

Bölüm 52

PREKONSEPSİYONEL BAKIM

Deniz BALSAK¹
M. Hanifi BADEMKIRAN²

GİRİŞ

Sağlıklı anne ve bebek tüm gebeliklerin istenen sonucudur. Dünya genelinde birçok ülke için infant ve maternal mortalite ve morbidite önemli sağlık başlıklarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ülkemizde maternal mortalite 1990 yılında yüz bin canlı doğumda 97 iken, 2015 yılında 100.000 canlı doğumda 16'ya düşmüştür (1). Bebek ölüm hızı, 2013 yılında binde 10,8 iken 2014 yılında binde 11,1'e yükselmiş, 2015 yılında binde 10,7 olarak belirlenmiştir. Diğer bir söylemle 2015 yılında bin canlı doğumda 10,7 bebek ölümü görülmüştür (2,3).

Maternal ve infant sağlığı sonuçlarının iyileştirilebilmesi hedefinde önemli bir adım da prekonsepsiyonel bakımdır. Prekonsepsiyonel bakım gebelik öncesi kadın ve partnerinin sağlık durumu ve iyilik hallerinin geliştirilmesidir (4). Prekonsepsiyonel bakımın amacı gebelik öncesi kadın sağlığının optimizasyonu ile kadın, fetus veya yenidoğan risklerinin azaltılmasıdır (5).

Bir kadın gebelik istiyorsa Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji derneği (ACOG) risk değerlendirmesi için 8 alan önermektedir. Bu alanlar:

- 1) Doğurganlık bilinci.
- 2) Çevresel toksinler ve teratojenler.
- 3) Beslenme ve folik asit.
- 4) Genetik.
- 5) Sigara ve alkol dahil madde bağımlılığı

- 6) Tıbbi durumlar ve ilaçlar.
- 7) Enfeksiyon hastalıkları ve aşılar.
- 8) Yakın Eş şiddeti taraması dahil olmak üzere psikososyal konular.

DOĞURGANLIK BİLİNCİ

Bazı uzmanlar hem erkek ve kadınlar için planlı bir gebelik öneriyor (6). Bu özellikle kalp rahatsızlıkları gibi kronik tıbbi hastalıkları olan kadınlar için desteklenmiştir. Herhangi bir özel tıbbi sorun için, genetik yatkınlık, yaşam tarzı seçimleri, riski sınırlamak için uygun değişikliklerin yapılabilmesi için değerlendirilir. Aynı yaklaşım menarştan menopoza kadar bütün kadınlar için de kullanılabilir.

ÇEVRESEL TOKSİNLER VE TERATOJENLER

Potansiyel toksinlere maruz kalma riskini değerlendirmek için is yeri hakkında bir sorgulama yapmak önemlidir. Ek olarak, potansiyel ev içi risk maruziyeti incelenmesi gerekir. Bunlar olumsuz doğurganlık sonuçlarına yol açabilir. Örneğin, çözücülerin kullanımı, boya soyucu maddeler hamilelik risklerine yol açabilir. Örneğin, ev temizlik işlerine girmek prekonsepsiyonel olarak önerilmemektedir (7).

Çevresel maruziyetler gıdalarla da ortaya çıkabilir. Cıva özellikle önemlidir. Metil Merkür bilinen bir nörotiksidir ve gelişmekte olan fetus

¹ Doç. Dr. Özel Batı Hastanesi/Diyarbakır, denizbalsak@gmail.com

² Dr. Öğr. Üyesi SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği /Diyarbakır, hanifibademkiran@hotmail.com

aşıların yapılıp yapılmadığı kontrol edilerek, eksik kalanların tamamlanmasında yarar vardır. Doğurganlık çağındaki kadınların yaptırmış olmaları gereken aşılari;

- Tetanoz-difteri
- Kızamık,
- Kızamıkçık,
- Kabakulak,

Cinsel yolla bulaşan sifiliz, bel soğukluğu, genital herpes, klamidy ve HIV gibi enfeksiyonlar da fetus açısından riskler taşır. Bu tip enfeksiyon riski taşıyanlar belirlenerek gebe kalmadan önce tedavi edilmelidir. Asemptomatik kadınlarda herpes simpleks virüsü için serum taraması önerilmemektedir. Hepatit C taraması sadece yüksek riskli kadınlarda yapılmalıdır (IV uyuşturucu kullanımı, seks işçileri, birden fazla partner ve / veya daha önce cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü olanlar) (22).

Cinsel olarak geçmeyen enfeksiyon taraması da hamilelikten önce önemlidir. Tüberküloz riski altındaki kadınlar - evsiz olanlar, IV uyuşturucu kullananlar, HIV pozitif veya yüksek prevalanslı bölgelerden gelen son göçmenlerin yanı sıra evsiz barınaklarında, ıslah tesislerinde, huzurevlerinde veya hastanelerde çalışan veya yaşayan kişiler saf-laştırılmış protein türevi cilt testi ile taranmalıdır. Sitomegalovirüs, listeria ve toksoplazmozis gibi daha büyük tehditler taşıyan bulaşıcı hastalıkların, gebelik öncesi taranmasını destekleyecek kanıtlar yetersizdir. Bununla birlikte, tüm kadınlar, hamilelik sırasında maruz kalma riskini en aza indirmek için riskli ortamlardan kaçınmaları ve uygun şekilde el yıkamaları konusunda bilgilendirilmelidir (22).

Zika gibi ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların farkında olmak önemlidir. 2015 yılında Brezilya'da yaygın bir salgının ardından, Aedes sivrisineği tarafından bulaşan bir virüs olan Zika virüsü, doğum kusurlarıyla, özellikle mikrosefali, ölü doğum ve abortus ile ilişkilidir.

Doğurganlık yıllarındaki tüm kadınlarının tetanos, difteri, boğmaca, suçiçeği, kızamık, kabakulak ve kızamıkçık bağışıklığının değerlendirilmesini gerekir. Bu bulaşıcı hastalıklarla ilişkili morbidite ve mortaliteyi önlemek için önemlidir. Örneğin, varisella pnömonisi maternal ölümlerle

sonuçlanmıştır. Kızamık, kabakulak, kızamıkçık ve suçiçeği aşılari canlı virüstür ve hamilelikte verilmemelidir. Bu canlı viral aşılariın tatbik edilmesi sonrası Gebeliğin 1 ay ertelenmesi önerilir. Yıllık grip aşısı önerilmeli ve gebeliği her döneminde uygulanabilir. Yüksek riskli bireyler hamilelikten önce hepatit B aşılması ihtiyacı açısından değerlendirilmelidir.

Yakın Eş şiddeti taraması dahil olmak üzere psikososyal konular

ACOG kadınlara yönelik eş tarafından uygulanan şiddetin rutin olarak taranmasını desteklemektedir. ACOG şiddeti fiziksel şiddet , cinsel şiddet, takip veya psikolojik saldırganlık olarak tanımlamaktadır.

SONUÇ

Gebelik öncesi danışmada genel anlamda yapılacaklar

1. Genel sağlık durumu değerlendirilir.
2. Beslenme : Diyet değerlendirilerek, uygun beslenme planlanır. Gebelik öncesi uygun ağırlığa gelinmesi sağlanır. Yiyecek alışkanlıkları değerlendirilir.
3. Folik Asit desteği : Nöral tüp defekti riskini azaltmak için gebeliği planladığı ay, adet sonrası günde 0.4 mg folik asit profilaksisine başlanır.
4. Çevresel etkenler : İş ve ev ortamında fetusa zararlı olabilecek etkenlerden uzak durmaları konularında bilgilendirilir.
5. Yaşam biçim : Sigara, alkol gibi alışkanlıkları olanlara, fetus ve gebelik üzerine olumsuz etkileri konusunda bilgi verilerek bu alışkanlıklarından kurtulmalarına yardımcı olunur.

Kaynaklar:

1. WHO, Maternal Mortality, 2015 URL: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/tur.pdf
2. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm İstatistikleri, 2014, Sayı: 18623. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBul-tenleri>. Doi id=18623 (Erişim Tarihi: 29.04.2015).
3. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm İstatistikleri, 2015, Sayı: 21522, URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBul-tenleri>. Doi id=21522
4. Frey K. Preconception care by the nonobstetrical provider. Mayo Clin Proc, 2002; 77: 469-73.
5. ACOG Committee Opinion No:313 American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol, 2005; 106: 665-668

6. CDC/ATSDR Preconception Care Network Group. Recommendations to improve preconception health and healthcare-United States. A Report of the CDC/ATSDR preconception care network group and the select panel on preconception care, MMWR. April 21, 2006. Vol.55.
7. McDiarmid MA, Gardiner PM, Jack BW. The clinical content of preconception care: environmental exposures. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199 (6b): S357–S361.
8. McDiarmid MA, Gardiner PM, Jack BW. The clinical content of preconception care: environmental exposures. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199 (6b): S357–S361.
9. Shutleff DB, Graaf WD. Overview of clinical issues in the management of myelomeningocele. In: Sarwark JF, Lubicky JP, eds. *Caring for the child with spina bifida*. 1st ed. Illinois: Published by American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2001 p 1- 11.
10. Expert advisory group. Folic acid and the prevention of neural tube defect. London: Department of Health, 1992.
11. Centers for Disease Control. Recommendations for the use of folic acid to reduce the number of cases of spina bifida and other neural tube defects. MMWR 1992; 4: 17.
12. Czeizel AE. Primary prevention of neural tube defects and some other major congenital abnormalities: recommendations for the appropriate use of folic acid during pregnancy. *Paediatr Drugs* 2000; 2: 437- 49.
13. Bailey LB, Rampersand GC, Kanwell GP. Folic acid supplements and fortification affect the risk for neural tube defects, vascular disease and cancer: evolving science. *J Nutr* 2003; 133: 1961S8S.
14. Gabbe SG, Niebyl JR. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*, 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2012:106.
15. Siega-Riz AM, Hartzema AG, Turnbull C, et al. The effects of prophylactic iron given in prenatal supplements on iron status and birth outcomes: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194:512–519.
16. Cogswell ME, Parvanta I, Ickes L, et al. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2003;78:773–781.
17. American College of Obstetrics and Gynecology. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion, 650. *Obstetrics and Gynecology.* 2015; 126:135–142.
18. Rolf C, Nieschlag E. Reproductive functions, fertility and genetic risks of aging men. *Exp Clin Endocrine Diabetes.* 2001;109:68–74.
19. Crow JF. The origins, patterns and implications of human spontaneous mutation. *Nat Rev Genet.* 200;1:40–47.
20. Floyd RL, Jack BW, Cefalo R, et al. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco and illicit drug exposures. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:s333–s339.
21. American College of Obstetrics and Gynecology. At risk drinking and alcohol dependence, obstetric, and gynecologic implications. Committee Opinion No. 496. *Obstetrics and Gynecology.* 2011;118:383–388.
22. Coonrod DV, Jack BW, Stubblefield PG, et al. The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:s296–s309.