

Bölüm 27

SPONTAN GEBELİK KAYIPLARI (ABORTUS)

Suat KARATAŞ¹

GİRİŞ

Spontan gebelik kaybı (SGK) , 20. gebelik haftasından önce klinik olarak saptanabilen gebelik sonlanmalarıdır. SGK için önce, embriyo veya fetus ve eklerinin tamamının veya bir kısmının dışarıda yaşayabilme yeteneğini kazanmadan uterin kavite dışına atılması şeklinde tanımlama yapılmıştır. Teknolojinin ilerlemesi, yeni ve etkin ilaçların bulunması, fetusun dışarıda yaşayabilme şansını arttırmış ve önceleri yapılan tanımlar yetersiz kalmıştır. 1977 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), embriyo veya fetus ağırlığı ve gebelik sürecini dikkate alarak yeni bir düşük (abortus) tanımı getirmiştir (1). Bu tanım, ufak tefek farklılıklarla günümüzde de kullanılmaktadır.

Yeni tanımlamaya göre, genel olarak farklı kriterler mevcut olmasına rağmen, 20. gebelik haftası ve sonrası veya 350 gr. üzerindeki fetusun uterus- tan atılması veya doğumuna, ölü doğum, 12-20. gebelik haftası aralığında ve 350 gr ve altı fetal kayba ise erken 2.trimester gebelik kaybı adı verilmektedir (2). 12.gebelik haftasından önce olan gebelik kayıpları da erken gebelik kaybı olarak tanımlanmaktadır (2). Abortus insidansı % 8-20 civarındadır. Erken gebelik haftalarının en sık görülen komplikasyonudur. Gebelik haftası büyüdükçe sıklığı azalır.

RİSK FAKTÖRLERİ

En önemli risk faktörleri ileri anne yaşı, sigara, önceki SGK'dır.

Abortuslar etiyolojik faktörler açısından 3 grupta toplanır;

- 1- Embriyoya veya fetüse ait nedenler
- 2- Maternal nedenler
- 3- Paternal nedenler

1- Fetal nedenler ;

Sgk ya neden olan embriyonel ve fetal nedenler, ilk trimesterde görülürler. En sık neden, neredeyse sgk'nın yarısından sorumlu olan kromozom sayı (anöploidiler) bozukluklarıdır. En sık görüleni, otozomal trisomilerdir. Trisomi 16 ölümcüldür ve en sık görülen trisomi olup, 21. ve 22. kromozomlardaki trisomiler de sıklıkla görülür. İkinci sıklıkla kromozom anomalisi monozomi X (45XO) olgularıdır.

Bunun dışında konjenital anomaliler ve koryon villus örnekleme, amniosentez gibi invaziv intrauterin işlemler ve travma neden olabilir.

2-Maternal Nedenler;

Maternal nedenler sıklıkla, 1. trimester sonu ile 2.trimester düşüklüklerine neden olurlar. Bunlar maternal hastalıklar (endokrin bozukluklar, ane renal ve hipertansif hastalıklar, tüberküloz fenilketonüri, tiroid bezi disfonksiyonları, anne yaşı, orak hücreli anemi, toxoplazma, rubella, herpes, cmv gibi enfeksiyonlar, kalıtsal veya kazanılmış trombofili ve sistemik lupus eritamotozus, antifosfolipid sendrom gibi immünolojik hastalıklar), yapısal uterin anomaliler (uterin septum, su-

¹ Op. Dr. Suat KARATAŞ, Bahçelievler Memorial Kadın Hastalıkları ve Doğum, brain.82.84@gmail.com

- Enfeksiyon riskine karşı enfeksiyon belirtileri hastaya anlatılmalı, bu belirtiler görüldüğünde hekime başvurması gerektiği açıklanmalı
- İlk günler ağır hareketler yapmaması, 2 hafta cinsel ilişkiden kaçınması söylenir.

İlk 2 hafta hafif bir kanamanın olabileceği, yeni siklusun D&C'den 4-6 hafta sonra olacağı açıklanmalıdır.

TEDAVİ

Medikal :

Progesteron ile ilgili yapılan metaanaliz çalışmalarında progestin tedavisinin düşüğü önlemede etkisi saptanmamıştır. Folik asit eksikliğinin SGK ile ilişkisi olduğu ve folik asit desteği ile tekrarlayan abortusların önlenebileceğine dair görüşler olmasına karşın bir çok çalışmada folik asit desteğinin spontan abort hızına etkisi olmadığı belirtilmiştir (7).

Düşük Tehdidi: Tedavide izlem yönetim uygulanır. Düşük tehdidi olan gebelerde progesteron faydalı olabilir (8). Ancak bu konu ile ilgili çalışma sayısı ve hasta sayısı az olduğundan gebelikte rutin progesteron kullanımına gerek yoktur . Tekrarlayan düşüklere olan hastalarda yararlı olabilir (9). Fiziksel aktivite kısıtlaması, koitus yasağı hastalara önerilir, yatak istirahati önerilse de fetal kaybı engellemeye faydası gösterilememiştir. Düşük tehdidi yaşayan gebeler haftalık ultrasonografi ile takip edilir, semptomlar gerilerse rutin takibe alınır.

Kaçınılmaz, Tam olmayan ve Gecikmiş Düşük: Hasta medikal (misoprostol) veya cerrahi (dilatasyon, küretaj) uterin kavite boşaltımı veya izlem tedavisine alınır. Spontan uterin kavitenin boşalmasını beklemek istemeyen yani ağrı ve kanama yaşamak istemeyen hastalara cerrahi tedavi önerilmelidir. Cerrahi tedavi ile hasta çok kısa sürede tedavi edilmiş olur.

Cerrahi ile ilişkili komplikasyonlar; kanama, retansiyon plasenta, uterin perforasyon, servikal travma ve enfeksiyon, endometrit, intrauterin yapışıklık oluşmasıdır.

2.trimester düşüklüğünde, 14. gebelik haftasından büyük gebeliklerde hastane koşullarında medikal misoprostol ün vajinal ve oral multipl dozu ile fetüs abort ettirilir, ardından cerrahi tahliye ile tamamlanır.

ABORTUS SONRASI TAKİP

Spontan gebelik kaybı sonrası tüm konsepsiyon ürünleri patolojik olarak incelenmelidir. Habi-tüel abortuslarda karyotipleme de yapılmalıdır. Abortus sonrası endometriyal kalınlık 12 mm ve üzerinde ise cerrahi tahliye yapılmalıdır. Komplet abortustan 2-4 hafta sonra beta HCG negatifleşir. Düşükten sonra, medikal tahliye uygulanan olgularda serum beta HCG değeri negatifleşinceye kadar haftalık takip edilmelidir. Cerrahi tahliye sonrası HCG takibine gerek yoktur. SGK sonrası hastalara 2 hafta koitus yasağı konulmalı, psikolojik danışmanlık verilmelidir, psikolojik ve medikal olarak hazır olduklarında gebelik planlanmalıdır.

SONUÇ

Yeni tanımlamaya göre, genel olarak farklı kriterler mevcut olmasına rağmen, 20. gebelik haftası ve sonrası veya 350 gram üzerindeki fetusun uterus-tan atılması veya doğumuna, ölü doğum, 12-20. gebelik haftası aralığında ve 350 gr altı fetal kayba erken 2.trimester gebelik kaybı, 12.gebelik haftasından önce olan gebelik kayıplarına da erken gebelik kaybı adı verilmektedir . Abortus, kanama dışında da birçok komplikasyona neden olmasıyla üreme çağındaki kadınların izleminde büyük önem taşır. Abortuslar, oluş zamanlarına, oluş şekillerine, tamamlanma şekillerine, klinik seyirlerine göre sınıflandırılırlar. Spontan abortusların doğal bir seleksiyon özelliği gösterdiği; istemli abortuslar dışında kalan, teropatik abortuslarda ise anne ve fetüsün sağlığını tehdit eden durumlar olduğu bilinmelidir. Abortusların izlem ve tedavileri farklılık gösterirken, yasal konularla ilgili bilgi sahibi olunması, abortus sonrası üreme sağlığı açısından fiziksel sağlığın korunması ve sürdürülmesi kadar oluşabilecek psikolojik ve sosyal sorunların çözümü ve destek sağlanması da önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Düşük, spontan gebelik kaybı, düşük tehdidi, kaçınılmaz düşük,

KAYNAKÇA

1. Cunningham, FG., MacDonald, PC., Gant NF, Leveno, KJ., Gilstrap L., Hankins, GDV, Clark SL. (2018) Williams Obstetrics (25 th ed) New York: McGraw-Hill.
2. ACOG Practice Bulletin No. 200 Summary: Early Pregnancy Loss , Obstet Gynecol. 2018 Nov;132(5):1311-1313. doi: 10.1097/AOG.0000000000002900.

3. Ying-Ti Huang, Shang-Guo Horng, Fa-Kung Lee, Ying-Tzu Tseng, Management of Anembryonic Pregnancy Loss: An Observational Study, J Chin Med Assoc , March 2010, Vol 73 , No 3
4. Condous. , Ultrasound diagnosis of miscarriage: new guidelines to prevent harm, Australas J Ultrasound Med. , 2011 Nov;14(4):2. doi: 10.1002 /j.2205-0140.2011.tb00127.x. Epub 2015 Dec 31.
5. Oates-Whitehead RM, Haas DM, Carrier JA. Progestogen for preventing miscarriage. Cochrane Database Syst Rev 2003: CD003511.
6. Laskin CA, Spitzer KA, Clark CA, Crowther MR, Ginsberg JS, Hawker GA, et al. Low molecular weight heparin and aspirin for recurrent pregnancy loss: results from the randomized, controlled HepASA Trial. J Rheumatol 2009; 36(2): 279-287
7. Tamura T, Picciano MF. Folate and human reproduction. Am J Clin Nutr 2006;83(5):993-1016
8. Wahabi HA, Fayed AA , Esmail SA , Al Zeidan RA. , Progesterone for treating threatened miscarriage, Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD005943. doi: 10.1002/14651858.CD005943.pub4.
9. Haas DM, Ramsey PS, Progesterone for preventing miscarriage, Cochrane Database Syst Rev. 2013, Oct 31;(10):CD003511. doi: 10.1002/14651858.CD003511. pub3.