemekte ve sağlıkla ilgili harcamaların artmasına neden olmaktadır.

Bu derlemede tükenmenin genel tanımı, tükenmeye etkili değişkenler, tükenmenin yol açtığı genel bulgu ve belirtiler (bireysel düzeyde, kurum düzeyinde ve iş çevresi düzeyinde); tükenmeye baş etme yolları literatür verileri eşliğinde gözden geçirilmiştir.

ABSTRACT

SEPS or burnout syndrome was described among health care workers. Oncology care givers--physicians and nurses--can be concerned. Burnout is a chronic stress reaction and it is essentially assessed by questionnaires. Causes of burn out are numerous: insufficient personal time, sense of failure,... followed by poorly management and difficulties in staff or institution relationships. In addition to this work stress, unregular social and family life are the main components of ongoing burn out process in these professionals. Burn out is the end point of the process which is complicated by the loss of professional enthusiasm and satisfaction, and negative behavioral approach to the patients. Prevention and therapy of burn out can be considered on three levels: personal, (psychotherapy, advices on health way of life), team (improvement in communication) and institution (support meetings and talking groups).

Key Words: SEPS , Burnout syndrome

GİRİŞ

Tükenmişlik sendromunun sağlık çalışanları arasında büyük bir sorun olduğu bilinmektedir. Tükenme kavramının, insanlara doğrudan hizmet veren ,insan etmeninin etkili olduğu , insanlarla yüz yüze ilişki içinde olunan, hekimlik,hemşirelik gibi meslek gruplarında görülmesi kaçınılmazdır. Farklı alanlarda çalışan meslek elemanları gibi sağlık çalışanları da,işlerinde yaşadıkları streslere çeşitli psikososyal ve bedensel tepkiler verirler.Bu tepkiler üç grupta toplanabilir.

1-İşe ilişkin bıkkınlık (Alarm)

2-İşe ilişkin stres (Direnç)

3-Tükenme

İşe ilişkin stres ve bıkkınlık her türlü meslekte görülebilmektedir.Ancak tükenme kavramı kronik yorgunluk sendromundan, iş doyumsuzluğundan, stresten farklı birdurumdur. ve daha çok insanlara doğrudan hizmet veren sağlık çalışanlarında görülmektedir. Çünkü bu meslek gruplarında kişilerin mesleğini uygularken,yaptıklarına inancını,umudunu,hastalara karşı ilgi ve duyarlılığını katması gerekmektedir.

Tükenme kavramı ilk olarak Freunderberg (1) tarafından 1974'te ortaya atılmış daha sonra Maslach ve Jackson(2) tarafından geliştirilmiştir. Maslach tükenmişliği” Profesyonel bir kişinin mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlar ile artık gerçekten ilgilenemiyor olması” biçiminde tanımlamıştır. (10)

Tükenme aynı zamanda kişinin fiziksel ve zihinsel kaynaklarının bitişi ve çöküşüdür.

Onkologlar için mesleki rolleri ve bireysel çatışmaları arasındaki geçişi zorlaştıran bir durumdur. Tükenme

sendromunun sonuçları hem birey hem de kurum için çok önemlidir. Doktorların etkinliğinin yanında akıl ve ruh sağlıklarını da etkiler (21). Tükenme sendromu genellikle üç evrede tanımlanmaktadır.

1) Duygusal tükenme: Kişinin duygusal kaynaklarının bittiği duygusuna kapılmasıyla kendini gösterir. Kişinin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tüketilmiş olma duyguları ile tanımlanır.

2) Duyarsızlaşma: Bireylerin duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içerir. Bu kişiler hizmet verdikleri kişilere ve kuruma genellikle umursamaz davranırlar.

3) Kişisel başarıda düşme: Kişinin kendisiyle ilgili değerlendirmelerin olumsuz bir nitelik kazanmasıyla belirir. Kişiler artık harcadıkları çabanın boşa gideceğini düşünmeye başlamışlardır.

1997 de Sayıl ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada. A.Ü Tıp Fakültesinde çalışan hemşirelerin doktorlara göre daha fazla tükenme yaşadığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada iki hastanedeki durum karşılaştırıldığında Ankara Numune Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin Tıp Fakültesinde çalışanlara göre daha fazla duygusal tükenme yaşadığı görülmüştür. Duyarsızlaşma açınsındansa her iki hastane çalışanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (17).Hemşire ve teknisyenlerde tükenmişlik sendromu ve depresif belirti düzeylerinin araştırıldığı, 41 hemşire ve 16 sağlık teknisyeni ile yapılan bir çalışmada da,duygusal tükenme puanının teknisyen grubunda üst düzeyde olduğu saptanmıştır. (18).

Ankara'da 7 ayrı onkoloji merkezinde çalışan sağlık personeli arasında yürütülen bir çalışmada da tükenmişlik sendromunun yaygınlığı araştırılmıştır..Araştırma sonunda,sağlık personeli arasında en yoğun sorunun “kişisel başarı hissi” olduğu ortaya çıkmıştır. Genel olarak tüm sağlık personelinin “orta” tükenmişlik kategorisinde yer aldığı saptanmıştır. (16)

Tükenme sendromu gelişimine etkisi olan faktörler şu şekilde sıralanabilir;

A-Tükenme ile ilgili sosyodemografik değişkenler

Yaş:Tükenmenin mesleğe yeni başlayan kişilerde daha yoğun olduğu bildirilmektedir. Bu kişiler aşırı yük ve eleştirilere daha çok maruz kalmaktadırlar.Yaşın ilerlemesi ile deneyimlerle elde edilen başa çıkma yolları da gelişmektedir.

Cinsiyet. Tükenme ile ilgili stres ve kaygının kadınlarda daha yoğun olduğu bildirilmektedir.Bunda toplumsal roller özellikle “çifte rol” çatışması etken olarak görülmektedir.Sonuçta iş ve özel yaşamı arasındaki çatışma mesleki tükenmeye neden olmaktadır.1992 de Ergin'in, Ankara'da 14 hastane ve sağlık merkezinde çalışan 297 hemşire ve 255 doktorun tükenme düzeyini ölçtüğü araştırmasında cinsiyetin duygusal tükenme açısından önemli bir değişken olduğu saptanmıştır.(8) Bu çalışmada duyarsızlaşma açısından bir fark bulunmazken, kişisel başarı boyutunun erkekler açısından daha önemli bir değişken olduğu belirtilmektedir.

Medeni durum: Evlilerin kişiler arası ilişkiler ve krizle başa çıkma deneyimleri ve sorun çözme becerileri daha fazla gelişmektedir. evlilik ilişkisi dinleme, sorun çözme, kabullenme ve uyum sağlamada kişilerin sınırlarını genişletmektedir.Bu nedenlerle bekar olanların, evli olanlara göre tükenmeyi daha yoğun yaşadığı saptanmıştır.(6)Ayrıca aile kişinin stresi ile başa çıkmasında toplumsal destek sağlamaktadır.

B-Tükenmeyle ilgili kişilik özellikleri

- Düşmanlık
- Kin duyguları baskın olanlar
- Kendilerine her konuda suçluluk payı çıkaranlar
- Özgüveni yetersiz olanlar
- Ben merkezci olanlar
- Mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri (3,4)
- Nörotik kişiliği olanlar(5)
- Obsesifkompulsif kişilik yapısdakiler
- A tipi davranış biçimi gösterenler(başarıya yönelimli, aceleci, sabırsız, hareketli, aşırı sorumluluk hisseden kişiler)
- Aleksitimik kişilik özelliği olanlar (duygularını tanıma ve tanımlama da güçlük çeken kişiler) tükenmeye daha yatkın olanlardır.

C-Tükenmeyle ilgili diğer etkenler

Meslekte Geçen Süre:Mesleğin ilk yıllarında olanların, yeterince profesyonel deneyimi olmayanların tükenmeye daha yatkın olduğu saptanmıştır.(6)

Çalışma Ortamı:Tedavi ekibinin ve hastaların

gereksinimlerinin finansal, bürokratik ve idari nedenlerden dolayı karşılanamaması, yetersiz uzman eğitimi, özerklik duygusundan yoksun olma, bürokratik işlerin çok zaman alması gibi nedenler tükenme gelişiminde etkilidir (19).

Çalışılan Bölüm: Onkoloji, anestezi, yoğun bakım, kalp damar cerrahi gibi servislere çalışan kişilerde, sağaltımı güç hastalarla çalışan yada yaratıcılıktan uzak sürekli rutin işlerin yapıldığı mesleklerde çalışanlar da tükenme daha yoğun yaşamaktadır. Schraub tarafından 2004'te Fransa'da yapılan ve Med Clinic'te yayınlanan bir araştırmaya göre onkologlarda AIDS Ünitesi ve palyatif bakım veren ünitelerde çalışanlara göre tükenme daha yoğun bulunmuştur.(20) Yine onkoloji çalışanları arasında sürdürülen bir çalışmada mesleki doyumlarını olumsuz etkileyen ilk 5 faktör araştırılmış ve sorun yaratan faktörün zaman yetersizliği olduğu görülmüştür. Diğer zorlayıcı faktörlerden ilk üçü zaman yetersizliği, hasta ve ailesine emosyonel yaklaşım, akademik çalışmaların yoğunluğu olarak belirlenmiştir.(20)

Çalışılan Kurum: Değişik sektörlerdeki araştırmalar devlet kurumlarında çalışanlar da özel sektör çalışanlarına göre daha fazla tükenme yaşadığını göstermektedir.. Bu durum sağlık sektörü için de aynıdır.

Kurum İçindeki İlişkiler: Çalışma ekibinin işlevselliği ile ilgili stres yaratan faktörler, ekip içi çatışmalar, rol belirsizliği gibi nedenler de tükenmeyi etkilemektedir.

TÜKENMENİN EVRELERİ

Edelwich ve Brodsky tükenmenin dört evresi olduğunu bildirmektedir..(6)

1.Evre: (COŞKU EVRESİ)Bu evrede kişide coşku, şevk ve yüksek bir enerji vardır. İş ile ilgili gerçekçi olmayan beklentiler içindedir. Mesleği herşeyin önündedir, hizmet sunduğu insanlarla gereğinden fazla özdeşleşmektedir. Ancak bu durum kişinin enerjisini hızlı ve verimsiz bir biçimde tüketmesine yol açar. Zamanla daha zorlu durumlarla karşılaştıkça, mesleğindeki bilgi ve deneyim eksikliğinin de etkisiyle yıpranma, meslek doyumunu azalması, hayal kırıklığı artar.

2.Evre: (DURAĞANLAŞMA EVRESİ): Bu evrede kişi artık mesleğini uygularken, coşku evresindeki enerjisini, çalışma ve insanlara yardım etme arzusunu yitirmeye başlamıştır. Daha önce sorun olarak görmediği fazla mesai, düşük ücret gibi durumlar sorun olmaya başlar. O zamana kadar özel yaşamını geri plana attığından ve ilişkilerini geliştiremediği için yaşamın başka alanlarında da mutsuz olmaya başlayacaktır. Eğer bu durum bir an önce fark edilmezse meslek yaşamı tümüyle çıkmaza girecektir.

3.Evre(ENGELLENME EVRESİ) Kişi başka insanlara istediği gibi yardım edemediğini farkeder. İnsanları, sistemi.olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin ne kadar zor olduğunu anlar.

engellenmişliği yaşamaya başlamıştır.. Taşıdığı yüke rağmen özerkliği yoktur.Bu evrede kişi kendini ifade edebilir, sorunların çözümü için adım atabilir ve sorumluluk alabilirse tükenmişliğin son evresine ilerlemekten kurtulabilir. Ancak eğer maladaptif başetme yollarına başvurulur,hizmet vermekten kaçınmaya başlanır, bu durum kişiyi tükenmenin son evresine götürecektir. (7)

4.Evre (UMURSAMAZLIK EVRESİ): Kişi artık engellenmişlik ve öfke duygularını yitirir, yaptığı iş ile ilgili olan duygusal bağını kaybeder. Mesleğini uygularken yaşadığı aşırı özdeşimin yerini bıkkınlık ve can sıkıntısı almıştır, ideallerini kaybetmiştir. Meslektaşlarında ya da hizmet sunduğu kişilerde gördüğü duyguları alaycı bir tavır (cynicism) ile karşılar. Bu evreye kadar gelen bireyin tükenmişliğinin giderilmesi oldukça

zordur. Eğer iş koşullarında kapsamlı değişim yapılmaz ve gerekli psikolojik yardım sağlanmazsa bu tablo meslek yaşamı boyunca sürebilir.

Tükenme kişinin bir evreden diğerine atladığı kesikli bir süreç değil,sürekli bir olgudur.Bu evrelerde dalgalanmalar olabilir, kişiler bir evreden diğerine geçebildiği gibi birine de takılıp kalabilirler.. (8)

TÜKENME SENDROMUNUN BULGU VE BELİRTİLERİ

Tükenme bulgularını bireysel ve kurumsal olarak iki ana grupta toplayabiliriz.

Bireysel tükenmişlik semptomları Tablo 1 de, kurumsal tükenmişlik semptomları ise Tablo 2 de gösterilmiştir. (15)

Tablo 1 : Bireysel Tükenmişlik Semptomları

Fiziksel semptomları	Psikolojik semptomlar	Davranışsal Semptomlar
• Fiziksel bıkkınlık ve yorgunluk • Depresyon • Uykusuzluk veya aşırı uyuma • Baş ağrısı • Gastrointestinal bulgular • Uzun süreli veya sık soğuk algınlığı • Kilo kaybı veya kilo alma • Nefes darlığı • Hipertansiyon • Koroner hastalıklar • Seksüel fonksiyonlarda bozulma	• Flexibilite kaybından rigideye kadar değişiklikler • Dikkat kaybı veya apati • Emosyonel yorgunluk veya kontrol kaybı • Sabırsızlık,irritabilite • Kızgınlık,nefret,hüzün ve alınganlık hissi • Stresle baş etmede yetersizlik • Bıkkınlık • Benlik algısında azalma • İdeallerin kaybı • Hayal kırıklığı • İn sanclı duyguları yitirme,etiketleme • Karar alma becerilerinde yetersizlik • Güçsüzlük hissi • Paranoya • Suçluluk ve yetersizlik duygusu • Depresyon • Yabancılaşma • Endişede artma • Fazla risk alma,aşırı güven • Durgunluk	• İş performans ve doyumunda azalma • İş ilişkilerinde bozulma • İşi bırakma • İşe gelmemezlik • İşe ilginin azalması • Artmış ilaç kullanımı • Evlilik ve aile çatışmaları • Alkol kullanımında artış • İşe yoğunlaşma , amaç ve önceliklerin kaybı • Kazaya yatkınlık • İşe ait yakınmalarda artış • Unutkanlık, konsantrasyon eksikliği

Tablo 2: Kurumsal Tükenmişlik Semptomları

- 1) İşten yada servisten ayrılmaların çok oluşu
- 2) Hizmetin kalitesinin düşmesi
- 3) Çalışanların sık sık işe geç kalması
- 4) Serviste yada çalışanlar arasında çatışmaların artması
- 5) Çalışanların duygusal ve bedensel sorunlarının artması
- 6) İş yerinde üretkenlikte azalma

TÜKENMEYLE BAŞETME YÖNTEMLERİ

1986 da Falkman ve Lazarus, başetmeyi kişisel kaynakların artırılması veya baskılanmasından sorumlu, içsel veya dışsal faktörlerin yönetilmesi için geliştirilen kognitif ve davranışsal çabaların değişimi olarak tanımlamışlardır. (14)

Tükenme tek tek belirtilerle, hatta tek başına tükenme yaşayan bireye yönelik müdahalelerle giderilebilecek bir sorun değildir. Bir sendrom ve sistem sorunu olarak ele alınmalıdır. En iyisi baştan ortaya çıkarıcı etmenlerin giderilmesi ve erken dönemde müdahale edilmesidir.

Saldırganlık, yapıcı olmayan düşünceler üretme, inkar etme davranışı ve gerçeklerden kaçış yanlış yöntemler olup kullanılmamalıdır.

.Bu yapıcı olmayan yollar yerine kendi duygularımızın farkına varmalı ve tükenmeyle başetmede şu yolları denemeliyiz:

a-Bireysel ve sosyal stratejiler

- İnsanların kendi fiziksel koşullarıyla, duygularının farkında olması en önemli faktördür. (9)
- Hedefler gerçekçi olmalıdır.
- Bireyler tükenmişlik ve stres semptomlarını öğrenmelidir.
- Gerektiği zaman yardım istenebilmelidir.. Kişi sorumluluklarının sınırlarını bilmelidir..Gereksiz ve kaldıramayacağı yüklerin altına girmemelidir.
- Yapısal ve kişisel destek sistemi geliştirilmelidir.
- Kişilerde umut yeşertilmelidir.
- Kişilerin çabalarının görünmesi sağlanmalıdır.
- İş dışında da aktif bir kişisel, sosyal yaşam sürdürülmelidir..
- Gerektiğinde işe ara verilip kendilerine zaman ayırabilmelidir.
- İyi bir beslenme ile fiziksel egzersizler yapılmalıdır.
- Kurumsal katılım duygusu geliştirilmelidir.
- Kişiler gerektiğinde, tedaviyi kabul etmelidir.
- Rahatlama veya meditasyon gibi yöntemler öğrenilebilir..
- Kişilere daima pozitif olması öğütlenmelidir.

b-Kurum ya da idareciler tarafından yapılması gerekli olanlar

- ° Zor işlerin dönüşümlü yapılması sağlanmalıdır.

- ° Zor işler eşit dağıtılmalıdır.
- ° Gün içerisinde iş harici aktiviteler için zaman ayrılmalıdır.
- ° İdareciler sadece hizmet sunduğu kişilere değil, elemanlarına da destekleyici ve verici olmalıdır. (11)
- ° İdareciler elemanlarının çalıştıkları konuda okumaları, bilimsel toplantılara katılmaları ve araştırmalar yapmaları konusunda destek vermelidir. (12)
- ° Yöneticiler zaman zaman ekip içi toplantılar yaparak ekip sorunlarının tartışılmasına fırsat vermeli ve adil davranmalıdır.
- ° Hoşgörülü, esnek, katılımcı bir yönetim anlayışı, dinleyen, değer veren yöneticiler tükenmenin önlenmesinde ve giderilmesinde son derece önemlidir.

c- Aile düzeyinde yapılması gerekli olanlar

Ailesi tarafından yeterince desteklenen bireylerde tükenmeden korunma şansı daha yüksektir.

d- İş arkadaşları düzeyinde yapılması gerekli olanlar

- Aynı yerde çalışan kişilerin zaman zaman iş dışı konularda birbirleri ile sıcak ve yakın bir ilişki kurmaları sağlanmalıdır.(6)
- Birlikte çalışmaktan doğan sorunları zamanında,sorun kronikleşmeden çözmeleri yararlıdır.: *Daha kıdemli olanlar yeni başlayanlara aşırı idealize olmayan, daha adaptif rol modelleri olabilmeleri sağlanmalıdır.
- Özellikle erkekler için iş yerinde destekleyici bir ortam içinde olmaları kritik bir önem taşımaktadır.

e- Profesyonel yardım düzeyinde yapılması gerekenler

- Tükenme yaşayan ve psikiyatrik yardım için başvuran kişilerin yaşamlarındaki diğer değerli alanlarını ve yaşamdaki önceliklerini yeniden keşfetmelerine yardım edilmelidir. (6,7)
- Bireylerin sosyal ilişkilerini geliştirmeleri sağlanmalıdır.(12)
- Kendilerinin ve yaptıkları işin değerini yeniden görmelerine, olumlu gözle bakmalarına yardım edilmelidir.
- Çıkan aile içi sorunlar profesyonel düzeyde ele alınmalıdır.
- Tükenmişlik sendromuna karşı ortaya çıkan maladaptif durumlar (alkol,sigara,psikosomatik hastalıklar vs.) dikkate alınmalı ve gerekiyorsa tedavi edilmelidir.

f-Devlet yönetimi düzeyinde yapılması gerekenler

- Düşük ücret sorununun giderilmesi, ödül kaynaklarının artırılması, personel yetersizliği sorununa çare bulunması, yetkileri paylaştıran yönetim yaklaşımlarının desteklenmesi tükenme sorununun üstesinden gelmede önemli ölçüde çözüm sağlayacaktır.(6,7)

Maslach tükenme ile başetmede geniş bir görüş sunmaktadır.

" Eğer tükenme ile nasıl başedilebileceği konusunda tüm bilgi ve nasihatlar bir kelimeye toplanabilseydi o zaman bu kelime **DENGE** olurdu demektir. (16) Verilenler ve alınanlar arasındaki, sakinlik ve stres arasındaki, iş ve özel yaşam arasındaki dengenin sağlanması ; aşırı iş yükü, amirlerin sürekli eleştirileri ve tükenmenin yol açtığı olumsuz etkenlerle baş etmede çok etkili olmaktadır.

SONUÇ

Tükenme;

- **Özellikle onkoloji alanında çalışan tedavi ekibi için en önemli sorunlardan biridir.**
- **Bu alanlarda aynı zamanda hizmetin kalitesinde insan etmeni vardır.**
- **Tükenme belirtilerini görmezden gelmek yerine erken dönemde tanıyıp, önlemeye çalışmak ve yardım istemek kaçınılmazdır.**

- **Tükenme, tek başına bireye yönelik müdahalelerle giderilecek bir sorun değildir. Bir sendrom ve sistem sorunu olarak ele alınmalıdır.**

Mingote ve arkadaşlarının 1991 de yaptığı ve "Journal of Clinical Oncology" de yayınlanan araştırmada; özellikle onkoloji çalışanlarında tükenmişlik sendromu giderek arttığı belirtilmektedir.(21) Bu durum koruyucu programların gerekliliğini de zorunlu kılmaktadır..

Kronik ve ölümcül hastalarla çalışmak, hizmet sağlayan kişiye sadece olumsuz duygular yaşatmaz, öğretici etkileri de vardır. Çinlilerin böyle durumlarda kullandığı bir semboller vardır. Bu sembol tehlike ve fırsat anlamına gelen iki sembolün birleşimidir. Bununla da olumsuz yaşantıların olumlu doğurguları olabileceği ifade edilmektedir. Kanser tedavi ekibi açısından bu doğurgular şu olabilir. Yaşam denen olgunun, ne kadar değerli olduğunu varoluşçu yaklaşım ile yeniden gözden geçirmemizi sağlar. Her olumsuz yaşantıda kendini yeniden tanıma,olgunlaşma,baş etme becerileri kazanma yönünde geliştirme şansı verir.

KAYNAKLAR

- 1- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. Journal of Social Issues, 30, 159-165.
- 2- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- 3- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press. (2nd edition).
- 4- Nagy, S. & Davis, L.D. (1985) Burnout: A Comparative analysis personality and environmental variables. Psychological Reports, 57, 1319-1326
- 5- Magnusson AE, Nias DK, White PD(1996) Is perfectionism associated with fatigue? Psychosom Res, 41: 377-83
- 6- Edelwich J, Brodsky S (1980) Burnout, Stage of disillusionment in the help in professions. Human Science Pres, Newyork.
- 7- Fawzy FI, Fawzy NW, Pasnau RO (1991) Burnout in the health professionals (Ed) Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR(in) Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry, Elsevier Science Publishers BV, Amsterdam , p: 119-130
- 8- Ergin C (1992) Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, s: 143-154
- 9- L. C. Nusbaum, "Perceived Stress and Self-Concept as Related to Burnout in School Counselors" (Ph.D. dissertation, The Ohio State University, Columbus, 1983).
- 10- Maslach C, et al Journal of Extension Spring 1986 Volume 24 Number 1
- 11- Phipps L 1988 Stress among doctors and nurses emergency department of a general hospital CMAJ 139: 375-376
- 12- Slaby AE (1994) Handbook of Psychiatric Emergencies 4. Baslı, Appleton& Lange, Norwalk, Connecticut, p 445-451
- 13- Öztürk ve Işıkhani, A. Diğerleri H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları. Ankara. (1998a,1998b,2001)
- 14- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Editorial Martínez Roca, S.A.
- 15- O. Chris Igodan, L.II. Newcomb (1986) Journal of Extension Spring 1986 24 (1) :
- 16- V. Işıkhani, A. Özet, Ş. Kömürcü H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları. Ankara. 2000
- 17- Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Devrimci-Özgüven H(1997) Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri, Kriz Dergisi, 5(2): 71-78
- 18- Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür Ş, (2000) Hemşire ve teknisyenlerde tükenmişlik sendromu ve depresif belirti düzeyi. Kriz Dergisi, 8(1): 32-36
- 19- Croucher R, Osborne D, Marcanes W, Sheiham A, Burnout and issues of the work environment reported by general dental practitioners in the United Kingdom. Community Dent. Health Mar 1998 15(1): 40-43.
- 20- Schraub S, Marx E, (2004) Burn out syndrome in oncology. Med Clin(Barc) Sep. 4: 123(7); 265-75
- 21- Mingote Adan JC, Moreno Jimenez B, Galvez I, Herrero M. Burnout and the health of medical professionals review and preventive options. (1991) J. Clin. Oncol. Oct; 9(10): 1916-20

COŞKUN HERNİ ONARIMI: İNGUINAL HERNİ ONARIMINDA YENİ BİR TEKNİK *Coşkun Hernia Repair: A New Technique For Inguinal Hernia Repair*

Dr. Faruk Coşkun, Dr. Ömer V. Özozan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Endojen dokular kullanılarak fasya transversalis plikasyonu ve takiben inguinal ligamanla conjoint tendonun yaklaştırılmasıyla çift kat olarak gerçekleştirilen Coşkun herni onarımı tekniği ile, eksojen kaynaklı anterior mesh kullanılarak yapılan fasya transversalis intakt bırakan Lichtenstein herni onarım tekniği prospektif ve randomize bir çalışmayla karşılaştırıldı. Coşkun herni onarımı yeni bir teknik olup inguinal bölgede fıtık oluşumunda en önemli tabaka olan fasya transversalisin onarımında sütür hattı üzerine bincen aşırı gerilme kuvvetini ikinci kat onarımı ile azaltarak yara iyileşmesi üzerine olan olumsuz etkisinin azaltılması temeline dayanmaktadır. Çalışma iki eşit grupta toplam 140 hastada yapıldı. Birinci gruptaki inguinal hernilerin tamamı primer olup Coşkun herni onarımı yapılırken, ikinci grup Lichtenstein yöntemi ile tamir edildi. Yaş, cins, herni etiyojisi, cerrahin deneyimi, komplikasyonlar, hastanede kalış süresi, anestezi tipi, değerlendirildi. Prostatizm, eşlik eden hastalıklar, operasyon süresinin, komplikasyonların ve herninin Nyhus tipinin nüks üzerine etkisi ayrıca değerlendirildi. İki gruptaki hastaların çoğu genel anestezi altında (Coşkun herni onarımı ve Lichtenstein için sırasıyla %78, %80) ve ortalama %78 asistan doktorlar tarafından opere edildi. Hastalar ortalama 36 ay süre ile takip edildi. Postoperatif birinci yılın sonunda sadece 3 (%2.1) hastada rekürrens mevcut olup, bunlardan birisi Coşkun herni onarım grubunda (%1.4) diğer ikisi ise Lichtenstein grubundaydı (%2.8). aradaki fark anlamlı değildi. Coşkun herni onarım grubu daha az komplikasyona sahipti. Nüksü olan hastaların operasyon süresi 60 dakikadan uzun olup, tümü asistan doktorlar tarafından opere edilmiştir. Nüksü olan iki hastanın kronik öksürük ve prostatizm yakınmaları mevcuttu. Sonuç olarak bu çalışma Coşkun herni onarımının, nüks oranları açısından mesh onarımı kadar etkili olduğunu erken ve geç komplikasyonlar açısından Lichtenstein operasyonundan daha az komplikasyona sahip olduğunu ve cerrahi asistanları tarafından da kolaylıkla ve güvenle yapılabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Herni, Herni onarımı

ABSTRACT

We compared a new fascia transversalis based hernioplasty with mesh repair techniques which leave the fascia transversalis intact. We prospectively randomized 180 consecutive patients with inguinal hernia to undergo one of the three hernia repair techniques. Hernias were repaired either by using the new fascia transversalis repair-Coşkun's hernia repair (FTR), based on the plication of fascia using continuous sutures and followed by a second layer of interrupted or continuous sutures between inguinal ligament and conjoint tendon to distribute the tension, or one of the two mesh repair techniques: anterior (Lichtenstein) or posterior (preperitoneal) repair. Parameters such as age, sex, hernia cause, operation time, type of anesthesia, surgeon's seniority, complications, hospital stay and follow-up were evaluated. Recurrence rates were determined through clinical examination. Effect of prostatism, co-morbid disease, operation time, complications and Nyhus type of hernia on recurrences were also analysed. Most patients in each group were operated on under general anesthesia (78% vs. 80% vs. 85% for FTR, Lichtenstein, and preperitoneal repair, respectively) and by surgeons in training (average 78%). Patients were followed up for a median of 36 months. FTR had less complications and an acceptable time for operation whereas preperitoneal repairs needed more seniority, longer operation time, and caused more complications. There were only 3 (1.6%) recurrences, none in the FTR group and two in the Lichtenstein group during first postoperative year. There was no recurrence in preperitoneal repair group. All patients with recurrences had an operation time longer than 60 min and were operated on by surgeons in training. Two patients with recurrences had prostatism symptoms and chronic cough. We conclude that the new FTR is as effective as mesh repair (either anterior or posterior) with an acceptable rate of recurrences, fewer complications, and that it can be performed by the surgeons in training.

Key Words: Inguinal hernia, Hernia repair

GİRİŞ

Inguinal herni onarımı genel cerrahi pratiğinde en fazla karşılaşılan operasyondur. Inguinal hernilere yaklaşımda kullanılması gereken en önemli tabaka fasya transversalis'tir. Bu yaklaşım Bassini'den beri bilinen bir durum olup Bassini, arka duvarı fasya transversalis, transversus abdominis ve internal oblik kaslarından oluşan 3'lü tabakayı inguinal ligamana aralıklı sütürlerle yaklaştırıp güçlendirmek suretiyle kullanmıştır(1,2). Bu teknik inguinal herni onarımında yıllardır kullanılmaktadır. Shouldice onarımında ise, fasya transversalis kesilip, 4 tabaka halinde tendon konjuan inguinal ligamana yaklaştırılır(3). Bu dört tabakalı onarım daha sonra Berliner(5) ve Wise(4) tarafından, ilk olarak 3 kat daha sonra 2 kat olarak modifiye

edilmiştir. Arka duvarı güçlendirmek için fasya transversalisin önüne veya arkasına prostetik materyal yerleştirilmesi de düşük rekürrens oranları ile yaygın olarak kullanılmıştır. Rekürrens oranları yaklaşık olarak %1-2 olan birçok değişik teknik tarif edilmiş olmasına rağmen; yeni, basit, yapılması ve öğrenilmesi kolay, geniş diseksiyona veya prostetik materyale ihtiyaç duyulmayan bir tekniğe hala ihtiyaç duyulmaktadır(1,6,7).

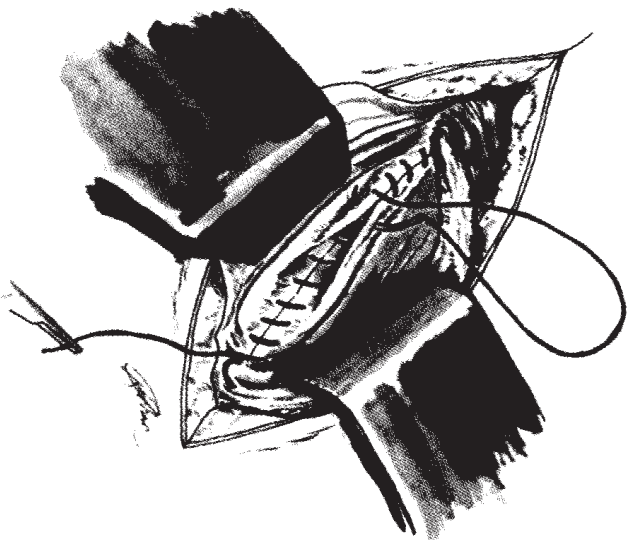
Bu çalışmada fasya transversalis tabanlı yeni bir hernioplasti tekniğinin etkinliği araştırılmakta ve sonuçları bugün düşük nüks oranlarıyla çok yaygın olarak kullanılan fasya transversalisin intakt bırakıldığı anterior mesh onarım tekniği ile karşılaştırılmaktadır.

HASTALAR ve METODLAR

Uzman cerrahlar veya asistanlar tarafından iki herni onarım tekniğinden birisi ile opere edilen inguinal hernisi olan 140 hasta (129 erkek, 11 kadın, yaş ortalaması 51 ve aralığı 15-87 yaş olan 140 hasta) prospektif olarak randomize edildi. Hastaların özellikleri tablo 1 ' de özetlenmiştir. Hastalar genel, lokal, spinal anestezi kullanılarak opere edildiler. Yaş, cinsiyet, herni etiyolojisi, operasyon süresi, anestezi tipi, cerrahın deneyimi, komplikasyonlar, hastanede kalış süresi ve takip süresi gibi parametreleri incelendi. Nüks oranları klinik muayene ile tespit edildi. Prostatizmin, eşlik eden hastalığın, operasyon süresinin, komplikasyonların ve herninin Nyhus tipinin nüks üzerine etkisi ayrıca tespit edildi.



Şekil.1 Fasyanın sürekli sütürlerle pilikasyonu



Şekil. 2 İnguinal ligamanla tendon konjuan arası sürekli sütürlerle oluşturulan ikinci tabaka

CERRAHİ TEKNİK

Bu çalışmada herniler ya Coşkun herni onarımı ile ya da anterior (Lichtenstein) mesh onarım tekniğinden birisi ile onarıldılar.

COŞKUN HERNİ ONARIMI

Cilt inguinal oblik veya transvers insizyonla açılır. Eksternal oblik fasya açılır ve spermatik kord inguinal tabandan ayrılır. Kordun altındaki tüm yapışıklıklar ayrılarak internal ring ile tuberkulum pubikum arasındaki (Hasselbach üçgeni) fasya transversalis tamamiyle açığa çıkartılır. Herni kesesi, direk herniler dışında bağlanarak eksize edilir. İki sıfır veya tek sıfır prolen sürekli iplik, ilk sütür pubik tuberkül fasyasından geçirilip bağlandıktan sonra fasya transversalis kendi üzerine katlanarak pilike edilir. İnternal ring hizasına gelince internal ring dolaşımın bozulmasını engellemeyecek şekilde daraltılarak sürekli dikiş bir kez daha bağlanır. Yine aynı sütür kesilmeden bu kez internal ring hizasından başlayarak inguinal ligamant ve tendon konjuan' dan küçük ısırıklar alınarak sürekli dikiş tekniğiyle ikinci takviye tabakası oluşturulur. Tuberkulum pubikum'a gelince iğne tekrar pubik fasyadan geçirilerek başlangıç ipiyle bağlanır(1). Aynı takviye tek tek dikişlerle veya başka absorbe olmayan dikiş materyali kullanılarak da yapılabilir. Bu teknikteki ikinci tabakanın amacı fasya transversalis takviyesinin üzerine binen gerilim kuvvetini azaltmaktır (şekil 1,2).

TAKİP

Hastalar postoperatif ilk yıl 3, 6, 9,12 . aylarda ve daha sonra yılda bir kez kliniğe çağırılarak fizik muayene ile kontrol edildiler. Komplikasyonlar ve nüksler not edildi. Birinci yıldan sonra kliniğe gelmeyen hastalara ise telefon ile ulaşılarak nüks açısından sorgulanmaları sağlandı.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Datalar SPSS 11.0 Windows kullanılarak depolandı ve ortalama değerler SD olarak verildi. Gruplar arası farklar Fisher exact test ve ² testleri ile yapıldı. İki grup tek yönlü varyans analizi ve Tukey's post-hoc testi kullanılarak karşılaştırıldı. 0.05' in altındaki değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

SONUÇLAR

Her iki grupta genel anestezi kullanımı %80 olup yaklaşık olarak her iki grupta da benzer oranlarda tercih edilmiştir. Coşkun herni onarımı ile Lichtenstein onarımı cerrahın deneyiminden bağımsız olarak aynı sürelerde yapılmıştır. Her iki grupta hastanede kalış süreleri yakındır (Tablo-1). 36 aylık takipler sonunda, postoperatif 1. yılda 3 adet rekürrens saptanmıştır. Birisi Nyhus tip 3-b olup Coşkun herni onarım grubunda, diğer ikisi Lichtenstein grubunda olup Nyhus tip 3-b'dir. Her iki grupta da operasyonlar benzer şekilde %80 oranlarında asistan doktorlar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Tablo.1 Hasta karakteristikleri

	Coşkun (N=70)	Lichtenstein (N=70)	P
Yaş (yıl)	55 (18-80)	48 (15-87)	n.s.
Seks: E/K	65/5	64/6	n.s.
Nyhus tipi			
I	—	—	
II	29	23	
III	41	32	
IV	—	15	
Operasyon süresi (dk)	45 (20-60)	40 (25-55)	n.s.
Hastane yatışı (gün)	2 (0-6)	2 (0-8)	n.s.
Genel anestezi (%)	78	80	n.s.
Takip (ay)	36 (14-47)	36 (13-45)	n.s.
Hasta no.			
1 yıl	—	—	—
1-2 yıl	24	24	<0.05
2-3 yıl	29	31	n.s.
3-4 yıl	17	15	<0.05

Coşkun herni onarım grubundaki nüks Lichtenstein onarımı ile, Lichtenstein grubundaki nüksler ise preperitoneal yöntemle onarılmışlardır. Hastalarımızın takipleri düzenli olarak yapılmış olup, yalnızca Lichtenstein grubundan 1 hasta takibe alınamamıştır. Postoperatif ikinci yılda da yalnızca 1 hastanın takibinde sorun yaşanmıştır. Nüksü olan hastaların hepsi erkek olup, onarımların hepsi asistan doktorlar tarafından yapılmış ve operasyon süresi 60 dakikanın üzerinde sürmüştür. Preoperatif eşlik eden hastalıklar ile nüks arasında ilişki olmamasına rağmen Lichtenstein grubundaki iki hastada prostatizm semptomları ve kronik öksürük mevcuttu. Postoperatif komplikasyonlarla da korelasyon tespit edilmemiştir.

Komplikasyonlar erken (intraoperatif komplikasyonlar; kanama, üriner retansiyon, skrotal hematoma, skrotal seroma ve postoperatif periyotta yara enfeksiyonu) veya geç (kronik ağrı, sinir hasarına bağlı parestezi ve testiküler atrofi) olarak sınıflandırılmıştır. Geç komplikasyonlardan Lichtenstein grubunda ağrı ve parestezi izlenmiş olup, Coşkun herni onarım grubunda erken ve geç komplikasyonlar anlamlı olarak daha azdır (Tablo.2).

Tablo. 2 Komplikasyon, rekürrens ve asistanlar tarafından yapılan operasyonlar

	Coşkun (n=70)	Lichtenstein (n=70)	P
Komplikasyonlar			
Erken	4 (7.7%)	11 (18%)	<0.05
Geç	0	7 (17%)	<0.01
Rekürrens	1	2	n.s.
Cerrahi Asistanları	78%	80%	<0.05

TARTIŞMA

Çalışma 36 aylık takiplerin sonucunda iki gruptaki hastaların nüks oranlarında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Coşkun herni onarımının daha düşük komplikasyon oranları ve daha kısa operasyon süreleri ile eğitim alan cerrahlar tarafından kolaylıkla yapılabileceğini tespit ettik. Nükslerin tümü postoperatif 1. yılda izlenmiştir. Nüks insidansı her iki grup için total % 1.7 olup, 2 ve 3 yıllık takiplerde nüks rastlanmamıştır. İnguinal hernilerin tümü alt abdominal duvarda bulunan myopektineal orifisten köken alır. Bu orifis arkuat çizginin altında yalnızca fasya transversalis tarafından desteklenmektedir çünkü arkuat çizginin altında posterior rektus kılıfı bulunmamaktadır(11). Herniler fasya transversalisteki bozulmalar sonucunda oluşur, dolayısıyla fasya transversalis kullanılarak yapılan onarımlarla sonuçlar geliştirilebilir. Ancak fasya transvelis nisbeten zayıf bir destek dokusu olup, özellikle tamir sonrası erken iyileşme döneminde yara iyileşmesinde negatif etki yapan sütür hattına binen gerginliği azaltıcı önlemler alınması, bu olumsuzluğu ortadan kaldırabilir.

İnguinal herni onarımları genel cerrahlar tarafından en sık yapılan operasyonlar olup, tedavi amacıyla bir çok teknik ve modifikasyonlar geliştirilmiştir. Günümüzde iki ana grupta toplanan herni onarımları ; gerilimli-endojen doku kullanılarak yapılan yada gerilimsiz-eksojen mesh kullanılarak yapılanlar olarak ayrılmıştır(12). 1990'lara dek endojen doku kullanılarak yapılan onarımlar olan Bassini/Halsted, Cooper/ Mc Vay ve Shouldice popüler iken, günümüzde mesh'e dayalı onarımlar olan Lichtenstein(anterior mesh), Nyhus(preperitoneal), mesh tıkaç, laparoskopik onarımlar daha popülerdir(1,7,8,13,14). İnguinal herni onarımında en iyi teknik halen tartışma konusudur. Nüks oranlarını birçok faktör etkilemekle birlikte,başarıda en önemli faktör cerrahın deneyimi ve becerisidir. Bu yüzden düşük komplikasyon ve nüks oranlarına sahip olan, eğitim alan cerrahlar tarafından da kolaylıkla yapılabilen yeni bir tekniği tariflemek oldukça önemlidir. Bir çok çalışmada iki tabakalı fasya transversalis onarımı tariflenmiştir(4,5,10,15,16,17). Bunların hepsinde fasya transversalis kesilip, tekrar onarılmıştır.

Bu çalışmayı yürüten Dr. Coşkun tarafından fasya açılmadan lokal anestezi altında yüzün üzerinde inguinal herni onarımı muayenane şartlarında yapılmış olup, 5 yıllık takiplerde yalnızca 1 adet rekürrense rastlanılmıştır(1). Bu sebepten dolayı Coşkun herni onarım tekniğini, Lichtenstein tekniği ile karşılaştırmaya karar verdik. Coşkun herni onarım tekniğinin özelliğinden dolayı Nyhus tip-4 hernilerde kullanılmamıştır. Rutkow tarafından daha önce herni onarımlarının, teknik güçlükleri, operasyon süreleri, erken ve geç komplikasyonlar, hastanede kalış süreleri ve nüks oranları karşılaştırılmıştır(12).

Yeni bir teknik olan Coşkun herni onarım tekniği, eğitim alan cerrahlarca kolaylıkla öğrenilebilen basit bir tekniktir(1). Bu çalışmada herni onarımlarının % 78'i asistan doktorlar tarafından yapılmıştır. Coşkun herni onarım grubundaki hastalarda erken ve geç komplikasyonlara daha az rastlanılmıştır. Herni onarımında başarıyı gösteren en önemli faktör nüks oranları olmakla birlikte, nüksü olan hastaların çoğu operasyonu gerçekleştiren cerrahlara dönmemektedir(18). Bu çalışmada hastalarımızın takiplerini düzenli aralıklarla yapılmış olup, postoperatif birinci yılda % 100 güvenilirlik oranımız mevcuttur. Ardından takiplere telefon görüşmeleri ile devam edilmiştir. Nükslerin tümü postoperatif birinci yılda görülmüş erkek hastalar olup tamamı eğitim alan cerrahlar tarafından yapılmış olan operasyonlardır. Özelleşmiş merkezlerde herni

onarımında rekürrens oranları % 1'in altında olup, % 30' lara kadar çıkan merkezler mevcuttur(19,20). Hastalarımızın ancak % 32' sinde 3 yılın üzerinde takip süreleri mevcut olduğundan, geç nüksler hakkında yorum yapmak doğru değildir çünkü geç nükslerin çoğu 3 yıldan sonra ortaya çıkmaktadır. Buna rağmen, nükslerin çoğu onarımdan sonra erken dönemde ortaya çıkmakta ve uzun dönem takiplerde önemli bir referans olmaktadır(21). Başka yazarlar tarafından fasya transversalisin kesilmesinin daha iyi sonuçlar verdiğini söylenmesine rağmen(4,5,17), bizim çalışmamızdaki sonuçlar fasyanın kesilmesine gerek olmadığını ortaya koymaktadır(1). Bunlara ek olarak, fasya onarımının aralıklı veya sürekli sütürlerle yapılmasının her hangi bir fark yaratmamaktadır(22). Çalışmamızda maliyet analizi yapmamamıza rağmen, prostetik materyal kullanılmadığından dolayı daha düşük maliyetli olduğu açıktır.

Sonuç olarak yeni bir herni onarım tekniği olan Coşkun herni onarımı, mesh onarım teknikleri kadar düşük nüks oranlarına ve daha düşük komplikasyon oranlarına sahip olmasıyla kabul edilebilir bir tekniktir(1). Üstelik endojen dokuları kullanması nedeniyle daha ucuz ve kolay öğrenilip, kolayca uygulanabildiğinden dolayı da özelleşmiş kliniklerin dışında da güvenle kullanılabilecek bir tekniktir.

KAYNAKLAR

- 1- F. Coşkun, M. M. Özmen, M. Moran, O. Ozozan. New technique for inguinal hernia repair. *Hernia* (2005) 9: 32-36
- 2- Devlin HB (1988) General introduction and history of hernia surgery. In: Devlin HB (ed) *Management of abdominal hernias*, 1st edn. Butterworth, London, pp 19
- 3- Welsh DRJ, Alexander MAJ (1993) The Shouldice repair. *Surg Clin North Am* 73:451-469
- 4- Berliner SD, Wise L (1980) Transversalis fascia hernioplasty. *N Y State J Med* 80:2527
- 5- Berliner SD (1984) An approach to groin hernia. *Surg Clin North Am* 64:1972-13
- 6- Lichtenstein IL (1987) Herniorrhaphy: a personal experience with 6,321 cases. *Am J Surg* 153:553-559
- 7- Nyhus LM, Pollak R, Bombeck CT, Donahue PE (1988) The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for the recurrent hernia: the evolution of a technique. *Ann Surg* 203:733-737
- 8- Kurzer M, Belsham A, Kark AE (1998) The Lichtenstein repair. *Surg Clin North Am* 78:1025-1047
- 9- Patino JF, Garcia-Herreros LG, Zundel N (1998) Inguinal hernia repair: the Nyhus posterior preperitoneal operation. *Surg Clin North Am* 78:1063-1074
- 10- Ohsawa J, Tanaka M, Oka H, Sawabe Y, et al (1991) A New Method for adult groin hernias centering on repair of the transversalis fascia. *Jpn J Surg* 21:381-391
- 11- Bendavid R, Howarth D (2000) Transversalis fascia rediscovered. *Surg Clin North Am* 80:2533
- 12- Rutkow IM (1998) Epidemiologic, economic and social aspects of hernia surgery in the United States in the 1990s. *Surg Clin North Am* 78:941-951
- 13- Robbins AW, Ruthow IN (1998) Mesh plug repair and groin hernia surgery. *Surg Clin North Am*. 78:1007-1023
- 14- Wright DM, Kennedy A, Baxter JN, Fullarton GM, Fife LM, Sunderland GT, ODwyer PJ (1996) Early outcome after open versus extraperitoneal endoscopic tension-free hernioplasty: a randomized clinical trial. *Surgery* 119:552-557
- 15- Ottsen M, Hahn-Pedersen A, Vejlesby J (1966) Inguinal herniorrhaphy by anatomical transversalis fascia repair. *Acta Chir Scand* 131:441-447
- 16- Mansberger JA, Rogers DA, Jennings WD, Leroy J (1992) A comparison of a new two-layer anatomic repair to the traditional Shouldice herniorrhaphy. *Am Surg* 58:211-212
- 17- Varshney S, Burke D, Johnson CD (1995) Two-layer repair of the transversalis fascia is sufficient for inguinal hernia repair. *Ann R Coll Surg Engl* 77:305-307
- 18- Pietri P, Gabrielli F (1986) Recurrent inguinal hernia. *Int Surg* 71:164-168
- 19- Abrahamson J (1998) Etiology and pathophysiology of primary and recurrent groin hernia formation. *Surg Clin North Am* 78:953-972
- 20- Amid PK, Lichtenstein IL (1998) Long-term results and current status of the Lichtenstein open tension-free hernioplasty. *Hernia* 2:89-94
- 21- Amid PK (2003) The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Hernia* 7:131-6
- 22- Nielsen OV, Jorgensen AP, Ottsen M (1972) Inguinal herniorrhaphy by anatomical transversalis fascia repair: a follow-up study. *Acta Chir Scand* 138:701-704

OOFEREKTOMİZE RAT MODELİNDE VÜCUT AĞIRLIĞI, SERUM LİPİDLERİ VE UTERUSDA TAMOKSİFEN VE ESTRADİOLUN KARŞILAŞTIRILMASI

A Comparative Study of Tamoxifen Versus Unopposed Estradiol on Body Weight, Serum Lipids and Uterus in an Oophorectomized Rat Model

Dr. Sema Kardeş, Dr. Müberra Koçak, Dr. Kenan Kardeş, Dr. Ali Haberal

TCSB Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

ÖZET

Amaç: Ooferektomize rat modelinde tamoksifenin Karşılanmamış östrojen agonistik etkilerini araştırmak

Materyal-metod: Ortalama ağırlıkları 285 gram olan 60 adet dişi rat dört gruba ayrıldı. 15 rat kontrol grubunu oluşturdu (Grup I) ve diğer 45 rat'a ooferektomi uygulandıktan sonra 5 hafta süreyle estradiol (Grup II), tamoksifen (Grup III) veya standard gıda verildi (Grup IV-Menopoz grubu). Çalışma sonu vücut ve uterin ağırlık, serum lipidleri, endometrial-myometrial kalınlıklar kaydedildi ve karşılaştırmada iki yönlü ANOVA kullanıldı.

Bulgular: Menopoz grubunda vücut ağırlığı ve HDLc düzeyleri önemli ölçüde yüksek, tamoksifen veya estradiol grubunda LDLc düzeyleri önemli ölçüde düşük idi ($p<0.001$). İki tedavi grubunun trigliserid düzeyindeki değişiklikler benzerdi ($p>0.05$). Tamoksifen grubunda HDLc/LDLc diğer gruplardan anlamlı yüksek olmasına karşın estradiol grubundaki oran Grup III den daha yüksekti ($p<0.001$). Tedavi bitiminde diğer gruplara göre, Group II ve III de uterin ağırlık artışı anlamsız ($p>0.05$), ancak endo-myometrial kalınlık artışları anlamlı ölçüde yüksekti ($p<0.001$).

Sonuç: Oofektomize ratlara kısa süreli tamoksifen verilmesi vücut ağırlığı ve LDLc düzeyini düşürerek ve HDLc/LDLc oranını artırarak östrojen agonistik değişikliklere yol açmaktadır. İnsan fizyolojisinde, endometrial-myometrial kalınlık farkları açıkça tamoksifene bağlanamasa da, bulgularımız postmenopozal ratlarda tamoksifenin güçlü uyarıcı etkisi olduğunu göstermektedir. İnsan çalışmalarında, artan neoplastik endo-myometrial süreçlerin tamoksifenle ilişkisi açık olmayıp, kanıtlanması gereklidir.

Anahtar kelimeler: Tamoksifen, dişi ratlar, menopoz, lipidler, endometrial kanser

ABSTRACT

Objective: The aim of this experimental study was to investigate the effects of tamoxifen versus unopposed estradiol in an oophorectomized rat model.

Materials and Methods: Sixty female rats weighing approximately 285g were divided into four groups. At the beginning, 15 rats were necropsied and served as controls (Group I). The other three groups of rats were ovariectomized and then were given estradiol (Group II), tamoxifen (Group III) or standard chow only (Group IV-castration). Estradiol was given intramuscularly at 0.1 mg/kg/d and tamoxifen was given by gavage at 1 mg/kg/d for five weeks. Serum lipid levels, body and uterine weight, and endometrial myometrial thickness were recorded at the end of the study. Data were presented as the mean $\pm$ SEM. Comparison of baseline and five-week measurements for each group were compared by two-way repeated measures ANOVA. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: The change in body weight was significant in Group IV, but did not differ by estradiol or tamoxifen treatment (34.733 ± 16.529 g in group IV versus 16.200 ± 7.701 g in controls, 10.200 ± 9.435 g in estradiol, 11.600 ± 4.084 g in the tamoxifen; $p < 0.001$). The highest HDLc values were determined in Group IV ($p < 0.001$). Estradiol or tamoxifen treatment resulted in a significant decrease in LDLc compared with the others ($p < 0.001$). Changes in triglyceride levels were comparable among the two treatment groups ($p > 0.05$). Although tamoxifen treatment caused a significant increase in HDLc/LDLc ratio compared with Group I and IV, higher increase due to estradiol treatment was significantly different between the groups ($p < 0.001$). Changes in the uterine weight with estradiol or tamoxifen were not different ($p > 0.05$), but, both estradiol and tamoxifen resulted in marked increase in the myometrial and endometrial thickness compared with control and castration groups ($p < 0.001$).

Conclusion: Short-term tamoxifen administration in oophorectomized rats promotes estrogen agonistic changes by reducing body weight, LDLc concentration and, increasing HDLc/LDLc ratio. Although the change in endometrial-myometrial thickness could not be entirely explained by the effects of tamoxifen on human physiology, our data indicate that tamoxifen administration exert its significant stimulating effects on postmenopausal rat uterus. Whether an increased incidence of neoplastic endometrial myometrial changes can be linked to tamoxifen is unclear in human studies, and remains to be proven.

Keywords: Tamoxifen, female rats, menopause, lipids, endometrial cancer

GİRİŞ

Tamoksifen nonsteroidal yapıda östrojen reseptör agonist/antagonisti olup, dünyada meme kanserli hastalarda en sık kullanılan antineoplastik ajandır. Günümüzde tamoksifen kullanımının, yüksek antitümör özelliği ve düşük yan etki insidansı nedeniyle 10 milyon kadın yılına ulaştığı belirtilmektedir.

Tamoksifenin östrojenik etkisi ile osteoporozu önlediği ve serum lipid profiline bağlı iyileşme ile kalp krizine bağlı mortaliteyi azalttığı ve bu arada zayıf östrojenik etki ile

Uterusu uyardığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (1,2).

Tamoksifen kullanan hastalardaki endometrial patolojilerin tamamına yakını, retrospektif araştırmalarda ilaç kullanan hastalarda saptanmaktadır (3). Tamoksifen tedavisi öncesi, prospektif olarak myometrial ve endometrial patolojilerin varlığı kaydedilmediğinden, tedavi esnasında saptanan patolojilerin kaynağının tamoksifenin doğrudan uterotropik etkisiyle ilişkili olup olmadığı tartışılmaktadır (4-7).

Literatürde postmenopozal kadınlar ve kastre hayvan modelleri ile yapılan çalışmalarda, tamoksifen kullanımı ile ilişkili kardioprotektif lipid profili tanımlanırken, uterusun benign ve malign hastalıklarında artış olduğuna dikkat çekilmektedir. Ooforektomize sıçanlarda östrojen tedavisi ile kıyaslandığında daha az etkin olmakla beraber olumlu lipid profili ve olumsuz endometrial değişiklikler saptandığı bildirilmiştir (4,5,7).

Sunulan çalışmada ooperektomize rat modeli kullanılarak, tamoksifen kullanımının serum lipitleri ve uterus'a etkileri araştırılmış ve tamoksifenin etkileri ile karşılanmamış östrojen tedavisinin etkileri kıyaslanmaya çalışılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Toplam 60 adet Sprague-Pawley tipi sıçan Ankara Üniversitesi Hayvan Deney Laboratuvarına alınarak incelendi. Benzer yaş aralığında ve ortalama 285 gram ağırlığında olan deney hayvanları deney öncesi iki hafta standard yemle beslendi ve ayrı ayrı kafeste tutuldu. SSK Ankara Doğumevindeki yerel etik komitenin deneysel çalışma planını onaylaması üzerine ratlar eşit sayıda olarak dört çalışma grubuna ayrıldı. Çalışmanın başında ayrılan 15 rat kontrol grubunu oluşturdu (Grup I) ve vücut ağırlığı, serum lipitleri, uterus ağırlığı ve endometrial-myometrial kalınlık ölçümleri için doğrudan nekropsi bulguları kaydedildi. Geriye kalan 45 hayvana ketamine hydrochloride (3mg/kg) anestezisi ile ooforektomi uygulandıktan sonra üç gruba ayrıldı: Östrojen (Grup II), Tamoksifen (Grup III) ve menopoz (Grup IV). Toplam beş hafta süreyle çalışma grubundaki ooforektomize ratlara; intramüsküler estradiol, 0.1mg/kg (10mg/ml amp. Sebafarma, İstanbul) ve oral tamoksifen, 1mg/kg (10mg tbl. Atafarm, İstanbul) dozunda kullanıldı ve menopoz grubundaki 15 rat'a sadece standart laboratuvar yemi verildi. Çalışma süresi bitiminde vücut, uterus ağırlığı ve endometrial-myometrial kalınlık ölçümleri için tüm

ratlara nekropsi yapıldı ve serum lipitleri için yaklaşık 5-10 cc kardiyak kan alındı.

Tüm gruplardan alınan kan örnekleri santrifüj edilerek donduruldu ve eşzamanında değerlendirildi. Total kolesterol, HDLc, trigliserid düzeyleri, Biomerieux Application Visual 99877 Analyzer ile ölçüldü. VLDLc ve LDLc düzeyleri, toplam trigliserid ve HDLc düzeyleri üzerinden hesaplandı.

Uterus ağırlığı ve endometrial-myometrial kalınlık ölçümleri gram ve mikronlarla belirtildi.

Verilerin analizinde ortalama ve standard sapma kullanıldı ve istatistiksel değerlendirme için ANOVA testi kullanılarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma başlangıcında dört gruba ayrılan 60 deney hayvanının vücut ağırlığı benzer bulundu ($p > 0.05$). Çalışmanın bitimi olan beş hafta sonunda, tüm ooforektomize sıçanların vücut ağırlığı artmıştı ancak en belirgin artış menopoz grubunda idi. Menopoz grubunda çalışma başlangıcında 287.800 ± 15.218 g olan vücut ağırlığının 322.533 ± 14.923 g'a çıkması diğer gruplara göre anlamlı bulundu ($p < 0.001$) (Tablo I). Östrojen, tamoksifen gruplarında kontrol grubuna göre çalışma sonunda anlamlı vücut ağırlığı artışı kaydedilmedi ($p > 0.05$).

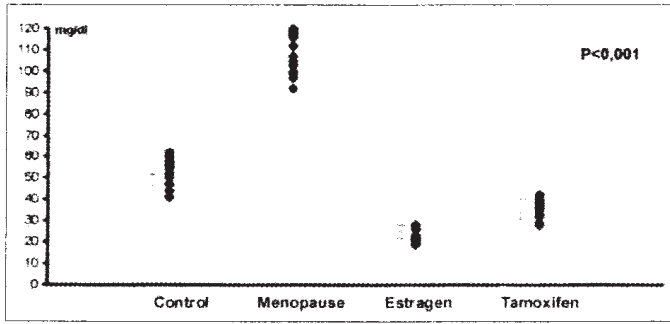
Serum lipid değişiklikleri Tablo II de kaydedilmiştir. Kontrol grubunun ortalama kolesterol düzeyinin menopoz grubunda 53.066 ± 5.921 den 107.666 ± 8.893 mg/dl'e çıktığı ve II ve III'üncü grupta sırasıyla 22.800 ± 2.883 mg/dl ve 35.733 ± 3.899 mg/dl'e düştüğü gözlenmektedir. Ayrıca dört grubun total kolesterol düzeyleri anlamlı ölçüde farklı bulundu ($p < 0.001$) (Grafik I).

Tablo I. Postmenopozal ratlarda vücut ağırlık değişiklikleri

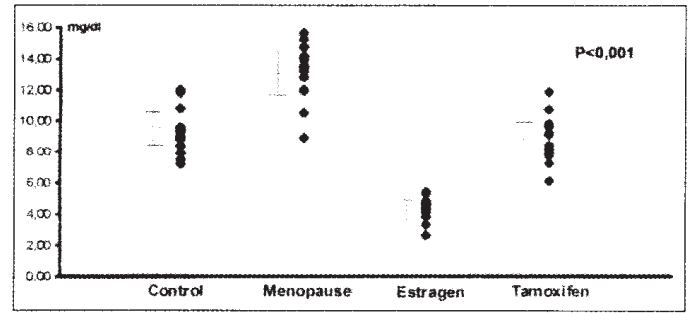
Grup	Baseline ağırlık(g)	Tedavi sonrası(g)	İlave kilo(g)	P değeri
Kontrol	287.533 ± 21.470	303.733 ± 15.768	16.200 ± 7.701	$p > 0.05$
Menopoz	287.800 ± 15.218	322.533 ± 14.923	34.733 ± 16.529	$p < 0.001^*$
Östrojen	284.266 ± 13.079	294.466 ± 10.702	10.200 ± 9.435	$p > 0.05$
Tamoksifen	290.933 ± 19.035	302.533 ± 17.484	11.600 ± 4.084	$p > 0.05$

Tablo II. Total kolesterol, HDLc, LDLc ve trigliserit düzeylerine menopoz, östrojen ve tamoksifen tedavisinin etkisi (*):mg/dl.

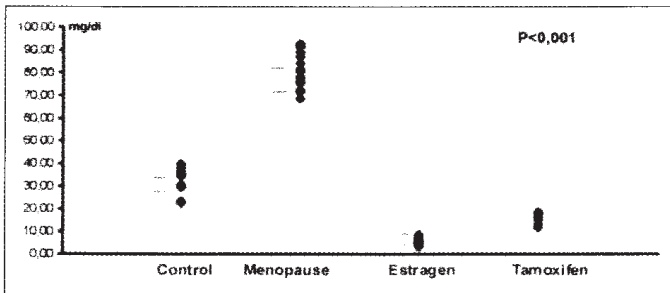
Grup	Total kolesterol (*)	HDLc (*)	LDLc (*)	Trigliserit (*)	HDL/LDL (*)
Kontrol	53.066 ± 5.921	9.240 ± 1.673	32.806 ± 5.131	55.533 ± 9.731	0.285 ± 0.050
Menopoz	107.666 ± 8.893	13.206 ± 1.859	82.313 ± 8.297	61.400 ± 5.973	0.161 ± 0.028
Östrojen	22.800 ± 2.883	4.393 ± 0.758	5.460 ± 1.674	64.800 ± 8.282	0.845 ± 0.189
Tamoksifen	35.733 ± 3.899	8.620 ± 1.441	15.793 ± 2.349	57.333 ± 4.835	0.549 ± 0.080



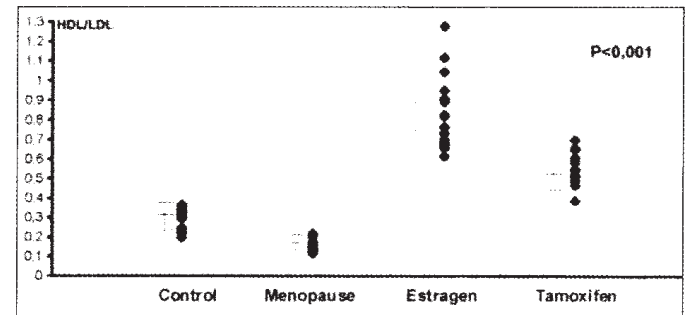
Grafik1. Oofektomize ratlarda ekzojen estradiol ve tamoksifenin total kolesterol düzeylerine etkisi



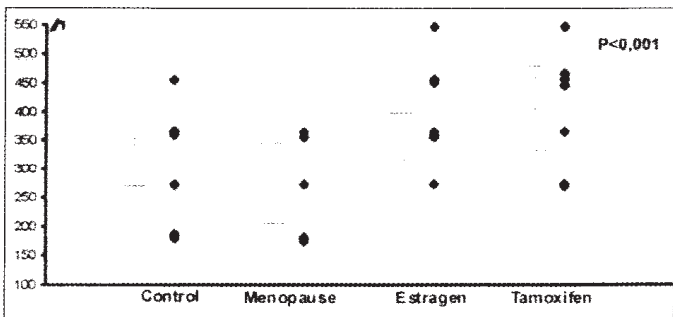
Grafik 2. Oofektomize ratlarda LDLc düzeyleri ile östrojen ve tamoksifen tedavisinin ilişkisi



Grafik3. HDLc düzeyleri ve gruplar arasındaki ilişkinin karşılaştırılması



Grafik 4. HDLc/LDLc oranları ve değişik tedavi grupları dağılımı



Grafik 5. Grupların ortalama endometrial kalınlık dağılımı.

Bazal LDLc düzeyi 32 ± 5 mg/dl iken 82.3 ± 8 mg/dl ile menopoz grubunda pik yaptığı ve östrojen grubunda 5.4 mg/dl ile en düşük düzeye gerilediği gözlemlendi ($p < 0.001$). Tamoksifen grubunun LDLc düzeyi kontrol ve menopoz grubuna göre anlamlı düşük, ancak östrojen grubuna göre anlamlı yüksek idi ($p < 0.001$) (Grafik II).

Tüm gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde menopoz grubunda anlamlı yüksek HDLc düzeyleri gözlemlendi ($p < 0.001$). Östrojen grubunda ise, menopoz grubundaki bulgunun tersine HDLc düzeyleri önemli ölçüde düşüktü ama kontrollerle karşılaştırıldığında tamoksifen grubunun HDLc düzeylerindeki değişiklik anlamlı değildi ($p > 0.05$) (Grafik III).

Gruplar arasında ortalama trigiserid düzeyleri anlamlı farklı idi ($p < 0.001$). Ancak, kontrol ve menopoz grupları ile karşılaştırıldığında, östrojen ve tamoksifen gruplarındaki trigiserid düzey artışı anlamlı değildi ($p > 0.05$) (Tablo II).

Östrojen grubunun HDLc/LDLc oranı menopoz grubuna kıyasla sekiz kat yüksek bulundu ($p < 0.001$; 0.845 ± 0.189 mg/dl karşı 0.161 ± 0.028 mg/dl). Tamoksifen grubunda ise tedavi bitiminde menopoz grubuna göre beş kat yüksek HDLc/LDLc oranı saptandı ($p < 0.001$). Ayrıca östrojen ve tamoksifen grupları arasında da HDLc/LDLc oranları arasında önemli farklılıklar kaydedildi ($p < 0.001$) (Grafik IV).

Menopoz grubunda uterin ağırlık kaybı dikkat çekici iken ($p < 0.001$), östrojen ve tamoksifen tedavisinin uterin ağırlıkta istatistiksel olarak önemsiz artışa yol açtığı ve bu etkinin östrojen veya tamoksifen tedavisinde benzer olduğu saptandı ($p > 0.05$) (Tablo III). Ancak, östrojen ve tamoksifen gruplarındaki endometrial ve myometrial kalınlıklar menopoz ve kontrol gruplarından önemli ölçüde farklı bulundu ($p < 0.001$). Östrojen ve tamoksifen tedavisi sonrası ortalama endometrial kalınlık ise benzer idi ($p > 0.05$) (Grafik V). Ortalama myometrial kalınlık ölçümleri, grup IV de $151.666 \pm 44.403 \mu$, Grup I de $157.733 \pm 41.654 \mu$, Grup III de $297.266 \pm 64.039 \mu$ ve Grup II de $303.333 \pm 56.166 \mu$ idi ve kontrol ve menopoz grubuna göre anlamlı kalınlık artışı olmasına rağmen ($p < 0.001$), tamoksifen ve östrojen grupları arasında myometrial kalınlıklar açısından fark yoktu ($p > 0.05$) (Tablo III).

Tablo III. Kontrol grubu ve ooforektomize ratlarda ortalama endometrial-myometrial kalınlık ve uterus ağırlığı

Grup	Uterus ağırlığı (g)	Endometrial kalınlık (μ)	Myometrial kalınlık (μ)
Kontrol	444.666 ±80.255	266.933 ±87.464	157.733 ±41.654
Menopoz	382.666 ±78.145	242.666 ±74.301	151.666 ±44.403
Östrojen	496.000 ±84.329	382.200 ±70.488	303.333 ±56.166
Tamoksifen	509.333 ±109.574	394.333 ±74.301	297.266 ±64.039

TARTIŞMA

Meme kanserinin palyatif ve adjuvan tedavisinde kullanılan antiöstrojenlerin en yaygın kullanılanı tamoksifen olup, antineoplastik ajan olarak kullanılırken agonist ve antagonist özelliği dolayısıyla hedef dokular dışında da bazı faydalı ve zararlı olabilecek etkilerine rastlanılmaktadır. Güncel literatürde, meme kanseri tedavisinde ilk seçenek ajan olarak önerilen ve etkinliği kanıtlanan tamoksifenle ilgili çok sayıda preklinik ve klinik çalışma mevcuttur (1,2).

Tamoksifen ve metaboliti olan 4-hydroxytamoxifen (4OHT) in insan ve hayvanların meme dokusunda östrojen antagonist aktivitesine karşın, kemik uterus ve serum lipit profiline agonistik etki gösterdiği bilinmektedir. Ooforektomize hayvanlarda tamoksifen kullanımının total kolesterol, LDLc ve lipoproteinlerde düşüşe yol açmasına karşın HDLc ve trigliserid düzeylerinin değişmediği kaydedilmiştir (3,4,5,6,9). Ooforektomize rat modellerinde tamoksifenin serum kolesterol düzeylerini 1/3 oranında düşürdüğü ve bu etkinin östrojenin yarısı düzeyinde olduğu belirtilmiştir (7,10,11). Westerlind ve ark. 17β estradiol'u üç hafta süreyle benzer hayvan modelinde 200μg/kg/gün dozunda kullandıklarında total kolesterol düzeyinde önemli düşme olduğunu bildirmişlerdir (7).

Sunulan çalışmada da hayvan deneylerindeki lipit profili değişiklikleri açısından literatürle uyumlu bulgular gözlemlendi. Tamoksifen kullanan meme kanserli hastalarda düşük total kolesterol ve LDLc düzeyleri östrojen agonistik etkisine bağlanırken, HDLc düzeylerini etkilememesi östrojenik özelliğinden farklı mekanizmayla açıklanmaktadır (6,8,9,12).

Ooforektomize rat modellerinde, insan ve ratların oldukça farklı lipit metabolizmalarından ötürü, tamoksifen ve östrojenin HDLc düzeylerine etkisini yorumlamak güçtür. Ooforektomize rat modelinde, Lunden ve ark. östrojen replasmanı ile dört gün içinde total kolesterol ve HDLc düzeylerinin düştüğünü saptamışlardır (10). Benzer şekilde birkaç çalışmada hem östrojen ve hem de tamoksifenin HDLc reseptör sayısını arttırmak suretiyle düşük HDLc düzeyleri oluşturduğu kaydedilmiştir (13,14). Sunulan çalışmada da literatürle uyumlu olarak östrojen ve tamoksifen tedavisinin HDLc ve LDLc düzeylerinde düşmeye yol açtığı ve menopoz grubunda HDLc düzeylerinde yükselme olduğu dikkat çekmiştir. Östrojen ve östrojen agonisti ile oluşan lipit değişikliklerinin hayvanlardaki kesin etkisi bilinmemekle beraber, WHI bulguları sonucu bu ajanların sağlıklı

postmenopozal kadınlarda lipit profillerini iyileştirme amaçlı kullanımı gündem dışına itilmiş görünmektedir (15).

Sunulan çalışmada sadece standart yem verilen ooforektomize ratların östrojen ve tamoksifen alan gruplara göre aşırı vücut ağırlığı artışı göstermesi, ooforektomize tavşan deneyi sonrası östrojenin kilo alımını sınırladığı sonucuna varan Harboo ve ark.nın çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur (16). Tavşan ve rat modellerinde östrojen tedavisi sonrası gözlenen olası antianabolik mekanizmanın insanlardaki PEPI çalışması gibi HRT tedavi sonuçlarıyla da desteklendiği kaydedilmiştir (17).

Hem hayvan hem de insanlarla yapılan preklinik ve klinik gözlem çalışmaları genital trakt üzerine tamoksifen kullanımının hafif veya orta derecede ve süresi tartışmalı olsa da kesin etkisinin olduğunu göstermektedir (4,7). Meme dokusundaki yüksek antitümör etkinliğine karşın, insan endometrial kanser hücreleri ekilen deneysel sıçan modelinde tamoksifen verilmesinin paradoksal proliferatif etkisi olduğu gösterilmiştir (18). Westerlind ve ark. östrojen veya tamoksifen tedavisinin uterus ağırlığını arttırdığını belirtmekten, sunulan bu çalışmada uterus ağırlığında değişim olmaksızın endometrial-myometrial kalınlığın önemli ölçüde arttığı dikkat çekmektedir (7). Tamoksifen uterotropik etkisi, endometrial hiperplaziden endometrium kanserine kadar uzanan bir spektrum içinde endometrial patolojilere neden olabilmektedir (19,20). Kafkaslı ve ark.nın ooforektomize ratlarla yaptığı çalışmada, 0.4mg/kg/gün verilen hayvanlarda vücut ağırlığının, serum total kolesterol ve LDLc düzeylerinin azaldığı ancak uterin dokuda proliferatif östrojenik etkinin gözlenmediği belirtilmektedir.(5) Sunulan çalışmada ise 1mg/kg/gün şeklinde daha yüksek dozda tamoksifen beş hafta süreyle kullanıldığında postmenopozal rat uteruslarında önemli östrojen agonistik etki olduğu gözlenmiştir.

Güncel literatürde tamoksifen kullanımı ve endometrial benign ve malign patolojiler arasında ilişki varlığını düşündüren çok sayıda çalışma varlığı dikkat çekmektedir (21-25). Shibutani ve ark. tamoksifenin reaktif ürünlere metabolize olabileceğini ve bu ürünlerin de DNA parçacıkları formasyonu ile endometrial karsinogeneze yol açan genotoksik etkileri olabileceği sonucuna varmışlardır (26). Endometrial hücre nükleusunda bulunan AP-1 östrojen reseptörleri ile tamoksifenin bağlanması sonucu c-myc ve fas protoonkogen ekspresyonunun arttığı ve endometriumun uyarıldığı ve sonuçta proliferasyon ve endometrial patoloji gözlemlendiği düşünülmektedir(27).

Tamoksifen kullananlarda kullanmayanlara oranla benign ve malign uterin patolojilerin oranı ve ortaya çıkması için gerekli süre konusunda fikir birliği mevcut değildir.(28-30) Lahti ve ark. tamoksifen kullanan postmenopozal kadınlarda endometrial örnekleme için 5 mmlik endometrial kalınlık eşiğinin hastaların %84 ünde güvenilir olduğunu belirtmiştir (31). Cohen ve ark. ise tamoksifen kullanan hastaların % 98.6 ında endometrial kalınlığının 5mm üstünde olduğunu kaydetmiştir (32). Ancak, Nahari ve ark.nın prospektif çalışmasında ise 5 yılın üstünde uzun süreli tamoksifen kullanan 181 olguda endometrial kalınlığının artmadığı ancak ince endometriumlarda da önemsiz patolojiler saptandığı belirtilmiştir (33). Kedar ve ark tamoksifen alanların %39 unda anormal uterin bulgu saptanmasına karşın almayan kontrol grubunda patoloji saptanma oranının %10 olduğuna dikkat çekmişlerdir (34). Postmenopozal ratlarla yapılan sunulan çalışmada beş haftalık tamoksifen kullanımının belirgin uterotropik etkisi olduğu kaydedilmiştir.

Tamoksifen kullanımı ile mezenkimal uterin tümör gelişim potansiyeli arasındaki ilişki de net değildir. Sunulan çalışmada, beş haftalık oral tamoksifen kullanımının hızlı ve önemli derecede myometrial proliferasyon oluşturduğu kaydedilmiştir. Literatürde tamoksifen kullanımı ve uterin sarkom gelişimi arasındaki ilişkiyi araştıran yaklaşık 40 a yakın vaka taktimi şeklinde seriler ve sunulan çalışmadaki bulgular mezenkimal uterin tümörlerde tamoksifenin uyarıcı faktör olabileceğini düşündürmektedir (35-37).

Jinekolojik Onkoloji pratiğinde kaydedilen serilerin çoğunda, tamoksifen kullanımının ilk yıllarında endometrial

ve myometrial patolojilerin saptanıyor olması dikkat çekici bulunmaktadır. Tamoksifen kullanan hastalarda uterin patolojilerin latent döneminin kısa olduğu ve tedavi öncesi gerçekte mevcut olan patolojilerin erken belirti verdiği bilgisi, tamoksifenin endometrium kanseri patogeneziindeki rolünü kuşkuyla karşılamamıza neden olmakla beraber, sunulan çalışmada tamoksifenin kısa sürede rat uterusunu uyarabildiği dikkat çekmektedir. Yakın zamanlarda ikinci kuşak selektif östrojen reseptör modülatörü (SERM) olarak kullanıma giren raloksifenin ise östradiol ve tamoksifenin aksine hem insan ve hem de hayvan uterusunda uterotropik etkisinin olmadığı bilinmektedir (38-40). Frolik ve ark. raloksifen verdikleri ooforektomize ratlarda dördüncü tedavi gününde östrojen veya tamoksifen kullanımına benzer lipit profili oluştuğunu ve uterusun etkilenmediğini bildirmişlerdir (41).

Sonuç olarak, postmenopozal olgularda adjuvan tamoksifen kullanımı, uterusun benign ve malign hastalıkları insidansını arttırabilmektedir. Bu yüzden, Neve ve ark.nın da önerdiği gibi postmenopozal adjuvan tamoksifen tedavisi öncesi ve esnasında olguların yakın izlemi gerekmektedir (42). Sunulan hayvan çalışması ile tamoksifenin ooforektomize rat uterusunda karşılanmamış östrojen kullanımına benzer uyarıcı etkileri olabileceğine dikkat çekilmek istenmiştir. İlk kullanıldığı tarihten itibaren geçen 25 yıllık süreye rağmen tamoksifenin güvenilirliğinin tam olarak ortaya konulamadığı düşünüldüğünde, yeni SERM ajanları hakkında da karar vermek için çok erken olduğu ortaya çıkmaktadır.

Teşekkür

Çalışmanın yazarları histopatolojik değerlendirmeleri yapan Dr. Ünsal Han ve biyokimyasal değerlendirmeler için Dr.Murat Erhan'a ve ayrıca bu deneysel çalışmadaki desteği için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hayvan deneyleri araştırma laboratuvarına sonsuz teşekkürlerini sunar.

KAYNAKLAR

- 1- Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomized trials. *Lancet* 1998;351:1451-1467
- 2- Goldhirsch A, Wood WC, Senn HJ, et al. Meeting highlights: international consensus panel on the treatment of primary breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:1441-1448
- 3- Steven R. Golstein, MD. Selective estrogen receptor modulators: A new category of agents for therapeutic extending the health of postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1479-84
- 4- Manning MJ, Campos G, Edwards JI, Wagner WD, Wagner JD, Adams MR, Parks JS. Effects of hormone replacement modalities on low density lipoprotein composition and distribution in ovariectomized cynomolgous monkeys. *Atherosclerosis* 1996;121:217-229
- 5- Kafkaslı A, Erdem F, Müezzinoğlu B, Akbaşak B, Burak F, Aksoy T, Birincioğlu M. Side effects of tamoxifen in oophorectomized rats. *Gynecol Obstet Invest* 1998;45(2):93-8
- 6- Brunnig P, Bonfrer J, Hart A, et al. Tamoxifen, serum lipoproteins and cardiovascular risk. *Br J Cancer* 1988;58:497
- 7- Westerlind KC, Gibson KJ, Malone P, Evans GL, Turner RT. Differential effects of estrogen metabolites on bone and reproductive tissues of ovariectomized rats. *J Bone Miner Res* 1998 Jun; 13(6):1023-31
- 8- Love R, Wiebe D, Newcomb P, et al. Effects of tamoxifen on cardiovascular risk factors in postmenopausal women after 5 years of treatment. *J Natl Cancer Inst* 1994;86:1534
- 9- Love R, Mazess R, Barden H, et al. Effects of tamoxifen on bone mineral density in postmenopausal women with breast cancer. *N Engl J Med* 1992;326:852

- 10- Lundeen SG, Carver JM, McKean ML, Winneker RC. Characterisation of the ovariectomized rat model for the evaluation of estrogen effects on plasma cholesterol levels. *Endocrinology* 1997 Apr; 138(4):1552-8
- 11- Washburn SA, Adams MR, Clarkson TB, Adelman SJ. A conjugated equine estrogen with differential effects on uterine weight and plasma cholesterol in the rat. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:251-6
- 12- McDonald CC, Steward HJ. Fatal myocardial infarction in the Scottish adjuvant tamoxifen trial. *Br Med J* 1991;303:435-7
- 13- Chao Y, Windler EE, Chen GC, Havel RJ. Hepatic catabolism of rat and serum lipoproteins in rats treated with 17 α -ethinyl estradiol. *The J Biol Chem* 1979;254(22):11360-6
- 14- Vinitha R, Thangaraju M, Sachdanandam P. Effect of tamoxifene on lipids and lipid metabolising marker enzymes in experimental atherosclerosis in Wistar rats. *Mol Cell Biochem* 1997 March; 168(1-2):13-9
- 15- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 2002;288:321-333
- 16- Haarbo J, Leth-Espensen P, Stender S, Christiansen C. Estrogen monotherapy and combined estrogen-progesterone replacement therapy attenuate aortic accumulation of cholesterol in ovariectomized cholesterol-fed rabbits. *J Clin Invest* 1991;87:1274-9
- 17- Espeland MA, Stefanick ML, Kritz-Silverstein D, Fineberg SE, Wacławiw MA, James MK, Greendale GA, for the postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions Study Investigators. Effect of postmenopausal therapy on body weight and waist and hip girths. *J Clin Endocrinol Metab* 1997;82:1549
- 18- Satyaswaroop PG, Zaino RJ, Mortel R. Estrogen-like effects of tamoxifen on human endometrial carcinoma transplanted in nude mice. *Cancer Res* 1984; 44: 4006-4012
- 19- Deligdisch L, Kalir T, Cohen CJ, de Latour M, Le Bouedec G, Penault-Llorca F. Endometrial histopathology in 700 patients treated with tamoxifen for breast cancer. *Gynecol Oncol* 2000;78:181-186
- 20- Fisher B, Constantino JP, Wickerham L, et al. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. *J Natl Cancer Inst* 1998;90:1371-88
- 21- Fornander J, Rudqvist LE, Cedermarck B, et al. Adjuvant tamoxifen therapy in early breast cancer : occurrence of new primary cancers. *Lancet* 1989;1:117-20
- 22- Van Leeuwen EE, Benraadt J, Coebergh JWW, et al. Risk of endometrial cancer after tamoxifen treatment of breast cancer. *Lancet* 1994; 343: 448-452
- 23- Kavak ZN, Binoz S, Ceyhan N, Pekin S. The effect of tamoxifen on the endometrium, serum lipids and hypothalamus pituitary axis in the postmenopausal breast cancer patients. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:604-607
- 24- Rudqvist LE, Jhansson H, Signomllao T, et al. Adjuvant tamoxifen therapy for early stage breast cancer and second primary malignancies. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87:645-51
- 25- Fisher B, Constantino JP, Redmond C, et al. Endometrial cancer in tamoxifen-treated breast cancer patients; findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B-14. *J Natl Cancer Inst* 1994;86:527-537
- 26- Shibutani S, Ravindernath A, Suzuki N, Tereshima I, Sugarman SM, Grollman AP, Pearl ML. Identification of tamoxifen-DNA adducts in the endometrium of women treated with tamoxifen. *Carcinogenesis* 2000;21:1461-1467
- 27- Webb P, Lopez GN, Uht RM, Kushner PJ. Tamoxifen activation of the estrogen receptor/AP-1 pathway. *Mol Endocrinol* 1995;9:443-456
- 28- Romandetta LM, Sherwood JB, Dunton CJ, Palazzo JP. Endometrial cancer in polyps associated with tamoxifen use. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 340-45
- 29- Anderson M, Storm HH, Mouridsen HJ. Carcinogenic effect of adjuvant tamoxifen treatment and radiotherapy for early breast cancer. *Acta Oncol* 1992; 31:259-63
- 30- Poulet FM, Roessler ML, Vancutsem PM. Initial uterin alterations caused by developmental exposure to tamoxifene. *Reprod Toxicol* 1997;11(6):815-22
- 31- Lahti E, Blanco G, Kauppila A, Apaja-Sarkkinen M, Taskinen PJ, Laatikainen T. Endometrial changes in postmenopausal breast cancer patients receiving tamoxifen. *Obstet Gynecol* 1983; 81:660-65
- 32- Cohen I, Rosen DJD, Tepper R, Cordoba M, Shapira J, Altaras MM, et al. Ultrasonographic evaluation of the endometrium with correlation to endometrial sampling in postmenopausal patients treated with tamoxifen. *J Ultrasound Med* 1993; 5: 275-280
- 33- Nahari C, Tepper R, Beyth Y, Flex B, Figer A and Cohen I. Long-term Transvaginal Ultrasonographic Endometrial Follow-up in Postmenopausal Breast Cancer Patients with Tamoxifen treatment. *Gynecologic Oncology* 1999; 74: 222-26
- 34- Kedar RP, Bourne TH, Powles TJ, Collins WP, Ashley SE, Cosgrave DO. Effects of tamoxifen on uterus and ovaries of postmenopausal women in a randomized breast cancer prevention trial. *Lancet* 1994; 343: 1318-1321
- 35- Evans MJ, Langlois NEI, Kitchener HC, et al.: Is there an association between long-term tamoxifen treatment and the development of carcinosarcoma(malignant mixed mullerian tumor) of the uterus? *Int J Gynecol Cancer* 1995; 5:310-313
- 36- Clement PB, Oliva E, Young RH: Mullerian adenosarcoma of the uterine corpus associated with tamoxifen therapy: A report of six cases and a review of tamoxifen-associated endometrial lesions. *Int J Gynecol Pathol* 1996; 15:222-229
- 37- Okada DH, Rowland JB and Petrovic LM. Uterine pleomorphic Rhabdomyosarcoma in a patient receiving tamoxifen therapy. *Gynecologic Oncology* 1999; 75:509-513
- 38- Black LJ, Sato M, Rowley ER, Magee DE, et al. Raloxifene (LY 139481 HCL) prevents bone loss and reduces serum cholesterol without causing uterine hypertrophy in ovariectomized rats. *J Clin Invest* 1994;93:63-9
- 39- Ke HZ, Chen HK, Simmons HA, Qi H, Crawford DT, Pirie CM, Chidsey-Frink KL, Ma YF, Jee WS, Thompson DD. Comparative effects of droloxifene, tamoxifene, and estrogen on bone, serum cholesterol and uterine histology in the ovariectomized rat model. *Bone* 1997 Jan;20(1):31-9
- 40- Delmas PD, Bjarnason NH, Mitlak BH, et al. Effects of raloxifene on bone mineral density, serum cholesterol concentrations, and uterine endometrium in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1997;337:1641-1647
- 41- Frolik Ca, Bryant HU, Black EC, Magee DE, Chandrasekhar S. Time depended changes in biochemical bone markers and serum cholesterol in ovariectomized rats: effects of raloxifene HCL, tamoxifen, estrogen and alendronate. *Bone* 1996 Jun;18(6):621-7
- 42- Neve P, Vergote I. Should tamoxifen users be screened for endometrial lesions? *Lancet* 1998; 351: 155-6