

2. BÖLÜM

ABORTUS (GEBELİK KAYBI)

Dr. Elif YÜCE¹

Abortus, boş bir gestasyonel kese veya gebeliğin ilk 12 haftası içinde fetal aktivitesi olmayan bir embriyo veya fetüs içeren gestasyonel keseden oluşan cansız, intrauterin bir gebelik olarak tanımlanır. İlk üç aylık dönemde düşük, spontan düşük ve erken gebelik kaybı terimleri birbirinin yerine kullanılabilir ve literatürde terminoloji konusunda fikir birliği yoktur. Dünya Sağlık Örgütü gebeliğin 20. haftasından önceki veya <500 gram fetüsün doğumunu abortus olarak tanımlamaktadır. Tüm gebeliklerin % 26'sının düşükle sonuçlandığı ve klinik olarak tanı konulan gebeliklerin ise bu sayının %10'u olduğu tahmin edilmektedir ⁽¹⁻³⁾. Bununla birlikte erken gebelik kayıplarının %80' i ilk trimesterde görülmektedir. Abortus riski 12.gebelik haftasından sonra azalmaktadır. İlk üç aylık dönemde görülen spontan gebelik kaybının en sık nedeni kromozomal anomalilerdir. Kromozomal ve yapısal olarak normal fetüsler için 15. gebelik haftasından sonra spontan gebelik kayıplarının riski %6'lara inmektedir.

Abortus için bazı maternal risk faktörleri diğerlerinden daha önemli olma eğiliminde olmakla birlikte gebelik kaybının tek bir sebebi yoktur. Maternal yaş düşük yapma ihtimalinin en önemli belirleyici unsurudur ve 20-30 yaş arasındaki kadınlarda 20. gebelik haftasından önce düşük yapma ihtimali %8.9'dur. Bu oran 40 yaşın üstündeki kadınlarda %74.9'a yükselmektedir ⁽⁴⁾. Erken gebelik kaybı riskindeki bir diğer önemli unsur önceki gebeliklerdeki obstetrik öyküdür. Bir sonraki gebelikte düşük yapma riski 1 düşükten sonra yaklaşık %20.2, ardışık düşükten sonra %28 ve 3 veya daha fazla ardışık düşükten sonra ise %43'tür ⁽⁵⁾. İlk gebeliği olan veya önceki gebeliği başarılı bir şekilde sonuçlanmış olan kadınların sadece %5' inde spontan düşük görülmüştür. Diğer risk faktörleri; trombofili,

¹ Doktor, SBÜ, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Email:elifyuce94@gmail.com

Küretaj Komplikasyonları

Küretaj sonrası komplikasyonlar üç ana mekanizmanın sonucu olarak gelişir. Enfeksiyon, gebelik ürünlerinin tamamen boşaltılmamasının yol açtığı hemorajik komplikasyonlar, cerrahi işlemin kendisinden kaynaklandığı yaralanmalar bu üç ana tablodur. Küretaj komplikasyonlarının sıklığı ve şiddeti küretaj sırasındaki gebelik yaşına ve küretaj yöntemine bağlıdır. Tüm sağlık kaynakları için tahmini küretaj komplikasyon oranı medikal küretaj için yaklaşık %2, ilk trimester aspirasyon küretajı için % 1.3 ve ikinci trimester veya sonraki küretajlar için %1.5'tir.

Takip

Beta HCG

Tamamlanmış erken gebelik kaybında, taburculuk öncesi intrauterin gebeliğin olmadığı gösterilmeli ya da serum betah CG düzeyinin 2 günde %50 veya 7 günde %87 oranında azaldığı görülmelidir ⁽³³⁾. Düşük sonrası endometriyal kalınlığın 15mm'nin üzerinde görülmesi halinde uterus aspirasyonu yapılmalıdır. Ayrıca gebelik kaybindan sonra bireylere uygun bir psikolojik destek sağlanmalıdır ⁽³⁴⁾.

KAYNAKLAR

1. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, et al. Incidence of early loss of pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 1988;28;319(4):189-94.
2. Zinaman MJ, Clegg ED, Brown CC, et al. Estimates of human fertility and pregnancy loss. *Fertil. Steril.* 1996;65(3):503-9.
3. Kanmaz AG, İnan AH, Beyan E. The effects of threatened abortions on pregnancy outcomes. *Ginekol. Pol.* 2019;90(4):195-200.
4. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register link age study. *BMJ.* 2000;24;320(7251):1708-12.
5. Jermy K, May C, Costello Get al. Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. *BMJ.* 2002;324(7342):873-875
6. Dogra V, Paspulati RM, Bhatt S. Firsttrimesterbleedingevaluation. *Ultrasound Q.* 2005;21(2):69-85; quiz 149-50, 153-4.
7. Giacomello F, Magliocchetti P, Loyola G, et al. Serum beta hCG levels and transvaginal echography in the early phases of pregnancy]. *Minerva Ginecol.* 1993;45(7-8):333-7.
8. Doubilet PM, Benson CB, Chow JS. Long-term prognosis of pregnancies complicated by slow embryonic heart rates in the early first trimester. *J Ultrasound Med.* 1999;18:537-41.
9. Tuuli MG, Norman SM, Odibo AO et al. Perinatal outcomes in women with subchorionic hematoma: a systematic review and meta-analysis. *ObstetGynecol.* 2011;117:1205-12.
10. Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, et al. Society of Radiologists in Ultrasound Multispecialty Panel on Early First Trimester Diagnosis of Miscarriage and Exclusion of a Viable Intrauterine Pregnancy. Barnhart KT, Benacerraf BR, Brown DL, Filly RA, Fox JC, Goldstein SR, Kendall JL, Lyons EA, Porter MB, Pretorius DH, Timor-Tritsch IE. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *N. Engl. J. Med.* 2013;10;369(15):1443-51.
11. Abdallah Y, Daemen A, Kirk E, et al. Limitations of current definitions of miscarriage using mean gestational sac diameter and crown-rump length measurements: a multicenter observational study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;38:497-502.

12. Abdallah Y, Daemen A, Guha S, et al. Gestational sac and embryonic growth are not useful as criteria to define miscarriage: a multicenter observational study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;38:503–9.
13. DiRenzo G.C. Giardina I. Cleriici G, et al. Gerli S. The role of progesterone in maternal and fetal medicine. *Gynecol Endocrinol.* 2012;28:925-932.
14. Haas D.M. Hathaway T.J. Ramsey P.S. Progesterone for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;10: CD003511
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin—clinical management guidelines for obstetricians–gynecologists: early pregnancy loss.2018.
16. National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline [NG126]. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management.
17. Coomarasamy A. Williams H. Truchanowicz E. et al. A randomized trial of progesterone in women with recurrent miscarriages. *N Engl J Med.* 2015; 373: 2141-2148.
18. Coomarasamy A. Devall A.J. Cheed V. et al. A randomized trial of progesterone in women with bleeding in early pregnancy. *N Engl J Med.* 2019; 380: 1815-1824.
19. Luise C, Jermy K, May C, et al. Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. *BMJ.* 2002;324(7342):873–875.20.
20. Nanda K, Lopez LM, Grimes DA et al. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database SystRev.* 2012;(3):CD003518.
21. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, et al. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ.* 2006;332(7552):1235–1240.
22. Kim C, Barnard S, Neilson JP, et al. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(1):CD007223.
23. Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(3).CD002253.
24. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. *N Engl J Med*2005;353:761–9.
25. Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure *Obstetrics & Gynecology* 1997;5(1):768–772
26. Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, et al. Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *N Eng J Med.* 2018;378:2161–70.
27. Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(9):CD001993.
28. Westfall JM, Sophocles A, Burggraf H, et al. Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Arch Fam Med.* 1998;7(6):559–562.
29. Blumenthal PD, Remsburg RE. A time and cost analysis of the management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration. *Int J Gynaecol Obstet.* 1994;45(3):261–267.
30. Prieto JA, Eriksen NL, Blanco JD. A randomized trial of prophylactic doxycycline for curettage in incomplete abortion. *Obstet Gynecol*1995;85:692–6.
31. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Recomm Rep* 2010;59(RR-4):1–86.
32. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, et al. Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group. *N Engl J Med.* 2011;364:2208–17.
33. Butts SF, Guo W, Cary MS, et al. Predicting the decline in human chorionic gonadotropin in a resolving pregnancy of unknown location. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 pt 1):337–343.
34. Murphy FA, Lipp A, Powles DL. Follow-up for improving psychological well being for women after a miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(3):CD008679.