

DÜŞÜK BELİRTİLERİ VE AİLE HEKİMİNİN ALACAĞI TEDBİRLER NELERDİR?

Op. Dr. Yusuf ÇAKMAK¹

GİRİŞ

Gebelik kaybı impaltasyondan doğuma kadar olan sürede gebeliğin spontan sona ermesi olarak tanımlanmaktadır. Gebelik kayıpları yaklaşık olarak her 10 gebenin üçünde ve genellikle de ilk 12 haftada gözlenmektedir (1,2). Bu durum sıklıkla çiftlerde ağır psikolojik travmalara neden olmaktadır (3-6).

Etyoloji ve risk faktörleri

Erken gebelik kayıplarının yaklaşık olarak yüzde 50'si fetal kromozom anomalileri yüzünden gerçekleşmektedir (7,8). Yirmi-otuz yaş arasındaki kadınlarda %9-17 iken 35 yaşında bu oran %20'ye, 40 yaşında ise % 40'a çıkmaktadır (8). En sık görülen risk faktörleri ileri anne yaşı ve daha önce erken gebelik kaybı yaşamış olması durumudur (9,10). Etyolojide rol oynayan diğer faktörler aşağıda sıralanmıştır;

- Enfeksiyonlar
- Hipotiroidi, Diabetes mellitus
- Kronik hastalıklar
- Travma
- Uterin patolojiler (Servikal yetmezlik gibi)
- Sigara, alkol tüketimi vs.

Hangi bulgular erken gebelik kayıplarında tanıda yardımcı olur?

En sık semptomlar karın ağrısı, vajinal kanama ve uterin kramplardır. Tedavi seçimi yapmadan önce mutlaka erken gebelik kayıplarını bu semptomlara sebep olan diğer medikal durumlardan ayırımının dikkatli bir şekilde yapılması gerekli-

¹ Jinekolojik Onkoloji Uzmanı, Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, dryusu21@gmail.com

SONUÇ

Düşük belirtileri olan gebeler aile hekimlerince dikkatli anamnez , fizik muayene , vajinal muayene ve klinik tecrübesi var ise ultrasonografik muayene ile tanı ve tedavisi yapılabilir. Hasta ve yakınlarının kadın doğum hekimine hemen ulaşması sorun teşkil eden durumlarda hastaların vital bulguları ve vajinal kanama miktarı ve süresine göre ilk muayene yapılarak etkili bir şekilde tedavileri düzenlenebilir.

KAYNAKLAR

1. Wang X, Chen C, Wang L, Chen D, Guang W, French J. Con- ception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. *Fertil Steril*. 2003;79(3): 577-584.
2. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, et al. Incidence of early loss of pregnancy. *N Engl J Med*. 1988;319(4):189-194.
3. Cumming GP, Klein S, Bolsover D, et al. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG*. 2007;114(9): 1138-1145.
4. Frost J, Bradley H, Levitas R, Smith L, Garcia J. The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociol Health Illn*. 2007;29(7):1003-1022.
5. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21(2): 229-247.
6. Simmons RK, Singh G, Maconochie N, Doyle P, Green J. Experience of miscarriage in the UK: qualitative findings from the National Women's Health Study. *Soc Sci Med*. 2006;63(7): 1934-1946.
7. Stephenson MD, Awartani KA, Robinson WP. Cytogenetic analysis of miscarriages from couples with recurrent miscarriage: a case-control study. *Hum Reprod* 2002;17:446-51. (Level II-2)
8. Alijotas-Reig J, Garrido-Gimenez C. Current concepts and new trends in the diagnosis and management of recurrent miscarriage. *Obstet Gynecol Surv* 2013;68:445-66. (Level III)
9. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertil Steril* 2012;98: 1103-11. (Level III)
10. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 2000;320:1708-12. (Level II-3)