KADIN DOĞUM DERGİSİ 2002

kadın doğum dergisi

JOURNAL OF OBSTETRICS and GYNECOLOGY dergisi

CİLT : 4 VOLUME:4 | SAYI : 1 NUMBER:1 | 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 Yenişehir 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 $) dır.
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 yayımcının izini olmadan kısmen yada tamamen basılamaz , fotokopi veya elektronik olarak çoğaltılamaz, yayınlanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak olarak gösterilebilir.

İÇİNDEKİLER

Uterin Serviksin Malign Lenfoması: Olgu sunumu.....646
Dr. Ferit Saraçoğlu, Dr. Cemal Atalay, Dr. Cihan Öztopçu
Maternal-Fetal Cerrahi.....649
Dr.Korhan Kahraman, Dr. Işık Üstüner, Dr. Feride Söylemez
Prenatal Tanı Amacıyla Uyguladığımız Kordosentez ve Sonuçları.....656
Dr. Ferit Saraçoğlu, Dr. Bekir Sıtkı Şaylı, Dr. Cemal Atalay
Overyal Gebelikte Konservatif Cerrahi: Üç Olgu Sunumu.....658
Dr. Serdar Dilbaz, Dr. Bekir Katas, Dr. Berna Dilbaz ve Ark.
Normal Doğum ve Sezaryen ile Doğum Yapmak İsteyen Gebelerin Denetim Odağı ve Bazı Demografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması.....660
Dr. Ferit Saraçoğlu, Psikolog E. Mücella Kartoğlu
Post Menopozal Dönemde İrritabl Barsak Sendromu Olan Hastalarda Tegaserodun Etkisi.....667
Dr. Yılmaz Atay, Dr.İ. Ferhat Ürünsak, Dr. A. Barış Güzel, Dr. Nejdet Özbilen
Erken Lohusalık Döneminde Olan Kadınların Doğum Sonrası Muayene Bulgularının ve Doğum Sonu Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi.....673
Emre Yanıkkerem, Saliha Altıparmak, Gülten Karadeniz, Ümran Sevil
Disgerminoma: Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi.....682
Dr. Murat Bozkurt, Dr. A. Ender Yumru, Dr. Y. Tahsin Ayanoğlu
Epitelyal Over Kanserlerinde Neoadjuvan Kemoterapinin Etkinliği.....686
Dr. Okan Özkaya, Dr. Mekin Sezik, Dr. Ümmühan Dursun, Dr. Hakan Kaya
Obezite ile Karıştırılan Dev Over Kisti.....692
Dr.Okan Özkaya, Dr. Mekin Sezik, Dr. Hakan Kaya
Manisa Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların RIA Çıkarma Nedenleri.....695
Emre Yanıkkerem, Türkan Çetin, Emine Yiğit, Sakıp Eskicioğlu
Hastanemizde Takip Edilen Gebelerdeki Torch Enfeksiyonları Serelojisi..... 699
Dr.Hakan Uslu, Dr. Metin İngeç, Dr. Bilge Özdemir, Dr. Ahmet Ayyıldız
Hormon Replasman Tedavisinde Mammografik Dansite Artışı Reversibl midir?..... 703
Dr. Murat Bozkurt, Dr. A. Ender Yumru, Dr. Nuh Gümüştekin, Dr. Y. Tahsin Ayanoğlu
Bilgilendirilmiş Hasta Onayı Belgeleri..... 707

HAKEM HEYETİ LİSTESİ

Prof. Dr. Cemalettin Akgüreş
Doç. Dr. Tarık Aksu
Prof. Dr. Aytekin Altıntaş
Prof. Dr Tansu Arasıl
Prof. Dr Macit Arvas
Doç. Dr Yılmaz Atay
Uz. Dr. Cemal Atalay
Doç. Dr. Ercan M. Aygen
Prof. Dr. Ali Ayhan
Doç. Dr. Ruşen Aytaç
Prof. Dr. Sevim Balcı
Doç. Dr. Özcan Balat
Prof. Dr. İskender Başer
Doç. Dr. Merih Bayram
Prof. Dr. Yusuf Bayraktar
Prof .Dr. Tugan Beşe
Prof. Dr. Tufan Bilgin
Prof. Dr. Lügen Cengiz
Prof. Dr. Candan Cengiz
Doç. Dr. Metin Çapar
Doç. Dr. Ali Çetin
Prof. Dr. M.Turhan Çetin
Prof. Dr. M.Nedim Çiçek
Prof. Dr. Mehmet Çolakoğlu
Klk. Şefi İnci Davas
Doç. Dr. Fuat Demirci
Doç. Dr. Süleyman Cansun Demir
Prof. Dr. Fuat Demirkan
Prof. Dr. Namık Demir
Klk. Şefi Bayazıt Dikmen
Doç. Dr. Serdar Dilbaz
Prof .Dr. Saffet Dilek
Prof. Dr. Uğur Dilmen
Prof. Dr. Tekin Durukan
Uz. Dr. Tamer Ecer
Prof. Dr. Mithar Erenus
Doç Dr. Ali Ergün
Prof. Dr. İlhan Erkan
Prof. Dr. Oktay Erten
Doç. Dr. Elif Gül Yapar Eyi
Doç. Dr. Orhan Gelişen
Doç. Dr. Remzi Gökdeniz
Klk. Şefi Nimet Göker
Doç. Dr. Nermin Göğüş
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Görkemli
Prof. Dr. Bülent Gülekli
Prof. Dr. Talip Gül
Prof. Dr. Haldun Güner
Yrd. Doç. Dr. Sadettin Güngör
Doç. Dr. Berkan Gürakan
Prof. Dr. Timur Gürgan
Prof. Dr. Rıfat Gürsoy
Doç. Dr. Osman Haldundevelioğlu
Prof. Dr. Hikmet Hassa
Doç. Dr. İsmail Mete İtil
Prof. Dr. Sedat Kadanalı
Doç. Dr. Ayşe Kafkaslı
Doç. Dr. Semih Kaleli
Uz. Dr. Murat Kalemli
Prof. Dr. Mansur Kamacı
Prof. Dr. Onur Karabacak
Prof. Dr. Zehra Neşe Kavak
Prof. Dr. İ.Safa Kaya
Doç. Dr. Necip Kepkep
Doç. Dr. Melahat Dönmez Kesim
Prof. Dr. Yalçın Kimya
Doç. Dr. İdris Koçak
Prof. Dr. Arif Kökçü
Uz. Dr. Rifat Köse
Doç. Dr. Esra Kuşçu
Prof. Dr. M.Tezer Kutluk
Doç. Dr. Tansu Küçük
Prof. Dr. Mustafa Küçük
Prof. Dr. Rıza Madazlı
Doç. Dr. Tamer Mungan
Doç. Dr. İptisam İpek Müderris
Prof. Dr. Ergün Onur
Doç. Dr. Özay Oral
Doç. Dr. Engin Oral
Doç. Dr. Havva Oral
Prof. Dr. Esat Orhon
Prof. Dr. Fatma Tuncay Özgünen
Prof. Dr. Erdinç Özkınay
Prof. Dr. Zafer Öner
Doç. Dr. Aydın Özsaran
Doç. Dr. Semih Özeren
Prof. Dr. Kemal Öztekin
Uz. Dr. Cihan Öztopçu
Prof. Dr. Recai Pabuccu
Prof. Dr. Cemal Posacı
Prof. Dr. Feride Söylemez
Doç. Dr. Feride Şahin
Prof. Dr. Yılmaz Şahin
Doç. Dr. Dursun Ali Şenses
Prof. Dr. Turgay Şener
Prof. Dr. Halis Şimşek
Doç. Dr. M.Zeki Taner
Prof. Dr. Ömür Taşkın
Prof. Dr. Erol Tavmergen
Prof. Dr. A.Başar Tekin
Prof. Dr. Zafer Selçuk Tuncer
Doç. Dr. Cem Turan
Prof. Dr. Mehpare Tüfekçi
Doç. Dr. Mustafa Uğur
Prof. Dr. Mustafa Ulukuş
Doç. Dr. Gürkan Uncu
Doç. Dr. Bülent Urman
Prof. Dr. Turhan Uslu
Doç. Dr. Orhan Ünal
Prof. Dr. Mine Üner
Prof. Dr. Cihat Ünlü
Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar
Doç. Dr. Ömer Tarık Yalçın
Prof. Dr. Atilla Yıldırım
Uz. Dr. Uzay Yıldırım
Prof. Dr. Hüseyin Yılmaz
Uz. Dr. Nafiye Yılmaz
Uz. Dr. Ayçağ Yorgancı
Prof. Dr. Murat Yurdakök
Doç. Dr. Mehmet Ali Yüce
Doç. Dr. Hulusi Bülent Zeyneloğlu

YAZARLARIN DİKKATİNE

1-Kadın Doğum Dergisi yılda 4 kez olmak üzere üç ayda bir yayınlanır. Kadın Hastalıkları ve Doğum biliminin her alanında (üreme endokrinolojisi, jinekolojik onkoloji, maternal fetal tıp, ürojinekoloji, infertilite ve yardımcı üreme teknikleri , menapoz, çocuk ve adolesan jinekolojisi, androloji, cinsel fonksiyonlar vs) ya da kadın doğumu ilgilendiren diğer tıbbi konulardaki derleme (güncel konuların yeni literatürlerin ve yazarın kendi tecrübelerinin ışığında incelendiği yazılar) , deneysel ve klinik araştırmalar , vaka taktimleri 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 Mikrosoft 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 özetin 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 sayfayı , vaka takdimleri ise 5 sayfayı geçmemelidir.

7- Tablo , çizelge ve resimlerin alt yazı ve (veya) başlıkları metinden ayrı bir kağıda yazılarak hazırlanmalıdır. Çizelge ve şekiller de 3 kopya olarak gönderilmeli ve aynı zamanda diskette de yer almalıdır. Siyah beyaz fotograflar 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 taktirde 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 olaraksa 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 ^{0}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 assesed.
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, 5existence 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 ^{0}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 , Yenişehir 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, üzerime aldığımı kabul ve beyan ederim.

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

.....
İmza

Yazışma Yazarı :

Adresi :

Tel:
Faks:
e-mail:

EDİTÖRÜN KÖŞESİ

Ülkemizde, kadınların düzenli muayene alışkanlıklarının olmayışı, bir kısım meslektaslarımızında; hastanın maddi sorunları, yakında patolog bulunmaması, hastanın götürmemesi vb nedenlerle smear almamaları nedeniyle serviks kanserleri hala istenen sıklığa indirilebilmiş değildir (1).

Serviks kanserleri kadın genital sistem kanserleri arasında over kanseriyle birlikte en sık görülenlerden ve prognozu en kötü olanlardandır. Amerika birleşik Devletlerinde 1960-63 yılları arasında 5 yıllık sağkalım % 47-58 den , 1986-93 döneminde % 57-71 e çıkmıstır. Bu artışta pap smearin bu ülkelerdeki yaygın ve programlı kullanımı ve preinvaziv hastalıkların tedavileri yatmaktadır .

İlerlemiş serviks kanserleri hala çok öldürücü bir hastalıktır. Tıptaki tüm ilerlemelere rağmen 5 yıllık sağkalım oranı % 8-10 dur (1).

İlerlemiş serviks kanserli hastalarda sağkalımı geliştirmek için neler yapılmalıdır. Bize benzeyen gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalar izlendiğinde doğrudan gözle muayene yapılması (asetik asit uygulayarak) en iyi ve hassas olan yöntemdir (2). İmkanların uygun olduğu durumlarda hastada HPV testleri yapılarak virüsün varlığı ve tipi sınıflandırılabilir. Çin'de kırsal alanda yapılan bir çalışma (3) grade II , CIN olan hastalarda çıplak gözle amino asitin boyanmasıyla hastaların % 71 inde doğru tanı konulabilmiştir (4) . HPV testleri, smear ve çıplak gözle inceleme karşılaştırıldığında gözle muayenenin (asetik asitle silinerek) en iyi metod olduğu anlaşılmıştır (4). HPV nin hassasiyeti % 66.1, pap smearlerinki ise % 67.9 olarak saptanmıştır (4). Gelişmekte olan bir ülkede yıllık cüzi bir harcamayla, nüfusun en az % 70 i başvurduğu taktirde yapılacak smearlerle serviks kanseri görülme oranı en az 1/2 düşürülebilir (5,6)

Tüm meslektaşlarımızın bu uğurda çaba göstermesi, spekulum muayenesi sırasında asetik asitle serviksin silinmesi ve geride kalan lokoplakik alanlardan biopsi yapmaları yada smear yaptırmaları serviks kanseri gelişimine karşı verilecek en iyi mücadelelerden biri olacaktır.

Doç.Dr.Ferit Saraçoğlu
Editör
Editor@kadindogumdergisi.com

Kaynaklar

1- Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1998. Cancer J Clin 1998; 48:6-29.
2- Belinson JL, Pretorius RG, Ahang WH, et al. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. Obstet Gynecol 2001; 98:441- 444.
3- Wright TC, Kuhn DL, Pollack A, Lorincz A. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. JAMA 2000; 283:81-86.
4- Cronje HS, Cooreman BF, Beyer E, et al. Screening for cervical neoplasia in a developing country utilizing cytology, cervicography, and the acetic acid test. Int J Gynecol Obstet 2001; 72:151-157.
5- Goldie SJ, Kuhn L, Denny L, et al. Policy analysis of cervical cancer screening strategies in low-resource settings: clinical benefits and cost-effectiveness. JAMA 2001; 285:3107-3115.
6- Suba EJ, Nguyen CH, Nguyen BD, Raab SS. The Viet/American Cervical Cancer Prevention Project. De novo establishment and cost-effectiveness of Papanicolaou cytology screening services in the Socialist Republic of Vietnam. Cancer 2001; 91:928-939.

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 646-648

UTERİN SERVİKSİN MALİGN LENFOMASI: OLGU SUNUMU VE KLİNİK YAKLAŞIM

Malign Lymphoma of the Uterin Cervix: A Case report and Clinical Management

Dr.Ferit Saraçoğlu, Dr.Cemal Atalay, Dr.Cihan Öztopçu
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Amaç: Genital traktın nadir görülen tümörü servikse lokalize malign lenfoma,literatür ışığında tartışıldı.
Çalışmanın Yapıldığı Yer: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Olgu Sunumu: Vajinal kanama şikayeti bulunan 40 ve 45 yaşında iki hastanın yapılan biyopsilerinde malign lenfoma patolojik tanısı konulması üzerine ikisine de 6 kür CHOP (Cyclophosphamide-Oncovine-Adriamycine-Prednisone) uygulandı.Kemoterapi sonrası bir hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulandı,diğerine uygulanmadı.Tanıdan itibaren sadece kemoterapi uygulanan hasta 4 yıldır,kemoterapi ve cerrahi uygulanan hasta bir yıldır takiptedir.
Sonuç: Serviksin lenfomasının tedavisinde standart uygulama olmamakla beraber ,birincil tedavi kemoterapi olup; adjuan cerrahi tedavinin uygulanmasını kolaylaştırmaktadır.
Anahtar Kelimeler: Lenfoma,serviks

ABSTRACT

Aim: Seldomly seen malign lymphoma localised to the uterine cervix of the genital tract is discussed under literatüre.
Instituations: Ankara Numune Education and Research Hospital
Case Report: Two patients,aged 40 and 45,who had came because of vaginal bleeding,had undergone cervical biopsy.The result of the biopsy was malign lymphoma.Both of them received received 6 cure CHOP (Cyclophosphamide-Oncovine-Adriamycine-Prednisone) After chemotherapy,total abdominal hysterectomy and bilateral salgingooferectomy was done to one paient,and nothing was done to the other patient.After the diagnosis,only chemotherapy received patient is under control for 4 years;chemotherapy and surgery done patient is under control for one year.
Conclusion: Although there is no standart therapy in cervical lymphoma,the primary therapy is chemotherapy and are helpfull in adjuan surgery .
Keywords: Lymphoma,cervix

GİRİŞ

Lenfomaların generalize formunda kadın genital sisteminin tutulumu %40 sıklıkta olmakla beraber genital trakta lokalize halde bulunması nadirdir(1). Uterin serviksten kökenlenen malign lenfoma çok nadir olduğundan (1/175 veya %1 sıklıkta) literatürde az sayıda vaka yayınlanmıştır(2,3). Bundan dolayı tek merkezde büyük serilere ait yayınlar mevcut değildir.Standart tedavi olmadığından dolayı retrospektif değerlendirmelerle en iyi yaklaşım bulunulmaya çalışılmaktadır.

OLGU SUNUMU

OLGU 1

Kırkbeş yaşında gravidası 4,paritesi 4 olan hasta son bir yıldır menstruasyon düzensizliği ve son bir aydır vajinal kanama yakınması ile geldi. Anamnezde 38 yaşında apendektomi ve tüp ligasyonu geçirdiği, regüle hipertansiyonu olduğu saptandı.Vajinal muayenesinde serviks çapı artmış (5x6cm), uterus 7-8 haftalık gebelik cesametine ulaşmış, parametriumda tutulum vardı. Spekulum muayenesinde kollum multipar ve hipertrofik görünümdeydi. Ultrasonografi ve batın tomografisinde kollum ön-arka çapı 52 mm, transvers çapı74 mm,uterus fundus-serviks mesafesi 11cm, parametriumda spiküler tarzda invazyon, sağ ve sol böbrekte ikinci dereceden hidronefroz bulundu. Toraks tomografisi normaldi. Rektoskopi, Ba'lu kolon grafisi normaldi. Sistoskopide mukozal tutulum yoktu, bası belirtileri mevcuttu. Servikal smear üç kez uygulandı.İkisinde normal sitoloji, birinde atipik hücreler görüldü. Kan sayımında hemoglobin 10.5g/dl, diğer değerleri normaldi. Biyokimyasal parametreler BUN normalin %25 üstünde,creatinin iki katı düzeydeydi. Sedimentasyon hızı76 mm/sa. Tümör markırları (CA 125,CA 19-9,CEA,CA 15-3) normal, kemik iliği biopsisi normaldi. Hastaya bilateral perkutan nefrostomi uygulanarak üriner diversiyon sağlandı. Genel anestezi altında soğuk konizasyon yapıldı. Patolojik tanısı malign lenfoma (T hücreli lenfoma) olarak değerlendirildi. FIGO sınıflamasına göre evre IIIB kabul edildi. CHOP protokolü (Cyclophosphamide 750 mg/m2/gün 1 gün,Oncovin 1.4 mg/m2/gün 1 gün, Adriamycin 50 mg/m2/gün 1 gün, prednisolone 80 mg/gün oral 5 gün) 3 hafta arayla 6 kür uygulandı. Takibinde parametrial invazyon ikinci kürden sonra kayboldu. Biyokimyasal değerler normalleşti. 6 kür sonunda radyolojik ve histopatolojik bulgular normalleşti. Adjuan tedavi olarak cerrahi tedaviyi kabul etmedi. 4 yıldır takiptedir.

OLGU 2

Kırk yaşında, gravidası 5, paritesi 3, abortus 2 olan hastada üç aydır süren menometroraji yakınması vardı. Genital muayenesinde serviks hipertrofik görünümde ve konturları düzensiz, uterus normal büyüklükte, adneks ve parametrium normaldi. Biyokimyasal değerler, kan sayımı, sedimentasyon, tümör markırları (CA125,CA19-9,CA15-3,CEA) normaldi. Ultrasonografi, batın ve toraks tomografisi sağ böbrekte çift toplayıcı sistem ve üreter dislokasyonu, servikste 60x45 mm boyutlu kitle, sol over boyutu normalden büyük (50x40mm), vajen duvarında kalınlaşma bulundu. Fraksiyone küetaj ve servikal biopsi uygulandı. Ektoserviks ve servikal kanaldan alınan doku örneklerinde malign lenfoma (B hücreli), uterin kaviteden alınana doku örnekleri proliferatif endometrium olarak rapor edildi. Hastaya CHOP protokolü (birinci olgudaki protokolün aynısı) 6 kür uygulandı. Kemoterapi sonrasında radyolojik ve histopatolojik (fraksiyone küretaj,servikal smearda) bulgular normalleşti. Hastanın ailesini tamamlamış olması ve fertilite arzunun devam etmemesi üzerine total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoooferektomi yapıldı. Gözlemde uterusun normalden büyük (7x12x6cm), her iki over 6x4x4 cm, hemorajik kist içeriği vardı. Ameliyat spesimeninde histopatolojide maligniteye rastlanmadı. Hasta halen bir yıldır takiptedir.

TARTIŞMA

Malign lenfoma insidansı 6/100 000 olup;kanserden ölüm nedenlerinin %5'ini oluşturmaktadır(3). Malign lenfomaların %25'i ekstranodaldir(4). Dissemine lenfomaların % 40'da genital trakt tutulmakdır(5). Female lenfomaların % 0.14-0.6 sı primer genital lenfoma olarak görülmektedir(6,7).

Anormal vajinal kanama vakaların % 70 de,perineal rahatsızlık % 40 da, vajinal akıntı % 20 de bulunmaktadır (3). Karakteristik olarak servikal lenfoma ülserasyon yaratmaksızın derin ve geniş olarak infiltrasyon göstermektedir. Serviksteki malign lenfoma genişleyebilen bir tümör olup; serviksin karsinomundaki radyan tipte ağrıdan ziyade endoserviks, serviks, uterus korpusunu düzgün biçimde genişleterek basınç hissine neden olabilir.Smear ile %40 ordanında tespit edilebilir(3). Tanısı için biopsi gereklidir. Hodgkin hastalığı, lösemi, kötü diferensiye karsinom ve sarkomdan histopatolojik olarak ayırmak da güçtür.

Tedavide yaklaşımlar farklıdır. Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tek veya kombine uygulanmaktadır. Literatür gözden geçirildiğinde ağırlık kazanan tedavi modalitesi primer kemoterapiyi takiben adjuan cerrahi uygulaması hakimdir. Doğru tedavi yaklaşımı tam gösterilememiştir. Özellikle ileri ve veya rekürrens durumlarında kemoterapiyi daha başarılı gösteren yayınlar vardır (3,6-8). Kemoterapide CHOP, CHOP-Ble, MACOP-B (Methotrexate, Doxorubicin, Cyclophosphamide, Vincristine, Bleomycin, Prednisolone), COP-BLAM (Cyclophosphamide, Vinblastin, Epirubicin, Procarbazine, Oncovin, Bleomycin), ACOP (Doxorubucin, Vincristine, Cyclophosphamide, Prednisolone), THP-COP (Piarubicin, Cyclophosphamide, Vincristine, Prednisolone) protokolleri uygulanmıştır (5,7,911). Protokollerin genelinde adriamisin (doksorubisin) bulunmaktadır.

Tümörün radyasyona hassasiyeti ve yüksek oranda yanıtı düşük morbiditesi nedeniyle erken evre tümörde primer olarak radyoterapiyi ve kemoterapinin rekürrenslere saklanmasını öneren yayınlar bulunmaktadır (3,12,13). Pelvik radyoterapi veya kombine kemoterapi eşit oranda etkiye sahip bulunmuştur(3). Yüksek dereceli malignitelerde kombine kemoterapi daha uygun bulunmuştur(3). Kemoterapi radyoterapiye kıyaslandığında gonadal fonksiyon ve fertilitenin korunması istenildiğinde öncelikli tercih olmaktadır(5). Hastalığın potansiyel diffüz yayılım gösterdiği düşünülürse uygun lokal tümör yanıtına rağmen, erken evre de olsa uzak metastaz açısından, radyoterapi tek başına emniyetli olmayacaktır(5,10,14). Pelvise lokalize primer malign lenfomada yaşam hastalığın evresiyle korele görülmektedir. 5 yıllık yaşam % 77 olarak rapor edilmiştir(15).

Sonuç olarak; erken evre de olsa gizli metastazlar açısından kemoterapi primer tedavi olmakla beraber adjuan olarak uygulanacak cerrahi tedavide tümör volümünün küçülmesindeki başarısı ve cerrahi rezeksiyonu kolaylaştırmasındaki faydası ek katkı sağlamaktadır. Cerrahi öncesi kemoterapi tümör hücrelerinin mikrometastazını da engelleyebileceği düşünülebilir. Ovarian fonksiyonun korunması ve fertilitenin devam ettirilmesi açısından da primer tedavi seçeneğidir. Adjuan cerrahi tedavinin mutlak gerekliliği vaka sayısının azlığı prospektif çalışmanın olmayışı nedeniyle tartışmalıdır.

KAYNAKLAR

1- RosenbergSA,Diamond HD,Carver LF. Lymphosarcoma:A rewiew of 1269 cases. Medicine 1961;43:31-84
2- Komaki R,Cox JD,Hansen RM. Malignant lymphoma of the uterine servix. Cancer 1984;54:1699-1704
3- Perren T, Farrant M,Mc Carthy, Harper P,Witshaw E. Lymphomas of the uterine servixand upper vagina :A report of five casesand review of the literatüre.Gynecol Oncol1992;44:87-95
4- Freeman C, Berg JW, Cutler SJ. Occurence and prognosis of extranodal lymphoma. Cancer 1974;44:735-748
5- Awwad JT,Khalıl AM,Shamseddine AI. Primary malignant lymphoma of the uterine cervix:Is a radiotherapy the best therapeutic choise for stage IE? Gynecol Oncol 1994;52:91-93
6- Charlton I; Karnei RF,King FM, Norris HJ. Primary malignant reticüloendothelial disease involving the vagina, cervix and corpus uteri.Obstet Gynecol 1974;44:735-748
7- Kuo HC, Chou CY, Chang CH, Liu MT, Tzeng CC, Huang KE. Primary malignant lymphoma of the uterine cervix shows favorable responseto neoadjuant chemotherapy . Gynecol Oncol 1994;52:408-410
8- Sandvei R, Late K, SvendsonE, Thunald S. Case report:Succesful pregnancy following treatment of primary malignant lymphoma of the uterine cervix.Gynecol Oncol 1990;38:128-131
9- Jhonston C, Senekjian EK, Ratain MJ, Talerman A, Path FRL. Conservative management of primary cervikal lymphoma using combination chemotherapy :A case report.Gynecol Oncol 1989;35:391-394
10-Stroh EL, Besa PC, Cox JD, Fuller LM, Cabonillas FF. Treatment of patients with lymphomas of the uterus or cervix with combination chemotherapy and radiation therapy.Cancer 1995;75:2392-2399
11-Nasu K, Yoshimatsu J, Urata K, Miyakawa I. A case of primary non-Hodgkin lymphoma of the uterine cervix treated by combination chemotherapy. J Obstet Gynecol Res 1998;24:157-160
12-Muntz HG, Ferry JA, Flynn D, Fuller AF, Tarraza HM.Stage IE primary malignant lymphomas of the uterine cervix. Cancer 1991;68:2023-2032
13-Khoury GG, Robinson A.Lymphoma uterine cervix. Eur J Surg Oncol 1989;15:65-67
14-Chandy L, Kumar L, Dawar R.Non-Hodgkin lymphoma presenting as aprimary lesion in uterine cervix:case report.J Obstet Gynaecol Res 1998;24:183-187
15-Harris NL, Scullly RE.Malignant lymphoma and granulocytic sarcoma of the uterus and vagina:A clinocopathologic analysis of 27 cases.Cancer 1984;53:2530-2545

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 649-653

MATERNAL-FETAL CERRAHİ
Maternal-Fetal Surgery

Dr. Korhan Kahraman, Dr. Işık Üstüner, Dr. Feride Söylemez
Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı/Ankara

ÖZET

Son 20 yılda fetal görüntüleme yöntemleri ve tanısal prosedürlerde olan büyük ilerlemeler, prenatal dönemde tanısı konulmuş malformasyonlara yaklaşımı dramatik olarak değiştirmiştir. Antenatal dönemde tanısı konulan bir çok fetal hastalık doğum sonrası tedavi edilebilmekle birlikte, antenatal dönemde tedavi edilmediğinde ağır bozukluklara neden olabilecek bazı hastalıklar, fetal cerrahiden fayda görebilmektedir. Anestezik ve tokolitik yöntemlerde ve cerrahi teknikler de sağlanan ilerlemeler fetüse bağımsız bir hasta olarak yaklaşabilme olanağı sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Fetal cerrahi, fetal tedavi, prenatal tanı

ABSTRACT

In the past two decades, major advances in fetal imaging and diagnostic procedures have dramatically changed management of prenatally diagnosed malformations. Most disorders diagnosed before birth are best managed treatment after birth. However a few diseases predictable devastating developmental consequences may benefit from fetal surgery. Improvements in anesthetic, tocolytic, and surgical techniques have allowed the fetus to claim a role as an independent patient.

Key Words: Fetal surgery, fetal therapy, prenatal diagnosis

I.GİRİŞ.

Son 20 yıl içinde fetal görüntüleme yöntemleri ve diğer tanısal prosedürlerde olan gelişmeler, konjenital malformasyonların tanı ve yönetiminde önemli ilerlemeler sağlamıştır. Konjenital malformasyonların erken ve doğru bir şekilde tanımlanması, anestezi, cerrahi ve tokolitik yöntemlerin geliştirilmesi ile birlikte fetal cerrahinin kapılarını aralamıştır(1).

Fetal ultrasonografinin klinik kullanıma girmediği dönemlerde, 'fetoskop' veya 'embryoskop' olarak adlandırılan aletler ile fetüsün direkt görüş altında incelenmesi ve bazı basit girişimlerin (fetal kan örneklemesi, transfüzyon, cilt biopsisi) yapılabilmesi olanaklı idi. Endoskopik cerrahide önemli gelişmelerin olduğu 1980'li yıllarda, fetusun endoskopik olarak değerlendirilmesi ve fetusa yönelik işlemlerin yapılmasına olanak sağlayan endoskopik girişimler de tanımlanmaya başlanmıştır(1).

Maternal-fetal cerrahi, fetüste morbidite ve/veya mortalite nedeni olabilecek ve düzeltilmesi postnatal dönemde mümkün olmayan ya da olsa dahi etkin tedavi ve düzeltilmenin klinik fayda sağlamadığı durumlarda uygulanması gereken bir tedavi seçeneğidir. Bu görüş ilerleyen yıllarda bilimsel ve etik anlayışların artması ile değişikliğe uğrasa da temel yaklaşım olarak yerini korumuştur.

II. Fetal Anomalilerin Tanısı ve Cerrahi Öncesi Fetal Değerlendirme

Fetüsün değerlendirilmesinde kullanılan teknikler genel olarak invaziv olmayan görüntüleme yöntemleri ve invaziv teknikler olmak üzere ikiye ayrılır.

IIa.Fetal ve Maternal Ultrasonografi: Ultrasonografik (USG) görüntüleme, prenatal tarama ve tanı da rutin obstetrik değerlendirmenin ayrılmaz bir parçasıdır. Ultrasonografi ile; kromozomal anomalili fetüsün fenotipik özelliklerini belirleme ve yapısal anomalilerini ayırt etmekte önemli ilerlemeler sağlanmıştır(1).

Fetal cerrahi öncesi, USG görüntülemenin diğer bir kullanım ayağını maternal değerlendirme oluşturmaktadır. Cerrahi öncesi ve cerrahi süresince plasentanın pozisyonunun belirlenmesinde, uterus ve diğer pelvik yapıların değerlendirilmesinde, USG'den yararlanılmaktadır(2).

IIb. Fetal Ekokardiyografi ve Doppler Ultrasonografi: Kardiyak anomaliler, prenatal olarak ortaya konulabilen konjenital malformasyonların en büyük kısmını oluşturmaktadır. Fetal ekokardiyografi ve doppler ultrasonografi incelemesi izole kardiyak anomalilerin tanısının dışında, yapısal herhangi bir anomaliye eşlik eden kardiyovaskuler anomalinin ortaya konulmasında ve cerrahi öncesi fetal hemodinamiğin ortaya konulmasında kullanılmaktadır(2).

Doppler ultrasonografisinin fetal cerrahide kullanıldığı alanların en önemlilerinden biri ikizden-ikize transfüzyon sendromudur (İİTS). İkizden-ikize transfüzyon sendromunda prognozla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesinde doppler ultasonografi'den faydalanılmaktadır (3).

IIc. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): Manyetik rezonans görüntüleme tekniğinin konjenital malformasyonların incelenmesinde kullanılması ile, özellikle santral sinir sistemi, toraks ve abdomene ait organ ve dokuların ayrıntılı değerlendirilmesine olanak sağlanmıştır.

Santral sinir sistemi patolojilerinden fetal ventrikülomegali, Dandy-Walker anomalisi ve korpus kallozuma ait patolojilerin saptanmasında ve ayrıntılı değerlendirilmesinde, fetal boyuna ait kitlelerin ayırıcı tanısında, kongenital diyafragmatik hernide, herniye olmuş karaciğer miktarının ve total akciğer volümünün saptanmasında MRG tercih edilmektedir(2). Ayrıca MRG den ikiz-ikiz transfüzyon sendromunda cerrahi öncesi planının yapılması sırasında da faydalanılmaktadır(4).

IId. Bilgisayarlı Tomografi (BT): Bu inceleme tekniği, özellikle fetal kemiğin ayrıntılı değerlendirilmesi gereken durumlarda faydalıdır. Fetal iskeletin üç boyutlu BT ile değerlendirilmesi ile özellikle hemivertebra, diastematomyelia ve konjenital spinal dislokasyon gibi patolojilerin ayrıntılı değerlendirilebilmesi sağlanmıştır(5,6).

IIe. İnvaziv Prenatal Değerlendirme: İnvaziv fetal tanısal yöntemlerin başında *amniyosentez*, *koryon villus örneklemesi (CVS)* ve *kordosentez* gelmektedir. Amniyosentez günümüzde hala en sık kullanılan invaziv fetal değerlendirme tekniğidir. En sık kullanım amacı fetal karyotipleme ve amniyotik sıvıda alfa fetoprotein seviyesinin tespitidir(2). Amniyon sıvısın da incelenen genel paremetrelere ilaveten, eklenen bazı belirteçlerin (total protein, alfa fetoprotein ve MTHFR C677T polimorfizmi gibi) analizi, fetal hastalıkların tanısı açısından aydınlatıcı olabilmektedir(7,8).

III. Maternal-Fetal Cerrahi Teknikleri

Günümüzde fetal cerrahi üç ana şekilde yapılmaktadır. Bunlar 'histerotomi' ile yapılan açık fetal cerrahi, fetal endoskopik cerrahi (Fetendo) ve doğum sırasında plasental destek altında yapılan cerrahi girişimleri tanımlayan 'Ekstrauterin İntrapartum Tedavi' (EXIT) prosedürüdür.

1. Açık Fetal Cerrahi

Açık fetal cerrahinin günümüzde en yaygın endikasyonu kongenital diafragmatik herni (KDH) onarımıdır. Diğer endikasyonlar Tablo I'de özetlenmiştir. Bu endikasyonların büyük bir kısmı sınırlı olgu üzerinde uygulanmıştır, bir kısmı yerini başka prosedürlere (fetendo, EXIT) terk etmiştir, bir kısmında da çalışmalar hayvan modelleri üzerinde devam etmektedir.

Tablo I. Açık Maternal-Fetal Cerrahi Endikasyonları

- Kongenital Diafragmatik Herni
- Üriner Trakt Obstrüksiyonu
- Myelomeningosel
- Sakrokoksigeal Teratom
- Aquaduktal Stenoz
- Aorta -pulmoner stenoz
- Kalp Bloğu
- İkizden -ikize transfüzyon sendromu

1a. Açık Cerrahi Teknik: Maternal anestezi altında, maternal batına alt transvers veya vertikal abdominal insizyon ile girilir ve uterus eksplore edilir. Ultrasonografi ile plasenta lokalize edilir, amniyon sıvısı aspire edilir ve fetüse analjezik madde ve kas gevşetici enjekte edilir. Takiben uterus açılır, uterus açıklığı 'stapler've 'back-biting' klempler ile desteklenir, böylece uterus ve membranlardan olabilecek kanama miktarı azaltılır. Ilık salin solüsyonu fetüs çevresine sürekli infüze edilir. Fetal kalp atımı ve amniyotik basınç operasyon süresince monitorize edilir. Fetal onarım yapıldıktan sonra uterin insizyon absorbe olabilen sütürler ve '*fibrin glue*' ile kapatılır. Amniotik sıvı ılık Ringer laktat solüsyonu ile restore edilir(9).

2. Fetal Endoskopik Cerrahi (FETENDO).

Endoskopik olarak fetüsün değerlendirilmesi açık fetal cerrahinin de öncesine dayanmaktadır. 1960'lı yılların sonlarında kullanılmaya başlanan *embryoskopi* ve *fetoskopi* yöntemleri ile fetüsün değerlendirilmesi (fenotipik tanı) ve tanısal amaçlı bazı basit fetal girişimlerin yapılması mümkün olmuştur. Koryon villus örneklemesi (CVS), perkutan umblikal kan örneklemesi, fetal kas, cilt ve karaciğer biopsisi gibi tanısal girişimler fetoskopi rehberliğinde başarıyla uygulanmıştır(10). Özellikle 1980'li yıllarda fetal ultrasonografide olan gelişmelere paralel olarak tanımlanan bu tanısal prosedürlerin USG rehberliğinde de yapılabiliyor olması göreceli olarak daha invaziv olan bu yöntemin bırakılmasına neden olmuştur. Ancak günümüzde endoskopik cerrahide olan gelişmelere ve yeni teknik adaptasyonlara parelel olarak minimal invaziv endoskopik sistemler maternal- fetal cerrahide kullanılmaya başlamıştır(1,10). Günümüzde fetal endoskopi daha çok terapotik endikasyonlar için kullanılmaktadır (Tablo II).

Tablo II. Fetal endoskopi endikasyonları

A. Tanısal Fetoskopi

1. non-invaziv
   - Fenotipik tanı
2. invaziv
   - Doku örneklemesi(cilt,kas,karaciğer)

B. Terapotik Fetoskopi

- Aşağı üriner sistem obstruksiyonu
- Kongenital diafragma hernisi
- Sakrokoksial teratom
- Myelomeningosel
- Amniyotik band sendromu
- Monokoryanik ikiz gebelik komplikasyonları
  - İİTS
  - TRAP

Maternal fetal cerrahide endoskopinin açık cerrahiye ana üstünlüğü daha az uterin hasara neden olmasıdır ve böylece önemli olabilecek maternal ve fetal morbidite riskinin azaltılmasıdır. Uterusun sadece küçük trokar girişleri ile delinmesi, geniş histerotomi ile yapılan fetal cerrahiye göre preterm eylem riskinde, hemoraji miktarında, kaçak amniyotik sıvı miktarında, uterin rüptür oranlarında ve infeksiyon riskinde azalma sağlaması beklenmektedir (1,10)(Tablo III).

Tablo III. Maternal-fetal cerrahide endoskopik yaklaşımın açık yaklaşıma göre beklenen avantajları

- Daha az uterin hasar
- Preterm eylem riskinde azalma
- Hemoraji miktarında azalma
- Amniyon sıvı kaçağında azalma
- İnfeksiyon riskinde azalma
- Sonraki gebeliklerde, sezaryan hızında azalma

2a.Tanısal Feto-Embriyoskopi : Tanısal amaçlı feto-embriyoskopinin ilk uygulamaları erken gebelik haftalarında amniyon-koryon füzyonu gerçekleşmeden önce fenotipik tanı amacı ile olmuştur(14). Perkütan tekniğin geliştirilmesi ile beraber fetoskop ile amniyotik kaviteye transabdominal olarak ulaşmak mümkün olmuştur. Günümüzde transabdominal fetoskopi ile yapılan prosedürlerin bir çoğunu USG eşliğinde yapmak mümkündür, özellikle erken gebelik haftalarında (<14hafta) ultrasonografide kuşku duyulan fakat ayırımı net olarak yapılamayan fetal yapısal anomalilerin(ensefalosel, omfalosel, spina bifida) tanımlanmasında kullanılabilir (11). Ancak tekniğin invazif oluşu ve potansiyel komplikasyonları nedeniyle kullanımı, ailesinde genetik kökenli tekrarlayan fetal anomali saptanan kadınlarda ultrasonografi ile saptanamayan eksternal fetal anomalilerin saptanması endikasyonu ile sınırlandırılmıştır(11). Tanısal amaçlı fetal endoskopinin kullanıldığı alanlardan biri de kongenital kas hastalıklarında fetal kas biopsisisidir. İlk defa 1991 yılında 'duchen'in muskuler distrofisi' için taşıyıcı olan bir annenin erkek fetüsü için başarıyla uygulanmıştır(12).

2b. Terapotik Fetal Endoskopi: Fetal endoskopi göreceli olarak açık cerrahiye oranla daha az sayıda fetal anomaliyi düzeltmek amacı ile uygulanmaktadır. Bunlardan biri, kongenital diafragma herniasyonu (KDH) olan olgulardır. KDH'nun in-utero tedavisinde güncel yaklaşım, endotrakeal balon ile trakeal oklüzyonun sağlanmasıdır(1,10). Terapotik fetal ultrasonografinin yaygın endikasyonlarından biri de ikizden-ikize transfüzyon sendromudur (İİTS). Monokoryonik ikiz gebeliklerinin %15'inde İİTS beklenen bir komplikasyondur. Mortalitesi %80-100 arasında değişmektedir. İkizler arasındaki bağlantıları ortadan kaldıran prosedürler ile sağkalım oranlarında %50-70 oranlarında başarı sağlanmaktadır(1,10). Fetal endoskopik cerrahinin uygulandığı diğer durumlar myelomeningoselde endoskopik kapama(13), amniyotik band separasyonu(14), sakrokoksigeal teratomda vaskuler yapıların laser(15) ya da RAF(radyofrekans) yöntemi ile ablasyonudur(16).

2c. Fetal Endoskopi Tekniği: Fetal endoskopi için fetusu gören iki 'real time' simultane görüntüleme sistemi gereklidir. Bunlardan biri fetoskop bir diğeri de ultrasonografidir. Ultrasonografi probunu yöneten kişi hem fetüsü sürekli izleyerek, cerraha rehberlik etmekte, ayrıca trokar yerleri, plasentanın bulunduğu alan, fetal kalp atımı ve amniyon sıvı volümü hakkında bilgilendirmeyi sağlamaktadır.

Anne modifiye litotomi pozisyonunda sağ yanı hafifçe yükseltilmiş şekilde yatırılmalıdır. Cerrah annenin bacakları arasında olmalı, yardımcı cerrah, USG probunu tutan cerrah ve perinatolog masanın iki kenarında sıralanmalıdır. Monitörler masanın başının iki yanında olmalıdır. Konvansiyonel endoskopik cerrahide kullanılan CO_2 insüflasyonu fetal cerrahi için uygun değildir. İntrauterin CO_2 insüflasyonu ultrasonografik görüntüye engel olmanın yanında, hava embolisi, oligohidroamnios, fetal asidoz ve hipotermi gibi riskler taşımaktadır. Bu nedenle fetal cerrahide sıvı insüflasyonu kullanılmaktadır, bu amaçla geliştirilmiş olan yüksek akımlı irrigasyon sistemleri bulunmaktadır, burada kullanılan sıvı ringer laktattır. Bazal intrauterin basınç, 8-10 cm su basıncında olmalıdır, basınç artışları yavaş yapılmalıdır, basınç asla fazla yükseltilmemelidir. Bu hem uteroplasental kan akımını kesintiye uğratmamak için hem de intramembranöz sıvı disseksiyonuna engel olmak için gereklidir. Fetal cerrahide kullanılan endoskoplar farklı boy, çap ve açılarda olabilir. Onsekiz (18) cm uzunlukta 0.7-2.7 mm çaplarında ve 0-30 derece açılı trokarlar genelde kabul gören enstrümanlardır. Fetal endoskop amniyotik kaviteye bir kılıf aracılığı ile ulaştırılır, bu kılıfın amniyotik kaviteye yerleştirilmesi keskin bir trokara yüklü olarak, ultrasonografi eşliğinde gerçekleştirilir. İntraamniyotik kaviteye yerleştirilen kılıflardan videokamera, makas, forseps, laser fiber ve irrigasyon sistemlerinin uygulanması olanaklıdır(1,10,17).

3. EXIT (Ex-utero intrapartum treatment) Prosedürü

Ekstrauterin intrapartum tedavi (EXIT) prosedürü doğum sırasında fetal-plasental ünit işlevsel iken, kord akımı kesilmeden önce yeni doğana yapılan girişimleri ifade eden bir terimdir. İlk uygulaması KDH'de uygulanan trakeal kıskaçların uzaklaştırılması için yapılmıştır(18). En yaygın endikasyonu eksternal ve internal hava yoku obstrüksiyonları olmakla birlikte, başka endikasyonları da bulunmaktadır (Tablo IV)(19).

Tablo IV. EXIT (Ex-utero intrapartum treatment-Ekstra uterin intrapartum tedavi) Endikasyonları

1. Geçici trak eal obstruksiyonda obstruktif aparatın (kıskaç,balon) uzaklaştırılması.
2. Büyük boyun kitleleri (Servikal teratom,Lenfangioma)
3. Kongenital Yüksek Havayolu Obstruksiyon Sendromu (CHAOS)
4. Ekstra Korporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO)

3a.Cerrahi Teknik: Uterus ekplorasyonunun sağlanmasını takiben, histerotomi insizyonunun lokalizasyonu için, steril ultrasonografi probu ile plasenta ve fetal pozisyon belirlenir. Hemostatik uterin stapler ile histerotominin sağlanmasını takiben baş, boyun ve omuzlara kadar fetüs doğurtulur ve fetüs monitorize edilir. Takiben fetal anestezi desteği ve kas gevşemesi için fetüse intramuskuler fentanyl ve vecurunyum gibi anestezik maddeler enjekte edilir. Bu sırada gelişebilecek hipotermi ve amniyon sıvı azalmasını engellemek için amniyotik kavite içine ılık Ringer laktat solüsyonu enjekte edilir. Fetüse bu işlemler sırasında sıvı, medikasyon ve kan desteği için bir damar yolu sürekli açık tutulmalıdır. Havayolu obstruksiyonuna yönelik düzeltici cerrahi yapılacak ise fetüs entübe edilir, böylece servikal kitle nedeniyle distorsiyona uğramış olabilen hava yoluna yapılacak cerrahi kolaylaşır (19).

IV.Maternal- Fetal Cerrahide Anestezi ve Tokoliz

Şant uygulaması gibi minimal girişim gerektiren prosedürlerin ilk uygulamaların da anneye lokal anestezik yapılmasının yanında fetal immobilizasyonun sağlanması için fetüse 'pancuronium' ve 'vecuronium' gibi kas geveşeticilerin uygulanılması ile yetinilmekte ve fetal analjezi için ek bir medikasyon yapılmamakta idi. Ancak ileri ki dönemde yapılan çalışmalar, fetüsün ağrılı uyarana yanıt verdiğini göstermiştir. Ağrılı stimulus uygulanan fetüs, uyarana hareket ve artmış solunum hızı ile yanıt vermektedir, ayrıca bu fetüslerin beta-endorfin ve kortizol seviyelerinde de yükselme olduğu gösterilmiştir(21,22). Yapılan çalışmalar da 26. gebelik haftasında talamokortikal bağlantıların geliştiği ve bu haftadaki fetüslerin ve preterm yenidoğanların uyarana geri çekilme yanıtı verdiği gösterilmiştir(22). Bu bilgelerin ışığında, fetüsün de *ağrıyı hissettiği* söylenebilir. Bu nedenle, fetal analjezi ile yapılan işlem desteklenmelidir. Fetal analjezinin indirekt (maternal) yapılması daha pratikdir. Yapılan çalışmalarda isofloran ve remifentanil ile indirekt fetal analjezinin başarıyla sağlanabildiği gösterilmiştir(23,24).

Fetal cerrahide tokoliz esas olarak iki farklı amaç için istenmektedir. Bunlardan ilki, intraoperatif dönemde uterusun gevşemesini sağlayarak eksplorasyonu kolaylaştırmak, diğeri de cerrahi sırasında ve sonrasında gelişebilecek olası bir erken doğum eylemini engellemekdir. İntraoperatif uterin relaksasyon yüksek konsantrasyonda 'volatil' anestezikler ile sağlanabilmektedir (isofloran %2-3). Bunun yanında hızlı relaksasyon istenen durumlarda Nitrogliserinden de faydalınabilir. Cerrahi sonrası tokolize 48-72 saat boyunca devam edilmelidir. Bu dönemde magnesium sulfat ($MgSO_4$), kalsiyum antagonistleri, beta-adrenerjik ajanlar, streoid olmayan antiinflamatuar ilaçlar (NSAID) ve atosiban kullanılabilir(25,26).

V. Maternal-Fetal Cerrahi Komplikasyonları

Açık ya da endoskopik olarak yapılan maternal-fetal cerrahide en sık görülen komplikasyonlar; *preterm eylem*, *membranların iatrogenik erken rüptürü* ve *maternal hemorajidir*, ayrıca *fetal kayıp*, *koriyoamniyotik separasyon*, *koriyoamniyonitis* rastlanılabilecek diğer komplikasyonlardır. Maternal cerrahi de diğer önemli bir sorun gebeliğin devamında ya da sonraki gebelikler de ortaya çıkabilecek *uterin rüptür* riskidir. Midgestasyonel yapılan cerrahide histerotomi, sezaryan kesisinin aksine alt segmen yerine daha yukarıdan gerçekleşmektedir, bu nedenle sonraki gebeliklerde, travay sırasında uterin rüptür riski, alt segment sezaryan olgularına oranla daha yüksek beklenilmektedir. Önerilen yaklaşım açık cerrahi geçiren annenin gebeliğinin sezaryan ile gerçekleştirilmesidir. Endoskopik cerrahide bu komplikasyonların ortaya çıkma ihtimali daha düşüktür. Özellikle tek portlu yapılan endoskopilerde risk en azdır. Endoskopik fetal cerrahide en sık rastlanılan komplikasyon membranların erken rüptürüdür. Erken membran rüptürü tek portlu girişimlerde %10 oranında görülürken bu risk multi port lu girişimler de %60 lara kadar çıkmaktadır(27).

KAYNAKLAR

1- Roman M.Syrodak and Craig T.Albanese. Minimal Acsess Surgery in the Fetus. Problems in General Surgery 2001;18:33-44

2- R. Douglas Wilson. Prenatal evaluation for fetal surgery. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2002;14:187-93

3- Taylor MJO, Denbow ML, Duncan KR. Antenatal factors at diagnosis that predicts outcome in twin-twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol.2000;183:1023-28.

4- Luks FI, Carr SR, Ponte B, Rogg JM, Tracy TF Jr. Preoperative planning with magnetic resonance imaging and computerized volume rendering in twin-to-twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol 2001; 185:216-19.

5- D. Mahieu-Caputo, P. Sonigo, J. Amiel, I. Simon, M.C. Aubry, M. Lemerrer, A.L. ve ark. Prenatal diagnosis of sporadic apert syndrome: a sequential diagnostic approach combing three-dimensional computed tomography and molecular biology. Fetal Diagn Ther 2001;16:10-12.

6- Brunelle F. Editorial: fetal imaging in a new era. Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 18:91-5.

7- Wenstrom KD, Johanning GL, Johnnston KE, DuBard M. Association of the C677T methylenetetrahydrofolate reductase mutation and elevated homocystine levels with congenital cardiac malformations. Am J Obstet Gynecol 2001;184:806-17.

8- Carroll SGM, Kuo PY, Kyle PM, Soothill PW. Fetal protein loss in gastroschisis as an explanation of associated morbidity. Am J Obstet Gynecol 2001; 184:1297-301.

9- Harrison Michael R. Fetal Surgery. Am J Obstet Gynecol 1996;174:1255-64

10- Rombleholme, Timothy M. MD; Johnson, Mark P. MD Fetoscopic Surgery, Clinical Obstetric Gynecology 2003;46:76-91

11- Deprest JAM, Ville Y. Obstetric endoscopy. Harrison MR, Evan MI, Adzick NS, Holzgreve W, eds. The Unborn Patient: The Art and Science of Fetal Therapy. Philadelphia: WB Saunders, 2001:21331.

12- Evans MI, Greb A, Kunkel LM, Sacks AJ, Johnson MP, Boehm C, Kazazian HH Jr, Hoffman EP. In utero fetal muscle biopsy for the diagnosis of Duchenne muscular dystrophy. Am J Obstet Gynecol. 1991; 165:72832.

13- Bruner JP, Richards WO, Tulipan NB, Arney TL. Endoscopic coverage of fetal myelomeningocele in utero. Am J Obstet Gynecol. 1999; 180:15358.,
14- Quintero RA, Morales WJ, Phillips J, Kalter CS, Angel JL. In utero lysis of amniotic bands. Ultrasound Obstet Gynecol. 1997; 10:31620.
15- Hecher K, Hackeloer BJ. Intrauterine endoscopic laser surgery for fetal sacrococcygeal teratoma. Lancet. 1996; 347:470.
16- Paek BW, Jennings RW, Harrison MR, Filly RA, Tacy TA, Farmer DL, Albanese CT. Radiofrequency ablation of human fetal sacrococcygeal teratoma . Am J Obstet Gynecol 2001; 184:5037.
17- Deprest, Jan A. Gratacos, Eduard. Obstetrical Endoscopy. Current Opinion Obstetric and Gynecology 1999;11: 195-203.
18- Mychaliska GB, Bealer JF, Graf JL, Rosen MA, Adzick NS, Harrison MR. Operating on placental support: the ex utero intrapartum treatment procedure. J Pediatr Surg 1997, 32:22730
19- MacKenzie TC, Crombleholme TM, Flake AW.The ex-utero intrapartum treatment.CurrOpinPediatr.2002;14:453-8.
20- Harrison MR, Fetal Surgery. Trials, Tribulations and Turf. Journal of Pediatric Surgery Lecture 2003:38:275-82
21- Giannakoulopoulos X, Sepulveda W, Kourtis P, Glover V, Fisk NM. Fetal plasma cortisol and [beta]-endorphin response to intrauterine needling. Lancet 1994; 344:77-81.
22- Andrews KA, Fitzgerald M. The cutaneous withdrawal reflex in human neonates: sensitization, receptive fields, and the effects of contralateral stimulation. Pain 1994; 56:95-101.
23- Dwyer R, Fee JPH. Uptake of halothane and isoflurane by mother and baby during caesarean section. Br J Anaesth 1995; 74:379-83.
24- Marcus MAE, Gogarten W, Louwen F, Wüsten R, Van Aken H. Remifentanil for fetal intrauterine microendoscopic procedures . Anesth Analg 1999; 88:257.
25- Katz VL, Farmer RM. Controversies in tocolytic therapy. Clin Obstet Gynecol 1999; 42:802-19.
26- Gaiser RR, Kurth CD. Anesthetic considerations for fetal surgery. Semin Perinatol 1999; 23:507-14. 27. SF. Fowler, RM. Sydorak, CT. Albanese, DL. Farmer, MR. Harrison, and Hanmin Lee.Fetal Endoscopic Surgery: Lessons Learned and Trends Reviewed.Journal of PediatricSurgery2002;37:1700-02

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 656-657

PRENATAL TANI AMACIYLA UYGULADIĞIMIZ KORDOSENTEZ VE SONUÇLARI

Cordocentesis Applied for Prenatal Diagnosis and the Results

Dr. Ferit Saraçoğlu, Dr. Bekir Sıtkı Şaylı, Dr.Cemal Atalay

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
AÜ Tıp Fakültesi Genetik Bölümü

ÖZET

Çalışmamızda amaç, yüksek riskli obstetrik populasyonda, hızlı karyotipleme endikasyonu ile yapılan kordosentez sonuçlarının değerlendirilmesidir. Endikasyonlarımızın % 50 sini anormal ultrasonografi (USG) ve İntrauterin growth retardation (IUGR), % 20sini anormal maternal serum biyokimyası ve % 30 unu toxoplazma, diğer enfeksiyonlar, rubella, cytomegalovirus, herpes (TORCH) enfeksiyonları, ileri maternel yaş, multipl kayıplar ve anomalili doğum öyküsü gibi nedenler oluşturmuştur. Bunların % 16 sında kromozomal aberrasyon saptanmıştır. Kordosenteze bağlı 1 vakada abortus gelişmiştir.
Anahtar sözcükler: Kordosentez, prenatal tanı ,karyotip

ABSTRACT

The purpose in this study is to evaluate the results of cordocentesis which was applied in high risk obstetrical population with the indication of rapid caryotyping. Our indications are as follows; % 50 abnormal USG and IUGR, % 20 abnormal maternal biochemistry and % 30 TORCH infections, advanced maternal age, multiple fetal loses and birth with anomaly. Among these, chromosomal aberrations were observed in % 16. In one case, abortion developed due to cordocentesis.
Key Words: Cordocentesis, prenatal diagnosis, karyotip

GİRİŞ

Fetal kan örneği elde edebilme girişimleri invaziv yöntemlerden daha az invaziv olanlara doğru gelişim göstermiştir. Fetal sirkülasyona erişme, ilk defa 1964 yılında Freda ve Adamsons tarafından histeroktomi sırasında gerçekleştirilmiştir. (1) Daha sonra 1970'li yıllarda fetoskopun gelişimi ile koryonik plak üzerindeki damarlardan ve umblikal kordondan kan örnekleri alınabilmiştir.(2,3) İlk kez 1982 yılında Daffos' un USG altında kordosentez uygulaması fetoskopu ikinci plana itmiştir. (4,5) Günümüzde fetal kan örneğinin alınmasında en yaygın kullanılan teknik kordosentezdir.

Kordosentez uygulama endikasyonları, korion biopsisi ve amniyosentezle aynıdır. Bunlar; kalıtımsal hastalıklar, fetal enfeksiyonlar, kromozom anomalileri, IUGR' li fetüslerde asit, baz ölçümleri, immünize Rh uygunsuzluğu olan gebelerde fetusun değerlendirilmesidir.

Kordosentezin korion biopsisi ve amniyosenteze avantajları, gebeliğin ileri dönemlerinde de uygulanabilmesi ve oldukça kısa sürede sonuç elde edilmesidir.

MATERYAL VE METOD

1993-2000 yılları arasında Ankara Numune hastanesi Kadın Hastalıklari ve doğum Kliniği, Terminal Tıp Merkezine müracaat eden ve kromozomal anomaliler açısından yüksek risk taşıyan toplam 50 vakaya kordosentez uygulanmıştır. Girişimden önce aileye kordosentez hakkında gerekli bilgiler verilmiş, tekniğin sınırları ve komplikasyonları açıklanmıştır. Ayrıca girişimden önce ayrıntılı bir USG yapılmış, fetal malformasyon varsa ortaya çıkarılmıştır. (Tablo I:)

Tablo I: Çalışma grubumuzdaki kordosentez endikasyonları

ENDİKASYONLAR	SAYI	%
I) USG ile saptanmış fetal malformasyonlar	18	36
II) IUGR	7	14
III) Anormal maternal serum biyokimyası	10	20
IV) Diğer nedenler		
1) Önceki gebelikte fetal anomali	8	16
2) İleri maternal yaş	4	8
3) TORCH enf.	2	4
4) Multiple kayıplar + dengeli translokasyon	1	2

Fetal kan örneklemesi için, USG altında 3.5 mHz sektör prob kullanılarak, serbest el tekniğiyle transamniyotik olarak kordonun insersiyon yerinin 1-2 cm distalinden 22 G iğne ile girilmiştir.

Vakalardan gebelik haftası ve kordosentez endikasyonlarına göre değişmekle birlikte 1-4 ml kan örneği alınmış ve Ankara Üniversitesi Genetik Bölümü sitogenetik laboratuarlarında kültür edilmiş ve sitogeneetik tanılar gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR:

Çalışma grubumuzda kordosentez uygulanan 50 vakadan 26' sında (% 52) sitogenetik sonuçlar normal olarak değerlendirilmiş ve gebelik normal sağlıklı doğum ile sonlanmıştır. Vakaların 8' inde (% 16) kromozomal aberrasyon saptanmıştır. 11'inde (%22) normal kromozom kuruluşu

gözlenmesine ve 2'sinde (%4) hücre kültürünün başarısız olmasına rağmen, USG ile multipl anomaliler saptanması nedeniyle teropötik abortus yaptırılmıştır.

Bir vakada (% 2) şiddetli IUGR nedeniyle ölü doğum gerçekleşmiş, başka bir vakada ise (% 2) sitogenetik sonuçlar normal olup kordosenteze bağlı spontan abortus gelişmiştir. Vakaların 1' inde (% 2) ise hücre kültürü başarısız olup gebelik normal sağlıklı bir doğum ile sonlanmıştır.

Tablo II: Çalışma grubumuzda saptanan kramozomal aberrasyonlar ve endikasyonları:

ENDİKASYON	KROMOZOMAL ANOMALİ
USG' de fetal anomali	46 XX $42q^-$
Önceki doğumda 46 XX $5q^+$	46 XY q^-
USG' de fetal anomali	47 XY + E
USG' de fetal anomali	45 XX - 6
USG' de fetal anomali	47 XX +18
Anomalili doğum öyküsü	47 XY +E, $6p^-$
Kromozom anomalili kardeş	46 XX / 47 XX +6
İleri maternal yaş	Trizomi 21

TARTIŞMA

Fetal kan örneklemesi, prenatal tanıda kullanılan invaziv yöntemlerden bir tanesidir. Fetal kan kalıtsal geçiş gösteren hastalıkların tanısında kullanılan sitogenetik, biyokimyasal, genetik ve moleküler genetik teknikleri için ideal bir biyolojik materyaldir.

Prenatal tanı için endikasyonların seçilmesi çok önemlidir. Biz endikasyonlarımızı kromozomal anomaliler açısından yüksek risk taşıyan obstetrik popülasyondan seçtik. Endikasyonlarımızın en büyük kısmını % 36 ile USG ile saptanmış fetal anomaliler oluşturmuştur.

USG ile tespit edilen fetal anomalilerde beraberinde kromozom anomalisi olup olmadığı aranmalıdır.(6) Anomalili fetuslarda gebeliği sonlandırmak amacıyla 2. trimestrde fetal karyotipleme yapılabileceği gibi, gecikilmiş olgularda 3. trimestrde de uygulanmalıdır. Aynı zamanda erken gelişen IUGR' da da fetal karyotipleme yapılmalıdır, çünkü bunlarda intrauterin ölüm oranı çok yüksektir ve otolize bağlı olarak otopsi materyalinde kromozom çalışmaları yapılamamakta, böylece gelecek gebelikler için genetik danışma uygulaması imkansız hale gelmektedir.

USG ile saptanan fetal anomalilerde, kromozom anomalisi görülme sıklığı, ileri maternal yaş veya anormal maternal serum biyokimyasına bağlı olarak ortaya çıkan riskli gebeliklerden daha fazladır. Çalışmamız kapsamındaki USG ile saptanan 18 fetal anomali vakasından 4'ünde (%22) kromozomal aberrasyon saptanmıştır.

İngilterede 1985-1990 yılları arasında malformasyonlu ve gelişme geriliği olan 1705 fetüste antenatal dönemde yapılan karyotipleme sonucu 259 (% 15) vakada kromozom anomalisi saptanmıştır.(7)

Donner C. ve ark.'ları 421 anormal USG li vakayı kapsayan çalışmalarında, vakaların % 9.5' inde kromozomal anomali tespit etmişlerdir.(8) Yine Hollanda' da NS ve ark. konjenital anomaliler ve şiddetli IUGR nedeniyle 152 vakaya kordosentez uygulamışlar ve kromozomal anomali oranını % 8 olarak saptamışlardır.(9)

Biz çalışmamızda USG ile tespit edilen fetal anomaliler, IUGR, anormal maternal kan biyokimyasi ve diğer endikasyonlarla yaptığımız 50 kordosentez vakasının 8' inde (%16) kromozomal anomali saptadık. Bunların 4' ünde USG ile tespit edilen fetal anomaliler, 1' inde ileri maternal yaş, 2' sinde kromozomal anomalili kardeş öyküsü, bir diğerinde ise anomalili doğum öyküsü nedeniyle kordosentez yapıldı. TORCH enfeksiyonu, IUGR ve anormal maternal serum biyokimyasi nedeniyle kordosentez yapılan 19 vakada ise kromozom anomalisi tespit edemedik.

Kordosentez, hem hızlı karyotiplenme imkanı sağlaması hemde ileri gebelik dönemlerinde de uygulanabilmesi nedeniyle, kromozomal anomalileri tespit etmek ve gelecek gebelikler hakkında genetik danışma imkanları sağlayabilmek için yüksek riskli obstetrik popülasyonda uygulanabilecek güvenilir bir metoddur.

KAYNAKLAR

1- Fredo VJ, Adamsons KJ: Exchange transfusion inutero. Am J Obstet Gynecol 89:817, 1964.
2- Hobbins JC, Mahoney MJ: İnutero diagnosis of haemoglobinopathies. Technique for obtaining fetal blood. New Eng J Med 290: 1065, 1974.
3- Rodec CH, Campbell S. Umblical cord insertion as source of pure fetal blood for prenatal diagnosis. Lancet; :1244, 1979.
4- Bang J, Bach JE, Trolle D: Ultrasound guided fetal intravenous transfusion for severe rhesus haemolytic disease Br. Med J 284: 373, 1982.
5- Daffos F, Cappella - Pavlovsky M, Forestier F: Fetal blood sampling via the umblical cord using a needle guided by ultrasound. Report of 66 cases. Pren. Diagn 3: 271, 1983
6- Nicolaides KH, Rodeck CH, Gosden CM: Rapid koryotyping in non - lethal fetal malformations. Lancet; :283, 1986
7- Aydınlı K: Prenatal Tani ve Tedavi. Editör; Aydinli K, İstanbul: Perspektif yayin, 1. baski, 1; 318-319 - 1992
8- Donner C: Cordocentesis for rapid karyotype.Fetal diagn. Ther. 10(3); 192 - 9, 1995
9- Hollanden NS: Cordocentesis for rapid karyotyping in fetuses with congenital anomalies on severe IUGR Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 53; 183 - 7, 1994

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 658-659

OVERYAL GEBELİKTE KONSERVATİF CERRAHİ: ÜÇ OLGU SUNUMU

Conservative Surgery in Ovarian Pregnancy: Case Report

Dr. Serdar DİLBAZ, Dr.Bekir KATAS, Dr.Berna DİLBAZ, Dr.Seda Güvendağ GÜVEN, Dr.A.Akın Sivaslıoğlu, Dr.Orkun TAN
SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi

ÖZET

Overyal gebelik gestasyonel kesenin overe implante olduğu nadir görülen bir ektopik gebelik formudur. Genellikle ilk trimesterin sonlarına doğru rüptürle sonuçlanır. Klinik tabloyu rüptüre tubal ektopik gebelik ve rüptüre overyal hemorajik kistten ayırmak zordur. Biz burada ikisi laparatomi biri laparoskopi ile konservatif cerrahi uygulanmış 3 olgu sunuyoruz.
Anahtar Kelimeler: Overyal gebelik, Konservatif cerrahi, Ektopik gebelik

ABSTRACT

Ovarian pregnancy is a rare form of ectopic gestation, where the gestational sac is implanted within the ovary. Usually, it ends with rupture, which occurs before the end of the first trimester. It is difficult to distinguish from that of tubal ectopic pregnancy and hemorrhagic overian cyst. We present here three cases of ovarian pregnancies of which two were treated with conservative surgery by laparotomy, and one was laparoscopy.
Key Words: Ovarian pregnancy, Conservative surgery, Ectopic Pregnancy

GİRİŞ

Overyal gebelik ekstrauterin gebeliklerin en nadir görülen tipidir. İnsidansı 3600 ile 40.000 gebelikte 1 olarak bildirilmiştir (1). Etyolojisi tam olarak tanımlanamamıştır. Rahim içi araç kullanan ve daha önce pelvik enfeksiyon geçiren hastalarda daha sık gözlenir. Overyal gebeliğin semptom ve bulguları ektopik gebeliğin herhangi bir tipine ve rüptüre hemorajik kiste benzerdir. Erken tanısı oldukça zordur. Hastaların büyük bir kısmı hastaneye akut karın tablosuyla başvurur, çoğunlukla laparatomi ile acil cerrahi uygulanır. Son zamanlarda overyal gebeliğin tanı ve tedavisinde laparoskopi de kullanılmaktadır (2).

OLGU 1

32 yaşında, gravidası 3, paritesi 3 olan olgu son adet tarihinden 6 hafta sonra bulantı, kusma, akut pelvik ağrı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Altı yıldır rahim içi araç kullanan hastada daha önce geçirilmiş pelvik enfeksiyon öyküsü yoktu. Başvuru anındaki vital bulguları; Tansiyon Arteryel: 90/50 mm/Hg, Nabız: 98/dk olarak tespit edildi. Pelvik ve abdominal muayenesinde; rutin laboratuvar testleri normal, idrarda gebelik testi pozitif olarak bulundu. Transvajinal ultrasonografisinde muhtemel sol over kaynaklı 28x20 mm boyutlarında heterojen kitle , batın içi yaygın serbest sıvı tespit edildi ve endometrium kalınlığı 14 mm olarak ölçüldü. Tanı ve tedavi amaçlı laparatomi uygulandı. Laparatomi esnasında batın içinde yaklaşık 1500 cc serbest kan mevcuttu. Uterus, bilateral tüp ve sağ over normal görünümde idi, sol overde aktif olarak kanayan rüptüre 3 cm boyutunda, makroskopik olarak ektopik gebeliği düşündüren görünüm mevcuttu. Konservatif yaklaşım planlanarak, sol overdeki kitle wedge rezeksiyon ile çıkartıldı ve over doku primer olarak onarıldı. Hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi. Çıkartılan kitlenin histopatolojik olarak incelenmesi sonucunda, koryonik villus içeren trofoblastik doku tespit edildi.

OLGU 2

25 yaşında gravidası 3, paritesi 1 olan olgu son adet tarihinden 8 hafta sonra şiddetli pelvik ağrı, vajinal kanama şikayetleri ile hastanemize başvurdu ve Tansiyon Arteryel: 110/70 mm/Hg, nabız:80/dk olarak tespit edildi. Pelvik ve abdominal muayenesinde serviks'in multipar vasıfta ve hareketlerinin ağrılı, minimal vajinal kanama, uterusun normalden az iri, sol adnekste palpasyonla hassasiyet ve sağ adneks serbest olarak tespit edildi. Hemoglobin: 9.1 g/dl, hemotokrit : %27, idrarda gebelik testi müspet olarak tespit edildi. Transvajinal ultrasonografide sol over içerisinde 38x34 mm heterojen kitle, yaygın batın içi serbest sıvı mevcuttu ve intrauterin gebelik izlenmedi
(Resim 1).



Tanı ve tedavi amaçlı laparatomi uygulandı. Gözlemde batın içinde 1300 cc serbest kan mevcuttu, uterus, bilateral tüpler ve sağ over normal görünümde idi. Sol overde 60x30 mm hematom ile çevrelenmiş, 2,5 cm boyutunda makroskopik görünümü ektopik gebelik ile uyumlu heterojen kitle mevcuttu. Kitle wedge rezeksiyon ile çıkarıldı ve over primer olarak onarıldı. Olgu postoperatif 4. günde taburcu edildi. Çıkarılan materyalin histopatolojik incelemesinde koryonik villus ve trofoblastik doku tespit edildi.

OLGU 3

30 yaşında gravidası 2, paritesi 1 olan olgu son adet tarihinden 6 hafta sonra vajinal kanama şikayeti ile hastanemize başvurdu. Vital bulguları ve laboratuvar değerlendirmeleri normal olarak tespit edildi. İdrarda gebelik testleri müspet bulundu. Pelvik ve abdominal muayenede serviks multipar vasıfta, uterus normalden iri, sağ adneksiyal bölgenin hassas, sol adneksiyal bölgenin normal olduğu tespit edildi. Transvajinal ultrasonografide sağ over lokalizasyonunda 25x20 mm boyutlarında gestasyonel kese ile uyumlu görünüm mevcuttu ve kese içerisinde fetal kalp atımı müspet, CRL: 3 mm olan embriyo tespit edildi. Douglasta minimal sıvı mevcuttu. Tanı ve tedavi amaçlı laparoskopi planlandı. Laparoskopik gözlemde sağ over üzerinde 2,5 cm çapında kistik yapı, sol over, bilateral tüplerin normal görünümde, uterus'un normalden az iri olduğu ve douglasta minimal serbest kan olduğu gözlendi. Kistik yapı üzerine eksizyon yapıldı ve embriyo gözlendi. Ektopik gebelik eksize edildikten sonra bipolar koter ile hemostaz sağlanarak işleme son verildi. Hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. Çıkarılan materyalin histopatolojik incelemesi overyal gebelik ile uyumlu olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Overyal gebeliğin erken tanısı zordur. Etyolojide rahim içi araç ile olan ilişkisi tam olarak açıklanamamıştır (9,10). Sadece birinci olgu da rahim içi araç kullanımı mevcuttu. Abdominal ağrı, amenore, vajinal kanama gibi bulgular ektopik gebeliğin diğer tiplerinde de gözlenir (3). Overyal gebeliklerde trofoblastik hücreler, overyal dokuya yerleşmeye 6. günde başlar ve overyal arterin invazyonu, over kapsülünün rüptürü ortalama 40. günde gerçekleşir ve bunun sonucunda da hastada hemoperitoneum bulguları ortaya çıkar. (4). Overyal gebeliklerde batın içi kanama miktarı ortalama 885 ml olarak bildirilmiştir (5). Hastalar çoğunlukla akut karın semptom ve bulguları ile hastaneye başvururlar. (6). Rüptüre overyal gebelik tanısı koyulan olgulara öncelikli olarak cerrahi planlanır. Olgunun yaşı, fertilite durumu göz önünde bulundurularak konservatif cerrahi uygulanabilir (8). Geçmişte tanı ve tedavi amaçlı çoğunlukla laparatomi uygulansada günümüzde laparoskopi de kullanılmaktadır (7). Konservatif cerrahi gestasyonel kesenin wedge rezeksiyonla çıkarılması şeklinde uygulanır. Seinera ve arkadaşları 12 yıllık süre içerisinde laparoskopi ile konservatif olarak opere edilen 8 olgu bildirmişlerdir (11). Rüptüre olmamış overyal gebelik olgularında konservatif tedavi amaçlı methotreksat ve prostoglandin uygulamasıda bildirilmiştir (12). Bizim olgularımızda konservatif cerrahi parsiyel rezeksiyon, rekonstrüksiyon ve bipolar koterizasyon şeklinde uygulanmıştır.

Overyal gebelik çok nadir olarak görülen bir ektopik gebelik tipidir ve tanı koyulduğunda genellikle acil cerrahi girişim gerektirir. Olguların fertilite isteği ve yaşı göz önünde bulundurularak konservatif cerrahi uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1- Raziel A,Golan A. Primary overyal pregnancy succesfully treated with Methotrexate (letter). Am J Obstet Gynecol 1993; 169; 1362-1363.
2- Erenus M, Gokaslan H, Ozer K. Succesful laparoscopic treatment of a ruptured primary overyal pregnancy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2002; 9: 87-88.
3- Sidek S, Lai SF, Lim Tan SK. Primary overyal pregnancy. Current diagnosis and management. Singapore Med J 1994; 35: 71-75.
4- Ercal T, Cinar O, Mumcu A, Lacin S, Erdener O. Overyal pregnancy; Relationship to an Intrauterine Device. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1997; 37(3); 362.
5- Grimes HG, Nosal RA, Gallagher JC. Overyal pregnancy: A series of 24 cases. Obstet Gynecol 1983; 61: 174-180.
6- Gaudoin Mr,Coulter KL, Robins AM, Verghese A, Hanretty KP. Is the incidence of overyal ectopic pregnancy increasing? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996; 70: 141-3.
7- Carter JE, Ekuan J, Kallins GJ. Laparoscopic diagnosis and excision of intact overyal pregnancy. A case report. J Reprod Med 1993; 38: 962-966.
8- Rock JA, Damario MA. Ectopic pregnancy. In Rock JA, Thompson JD, eds. Te linde' s Operative Gynecology. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997: 520-3.
9- Tatum HJ, Schmidt FH. Contraceptive and sterilisation practices and extrauterine pregnancy: A realistic perspective. Fertil Steril 1977; 28: 407-421.
10- Ory HW, The Women's Health Study. Ectopic Pregnancy and İntrauterine contraceptive devices: New Perspectives. Obstet. Gynecol 1981; 57: 137-144.
11- Seiners P, DiGregorio A, Arisio R, Decko A, Crana F. Overyal pregnancy and operative laparoscopy: report of eight cases. Hum Reprod 1997; 12: 608-610.
12- Koike H, Chuganji Y, Watanabe H, Kaneko M, Noda S, Mori N. Conservative treatment of overyal pregnancyby local prostoglandin F2á injection, (Letter). Am J Obstet Gynecol 1990;163:696

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 660-666

NORMAL DOĞUM ve SEZARYEN İLE DOĞUM YAPMAK İSTEYEN GEBELERİN DENETİM ODAĞI ve BAZI DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Comparison of Rotter Focus Controll of Central Scale and Demographic Variants of Pregnants Women who Want Vaginally Delivery and Cesarean Section

Dr. Ferit SARAÇOĞLU, Psikolog E.Mücella KARTOĞLU
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Tüm dünyada hastaların sezaryenle doğum isteminde artma görülmektedir. Bu istemi doğru karşılayan doktorlar kadar sadece hastanın istemine bağlı kalmanın uygun olmayacağını savunan görüşlerde bulunmaktadır . Sunulan çalışmada polikliniğe başvuran gebelerden normal doğum yapmak isteyen 48 gebe ve sezaryen ile doğum yapmak isteyen 48 gebe seçilerek bunlara Kişisel Bilgi Formu, Bilgi Formu ve Rotter Denetim Odağı Ölçeği testleri uygulanmıştır. Normal doğum yapmak isteyen gebeler ile sezaryen doğum yapmak isteyen gebelerin RDOÖ puanları ortalamaları ve denetim odağı algılamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine normal ve sezaryen ile doğum yapmak isteme durumları ile eğitim düzeyi arasında da ilişki bulunmamaktadır. Hastaların yaklaşık yarısı bu kararı kendisi vermemektedir.
Anahtar Kelimeler : Normal doğum, sezaryen.

ABSTRACT

There is increasing trend of cesarean rate in every country. Some of the physicians thinks that elective cesareans are clinically unjustifible however some of the physicians accepts it normal in their medical practice. In the present study we administered various personality tests to comment on their decisions. According to the results score of the patients wants to be delivered by cesarean or vaginally was not statistically different . There were also no correlation about the decision of the patients and the educational levels. Only half of the patients wants to be delivered by cesarean got the decision by herself.
Key words: vaginal delivery, cesarean section

GİRİŞ

Cerrahi doktorların gerekliliğine inandığında ve genel tıbbi uygulamalara uygun olduğunda yapılan bir işlemdir. Doğum hekimliğinde de uzun yıllardır komplikasyonsuz bir gebelikte sezaryen yapmak uygun bulunmamakta ve hastaların bu yöndeki istemleri çoğunlukla reddedilmektedir (1) . Ancak son yıllarda hem hastalarda hem de doktorlarda sezaryen ile doğum yapma eğiliminde artış görülmektedir (2-4). Doktor hanımların kendileri bile çoğunlukla elektif sezaryeni seçmektedir (5). Ülkemizde istatistiki bir veri olmamakla birlikte gebelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe sezaryen ile doğum sıklığının arttığı izlenimi bulunmaktadır. Yapılan sezaryen çoğunlukla yeni bir sezaryene aday bir kadın yaratmaktadır. Ülkemizde sezaryen ile gerçekleşen doğumlar hakkında kesin sayısal veri bulunmamakla birlikte, 1998 verilerine göre %13,9 oranında sezaryen ile doğum bildirilmektedir.Ancak ülkemizde bölgeler arasında anlamlı farklar bulunmaktadır.Batı bölgesinde %21.9, doğu bölgesinde %5.7 oranında veriler bulunmaktadır (6).

Bu çalışmanın amacı, gebelerden normal doğum ile sezaryen doğumu tercih edenler arasında denetim odağı algılamaları yönünden fark olup olmadığını ortaya koymaktır. Ayrıca gebelerin normal ve sezaryen doğumu tercih etmeleri ile, eğitim düzeyi, yaş, sosyal güvence, çalışıp çalışmadığı değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bunların yanında gebelere; söz konusu gebeliğinin planlı olup olmadığı, kaçıncı gebeliği olduğu, hangi yöntemle doğum yapmak istediği, belirttiği yöntemi hangi sebeple istediği, bu yönteme ne zaman karar verdiği, önceki doğumunu hangi yöntemle gerçekleştirdiği, sezaryen yöntemi konusunda bilgisi, ayrıca sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebelere yönelik olmak üzere, bu yöntemi tercih etmesini etkileyen faktörleri içeren sorular yöneltilerek bilgi toplamak amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Nisan 2004- Mayıs2005 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne izlenmek üzere başvuran gebeler araştırma kapsamına alınmıştır. Nisan 2004- Mayıs2005 tarihleri arasında polikliniğe başvuran gebelerden normal doğum ya da sezaryenle doğumu isteyenler arasından rastgele seçilen 96 tanesi çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen gebelere Kişisel Bilgi Formu, Bilgi Formu ve Rotter Denetim Odağı Ölçeği uygulanmıştır (7) . Araştırma esnasında başvuran gebelerden , normal doğum yapmak isteyen 48 gebe ve sezaryen ile doğum yapmak isteyen 48 gebe olmak üzere toplam 96 gebe araştırma grubumuzu oluşturmuştur.

Bu araştırmada bilgi toplama amacıyla üç araçtan yararlanılmıştır. Bunlardan birincisi,Kişisel "Bilgi Formu", ikincisi, "Bilgi Formu", üçüncüsü "Rotter Denetim Odağı Ölçeği" dir.

1-Kişisel Bilgi Formu:

Araştırma grubundaki gebelerin bazı özelliklerini belirlemek amacıyla,araştırmacı tarafından geliştirilen bu formda, gebenin adı, soyadı, eğitim düzeyi, yaşı, mesleki durumu,sosyal güvencesi ile ilgili sorular bulunmaktadır.

2-Bilgi Formu:

Bu formda gebenin, söz konusu gebeliğinin planlı olup olmadığı, kaçıncı gebeliği olduğu,hangi yöntemle doğum yapmak istediği, belirttiği yöntemi hangi sebeple istediği, bu yönteme ne zaman karar verdiği, önceki doğumunu hangi yöntemle gerçekleştirdiği, sezaryen yöntemi konusundaki bilgisi,ayrıca sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebelere yönelik olmak üzere; bu yöntemi tercih etmesini etkileyen faktörleri içeren sorular bulunmaktadır.

3-Rotter Denetim Odağı Ölçeği.

Rotter tarafından geliştirilen ve Ek-3'te verilen bu ölçek 29 maddeden oluşmakta ve bireylerin genellenmiş kontrol beklentilerini içsellik-dışsallık boyutu üzerinde belirlemeyi amaçlamaktadır. Her madde iki tercihten birini seçmeyi gerektiren cevaplama türünde ikişer seçeneği kapsamaktadır. Örneğin; (2a) İnsanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu biraz da şanssızlıklarına bağlıdır. (2b) İnsanların talihsizlikleri yaptıkları hataların sonucudur gibi. Altı madde ölçeğin amacını gizlemek için yerleştirilmiştir. Diğer 23 maddenin dışsallık boyutu yönündeki seçenekleri 1'er puanla değerlendirilmektedir. Böylece ölçek puanları 0-23 arasında değişmekte ve yükselen puan dış kontrol odağı inancının artmasına işaret etmektedir.

Verilerin analizinde, araştırma grubundaki normal doğum yapmak isteyen ve sezaryen yöntemi ile doğum yapmak isteyen gebelerin RDOÖ puanları "t" testi ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca gebelerin normal doğum ve sezaryen ile doğum isteme durumları ile eğitim düzeyi, yaş, meslek, çalışıp çalışmadığı, sosyal güvence arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Normal doğum veya sezaryen ile doğum isteme durumu ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki 2x3 x^2 testi ile yaş ve çalışıp çalışmama durumu değişkenleri arasındaki ilişki 2x3 ve 2x2 x^2 testi ile analiz edilmiştir. Sosyal güvence bakımından istatistik analizde Kolmogorov-Smirnov (D) testi uygulanmıştır. İstatistik analizde 0.05 anlamlılık düzeyi benimsenmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 96 gebenin özelliklerine bakıldığında yaş ortalaması 27.17 yıl, yaş aralığı ise 18 ile 40 arasında değişmektedir (Tablo 1) . Bunların %41'i çalışmakta, %23'ü ilkokul, %15'i ortaokul, %24'ü lise, %39'u yüksek okul veya üniversite mezunudur. %44'ü SSK, %25'i Emekli Sandığı, %15'i Yeşil kart %11'i Bağ-Kur'lu, %5'inin ise herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Tablo I. Normal doğum ve sezaryen isteyenlerin kişisel özellikleri

		GEBE SAYISI	%
EĞİTİM DÜZEYİ	İlkokul	22	23
	Ortaokul	14	15
	Lise	23	24
	Yüksek Okul	37	39
YAŞ	18-24	37	39
	25-32	37	39
	33-40	22	23
SOSYAL GÜVENCE	SSK	42	44
	Emekli Sandığı	24	25
	Yeşil Kart	14	15
	Bağ-Kur	11	11
	Yok	5	5
MESLEKİ DURUM	Çalışıyor	39	41
	Çalışmıyor	57	59

Bu bölümde önce normal doğum ve sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebelerin RDOÖ' den aldıkları puanlar bakımından karşılaştırılması verilmektedir. (Tablo II).

Tablo II. Normal doğum ve sezaryen isteyenlerin RDOÖ den aldıkları puanlar

İstediği doğum Yöntemi	N	X	SS	t
Normal Doğum	48	9.41	2.36	
Sezaryen Doğum	48	9.43	3.18	0.03
Toplam	96			

P> .05

Normal doğum yapmak isteyen gebeler ile sezaryen doğum yapmak isteyen gebelerin RDOÖ puanları ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Buna göre normal doğum isteyen ve sezaryen doğum isteyen gebelerde denetim odağı algılamaları bakımından fark yoktur. Gebelerin normal ve sezaryen ile doğum yapmak isteme durumları ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin 2x3 x^2 testi analiz sonuçları Tablo III' de verilmektedir.

Buna göre normal doğum ve sezaryen ile doğum isteme durumu ile yaş değişkeni arasındaki ilişki anlamlı değildir (Tablo IV).

Gebelerin normal doğum ya da sezaryen ile doğum isteme durumu ile çalışıp çalışmama durumu değişkeni arasındaki ilişki 2x2 x^2 testi ile analizi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo V).

Tablo III. Normal doğum ve sezaryen isteyenlerin eğitim durumları

		Eğitim Düzeyi		
İstediği Doğum Yöntemi	N	İlköğretim	Lise	Yüksek Okul Üniversite
Normal Doğum	48	23	10	15
Sezaryen Doğum	48	13	13	22
Toplam	96	36	23	37

Sd=2 x^2=4.46 P> .05

Tablo IV. Gebelerin normal doğum ve sezaryen ile doğum isteme durumu ile yaş değişkeni arasındaki ilişki

İstenen doğum Yöntemi	YAŞ			
	18-24	25-32	33-40	N
Normal Doğum	22	17	9	48
Sezaryen Doğum	15	20	13	48
Toplam	37	37	22	96

Sd=2 x^2 =2.29 P>.05

Tablo V. Normal doğum ve sezaryen ile doğum isteme durumu ile çalışıp çalışmama durumu değişkeni arasındaki ilişki

İstenen Doğum Yöntemi	Çalışıp Çalışmama Durumu		
	Çalışıyor	Çalışmıyor	N
Normal Doğum	17	31	48
Sezaryen Doğum	22	26	48
Toplam	39	57	96

Sd=1 x^2=0.70 P> .05

Tablo VI. Normal doğum ve sezaryen ile doğum yapmak isteme durumu ile sosyal güvence değişkeni arasındaki ilişki

İstenilen Doğum Yöntemi	Sosyal Güvence					
	Yeşil Kart	SSK	Emekli Sandığı	Bağ-kur	Yok	N
Normal Doğum	8	25	9	3	3	48
Sezaryen Doğum	6	17	15	8	2	48
Toplam	14	42	24	11	5	96

K=1.36 D=0.209 P>.05

Gebelerin normal doğum ya da sezaryen ile doğum isteme durumu ile sosyal güvence değişkeni arasındaki ilişki .05 düzeyinde anlamlı bulunamamıştır (Tablo VI) . İstatistik analizde teorik frekanslar 5'den az olduğundan x^2 testi yerine Kolmogorov-Smirnov (D) testi uygulanmıştır. Normal ve sezaryen doğum isteyen gebelere bilgi formunda yöneltilen sorulara göre normal doğum yapmak isteyen gebelerin söz konusu gebeliğinin planlı olup olmadığı sorusuna %71'i gebeliğinin planlı olduğunu %25'i plansız olduğunu belirtmiştir (Tablo VIIa).

Tablo VII a. Normal doğum yapmak isteyen gebelerin söz konusunu gebeliğinin planlı olup olmadığına ilişkin sonuçlar

Normal Doğum İsteyen Gebeler		%
Gebeliği Planlı	34	71
Gebeliği Plansız	12	25
Yanıtsız	2	4
Toplam	48	100

Tablo VIIb. Sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebelerin söz konusu gebeliğinin planlı olup olmadığına ilişkin sonuçlar

Sezaryen Doğum İsteyen Gebeler		%
Gebeliği Planlı	36	75
Gebeliği Plansız	8	17
Yanıtsız	4	8
Toplam	48	100

Sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebelerden %75'i gebeliğinin planlı olduğunu %17'si plansız olduğunu belirtmiş, %8'i ise planlı ya da plansız olduğu konusunda bilgi vermemiştir (Tablo VIIb) . %8'inin gebeliğini planlı ya da plansız olarak belirtmemesi belki de gebeliğinin planlı olmadığı ama istenmeyen gebelik anlamına da gelmediği için bilinçli olarak yanıtsız bırakmış olabileceği düşünülmektedir. Normal doğum yapmak isteyen gebelerin söz konusu gebeliği, %50'sinin ilk gebeliği, %40'ının ikinci gebeliği ve %8'inin ise beşinci gebeliğidir (Tablo VIIIa). Sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebelerin ise %46'sının ilk gebeliği, %38'inin ikinci gebeliği, %10'unun üçüncü gebeliği, %2'inin dördüncü gebeliği %2'inin beşinci gebeliği ve %2'inin yedinci gebeliğidir (Tablo VIIIb).

Tablo VIIIa. Normal doğum yapmak isteyen gebelerin kaçıncı gebeliği olduğuna ilişkin sonuçlar

Normal Doğum Yapmak İsteyen Gebeler

Bu Kaçıncı Gebeliğiniz?		%
Birinci Gebelik	24	50
İkinci Gebelik	19	40
Üçüncü Gebelik	1	2
Dördüncü Gebelik	0	0
Beºinci Gebelik	4	8
Toplam	48	100

Tablo VIIIb. Sezaryen doğum yapmak isteyen gebelerin kaçıncı gebeliği olduğuna ilişkin sonuçları

Sezaryen İle Doğum İsteyen Gebeler

Bu Kaçıncı Gebeliğiniz?		%
Birinci Gebelik	22	46
İkinci Gebelik	18	38
Üçüncü Gebelik	5	10
Dördüncü Gebelik	1	2
Beşinci Gebelik	1	2
Altıncı Gebelik	0	0
Yedinci Gebelik	1	2
Toplam	48	100

Tablo IX a. Normal doğum yapmak isteyen gebelerin bu yöntemi hangi sebeple istediğine ilişkin sonuçları

Normal Doğum Tercih Nedeni		%
Ameliyat Korkusu	4	8
Sağlıklı Olması	18	38
Kolay Olması	6	13
Doğal Olması	14	29
Eşinin İsteği	1	2
Cevapsız	5	10
Toplam	48	100

Gebelere tercih ettikleri yöntemi hangi nedenlerle istediğine ilişkin sorular yöneltilmiş ve kendi ifadeleri ile belirtmeleri istenmiştir. Belirtilen ifadeler normal doğumu tercih edenler için dört ana başlıkta toplanmıştır. %38'i 'sağlıklı olduğu' nu, %29'u 'doğal olduğu' nu, %13'ü 'kolay olduğu' nu, %8', 'ameliyat korkusu'nu ifade etmişlerdir. Bunlardan %10'u herhangi bir yanıt vermemiştir (Tablo IXa). Sezaryen doğumu tercih edenlerin ifadeleri ise 6 ana başlıkta toplanmıştır. %23'ü önceki doğumu sezaryen olduğu için, %35'i doktor önerisi, %19'u normal doğumdan korktuğu için, %6'sı sağlıklı olduğu için, %10'u kolay olduğu için, %2'i sancısız olduğu için şeklinde ifadelere yer vermişlerdir (Tablo IX b).

Tablo IXb. Sezaryen doğum yapmak isteyen gebelerin bu yöntemi hangi sebeple istediğine ilişkin veriler

Sezaryen Doğum Tercih Nedeni	N	%
Doktor Önerisi	17	35
Kolay Olması	5	10
Normal Doğum Korkusu	9	19
Önceki Doğumun Sezaryen Olması	11	23
Sağlıklı Olması	3	6
Sancısız Olması	1	2
Cevapsız	2	4
Toplam	48	100

Tablo X a. Normal doğum yapmak isteyen gebelerin bu yönteme ne zaman karar verdiğine ilişkin veriler

Belirttiği Yönteme Ne Zaman Karar Verdi?	N	%
Gebe Kaldığında	14	29
Gebelikten Önce	23	48
Cevapsız	11	23
Toplam	48	100

Normal doğum yapmak isteyen gebelerin bu yönteme ne zaman karar verdiği %48'si tarafından gebelikten önce, %29'u tarafından ise gebe kaldığı zaman şeklinde yanıtlamıştır. %23'ü ise yanıt vermemiştir (Tablo Xa). %48 gibi önemli bir oranın hem normal doğumu tercih etmesi hem de bu yönteme gebelikten önce karar vermesi bu grubun kararlılığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Tablo X b. Sezaryen doğum yapmak isteyen gebelerin bu yönteme ne zaman karar verdiğine ilişkin veriler

Belirttiği Yönteme Ne Zaman Karar Verdi?	N	%
Gebe Kaldığında	26	54
Gebelikten Önce	14	29
Cevapsız	8	17
Toplam	48	100

Sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebelerden %29'u bu yönteme gebelikten önce, %54'ü gebe kaldığında karar verdiğini ifade etmiştir. %17'si ise yanıt vermemiştir (Tablo X b). %54 gibi önemli bir oranın sezaryen doğumu gebe kaldığında tercih etmesi, gebelikten önce doğum yöntemine ilişkin ilgisinin olmadığını göstermektedir diyebiliriz.

Tablo XI a. Normal doğum yapmak isteyen gebelerin önceki doğumu hangi yöntemde gerçekleştirdiğine ilişkin sonuçları

Önceki Doğum Yöntemi	N	%
Sezaryen Doğum	1	2
Normal Doğum	21	44
Cevapsız	26	54
Toplam	48	100

Tablo XI b. Sezaryen doğum yapmak isteyen gebelerin önceki doğumu hangi yöntemle gerçekleştirdiğine ilişkin veriler

Önceki Doğum Yöntemi	N	%
Sezaryen Doğum	16	33
Normal Doğum	10	21
Cevapsız	22	46
Toplam	48	100

Normal doğum yapmak isteyen gebelerin önceki doğumu hangi yöntemle gerçekleştirdiğine ilişkin soruya %44'ü normal doğum, %2'i sezaryen doğum olarak yanıt vermiştir. %54'üi ise soruyu yanıtsız bırakmıştır. Daha önce %50'si bu gebeliğinin ilk gebelik olduğunu belirtmişti. Buradan %4'ünün bu soruyu yanıtsız bıraktığını söyleyebiliriz (Tablo XI a).

Sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebeler önceki doğumunu %33'ü sezaryen doğum, %21'i normal doğum olarak yanıtlamıştır. Bu soruya %46'sı yanıt vermemiştir. Daha önce %46'sı bu gebeliğinin ilk gebelik olduğunu belirtmişti. %38'i ise bu gebeliğinin ikinci gebeliği olduğunu belirtmişti. %33'ü ilk doğumunu sezaryen ile yapmış, ve kalan %5'lik grup i ise ilk doğumlarını normal doğum yapmış olmalarına rağmen ikinci doğumlarını sezaryen ile yapmak yönünde karar vermişlerdir . %21'lik bir oran ise ilk doğumunu normal yapmış, ikinci doğumunu ise sezaryen olarak tercih etmiştir (Tablo XIb)

Tablo XII a. Doğum yapmak isteyen gebelerin sezaryen ile doğum yöntemi hakkındaki bilgilerine ilişkin sonuçlar

Sezaryen Doğumu Tanımlayabilir misiniz?	N	%
Ameliyatla Doğum	20	42
Bilmiyor	2	4
Cevapsız	26	54
Toplam	48	100

Tablo XII b. Doğum yapmak isteyen gebelerin sezaryen yöntemi hakkındaki bilgilerine ilişkin veriler:

Sezaryen Doğumu Tanımlayabilir misiniz?	N	%
Acısız Doğum	3	6
Ameliyatla Doğum	35	73
Bilgim yok	1	2
Rahat ve Sağlıklı Doğum	2	4
Cevapsız	7	15
Toplam	21	100

Normal doğum yapmak isteyen gebelerin sezaryen ile doğum yöntemi hakkındaki bilgileri soruşturulduğunda, %42'ü "ameliyatlı doğum", %4'i "bilmiyorum" şeklinde ifade etmiş, %54'si ise bu soruyu yanıtsız bırakmıştır. %54 gibi önemli bir oranın soruyu yanıtlamamış olması sezaryen ile doğum hakkında hiçbir bilgisi olmadığını ya da belki en doğrusu bu yöntemi ifade edemiyor olması şeklinde yorumlayabiliriz (Tablo XII a) . Sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebeler, sezaryen ile doğum yöntemini %73'ü 'ameliyatlı doğum', %6'sı 'acısız doğum', %4'ü 'rahat ve sağlıklı doğum', %2'si 'bilgim yok' şeklinde yanıtlamıştır. %15'i ise bu soruyu yanıtsız bırakmıştır (Tablo XII b).

Tablo XIII. Sezaryen yöntemiyle doğum yapmak isteyen gebelerin bu yöntemi istemesini etkileyen faktörlere ilişkin bilgileri içeren veriler

Sezaryen ile doğum yapmak istemenizde aşağıdaki seçeneklerden hangisi etkili oldu?	N	%
Ağrı ve muayene korkusu	16	33
Cinsel yaşantımı olumsuz etkilemeyeceği düşüncesi	0	0
Doğum sonrası organ bozulması olmayacağı düşüncesi	0	0
Eşimin isteği	6	13
Çevrenin önerisi	1	2
Doktor önerisi	18	38
Ağrı ve muayene korkusu+çevrenin önerisi	1	2
Ağrı korkusu+çevre önerisi+cinsel yaşantıyı olumsuz etkilemeyeceği	1	2
Ağrı korkusu+doğum sonrası organ bozulması olmayacağı düşüncesi+cinsel yaşantıyı olumsuz etkilemeyeceği düşüncesi	1	2
Ağrı ve muayene korkusu+ doğum sonrası organ bozulması	4	8
Toplam	48	100

Sezaryen ile doğum yapmak isteyen gebelerin bu yöntemi istemesini etkileyen faktörler ise altı ana başlıkta toplanmıştır. Ancak faktörlerden bir kaçının birlikte etkili olduğu belirtildiğinden birden fazla seçenekler ayrı ayrı başlıklar halinde sunulmuştur. Tablo XIII.'de görüldüğü üzere %38'i "doktor önerisi", %33'ü "ağrı ve muayene korkusu"nu belirtmişlerdir. %13'ü "eşinin isteği", %8'i "ağrı ve muayene korkusu ve doğum sonrası organ bozulması" olacağı endişesi ile sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir. %2'i "çevrenin önerisi", %2'i "ağrı ve muayene korkusu, çevre önerisi, hem de cinsel yaşantısını olumsuz etkileyeceği" düşüncesinin etkili olduğunu, %2'i ise hem "ağrı ve muayene korkusu", hem de "çevrenin önerisi", %2'si "ağrı korkusu,doğum sonrası organ bozulması olmayacağı düşüncesi ve cinsel yaşantıyı olumsuz etkilemeyeceği düşüncesi" nin etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Bu bölümdeki sorular araştırmamızın önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Gebelerin doktor önerisi dışında sezaryen ile doğum yapmak istemelerinde etkili olan sebeplerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Ağrı ve muayene korkusunun (%29) sezaryen ile doğumu tercih etmede önemli oranda etkili olduğunu söyleyebiliriz. Birden çok seçeneklerde de ağrı ve muayene korkusunun belirtildiği göz önüne alınmalıdır. Bir başka önemli etken ise %14'lük bir oranda belirtilen 'eşimin isteği' seçeneğidir. Doğum yöntemi tercihinde eşlerin tercihinin de etkili olduğunu söyleyebiliriz. Ağrı ve muayene korkusu ve doğum sonrası organ bozulması olacağı düşüncesi (%10) oranı da önemlidir. Zira bu seçenekler birden çok seçeneklerde de ayrı ayrı belirtilmiştir.

YORUM

Pek çok ülkede 1970'lerde sezaryen ile gerçekleşen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı %5 civarındayken 2000 li yıllara gelindiğinde bu oran %20-25'lere yükselmiştir. Bu artışın ne kadarının elektif sezaryenlere bağlı olduğu tam olarak bilinmemekle birlikte elektif ve mükerrer sezaryenlerin önemli bir yer tuttuğu kolayca söylenebilir.

Günümüzde bir bölüm hastanın doğumlarını sezaryenle yapma isteği hekimlerin kendilerini bu isteme uyması gereken teknisyenler şeklinde düşünmelerine neden olmaktadır. Ancak bu şekilde düşünmek yerine hekimler kendilerini karar mekanizmasının bir parçası şeklinde görmelidirler. Proflaktik ya da isteme bağlı sezaryenler artık günlük pratiğin bir parçası olarak kabul edilmelidir. Yapılması gereken hastaya ameliyat ve anestezi konusunda detaylı bilgilerin verilerek seçim yapmasını kolaylaştırmak ve aydınlatılmış onam belgesinin almaktır. (8)

Kadınların bir bölümü yaşadıkları veya duydukları zor ya da operatif doğumlar (forseps, vakum vb) , doğumda fetus ya da annenin zedelenmesi, beyin harabiyeti vb. nedenlerle sezaryenle doğurmayı istemektedir. (9,10) Sunulan çalışmada ve Al-Mufti ve arkadaşlarının Londra'da çalışan bayan doğum hekimleri arasında yaptığı araştırmalarda; doktorların %31'inin elektif sezaryenle doğum yapmak istediklerini ortaya koymuştur. Bayan doğumcuların %80i bu istemlerinin nedeni olarak perineye hasar olmasını engellemek olduğunu söylemiştir. (11)

Hastalar literatürdeki diğer çalışmalarda da sezaryeni tercih etmelerinin en önemli nedenlerinin epizyotemiyi engellemek, uzun ve ağrılı eylemlerden kaçınmak, pelvis tabanı, uterus ve anal sfinkterde zedelenmeden, uzun vadede genital prolapsus, üriner ve anal inkoninans gelişmesinden ürkme olarak açıklamaktadırlar. (12)

Bazı hastalarda doktorun sezaryen istemine karşı israrla normal doğumu tercih etmektedir. Anne yaşı, eğitimi vb. normal doğum yada sezaryen istenmesine etki yapmamaktadır. Bu Weinstein ve arkadaşlarının bulgularıyla da benzerlik göstermektedir. (13)

Sezaryen de vajinal doğum da kendine göre riskleri olan yöntemlerdir. Günümüzdeki cerrahi teknolojideki ilerlemelerin ve anestezideki gelişmelerin etkisiyle risksiz hastalarda sezaryenlerle (1) vajinal doğumlar arasında mortalite ve morbidite yönünden önemli farklılıklar kalmamıştır (2,14) . Riskli doğumlardaki sezaryenlerde ise mortalite ve morbidite hala yüksektir. (5, 15) . Ancak yine de bilinen bazı önemli çalışmaların sonuçlarına göre sezaryen doğumlardan sonra kanama ve buna bağlı komplikasyonlar vajinal doğumlara göre 10 kat, anne ölümlerine ise yaklaşık 12 kat daha fazla (elektif sezaryenler için 6,9 kat, acil sezaryenler için 18.2 kat) rastlanmaktadır(16) . Bir sonraki sezaryende 5,2/1000 plasenta previaya, 11,5/1000 ablasyoya neden olmaktadır (17) . Yeni doğanın oksijen verilmesine ihtiyacı olacak solunum sorunları eylemsiz sezaryenlerde 35.5/1000, eylem sonrası sezaryenlerde 12.2/1000, normal doğumlarda ise 5.3/1000 görülmektedir. (18) Bu nedenle normal durumlarda hastayı sezaryen konusunda serbest karar almasını sağlamak doktorları bazı hukuki sorumluluklardan da kurtarabilecektir. Günümüzde bir çok anne adayı yanlış bir kanaat ile sezaryen ile doğumu daha güvenli olarak algılamaktadır.Bunda sezaryen girişimlerine yönelik özenin fazlalığı ve doğum eyleminin daha kontrollü olması ve anne ve diğer yakınlara güvenli olarak yansıtılmasının rolü olduğu düşünülmektedir. Aydınlatılmış onamda mutlaka hastaya elektif sezaryen yaptırmakla tüm risklerden kaçamayacağının anlatılması gerekmektedir.

Sezaryenin faydaları ise ; doğumdan 6 ay sonra normal doğumlarda %26 üriner inkontimans gelişirken, elektif sezaryenlerde bu oran %5, eylem sonrası sezaryenlerde %12, forsepsle doğumda ise %33 tür. (19). Bir kadının kaç kez sezaryen olabileceği hastaların en merak ettiği sorulardan biridir. Bunun kesinleşmiş bir cevabı olmamakla birlikte genel kabul gören sayı üç tür. (3)

Gebelerin normal doğum ya da sezaryen ile doğum istemeleri ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Oysa eğitim düzeyi arttıkça gebelerin sezaryen doğumu tercih etmeleri beklenmekteydi. Araştırmamızda literatür bulgularının da aksine bir sonuç elde etmemizin nedeni belki de eğitim düzeyi yüksek gebelerin gazete, dergi, kitap vb. yayınları okuyarak bilgi sahibi oldukları, bunun sonucu olarak da normal doğumu tercih ettikleri düşünülmektedir. Ayrıca araştırma kapsamında olan gebelerin doktor takibinde olmaları doğum yöntemi tercihlerinde doktor önerisinin de etki edebileceğini düşündürmektedir. Belki de sezaryen ile doğum hakkındaki yaygın kanaat, yanlış bilgi ya da bu yönteme ilişkin özenin doktor tarafından düzeltilmesinin payı olduğunu söyleyebiliriz.

Normal doğum tercih edenlerin %50'sinin ilk gebeliği idi; sezaryen ile doğum yapmak isteyenlerin ise % 46 gibi önemli bir oranının ilk gebeliği olduğu bulunmuştur.

İlk doğumunu sezaryen ile gerçekleştirmek isteyenlerin oranının, ilk doğumunu normal doğum ile gerçekleştirmek isteyenlerin oranına yaklaşmış olması, sezaryen doğum isteyenlerin oranında artış olduğunu düşündürmektedir. Sezaryen ile doğum yapmak isteyenlerin %38'i gibi önemli bir oranın ikinci gebeliği olması, normal doğum yapmak isteyenlerin ise %40 gibi azımsanmayacak oranının ikinci gebeliği olması, ikinci gebelikte doğum yöntemi tercihinde kararlılığı ortaya koyuyor olabilir.

Sonuçlardan da görüldüğü üzere sezaryen tercihlerini %23'ü ilk doğumlarının sezaryen olmasının etkilediğini ifade etmektedir. Zaten sezaryen doğum yapmak isteyenlerin %35'i bu yöntemi doktor önerisi nedeniyle tercih etmişlerdir. Hastaların % 33 ü ağrı ve muayene korkusu, 13ü ise eşinin isteği üzerine sezaryeni istemişlerdir. Buda göstermektedir ki hastaların %51i sezaryen tercihini kendileri yapmamıştır. Hastaların sadece % 10 u sezaryeni kolay ve ağrısız olarak düşünmüştür.

Hastalar ister normal olsun isterse sezaryen olsun bu kararı çoğunlukla doğumdan önce yada gebe kaldığını öğrendiğinde kararlaştırmaktadır (normal doğum istiyenlerde bu aran % 77, sezaryen isteyenlerde % 83). Hekim onların kararına saygı göstermek ancak mutlak surette avantaj ve dezavantajlar konusunda bilgilendirerek karar mekanizması içinde yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1- Hall M. When a women ask for a cesarean section. BMJ 1987, 294:201-2

2- Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic cesarean section at term. N Engl J Med 1985 , 1264-67

3- Editorial. What is the right number of cesarean sections ? Lancet 1997, 394:815

4- Drife J Maternity services : the Audit Commission reports. BMJ 1997, 314:844

5- Lilford RJ, Van Coeverden de Groot HA, Moore PJ , Gingham P . The relative risk of cesarean section and vaginal delivery : a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute preexisting physiological disturbances. Br J Obstet Gynaecol 1990, 97:883-892

6- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1988

7- Dağ İ. Kontrol odağı ölçeği : Ölçek geliştirme güvenirlik , geçerlilik . Psikoloji Dergisi 2002, 17(49): 77-90

8- Pinkerton JV, Finnerty LL. Resolving the clinical and ethical dilemma involved in fetal-maternal conflicts. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:289-295

9- Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram Cl. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 1993; 329: 1905-1911

10- Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram Cl. Third degree obstetric anal sphincter tears:risk factors and outcome of primary repair. BMJ 1994; 308: 887-891
11- Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996; 347: 544)
12- Sultan AH, Stanton SL. Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth-elective caesarean section? *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 731-734
13- Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after caesarean section. Am J ObstetGynecol 1996; 174: 192-198)
14- Drife J Maternity services: the Audit Commission reports. *BMJ* 1997; 314: 844
15- Report on confidential enquiries into maternal deaths in the UK 1991-3. London: HMSO, 1996
16- Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354 (9180):776
17- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obstet Gynecol* 2001; 97(5 pt 1):765-9
18- Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102(2):101-6
19- Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynaecol* 2001; 97(3):350-6

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 667-671

POST MENOPOZAL DÖNEMDE İRRİTABL BARSAK SENDROMU OLAN HASTALARDA TEGASERODUN ETKİSİ

The Effect Of Tegaserod On Patients Wıth Irritable Bowel Syndrome In The Postmenopausal Period

Dr. Yılmaz Atay, Dr.İ.Ferhat Ürünsak, Dr.A. Barış Güzel, Dr. Nejdet Özbilen
Ç.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.

ÖZET

Amaç : Postmenopozal dönemde ortaya çıkabilen İrritabl Barsak sendromunu tedavi edebilmek için tegaserod kullanımıyla hastaların ne kadar fayda gördüklerini ve tedavi kesildikten sonra şikayetlerin tekrar oluşup oluşmadığını araştırmaktır.

Materyal ve Metod: 72 hasta geliş sıralarına göre 2 gruba ayrılarak tedavi protokollerine alındı . 72 olgu randomize bir şekilde 2 gruba ayrıldı. Birinci gruptakiler, İrritabl barsak sendromu şikayetleri için tegaserod tedavisi ve diyet uygulamasına alınırken ikinci gruptaki hastalara sadece diyet tedavisi verildi. Her iki guruptaki hastaların tedavileri 12 hafta sürdü. Olgular tedavinin akabinde 6 ay takip edildiler. Bu arada birinci gruptaki hastalar randomize bir şekilde 2 guruba ayrılarak birinci gruptaki hastalara 6 ay boyunca diyet uygulaması, 2. gruptaki hastalara hiç bir şey yapılmadan takipleri yapıldı.

Bulgular : Tedavi alan birinci grupta 6 haftada İBS semptomlarında düzelme gözlenmiştir. ($p \leq 0,05$). Diyet tedavisi alan ikinci gruptaki hastalara bakıldığında İBS semptomlarında azalma anlamlı olarak bulundu ($p \leq 0,05$) 12 haftalık tedaviden sonraki birinci grupta (serbest grupta) diyet uygulaması yapmayan olguların verileri değerlendirildiğinde İBS semptomlarında hızlı bir şekilde geriye dönüş gözlendi. Diyet uygulaması yapılan ikinci grupta (serbest olmayan) ise geriye dönüş daha az ve daha yavaş olarak seyrettiği saptandı . Çalışmadaki ana gruplardan 2. grup yani 12 hafta boyunca sadece diyet uygulaması yapılan hastalar 6 ay boyunca istekleri doğrultusunda beslendiler. 6 aylık verilerine bakıldığında İrritabl Barsak sendromu şikayetlerinde hızlı bir bozulmanın ortaya çıktığı gözlendi.

Sonuç: HRT almayan postmenopozal dönemdeki bayanlarda tegaserod 6 mg 2x1 şeklinde alınmasıyla abdominal ağrı/ rahatsızlık, şişkinlik ve konstipasyon ile kendini gösteren İrritabl Barsak Sendromu'nun genel semptomlarını hızlı bir şekilde iyileştirmektedir. Fakat ilaç kullanımı bitiminde beslenme düzenine dikkat edilmediğinde ise 1-2 ay gibi bir süre sonunda yeniden şikayetleri ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler : İrritabl Barsak Sendromu, Postmenopozal Kadınlar, Tegaserod

ABSTRACT

Objective: To evaluate the therapeutic effect of tegaserod on IBS appeared in the postmenopausal period while taking therapy and the recurrence of the complaints about the disease after taking therapy.

Study Design: 72 patients receiving raloxiphene therapy were randomized into 2 groups. In the first group, the patients took tegaserod and diet therapy for the complaints about the IBS and the second group took only diet. Both groups had 12 weeks of therapy. The patients were observed over a period of six months after the therapy. In the first group, after tegaserod, the diet was applied to the half of the total number of patients for 6 months. The other half didn't take any diet for 6 months.

Results: The first group who took tegaserod therapy for 6 weeks, experienced decrease in the incidence of IBS symptoms. The patients taking diet therapy determined decrease in the incidence of IBS symptoms. The results were stastically significant.($p<0.05$) In the first group patients, who did not take diet therapy, showed a rapid improvement in the IBS symptoms after 12 weeks of tegaserod therapy. The patients taking diet therapy after tegaserod therapy had slower improvement in these symptoms. The second group of patients did not have any diet after 12 weeks. During 6 months follow-up, they experienced rapid recurrence in the symptoms of IBS.

Conclusıon: In postmenopausal women who did not take hormone replacement therapy, the symptoms of IBS showed a rapid improvement after taking daily 2x6 mg tegaserod. Unless the patient gave importance to the diet after drug therapy, the symptoms rapidly recurred in 1-2 months.

Key Words : Irrıtable Bowel Syndrome, Postmenopausal Women, Tegaserod

GİRİŞ

İrritabl barsak sendromu populasyonun yaklaşık %20 sini etkilediği tahmin edilen fonksiyonel bir gastroentestinal hastalıktır. Hastalık kadınları erkeklerden 3 kat daha fazla etkilemektedir (1,2). İrritabl barsak sendromu, abdominal ağrı ve rahatsızlık hissi, şişkinlik, barsak alışkanlığında değişiklik (konstipasyon, daire, veya ardı sıra her ikisi birden) gibi kronik olarak tekrarlayan majör semptomlarla karakterizedir. İrritabl barsak sendromunun fizyopatolojisinnin hem gastroentestinal motilite bozukluğuna , hemde ince barsak ve kolonda merkezi sinir sistemindeki yüksek merkezler tarafından yönlendirilen visseral algı bozukluğuna bağlı olduğu düşünülmektedir (3). Diarenin baskın olduğu irritabl barsak sendromunda 5-Hidroksitriptamin-3 (5HT3) antagonistlerinin etkili olduğu bildirilmektedir (4).

Günümüzde İrritabl barsak sendromu hastalarının abdominal ağrı/rahatsızlık hissi, şişkinlik ve konstipasyon gibi bütün semptomların etkili bir şekilde tedavi edildiğini kanıtlamış bir tedavi yöntemi yoktur.

Gastroentestinal kanalda bulunan $5HT_4$ reseptörlerinin potent ve selektif bir agonisti olan tegaserod, irritabl barsak sendromu olan hastalarda , hastalık semptomlarını iyileştirmek amacıyla geliştirilmiştir (5,6).Postmenopozal dönemde kadınların fiziksel aktivitelerinin azalması ve metobolizmalarının yavaşlaması sonucu irritabl barsak sendromu şikayetleri daha sıklıkla ortaya çıkmaktadır (7).

Gastik asit sekresyonu, yaşlanmayla birlikte yaklaşık 10 mEq/saat/dekat olarak azalma gösterir. bu etki gastrik boşalmayı azaltır, intrensik faktör düzeyini yavaşlatır, bakteri üremesini ve proksimal barsak pH ını artırırki bu da ilaç emilimini etkiliyebilir. Buna rağmen ince barsak fonksiyonları yaşlanmaya karşın oldukca iyi korunmuştur.

Östrojen ve aktif D vitaminindeki azalma sonucu kalsiyum emilimi azalır. Hepatik kan akımı ve oksidasyon sistemi yaşla azalır, fakat fonksiyon testleri genellikle değişmez. Kabızlığın sık görülen bir problem olmasına rağmen kalın barsak fonksiyonları yaşlılıkla değişmez. Bu da defekasyon için refleks cevabın normal kalmasıyla ilgilidir (7).

Post menopozal dönemde nörovejatatif şikayetleri olmayıp sadece kemiklerini korumak isteyen hastalar için Raloksifen alternatif bir seçimdir. Raloksifen, selektif östrojenreseptör modulatörleri gurubunun benzotiofen gurubuna dahil olan bir tamoksifen analogudur (8,9). Tamoksifenin etki mekanizması henüz tam olarak açıklanmamış olmakla birlikte esas etkisini direkt östrojen reseptörleri yolu ile gerçekleştirdiği düşünülmektedir. Barsakların çalışma düzenine etkileri yok denecek kadar az olup nadiren diare görülmektedir (10).

MATERYAL VE METOD

Çalışmamız 1 Ocak- 31 Mart 2004 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Menopoz Ünitine başvurup postmenopoz tanısı alan ve Raloksifen kullanılmasına karar verilen ve İrritabl barsak sendromu şikayetleri olan 72 hastayı kapsamaktadır. Olgular çalışma kapsamına alınmadan önce gastroenteroloji bölümüyle konsulte edilip organik bir problemlerinin olup olmadığı tesbit edildi. Bu kontrollerde sadece 2 hastaya baryumlu lavman 4 hastaya ise kolonoskopi yapıldı. Radyolojik taramalar sonucu bu hastaların hiçbirinde organik bir problem tesbit edilmedi. İrritable Barsak Sendromu tanısında Rome Kriterleri esas olarak alınarak tanı konuldu (13-97)

Bu olguların nörovejatatif şikayetlerin olmaması ve yapılan kemik dansitometri ölçümlerinin osteoporoz ile uyumlu ($T \leq -2.5$) olması seçim kriteri olarak kabul edildi. Hastalar yaşlarına, Kemik dansitometri ölçümlerine, genel şikayetlerine ,daha önce menopoz tedavisi alıp almadıklarına, İrritable barsak sendromu şikayetlerine göre araştırıldı.

72 olgu randomize bir şekilde 2 gruba ayrıldı. Birinci gruptakiler, İrritabl barsak sendromu şikayetleri için tegaserod tedavisi ve diyet uygulamasına alınırken ikinci gruptaki hastalara sadece diyet tedavisi verildi. Her iki gruptaki hastaların tedavileri 12 hafta sürdü. Çünkü tegaserodun en fazla continue kullanım süresi 12 haftaydı. Olgular tedavinin akabinde 6 ay takip edildiler. Bu arada birinci guruptaki hastalar randomize bir şekilde 2 gruba ayrılarak birinci gruptaki hastalara 6 ay boyunca diyet uygulaması, 2. gruptaki hastalara hiç bir şey yapılmadan takipleri yapıldı.

İlaç alan hastalar 12 hafta günde 2 defa 6 mg tegaserod aldılar. Her iki grubada diyetisyenler tarafından düzenlenen diyet uygulandı. Diyet uygulaması şu şekilde dizayn edildi . Olgular sabah kalktıklarında, kahvaltıdan önce 300 cc su içtiler. Sonra kahvaltılarını yaptılar. Kahvaltı ve diğer öğünlerde soya, baklagiller ve lifli besinlerden oluşan gıdalar önerildi.

Tüm hastalar çalışmaya başlarken şikayetlerini belirten Tablo 6 daki formu doldurdular. Tedavi bitiminden sonraki 6 aylık takipte bireyin global iyileşme formları toplanıp değerlendirildi. Sonuçlar istatiksel olarak Khi-kare testi ile değerlendirildi ve $p \leq 0,005$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

1 Ocak-31 Mart tarihleri arasında kliniğimize başvuran 218 postmenopozal kadından nörovejatatif şikayetleri olmayan osteoporoz tanısı konmuş ve İBS şikayetleri yaşam kalitelerini etkileyen 72 olgu çalışma kapsamına alındı. Olguların postmenopozal kabul edilebilmesi için en az 1 yıldır adet görmemiş olması kriter olarak kabul edildi.

Olguların tümünün yaş guruplarına, menopoz sürelerine ve BMİ göre araştırıldığında yaklaşık %80'i 56 yaş ve üzeri postmenopozal süreleri 3 yıl ve üzeriydi. Tablo 1

Tablo 1: Olguların yaş BMI, menopoz sürelerine göre dağılımı

YAŞ	OLGU SAYISI	BMI	POSTMENOPOZ SÜRESİ	%
52-55	14	22	2	%20
56-58	27	24	3	%38
58 ve üzeri	31	26	3 ve üzeri	%42
Toplam	72			%100

Olgular randomize olarak 2 guruba ayrıldı 1. grupta yani ilaç kullanan grupta olguların 25 tanesi yani %70, 2. grupta ise 33 ü %91'i 56 yaş ve üzeri ve menopoz süreleri de 3 yıl ve üzeriydi.

Olguların çalışmaya başlamadan önce genel şikayetlerine bakıldığında %100 de abdominal ağrı ve rahatsızlık mevcuttu. Özellikle karındaki ağrı ve şişkinlik akşam yemeklerinden sonra ortaya çıkmaktaydı. 64 olguda %88 de kabızlık şikayeti mevcuttu. Bunlar haftada ancak 2-3 defa defekasyon yapabilmekteydi. 49 Olguda %66 menopozal şikayet olarak kabul edilen kemik ağrıları mevcuttu . Tanımlanan ağrılar sırt ve kalça bölgeleri ağırlıklıydı. Tablo 2

Tablo 2: Olguların çalışma başlangıcındaki şikayetlerinin dağılımı

ŞİKAYETLER	HASTA SAYISI	ORAN
Kemik ağrısı	49	%66
Uyku düzensizliği	4	%5
Gece terlemesi	--	%0
Ateş basması	--	%0
Sinirlilik	3	%4
Memede kitle	---	%0
Memede dolgunluk	--	%0
Strees incontinansı	3	%4
Abdominal ağrı/ rahatsızlık	72	%100
Kabızlık	64	%88
Diare	4	%5
Osteoporoz	72	%100

Olguların tümünde yapılan Kemik dansitometri ölçümü sonuçlarında 54 olguda(%75) L1-L4 te 18 olguda (%25) Kalça ve femur boynunda T skoru -2,5 , -3,7 arasındaydı.

Olguların majör şikayetlerinin ve bulguların gruplara göre dağılımına bakıldığında , İlaç tedavisi alacak 1 grupta 23 hastada (%63) kemik ağrısı, 36 hastada (%100) karın ağrısı ve şişkinlik, 30 hastada(%83) kabızlık şikayeti mevcuttu. Tablo 3

Tablo 3: İlaç tedavisi alacak olgularda majör şikayetlerin dağılımı

ŞİKAYET	HASTA SAYISI	ORAN
Kemik ağrısı	23	%63
Karın ağrısı ve şişkinlik	36	%100
Kabızlık	30	%83

İkinci grupta yani diyet tedavisine alınacak olgularda şikayetlerin ve bulguların dağılımına bakıldığında 26 olguda (%72) kemik ağrısı, 36 hastada (%100) de karın ağrısı ve şişkinlik şikayeti, 34 hastada(% 94) de kabızlık şikayeti mevcuttu. Tablo 4

Tablo 4: Diyet tedavisi alacak olgularda majör şikayetlerin dağılımı

ŞİKAYET	HASTA SAYISI	ORAN
Kemik ağrısı	26	%72
Karın ağrısı ve şişkinlik	36	%100
Kabızlık	34	%94

Olgular daha önce menopoz tedavisi alıp almadıklarına göre incelendiğinde 52 olgu (%72) premenopozal dönemde, 11 olgu (%15) postmenopozal dönemde, 9 olgu ise (%11) hiç ilaç kullanmamıştı. Tablo 5 Tegaserod kullanan 1. gruptaki hastaların tegaserod ile ilgili herhangi bir yan etki şikayeti olmadı. Her iki gruptaki hastalara IBS şikayetlerini gösteren şikayetleri için haftalık global iyileşme skorları olan 12 haftayı içeren formlar verildi. Bunların muntazam olarak işaretlenmesi istendi. Bu bilgiler her hafta telefon görüşmeleriyle hastalardan toplandı

İstatiksel çalışmalarda anlamlı sonuç elde edebilmek için forumdaki 2 nolu skor değerleri baz olarak alındı Her iki gruptaki olgulardan haftalık veriler toplandı. Bu veriler 6. hafta ve 12. hafta degerlendirilmeleri yapılarak istatiksel olarak bulunan değerler kaydedildi.

Skorlamada baz olarak kabul ettiğimiz yani iyileşme olarak kabul edilen ikinci kriterlerin 6 haftalık ve 12 haftalık verileri değerlendirildiğinde 6 haftada Abdominal ağrı ve rahatsızlık hisisinde %55 bir iyileşme varken 12 haftada % 92 ye varan bir düzelme gözlenmiştir. Kabızlıkta 6 haftada %84, 12 haftada % 92ye varan bir düzelme gözlenmiştir. Diareye bakıldığında kayda değer bir bulgu elde edilmemiştir. 2 Haftada 1hastada, 3 haftada 3 hastada günde 1 kere çok yumuşak defekasyon tesbit edilmiştir. Elde edilen veriler Khi-Kare istatiksel çalışmasıyla irdelendiğinde abdominal ağrı ve kabızlıktaki düzelme anlamlı olarak değerlendirilmiştir.Diare için istatiksel olarak anlamlı bir değer elde edilmemiştir. ($p \leq 0,05$)(Tablo7).

Tablo 5. Olguların menopozal dönemlerdeki tedavi sayıları

HORMON TEDAVİSİ	N	%
PREMENOPOZAL HT	52	%72.2
POSTMENOPOZAL HT	11	%15.2
HT (-)	9	%12.5

Tablo 6. Hastalar tarafından doldurulan haftalık global iyileşme formu

ŞİKAYETLER	SINIFLAMA	*SKOR*
Abd.ağrı/Rahatsızlık Şişkinlik	Abd. ağrı var fakat rahatsız etmiyor	*1*
	Abd. ağrı ve şişkinlik çok az rahatsızlık yok	*2*
	Abd. ağrı ve şişkinlik yok Mükemmel	*3*
Kabızlık	Gaitada yumuşama ve gün aşırı defekasyon	*1*
	Yumuşak gaita ve günlük defekasyon	*2*
	Günde iki defa çok sulu defekasyon	*3*
Daire	Günde bir kere çok yumuşak	*1*
	Günde iki defa suluca defekasyon	*2*
	Günde iki defa çok sulu defekasyon	*3*

Tablo 7. İlaç Kullanan Guruptaki Hastaların Haftalara Göre Değişim Tablosu

			HAFTALAR											
ŞİKAYETLER		N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Abdominal Ağrı, Rahatsızlık, Şişkinlik	1	36	24	18	18	11	5	4	3	3	1	2	2	1
	2		6	10	9	10	15	20	20	25	11	20	20	23
	3		6	8	9	15	16	12	13	8	24	14	14	12
Kabızlık	1	30	12	13	12	8	7	4	5	2	2	3	2	2
	2		17	16	18	21	21	25	24	28	27	27	28	26
	3		1	1	-	1	2	1	1	-	1	-	-	2
Diare	1	3	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

İkinci gruptaki hastalara bakıldığında abdominal ağrıda ve rahatsızlık hissinde 6 haftada % 28'lik ve 12 haftada %39'luk bir iyileşme görüldü. Kabızlıkta ise 6 haftada %28 12 Haftada ise %31 lik bir iyileşme görüldü. İstatiksel olarak bu değerlerde $p \leq 0,05$ anlamlı olarak bulundu. Bu gruptaki hastalarda hiç diare görülmedi. Tablo 8.

Tablo 8. Diyet Alan Hastalarda Haftalara Göre Değişimin Tablosu

			HAFTALAR											
ŞİKAYETLER		N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Abdominal Ağrı, Rahatsızlık, Şişkinlik	1	36	34	30	26	26	23	25	24	24	22	24	23	20
	2		2	4	7	9	10	10	11	10	12	10	12	14
	3		-	2	3	1	1	1	1	2	2	2	1	2
Kabızlık	1	34	30	30	28	27	24	24	22	23	22	20	22	23
	2		4	3	6	8	10	10	12	12	12	13	12	11
	3		2	3	2	1	2	2	2	1	2	3	2	2
Diare	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Birinci gruptaki olgularda tesbit edilen iyileşme yüzdeleri, ikinci gruptaki iyileşme yüzdeleriyle karşılaştırıldığında 6. hafta sonunda abdominal ağrılarda ve rahatsızlık hissinde yaklaşık %51 lik 12.haftada ise %49 luk bir artış tesbit edilmiştir.

Kabızlık durumunda ise 6 hafta sonunda %79 12. hafta sonunda ise %67 lik bir iyileşme artışı görüldü.

12 haftalık tedaviden sonraki 6 aylık takiplerde ikinci grup tamamen beslenme konusunda serbest bırakılırken. Birinci gruptaki hastalar randomize bir şekilde ikiye ayrıldı. İkiye ayrılan bu gruplardan birinci gruptakilerin (serbest grup) beslenme konusunda hiçbir kısıtlamaları olmazken, ikinci gruptakilere (serbest olmayan) çalışma programı içerisindeki diyet uygulaması yapıldı. Sonuçlar hastalardan aylık olarak toplandı ve değerlendirildi.

Birinci grupta (serbest grupta) diyet uygulaması yapmayan olguların verileri değerlendirildiğinde 2 aydan itibaren abdominal şişkinlik ve rahatsızlık hissinde ve özelliklede kabızlıkta hızlı bir şekilde geriye dönüş gözlendi. Diyet uygulaması yapılan ikinci gurupta (serbest olmayan) ise geriye dönüş daha az ve daha yavaş olarak seyrettği saptandı . Çalışmadaki ana guruplardan 2 gurup yani 12 hafta boyunca sadece diyet uygulaması yapılan hastalar 6 ay boyunca istekleri doğrultusunda beslendiler. 6 aylık verilerine bakıldığında İrritabl Barsak sendromu şikayetlerinde hızlı bir bozulmanın ortaya çıktığı gözlendi.

TARTIŞMA

İrritable barsak sendromu her iki cinste de görülebilmesine rağmen kadınlarda oldukça fazla gözlenmektedir(1,2). Özellikle 50 li yaşlardan sonra fiziksel aktivitenin azalması, daha sedanter bir yaşamın ortaya çıkmasıyla İrritable barsak sendromu şikayetleri dediğimiz problemler sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (1,2).

Literatür araştırmaları yapıldığında L.Kay ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada İrritable barsak sendromu şikayetlerinin her yaşta görülebileceğini fakat özellikle 50 li yaşlardan sonra daha çok görüldüğü bildirilmektedir (11). Bizim çalışmamızda da yaş ortalaması olguların % 83 de 56 yaş ve üzeriydi.

Menopozal dönemdeki kadınlarda HRT kullanımı İrritable barsak sendromu şikayetlerine benzeyen karında şişkinlik rahatsızlık hissi, kabızlık gibi problemleri artırmaktadır. Ana Rugiomez ve arkadaşlarının 1994-1999 yıllarını kapsayan çok geniş cohort çalışmalarında HRT kullanan bayanlarda, İrritable barsak sendromu semptomları kullanmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (12). Yine M Kennedy'nin yaptığı bir çalışmada histerektomi yapılmış hastalarda HRT kullanımı sonucu İrritable barsak sendromu şikayetlerinin, HRT kullanmayanlara göre istatiksel olarak daha fazla olduğu bildirilmektedir (13). Biz çalışma gurubunu oluştururken HRT kullanmayan bayanları seçmekle bu tür İrritable barsak sendromu şikayetlerini artırıcı etkilerden arındırılmış bir çalışma gurubu oluşturduk.

Literatür taramalarında postmenopozal dönemdeki kadınlarda İrritable barsak sendromu şikayetlerine yönelik tedavilerle ilgili çalışmalar bulunamamış olmasına rağmen ileri yaş kadınlarda tedavi yöntemlerini araştıran çalışmalar bulunmaktaydı.

J. Novick ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, yaşlı kadınlarda tegaserod kullanım sonuçları 12 haftalık süre içerisinde tüm bütün olgularda iyileşme sağladığını ve tedavi bitiminden sonra takip edilen hastalarda benzer şikayetlerin yeniden ortaya çıktığı belirtilmektedir(14). Benzer bir çalışmada Klein KB tarafından yapılmıştır bu çalışmadada Novick'in çalışmasını destekler sonuçlar elde edilmiştir (15).

Bizim çalışmamızda tegaserod verilen birinci gruptaki olgulardan elde edilen sonuçlar diğer araştırmacıların sonuçlarıyla paralellik göstermekteydi İkinci grup yani sadece diyet uygulanan gurupta da 1 haftadan itibaren iyileşmeler gözlenmiştir. Fakat 12 hafta sonunda serbest beslenmeye geçildiğinde şikayetlerin hızlı bir şekilde yeniden ortaya çıktığı görülmüştür.

Spillerin yaptığı çalışmada, çalışmaya aldığı olguları 2 gruba ayırarak birinci gruba tegaserod ikinci gruba ise plasebo uygulamıştır. 12 hafta sonunda tegaserod kullanan grupta hızlı bir iyileşme varken plasebo kullanan grupta iyileşme çok düşük oranlarda gözlenmiştir (16). Bu çalışmada bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Tegaserod kullanan 1. guruptaki hastalar tedavi bitiminden sonra iki gruba ayrılıp diyetle ve diyetsiz 6 ay takip edildiklerinde, diyetle devam edenlerde yaklaşık 6 aylık bir global iyileşme gözlenirken, diyet yapmayanlarda 2. aydan başlayarak hızlı bir şekilde semptomlarda yeniden geriye dönüş gözlenmiştir.

Kaynak çalışmalarına bakıldığında Thompson'un yaptığı çalışmayla bizim bulgularımız benzerlik göstermektedir (17).

SONUÇ

HRT almayan postmenopozal dönemdeki bayanlarda tegaserod 6 mg 2x1 şeklinde alınmasıyla abdominal ağrı/ rahatsızlık, şişkinlik ve konstipasyon ile kendini gösteren İrritabl Barsak Sendromu'nun genel semptomlarını hızlı bir şekilde iyileştirmektedir. Fakat ilaç kullanımı bitiminde beslenme düzenine dikkat etmezse 1-2 ay gibi bir süre sonunda yeniden şikayetleri ortaya çıkmaktadır.

Irritable Barsak Sendromunun tedavisinde Tegaserod bir alternatif olmasına rağmen mutlaka beslenme de posa bırakan besinlerin ağırlıkta olacağı bir şekilde düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1- Horwitz BJ, Fisher RS. The irritable bowe syndrome.N Eng J Med,2001;344(24):1846-50
2- Thompson WG. Longstreth GF, Drossman DA et al. Functional bowel disease and functional abdominal pain. Gut. 1999 Sep;45 Suppl 2:II43-7. Review
3- Camilleri M.Choi MG. Rewiev article; irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 1997;11;3-15
4- Camilleri M, Northcutt RA. Kong S, Dukes GE, Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome;arandomised, placebo controlled trial. Lancet 2000;355;1035-1040
5- Grider JR, Foxx Orenstein A.E Selective 5HT4 receptor agonist stimulates transmitter release and activates the intestinal peristaltic reflex. Gastroenterelogy 1996;110:A1075
6- Nguyen A,Camileri M, Kost LJ et al SDZ HTF 919 stimulates canine colonic motility and transit in vivo. J Pharmacol Exp Ther. 1997 Mar;280(3):1270-6.
7- Holt P. Aging in the gut. Geriatric Med today 1985;4;44
8- Mitlak BH Cohen FJ : In search of optimal long term female hormone replacement: The potential of selective estrogen modulators Horm Res 48(4);155-163.1997
9- Howell A. Antiestrogens ; Future prospects 1997 Oncology 11:59-64
10- Mac GregorJI, Jordan VC: Basic guide to mechanisms of antiestrogen action. Pharmacol Rev 1998; 50(2):151-196
11- R Jones and S.Lydeard, İrritable bowel syndrome in the general population BMJ;1992; 302;87-90
12- Ruiqomez A, Wallender MA, One year fallow up of newly diagnosed irritable bowel stndrome patients. Aliment Pharmacol Ther. 13;1999;1097-1102
13- Kennedy TM and Jones RH, The epidemiology of hysterectomy and irritable bowel syndrome in a UK population İnt. J. Clin Pract;54;2000;pp647-50
14- Novick J,Miner P et al.Arandomized, double-blind, placebo-controlled trial of tegaserod in female patients suffering from irritable bowel syndrome with constipation. Aliment Pharmacol Ther. 2002 Nov;16(11):1877-88.
15- Klein KB. Controlled treatment trials in the irritable bowel syndrome; a critique, gastroenterology,1998;95:232-41
16- Spiller RC. Problems and Challenger in the design of irritable bowel syndrome clinical trials; experience from published trial. Am J Med 1999; 107(517)91-97
17- Thompson WG, Placebo; a review of the placebo response. Am J Gastroenterol 2000;95:1637-43

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 673-680

ERKEN LOHUSALIK DÖNEMİNDE OLAN KADINLARIN DOĞUM SONRASI MUAYENE BULGULARININ VE DOĞUM SONU BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Investigation Knowledge About Postpartum Care and Examination Symptoms Women Who were in Early Puerperium Period

Emre YANIKKEREM, Saliha ALTIPARMAK, Gülten KARADENİZ, *Ümran SEVİL

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu
* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Postpartum dönem kadın, bebeği ve ailesi için psikolojik, sosyal ve duygusal alanda kritik bir dönemdir. Bu araştırmanın amacı, (a) erken postpartum dönemde kadınların muayene bulgularını incelemek, (b) doğum sonu bakım hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek, (c) bu doğrultuda kadınların eğitim gereksinimlerini saptamak ve saptanan gereksinimleri doğrultusunda eğitim verebilmektir.

Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı, gözlem ve ölçüme dayalı olarak planlanmıştır. Çalışmanın evrenini Manisa Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ile Sosyal Sigortalar Hastanesi kadın doğum kliniğinde 01 Şubat 2004-31 Haziran 2004 tarihleri arasında doğum yapan kadınlar,örneklemini ise bu kadınlar arasından olasılıksız örneklem yöntemi ile belirlenen 367 lohusa oluşturmuştur. Veriler anket formu yardımıyla, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Veriler SPSS 10.0 paket programı kullanılarak, anlamlılık derecesi $p<0.05$ düzeyi değerlendirilmiştir. Kadınların ihtiyaçlarına göre, postpartum döneme ilişkin eğitim verilmiştir.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması 25.5±4.8 olup, %74.4'ü ilkokul ve altında eğitim almış, %92.9'u çalışmamakta, %41.7'si primipardır. %24.8'i vaginal, %47.1'i sezeryan ile doğum yapmıştır. Fiziksel muayene bulguları incelendiğinde; %1.1'inde subinvolusyon saptanmış, %4.4'ünde fundus yumuşak palpe edilmiştir. Kadınların %5.2'sinin perinesinde kızarıklık bulunmakta, %92.9'unun loşiası renk ve miktar bakımından normaldir. Postpartum hemoraji postpartum dönemde oluşan önemli bir komplikasyondur. Kadınların %5.2'sinde postpartum hemoraji tespit edilmiştir. Bir kadında epizyotomide dehissens gelişmiştir. Kadınların %55.0'ı postpartum dönem hakkında eğitim almıştır. Kadınların %79.3'ü lohusalıkta ambulasyonun önemli olduğunu belirtmiştir. Ancak kadınların %6.8'i perine hijyenini nasıl yapacağını bilmemekte, %13.6'sı yanlış yapmakta, %80.7'si doğum sonrası ne zaman banyo yapacağını bilmemektedir. Yaklaşık dört kadından biri bu dönemde nasıl besleneceğini bilmemekte, üç kadından biri bu dönemde ekzersizin önemli olduğunu ancak nasıl yapacağını bilmemektedir. Loğusaların %6.8'i hayatının eskisi gibi normale dönemeyeceğine inanmakta, %5'i ise mutlu olmadığını ifade etmektedir.

Anahtar kelimeler: Loğusalık, postpartum bakım, postpartum bakım eğitimi

ABSTRACT

Objectives: The postpartum period covers a critical transitional time for a woman, her newborn and her family, on a physiological, emotional and social level. This study purpose was (a) to examine the women's symptoms in early postpartum period, (b) to determine women's knowledge about postpartum care and (c) to give information and counseling women in the postpartum period due to the needs of women.

Methods: This study was descriptive and based on observation, measure. The study was made in Manisa Maternity and Child Hospital and SSK Hospital maternity clinic between 01 February and 31 June 2004. 367 women were participated in the study. This study was made face-to-face interview. Data was evaluated with SPSS 10.0 for Windows, significant level was considered 0.05. Postpartum care education was given according to women needs.

Findings: The average of women age was 25.5±4.8. 74.4% of women were primary school or less, 92.9% of women did not work anywhere and 41.7% of women were primiparious. 24.8% of women gave birth vaginal, 47.1% of women were sectio. Physical examination findings were showed that, 1.1% sub involution and 4.4% abdominal wall palpation was soft. 5.2% of women determined redness perineum. 92.9% of women's lochia was normal for color and quantity. Postpartum hemorrhage is a complication which occurs at the transition between labor and the postpartum period. 5.2% of women had postpartum hemorrhage. 55.0% of women took education about postpartum care. One women experienced episiotomy dehissens. 79.3% of women stated that ambulation is important in this period. However, 6.8% of women did not know how to made perineum hygiene, 13.6% of women made perineum hygiene wrong. 80.7% of women did not know when take a bath after delivery. Approximately one out of four women did not know nutrition in the period. Almost one out of three women said postpartum exercise is important in this period, but one out of two women did not know how to made this exercise. 6.8% of women believed that their life did not return normal previously and 5% of them did not become happy.

Key words: puerperium, postpartum care.

GİRİŞ

Anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan doğum sonu dönem; çok hızlı ve kompleks fizyolojik yenilenme sürecinin yaşandığı, psiko-sosyal dengelerin bozulduğu ve değişikliklere uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı kriz dönemidir. Bu denli önemli olan doğum sonu dönemde verilen hemşirelik bakımının sistemi, yönetimi önemli olduğu kadar, verilen bakımın etkinliğinin, kalitesinin de değerlendirilmesi önemlidir(1,2,3). Doğumun sağlıklı koşullarda ve bir sağlık personelinin yardımıyla yaptırılmasının ve doğum sonrası dönemde ise loğusalık izlemlerinin düzenli olarak verilmesinin anne ve perinatal bebek ölümlerini azalttığı bilinmektedir. Sağlıklı koşullarda doğum ve doğum sonu anne ve yenidoğan bakımı, komplikasyonların azaltılmasında ve komplikasyon gelişmesi durumunda da anne ve bebeklerde ölüm riskinin azaltılmasında oldukça önemlidir(4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre gebelik, doğum ve doğum sonrasında önlenebilir nedenlerle ortaya çıkan anne ve neonatal ölümleri ve hastalıkları öncelikli olarak ele alınması gereken sağlık sorunlarıdır(5). DSÖ, anne bebek ölümlerinin azaltılması için 21. yüzyıl sağlık hedefleri içinde üreme sağlığı, antenatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin arttırılması gerektiğini belirtmiştir(6). Ana çocuk sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yeri olan postpartum bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Genel olarak kadınlar postpartum bakıma göre prenatal bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde hemen her kadın(%97) prenatal bakım hizmetlerinden yararlanırken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %65 kadardır. Postpartum bakım alma oranlarının genelde çok daha düşük olduğu görülmektedir. DSÖ, dünyada kadınların sadece %35'inin postpartum bakım hizmetlerinden yararlandığını belirtmektedir(5). Ülkemizde postpartum bakım hizmeti alan kadınlara ilişkin veriler yetersizdir(3). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın önerilerine göre; loğusalık izlemleri; doğumdan sonraki 24 saat içinde bir kez, daha sonra ise, 2. ve 4. haftalarda da birer kez olmak üzere toplam 3 kez yapılmalıdır(4).

Son yıllarda doğum sonu dönemde kadınların erken taburcu edilmeleri oldukça yaygınlaşmıştır. Anneler, herhangi bir sorun yoksa normal doğumdan 12-24 saat sonra, sezaryenle doğumdan 3-5 gün sonra taburcu edilmektedir(3,7). Ülkemizde hastanede normal doğum yapan kadınların genellikle ilk 24 saatte taburcu edildiği bilinmektedir. Bu ilk 24 saat acil komplikasyonları önlemek için yeterli görülse de; annenin evde geçireceği postpartum dönemde, karşılaşabileceği fiziksel ve ruhsal bakımına ilişkin olası sorunlara yönelik eğitim vermek için çok kısa bir süredir. Bununla birlikte erken taburcu olan kadınlar bir çok sağlık sorunu yaşamaktadırlar. Bu dönemde annelerin yaşadığı başlıca sorunlar, epizyotomi bölgesinde ağrı, enfeksiyon belirti ve bulguları, yorgunluk, uykusuzluk, konstipasyon, hemoroid, küçük ve içe çökük meme ucu, sütün yetersiz gelmesi, idrar yolu enfeksiyonu, idrar inkontinansı, vaginal enfeksiyon, annenin kendi ve yenidoğan bakımında yetersizlik hissetmesi, olumsuz beden imajı, annelik hüznü, postpartum depresyon, disparonea ve libidoda azalmadır(4). Erken taburculuğun amacı, annelerin hastanede kalma süresini kısaltıp, postpartum eğitim ve destek ile aile merkezli, anne bakımını gerçekleştirmektir. Erken taburcu edilen annelerin evde bakımı, anneyi rahat olduğu ortamda takip etme ve hemşirenin değerlendirme yaparak gerekli konularda desteklemesine olanak verir. Hastanede kalma süresi kısaldıkça bireyin kendi bakımlarını karşılamak için ihtiyaç duyacağı eğitim gereksinimleri de artacaktır. Bu dönemde etkili bir hemşirelik bakımına olan gereksinim artmaktadır(8,19). Tanzanya'da yapılan bir çalışmada, annelerin ilk haftalarda kendi ve bebeklerinin bakımı, aile planlaması ve cinsel aktivite gibi konularda bilgi alma gereksinimlerinin daha önemli olduğu belirtilmiştir(9).

Doğum sonu dönemdeki hemşirelik bakımı, annenin, bebeğin ve ailenin fiziksel, psiko-sosyal gereksinimlerini tanımlama, çözüme odaklanma ve ailenin yeni duruma uyum sağlamasında kaliteli, profesyonel, kapsamlı ve etkin, amaca yönelik bireye özgü bakım, eğitim ve problem çözmede temel sağlayan bir bakım sistemi olarak tanımlanmaktadır (1,10-13).

Bu araştırmanın amacı, kadınların doğum sonrası muayene bulgularını incelemek, doğum sonu bakım hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek, bu doğrultuda kadınların eğitim gereksinimlerini saptamak ve saptanan gereksinimleri doğrultusunda eğitim verebilmektir.

YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı, gözlem ve ölçüme dayalı olarak planlanmıştır. Çalışmanın evrenini Manisa Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ile Sosyal Sigortalar Hastanesi kadın doğum kliniğinde 01 Şubat 2004-31 Haziran 2004 tarihleri arasında doğum yapan kadınlar,örneklemini ise bu kadınlar arasından olasılıksız örneklem yöntemi ile belirlenen 367 lohusa oluşturmuştur. Veriler anket formu yardımıyla, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Anket formu 3 bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri içeren soru formu, ikinci bölüm doğum sonu tanılama(değerlendirme) formu, üçüncü bölüm ise lohusaların doğum sonu bakıma ilişkin bilgi düzeylerini ölçen sorulardan oluşmaktadır. Birinci ve üçüncü bölüm araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olup, ikinci bölüm Eryılmaz(1999) tarafından hazırlanan doğum sonu bakım patwayidir (10). Bu form; doğum sonu hemşireliğinde bakımı şekillendirmek, standardize bir bakım planı sağlamak ve hemşirelerin bakım vermesini kolaylaştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Veriler SPSS 10.0 paket programı kullanılarak, anlamlılık derecesi $p<0.05$ düzeyi esas alınarak yüzde, ortalama uygulanarak değerlendirilmiştir. Saptanan eğitim gereksinimleri doğrultusunda, danışmanlık ve eğitim araştırmacılar tarafından anket formu doldurulduktan sonra verilmiştir.

BULGULAR

Lohusaların sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri

Araştırma grubundaki kadınların yaş ortalaması 25.5±4.8(16-46)'dır. Kadınların %74.4'ü ilkokul ve altında eğitim almış, %92.9'u ev hanımı, %83.7'si çekirdek aileye sahiptir. Lohusaların gebelik sayısı ortalaması 2.0±1.2(1-9) olmakla birlikte %41.7'si primipardır. Kadınların doğum sayısı ortalaması 1.7±0.9(1-5)'dir. %14.8'i daha önce düşük, %9.8'i küretaj, %2.8'i ölü doğum yaşadığını söylemiştir. Lohusaların %24.8'i vajinal, %47.1'i sezaryen, %28.1'i, epizyotomi ile vaginal doğum yapmıştır. %12.0'si sigara kullanmaktadır (Tablo1).

Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri

Kadınların sosyodemografik özellikleri	Sayı	%
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	274	74.7
Ortaokul ve üstü	93	25.3
Çalışma durumu		
Çalışan	26	7.1
Çalışmayan	341	92.9
Aile tipi		
Çekirdek aile	307	83.7
Geniş aile	60	16.3
Gebelik sayısı		
Primipar	153	41.7
Multipar	214	58.3
Düşük		
Var	54	14.7
Yok	313	85.3
Kürtaj		
Var	36	9.8
Yok	331	90.2
Ölü doğum		
Var	10	2.8
Yok	357	97.2
Doğum şekli		
Vajinal doğum	91	24.8
Sezeryan	173	47.1
Epizyotomi ile vajinal doğum	103	28.1
Toplam	367	100.0

Gebelik öncesi yaşanan sorunlar ve kullanılan doğum kontrol yöntemleri

Lohusaların %87.7'si gebelikte herhangi bir sorun ya da komplikasyon yaşamadığını ancak %3.5'i hiperemezis gravidarum, %5.7'si düşük tehdidi, %1.9'u anemi, %0.5'i gestasyonel diyabet, %0.3'ü hepatit A, %0.3'ü vajinal enfeksiyon yaşadığını söylemiştir (Tablo 2).

Kadınların %45.8'i gebe kalmadan önce hiçbir doğum kontrol yöntemi kullanmadığını, %24.5'i ise geri çekme yöntemi ile korunduğunu ifade etmiştir. Kadınların sadece %24.5'i etkin yöntemlerle korunmuştur (Tablo 3).

Tablo 2. Gebelikte gelişen sorunlar

Gebelikte gelişen sorunlar	Sayı	%
Sorun yaşamayan	322	87.7
Düşük tehdidi	21	5.7
Hiperemezis gravidarum	13	3.5
Anemi	7	1.9
Gestasyonel diyabet	2	0.5
Vajinal enfeksiyon	1	0.3
Hepatit A	1	0.3

Tablo 3. Lohusaların doğum öncesi kullandıkları doğum kontrol yöntemleri

Kullanılan doğum kontrol yöntemleri	Sayı	%
Yöntem kullanmayan	168	45.8
Etkin yöntem kullanan	109	29.7
Geri çekme ile korunan	90	24.5
Toplam	367	100.0

Lohusaların fizik muayene ve laboratuar bulguları

Lohusanın yapılan fiziksel muayenesinde %1.1'inde subinvolüsyon saptanmıştır. Lohusaların %4.4'inde fundus yumuşak palpe edilmiştir. Kadınların %5.2'sinin perinesinde kızarıklık, %1.4'ünde perinede ödem, %1.9'unda perinede zonklayıcı ağrı belirlenmiştir. %92.9'unun loşiası renk ve miktar bakımından normaldir. Kadınların %8.7'sinde ise loşiada bol pıhtı gözlenmiştir. Loğusaların %5.2'sinde doğum sonu kanama, bir loğusada epizyotomide dehissens gelişmiştir. Lohusaların yaşam bulguları incelendiğinde, tansiyon ölçümü ortalaması 112.8±12.1(80/60-150/70), vücut ısısı ortalaması 36.6±0.4(36-37.70), nabız sayısı ortalaması 80.6±5.6(60-100), solunum sayısı ortalaması 21.5±2.6(16-30) bulunmuştur.

Lohusaların memelerinin genel dokusu muayene edildiğinde, %89.4'ünün yumuşak, %7.1'inin sert, %3.5'inin hassas ağrılı olduğu bulunmuştur. %1.9'unun meme ucu içe çökük, %4.4'ünde çatlak yara mevcuttur. Lohusaların %6.5'inde emzirme başarısız, %7.4'ünün desteğe ihtiyacı bulunmaktadır. Loğusaların tamamına yakını (%99.7) doğum sonu bebeğini emzirdiğini söylerken, %29.2'si ilk yarım saat içinde emzirmiştir. Lohusaların doğum sonu idrara çıkma saati ortalaması 2.9±3.6(0-24)'dür. %4.1'inde mesane distansiyonu tespit edilirken, %75.7'sinde barsak sisteminde bir sorun bulunmamıştır. Bir loğusada hipomotilite, 6 loğusada gaz problemi olmakla birlikte, %21.8'inde barsak sesleri alınamamıştır. 5 lohusada Humans bulgusu pozitif bulunmuştur (Tablo 4). Lohusaların doğum sonu hemotokrit ve hemoglobin ölçümleri incelendiğinde, hemotokrit ortalaması 34.8±3.8(20.2-48.0), hemoglobin ortalaması 11.6±1.3 (6.2-14.9)'dır (Tablo 5). Lohusalara "hayatın eskisi gibi normale döneceğine inanıyor musunuz?" diye sorulduğunda %6.8'i hayır yanıtını vermiştir. "Bebek sahibi olmaktan mutlu musunuz?" diye sorulduğunda ise %5'i hayır mutlu değilim yanıtını vermiştir.

Tablo 5. Lohusaların yaşam ve hemoglobin hemotokrit bulguları

Lohusaların muayene bulguları	Sayı	%
Tansiyon		
120/80 ve altı	323	88.0
120/80 üzeri	44	12.0
Vücut ısısı		
37 C ve altı	345	94.0
37 C üzeri	22	6.0
Nabız		
60-79 arası	135	36.8
80-89 arası	217	59.1
90-100 arası	15	4.1
Solunum		
16-20 arası	168	45.8
21-30 arası	199	54.2
Toplam	367	100.0
Hemoglobin		
11 mg/dl altı	64	30.8
11 mg/dl ve üzeri	144	69.2
Toplam	208	100.0
Hemotokrit		
35 altı	102	52.0
35 ve üzeri	94	48.0
Toplam	196	100.0

Lohusaların doğum sonu bakım hakkında bilgileri

Lohusaların %55.0'i doğum sonu bakım hakkında eğitim almış, eğitim alanların %78.7'si ebe ve hemşirelerden, %8.4'ü hekimlerden, %3.5'i ise akrabalarından bilgi almıştır. Lohusaların %97.3'ü lohusalık döneminde istirahat etmenin gerekli olduğunu belirtirken, %98.6'sı lohusalık döneminde beslenmeye dikkat etmek gerektiğinde hemfikirdir. Lohusaların %23.4'ü lohusalıkta hangi besin gruplarını alması gerektiğini, %25.3'ü konstipe olmamak için nasıl beslenmesi ve neler yapması gerektiğini bilmemektedir. Lohusaların %7.1'inin doğum sonu genital bölgeye temizlik yapılmamasını, %13.6'sının ise perine temizliğinin arkadan öne doğru yapılmasını ifade ettikleri belirlenmiştir. Lohusaların %12.8'i kanama kontrolü için bez, %1.6'sı pamuk kullanmaktadır. Kadınların %79.3'ü doğum sonu erken ayağa kalkmanın, %93.2'si meme başı temizliğinin önemli olduğunu belirtmiştir. %80.7'si doğum sonu ne zaman (kaç gün sonra) banyo yapılacağını bilmemekte, %7.6'sı ise oturarak banyo yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Lohusaların %35.7'si doğum sonu egzersiz yapılmaması gerektiğine inanırken, %51.0'i doğum sonu egzersizin yararlarını bilmemektedir. Lohğusaların %5.4'ü lohusalık döneminde cinsel ilişkiye girilebileceğini belirtirken, %33.5'i neden cinsel ilişkiye girilmemesi gerektiğini bilmemektedir. Kadınlara verilen aile planlaması eğitiminden sonra, kadınların yaklaşık yarısı(%50.4) RİA, %7.1'i kondom, %5.2'si tüpligasyon, %2.7'si hap ile korunmaya karar vermiştir. Ancak %28.3'ü kullanacağı doğum kontrol yöntemine karar verememiştir. Lohusaların bebeklerini emzirmek istedikleri ay ortalaması 18.2±6.6(6-36)'dır. Lohusaların %78.2'si ek gıdalara 6. ayda başlayacağını ifade etmiştir (Tablo 6).

Tablo 4. Lohusaların muayene bulguları

Lohusaların muayene bulguları	Sayı	%
Fundus yüksekliği		
Normal	363	98.9
Uterus subinvolüsyonu	4	1.1
Fundus kıvamı		
Kontrakte, sert	351	95.6
Yumuşak	16	4.4
Perine durumu		
Temiz	336	91.6
Kızarık	19	5.2
Ödem	5	1.4
Ağrı	7	1.8
Loşia rengi		
Normal	357	97.3
Parlak kırmızı	10	2.7
Loşia miktarı		
Normal	341	92.9
Aşırı	6	1.6
Az	20	5.5
Loşiada pıhtı		
Var	32	8.7
Yok	335	91.3
Loşiada koku		
Var	-	-
Yok	367	100.0
Doğum sonu komplikasyon		
Yok	346	94.3
Kanama	19	5.2
Epizyotomide dehissens	2	0.5
Emzirme başarısı		
Başar ılı	316	86.1
Başarısız	24	6.5
Desteğe ihtiyacı var	27	7.4
Memenin genel dokusu		
Yumuşak	328	89.4
Sert	26	7.1
Hassas, ağrılı	13	3.5
Meme ucu		
Çatlak yok	344	93.7
İçe çökük	7	1.9
Çatlak yara var	16	4.4
İdrar yapma durumu		
İdrar yapma normal	352	95.9
Mesane dist ansiyonu	15	4.1
Barsak durumu		
Normal	278	75.7
Barsak sesleri yok	80	21.8
Hipermotilite	1	0.3
Hipomotilite	2	0.5
Gaz problemi	6	1.6
Karın durumu		
Yumuşak	363	98.9
Distansiyon	4	1.1
Humans bulgusu		
Yok	362	98.6
Var	5	1.4
Anne bebek etkileşimi		
İyi	337	91.8
Kötü	4	1.1
Desteğe ihtiyacı var	22	6.0
Alıngan	3	0.8
Kaygı, endişe	1	0.3
Ağrı durumu		
Yok	121	33.0
Hafif	151	41.0
Orta	93	25.3
Şiddetli	2	0.5
Toplam	**367**	**100.0**

Tablo 6. Lohusaların doğum sonu bakım hakkında bilgileri

Lohusaların doğum sonu bakım hakkında bilgileri	Sayı	%
Doğum sonu bakım hakkında eğitim aldınız mı?		
Evet	202	55.0
Hayır	165	45.0
Eğitimi kimden aldınız?		
Ebe -hemşire	159	78.7
Doktor	17	8.4
Kitap dergi	19	9.4
Akraba	7	3.5
Toplam	202	100.0
Loğusalık döneminde istirahat gerekir mi?		
Evet	357	97.3
Hayır	10	2.7
Loğusalık döneminde beslenmeye dikkat etmek gerekir mi?		
Evet	362	98.6
Hayır	5	1.4
Loğusalık döneminde hangi besinler ile beslenmek gerekir?		
Bilmeyen	86	23.4
Kısmen bilen	166	45.2
Bilen	115	31.3
Konstipasyon olmamak için ne yapılmalıdır?		
Bilmeyen	93	25.3
Kısmen bilen	166	45.2
Bilen	108	29.4
Genital bölgeye temizlik yapılmalı mıdır?		
Evet	341	92.9
Hayır	26	7.1
Perine temizliği nasıl yapılmalıdır?		
Önden a rkaya	293	79.8
Arkadan öne	50	13.6
Bilmiyor	24	6.5
Kanama kontrolünüz için ne kullanıyorsunuz?		
Pet	314	85.6
Pamuk	6	1.6
Bez	47	12.8
Doğum sonu erken ayağa kalkmak gerekir mi?		
Evet	291	79.3
Hayır	76	20.7
Emzirmeden önce meme başı temizliği gerekir mi?		
Evet	342	93.2
Hayır	25	6.8
Neden meme başı temizliği gerekir?		
Bilmeyen	76	20.7
Kısmen bilen	173	47.1
Bilen	118	32.2
Meme bakımı için su nasıl olmalıdır?		
Sıcak	14	3.8
Soğuk	9	2.5
Çeşme suyu	69	18.8
Kaynatılmış ılıtılmış su	275	74.9
Loğusa doğum sonu kaç gün sonra banyo yapabilir?		
Bilen	71	19.3
Bilmeyen	196	80.7
Loğusa nasıl banyo yapmalıdır?		
Ayakta	339	92.4
Oturarak	28	7.6
Loğusalık döneminde egzersiz(jimnastik) gerekli midir?		
Evet	236	64.3
Hayır	131	35.7
Loğusalık döneminde yapılan egzersizin yararlarını biliyor musunuz?		
Bilmeyen	190	51.8
Kısmen bilen	109	29.7
Bilen	68	18.5
Loğusalık döneminde cinsel ilişkide bulunulur mu?		
Evet	20	5.4
Hayır	347	94.6
Loğusalık döneminde cinsel ilişkide neden bulunulmaz?		
Bilmeyen	123	33.5
Kısmen bilen	142	38.7
Bilen	102	27.8

TARTIŞMA

Puerperium, anne organizmasında gebelik dolayısıyla oluşan değişimleri gebelikten önceki haline dönünceye kadar devam eden ortalama 6-8 hafta süren involüsyon, rejenerasyon ve laktasyonun beraber meydana geldiği bir devredir. Bu dönem aynı zamanda kadının dikkatli bir bakıma ihtiyaç duyduğu bir dönemdir(14,15). Postpartum dönemdeki sağlık bakımı annelerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını kapsamaktadır. Annelerin kendilerini fiziksel yönden rahat hissetmeleri, kendi ve bebek bakımlarına aktif olarak katılmaları ve bakımlarını sürdürmede başarılı olmaları, fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerine olumlu etki yapmaktadır. Bu nedenle ebe ve hemşireler annelerin postpartum dönemdeki bakım gereksinimlerini değerlendirmeli, bu konuda gerekli bakım ve desteği sağlayarak annelik rolüne uyumlarını kolaylaştırmalı ve postpartum dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olmalıdırlar(3,9). Özellikle doğum sonu dönemde anne/bebeklerin hastanede yatış süreleri ve taburcu olduktan sonra evde bakım ve izleminden sorumlu olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin de yeterli olmadığı bilinen bir gerçektir(16).Bu araştırmada, annelerin postpartum bakım konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmış ve araştırmacılar tarafından loğusaların gereksinimi olan konularda eğitim verilmiştir.

Doğum öncesi bakım sırasında, annelere doğum ve doğum sonu bakımın önemi ile ilgili bilgi verilmesi gerekmektedir. 1998 TNSA verilerine göre, araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönemde, annelere DÖB sırasında, doğum ve doğum sonu bakım ile ilgili bilgi verilmesine göre doğumların yapıldığı koşullar karşılaştırılmış ve bu konularda bilgi verilenlerde, bilgi verilmeyenlere göre, hastane doğumlarının sıklığı daha yüksek (sırasıyla; %84, %87), sağlıksız koşullarda doğumların sıklığı (sırasıyla; %3, %2) ise daha düşük bulunmuştur(4). Gözüm ve Kılıç (2003)'ın çalışmasında, lohusaların %66.1'inin hastaneden taburcu olurken postpartum döneme yönelik eğitim almadığı, %51.8'inin postpartum ilk hafta ebeler tarafından evde ziyaret edilmediği belirtilmektedir(8). Ekşi (1996) İzmir'de yaptığı çalışmasında, lohusaların %52'sinin doğum sonu bakım hakkında bilgi almadığını belirlemiştir(17). Bu çalışmanın sonuçlarında da görüldüğü gibi, yaklaşık iki lohusadan biri doğum öncesi dönemde postpartum bakım hakkında eğitim almamıştır. Sonuçlar yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada 4 lohusada uterus subinvolüsyonu ve 19 lohusada doğum sonu kanama saptanmıştır. Erken lohusalık döneminde uterus involüsyonunun ve loşial akıntının takibi, hem hekimlerin hem de ebe, hemşirelerin sorumluluğundadır. 1998 TNSA'nda, araştırmanın kapsadığı son iki yıllık dönem içerisinde, postpartum komplikasyonlar annelerin ifadelerine göre saptanmıştır. Annelerin %20'si doğum sonu aşırı vajinal kanama, %18.5'i yüksek ateş, %21'i konvülziyon, %32'si kötü kokulu vajinal akıntı, %57'si karnın alt kısmında ağrı, %44'ü şiddetli sırt ağrısı, %30'u dizüri, %43'ü baş dönmesi, %35'i şiddetli baş ağrısı, %30'u ise memelerde şişlik ve ağrı olduğunu belirtmiştir(4). Doğum sonu dönemde aşırı vajinal kanama, anne sağlığını tehdit eden ve ülkemizde birinci sırada anne ölümlerine neden olan önemli bir sorundur. 1998 TNSA'nda, doğum sonu aşırı vajinal kanama, postpartum kanama, yaşı 20'den küçük olan annelerde diğer yaş gruplarına göre daha sık görülmektedir. Postpartum kanama; ilk doğumlarda ve 6 ve üzeri sayıdaki doğumlarda (sırasıyla; %21, %27), bir sağlık personelinin yardımı olmadan gerçekleşen doğumlarda (%27) daha sık görülmektedir. Sağlıklı koşullarda gerçekleşen doğumlara göre, sağlıklı olmayan koşullardaki doğumlarda(%28) postpartum aşırı kanamanın daha sık görüldüğü saptanmıştır(4). Ertem çalışmasında, deney grubundaki kadınların; %82.9'ının loşisinin parlak kırmızı renkte, %45.7'inin loşisinin aşırı miktarda olduğu, %94.3'unun loşisinde pıhtı olmadığı ve %97.10'unun loşisinde koku olmadığı saptanmıştır(20).

Bu çalışmada, lohusaların %28.1'ine epizyotomi uygulanmış, 1 loğusada epizyotomide dehissens gelişmiştir. Geleneksel olarak bebeğin doğumunu kolaylaştırmak ve annede olabilecek perine ve vajinal laserasyonları önlemek amacıyla özellikle ilk doğumlarda epizyotomi yapılmaktadır. 1998 TNSA'nda, annelerin ifadelerine göre, araştırmanın kapsadığı son iki yıllık dönem içindeki doğumların %44'ünde doğum sırasında epizyotomi yapılmıştır. 20 yaş altındaki annelerin yaklaşık üçte ikisinin (%59) doğumunda epizyotomi uygulanmıştır. Anne yaşı arttıkça epizyotomi yapılan doğumların yüzdesi azalmaktadır. Ayrıca ilk doğumların %67'sinde epizyotomi yapılmıştır(4). Ertem çalışmasında deney grubundaki kadınların %48.70'inin epizyotomi ile doğum yaptığını bulmuştur(20).

Doğum sonu erken ambulasyonun obstetrideki yeri büyüktür. Böylece emboli, flebit gibi komplikasyonlar azalmaktadır. Erken ayağa kalkma hem psikolojik, hem de barsak ve mesane fonksiyonlarının düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadır(1,12). Çalışmada 15 loğusada mesane distansiyonu saptanırken, 5 lohusada Homans bulgusu pozitiftir. Loğusaların %79.3'ü doğum sonu erken ayağa kalkmanın gerekli olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgu kadınların büyük bir çoğunluğunun bu konu ile ilgili bilgilerinin yeterli olduğunu göstermektedir. Ekşi (1996) çalışmasında, lohusaların %55'inin doğum sonu erken ayağa kalkmanın gerekli olduğunu ifade ettiklerini belirtmiştir (17).

Loğusa, doğum sonu en az 4-6 haftalık bir sürede normal fiziksel aktivitelerini kazanır. Bu nedenle gün içinde kendine 2-3 saatlik dinlenme zamanı ayırmalıdır. Lohusaların büyük bir çoğunluğu doğum sonu dönemde istirahat etmenin gerekli olduğu konusunda hemfikirdirler.

Doğum sonrası perine bakımı, hem hijyen hem de doğum sırasındaki gerilme, zedelenme yada epizyotomi gibi travmatik nedenlerle özellik gerektirir. Anal bölgeden E. Coli

gibi bakterilerin perine bölgesine taşınmaması için, önden arkaya doğru perine bakımı hem doğum sonrası, hem de tüm yaşam süresince kadın hijyeninde önemli bir yer tutar. Geleneksel olarak bu temizlik genellikle tam tersi olarak yapılmaktadır. Çalışmada lohusaların %6.8'i perine temizliğini nasıl yapacağını bilmemekte, %13.6'sı ise arkadan öne yaptıklarını ifade etmiştir. Yılmaz ve Seviğ (2003) çalışmalarında, annelerin perinelerini antiseptik solüsyonlar yerine istendik olmayan yöntemlerle temizlediklerini, ped yerine bez kullanmayı tercih ettiklerini saptanmışlardır(18). Gözüm ve Kılıç'ın(2003) Erzurum'da yaptıkları çalışmalarında ise, kadınların %62.5'inin perine temizliğini doğru yapmadıkları belirlenmiştir(8). Ekşi (1996) İzmir'de yaptığı çalışmasında, kadınların %81'inin perine temizliğini önden arkaya doğru bir kez yapılmasını ve işlemin aynı şekilde birkaç kez tekrar edilmesini ifade ettiklerini belirtmiştir(17). Ebe hemşirelerin perine temizliğini kadınlara açıklamaları ve taburcu olduktan sonra evde perine temizliğini kendisinin nasıl yapacağını öğretmesi çok önemlidir. Yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada da görüldüğü gibi, kadınların perine temizliği ile ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı görülmektedir. Bu bulgu diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Cinsel yaşamın tabu olarak kabul edildiği ülkemizde, kadınların konu ile ilgili bilgi almada çekinik davrandıkları düşünülebilir. Hoge ve ark (1993) yapmış oldukları çalışmada, puerperal enfeksiyonların başlıca sebebi A Grubu Beta Hemololitik Streptococcus ve Streptococcus Pyogenes'tir. Puerperal enfeksiyonu önlemek için doğum sonrası perinenin temiz ve kuru tutulmasının, sık perine tuvaletinin yapılmasının, ve enfeksiyon belirtilerine (ani ateş yüksekliği, TA ve nabız düşmesi) karşı dikkatli olunmasının gerekliliğine değinilmiştir (24).

Çalışmada lohusaların büyük bir çoğunluğu, lohusalık döneminde cinsel ilişkiye girilmemesi gerektiğini belirtmiş,ancak sadece %27.8'i nedenini doğru olarak ifade etmiştir. Ekşi (1996) çalışmasında, "lohusalık döneminde cinsel ilişkiye girilir mi?" sorusuna lohusaların tamamının hayır dediğini ancak cinsel ilişkide bulunmama nedenini %44'ünün doğru olarak yanıtladığını belirtmiştir(17). Postpartum dönemdeki annelerin cinsel yaşam ve kontraseptif yöntemler hakkında bilgi açıkları bulunmakta ve bu konularda gereken danışmanlığın verilmesi oldukça önemlidir.

Çalışmada kadınların %4.4'ünün meme ucunda çatlak saptanmıştır. ertem çalışmasında 5 kadından birinde meme ucunun çökük olduğunu saptamıştır(20). Kadınların meme ucu ile ilgili sorunlardan meme ucu çatlağı ve meme ucu içe çöküklüğünün bulunması; doğum öncesi dönemde kadınların meme bakımlarına ilişkin yeterli eğitim ve bakım alamamış olduklarını düşündürmektedir. Eğer kadınlar doğum öncesi dönemde meme ucu ve meme bakımı, emzirme konularında yeterli eğitimi almış olsalardı, doğum sonu dönemde bu tip sorunlarla karşılaşma oranının oldukça düşük görülebileceği söylenebilir. Çalışmada kadınların büyük çoğunluğu emzirme sorunu yaşamazken, bir çoğu doğum sonu erken dönemde bebeklerini emzirmişlerdir. WHO'ya göre doğum sonrası ilk ½ veya 1 saat içinde kadınlar bebeklerini emzirmeye teşvik edilirlerse, daha sonraki dönemlerinde de emzirmelerinde başarılı olabileceklerini vurgulanmaktadır (22,23).

Doğum yapan kadınlar fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan büyük değişim yaşamaktadırlar. Bu çalışmada lohusaların %6.8'inin hayatlarının eskisi gibi normale döneceğine inanmadığı, %5'inin de bebek sahibi olmaktan mutlu olmadıklarını ifade ettikleri saptanmıştır. Ertem çalışmasında, deney grubundaki kadınların %20.0'sinin, kontrol grubundaki kadınların %25.7'inin kendilerini kaygılı/endişeli hissettikleri saptamıştır(20). Literatürlerde de, doğum sonrasında dönemde depresif duygu durumunun gözükme oranının yüksekliği bildirilmektedir. Yeni anne olan kadınların %50-80'inde kaygı-hüzün gelişebilmektedir Doğum sonrası ilk 3 gün hormon sekresyonundaki değişikliğin çok hızlı olmasına bağlı olarak gelişen psikolojik sorunların kadınları etkilediğine, loğusalık döneminin çoğu kadın için bir stress dönemi olduğuna ve anne de nevrozdan psikoza varan değişik ruhsal sorunların yaşanabileceğine değinilmektedir. Lohusalıkta ruhsal sorunların önlenmesi için, annenin gebelikten başlayarak annelik rol ve sorumluluğuna hazırlanması ve desteklenmesi gerektiği söylenebilir (21,22,23). Doğum hemşireliğinin amacı, sadece bebeğin doğumunu sağlamak ve üreme organlarını gebelik öncesi duruma getirmek değil, bunun yanında annenin bu döneme sağlıklı bir uyum göstermesini ve sağlıklı bir bebek yetiştirmesine yardımcı olmaktır. Bu dönemde ebe ve hemşirelerin en önemli sorumluluğu; lohusaların doğum sonrası normal gelişimlerini ve normalden sapmaları gösteren bulguları tanıyıp, değerlendirmesi, lohusalara fiziksel bakım ve ruhsal destek sağlamak, gereksinim duydukları konularda eğitim vermektir. Verilecek eğitimin içeriğinde, lohusanın lohusalık döneminde dinlenmesinin önemi, temel hijyenik bakımın önemi ve doğru olarak nasıl yapılacağı, el hijyeni, göğüs ve perine temizliğinin önemi, yeterli ve dengeli beslenmenin yararları, loğusaların konstipe olmamaları için nasıl beslenecekleri, anne sütü ve meme bakımın önemi, egzersiz, doğum sonu etkin doğum kontrol yöntemleri konuları yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1- Coşkun A, Karanisoğlu H. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir
2- Nichols FH, Zwelling E. Maternal-Newborn Nursing. Care of the Childrearing Family. JB. Lippincott Company, Philadelphia, 1992.
3- Balkaya Akdolun N. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6(2): 42-49.
4- Akın A, Özvarış ŞB. Türkiye'de doğum ve doğum sonu hizmetlerden yararlanma, Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları, 2002. (Ed.) Ayşe Akın. Hacettepe Üniversitesi, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA. Ankara. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/dogum.htm
5- Dünya Sağlık Örgütü(1998) Dünya Sağlık Raporu 1998, 21. yüzyılda yaşam herkes için bir vizyon, çev. Editörleri B. Metin, A. Akın, İ. Güngör, Ankara, Sağlık Bakanlığı Dış İşler Başkanlığı.
6- Sağlık Bakanlığı. Ulusal sağlık politikası geliştirme çalışması mevcut durum ve sorunlar taslak rapor, Ankara, 2000.
7- Gorie TM, McKinney ES, Murray SS. Foundations of Maternal-Newborn Nursing, Second Edition, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1998; 12-13, 458-459.
8- Gözüm S, Kılıç D. Doğum sonu erken taburcu edilen kadınların yaşadıkları sağlık sorunları ve bu sorunlara yönelik uygulamaları. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı, 20-23 Nisan 2003. s. 172.
9- Lugina HI, Christensson K, Massawe S et al. Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: A study of primiparous mothers in dar es salam, Tarzania, J Midwifery&Womens Health 2001; 46(4):248-257.
10- Eryılmaz HY. Normal doğum yapan annelerde doğum sonu bakım pathway örneği. VII. Ulusal hemşirelik kongre kitabı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 22-24 Haziran 1999; 52-55.
11- Nichols FH, Zwelling E. Maternal-Newborn Nursing: Theory and Practice. WB. Saunders Company, Philadelphia, 1997.
12- Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. geliştirilmiş III. baskı, sistem ofset, Ankara, 1998.
13- Pillitteri A. Maternal and Child Health Nursing. Care of the Childrearing family. JB. Lippincott Company, Philadelphia, 1992.
14- ……Kadın Hastalıkları Doğum Bilgisi Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders Notları Serisi, Güner Matbaacılık, 2. basım, Ankara, 1993.
15- Önder, İ. Kadın Doğum Propedötik. Yargıçoğlu Matbaası, Ankara, 1987.
16- Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7(2):15-22
17- Ekşi G. Loğusaların doğum sonrası bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, yüksek lisans tezi, İzmir, 1996.
18- Yılmaz Ş, Seviğ Ü. Vajinal yol ve sezaryenle doğum yapan kadınların doğumdan sonra kendi ve yenidoğan bakımında yaşadığı sorunlar. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı, 20-23 Nisan 2003. s. 163.
19- Sevil Ü, Çoban A. Starting the process of mother-infant bonding. Acta Paediatrica 2005 April
20- Ertem G. Standartlara dayalı verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış doktora tezi. 2004.
21- Gülşen, G. (2001). Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar . http://lokman.cu.edu/psychiatry/EGİTİM/abdprog/smn_2001_postpartum .
22- WHO. Postpartum Care of Mother and Newborn A Practical Guide. Report of a Technical Working Group. Publication. http://www.who.int/reproductive-health
23- WHO. Tecnical Working Group. Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide, Birth, December 1999; 26(4):255-260.
24- Hoge C., Schwartz, B., Talkington, D., Breiman, R., MacNeill, E. The Changing Epidomiology of İnvasive Group Astreptococcal İnfections and the Emergence of Streptococcal Toxic Shock-Like Syndrome, JAMA 1993; 269:384-389.

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 682-685

DİSGERMİNOMA: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DERLEMESİ

Dysgerminoma: Report of a Case and Review of the Literature

Dr. Murat BOZKURT, Dr. A. Ender YUMRU, Dr. Y. Tahsin AYANOĞLU
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Disgerminom embrionik veya extraembrionik formlara diferansiye olmamış germ hücrelerinden oluşur. 16yaşında sağ ovarian kaynaklı abdominal kitle tanısı ile interne edilen olgumuzda disgerminom teşhis edildi. Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo ooferektomi, multipl tümöral kitle extirpasyonu, omentektomi, apendektomi ve paraaortik lenf nod biyopsisi yapılan olgu kemoterapiye yönlendirildi. Bu olgu nedeni ile disgerminomlar literatür ve güncel bilgiler eşliğinde irdelendi

ABSTRACT

Our case, a 16 years old girl was hospitalized with the diagnose of intraabdominal mass originated from right adnexial region after the operation. It was identified as disgerminoma.We performed total abdominal hysterectomy and bilateral salpingoooferectomy, multiple tumors extirpations,appendectomy and the biopsy of the paraaortic lenfadenomegalia. The patient was directed to oncology for chemotherapy. We reviewed dysgerminoma for recent developments.

GİRİŞ

Ovarian kanser ABD' de 6. sıklıkta görülen kanserdir ve tüm kadın kanserlerin %4' ünü oluşturur. Over kanserleri genital kanserlerin %25' idir. ABD' de her yıl 23000 yeni vaka tanı almaktadır ve 14000 vaka bu nedenle yaşamını yitirmektedir (1). Disgerminom seyrek olmasına rağmen adolesan çağda en çok görülen malign over tümörüdür (2). Germ hücreli over tümörü grubunda yer alır. Disgerminomlar germ hücreli tümörlerin %30- 40' ını oluşturur. %80- 90 olgu 30 yaşın altındadır. Nadiren 50 yaşın üzerinde rastlanır. Tüm over tümörleri arasında %0,7- 3,7oranında görülürler (3). Disgerminom karşı overdede tümör görülebilen tek germ hücreli tümördür. Bilateralite % 10- 15 arasında değişmektedir (4). Disgerminomlarda lenfatik yayılım daha ön plandadır. Radyoterapiye ve kemoterapiye akut sensitiviteleri oldukça yüksektir (5).

OLGU

H.A. 16 yaşında karında şişlik, yaygın karın ağrısı, idrar yaparken zorlanma ve kabızlık şikayeti ile 11/ 10/ 2004 tarihinde 1574 protokolle Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvurdu. Şikayetleri 1 ay öncesine dayanıyordu. Olgu batında kitle öntanısı ile interne edildi. Virgo olan hastanın rektal tuşe ile muayenesinde umblikusun sağ üzerine kadar uzanan lobüle konturlu tümöral kitle mevcuttu. Uterus normal cesamette olup tümoral kitle tarafından sakruma doğru itilmişti. Batın muayenesinde yaygın asit mevcuttu. Yapılan tüm batın ultrasonografisinde pelvis minörde sağdan sola doğru uzanan mesaneyi, uterusu öne ve kaudal yöne iten non homojen yapıda lobüle konturlu 147x92x172 mm çapında kitle tespit edildi. Sağ böbrekte birinci derece hidronefrotik değişimler mevcuttu. Böbrek parankimi minimal ekojenite artışı göstermekteydi. Hemogramda Hb:9.7 g/dL (12.1- 17.2), Hct: %28.8(36.1- 52.1) , sedimentasyon:1h:13(<20), 2h:35mm(normal) idi. Hastanın tam idrar tetkikinde özellik yoktu. Tümör markırlarından CA125:175 U/ml (0- 21), ve LDH:1549 U/L (75-130) idi. CA19-9, CA 15-3, CEA ve AFP normal sınırlardaydı. Biyokimyasal tetkiklerinde Glukoz: 47 mg/dL (70- 110), Ürik asit:8.7mg/dL (3.4- 7) ,AST:44U/L (0- 38), Na:131 mmol/L (135- 145)olarak bulundu. Alkalen fosfataz:728 U/L(<270), fibrinojen:452.3mg/dL (200- 400), D- Dimer: 829.2 ng/mL (<278) idi. Diğer parametreler normal olarak bulundu. Abdominopelvik bilgisayarlı tomografide sağ böbrekte grade 1 pelvik ektazi izlendi. Sağ böbreğin pyelogram fazına geçişi gözlenmedi. Batın orta hatta pelvisi dolduran süperiorda böbrek orta zon düzeyine dek uzanan inferiorda rektouterin poşu tamamen dolduran ve uterusu çepeçevre saran rektumu posteriora, sigmoid kolonu sola ve incebarsak anslarını superiora iten kistik komponentleri izlenen 22x11x17 cm boyutlarında heterojen kontrast tutan solid kitle lezyonu mevcuttu (over tümörü ?). Aortakaval alanda 5x6x9 cm boyutunda vena cava inferioru komprese eden düzgün konturlu hipodens solid kitle lezyonu konglomere lenfadenopati ile uyumludur. Batın içinde yaygın serbest sıvı(asit) mevcut olarak rapor edildi. İntravenöz pyelografi sağ üreter kalibrasyonu izlenilebilen 2/3 proximal kesiminde genişlemiştir(kitle basısı?, invazyon?). Hasta bu bulgular eşliğinde over tümörü ön tanısı ile laparotomiye alındı.Göbek üstü ve altı median insizyon tercih edildi. 3000 cc hemorajik vasıflı asit mayii boşaltıldı. Batında multipl metastaz odakları mevcuttu. Sağ over kaynaklı 25cm çapında lobüle konturlu solid kıvamlı yer yer hemorajik sıvı içeren kistik alanları olan yer yer nekroze tümoral kitle mevcuttu. Vezikouterin, rektovaginal, sol paraovaryan alanda ve omentumda 5 ile 8 cm çapında tümöral kitle mevcuttu. Aortakaval bölgede 10- 13cm çapında VCI ve aortadan ayırt edilemeyen etrafı ile fikse lenfadenopati mevcuttu. Sağdaki kitle ve periton biyopsi frozen sonucu malign tümör çıkması üzerine total abdominal histerektomi, bilateral salpingoooferektomi, multipl tümöral kitle extirpasyonu, omentektomi, apendektomi ve paraaortik lenf nod biyopsisi uygulandı. Postoperatif yara enfeksiyonu gelişen hastaya postoperatif 13. gün lokal anestezi

ile sekonder sütür uygulandı. Hasta postoperatif 16 günde kemoterapi için yönlendirildi ve onkoloji polikliniğimizde takibe alındı. Patoloji sağ overde disgerminom lenfovasküler invazyon mevcut, rektovaginal,vezikouterin, omentum ve peritondaki kitle disgerminom infiltrasyonu olarak belirtildi. Aortakaval alandan alınan biyopsi disgerminom infiltrasyonu olarak rapor edildi. Asit mayii sitolojisinde malign disgerminom hücrelerine rastlanıldı.

TARTIŞMA

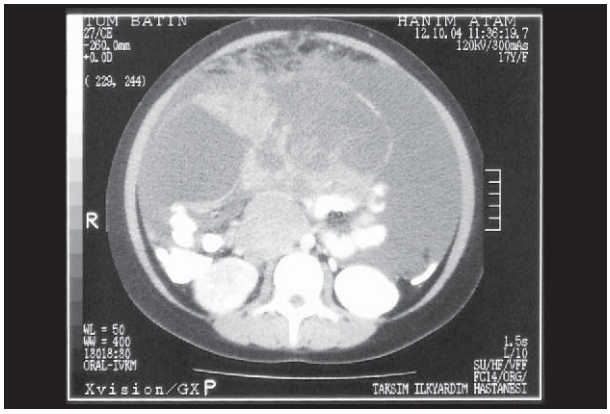
Disgerminom testisteki seminom ve extragonadal germinomlar ile homologdur. Overdeki primordial germ hücrelerinden kaynaklanır ve diferansiye olmamış embriyonal ve extraembriyonal yapıları içerir (6). Ortalama görülme yaşı 22 dir. Olguların ¾ de cerrahiden 6 ay öncesine dek semptom yoktur. Disgerminomlar hızlı büyüyen tümörlerdir ve sıklıkla müphem pelvik ağrı ile birliktedir. Spesifik semptomu yoktur. Semptomlar sıklıkla kroniktir. Akut semptomlar torsiyonla veya tümör kapsülünün rüptürü ile ilişkilidir. En sık görülen başlangıç semptomu karında şişkinlik ve alt abdomendeki ele gelen kitledir (7). Bir ay öncesine kadar semptomu olmayan hastamızda karında şişkinlik ve karın ağrısı şikayeti vardı. Bu olgularda gebelik ekarte edilmelidir. % 10- 17 olgu gebelik ile birliktedir. Disgerminomlar nadiren gebelikte tesadüfi olarak teşhis edilebilir veya distosi sebebi olarak karşımıza çıkabilir (8). Bu tür gebeliklerin %25 i fetal ölüm ve distosi ile sonuçlanır. Disgerminom bazen amenore etiyolojisi araştırılırken tespit edilebilir ve bu gibi olgularda disgerminomun altında genellikle gonadoblastoma veya gonadal disgenezi yatar (9).

Makroskopik olarak %77- 89 olgu bir overde sınırlıdır ve kapsüllüdür. Yüzeyi düzgündür. %10- 15 olgu bilateraldir ve ortalama tümör çapı 15 cm dir (10). Olgumuz unilateraldi. Tümörün kesit yüzü solid, üniform yada hafif granülerdir. Beyaz ya da açık ten rengi olabilir. Bazı olgularda geniş distrofik kalsifikasyon odakları ve kistik değişiklikler görülebilir (11). Mikroskopik olarak tümör %90 olguda monoton görünümlü, büyük poligonal biçimli, soluk yada hafif eozinofili gösteren sitoplazmalı hücreler görülür. Hücreler kordonlar ya da kümeler oluşturabilir. %5 olguda vasküler ya da kapsüler invazyon vardır. Mitoz sayısı değişken olmakla birlikte sıklıkla fazladır. %90- 95 olguda stromada lenfoid infiltrat bulunur. %20 den fazla olguda dev hücre içeren epitelyumioid granülomlar bulunur (12). Bizim olgumuzda da mikroskopik olarak incelenen kesitlerde sheet tarzında dağılım gösteren tümöral proliferasyon görüldü. Tümörü oluşturan hücreler monoton görünümlü, soluk eozinofilik yer yer clear sitoplazmalıydı. Seyrek multinükleer dev hücreler dikkati çekti. İmmunohistokimyasal olarak uygulanan PLAP ile tümör hücrelerinde sitoplazmik boyanma izlendi. B- HCG ile aradaki multinükleer dev hücrelerde sitoplazmik boyanma mevcuttu. %5 olguda bulunan lenfovasküler invazyon olgumuzda da tespit edildi. Metastatik yayılım lenfatik sistemle arteria iliaca communis ve abdominal aorta terminal kısımlarına olur. Mediastinal ve supraklaviküler nodlara yayılabilir. Hematojen yayılım sıklıkla karaciğer, akciğer ve kemiklere olur (13). Joseph Kattan ve arkadaşları opere edilen ve daha sonra rekürrens gelişen bir pür disgerminom olgusunda sol meme ve aksiler lenf nodlarına metastaz tanımlamışlardır (14). Disgerminomlar pür olabileceği gibi diger bir germ hücreli tümörle birlikte bulunabilir. Olgumuzda pür disgerminomdu. Primer olarak disgerminomdan oluşmuş lezyonları arasında daha küçük gruplar halinde yerleşmiş embriyonal karsinoma veya endodermal sinus tümörü gibi agresif seyirli tümörler bulunabilir. Yani disgerminom pür değil ve daha malign komponentler varsa prognoz ve tedavi daha malign germ hücreli elamanlara göre belirlenmelidir (15). Koriyokarsinomla birlikte olduğunda, sinsityotrofoblastik hücre topluluğu icerdiğinde ki bu % 3 oranındadır veya gebelik ile kombine ise B- HCG oranında yükselme izlenir (16). Disgerminomlarda HCG stimülasyonuna sekonder izoseksüel veya heteroseksüel puberte prekoks semptomları görülebilir. Bu olgularda menstrüel ve endokrin anomaliler tespit edilebilir (17). Russell H ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda disgerminomlarda B HCG ve AFP oranını artırabilecegini fakat daha çok LDH izoenzimlerinin hem tanı aşamasında hem de rekürrensi izlemede daha faydalı olduğunu belirtmişlerdir (18). CEA ve CA- 125 gibi tümör markerlarına bakılmalıdır. Olgumuzda LDH ve CA 125 değerleri yüksekti. Markku Santala ve arkadaşları genç yaştaki disgerminom olgularında serum inhibin, tümör-associated trypsin inhibitör ve CA- 125'in yükseldiğini belirtmişler ve inhibin düzeyi ile tümörün malignensi arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. CA- 125 ve TATI ise daha çok sessiz disgerminom olgularında yüksek bulunmuştur (19). Bazı olgular atexia- telenjiektazia sendromu, hiperkalsemi, hipoglisemi ve SLE gibi otoimmün hastalıklar ve Meigs sendromu ile birlikte olabilir. Olgumuzda paraneoplastik sendrom olarak hipoglisemi vardı. Operasyon sonrası kalsiyum değerleri normale dönmektedir (20). Ivanaj ve arkadaşları ovarian disgerminomlu vakada periferal nöropati tanımlamışlardır. Tedavi sonrası poliradikülonevrit spontan olarak gerilemiştir (21). Disgenetik gonadlar tümör gelişimi için yüksek risk taşırlar. Klasik olarak Turner sendromunda 45, X/46, XY mozaizm taşıyanlarda veya Y parçası bulunanlar (45,X+ mar)disgerminom gelişimi açısından riskli gruptur (22). Fertilitesini korumak isteyen erken evre disgerminomlarda konservatif cerrahi tedavi ciddi bir şekilde düşünülmelidir (23). Evre1a olgularda konservatif cerrahi ile kemoterapi ve radyoterapi olmaksızın mükemmel sonuçlar alınmıştır. Disgerminom tedavisinde radyasyon çok başarılı olmasına rağmen günümüzde kemoterapi ileri evre tümörlerde cerrahiden sonra ilk tedavi seçeneği olarak ön plana çıkmıştır. Başarı oranları radyoterapi kadar iyidir ve çoğu hastada bilateral ovarian hastalık bile olsa fertiliteyi korumak mümkündür. Bianchi ve arkadaşları doxurubisin ve siklofosfamid veya sisplatin, vinblastin ve bleomisin ile tedavi edilmiş 18 hasta bildirmişlerdir. Bu hastaların 6 sı evre 1b veya 1c, 12 si evre 2b,3,4 veya rekürren hastalığa sahipti. Doksurubisin ve siklofosfamid çok etkilidir. 10 hastanın 7 si hastalıksızdır. Nüks olan 3 hasta VPB ile tedavi edilmiştir.

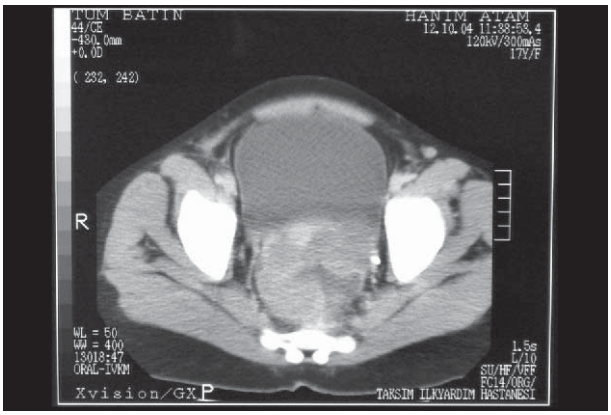
8 hasta VPB ile tedavi edilmiştir. 1 hastada beyinde rekürrens olmuş ve radyoterapi ile kurtarılmıştır. Kalan overde veya rezidü hastalık olmayan 4 hastanın remisyonda olduğu belirtilmiş ve 1 olguda gebelik rapor edilmiştir. Son yıllarda multipl ajan kemoterapi ile tedavi edilen ileri evre hastalarda sonuçlar radyoterapiden iyidir. Evre 2 ve 4 hastalarda tam cevap %80- 95 arasındadır. Evre 3 de cevap %90 ların üzerindedir.

Sonuç olarak yayınlar göstermektedir ki ileri evre hastalıkta cerrahiden sonra kemoterapi en uygun tedavi seçeneğidir (24). Tümör grade, evre prognostik faktör olarak belirtilmiştir. DNA ploidisini ve tümör çapını ise prognostik faktör olarak kabul eden yazarlar olduğu gibi, diğer prognostik faktörlere katkısı olmadığını savunan yazarlarda mevcuttur (25) .

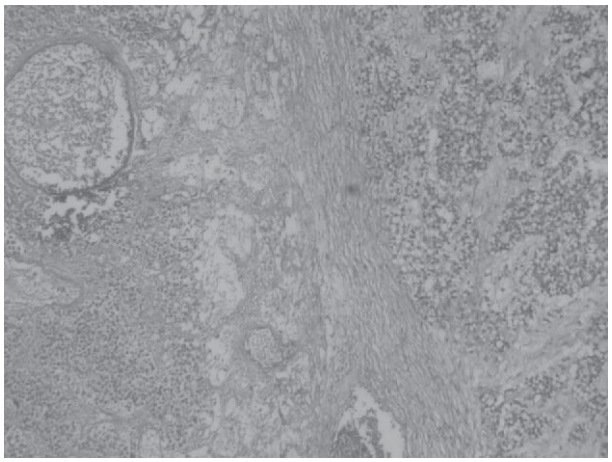
Resim 1: Bilgisayarlı tomografide tüm batını dolduran kitle ve paraaortik lenfadenopati dikkati çekmektedir.



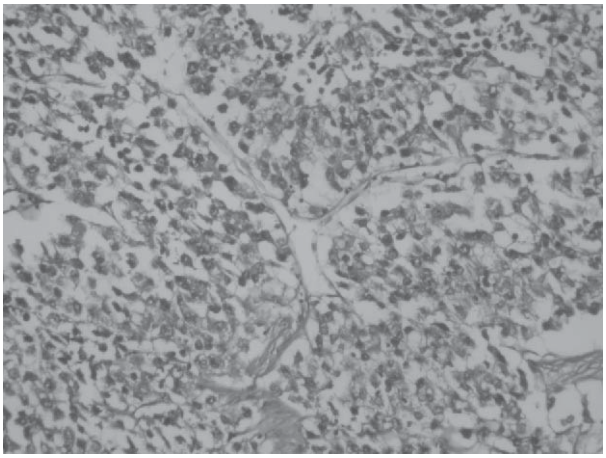
Resim 2: Kitlenin douglas boşluğuna uzanımı görülmektedir.



Resim 3: Disgerminomun mikroskopik görünümü. (Hematoksilen+ Eozinx4)



Resim 4: İnce fibrovasküler septalar ve monoton tümoral hücre proliferasyonu izlenmektedir. (Hematoksilen+ Eozinx10).



KAYNAKLAR

1- Neil B. Rosenshein, Dwight D Im. The Gynecologic Oncology Center at Mercy. Volume 2, Issue 5. November 2001.
2- Fox H. Obstetrical and Gynaecological Pathology, Fourth Ed. Volume 1, Chirchill Living Stone, NewYork 1995;847- 896.
3- Gordon A, Lipton D, Woodruff JD. Emil Novak Ovarian Tumor Registry. Obstet Gynecol 1981;58: 497- 504.
4- La Polla JP, Bende J, Vigloitti AP et all. Dysgerminoma at the ovary. Obstet Gynecol. 1987. 69: 859.
5- Diet LJ, Horny HPI, Ruck P, Kaiserling E. Dysgerminoma of the ovary: an immunohistochemical study of infiltrating lymphoreticular cells and tumor cells. Cancer 1993; 71: 2562- 2568.
6- Linton EB.Dysgerminoma of the ovary. J Reprod Med.1981;26:255- 260.
7- D.A Boyes, E Pankartz, B. W. Galliford, G. W. White, R. N. Fairley. Experience with dysgerminomas at the Cancer Control Agency of British Colombia. Gynecologic Oncology. Volume 6, İssue 2 April 1978 p:123- 129.
8- H. Kişnisçi, E. Gökşin,T. Durukan, K. Üstay, A. Ayhan, T. Gürkan et all.Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi.1996.p 1002- 1004.
9- Disaia PS, Creasman WT. Clinical Gynecologic Oncology. Sixt edition. 2002, p351- 369.
10-Mount PM, Norris HJ. Advances in germ cell tumors of the ovary. In: Dallenback- Hellweg sixt edition. Ovarian tumoren, sprınger, Berlin1982;83-94.
11-Krishnansu Tewarı, Fabio Cappuccini, Phılıp J. Dısaıa, Mıchael L. Berman, Alberto Manetta, Matthew F. Kohler. Malıgnant Germ Cells Tumors of the Ovary. Obstet Gynecol 2000; 95: 128- 133.
12-Kaplan C, Hawley R. Dysgerminoma with giant cells: a case report with immunoperoxidase . Diag Gynecol Obstet 1981;3:325- 330.
13-Neil B. Rosenshein, Dwight D. Dysgerminoma of the Ovary. The Gynecologic Oncology Center.Volume 2, İssue 5, November 2001.
14-Josaph Kattan, Jean- Pierre Droz, Paule Charpentier, Guy Michel, Catherine Lhomme, Arnaud Boutan- Laroze, Michel Prade.Case report: Ovarian dysgerminoma metastatic to the breast. Gynecologic Oncology. Volume 46, İssue 1, Jully1992, p:104- 106.
15-Zanetta G, Bonazzi C, Cantü Maria G, Bini S, Locatelli A, Bratina et all. Survival and reproductive function after treatment of malignant germ cell ovarian tumors. J Clin Oncol. 2001; 19(4):1015- 20.
16-Lai CH, Chang TC, Hsueh S, Wu TI, Chao A, Chou HH. Outcome and prognostic factors in ovarian germ cell malignencies. Gynecol Oncol. 2005 Mar; 96(3):784- 91.
17-De Polo G, Zambetti M, Pilotti G. Germ cells tumors at the ovary: the experience of the National Cancer İnstitute of Milan. Dysgerminoma İnt Radiat Biol phys 1987;13: 853.
18-Russell H, Presley MD, Howard G. Muntz, Stephan Falkenberry, Laurel W Rice. Serum lactic dehydrogenase as a tumor marker in dysgerminoma. Gynecologic Oncology, Volume 44, İssue 3,March 1992, p:281- 283.
19-Markku Santala, Henry Burger, Aimo Ruakonen, Frej Stenback, Antii Kauppila. Elevated serum inhibin and tumor- associated trypsin inhibitör concentrations in ayoung woman with dysgerminoma of the ovary. Gynecologic Oncology Volume 71,İssue 3, December 1998, p 465- 468.
20-Deborah S, Fleischhacker SC. D, Robert H. Yang. Dysgerminoma of the ovary associated with hypercalcemia. Gynecol Oncology. Volume 52, İssue 1, January 1994,p 87- 90.
21-İvanaj A, Pautier P, Rixe O, Duvillard P, Dubard T. Peripheral neuropathy in association with an ovarian dysgerminoma. Gynecol Oncol.2003 Apr; 89(1):168- 70.
22-JY Pierga, S Giacchetti, E.Vilian, J. M. Extra, P Brice, M Espie, J.A. Maragi, M Fellous, M Marty. Dysgerminoma in a pure 45, X Turner sendrome: Report of a case and review of the literature. Gynecol Oncology.
23-Peter E. Schwartz, Setsuka K. Chambers, Joseph T. Chambers, Ernest Kohorn, Sue Mc İntosh, Ovarian germ cell malignancies: The Yale University experience. Gynecol Oncology . Volume 45,İssue 1,April 1992,p 26- 31.
24-Bianci UA, Sartori E, Favallin G: New trends in treatment of ovarian dysgerminoma.Gynecol Oncol 23:246,1986.
25-Mary B. Palmquist, Maurice J Webb, Michael M. Lieber, Thomas A. Gaffey, Ofer Nativ. DNA ploidy of ovarian dysgerminomas : Correlation with clinical outcome. Gynecologic Oncology Volume 44, İssue1,January 1992, p13- 16.

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 686-689

EPİTELYAL OVER KANSERLERİNDE NEOADJUVAN KEMOTERAPİNİN ETKİNLİĞİ

Effectiveness of Neo-adjuvant Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer

Dr. Okan ÖZKAYA, Dr. Mekin SEZİK, Dr. Ümmühan DURSUN, Dr. Hakan KAYA
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum A.D., Isparta

ÖZET

Amaç: Kliniğimizde neoadjuvan kemoterapi (NAK) ve sonrasında operasyon uygulanan hastalardaki NAK tedavisinin etkinliğini araştırmak.

Materyal ve Metod: Kliniğimizde yatan ve NAK tedavisi yapılan ileri evre (evre III) 9 epitelyal over kanserli hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların tamamına NAK protokolü olarak sisplatin 75 mg/m^2 ve paklitaksel 175 mg/m^2 dozunda üç kür uygulandı. Hastaların NAK öncesindeki klinik bulgu ve şikayetleri, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografideki tümör çapı, asit seviyesi ve tümör markerlerinin seviyeleri ile 3 siklus NAK tedavisi sonrasındaki tümör çapı, asit, tümör markerlerinin seviyesi ve hastanın klinik şikayetleri karşılaştırıldı. İstatistiksel analizde Wilcoxon Signed Rank test kullanıldı.

Bulgular: NAK öncesi ve 3 kür NAK sonrası dönemde tüm hastalarda tümör çapı ve asit miktarı anlamlı olarak azalmıştı (sırasıyla; p=0.01, p=0.01). CA 125 ve CA 19-9 ise 8 (%88.9) hastada belirgin olarak azalırken, 1 (%11.1) hastada hafif bir azalma vardı. Bununla beraber ağrı, dispne ve genel durum değerlendirildiğinde hastaların tamamında (%100) düzelme olduğu saptandı.

Sonuç: Genel durumu bozuk ileri evre over kanserlerinde, NAK tedavisi uygulanması tümörü geriletebilmesi, yaşam kalitesini arttırması ve optimal cerrahiye olanak sağlaması açısından önemli bir tedavi yöntemi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Over Kanseri, Neoadjuvan Kemoterapi, Cerrahi

ABSTRACT

Objective: To evaluate the therapeutic effects of neo-adjuvant chemotherapy (NAC) in patients operated for ovarian cancer at our clinic.

Material and Methods: Nine women with advanced-stage (stage III) epithelial ovarian cancer given NAC in our clinic were retrospectively evaluated. All patients received 3 cycles of 75 mg/m^2 cisplatin + 175 mg/m^2 paclitaxel. Clinical signs and symptoms, tumor size by computerized tomography and ultrasonography, ascites, and tumor marker levels in the pre- and post-treatment periods were compared using Wilcoxon Signed Rank test.

Results: Tumor diamater and ascites were significantly decreased following 3 cycles of NAC (p=0.01 and p=0.01, respectively). Serum CA 125 and CA 19-9 levels markedly decreased in 8 (88.9%) and slightly lowered in 1 (11.1%) of the patients after treatment. Pain, dyspnea, and general condition scores significantly improved with NAC.

Conclusion: NAC treatment might be considered in debilitated patients with advanced-stage ovarian cancer, as it may regress tumor size, improve quality of life, and increase chances for optimal surgery.

Key Words: Ovarian cancer, Neoadjuvant Chemotheraphy, Surgery

GİRİŞ

Over kanseri gelişmiş ülkelerde bile en fazla ölüme neden olan genital kanser olma özelliğini korumaktadır (1). Over kanseri ABD'de pelvik reprodüktif organ kanserlerinin tamamından bile daha fazla ölüme neden olmaktadır (2). Sıklığı 40 yaş altında düşük iken, 70-74'lü yaşlarda pik seviyelerine ulaşmaktadır (1). Kendine spesifik klinik şikayet ve bulguları olmaması nedeniyle tanı genellikle ileri evrelerde konulabilmektedir. Hastaların yaklaşık %70'inde tümör üst abdomene ulaştıktan sonra klinik bulgu vermektedir (2). Ne yazık ki bu hastalarında %70'inde tümörün total olarak çıkartılması imkansızdır (3). Prognozda tümörün batın içi yayılımı önemlidir. Evre I'de 5 yıllık sağ kalım oranı %85'lerde iken, evre IV'de bu %4'lere kadar düşmektedir (4).

İleri evre over kanserlerinin günümüzdeki standart tedavisi, pelvik ve abdominal bölgedeki tüm tümör dokusunun çıkartılmasını amaçlayan sitoredüktif cerrahi ve bunu takiben genellikle platin/paklitaksel içeren kemoterapi rejimi uygulanmasıdır (3,5,6). Son zamanlarda bu tedaviye alternatif olarak neoadjuvan kemoterapi (NAK) uygulamaları yapılmaya başlanmıştır. Genel durumu kötü veya cerrahi sırasında tümörün tam olarak çıkartılamayacağı düşünülen hastalarda NAK tedavisinin avantajı ileri sürülmektedir.

Mevcut çalışmamızdaki amacımız, kliniğimizde NAK uygulanıp ve sonrasında sitoredüktif cerrahi yapılan hastalardaki NAK tedavisinin etkinliğini araştırmaktır.

MATERYAL VE METOD

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yatan ve NAK tedavisi yapılan ileri evre (evre III) 9 epitelyal over kanserli hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara tedavi öncesinde, fizik ve jinekolojik muayene, sistoskopi, rektosigmoidoskopi, baryumlu kolon grafisi, bilgisayarlı tomografi (CT) görüntüleme tetkikleri uygulandı.

Hastaların tam idrar tetkiki, rutin biyokimya tetkiki, hemogram tetkiki ve tümör belirteçleri (CA 125, CA 15-3, CA 19-9) değerlendirmeye alındı. CA 125, CA 15-3, CA 19-9 alınan kan örneklerinden (4000 devirde 4 dakika santrifüj sonrasında) elde edilen serumdan, ACS 180 kit (Bayer, Tarytown, USA) ile U/ml olarak çalışıldı.

Hastaların tamamına NAK protokolü olarak sisplatin 75 mg/m^2 ve paklitaksel 175 mg/m^2 dozunda üç kür uygulandı. Kürler 3 haftada bir tekrarlandı. Her kür sonrasında hastaların genel durumları, klinik şikayetleri, tam kan analizleri, rutin biyokimya ve tam idrar analizleri, tümör belirteçleri değerlendirildi. Tüm batın ultrasonografileri ve jinekolojik muayeneleri yapıldı. Toplam üç kür tedaviden sonra hastaların tamamına sitoredüktif cerrahi uygulandı. Postoperatif hastalara 6 kür daha adjuvan kemoterapi (sisplatin + paklitaksel veya karboplatin + paklitaksel içeren) verildi.

Hastaların NAK öncesindeki klinik bulgu ve şikayetleri (karın şişliği, karın ağrısı, dispne), CT ve ultrasonografideki tümör çapı, asit seviyesi ve tümör markerlerinin seviyeleri ile 3 siklus NAK tedavisi sonrasındaki tümör çapı, asit seviyesi, tümör markerlerinin seviyesi ve hastanın klinik şikayetleri karşılaştırıldı. Asit derecesi ölçümü için literatürde kesin bir değerlendirme yöntemi olmadığı için, CT ve ultrasonografide batın 4 kadranında vertikal olarak ölçülen en derin asit ceplerinin ortalamaları alındı. NAK tedavisi sonrasında sitoredüktif cerrahide tümör büyüklüğü, asit varlığı, tümör yayılımı ve optimal cerrahi yapabilme oranları hesaplandı. İstatistiksel analizde Wilcoxon Signed Rank test kullanıldı. P<0,05 anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Over kanserli 9 hastanın NAK öncesi demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların 7 (%77.8)'si karında şişlik, dispne ve karında kitle hissi, 2 (%22.2) hasta diğer kliniklerden sevk yoluyla ile polikliniğimize başvurmuştu. Hastaların tamamında genel durum ve beslenme bozukluğu ile dispne şikayeti vardı. Bu hastalardan 6 (%66.7)'sında kötü differansiye, 3 (%33.3)'ünde orta derecede differansiye tümör vardı. NAK öncesi ve 3 kür NAK sonrası dönemde tüm hastalarda tümör çapı ve asit miktarı anlamlı olarak azalmıştı (sırasıyla; p= 0.01, p=0.01). CA 125 ve CA 19-9 ise 8 (%88.9) hastada belirgin olarak azalırken, 1 (%11.1) hastada hafif bir azalma olduğu bulundu. Bununla beraber ağrı, dispne ve genel durum değerlendirildiğinde 9 (%100) hastanın tamamında düzelme vardı. Hastalarda elde edilen NAK öncesi ve NAK sonrası dönem verileri Tablo 2'de gösterilmiştir. NAK sonrası yapılan cerrahide 2 (%22.2) hastada neredeyse tümörün tamamen kaybolduğu, 7 (%77.8) hastada ise tümörün belirgin olarak gerilediği saptandı. Hastaların tamamında asit miktarının çok azaldığı gözlendi.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri*

	NAK verilen hastalar (n=9)
Yaş (yıl)	56.2 ± 8.6
Parite	3.2 ± 1.8
Vücut kitle indeksi (kg/m^2)	26.6 ± 5.6
Menarş yaşı (yıl)	12.4 ± 3.28
Menopoz yaşı (yıl)	46.6 ± 5.64
Hipertansiyon	2 (%22.2)
Diyabet	1 (%11.1)
Histolojik Grade 1	-
Histolojik Grade 2	3 (%33.3)
Histolojik Grade 3	6 (%66.7)

* Veriler ortalama ± standart sapma veya sayı (yüzde) şeklindedir.

Tablo 2. Hastalardaki NAK öncesi ve sonrasındaki elde edilen verileri

	NAK öncesi	3 kür NAK sonr ası	P
CA 125 (U/ml)	1090 ± 504	355.2 ± 308.7	0.01
CA 19 -9 (U/ml)	15.5 ± 9.7	14.4 ± 11.9	0.8
CA 15 -3 (U/ml)	155.8 ± 92.9	93.2 ± 69.4	0.03
Ortalama asit miktarı (cm)	10.02 ± 3.78	2.0 ± 1.2	0.01
Tümör çapı (cm)	9.6 ± 1.7	4.4 ± 4.8	0.01

TARTIŞMA

İleri evre over kanserlerinde primer sitoredüktif cerrahi ve sonrasında kemoterapi önerilen yaklaşımdır. Hastaların 5 yıllık sağ kalımlarına en etkili prognostik faktörlerden biri cerrahi sonrasında kalan rezidü tümör miktarıdır. Bu nedenle NAK ileri evre over kanserlerinde cerrahi sonrasındaki rezidü tümör oranını azaltmak için kullanılmaya başlanmış alternatif bir tedavi yöntemidir (7). NAK herhangi bir cerrahiden önce çeşitli durumlardan dolayı hastaya sitotoksik kemoterapi verilmesi olarak tanımlanabilir (2). Gerek cerrahi öncesinde hastanın genel durumunun kötü olması, gerek tümörün ileri evrede olup yeterli sitoredüktif cerrahinin yapılamayacak olması gibi durumlarda NAK kullanılabilir. Bazen ilk cerrahide unrezektabl olan tümörler için de önce NAK uygulanıp sonra sitoredüktif cerrahi planlanabilir (8).

Literatür tarandığında son 20 yıldır NAK uygulandığı ve bununla ilgili genellikle retrospektif çalışmaların yapıldığını görmekteyiz. Retrospektif bir çalışmada 338 hasta 1980-1988 ve

1989-1998 yılları arasında iki dönem içinde araştırılmışlardır. Çalışmada ilk dönemde over kanserleri için sadece primer cerrahiyi takiben kemoterapi yapıldığı (klasik tedavi), 2. dönemde ise NAK uygulanmaya başlandığı vurgulanmıştır. Çalışmada NAK uygulanan dönemdeki mortalite ve 3 yıllık sürvi oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (7).

Yine 75 hastanın retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada 20 hastaya NAK, 55 hastaya ise klasik tedavi uygulanmıştır. Çalışmada NAK grubunda yapılan sitoredüktif cerrahinin daha efektif olarak yapılabildiği (p=0.009) bulunmuştur. Ancak sağ kalım, tümörün tekrarlaması ve hastalıksız dönem açısından hasta grupları arasında fark bulunamamıştır (9). Bazı çalışmalarda (sistemik NAK veya bölgesel intraarterial NAK yapılan hastaları içeren) NAK yapılan hastalarda operasyonun daha kolay, daha kısa sürede ve daha az kan kaybıyla yapılabildiği, hastanede kalış sürelerinin azaldığı bulunmuştur (10,11). Bununla beraber yapılan bir çalışmada evre IIIc over kanseri olan NAK uygulanmış 31 hasta ile klasik tedavi yapılmış 32 hastanın karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki grupta da yüksek asit volümü (> 500 ml) olduğu belirtilmiştir. Çalışmada tümör rezeksiyon oranı ve ortalama survi NAK grubunda daha iyi bulunmuştur (sırasıyla; p=0.04 ve p=0.07). Fakat morbidite, mortalite ve cerrahi sırasındaki kan transfüzyon oranları arasında fark saptanmamıştır. Çalışmada uzun survi ve yüksek tümör rezeksiyon oranları sağladığı için NAK tedavisinin önemli bir alternatif olduğu belirtilmiştir (12).

Kayıkçıoğlu ve arkadaşları NAK tedavisi almış 45 hasta ile klasik tedavi almış 158 hastayı karşılaştırdıkları bir çalışmalarında, optimal sitoredüktif cerrahi oranlarının NAK grubunda anlamlı olarak yüksek olduğunu (p<0.001) bulmuşlardır. Ama bununla beraber 5 yıllık sağ kalım ve ortalama sağ kalım oranları arasında fark saptanmamıştır (3). Yine 30 NAK ve 30 klasik tedavi uygulanan hastanın karşılaştırıldığı bir çalışmada NAK grubundaki hastalar diğer gruba göre daha yaşlı ve fizik performanslarının daha kötü olmasına rağmen survi ve hastalıksız dönem açısından gruplar arasında fark olmadığını bulunmuştur (6).

Chan ve arkadaşları 17 hastada CT'de ileri evre over tümörü olduğu saptanmış ve platin/paklitaksel içerikli 3-6 siklus kemoterapi sonrasında sitoredüktif cerrahi uygulamışlardır. Çalışmada hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. NAK grubu hastalarda anlamlı olmasa da yaşam kalitesinde 12 aya kadar varan düzelmeler saptamışlardır. Çalışmada 13.3 ay hastalıksız yaşam ile ortalama 22.9 ay sağ kalım süresi olduğu, optimal sitoredüktif cerrahi için uygun olmayan hastalarda NAK tedavisinin iyi bir alternatif olabileceği belirtilmiştir (13). Bu çalışmalardan farklı olarak Shibata ve arkadaşları NAK uygulanan 23 hasta ile klasik tedavi edilen 96 hastayı karşılaştırmışlardır. Klasik tedavi grubunda 5 yıllık sağ kalım oranları anlamlı olmasa da daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada araştırmacılar rezidü tümör için 2cm altında, kemoterapi sırasında sisplatin dozunun 18mg/m^2/hafta olması durumunda prognozun daha iyi olduğunu saptamışlardır (8).

45 ileri evre over kanseri olgusunun NAK + sitoredüktif cerrahi ve takiben adjuvan kemoterapi ile tedavi edildiği Mazzeo ve arkadaşlarının bir çalışmasında, hastaların tedaviye verdiği cevap araştırılmıştır. Hastaların %2.2'sinde klinik olarak tam cevap, %73.4'ünde kısmi cevap, %17.8'inde değişiklik olmadığı ve %6.6'sında da hastalığın ilerlediği bulunmuştur. Hastaların 24 (%53.3)'ünde tam olarak cerrahi rezeksiyon yapılabilmiştir. Hastaların ortalama sağ kalım süreleri ise 29 ay olarak bulunmuştur. Hastalığın ilerlediği veya değişmediği hastalarda sağ kalım, NAK'a cevap veren gruba göre daha düşük saptanmıştır (14).

Literatür incelendiğinde genellikle çalışmalarda NAK tedavisiyle yaşam kalitesinin düzeltilebildiği, cerrahide tam rezeksiyon şansının arttığı ve bazen de sağ kalım süresinin uzatılabildiği belirtilmektedir. Schwartz ve arkadaşlarının bir çalışmasında klasik tedavi ve NAK tedavi grupları arasında sağ kalım ve hastalıksız geçen dönem açısından fark saptanmamıştır. NAK için seçilen hastaların daha yaşlı ve fizik performanslarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (15).

NAK tedavisinin etkinliği literatürde daha çok tümörün gerilemesi veya ilerlemesi, tümör çapı, sağ kalım, yaşam kalitesi durumlarına bakılarak değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızdaki gibi tümör belirteçleri seviyesindeki değişikliğe bakılarak NAK etkinliğinin belirlendiği literatürde sınırlı çalışma bulunmaktadır (16). Bizim mevcut çalışmamızda tümör belirteçlerinden CA 125 ve CA 15-3 seviyeleri anlamlı olarak azalırken, CA 19-9 seviyelerinde belirgin değişiklik saptanmadı (p=0.8).

İleri evre over kanserinde NAK ve takiben sitoredüktif cerrahi uygulanması yeni tedavi yaklaşımlarından biridir. Literatür verileri tarandığında NAK tedavisinin sağ kalım üzerine pek etkisi olmamakla beraber, cerrahide optimal rezeksiyon şansını artırdığı ve kişinin yaşam kalitesini yükselttiği vurgulanmaktadır. Bizim çalışmamızda vaka sayımızın az olasına rağmen, toplam 9 hastanın 2'sinde tama yakın düzelme, 7 vakada ise tümörde belirgin gerileme vardı. Cerrahide makroskopik olarak hastaların tamamına (%100) optimal rezeksiyon yapılabildi. NAK öncesi ve sonrasında hem tümör boyutları, hem asit miktarı, hem de tümör belirteçlerinden CA 125 ve CA 15-3 seviyeleri anlamlı olarak azalmıştı. Hastaların tamamında klinik şikayetleri belirgin olarak azalırken, yaşam kalitelerinde artma saptandı. NAK tedavisine en iyi cevap asit miktarındaki düzelme olarak gözlendi.

Sonuç olarak, genel durumu bozuk ileri evre over kanserlerinde, NAK tedavisi uygulanması tümörü geriletebilmesi, yaşam kalitesini arttırması ve optimal cerrahiye olanak sağlaması açısından önemli bir tedavi yöntemi olabilir. Uzun dönem takipleri içeren geniş serili çalışmalar ile NAK tedavisinin sağ kalım üzerindeki etkilerinin de araştırıldığı çalışmalara gereksinim olduğu kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1- Huober J, Meyer A, Wagner U, Wallwiener D. The role of neoadjuvant chemotheraphy and interval laparotomy in advanced ovarian cancer. J Cancer Res Clin Oncol 2002; 128: 153-60.

2- Schwartz PE. Neoadjuvant chemotherapy for the management of ovarian cancer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2002; 16: 585-96.

3- Kayıkçıoğlu F, Köse MF, Boran N, Çalışkan E, Tulunay G. Neoadjuvant chemotheraphy or primary surgery in advanced epithelial ovarian carcinoma. Int J Gynecol Cancer 2001; 11: 466-70.

4- Ayhan A, Gultekin M, Taskiran C, Celik NY, Usubutun A, Kucukali T, et al. Lymphatic metastasis in epithelial ovarian carcinoma with respect to clinicopathological variables.Gynecol Oncol 2005; 97: 400-4.

5- Lawton FG, Redman CW, Luesley DM, Chan KK, Blackledge G. Neoadjuvant (cytoreductive) chemotherapy combined with intervention debulking surgery in advanced, unresected epithelial ovarian cancer. Obstet Gynecol 1989; 73: 61-5.

6- Loizzi V, Cormio G, Resta L, Rossi CA, Di Gilio AR, Cuccovillo A, et al. Neoadjuvant chemotherapy in advanced ovarian cancer: a case-control study. Int J Gynecol Cancer 2005; 15: 217-23.

7- Vergote IB, De Wever I, Decloedt J, Tjalma W, Van Gramberen M, van Dam P. Neoadjuvant chemotherapy versus primary debulking surgery in advanced ovarian cancer. Semin Oncol 2000; 27: 31-6.

8- Shibata K, Kikkawa F, Mika M, Suzuki Y, Kajiyama H, Ino K, et al. Neoadjuvant chemotherapy for FIGO stage III or IV ovarian cancer: Survival benefit and prognostic factors. Int J Gynecol Cancer 2003; 13: 587-92.

9- Vrscaj MU, Rakar S. Neoadjuvant chemotherapy for advanced epithelial ovarian carcinoma: a retrospective case-control study. Eur J Gynaecol Oncol 2002; 23: 405-10.

10- Chambers JT, Chambers SK, Voynick IM, Schwartz PE. Neoadjuvant chemotherapy in stage X ovarian carcinoma. Gynecol Oncol 1990; 37: 327-31.

11- Liu EL, Mi RR. Neoadjuvant intraarterial chemotherapy and embolization in treatment of advanced ovarian epithelial carcinoma. Chin Med J 2004; 117: 1547-51.

12- Kuhn W, Rutke S, Spathe K, Schmalfeldt B, Florack G, von Hundelshausen B, et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by tumor debulking prolongs survival for patients with poor prognosis in International Federation of Gynecology and Obstetrics Stage IIIC ovarian carcinoma. Cancer 2001; 92: 2585-91.

13- Chan YM, Ng TY, Ngan HY, Wong LC. Quality of life in women treated with neoadjuvant chemotherapy for advanced ovarian cancer: a prospective longitudinal study. Gynecol Oncol 2003; 88: 9-16.

14- Mazzeo F, Berliere M, Kerger J, Squifflet J, Duck L, D'Hondt V, et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by surgery and adjuvant chemotherapy in patients with primarily unresectable, advanced-stage ovarian cancer. Gynecol Oncol 2003; 90: 163-9.

15- Schwartz PE, Rutherford TJ, Chambers JT, Kohorn EI, Thiel RP. Neoadjuvant chemotherapy for advanced ovarian cancer: long-term survival. Gynecol Oncol 1999; 72: 93-9.

16- Tate S, Hirai Y, Takeshima N, Hasumi K. CA125 regression during neoadjuvant chemotherapy as an independent prognostic factor for survival in patients with advanced ovarian serous adenocarcinoma. Gynecol Oncol 2005; 96: 143-9.

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 692-694

OBEZİTE İLE KARIŞTIRILAN DEV OVER KİSTİ

Giant Ovarian Cyst Mimicking Obesity

Dr. Okan ÖZKAYA, Dr. Mekin SEZİK, Dr. Hakan KAYA

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

ÖZET

Abdominal bölgede saptanan büyük kistik lezyonlar sadece over kökenli olmayıp, mezenterik, omental veya gastrointestinal sisteme ait kistlerde olabilir. Bazen over kistleri çok büyük boyutlara ulaşabilir ve obezite ile karıştırılıp uzun süre gözden kaçabilir. Bu kadar büyük ovaryal kistler çevre dokulara bası yapıp, buna bağlı birçok belirti verebilirler. Biz 26 yaşında obezite ile karıştırılan ve 1 yıl geç tanı konulan büyük ovaryan seröz kistadenom vakasını sunduk. Operasyon sonrasında hasta 18 kilo kaybetmişti. Hastaya operasyonda over ve tuba korunarak kistektomi uygulandı. Diyet ile gerilemeyen obezite vakalarında düzenli jinekolojik muayene yapılması ve görüntüleme yöntemlerinin kullanılması önemli olabilir.
Anahtar Kelimeler: Büyük over kisti, obezite, laparotomi

ABSTRACT

Giant cystic abdominal lesions might be ovarian, mesenteric, omental, or gastrointestinal in origin. Ovarian cysts can occasionally reach extreme sizes and remain undiagnosed imitating obesity. Such huge ovarian cysts may be associated with diverse symptoms due to pressure on the surrounding tissues. We report a 26-year-old female patient with giant ovarian serous cystadenoma that remained undiagnosed for 1 year, as it mimicked obesity. The patient lost 18 kg after tubal- and ovarian-preserving cystectomy operation. In conclusion, gynecologic examination and use of imaging modalities might be indicated in diet-resistant obesity.
Key Words: giant ovarian cyst, obesity, laparotomy

GİRİŞ

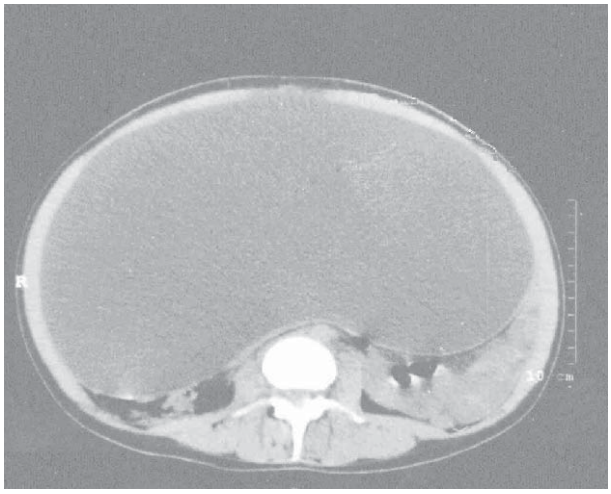
Ovaryan kistler hem premenopozal hem de post menopozal dönem kadınlarda olabilir ve yaklaşık %7 oranında saptanmaktadır (1). Over kistlerinde kistin malign özellik taşıyıp taşımadığının belirlenmesi önemlidir (1). Bazen over kistleri çok büyük boyutlara ulaşabilir. Hatta bizim vakamızda olduğu gibi obezite ile karıştırılıp uzun süre gözden kaçabilir (2). Günümüzde büyük over kistleri (12 kg'dan fazla) gerek kadınların düzenli kontrol sıklıklarının artması, gerekse de görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler nedeniyle çok sık görülmemektedir (3). Büyük over kistlerinin tedavisi halen tartışmalıdır.

Biz kliniğimizde 1 yıl süresinde diyet ile 20 kg vermesine rağmen, abdominal bölgede belirgin kilo değişikliği olmaması, kabızlık ve dispepsi şikayetleri ile doktora başvuran ve tüm batını doldurmuş ovaryan seröz kistadenom saptanan bir olguyu literatür verileri ışığı altında sunduk.

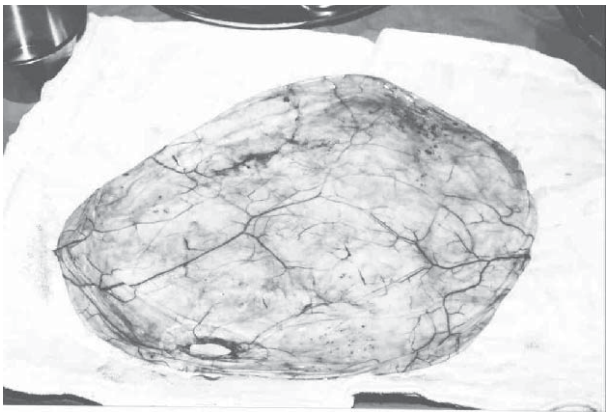
OLGU SUNUMU

Bekar, 26 yaşındaki hasta, polikliniğimize abdominal büyük kistik kitle tanısıyla sevk edildi. Hastanın anamnezinde yaklaşık 1 yıldır devam eden kabızlık, dispepsi şikayetleri olduğu ve 1 yıldır diyet ile 20 kg kaybetmesine rağmen abdominal bölgedeki şişkinliğin değişmediği öğrenildi. Anamnezde geçirilmiş bir hastalık ve operasyon öyküsü yoktu. Ailede jinekolojik nedenle tedavi veya operasyon öyküsü yoktu. Menstrüel sikluslarının düzenli ve menarş yaşının 13 yaş olduğu belirlendi.

Hastanın fizik muayenesinde 67 kg ve 162 cm boyda olduğu, tüm abdominal kaviteyi dolduran, ksifoid kemik altına kadar uzanmış kitlenin bulunduğu tespit edildi. Hastanın çekilen batın bilgisayarlı tomografisinde 40x35x30 cm ebatlarında, tek boşluklu, düzgün cidarlı, mide ve karaciğere bası yapan kistik kitle olduğu saptandı (Şekil 1). Yapılan baryumlu kolon grafisinde, kolona dışarıdan bası dışında başkaca bir patoloji olmadığı bulundu. Tüm batın ultrasonografisinde de yine bilgisayarlı tomografide olduğu gibi, kistik, ince cidarlı, içinde sıvı ekojenitesi veren ve tüm abdominal kaviteyi dolduran kistik kitle saptandı. Hastanın rutin tetkiklerinde, tam kan analizi, rutin biyokimyası ve tam idrar analizi normal sınırlarda idi. Serum tümör belirteçlerinden Ca 125: 14.6 U/ml, Ca 15-3: 15.4 U/ml, Ca 19-9: 5.03 U/ml, CEA: 1.71 ng/ml, alfa fetoprotein: 1.68 IU/ml olarak normal sınırlarda bulundu. Hastanın hormon analizinde FSH: 6.4 mIU/ml, LH: 4.4 mIU/ml, östradiol: 45.6 pg/ml, serbest-testosteron: 1.06 pg/ml idi. Hastaya ovaryan kistik kitle ön tanısıyla laparotomi yapıldı. Batın incelendiğinde tüm batını dolduran, sol overin bir polusundan gelişmiş, tubayı 35 cm kadar uzatacak ve anatomik şeklini bozacak şekilde mezosalpiks içine doğru büyümüş, düzgün yüzeyli, yüzeyde kanlanması artmış kistik kitle saptandı (Şekil 2). Kist içeriği yaklaşık 15 litre ve berrak vasıfta idi. Sol over ve sol tuba korunarak kistektomi yapıldı. Kist duvarı yaklaşık 3 mm kalınlıkta ve beyaz renk görünümde idi (Şekil 3). Frozen kesi inceleme ve postoperatif kesin patolojik incelemesinde seröz kistadenom tanısı alan hastanın operasyon sonrasında 18 kg kaybettiği saptandı.



Resim 1. Kistik kitlenin tomografideki görüntüsü



Resim 3. Kistik kitle kapsülünün kistektomi sonrası görüntüsü



Resim 2. Kistik kitlenin kist içeriği boşaltıldıktan sonraki operasyondaki görüntüsü

TARTIŞMA

Büyük over kistlerinde tedavi yöntemi tartışmalıdır (4). Genellikle büyük ovaryan kistler seröz ve müsinöz tipte epitelyal hücrelerden kaynaklanmaktadırlar (4). Nadiren dermoid kistler de bu kadar büyük boyutlara ulaşabilirler (4). Abdominal bölgede saptanan büyük kistik lezyonlar sadece over kökenli olmayıp, mezenterik, omental veya gastrointestinal sisteme ait kistlerde olabilir (5). Büyük ovaryal kistler çevre dokulara bası yapar ve buna bağlı birçok belirti verebilirler. Gebelerde olduğu gibi aorta-kaval kompresyon nedeniyle supin hipotansif sendroma bile rastlanabilir (6). Bunun yanı sıra abdominal gerginliğe bağlı olarak, dispne, takipne, alt ekstremitelerde ödem, yürüme zorluğu ve taşikardi oluşturabilirler (3). Yine bu kistler obezite ile karıştırılıp, bizim vakamızda olduğu gibi uzun dönem tanı alamayabilirler (2,7).

Büyük ovaryal kistlerde cerrahi yöntem tartışmalı olmakla birlikte, klasik tedavi laparotomidir. Ancak bazı çalışmalarda laparoskopik yaklaşımın, daha az morbiditeye neden olması, erken mobilizasyon ve daha az estetik probleme yol açmasından dolayı öncelikli olarak tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Sagiv ve arkadaşları 3 yılda toplam 21 büyük over kistine (umbilikus ve üzerine kadar uzanan büyüklükte) laparoskopik girişim yapmışlardır. Hastaların ikisinde laparotomiye geçilmiştir. Çalışmada over kist büyüklüğünün laparoskopi için kontraendikasyon olmadığı vurgulanmıştır (8). Laparoskopik yaklaşımın avantajlı olduğu belirtilse de, en büyük dezavantajı, kitlenin malign olma riski taşıması ve laparoskopi ile yetersiz cerrahi yapılması olasılığıdır (9). Bu nedenle hastaların operasyon öncesi dönemde malignite riski açısından dikkatli değerlendirilmesi, tümör belirteçlerinin belirlenmesi ve görüntüleme yöntemlerinin uygulanması önemlidir.

Endoskopik cerrahi ne kadar gelişmiş olsa da bazı yazarlar büyük ovaryan kitlelerde (10 cm'den büyük) laparoskopinin kısıtlı kullanılmasını önermişlerdir (10). Bizim hastamızda da kitle yaklaşık 30 - 35 cm çapında ve tüm batını doldurduğu için laparotomi uygulandı. Laparotomide sol over ve sol tuba korunarak kist eksize edildi. Bekar veya reproduktif çağda çocuk isteği olan kadınlarda mümkünse overin ve tubanın korunması önemlidir.

Bizim hastamızda obezite zannedilerek kistik oluşuma yaklaşık olarak 1 yıl süresince tanı konulamamıştı. Literatürde yine obezite nedeniyle tanı konulamayan vakalar bildirilmektedir (2,7). Bizim vakamızın benign olduğu düşünüldüğünde bu dönem çok önemli bir kayıp olarak görülmeyebilir, fakat malign kitlelerde bu süre bir çok tümörün erken evrede tanınıp uygun tedavisinin yapılması için çok önemlidir. Tüm kadınlarda düzenli jinekolojik muayene yapılması ve görüntüleme yöntemlerinin kullanılması önemlidir.

KAYNAKLAR

1- Knudsen UB, Tabor A, Mosgaard B, Andersen ES, Kjer JJ, Hahn-Pedersen S, et al. Management of ovarian cysts. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 1012-21.

2- Kocakoç E, Kiriş A, Bozgeyik Z, Sapmaz E, Altınsoy HB. Giant ovarian tumor mimicking obesity: A case report. Medikal Network Klinik Bilimler ve Doktor Dergisi 2003; 9: 106-8.

3- Suntharasaj T, Sriwongpanich S, Sorapipat C. The largest ovarian cyst in Songklanagarind Hospital: a case report. J Med Assoc Thai 1994; 77: 445-8.

4- Salem HA. Laparoscopic excision of large ovarian cysts. J Obstet Gynaecol Res 2002; 28: 290-4.

5- Davenport M, Awan S, Kane P. Giant intra-abdominal cyst in a 13-year-old girl. Pediatr Surg Int 1999; 15: 429-30.

6- Kuczkowski KM, Strock D. Large ovarian cyst as a cause of aortocaval compression. Anaesthesia 2004; 59: 1148.

7- Ottesen M, Rose M. Giant ovarian tumor masked by obesity. Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73: 349-51.

8- Sagiv R, Golan A, Glezerman M. Laparoscopic management of extremely large ovarian cysts. Obstet Gynecol 2005; 105: 1319-22.

9- Ma KK, Tsui PZ, Wong WC, Kun KY, Lo LS, Ng TK. Laparoscopic management of large ovarian cysts: more than cosmetic considerations. Hong Kong Med J 2004; 10: 139-41.

10-Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 109-14.

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 695-698

MANİSA DOĞUMEVİ AİLE PLANLAMASI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN RİA ÇIKARMA NEDENLERİ

The Reasons of Removal of Iud in Women Applied Manisa Maternal and Chıld Hospital

Emre YANIKKEREM, **Türkan ÇETİN, **Emine YİĞİT ,Sakıp ESKİCİOĞLU**

*Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu
** Manisa Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Aile Planlaması
*** Manisa Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kadınların kullandıkları Rahim içi araçları(RİA) çıkarma nedenlerini incelemektir.
Yöntem: Haziran-Aralık 2004 ayları arasında Manisa Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne başvuran 327 kadın araştırma grubunu oluşturmuştur. Araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile veriler toplanmıştır. Araştırmacılar verileri SPSS 10.0 programı kullanarak değerlendirmişlerdir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama kullanılmıştır.
Bulgular: RİA çıkarma nedenlerinden ilk üç neden yeni bir gebelik planlama(%28.1), adet kanamasının artması(%19.3) ve RİA'nın süresinin dolması(%16.8) dır. Kanama, ağrı, enfeksiyon, kayma gibi tıbbi nedenlerle RİA çıkarma oranı %40.7'dir.
Anahtar kelimeler: Rahim içi araç, spiral, Ria çıkarma nedenleri

ABSTRACT

Objectives: The purpose of the study was to evaluate the reason for removal of intrauterine contraceptive device (IUD) in women.
Methods: Between Jun and December 2004, the survey was performed on 327 women who applied in Manisa Child and Maternal hospital family planning centre. The questionnaire which was prepared by researcher was used for collection of data. Researchers evaluated the data using SPSS 10.0 statistical program. Percentages, mean was used for analysis.
Findings: Evaluating for the reasons for the IUD the first three reasons were planning a new pregnancy (28.1%), increased menstrual bleeding (19.3%), and expired the IUD (16.8%). Removals due to the complication like infection, bleeding, pain, pain with coitus, pregnancy were 40.7% of all removals reasons.
Key words: intrauterine contraceptive device, reasons of removal IUD

GİRİŞ

Modern doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı son 15 yıl içinde artarak, 1988'deki %31 düzeyinden 2003 yılında %43'e yükselmiştir. Bu dönem içinde Rahim içi araç(RİA), tüpligasyon ve kondom kullanımı artmakla birlikte, geri çekme yöntemi ise aynı düzeyde kalmıştır. Yıllara göre Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması(TNSA) sonuçlarına göre RİA kullanımı 1988'de %14, 1993'de %18.8, 1998'de %19.8 ve 2003'de %20.2'dir. RİA kullananların yüzdesinin en yüksek olduğu yaş grubu 30-34 yaş grubudur(1). Çalışmalar RİA'nın kadınların çoğu tarafından güvenilir bulunduğunu ve bir yıl üzerinde kullanımında yaklaşık olarak %99 etkili bir yöntem olduğunu belirtmektedir (2,3,4,5,6).

Aile planlaması yöntemlerinin etkisi sadece yöntemlerin ne kadar yaygın olarak kullanıldığına değil, aynı zamanda etkili olarak kullanılmasına da bağlıdır. İdeal aile büyüklüğünün azaldığı ve aile planlaması yöntemlerinin kullanımının arttığı Türkiye gibi ülkelerde, aile planlaması yöntemlerinin etkili olarak kullanılmasının doğurganlık üzerindeki etkileri giderek artan bir öneme sahip olmuştur. Aile planlaması yöntemlerinin etkili olarak kullanımının demografik etkilerinin yanında, yöntem bırakma nedenlerinin incelenmesi aile planlaması programlarının geliştirilmesi ve hizmet kalitesinin arttırılması sürecinde çok önemlidir.

RİA kullanımına bağlanabilen en önemli sağlık sorunları, uterin kanamalar, pelvik enfeksiyon, uterin perforasyon ve RİA+gebeliktir. Hemen hemen tüm tıbbi nedenli RİA çıkarmalarında şiddetli yada uzamış adet veya ara kanamaları görülebilmektedir. İlk aylardaki bu kanama artışı, uterusun yabancı cisim varlığına adapte olmasıyla azalmaktadır. RİA genel olarak pelvik enfeksiyona yol açmamakla birlikte, uygulama koşullarına bağlı olarak pelvik inflamatuar hastalık riskinde(PID) artış olabilmektedir. Bu süreden sonra PID riski ancak cinsel yolla bulaşan hastalıklara maruz kalan kadınlarda artmaktadır. Uzun süre RİA kullanımı PID riskini arttırmamaktadır. RİA varlığında pelvik enfeksiyondan, hastada kramp tarzı ağrı ile birlikte, karında duyarlılık artışı, ateş, grip benzeri belirtiler baş ağrısı, titreme, bulantı-kusma, vajinal akıntı ve ağrılı cinsel ilişki gibi belirtilerin varlığı halinde kuşku duyulmaktadır. Erken perforasyon RİA uygulaması sırasında görülürken, geç perforasyonlar uygulama tarihinden uzak bir zamanda olan perforasyonlardır. Bunlar kendini şiddetli ağrı ve anormal uterin kanamayla belli etmektedir(7).

Genel olarak RIA'lar için ilk kullanım yılında, %1 gebelik hızı; %15 başlıca kanama ve ağrıya bağlı tıbbi nedenli çıkarma ve %1-7 atılma hızı bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütünce belirtilen ilk 7 yıllık kullanımda TCu 380A'nın bırakılma nedenleri incelendiğinde, ilk üç yılda gebelik oranı 1.0 iken, 5. yılda 1.4, 7. yılda 1.6, 10. yılın sonunda ise 2.1'e yükselmektedir. İlk üç yılda atılma oranı 7.0 iken, 5. yılda 8.2, 7. yılda 8.6, 10. yılın sonunda ise 10.4'e yükselmektedir. Tıbbi nedenlerle çıkarılmalar incelendiğinde, ilk üç yılda gebelik oranı 14.6 iken, 5. yılda 20.8, 7. yılda 25.8'dir(7).

2003 TNSA sonuçlarına göre RİA'da yöntem başarısızlığı %1.5, kullanırken gebe kalma %0.6, diğer yönteme geçiş %6.2 olarak belirlenmiştir. Son 5 yılda RİA bırakma nedenleri incelendiğinde ise, yan etkiler(%37.9), gebe kalmak isteme(%18.8), evliliğin bitişi(%6.0), menapoz(%4.1), kullanırken gebe kalmadır(%4.9) (1).

Bu çalışmanın amacı, kadınların Rahim içi araç(RİA) çıkarma nedenlerini incelemektir.

YÖNTEM

Haziran Aralık 2004 ayları arasında Manisa Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesine RİA çıkarmak için başvuran 327 kadın araştırma grubunu oluşturmuştur. Araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile veriler toplanmıştır. Araştırmacılar verileri SPSS 10.0 programı kullanarak değerlendirmişlerdir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların %59.2'si 35 yaş ve altı, %78.0'i ilkokul ve altı eğitim almış, %88.1'i ev hanımı, %78.3'ünün 2 ve altında çocuğu bulunmaktadır. %48.0'i 10 yıl ve altında evli, %35.5'i daha önce küretaj olmuştur(Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların tanıtıcı özellikleri

Kadınların tanıtıcı özellikleri	Sayı	Yüzde
Yaş grubu		
35 yaş altı	194	59.2
35 yaş ve üstü	133	40.7
Kadınların yaş ortalaması 33.2±8.0(19 -55)		
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	255	78.0
İlkokul üstü	72	22.0
Çalışma durumu		
Çalışmayan	288	88.1
Çalışan	39	11.9
Çocuk sayısı		
2 çocuk ve altı	256	78.3
3 ve üzeri	71	21.7
Çocuk sayısı ortalaması 2.0±1.3(0-10)		
Evlilik yılı		
10 yıl ve altı	157	48.0
10 yıl üzeri	170	52.0
Evlilik yılı ortalaması 13.0±8.0(1-40)		
Gebelik sayısı ortalaması 2.8±1.9(1 -12)		
Canlı doğum sayısı ortalaması 2.1±1.4(0-10)		
Küretaj olma durumu		
Olmayan	211	64.5
Olan	116	35.5
Toplam	327	100.0

Tablo 2. Kadınların Rahim içi araç çıkarma nedenleri

Ria çıkarma nedenleri	Sayı	Yüzde
Adet kanamasının artması		
Evet	63	19.3
Hayır	264	80.7
Ara kanama		
Evet	48	14.7
Hayır	279	85.3
Kasık ağrısı		
Evet	35	10.7
Hayır	292	89.3
Akıntı, enfeksiyon		
Evet	19	5.8
Hayır	308	94.2
Kayma, kısmen çıkma		
Evet	18	5.5
Hayır	309	94.5
Ağrılı adet görme		
Evet	14	4.3
Hayır	313	95.7
Koitusta ağrı		
Evet	10	3.1
Hayır	317	96.9
İplerin kaybolması		
Evet	2	0.6
Hayır	325	99.4
RİA+gebelik		
Evet	2	0.6
Hayır	325	99.4
İplerin rahatsız etmesi		
Evet	1	0.3
Hayır	326	99.7
Çocuk isteme		
Evet	92	28.1
Hayır	235	71.9
Kullanım süresinin dolması		
Evet	55	16.8
Hayır	272	83.2
Menapoza girme		
Evet	14	4.3
Hayır	313	95.7
Yöntem değişikliği		
Evet	11	3.4
Hayır	316	96.6
Eşten ayrılma		
Evet	11	3.4
Hayır	316	96.6
Dinlendirmek		
Evet	11	3.4
Hayır	316	96.6
Toplam	327	100.0

Kadınların RİA çıkarma nedenleri incelendiğinde, %19'u adet kanamasının artması, %14.7'si ara kanamalar, %10.7'si kasık ağrısı, %5.8'i akıntı enfeksiyon, %5.5'i kayma, kısmen çıkma, %4.3'ü ağrılı adet görme, %3.1'i ağrılı koitus, %0.6'sı iplerin kaybolması, %0.6'sı RİA+gebelik, %0.3'ü iplerin rahatsız etmesi nedenlerinin olduğu görülmektedir. Kadınların %28.1'i çocuk istediği için, %16.8'i RİA nın kullanma süresinin dolması nedeniyle kullandıkları RİA ları çıkarmışlardır. Kanama, ağrı, enfeksiyon, kayma gibi tıbbi nedenlerle RİA çıkarma oranı %40.7'dir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan kadınların RİA takılma ay ortalaması 63.1±45.3(1-276), RİA kullandıkları ay ortalaması 74.2±56.3(1-288)'dır. Araştırmaya katılan kadınların %17.4'ü bir yıl ve altında RİA kullandığını belirtirken, %40.4'ü 61 ay ve üzerinde RİA kullandığını belirtmiştir(Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların Rahim içi araç kullanma süresi

Ria kullanma süresi	Sayı	Yüzde
1 yıl ve altı	57	17.4
13-24 ay	35	10.7
25-36 ay	26	8.0
37-48 ay	34	10.4
49-60 ay	43	13.1
61 ay ve üzeri	132	40.4
Toplam	**327**	**100.0**

Çalışmamızda 35 yaş ve üzerinde olan kadınların adet kanamasının artması nedeniyle RİA çıkarma oranı %15.8 iken, 35 yaş altı grupta bu oran %21.6'dır. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$). 5 yıl ve altında RİA kullanan kadınların adet kanamasının artması nedeniyle RİA çıkarma oranı %27.2 iken, 5 yıl üzerinde RİA kullanan kadınlarda bu oran %7.6'dır. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). 35 yaş ve üzerinde olan kadınların RİA'nın kayması veya kısmen çıkması nedeniyle RİA çıkarma oranı %4.5 iken, 35 yaş altı grupta bu oran %6.2'dir. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$). 5 yıl ve altında RİA kullanan kadınların RİA'nın kayması veya kısmen çıkması nedeniyle RİA çıkarma oranı %7.2 iken, 5 yıl üzerinde RİA kullanan kadınlarda bu oran %3.0'dır. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda kadınların RİA çıkarma nedenleri incelenmiş, adet kanamasının artması, ara kanama ve kasık ağrısı en çok görülen tıbbi nedenler olarak bulunmuştur.

Ağrı ve menstrual problemler

Menstural kanama ve ağrının artması RİA kullanımında ve RİA çıkarılma nedenlerinden en yaygın olanıdır(8,9). Çalışmamızda yaklaşık 5 kadından biri adet kanamasının artması nedeniyle RİA'yı çıkartmak istemiş ve kadınların yaşı ilerledikçe bu nedenden dolayı RİA çıkarma oranının düştüğü saptanmıştır. Benzer şekilde Kozuh ve arkadaşları(1988) kadınların yaşının ilerledikçe kanama ve ağrı nedeniyle RİA çıkarma oranının düştüğünü belirtmiştir(9). Shrestha ve arkadaşları RİA komplikasyonları yada şikayetlerini incelemişler, bir çoğunun mestrual şikayetler ile ilgili olduğunu saptamışlardır(2). Parsinlioğlu ve Bülbül 2001 yılında yaptıkları çalışmada, kanama, enfeksiyon, ağrı ve servikal erezyon nedeniyle çiftlerin RİA kullanmayı bıraktığını belirtmiştir(10). Yapılan bir çalışmada olguların %48'inde ilk 3 ayda bel ağrısı, %41.3'ünde kasık ağrısı, %35'inde adet kanamasında artma, %24'ünde adetler arasında kanama olmuştur(11). Turan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada%5.7'si aşırı ve düzensiz kanama, ve %5.5 Jinekolojik patoloji nedeniyle RİA larını çıkartmışlardır(12). Bir çalışmada ağrı, kanama, enfeksiyon ve RİA+gebelik olguların %7.1'ini oluşturmaktadır(13).

Enfeksiyon

Çalışmamızda yaklaşık 20 kullanıcıdan biri akıntı ve enfeksiyon yaşadıkları için RİA larını çıkartmışlardır. Yapılan bir çalışmada RİA kullanan kadınların %7.7'sinde vaginal enfeksiyon, %4.6'sında servikal erezyon tespit edilmiştir(14). Çalışmamızın bulguları diğer çalışmalarla benzerdir.

Kayma

Çalışmamızda kayma yerinden kısmen çıkma nedeniyle RİA çıkarma oranı %5.5'dir. Mersin'de yapılan bir çalışmada RİA çıkartılma nedeni olarak ilk neden, RIA'nın yerinden kaymasıdır(%37.7)(13). Çalışmamızda kayma nedeniyle RİA çıkarma oranı daha düşük bulunmuştur.

RİA ve gebelik

Çalışmamızda sadece 2 kadında RİA ve gebelik saptanmıştır. Batár ve arkadaşları(2002) 189 RİA kullanan kadının 6'sının gebe kaldığı bulunmuştur(15). Farr ve Amatya (1994) yaptıkları çalışmada RİA ve gebelik oranını oldukça düşük bulmuşlardır(4). Yapılan bir çalışmada RİA+gebelik %5 olguda görülmüştür(16). Nacar ve arkadaşları çalışmalarında kadınların %7.7'sinde gebelik tespit edilmiştir(14).

Diğer nedenler

Çalışmamızda yaklaşık üç kadından biri çocuk isteme nedeniyle, 6 kadından biri RİA'nın kullanım süresinin dolması nedeniyle RİA yı çıkarmak istemiştir. Yapılan bir araştırmaya göre RİA çıkarma nedenleri arasında sıklıkla miad dolması, çocuk isteği ve RİA ya bağlı yan etkiler bulunmuştur(16). Mersin'de yapılan bir çalışmada RİA çıkartılma nedeni çocuk isteği (%28.8) ve yöntem değişikliği(%11.9) olduğu saptanmıştır(13). Turan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %31.6'sı çocuk isteği, %17.3'ü kendi isteği ile bırakma, %15.6'sı USG'de anormal ria lokalizasyon bulgusu belirlenmiştir(12). Yapılan araştırmaya göre kadınların %6.25'i koitus sırasında iplerinin eşi değdiğini battığını ifade etmiştir. RİA çıkarma sebeplerinin ise, %21.5 yeniden çocuk isteği, %15 kısmen çıkma, %13.25 ile sürenin dolması, %5.5 dinlendirmek, %4.5 ara kanama bulunmuştur(11). Çalışmamızın sonuçları yapılan diğer araştırmalar ile benzerdir.

KAYNAKLAR

1- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003. HÜNEE, Ankara.

2- Shrestha M, Hurst C, Farr G, Amatya R, Tucker B, McMaham J. A Comparative Study of the TCu 380A Versus TCu 200 IUDs in Nepal. Asia-Pacific Population Journal 1995,10(2): 15-26.

3- Chi I-C. The Multiload IUD - a U.S. researcher's evaluation of a European device, Contraception 1992, 46:407-25.

4- Farr G, Amatya R. Contraceptive efficacy of the Copper T 380A and Copper T 200 intrauterine devices: results from a multinational comparative clinical trial, Contraception 1994, 49:231-243.

5- Diaz J, Pinto Neto A, Diaz M, Marchi NM, Bahamondes L. Long-term evaluation of the clinical performance of the TCu 200B and the TCu 380A in Campinas, Brazil, Advances in Contraception 1992, 8(1):67-72.

6- WHO (1990). "The TCu 380A, TCu 220C, Multiload 250 and Nova T IUDs at 3, 5, and 7 years of use: results from three randomized multicentre trials", *Contraception*, 42:141-158.

7- Aile planlamasında temel bilgiler, II. Baskı.damla matbaacılık. İstanbul 2002. s. 176-180.

8- Sivin I, Stern J. Long-acting, more effective Copper T IUDs: a summary of U.S. experience, 1970-75. Studies in Family Planning 10(10): 263281. Oct. 1979.

9- Kozuh Novak M, Andolsek L, Balogh SA, Waszak CS. Long-term use of intrauterine devices. IPPF Medical Bulletin 22(1): 1-3. Feb. 1988.

10-Parsinlioğlu T, Bülbül F. Çiftlerin aile planlaması yöntemlerini bırakma nedenleri. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Özet kitabı, 20-23 Nisan 2003, s:167.

11-Göçmen A, Demirpolat N, Büyük N, Akkoca A, Ve Ark: Ria Kullananlarda Ria Çıkarılma Sebepleri, I. Uluslararası& II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Özet kitabı, 20-23 Nisan 2001. s: 137.

12-Turan H, Şimşek Ç, Hasipek M, Rahim İçi Araç Çıkartılma Nedenleri, I. Uluslararası& II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Özet kitabı, 20-23 Nisan 2001, s:166.

13-Aydın ve ark. Ria kontrolü nedeniyle başvuran kadınların ria çıkartılma nedenlerinin incelenmesi. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Özet kitabı, 20-23 Nisan 2003, s:163.

14-Nacar M ve ark, Rahim içi araç kullanımının değerlendirilmesi, I. Uluslararası& II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Özet kitabı, 20-23 Nisan 2001. s:148

15-Batár I, Kuukankorpi A, Siljander M, Elomaa K, Rauramo I. Five-year clinical experiences with NOVA T®380 copper IUD. Contraception November 2002, 66(5): 309-314.

16-Yavuzer B, Tuğrul S, Kayahan A, Rahim içi araç kullanım süresi ve çıkartma işlemi uygulanan olguların değerlendirilmesi, I. Uluslararası& II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Özet kitabı, 20-23 Nisan 2001. s:99.

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 699-702

HASTANEMİZDE TAKİP EDİLEN GEBELERDEKİ TORCH ENFEKSİYONLARI SEROLOJİSİ

Serology of Torch Infections in Pregnants at Atatürk University Hospital

Dr. Hakan Uslu[1], Dr. Metin İngeç[2], Dr. Bilge Özdemir[1], Dr. Ahmet Ayyıldız[1].

[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klin. Mik. Anabilim Dalı, Erzurum
[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Atatürk Üniversitesi hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerde TORCH etkenlerine karşı spesifik antikorları saptamak amacı ile planlandı.
Materyal ve Metod: Toplam 121 serum örneğinde TORCH etkenlerine karşı gelişen antikorlar mikro ELISA yöntemi ile arandı.
Bulgular: Sonuçta incelenen hastaların;
%4.1 inde toxoplasma IgM, %42.1inde toxoplasma IgG
%0.8 inde rubella IgM ,% 95.0 inde rubella IgG,
%14.3 ünde CMV IgM, %80.3 ünde CMV IgG,
%5.8 inde HSV-I IgM, % 96.2 sinde HSV-I IgG,
%1.7 sinde HSV-II IgM, % 8.6 sında HSV-II IgG
pozitifliği saptandı.
Sonuçlar: TORCH enfeksiyonları anormal gebeliklerin en önemli nedenlerinden biridir. Bu nedenle gebelerde bu panellerin taranması doğumsal anomalilerin ve doğum sonu komplikasyonların önlenmesi açısında önemlidir.
Anahtar Sözcükler: TORCH, Gebelik,

ABSTRACT

Objective: The purpose of the present study was to determine the specific antibodies against TORCH agents in the pregnants at Atatürk University Hospital.
Materials and methods: In the study, 121 sera were tested by using enzyme-linked ımmunosorbent assay.
Results: The overall results were as follows:
4.1% for toxoplasma IgM and 42.1% for IgG
0.8 % for Rubella IgM and 95.0 % for IgG
14.3 % for CMV IgM and 80.3 % for IgG
5.8 % for HSV-I IgM and 96.2 % for IgG
1.7 % for HSV-II IgM and 8.6 % for IgG
Conclusions: TORCH infections are the important causes of abnormal pregnancy. Screening of the pregnants for TORCH infections is necessary to prevent birth defection and perinatal complications.
Key words: TORCH, Pregnancy,

Giriş

Kongenital enfeksiyonlar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli sağlık problemlerinden biridir. Bakteri, virus, ve bazı parazitlerin neden olduğu bu enfeksiyonlarda TORCH grubu etkenlerine diğerlerinden daha sık rastlanmaktadır. TORCH; rutin serolojik bir test paneli olup Toxoplasma gondii, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simplex tip I ve II enfeksiyonlarını kapsar. Klinik belirtileri birbirine çok benzeyen bu enfeksiyonların gebelik döneminde fetüsa geçerek intrauterin enfeksiyonlara ve anomalilere sebep olmalarından ve çoğunlukla da asemptomatik seyretmelerinden dolayı rutin gebelik kontrolleri sırasında panel halinde taranır ve değerlendirilir (1,2).

Gebelik sırasında gözden kaçırılacak olası bir enfeksiyonda abortus, intrauterin ölüm, düşük doğum ağırlığı, gelişme geriliği, konjenital anomaliler gibi ciddi sorunlar ortaya çıkabilir (1). Bu sebeple özellikle sosyo-ekonomisi bozuk ve çok çocuklu aile yapısının hakim olduğu bölgemizde, gebe kadınlarda bu enfeksiyonlar için seropozitiflik oranlarını belirlemek amacıyla bu çalışmayı planladık.

Materyal ve Metod

Çalışma, hastanemiz Kadın-Doğum polikliniğine gebelik kontrolü için başvuran ve gebeliklerinin birinci trimestirinde bulunan 121 gebe üzerinde yapıldı. Hastalardan alınan kan örnekleri santrifüj edilip serumları ayrıldıktan sonra en geç 1 hafta içerisinde çalışılmak üzere 50° C'de saklandı. Daha sonra örneklerde mikro ELISA yöntemiyle TORCH etkenlerine karşı spesifik IgG ve IgM antikorları araştırıldı. Çalışmada, hastaları takip eden klinisyenlerce her hasta için tüm parametreler istenmediği için araştırma kesitsel nitelikte yürütüldü. Deneylerde Labotech tam otomatik mikroELISA cihazı ve Diapro Diagnostik kitleri kullanıldı.

Bulgular

Çalışmamızda Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanemiz kadın doğum polikliniğine baş vuran ve gebeliklerinin birinci trimestirinde olan toplam 121 gebe kadında TORCH etkenlerine karşı spesifik IgG ve IgM antikorları araştırıldı. Hastaların yaş ortalaması 24.2±8.1 idi. Pozitiflik oranlarının dağılımı: T.gondii Ig G %42.1, IgM %4.1; Rubella Ig G %95.0, IgM %0.8; CMV Ig G %80.3, IgM %14.3; HSV Tip I Ig G %96.2, IgM %5.8; HSV Tip II Ig G %8.6, IgM %1.7 olarak tespit edildi. Tablo 1 incelendiğinde TORCH enfeksiyon paneline ait parametreler içerisinde en fazla yüzdeyi HSV Tip I Ig G'nin (%96.2), en düşük yüzdeyi ise Rubella IgM'nin (%0.8) aldığı görüldü.

Tablo 1: Gebelerde TORCH etkenlerine karşı saptanan IgG ve IGM pozitiflik oranları

		Çalışılan örnek sayısı	Pozitif sayı	%
T.gondii	IgG	121	51	42.1
	IgM	121	5	4.1
Rubella	IgG	120	114	95.0
	IgM	120	1	0.8
CMV	IgG	112	90	80.3
	IgM	112	16	14.3
HSV Tip I	IgG	52	50	96.2
	IgM	52	3	5.8
HSV Tip II	IgG	58	5	8.6
	IgM	58	1	1.7

Tartışma

Toxoplazma gondii ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada oldukça yaygın bir protozoan enfeksiyonudur ve dünya nüfusunun yaklaşık üçte birinin bu parazitle infekte olduğu bildirilmektedir. Hastalık sıcak iklimde ve hijyenik koşulların iyi olmadığı toplumlarda görülür. Etlerin çiğ veya az pişirilerek yenmesi, kist ihtiva eden kedi dışkısıyla kontamine olmuş su ve toprakla temas hastalık riskini arttırır. Gebelik sırasında geçirilen enfeksiyon plasental yolla bebeğe geçebilir ve fetusta ağır hasarlara neden olabilir (3).

Semptomlu vakalarda bulgular spesifik olmadığı için klinik tanı zordur. Bu nedenle tanıda en sık serolojik testler kullanılır. Toxoplazma IgG seropozitifliği Türkiye'de %25-86.5 arasında değişmektedir (4-7). Ankara'da Yücel ve ark (4) gebelerde yaptıkları çalışmada %31, Malatya'da Durmaz ve ark (5) %39, Edirne'de Batuoğlu ve ark (6) %33, İzmir'de Altıntaş ve ark (7) %55 pozitiflik bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ise gebelerdeki IgG pozitifliği %42.1 dir. Ig M sınıfı antikorlar genelde aktif enfeksiyon göstergesi olarak bilinmesine ve iyileşmeyi takiben azalmasına rağmen toksoplazmoziste bu antikorlar 2 yıl gibi uzun bir süre pozitif kalabilmektedir. Bu nedenle Toxo IgM pozitifliği hastalığın aktif mi, geçirilmiş mi olduğu konusunda pek fazla değer taşımamaktadır. Günümüzde yeni enfeksiyonu eski enfeksiyondan ayırt etmek için Toxo IgG avidite testleri geliştirilmiştir. Bu testlerde yüksek aviditeli antikorların varlığı akut enfeksiyonu ekarte etmekte, buna karşılık düşük aviditeli antikorlar enfeksiyondan sonra en fazla 3 ay pozitif kaldıkları için saptandığı taktirde aktif enfeksiyona işaret etmektedir. Çalışmamızda Toxo IgM pozitifliği %4.1 gibi oldukça düşük düzeyde bulunmuştur.

Kızamıkçık (Rubella) çocuklarda, hafif seyirli, kızamığı andıran, lenfadenopati, döküntü ve ateşle seyreden, nadiren yetişkinlerde de gözlenen viral bir hastalıktır. Toplumda belli aralıklarla salgınlara yol açıp erişkin yaşa gelindiğinde doğal infeksiyon sonucu %80-90 seropozitiflik oluşur (8). Erişkin yaş grubunda kızamıkçığa karşı duyarlılığın sürmesi özellikle gebelik sırasında önem taşımaktadır. Çünkü gebeliğin birinci trimestirinde geçirilecek bir enfeksiyon fetüsün ölümüne veya yenidoğanda çok ciddi anomalilere neden olabilir.

Rubella'da kesin tanı etken izolasyonunun pratik olmaması nedeniyle serolojik testlerle konur. Hastalık bazen subklinik seyredebildiği için gebelerin taranmasında da serolojik testlerden yararlanılır. Ülkemizin değişik yörelerinde gebeler üzerinde yapılan çalışmalarda Rubella IgG pozitifliğini Yücel ve ark (4) %93.6, Bayhan ve ark (9) %82, Kizirgil ve ark (10) %92.6, Dilmen ve ark (11) %98 olarak bulmuşlardır. Gebe olmayan ancak doğurganlık çağında olan genç kızlar üzerinde yapılan iki çalışmada ise anti rubella IgG pozitifliğini Köksal ve ark (12) %92, Sivrel-Arısoy ve ark (13) da %95.5 olarak bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda IgG pozitifliği %95 olarak bulunmuş olup diğer çalışmalarla uyumlu olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde kızamıkçık aşısı rutin uygulanan bir aşı olmadığı için saptanan bu antikorlar muhtemelen çocukluk çağında geçirilmiş enfeksiyon sırasında oluşmuş antikorlardır. Gebelerin rubella yönünden taranmasında jinekologlar esas marker olarak IgG pozitifliğini dikkate almalarına rağmen bu tek başına IgG pozitifliği yanlış tanıya götürebilir. Akut primer veya tekrarlayan rubella infeksiyonunda IgG ile birlikte IgM pozitifliği de gözlenen bir durum olmakla birlikte çift pozitiflik veya tek başına IgM pozitifliği primer ve rekürrent enfeksiyon ayırımında bazen yeterli olmamaktadır. Böyle durumlarda da rubella IgG avidite testleri tanıda yardımcı olmaktadır. Ülkemizin değişik yörelerinde yapılan çalışmalarda gebelerde anti rubella IgM pozitifliğinin %0-2 arasında değiştiği bildirilmektedir (8-13). Bizim çalışmamızda da rubella IgM pozitifliği literatür bulgularıyla uyumlu olup %0.8 dir.

Her yaş grubunda enfeksiyon yapabilen Sitomegalovirus (CMV), kongenital enfeksiyonların en sık ve en önemli nedenidir (14). Çalışmalar CMV enfeksiyonlarının özellikle sosyo-ekonomisi kötü olan bölgelerde daha yaygın olduğunu göstermektedir (%30-100) (15). Serolojik testler diğer etkenlerde olduğu gibi CMV enfeksiyonlarının da tanısında kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda CMV-IgG pozifliği; Kaya ve ark'ca (16) %96.2, Özek ve ark'ca (17) %74, Köksal ve ark'ca (12) %79, Kaleli ve ark'ca (18) %94.7, Yücel A ve ark'ca (4) %92.6 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise CMV-IgG pozifliği %80.3 olarak saptandı.

Literatürde CMV-IgM pozitifliğinin IgG ye göre bir hayli düşük olduğu belirtilmektedir (4-15-18).Çalışmamızda bu oran %14.3 tür. Esasen yeni kazanılmış CMV enfeksiyonu tanısı CMV-IgM antikorlarına bakarak zor konulur. Çünkü IgM 2 yıl kadar pozitif kalabilmektedir. Bu nedenle gebelik sırasında saptanan CMV-IgM pozitifliği özellikle asemptomatik vakalarda dikkatle yorumlanmalıdır. Şayet primer enfeksiyon söz konusu ise bunun başlangıç zamanının bilinmesi fetusun sağlığı açısından önem taşımaktadır. Avidite testleri bu tip olgularda da gerçek durumu belirleme açısından yararlı olmaktadır.

Herpes simplex virus (HSV) infeksiyonları genelde asemptomatik seyretmekte, akkiz veya neonatal (konjenital, natal veya postnatal) klinik şekilleri bulunmaktadır. Bunlar arasında en çok korkulan şekil genital herpesli anneden doğum sırasında vajinal yoldan bulaş sonucu meydana gelen ve çoğundan HSV-II nin sorumlu olduğu neonatal herpestir (19,20). Ancak doğum sırasında annenin infekte veya taşıyıcı olduğuna dair yeterli kanıt olmadığından, neonatal herpes enfeksiyonları çoğunlukla engellenememektedir (21). Gebe kadınlarda genital herpes prevelansı büyük değişkenlik göstermektedir (22). ABD'de genital herpes prevelansının %19 olduğu bildirilmiştir (23). HSV-I serokonversiyonu genellikle hayatın ilk 5 yılında oluşur ve yetişkinlik döneminde bireylerin %80'inde HSV antikor pozitifliği gözlenir (23). HSV infeksiyonlarının akut dönem hümoral yanıtında IgM tipi antikorlar oluşmaktadır. HSV-IgM primer infeksiyon, reinfeksiyon veya latent infeksiyonun reaktivasyonunu göstermektedir. Akut ve konvelesan dönemlerde alınan serum örneklerinde IgG serokonversiyonunun saptanması da primer infeksiyonun doğrulanmasına yardımcı olmaktadır. İnfeksiyon zamanının belirlenmesine yardımcı olan IgG avidite testleri, tek bir serum örneği ile primer infeksiyonla reaktivasyon/reinfeksiyon ayırımına olanak verebilmektedir.

Çalışmamızda HSV tip-I yönünden taranan 52 gebede IgG pozitifliği %96.2, IgM pozitifliği de %5.8; HSV tip-II yönünden taranan 58 gebede de IgG %&.6, IgM de %1.7 olarak bulunmuştur. Bu konuda çalışan Cengiz ve ark (24) HSV tip-I için IgG pozitifliğini %74, IgM pozitifliğini %1, HSV tip-II için IgG pozitifliğini %62.5, IgM pozitifliğini de %11.5 olarak bildirmişlerdir. Yöremizde gebe kadınlarda daha önce yapılan bir çalışmada (25) HSV-I IgG de %89, HSV-II IgG de %37 seropozitiflik saptamış, olguların %8.1 inde HSV-I IgG+IgM, %5.4 ünde de HSV-II IgG+IgM pozitifliği bulmuşlardır. Çalışmada sadece HSV-I IgM pozitif olgu saptanamazken sadece HSV-II IgM pozitifliği %1.4 olarak saptanmıştır. Bir başka çalışmada da Yücel ve ark (4) HSV-I IgM %7.5, HSV II IgM %7.6 bulmuşlardır.

Sonuç olarak gerek bizim bulgularımız ve gerekse ülkemizin diğer yörelerinde yapılan çalışma sonuçları göstermektedir ki ülkemiz kadınların bir çoğu hayatlarının bir döneminde ve bazen de gebelik sırasında TORCH grubu enfeksiyon etkenleri ile karşılaşmaktadır. Çoğu asemptomatik bu hastalıklar, doğacak bebeklerde telafisi mümkün olmayan hasarlar oluşturabildiği için önlem olarak gebelerin rutin taramalara tabi tutulmalarının gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1- Stegmann BJ, Christopher JC. TORCH Infections. Currents Women's Reports, 2002; 2:253-258
2- Gilbert GL. Infections in pregnant women. MJA 2002; (176): 229-36
3- Montaya JG, Liesenfeld O. Toxoplasmosis. The Lancet, London: Jun 12, 2004, 363-9425,1965:12
4- Yücel A, Bozdayı G, İmir T. Seroprevalance of TORCH antibodies among pregnant women in Gazi University Hospital. İnfeksiyon Derg ,2002;16(3);279-283
5- Durmaz R, Durmaz B, Taş İ, Refik M. Seropozitivity of toxopasmosis among reproductive age women in Malatya, Turkey. J Egypt Soc Parazitol, 1995:25;693-8
6- Batıoğlu S, Bakır H, Beritan M, Camcı A. Prevelance of toxoplosma. Turk Gynecol Obstet Clin, 1992; 2; 104-6
7- Altıntaş N, Kuman HA, Akisu C, Aksoy V, Atambay M. Toxoplasmosis in last four years in Agean region, Turkey. J Egypt Sos parazitol, 1997;14;94-6
8- Gerson AA. Rubella virus.In.: Mandell GL, Dougles RG, Bennett JE,(eds). Principles and Practice of Infectious diseases. 15th ed. New York, Churchill, Livingstone, 2000: 1708-12
9- Bayhan G, Suhay A, Atmaca S, Yayla M. Toxopasma seropozitivity among pregnant women. Turk J Parazitol, 1998, 22:259-61
10-Kizirgil A, Aşcı Z, Seyrek A, Önal S, Yılmaz M. Gebelerde antirubella antikorlarının araştırılması. İnfeksiyon Derg, 1996, 10(4): 381-382
11-Dilmen U, KayaI S, Çifçi V, Gökşin E. Toxopasmozis and rubella in pregnancy, stillbirth and abortions. Tur J Med Sci, 1990: 14;294-98
12-Köksal I, Alnacı M, Kardeş B, Aydemir V. Toxopasma, rubella and cyctomegalovirus seropozitivity rations among adults in Eastern Blaksea region. Turk Bull of Microbiol, 1994;28:58-61
13-Sivrel-Arısoy A, Tünger Ö, Şanlıdağ T, Gazi H, Özbakkaloğlu B. Genç kızlarda rubella serolojik göstergelerinin bulunma sıklığı. Türk Mikrobiyol Cem Derg 1999,29: 86-88

14-Lazzarotta T, Spezzacatena P, Pradelli P, Abate BA, Varani S, Londini MP.Avidity of immunglobulin G directed againts human cyctomegalovirus during primary and secondary infections in immuncompetant and immunocompramised subjects. Clin Diagn Lab İmmunol, 1997:4;469-73

15-Weber B, Fall EM, Benger A, Doerr HW. Screning of blood donors for human cytomegalovirus IgG antibody with enzim immunoassay using recombinant antigens. J Clin Virol 1999;14;173-81

16-Kaya D, Nuhoğlu S, Öksüz Ş. Sağlıklı yenidoğan bebeklerin kordon serumunda sitomegalovirus antikorlarının araştırılması. Türk Mikrobiol Cem Derg. 2002;30;138-141

17-Özek B, Ustaçelebi Ş, Durmuş Z, Aral K. Gebelerde sitomegalovirus enfeksiyonu.Mikrobiyol Bült 1989;23;292-301

18- Kaleli B, Kaleli I, Yurdakul B, Aksit F. Rubella and cytomegalo virus infection in pregnancy. Turk J Infect 1997:11:325-7

19- Chuang TY. Neonatal herpes: incidence, prevention, and consequences. Am J Prev Med 1988;4(1):47-53.

20- Brown ZA, Benedetti J, Selke S, Ashley R, Watts DH, Corey L. Asymptomatic maternal shedding of herpes simplex virus at the onset of labor: relationship to preterm labor. Obstet Gynecol 1996;87(4):483-8.

21- Lissauer T, Jeffries D. Preventing neonatal herpes infection. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96(9):1015-8.

22- Nahmias AJ, Keyserling HL, Kerrick CM. Herpes simplex. In: Remington JS, Klein JO, ed(s). Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. Philadelphia: WB Saunders 1983: 638.

23- Dwyer DE, Cunningham AL. 10: Herpes simplex and varicella-zoster virus infections.Med J Aust 2002;177(5):267-73.

24- Cengiz AS, Cengiz L, Us E, Cengiz AT. Gebe Kadınlarda Herpes simplex Virus Tip-1 Ve 2, IgG ve IgM Antikorlarının ELISA ile Araştırılması. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 11(4) 227-231 (2004)

25- Arseven G, Tuncel E, Tuncel Ş, Sönmez E, Gülen AK: Hamile kadınlarda HSV-1 ve HSV-2 antikorlarının dağılımı, Mikrobiyol Bült 1992; 26:359-366

Kadın Doğum Dergisi
2005;4(1) : 703-706

HORMON REPLASMAN TEDAVİSİNDE MAMMOGRAFİK DANSİTE ARTIŞI REVERSİBL MIDIR?

Is the Increment of Mammographic Dansity During Hormone Replacement Theraphy Reversible?

Dr. Murat BOZKURT, Dr. A. Ender YUMRU, Dr Nuh GÜMÜŞTEKİN, Dr. Y. Tahsin AYANOĞLU
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Mammografik dansite artışı daha fazla postmenopozal dönemdeki kadınların hormon replasman tedavisi alması nedeni ile klinisyenlerin sık gördüğü bir durumdur. Aynı zamanda meme kanseri için güçlü bir risk faktörü olması nedeni ile de önemlidir. Bu durum memeye yönelik invazif girişim sıklığını arttırmaktadır. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Menopoz Polikliniği'nde takip edilen ve HRT sırasında mammografik dansite artışı saptanan 20 hasta çalışmaya dahil edildi. Estrogen, estrogen-progesteron ve tibolon kullanan ve mamografilerinde Wolf klasifikasyonuna göre dansite artışı saptanan hastalar üç gruba ayrıldı. Tedaviye bir ay ara verilerek yapılan değerlendirmede hastaların sırası ile %37.5, %60, %50' sinde mammografik dansite değişik oranlarda azalma gösterdi. Tedaviye bir ay gibi kısa bir süre ara verilip daha sonra yapılan değerlendirmede mammografik dansitenin gerilediği görülerek memeye yönelik gereksiz invazif girişimlerin azaltılabileceğini öngördük.
Anahtar Sözcükler: Mammografik dansite artışı, hormon replasman tedavisi, meme kanseri.

ABSTRACT

Aim:İncreased mammographic dansity is often seen on the postmenopausal period caused by frequent use hormone replacement therapy. İncreased mammographic dansity is a potent risk factor of breast cancer. And that relation increases the frequency of invasive mammarian procedures.This study is designed whether discontinuation of HRT lowers the mammarian density or not
Materials and Methods: Our study involved 20 menopausal patients whom regularly controlled in the polyclinic of menopause of Taksim Education and Resarch Hospital. Patients were already used HRT and were enrolled to three groups Group1 used estrogen,estrogen plus progesterone (group 2) and tibolone (group3) All patients had increased mammographic density evaluated with Wolf classification. Results:Then HRT was discontinued for a month. All the groups had shown(%37.5, %60, %50 respectively) a decrease in mammographic density.
Conclusion: We saw that HRT discontinued as short a time as one month regressed the mammographic density and decreased the rate of unnecessary invasive mammarian procedures.
Key words: İncreased mammographic density, hormone replacement therapy, breast cancer.

GİRİŞ

Meme kanseri kadınlarda görülen en sık kanserdir ve akciğer kanserine bağlı ölüm nedenlerinden sonra en sık kansere bağlı ölüm nedenidir (1). Günümüzde, gelişmiş toplumlarda her dokuz kadından biri yaşamı boyunca meme kanseri tanısı alacaktır ve yirmibeş kadından biri bu hastalık nedeniyle ölecektir (2). Bu kadar önemli bir hastalığın etiyolojisi, risk faktörleri, moleküler fizyopatolojisi ve tedavisi her zaman ilgi çekici olmuştur. Risk faktörleri arasında yaş oldukça önemlidir. Meme kanserinin %75' den fazlası yaşam sürecinin geç dönemlerinde, özellikle postmenopozal dönemde ortaya çıkar (1). BRCA- 1 ve BRCA- 2 gen mutasyonları ve ailesinde meme ve over kanseri öyküsü bulunan kadınlarda meme kanseri daha erken yaşlarda ortaya çıkabilmektedir (3). Erken yaşta menarş, ilk term gebeliğin geç yaşta olması, geç menopoz tanımlanmış risk faktörleridir. Hormon replasman tedavisi (HRT) tüm dünyada postmenopozal vazomotor belirtilerin giderilmesinde, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklardan uzun süreli korunma amacı ile tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. HRT'nin pek çok postmenopozal sorunlar için oldukça faydalı olduğu görülsede meme üzerine olan etkisi maalesef tam olarak bilinmemektedir. Geniş metaanalizler ve epidemiyolojik verilerin tekrar değerlendirilmesi, halen HRT ve hormonal kontraseptif kullanımının meme kanseri rölatif riskinde çok azdan hafif ve süre bağımlı bir artışa neden olduğunu göstermiştir (4,5). Çalışmalar göstermiştirki HRT bıraktıkdan sonra risk artışı azalmaktadır ve 5- 10 yıl sonra normale dönmektedir. Mammografik meme dansitesi artışı HRT kullanımı ile ortaya çıkar ve meme kanseri için güçlü ve bağımsız bir risk faktörüdür. Mammografik dansite artışı bu nedenle biz hekimleri telaşa düşüren bir durumdur ve memeye yönelik invaziv girişim sıklığını arttırır. Biz çalışmamızda HRT nedeniyle mammografik dansite artışı gösteren hastaların HRT' ye belirli bir süre ara verip, mammografik dansite değişimlerini irdelemeyi amaçladık.

YÖNTEM VE BULGULAR

Çalışmaya 06. 08. 2002- 04.10. 2004. tarihleri arasında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi menopoz polikliniğine başvuran ve HRT sırasında mammografisinde artış gösteren 20 hastayı dahil ettik. Çalışmaya alınan 20 hastanın hiç biri sigara, alkol, bağımlılık yapacak madde veya ilaç kullanmıyordu. Memeye ait operasyon veya malign hastalık öyküsü yoktu. Mammografik dansite artışı gösteren 20 hastanın 8 tanesi sadece östrojen kullanıyordu ve ortalama kullanım süreleri 12 ay idi. Östrojen- progesteron kombine preparatı kullanan 10 hastanın HRT kullanma süresi 8 aydı. Livial kullanıp mamografisinde dansite artışı olan 2 hasta ortalama 18 ay süre ile tedaviye devam etmişti. HRT sonrası mammografisinde mammografik dansite artışı gözlenen 20 hastanın; HRT' ne 1 ay ara verilip tedavisiz geçen 1 ay sonunda çekilen mammografilerinin tedaviye ara vermeden önce çekilen en son mammografileri ile karşılaştırdık. Mammografileri incelen tüm hastalarda Coard M3 (1995) marka mammografi cihazı ile her iki memeye kraniokaudal (CC) ve mediolateral (MLO) pozisyonlarda kompresyonlu görüntüler alınarak çekildi. MLO grafilerde tüm hastalarda rutin olarak 45 derece çekim açısı kullanıldı. Tüm mamografiler bağımsız ve aynı radyolog tarafından değerlendirildi. Parankim dansiteleri wolf klasifikasyonuna göre değerlendirildi.

Wolf Klasifikasyonu

N1: Parankimin tümüne yakın bir bölümünün temel olarak yağ olduğu, küçük bir miktar displazinin görülebileceği, duktus yapısının izlenmediği evre.

P1: Parenkim temel olarak yağ ile meme volumünün en fazla ¼ ünü kaplamış, anterior bölümde, duktustan zengin yapının izlendiği evre. Duktal yapı ince bandlar halinde iç kadranlara yayılım gösterebilir.

P2: Meme yoğunluğunun ¼ ünden daha fazlasında bulunan, şiddetli duktal paternin izlendiği evre.

DY: Şiddetli displazinin izlendiği, sıklıkla alttaki baskın duktal patern ile açıklanan evre. Son derece yoğun olan parenkim konnektif doku hiperplazisini gösterir.

N1 ve P1 düşük risk paternleri, P2 ve DY yüksek risk parenkimal paternleridir ve artmış meme kanseri riskini gösterir. Radyolojik olarak tanımlananabilen meme dokusunda patolojik değişiklikler meydana getirme açısından yüksek riske sahip veya premalign lezyonları tanımlar. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows istatislik paket programı kullanıldı. Karşılaştırmada; Kruskal Wallis, ki- kare ve Wilcoxon testleri kullanıldı. P<0.05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Sadece östrojen (Premarin,Estrofem,Climara TTS) kullanıp mammografik dansite artışı gösteren 8 hastanın HRT' siz 1 ay sonunda; 5 tanesinin (%62.5) dansitesi HRT'ye ara vermeden en son mammografik dansiteye göre sabit, 3 tanesinin (%37.5) mammografik dansitesi azalma gösterdi. Dansitesinde artış gösteren hasta olmadı.

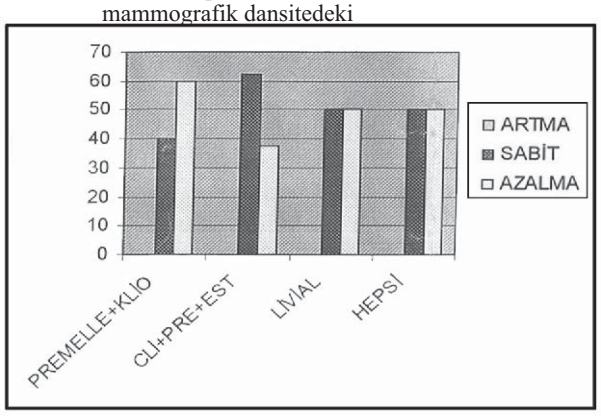
Sadece östrojen-progesteron kullanıp mammografilerinde dansite artışı saptanan ve 1 ay tedavilerine ara verilen 10 hastanın 1 ay sonunda 4 tanesinin dansitesinde bir değişiklik olmadı, 6 tanesinin (%60) dansitesi HRT' ye ara vermeden önceki mammografik dansiteye göre azalma gösterdi. Dansitelerinde artış gösteren hasta olmadı.

Livial kullanıp mammografik dansitelerinde artış gösteren 2 tane hastanın; tedavisiz geçen 1 ay sonunda 1 tanesinin dansitesi sabit kalırken, 1 tanesinin (%50) dansitesinde azalma görüldü. Hastalarımızı parenkimal patern olarak incelediğimizde; tedaviyi bırakmadan önce çekilen en son mammografilerinde Wolf klasifikasyona göre N1 parenkimal paternli hasta yoktu. Tedaviye ara vermeden çekilen en son mammografilerinde parenkimal paterni P1 olarak belirlenmiş 7 hastanın tedavisiz geçen 1 ay sonunda çekilen mammografilerinde 4 hastanın parenkimal paterni N1' e gerilemiş, 3 hastanın parenkimal paterni P1 olarak sabit kalmıştır. HRT ye ara vermeden çekilen en son mammografilerinde parenkimal paterni P2 olan 8 hastanın tedavisiz geçen 1 ay sonunda 2 tanesinin parenkimal paterni P1' e, 1 tanesinin parenkimal paterni N1' e gerilemişti. 5 tanesinin parenkimal paterni P2 olarak sabit kalmıştı. HRT' ye ara vermeden önce çekilen en son mammografilerinde parenkimal paterni DY olan 5 hastanın HRT' siz geçen 1 ay sonunda 2 tanesinin parenkimal paterni P2' ye, 1 tanesinin parenkimal paterni P1' e gerilemişti. N1' e gerileme olmamıştı. 2 tanesinin parenkimal paterni DY olarak sabit kalmıştı. HRT tedavisine ara verilen tüm hasta grubunda, (n: 20) wolf klasifikasyonuna göre HRT' siz geçen 1 ay sonunda mammografik dansite artışı hiçbir hastada gözlenmedi.

Tablo 1: Hormon replasman tedavisine ara verilmesi ile mammografik dansitedeki değişim.

WOLF	ARTMA	SABİT	AZALMA	TOPLAM
PREMEL.+KLİO	%0 (0)	%40 (4)	%60 (6)	10
KLİO+PRE+EST	%0 (0)	%62.5 (5)	%37.5 (3)	8
LİVİAL	%0 (0)	%50 (1)	%50 (1)	2
HEPSİ	%0 (0)	%50 (10)	%50 (10)	20

Grafik 1: Hormon replasman tedavisine ara verilmesi ile mammografik dansitedeki



TARTIŞMA

Meme kanserinin üçte ikisi overlerinin fonksiyonunun durduğu postmenopozal dönemde ortaya çıkar (6). Artan yaşam süresi kadınların menopozda geçireceği yılların artması anlamına gelir. Buda postmenopozal dönemde yaşam kalitesinin artması için HRT kullanımının artmasına yol açmıştır. Klinik kullanımda çok değişik östrojen ve progesteron kombinasyonları kullanılmaktadır. HRT ürünlerinin mammografik dansiteyle ilişkisi meme kanseri gelişmesi açısından oldukça önemlidir. Meme dansitesi artışı meme kanseri için güçlü ve bağımsız bir risk faktörü olarak bildirilmiştir. Odds oranı ve relatif risk değişik epidemiyolojik çalışmalarda 2- 6 arasında olup, menarş yaşı, menapoz, parite ve vücut ağırlığı gibi pek çok risk faktöründen daha yüksektir (7). Dansite artışı yaş ve genetik yatkınlık dışındaki risk faktörlerinden daha fazla öneme sahip görünümdedir (8). Artmış meme dansitesinin tüm meme kanserlerinin %30' nun nedenini açıklayabildiği öne sürülmüştür. Değişik HRT rejimlerinin mamografik meme dansitesi paterni üzerindeki etkileri oldukça farklıdır. Genel görüş östrojen ve progesteron kombinasyonunun sadece östrojene göre daha sık dansite artışına neden olduğudur (9,10). Devam eden PEPİ denemeside bu bulguları destekler niteliktedir (11). Magnusson C ve arkadaşları uzun süreli östrojen ve östrojen- progesteron kombinasyonu alan olgularda meme kanseri riskini araştırmışlardır. Östrojen- progesteron alan grupta anlamlı risk artışı tespit etmişlerdir (12). Schairer C ve Ross RK tedaviye progesteron eklenmesinin meme kanseri riskini arttırdığını belirtmişlerdir (13,14). Dikkatli yapılmış invitro çalışmalarda, hem normal hemde transforme olmuş meme hücreleri kültürlerinde östrojen meme hücre proliferasyonunu arttırmakta ve progesteron eklenmesi bu etkiyi azaltmaktadır (15). Tersine, normal memede in vivo çalışmalar progesteron seviyesinin yüksek olduğu luteal fazda meme epitel proliferasyonunu arttırdığını göstermiştir (16). Mamografik dansite artışı özel öneme sahiptir çünkü aslında şu an için bilinen ve sonunda hastalık gelişecek organın kendisinde bulunan tek risk faktörüdür (17). Bu mamografik dansite artışı memeye yönelik biyopsi ve cerrahi gibi invaziv girişimleri beraberinde getirmektedir. Biz çalışmamızda HRT' ye 1 ay gibi bir süre ara verilmesinin mamografik dansiteyi anlamlı olarak gerilediğini ve böylelikle invaziv girişim sıklığını azaltacağını gördük. Estrojen alan grupta %37,5, östrojen ve progesteron alan grupta %60 ve livial alan grupta %50' lik bir mamografik dansite azalması tespit ettik. Rutter C ve arkadaşları meme dansitesinin HRT sırasında dinamik olduğunu, tedavinin başlaması ile arttığını ve bırakılması veya değiştirilmesi ile de azaldığını göstermişlerdir (18). Bu çalışmaya paralel olarak Harvey JA ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, HRT ile mamografilerinde dansite artışı ve memelerde sınırlı olarak ortaya çıkan kitleler iki haftalık tedaviye ara vermeden sonra hastaların %74'ünde mamografik anormalliğin düzeldiğini bildirmişlerdir (19). Yine Black ve arkadaşlarının yaptıkları başka bir çalışmada HRT kullanan hastaların tedavisine bir süre ara verildiğinde ve tedavisiz geçen süre sonunda mamografileri tekrarlandığında bu mamografilerin HRT kullanmayan hastaların mamografileriyle benzer olduğunu bildirmişlerdir (20). Bu çalışma HRT' ye bir süre ara vermenin gereksiz biyopsileride içeren invaziv girişimleri azalttığı hatta önlediğini ve mamografik spesifiteyi arttırdığını belirtmişlerdir.

SONUÇ

Yaptığımız çalışmada hasta sayısı sınırlı olmasına rağmen mammografilerinde dansite artışı gözlenen hastaların tedaviye 1 ay gibi kısa ara vermenin mammografik dansitede anlamlı azalma gösterdiğini saptadık. Bundan yola çıkarak HRT tedavisi sonucu mamografilerinde gözlenen değişikliklere yönelik biyopsi gibi invaziv girişimler yapmadan önce HRT' ye bir süre ara verilip tekrar değerlendirmenin uygun bir yaklaşım olacağı sonucuna vardık.

KAYNAKLAR

1- Howe HL, Wingo PA, Thun MJ. Annual report to the nation on the status of cancer 1973 thorugh 1998, featuring cancers with recent increasing trends. J Natl C.

2- Feuer EJ, Wun LM, Boring CC. The lifetime risk of developing breast cancer. J Natl Cancer Inst 1993; 85: 892- 7.

3- Armstrong K, Eisen A, Weber B. Assessing the risk of breast cancer. N Engl J Med 2000; 342: 564- 71.

4- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy; collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women with breast cancer and 108411 without breast cancer. Lancet 1997; 350:1047- 59.

5- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives Collaborative reanalysis of indivudial data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet 1996; 347:1713- 27.

6- Pasqualini JR, Chetrite G, Blacker C. Concentrations of estrone, estradioland estrone sulfateand evaluation of sulfatase and aromatase activies in pre- and postmenopausal breast cancer. J Clin Endocrinol Metab. 1996; 81: 1460- 4.

7- Boyd NF, Lockwood GA, Byng JW, Tritchler DL, Yaffe MJ. Mammographic densities and breast cancer risk. Cancer Epidemiol Biomark Prev 1998; 7:1133- 4.

8- Nyström L, Rutqvist LE, Wall S. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomized trials. Lancet 1993; 341:973- 8.

9- Lundström E, Wilczek B, von Palffy Z, Söderqvist G, Von Schoutz B. Mammographic breast densitiy during hormone replacement therapy: differences according to treatment. Am J Gynecol 1999;181:348- 52.

10-Lundström E, Wilczek B, von Palffy Z, Söderqvist G, von Schoutz B. Mammographic breast density during hormone replacement therapy: effects of continous combination. Unoposed transdermal and low- potency estrogen regimens. Climacteric 2001; 4: 1- 7.

11-Wren BF, Eden JA. Do progestogens reduce the risk of breast cancer? A review of the evidence . Menopause 1996; 3: 4- 7.

12-Magnusson C, Baron JA, Correia N, Bergström R, Adami HO, Persson I. Breast cancer risk following long- term oestrogen and oestrogen- progestin replacement therapy. Int J Cancer 1999; 81: 339- 44.

13-Schairer C, Lubin J, Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R. Menopausal estrogen and estrogen progestin replacement therapy and breast cancer risk. J Am Med. Assoc. 2000; 283:485- 91.

14-Ross RK, Paganini- Hill A, Wan PC, Pike MC, Effect of hormone replacement therapy on breast cancer risk: estrogen versus estrogen plus progestin. J Natl Cancer İnst. 2000; 92: 328- 32.

15-Gompel A, Malet C, Spritzer P, Lalardrie JP, Kuttenn F, Mauvais- Jarvis P. Progestin effect on cell proliferation and 17b-hydroxysteroid dehydrogenase activity in normal human breast cells in culture. J Clin Endocrinol Metab 1986; 63: 1174- 80.

16-Longacre TA, Bartow SA. A correlative morphologic study of human breast and endometrium in the menstrual cycle. Am J Surg Pathol. 1986; 10: 382- 93.

17-Hofseth L, Raafat A, Osuch J, Pathak D, Slomski C, Halsam S. Hormone replacement therapy with estrogen or estrogen plus medroxyprogesterone acetate is associated with increased epithelial proliferation in the normal postmenapozal breast. J Clin Endocrinol Metab. 1999; 84: 4559- 65.

18-Rutter C, Mandelson M, Laya M, Taplin S. Changes in breast density associated with initation, discontinuation and continuing use of hormone replacement therapy. J Am Med Assoc 2001; 285: 171- 6.

19-Harvey JA, Pinkerton JV, Herman CR. Short term cessation of hormone replacement therapy and improvement of mammographic specifity. J Nathl Cancer Inst 1997; 89: 1623- 5.

20-Black WC, Fletcher SW. Effects of estrogen on screening mammography: another complexity. J Nathl Inst 1996; 88: 627- 8.

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği tarafından Hazırlanmış olan

" Bilgilendirilmiş Hasta Onayı Belgeleri "

*** Ameliyat İle Doğum (Sezaryen)**

*** Dış Gebelik**

*** Gebelik Takibi**

*** Menopoz Sonrası Dönemde Hormon Tedavisi**

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'nin yayınladığı Bilgilendirilmiş Hasta Onay Belgelerinin devamını www.tjod.org adresli derneğin web sitesinden bulabilirsiniz.

Bilgilendirilmiş Hasta Onayı Belgesi

Bu belge Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği önerisidir.

AMELİYAT İLE DOĞUM (SEZARYEN)

- Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tibbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz.
- Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.
- Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz.
- Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Tanı ve işlem: Doğum normal yollardan mümkün değilse ya da anne ve/veya bebek için risk taşıyorsa ameliyat ile doğum yapılır. Sezaryen, bebeğin karın ön duvarına ve rahime cerrahi kesi yapılarak doğurtulması ameliyatıdır. Bu ameliyat, karnın alt kısmını ve rahimin alt kısmını kesmek suretiyle gerçekleştirilir. Mesane rahimin ön duvarından ayrıldıktan ve rahim boşluğu açıldıktan sonra bebek rahim boşluğundan çıkarılır. Bu sırada bazen meydana gelen zorluklar bir doğum forsepsi kullanmayı gerektirebilir. Bundan sonra bebeğin sonu (plasenta) ayrılır ve alınır. Daha sonra rahimden başlayarak cilde kadar tüm katlar ayrı ayrı dikilerek ameliyat sonlandırılır.

Cerrahi işlem riskleri : Tedavisiz durumumun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, benim için planlanan cerrahi ya da tibbi işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi ya da medikal işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölümün olabileceğinin farkındayım. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerin de bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı.

Bana anlatılan bu risklerden bazıları oldukça enderdir. Ameliyat ile doğum (sezaryen) özellikle daha önceden ameliyat geçirmiş kişilerde (myom çıkarılması, sezaryen ameliyatı, rahim anomalilerinin düzeltilmesi için yapılan ameliyatlar gibi) ya da mevcut bir hastalığı olanlarda (kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı, böbrek hastalığı, böbrek ya da karaciğer nakli geçirmiş hastalarda, pıhtılaşma bozukluğu ve damar hastalığı olanlar), gebelikte ortaya çıkan yüksek kan basıncı olan hastalarda (preeklampsi-eklampsi), bebeğin sonunun anormal yerleştiği ya da rahim duvarına derin olarak yapıştığı olgularda (plasenta previa, plasenta akreata ve inkreata gibi) ya da bebeğin sonunun erken ayrılması (ablasyo plasenta) durumunda ve sigara içen hastalarda daha fazla risk taşımaktadır.

Yukarıda belirtilen riskler dışında ameliyatla doğuma (sezaryen) özel olan riskler şu şekilde sıralanabilir:

- Ameliyat kesi yerinde, karın içinde, idrar yollarında, bulantı-kusma, ağrı ve ateşle seyreden iltihap (enfeksiyon) gelişebilir.
- İdrar torbası (mesane) zedelenmesi
- Üreter (böbrekten idrar torbasına uzanan tüp) zedelenme riski
- Rahimin, yumurtalıkların ya da tüplerin hasar görmesi riski
- İnce ve kalın bağırsakların hasar görmesi, buna bağlı olarak barsağın karına ağızlaştırılması (kolostomi)
- Rahimden aşırı kanama ve bunu önlemek için rahimin alınması ve/veya rahimi besleyen damarların (arteria uterina veya arteria interna iliaka) bağlanması

Ameliyattan sonra uzun vadede karındaki kesi yerinde sertleşme (skar-keloid), sonraki gebeliklerde bebek sonunun rahime anormal (plasenta previa) ya da derine yerleşimi (plasenta akreata), kesi yerinde fıtık oluşumu gibi komplikasyonlar görülebilir.

Bebek için riskler :

Ameliyat ile doğum normal koşullarda bebek için büyük bir risk taşımasa da ameliyatta karşılaşılan güçlükler, anne ve bebeğe bağlı olabilecek önceden tahmin edilemeyen özel durumlar ve anesteziye bağlı olarak ender de olsa bebekte :

-Solunum güçlüğü

-İçinde bulunduğu sıvının (amnion sıvısı) nefes borusuna kaçmasına bağlı komplikasyonlar

-Bebek cildinde kesi

-Bebek kemik yapılarında zedelenme ya da kırıklar

-Sinir zedelenmeleri ve buna bağlı kol ve bacaklarda işlev kaybı gibi komplikasyonlar görülebilir.

İşleme alternatifler: Ameliyat ile doğum (sezaryen) doğun normal yollardan mümkün değilse veya anne ve bebek için risk taşıyorsa yapılan bir girişimse de, hekimin uygun gördüğü koşullar nedeniyle de yapılabilir.

Benim durumum ile ilgili olarak bana ayrıntılı bilgi verildi. Aşağıdaki doğum şekillerinin benim için uygun olup olmayacağı ayrıntılı olarak benimle tartışıldı :

-Vaginal doğum (Hazne girişinin kesilmesi (epizyotomi) ile veya kesilmeden

-Vakum/forseps yardımı ile doğum

-Rahim ağzının (serviksin) kesilmesi ile doğum

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılacak sonuçlar: Benim için uygun görülen ameliyat ile doğum (sezaryen) yapılmazsa; nadir de olsa bebeğin anne karnında ölebileceği; doğum ağrıları ile bebeğin oksijensiz kalabileceği, doğum sonu oksijensiz kalmaya bağlı bebekte ileri yaşlarda da ortaya çıkabilen zihinsel ve bedensel sağlık sorunları oluşabileceği; doğum yolları ve rahimde yırtık oluşabileceği; zor doğumlar sonucu uzun dönemde idrar kaçırma ve rahim sarkması gibi sorunlar oluşabileceği bana anlatıldı.

Benim özel durumumdan kaynaklanan aşağıdaki sonuçlarla da karşılaşabileceğim bana anlatıldı.

.....

.....

.....

.....

Anestezi: Anestezinin ek riskler getirdiğini biliyorum ama ağrıdan korunmak için ve ağrının geçmesi için planlanan işlem ve ek işlemler için anestezinin kullanılmasını istiyorum. Bana sorulmadan anestezi yönteminin değiştirilebileceğinin farkındayım.

İşlem esnasındaki ağrı hissinin, anestezi hekimiyle konuşup seçebileceğim bölgesel (spinal ve epidural) ya da genel anestezi ile giderileceği söylendi. Anestezinin benim ameliyatımı yapacak olan hekimin kontrolünde olmadığını, ve her bir anestetik maddenin riskleri olabileceğini anladım. Herhangi bir anestezi yönteminin kullanılması sonucunda solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, sinir zedelenmeleri, beyin hasarı ve hatta ölüm gibi komplikasyonların olabileceğini anlıyorum. Genel anesteziden kaynaklanabilecek diğer risk ve hasarlar ses telleri, soluk borusu, dişler ve gözlerde zedelenmedir. Bölgesel (spinal ve epidural) anesteziden kaynaklanabilecek başağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum.

Anestezinin

.....

(ünvan ve kişi) tarafından veya onun gözetiminde verilmesine izin veriyorum.

Kan ürünleri: Gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi

Adı-soyadı :

İmza :

Tanık

Adı-soyadı :

İmza :

Hastaya yakınlığı :

Eğitime katkıya onay: Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay: Hekimimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemden başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

Sonuç :

☐Tibbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın ameliyat ile doğumu (sezaryen) kabul ettiğimizi ve ameliyat ile ilgil doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve ameliyat ile doğum işlemine onay verdiğimizi beyan ederiz.

Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi :

Adı-soyadı :.....

İmzası :.....

Tanık :

Adı-soyadı :.....

Hastaya yakınlığı : .....

İmzası :.....

☐Yapılacak olan girişimleri reddediyorum.

Bu reddetmenin getireceği olası tibbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tarih : **Saat :**

Tedavi eden hekim :

Adı-soyadı :.....

İmzası :.....

Bilgilendirilmiş Hasta Onayı Belgesi

Bu belge Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği önerisidir.

DIŞ GEBELİK AMELİYATI

- Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tibbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz.
- Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.
- Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz.
- Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Tanı ve işlem: Dış gebelik normalde rahim içine yerleşmesi gereken gebeliğin yumurtalık yollarında nadiren rahim ağzı ve yumurtalıklara yerleşmesi olayıdır. Yumurtalık yollarına yerleşen gebelik ürünü bir süre sonra bu bölgenin hasarlanmasına ve ciddi karın içine kanamaya yol açabilir. Tanıda gebelik hormonu olan beta-HCG ve ultrasonografi yol göstericidir. Dış gebelik ameliyatı karından kesi (laparotomi) ve kapalı yöntem (laparoskopi) cerrahi yöntemleri ile yapılabilir.

Önerilen cerrahi girişim :

☐ Açık cerrahi (laparotomi)

☐ Kapalı yöntem (laparoskopi)

Yumurtalık yolları alınması :

☐ Sağ taraf tamamen alınacak

☐ Sol taraf tamamen alınacak

Cerrahi işlem riskleri : Tedavisiz durumumun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, benim için planlanan cerrahi, medikal ve/veya tanısal işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal, ve/veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölümün olabileceğinin farkındayım. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerin de bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı.

Bana anlatılan bu risklerden bazıları oldukça enderdir. Yumurtalık hastalıkları cerrahi girişimleri özellikle daha önceden ameliyat geçirmiş kişiler (sezaryen ameliyatı) ya da mevcut bir hastalığı olanlar (kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı, böbrek hastalığı, böbrek ya da karaciğer nakli geçirmiş hastalar, pıhtılaşma bozukluğu ve damar hastalığı olanlar), endometrioz hastalığı ve buna bağlı karın içinde yapışıklıkları olan hastalar ve sigara içenler daha fazla risk altındadırlar.

Yukarıda belirtilen riskler dışında dış gebelik ameliyatı için özel olan riskler şu şekilde sıralanabilir:

- Ameliyat kesi yerinde, karın içinde, idrar yollarında, bulantı-kusma, ağrı ve ateşle seyreden iltihab (enfeksiyon) gelişebilir
- İdrar torbası (mesane) zedelenmesi
- Üreter (böbrekten idrar torbasına uzanan tüp) zedelenme riski
- İnce ve kalın bağırsak hasar görmesi, buna bağlı olarak barsağın karına ağızlaştırılması (kolostomi)
- Ameliyat sırasında ve sonrasında durdurulamayan kanama ya da kan toplanması (hematom) bağlı o bölgeyi besleyen ana damarların (arteria interna iliaka) bağlanması
- Karın içindeki büyük damarlarda zedelenme ve kanamanın ortaya çıkması
- Ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklara bağlı karın ağrısı ve barsak tıkanıklığı
- Kapalı yöntem (laparoskopi) ile karın içine girilemeyip açık cerrahi (laparatomi) yapılması

- Kapalı yöntem (laparoskopi) ile karına girildikten sonra karın içi kanamanın fazla olması ya da dış gebeliğin normalin dışında yerleşimi nedeniyle açık cerrahiye (laparotomi) geçilmesi
- Durdurulamayan kanama da ya da nadiren olsada yumurtalık üzerine yerleşen dış gebelikte yumurtalığın alınması gerekebilr.
- Ek olarak yapılan rahim küretajı komplikasyonları ortaya çıkabilir.
- Rahim köşesine (kornual) ve rahim ağzına yerleşmiş dış gebeliklerde durdurulamayan kanama nedeniyle rahimin alınması ve rahimi besleyen büyük damarların bağlanması gerekebilir.
- Girişim sonucu batın içinde ve yumurtalık yollarında dış gebelik bulguları izlenemeyebilir.

Yukarıda belirtilen komplikasyonlar nedeniyle hastanın yeniden ameliyat edilmesi gerekebilr. Ameliyattan sonra uzun vadede karındaki kesi yerinde sertleşme (skar-keloid), karın duvarında fıtık gellişimi gibi komplikasyonlar görülebilir.

İşleme alternatifler: Aşağıdaki tedavi seçenekleri benimle tartışılmıştır
-Kan hormon (beta-HCG değerleri ölçümü ile takip
-İlaç kullanımı (metotreksat)
-Rahim ağzına yerleşmiş dış gebelik için küretaj ve angiografik olarak damarların embolizasyonu

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılacak sonuçlar: Benim için uygun görülen cerrahi girişim yapılmazsa hastalığım ile ilgili oluşabilecek aşağıdaki durumlar bana anlatıldı :
Dış gebelik kesesinin ve beraberinde yumurtalık yollarının yırtılması ile hayati tehlike oluşturabilecek karın içi kanama ortaya çıkabilir.
Benim özel durumumdan kaynaklanan aşağıdaki sonuçlarla da karşılaşabileceğim bana anlatıldı.
.....
.....
.....
.....

Anestezi: Anestezinin ek riskler getirdiğini biliyorum ama ağrıdan korunmak için ve ağrının geçmesi için planlanan işlem ve ek işlemler için anestezinin kullanılmasını istiyorum. Bana sorulmadan anestezi yönteminin değiştirilebileceğinin farkındayım.

İşlem esnasındaki ağrı hissinin, anestezi hekimiyle konuşup seçebileceğim bölgesel (spinal ve epidural) veya genel anestezi ile giderileceği söylendi. Anestezinin benim ameliyatımı yapacak olan hekimin kontrolünde olmadığını, ve her bir anestetik maddenin riskleri olabileceğini anladım. Herhangi bir anestezi yönteminin kullanılması sonucunda solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, sinir zedelenmeleri, beyin hasarı ve hatta ölüm gibi komplikasyonların olabileceğini anlıyorum. Genel anesteziden kaynaklanabilecek diğer risk ve hasarlar ses telleri, soluk borusu, dişler ve gözlerde zedelenmedir. Bölgesel (spinal ve epidural) anesteziden kaynaklanabilecek başağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum.
Anestezinin
.....
(ünvan ve kişi) tarafından veya onun gözetiminde verilmesine izin veriyorum.

Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi

Adı-soyadı :
İmza :

Tanık

Adı-soyadı :
İmza :
Hastaya yakınlığı :

Kan ürünleri: Gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

Eğitime katkıya onay: Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay: Hekimimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemden başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

Sonuç :

☐Tibbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın önerilen dış gebelik ameliyatını kabul ettiğimizi ve ameliyat ile ilgil doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve bana önerilen

.....

işlemine onay verdiğimizi beyan ederiz.

Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi :

Adı-soyadı :.....

İmzası :.....

Tanık :

Adı-soyadı :.....

Hastaya yakınlığı : .....

İmzası :.....

☐Yapılacak olan girişimleri reddediyorum.

Bu reddetmenin getireceği olası tibbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tarih : **Saat:**

Tedavi eden hekim

Adı-soyadı :.....

İmzası :.....

Bilgilendirilmiş Hasta Onayı Belgesi

Bu belge Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği önerisidir.

GEBELİK TAKİBİ

- Hasta olarak size uygulanacak olan gebelik takibi hakkında karar verebilmeniz için, durumunuz ve önerilen tibbi tedavi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz.
- Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen gebelik takibinin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.
- Tanısal girişim ya da gebelik takibinde uygulanacak yol hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz.
- Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Gebelik takibi: Gebelik yaklaşık 280 gün süren kadın hayatındaki önemli dönemlerden biridir. Hem annenin hem de bebeğin bu dönemi sağlıklı olarak geçirebilmeleri için hekim gözetiminde muayene, sonografi ve bazı tanısal testlerin yapılması gereklidir. Gebelik takibi hekim tarafından haftalara göre ne şekilde takip uygulanacağı, hangi testlerin gerekli olduğu ve önerildiği, ne tür ilaçlar kullanılacağı, hangi durumlarda kontrol gününü beklemeden bir sağlık kuruluşunun aranılması gerektiğinin anlatılması ve bebeğin anne karnında sağlık durumunun iyi olduğunu saptamak amacıyla yapılan testleri kapsamaktadır. Takiplerde sonografik inceleme yapılması, anne kan basıncı ve vücut ağırlığı ölçümleri ile belirli dönemlerde anne ve bebek iyilik halini ortaya koymak için yapılan laboratuar testleri hastaya önerilir. Gebeliğin başında rahim ağzından hücresel örnek alınması □servikal sitolojik tetkik) uygun laboratuar koşulları varlığında önerilmelidir. Bebekte kromozomal anomali varolup olmadığını anlamak için bebekte sonografik ölçüm (NT ölçümü) ve anne adayından kan testleri yapılması uygun ultrasonografi ve laboratuar koşulları varlığında önerilir.

Riskler : Gebelik, bazı durumlarda acil olarak sağlık kuruluşuna gitmeyi gerektiren önemli bir zaman dilimidir. Gerek laboratuar sonuçları gerekse gebenin takibe gelme düzeninde kendisinin ya da çevresinin sorumluluğunda olan aksamalardan doğan sorunlardan takibi yapan hekim sorumlu tutulamaz. Aynı şekilde kişinin önerilen tedavi veya tanısal yöntemi kabul etmemesi durumunda doğabilecek zararlar kendisine ait kabul edilir. Gebeliğin her döneminde anne yaşamını tehlikeye sokan durum ortaya çıkabilir. Bazı koşullarda bu durumu öngörmek ya da tedavi ile ortadan kaldırmak olası değildir. Gebelikteki bazı özel durumlar (ör. Preeklampsi, eklampsi vb) tüm çabalara rağmen anne adayının ya da bebek(ler)inin, gebelik veya hemen sonrası dönemde ölümüne veya kalıcı hasarlı olmasına yol açabilir ve bu durumlar her zaman öngörülemeyebilir ya da tedavi edilemeyebilir.

Ultrasonografik incelemenin amacı bebeğin herhangi bir yapısal anormallik taşıyıp taşımadığı, cinsiyetin belirlenmesi (tibbi açıdan gerekli durumlarda), kaç adet bebek olduğunun saptanması, kanama varsa bunun nedeni olabilecek durumların saptanması, erken doğum riskinin olup olmayacağının öngörülmeye çalışılması (rahim ağzı uzunluğunun ölçülmesi), bebeğin büyüme ve gelişiminin takibi, bebekte rahim içi oksijen azlığına bağlı sıkıntı durumumun araştırılması (Doppler kan akımı ölçümleri), bebeğin içinde bulunduğu sıvıda ve/veya bebeğin sonu'nda (plasenta) anormalliklerin saptanmasıdır. Yukarıda sıralanan durumlar ultrasonografi ile her zaman doğru ve net

olarak saptanamayabilir. Anne adayına doğum öncesi yapılan ultrasonografi ile bebekte doğumdan sonra ortaya çıkacak hastalıkların ya da yapısal bozuklukların tamamının saptanması mümkün değildir. Doğum öncesi normal saptanan bir ultrasonografik inceleme doğumda normal bir bebeğin garantisi olamaz.

Gebelik takibine alternatifler: Gebelik takibinin ileri bir merkezde yapılabileceği bana anlatıldı.

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılacak sonuçlar:

Önerilen gebelik takibi, doğum öncesi tanısal testler ve ultrasonografik inceleme kabul edilmezse bebekteki genetik ve yapısal sorunların saptanabilen oranlarda önceden ortaya çıkarılmasının mümkün olamayacağı bana anlatıldı.

Benim özel durumumdan kaynaklanan aşağıdaki sonuçlarla da karşılaşabileceğim bana anlatıldı.

.....

.....

.....

.....

.....

Eğitime katkıya onay: Gebelik takibimin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin takibe katılımını kabul ediyorum.

Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi

Adı□soyadı :

İmza :

Tanık

Adı□soyadı :

İmza :

Hastaya yakınlığı :

Sonuç :

☐Tibbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak gebelik takibi, takip seçenekleri hakkında ayruntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın önerilen gebelik takibini kabul ettiğimizi ve takip sürecinde ve sonrasında doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı ; sonucuna katlanacağımızı ve bana önerilen

.....

.....

onay verdiğimizi beyan ederiz.

Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi :

Adı□soyadı :.....

İmzası :.....

Tanık :

Adı□soyadı :.....

Hastaya yakınlığı : .....

İmzası :.....

☐Yapılacak olan gebelik takibini, tanısal testleri ve ultrasonografi yapılmasını reddediyorum.

Bu reddetmenin getireceği olası tibbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan gebelik takibi, tanısal testler ve ultrasonografi, umulan sonuçlar, takibin, ultrasonografinin ve tanısal testlerin olmadığı durumlarda ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tarih : **Saat :**

Tedavi eden hekim :

Adı□soyadı :.....

İmzası :.....

Bilgilendirilmiş Hasta Onayı Belgesi

Bu belge Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği önerisidir.

MENOPOZ SONRASI DÖNEMDE HORMON TEDAVİSİ

- Hasta olarak size uygulanacak olan menopoz sonrası hormon tedavisi hakkında karar verebilmeniz için, durumunuz ve önerilen tibbi tedavi ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz.
- Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen menopoz sonrası dönemde hormon tedavisinin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.
- Tedavi hakkında bilgilendirildikten sonra tedaviyi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz.
- Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Menopoz sonrası dönemde hormon tedavisi: Menopoz kadın yaşamında yumurtalıklardaki hormon üretimininin sonlanması ile ortaya çıkan doğal bir süreçtir. Menopoza ait yakınmalar (vazomotor bozukluklar ve buna bağlı uyku bozuklukları) ve genitor-üriner atrofi için günimüzde halen hormon tedeavisi kadar etkin bir seçenek bulunmamaktadır. Hormon tedavisi primer ve sekonder kardiyovasküler koruma amacıyla kullanılmamaktadır. Rahim içi tabakasının korunması açısından hormon tedavisi içinde yer alan progesteron hormununun farklı şekillerde kullanımı hakkında yeterli veri yoktur. Hormon tedavisi kullanımı sonucu oluşan meme kanseri risk artışı, alkol kullanımı, şişmanlık (obezite), 30 yaşından sonar yapılan ilk doğum, geç menopoz gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir. Kemik erimesi (osteoporoz) ve buna bağlı kırıkların önlenmesinde hormon replasmanınınn etkin olduğu kanıtlanmıştır. Menopoz sonrası dönemde hormon replasman tedavisinin kullanım süresi konusunda eldeki verilere göre fikir birliği yoktur. Erken yaşta yumurtalıkların alındığı ya da işlevlerini yitirdiği hastalarda hormon tedavisi uygulamasında süre kısıtlaması yoktur.

Riskler : Burada söz konusu edilen risklerden bazısı veya bazıları oldukça enderdir. Ayrıca burada belirtilen problemler açısından özellikle mevcut bir hastalığı olanlar (örneğin kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı), sigara içenler ve ailesinde kanser öyküsü olanlar daha fazla risk altındadırlar.

Yukarıda belirtilen riskler dışında bu işleme özel olan riskler şu şekilde sıralanabilir:

- Tedavi sırasında ve tedavi sonrasında meme kanseri gelişimi riski (özellikle 5 yıldan uzun süreli kullanımlarda)
- Damarlarda pıhtı oluşumu (venöz ve arterial tromboz) ve akciğerlere pıhtı atması (pulmoner emboli)

Tarih : **Saat:**	
Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi	**Tanık**
Adı-soyadı :	**Adı-soyadı :**
İmza :	**Hastaya yakınlığı :**
	İmza:

- Tedaviye rağmen kemik erimesinin (osteoporoz) düzelmemesi ve kırık ortaya çıkması
- Kan şekeri yüksekliği varsa kan şekerinin yükselmesi
- Migren tipi başağrılarında artış
- Safra kesesi hastalığı (kolesistit) ortaya çıkması ya da alevlenmesi

Sonuç olarak şunu anlıyorum ki menopoz sonrası dönemde ortaya çıkan yakınmaların düzeltilmesi ve iyileştirilmesi için önerilen bu tedavinin istenmeyen olası etkilerinin tamamını listelemek mümkün değildir. Tedavi ile yakınmalarım düzelmeyebilir ve listede belirtilmeyen bazı ender durumlarda daha da kötüleşebilir.

Hormon tedavisine alternatifler : Aşağıdaki alternatifler benimle tartışılmıştır
-Kemik erimesi (osteoporoz) için bifosfonat, SERM, kalsitonin kullanımı
-Günlük egzersiz ve kalsiyum kullanımı

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılacak sonuçlar: Tedavi olmazsam durumumun ne olacağı hakkında bana bilgi verildi.

Benim özel durumumdan kaynaklanan aşağıdaki sonuçlarla da karşılaşabileceğim bana anlatıldı.

.....
.....
.....
.....
.....

Eğitime katkıya onay: Gebelik takibimin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum.

Tarih : **Saat:**

Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi	**Tanık**
Adı-soyadı :	**Adı-soyadı :**
İmza :	**Hastaya yakınlığı :**
	İmza:

Sonuç :

☐Tibbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak gebelik takibi, takip seçenekleri hakkında ayruntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın önerilen menopoz sonrası dönemde hormon tedavisini kabul ettiğimizi ve takip sürecinde ve sonrasında doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı ; sonucuna katlanacağımızı ve bana önerilen

.....

.....

onay verdiğimizi beyan ederiz.

Hasta adı-soyadı :.....

İmzası :.....

Tanık

Adı-soyadı :.....

Hastaya yakınlığı : .....

İmzası :.....

☐Yapılacak olan menopoz sonrası hormon tedavisini reddediyorum.

Bu reddetmenin getireceği olası tibbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tedavi eden hekim

Adı –soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih : **Saat:**	
Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi	**Tanık**
Adı-soyadı :	**Adı-soyadı :**
İmza :	**Hastaya yakınlığı :**
	İmza:

Bu bilgilendirilmiş hasta onayı belgesi Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği önerisidir.

www.tjod.org