

ANTENATAL MUAYENE VE İZLEM

Cihat ŞEN*



Gebeliğin en doğru ve güzel olanı planlanmış olmasıdır. Planlanan bir olgunun istek ve doğru yönlendirme öğelerini içermesi, gebelik izleminde ve sonuçlarında önemli kazanımlar sağlamaktadır. Gebelikten önce alınması gerekli tedbirlerin yerine getirilmesi, doğru zaman ve şartlarda gebeliğin oluşması, ayrıntıları bu yazının devamında verildiği gibi, daha gebelik oluşmadan folik asit kullanımının başlanması ya da genetik geçişli sorunlar için gebelik öncesinden planlanmasının yapılması ile önemli fırsat ve zaman kazanımlarının elde edilmesi, verilebilecek örneklerdendir.

Bu yazı risk oluşturmayan ya da taşımayan, sorun görülmeyen ya da saptanmayan gebeliklerin muayene ve izlenmesinde, kanıta dayalı bilimsel veriler ışığında esas alınabilecek uygulama ve işlemleri ele almaktadır. Gebeliğin saptanmasından itibaren düzenli aralıklarla yapılacak olan sağlık kontrolleri, gebelikte karşılaşılabilecek sorunların erken dönemde tanınmasına, ciddi sonuçlar gelişmeden önlenmesine veya tedavi edilmesine olanak sağlayacaktır. Ülkeler arası bazı farklılıklar olmakla birlikte, gebelik takip yöntemleri standart hale gelmiştir. Ülkemizde tüm dünyada kabul gören standart tarama ve tanı yöntemleri başarı ile uygulanmaktadır. Nitekim bu konuda Türk Perinatoloji Derneği, kurumsal olarak ayrıntılı çalışmalar yapmış ve GEBENİN EL KİTABI' nı yayınlamış ve tüm toplumun hizmetine sunmuştur.

GEBELİK TANISI-İLK MUAYENE

Gebeliğin ilk basamağında iyi bilgi ve muayeneye dayalı bir yapılanma ve takip sistemi en önemli basamağı oluşturmaktadır. Dolayısı ile dikkatli öykü alınmasını takiben, tam bir sistemik muayene yapılmalıdır. Özellikle kalp ve dolaşım sistemi (kalbin oskültasyonu, varis, ödem dahil) ve tiroid değerlendirilmelidir. Spekulumla vajen ve serviks muayenesi yapılması ve düzenli takip edilmeyen gebelerde Pap smear alınması önerilir. Vajinal ultrasonografi yapılması esastır. Vajinal muayenenin fetus ve gebeliğe zarar vermeyeceği açıklanmalıdır. Ayrıca yaş teyidi, boy ve ağırlık, arteriyel kan basıncı ölçümü (Korotkoff 1 ve 5 alınmıyorsa 4) yapılmalıdır, kan grubu-Rh, HBSAg tetkikleri, meme muayenesi, tetanoz aşısı planlanmalıdır. Bu sırada hastanın risk analizi yapılır. Gebe, izlem programı, istenecek tetkikler, bunların anlam ve önemleri, yaşam tarzı ile ilgili öneriler, gebelik sırasında ortaya çıkabilecek patolojik belirti ve bulgular konularında bilgilendirilir. Eğer gebenin ilk ziyareti 2. veya 3. trimesterde olursa yukarıdaki işlemler bu ziyarette tamamlanmalıdır.

BİLGİLENDİRME

Gebelik tanısını takiben gebenin bilgilendirilmesi, hangi tarama testlerinin, tetkiklerin ve muayene yöntemlerinin ne zaman uygulanacağı, bunların anlam ve güvenilirlikleri tek tek açıklanmalı, bunların yer aldığı bilgilendirme for-

* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Bilim Dalı

mu, takip karnesi, gebelik cüzdanı vs. verilmelidir. Daha da önemlisi; her muayene ve tetkik sonucu gebe formuna işlenmeli ve muayene raporu her seferinde gebeye verilmelidir.

Nöral tüp defektleri için, gebelik planlayan (ya da diğer anlamda gebelikten korunmayan) herkesin en az 1 (bir) ay öncesinde olmak üzere 0.4 mg/gün ve riskli gruplara ise 4mg/gün folik asit tavsiye edilmesi ve ilk üç aylık dönem süresince kullanılması önerilmektedir. Ayrıca multivitaminler, demir, kalsiyum, magnezyum, flor ve çinko rutin olarak önerilmemektedir.

Üç öğün arasına ek porsiyonlar konulması, gerekli enerji ihtiyacının karşılanması için uygundur. Gebelikte dengeli beslenme yanında günlük 300 kkalorilik enerji alımını sağlamak için ara öğünler önerilmelidir. Gebelikte hangi alışkanlıklar mahsurlu (sigara, alkol), bunlara ait görüş belirtilmeli ve her vizitte kilo takibi yapılmalıdır. Her anne adayı için ilk prenatal vizitte uygun bir kilo artış hedefi belirlenmeli ve anne adaylarına beslenme ile fiziksel aktivite hakkında bilgi verilmelidir. Ağırlık artışı hedeflenenin dışında kalan gebeler, diyetleri ve aktivite tarzları konusunda incelenmeli ve hatta mümkünse bu inceleme bir beslenme uzmanı tarafından yapılarak gerekli iyileştirmeler sağlanmalıdır. Yapılacak iyileştirme hem sağlıklı bir gebelik sürecine katkıda bulunacak hem de postpartum obezitenin önlenmesini sağlayacaktır. Diyette ort. 60g protein bulunmalı, normal günlük diyete gebelik için sadece 300 kcal eklenmelidir. Gebelikte kullanımlarının faydası gösterilemediğinden, rutin multivitamin, kalsiyum, magnezyum, flor ve çinko önerilmemelidir. Aşırı kilo kısıtlaması yapılmamalıdır (öneri:12-16 kg) (VKİ>26 olanlar:7-12kg).

Daha önceden fiziksel olarak daha pasif hayat tarzı olan gebeler, egzersize başlamaya yöreklendirilmelidir. Günlük 20-30 dakikalık süreyi aşmayacak şekilde yürüme, yüzme gibi yaralanma riski az olan sporlarla başlangıç önerilebilir. Daha önceden egzersiz yapmakta olan gebelerin ise aynı egzersiz programına- ağır egzersiz programı çerçevesi dışında- devam etmeleri önerilmektedir.

Cinsel aktivite gebelik boyunca yasak değildir. Uzun süren seyahatlerde venöz tromboembolizm yönünden dikkatli olunmalıdır. Yüksek proteinli diyetler, ağır perhiz programları ve sodyum kısıtlaması önerilmemelidir. Konserve yiyecekler ve çığ etten uzak durulması tavsiye edilmelidir.

Embriyonal dönem gelişmenin en hassas dönemde olması nedeni ile, bu dönemde dış etkenler, ilaç ve benzeri etkileşimler konusunda optimum özenin gösterilmesi gereklidir. Korunmayan kadınların ovulasyon sonrası dönemde kullanacakları ilaç ve tetkikler bakımından dikkatli olmaları yararlıdır. Hücre bölünme döneminde maruz kalınan teratojenlerin "ya hep - ya hiç" kavramı çerçevesinde herhan-

gi bir etki oluşmamasına ya da gebelik ürününün kaybedilmesine sebep olur. Ancak bu noktanın daha da açıklığa kavuşturulmasına ihtiyaç vardır. Maruz kalınan etkenin gebeliğin haftasına göre zararlı etkisi olup olmadığı saptandıktan sonra gebeliğin sonlandırılması hakkında karar vermek daha doğru olur.

Gebelik şüphesi ile gelen her hasta diğer genel muayeneler yapıldıktan sonra, mutlaka transvaginal ultrasonografi ile muayene edilmelidir. Beta-hCG tetkikine, ancak ihtiyaç varsa transvaginal ultrasonografiden sonra başvurulmalıdır. Ultrasonografide Yolk kesesinin görülmesi yalancı gebelik kesesinin ayırıcı tanısını sağlar. Kese görülemezse ektopik gebelik veya yeri belirlenemeyen gebelik olasılığı akılda tutulmalıdır. Genel olarak Yolk kesesinin 7 mm üzerinde olması beklenmez. Yolk kesesinin hemen yanında embriyo gözlenmelidir. CRL ölçümünde Yolk kesesinin CRL ölçümüne dahil edilmemesi gereklidir. İlk trimesterde placentaya yerleşim anomalilerinin tanısı zor ve gereksizdir. Miad tayini için ideal ultrasonografi uygulama zamanı ilk trimester CRL ölçümüdür (7-14 haftalar). Ölçüm sagittal planda ve fetusun nötral pozisyonunda büyük büyütme alanında yapılmalıdır. Gebelik yaşı saptanmasında, CRL ile son adet tarihi arasında 5 günden fazla uyumsuzluk var ise CRL'ye göre hesaplama yapılır (Ancak Tr-18, Turner gibi kromozom anomalilerinin söz konusu olabileceği akılda tutulmalıdır).

Abortus şüphesi ile gelen hastalarda spekulum muayenesi, kanama miktarının gözlenmesi, diğer patolojilerin (polip, myom vs) ayırt edilmesi gereklidir. Transvaginal muayene ile anembriyonik gebelik veya missed abortus tanısı için kese çapının 20 mm üzerinde olması yeterlidir. Bu gibi durumların acilen sonlandırılması gerekliliği yoktur. Embriyo 6mm'den büyük ve kalp aktivitesi yoksa gebelik bozulmuş demektir. Abortus imminenste kalp aktivitesi varsa prognoz %95 olasılıkla iyidir. Ancak sub-koryonik hematoma koryonun %50'sinden fazlasını kaplıyorsa prognozun kötü olabileceği unutulmamalıdır. Prognoz belirtmekten ziyade, hastanın bilgilendirilmesi daha uygundur. İstirahat ve gestagen kullanımı gerekli değildir, koitus yasaklanır. Parsiyel molde gebeliğin devamı isteniyorsa, %85 triploidi olasılığı unutulmayarak, yakın takip yapılmalıdır. Gebelik tahliyelerinde ultrasonografi ile Yolk kesesi ve embriyonun gözlenmesi sonrası küretaj yapılmalıdır. Rh izoimmünizasyon riskine karşı Rh (-) gebelerde abortuslara, ektopik gebeliklere, parsiyel mollere, koryon villus biyopsisi yapılanlara anti-D immün globülin uygulanmalıdır. Erken transvaginal ultrasonografinin rutin uygulanması, ektopik gebeliğin erken tanısı ve metotreksat ile tedavisini mümkün kılabilir. Ektopik gebeliklerde tecrübeli merkezlerde lokal veya sistemik metotreksat uygulaması yapılmalıdır.

İlk 14 haftada üç defa üst üste düşük tekrarlayan düşük olarak adlandırılmalıdır. Tekrarlayan düşüklerde OGTT, se-

roloji, progesteron, trombofili gibi rutin tetkiklerine gerek yoktur (6 hafta ara ile dilüsyonlu aPTT-ACA-bakılmasında yarar olabilir). Servikal yetersizlik daha çok ikinci trimester düşüklüğü için düşünülmelidir. Translokasyon açısından çiftlerde karyotipleme yapılmasında yarar vardır.

Yüksek riskli gebeliklerdir. Perinatoloji alanında deneyimli uzman veya merkezler tarafından takip edilmelidirler. Koryon ve amniyon sayıları, fetus kaybı, perinatal morbidite ve mortalitedeki farklılıklar nedeni ile özellikle ilk trimesterde mutlaka belirlenmelidir. Multifetal redüksiyon yapılacaksa 11-14 hafta aralığı seçilmeli ve girişim konunun uzmanı tarafından gerçekleştirilmelidir.

TARAMA TESTLERİ

Türkiye'deki anemi istatistikleri abartılıdır. Ancak Talasemi ve diğer hemoglobinopatiler (%2) nedeni ile endemik bölgelerde veya o yöreden gelenlerde yapılabilir. Rh (-) gebeler her trimesterde indirekt coombs testi ile taranmalıdır.

Yüksek risklilere (iri bebek doğuranlar veya ölü doğum öyküsü, aile öyküsü gibi) ikinci trimester beklenmeden ilk trimesterde 100g OGTT yapılmalıdır (Normal değerler:95-180-155-140). Prekonsepsiyonel diyabeti olanlara gebelik öncesinden başlayan özel tedavi yaklaşımı ile kan şekeri kontrolü önerilmeli ve gebelik boyunca yakın takipte (tercihan hastaneye yatırmadan) tutulmalıdır. Tüm gebe popülasyonuna 24-28 gebelik haftalarında rutin 50 gr glukoz tarama testi (>140) yapılmalıdır.

Birinci trimesterde TORCH taramalarının yapılması ülke şartları ve bilimsel veriler ışığında anlamlı görülmemektedirler. Gebelik öncesi Rubella seronegatif kişiler aşılanmalı ve bir ay süreyle gebe kalmamalıdır. Hepatit B ilk vizitte taranmalı, gerekirse gebe aşılanmalıdır. Sifiliz sadece riskli grupta taranmalıdır. HIV taramaları günümüz için anlamlı değildir. Asemptomatik bakteriüri tanısı için ilk trimesterde idrarda koloni sayımı (>100.000) yapılmalıdır. Yapılmadığı takdirde idrarda nitrit testi ile araştırılabilir (%50 hassasiyet).

FETAL ANOMALİ TARAMASI

Taramalar bu konuda eğitim almış uzmanlar tarafından yapılmalıdır. Taramaların tercihen 12-13.gebelik haftalarında yapılması uygun olur. Geç dönemde ultrasonografi ile tanı konulabilen anomalilerin %50'si bu dönemde saptanabilir. Fizyolojik herninin 11.haftadan sonra (CRL:45mm) söz konusu olamayacağı, akraninin ancak 12. haftadan sonra tanınabileceği unutulmamalıdır. Doğumsal major kalp anomalileri için, tanı ilk trimesterde mümkün olmakla birlikte zordur. Nukal kalınlığının 3.5 mm üzerinde bulunması ve risk grubunda olan olgularda 22-24 GH ekokardiyografi için bir endikasyon teşkil etmelidir.

KROMOZOM ANOMALİLERİN TARANMASI

Gebeliğin 11-14 haftalarında (45-84mm) nukal kalınlık ve nazal kemik varlığı (%90 duyarlılık) araştırılmalıdır. Güvenilir (sertifikalı) laboratuvarlarda yapılacak biyokimyasal testler (fBhCG, PAPP-A) taramalara eklenebilir. Gerek laboratuvarın, gerekse ultrasonografi yapan kişinin sertifikası olması tarama testinin hassasiyetini %95'lerin üzerine çıkartmaktadır. Perinatoloji Uzmanları tarafından yapılan muayenelerde yanlış pozitiflik oranı, dolayısı ile gereksiz amniosentez benzeri girişim sayısı artmakta ve bunun sonucunda da normal gebelik kayıplarına sebep olmaktadır. Bu nedenle 11-14 hafta muayenesi sertifikalı Kadın Doğum Uzmanı ve tercihan Perinatoloji Uzmanları tarafından yapılmalıdır. Ulusal sitogenetik kayıt sistemi kurulmalıdır.

11-14 hafta muayenesinin mümkün olmadığı ya da gebenin geç başvurduğu durumlarda, ilk trimester tarama programı yerine 16-20 haftalarda Üçlü Test uygulanması tavsiye olunur. Taramalarda eşik değeri yerine risk düzeyinin verilmesi daha uygun bir yaklaşımdır. Test pozitif ya da negatif tanımlaması uygun bir yaklaşım değildir. Erken amniosentez (<15GH) ve çok erken koryon villus biyopsileri (<11GH) yapılmamalıdır. Koryon villus biyopsisi bu konuda sertifikalı uzman tarafından yapılmalı, bu seçenek atlanarak amniosentez önerilmemeli veya en azından hastaya hatırlatılmalıdır.

İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ TRİMESTER

Eğer gebe birinci trimesterde görülmemişse gebenin bilgilendirilmesi, hangi tarama testlerinin, tetkiklerin ve muayene yöntemlerinin ne zaman uygulanacağı, bunların anlam ve güvenilirlikleri açıklanmalı, bunların yer aldığı bilgilendirme formu, takip karnesi, gebelik cüzdanı verilmelidir. İlk trimester muayenelerini takiben gebelerin 22-23 gebelik haftası muayenesi esastır. Kan basıncı, ağırlık, abdominal muayene ile simfiz-pubis aralığı kaydedilmelidir. 24-28 GH için 50gr glukoz tarama testi planlaması, preeklampsi/IUGR için uterin arter Doppler, erken doğum için servikal uzunluk ölçümü, risk grubunun belirlenmesinde yararlı olabilir. Fetal anatomi ve büyüme muayenesi için 22-23 gebelik haftasında ultrasonografi önemli muayenelerden biridir. Bu ultrasonografi muayenesinin, tıpkı 11-14 GH'da olduğu gibi, konusunda deneyimli/sertifikalı uzman tarafından yapılması önerilir.

Oligohidramnios için tek cepte vertikal 2cm, polihidramnios için vertikal 8cm ölçüm sınırları kullanılmalıdır. İkinci trimesterden itibaren fetal biyometrik ölçülerde hata payının arttığı unutulmamalı, ölçümler hafta olarak değil, percentil olarak belirtilmelidir. Rutin muayeneler sonunda saptanan sorunlar konunun uzmanları tarafından değerlendirilmelidir. Nukal kalınlığının 3.5 mm üzerinde bulunması ve risk grubunda olan olgularda 22-24 GH ekokardiyografi için bir endikasyon teşkil etmelidir.

Rutin muayenelerde saptanan sorun ya da risk grubunun özelliğine göre muayene zamanlaması ve sıklığı belirlenir. Aksi halde 22-24 GH muayenesini takiben 32 GH muayenesi önerilmelidir.

32. ve 38. gebelik haftalarında yapılması önerilen muayenelerde; tartı alınmalı, arteriyel kan basıncı ölçülmelidir. Abdominal muayene ile simfiz-pubis aralığı ölçülmeli ve kaydedilmelidir. Bunların yanısıra risk gruplarında bulunan veya yakınmaları olan hastalar durumlarına göre değerlendirilmelidir. Fetal ultrasonografi ile; 32. ve 38. GH'nda tahmini fetal ağırlık, plasenta lokalizasyonu, amnios sıvısı, miktarı ve pezentasyon açılarından fetal ultrasonografi yapılması yararlıdır.

Düşük risk grubunda olan gebelerde, 28 ve 36 GH'nda rutin muayene yapılması gerekli değildir. 24-28 haftalar arasında yapılan 50 gr GTT sonuçları telefon vb. ile bildirilebilir. Bu dönemde hastanın tartısının ve en yakın sağlık kuruluşunda arteriyel kan basıncının değerlendirilmesi önerilir. 36. GH'nda hastanın tartısının ve en yakın sağlık kuruluşunda arteriyel kan basıncının değerlendirilmesi önerilir.

Diyette 60g protein bulunmalı, normal günlük diyete gebelik için sadece 300 kcal eklenmelidir. Gebelikte kullanımlarının faydası gösterilemediğinden, rutin multivitamin, kalsiyum, magnezyum, flor ve çinko önerilmemelidir. Aşırı kilo kısıtlaması yapılmamalıdır (öneri:12-16 kg) (VKİ>26 olanlar:7-12kg).

Taşındıkları riskler nedeni ile, çoğul gebelikler, bu konuda uzmanlaşmış kişiler tarafından takipleri yerinde olur. Büyümede diskordans, ikizden ikize transfüzyon sendromu, artmış anomali insidansı, birinin erken kaybedilme durumu, selektif fetosid, erken doğum, preeklampsi, annenin beslenmesi yakın takibi gerekli kılar. Profilaktik tokoliz, serklaj, hospitalizasyon gereksizdir.

Kan sayımı gebeliğin ikinci trimesterinde mutlaka yapılmalı ve bulgulara göre (Hb<11g/dl, MCV< 80fl) demir profilaksisine başlanmalıdır. Toplumumuzdaki hemoglobinopati insidansı unutulmamalı, demir profilaksisine rağmen düzeltilmeyen olgular hematolojik yönden incelenmelidir. Rh (-) gebeler her trimesterde indirekt coombs testi ile taranmalıdır. Pozitif bulunan olgular perinatoloji merkezleri ile birlikte takip edilmelidirler. Profilaktik (rutin 28-32 GH) anti-D immün globülin ülkemiz için maliyet-yarar durumu ortaya çıkarılana kadar uygulanmamalıdır. Kanamalı gebeliklere anti-D immün globulin önerilir ve 6 haftadan sonra tekrarlayan olgularda mükerrer doz yapılmalıdır.

Her gebeye 24-28 haftalarda 50g OGTT yapılmalıdır (eşik değer 140mg/dl). 100g OGTT de sınırlar 95 / 180 / 155 / 140mg / dl alınmalıdır. Diyet ve egzersiz ile kontrol altın-

da tutulamayan (AKŞ<95mg/dl, 2. saat TKŞ <120mg/dl) gestasyonel diyabet olguları perinatoloji merkezleri işbirliği ile takip edilmelidirler.

Hepatit B ilk vizitte taranmalı, gerekirse gebe aşılmalıdır. Rutin TORCH taraması önerilmemektedir. Asemptomatik bakteriyüri için, ilk trimesterde yapılmadığı şartlarda, öncelikle idrarda koloni sayımı (>100.000) yapılır. İmkan olmadığı durumlarda idrarda nitrit testi yapılabilir.

Gerekli olgularda gebeliğin 16-20 haftaları arasında amniyosentez, daha sonrasında ise kordosentez ile tetkik yapılması standart olmalıdır. Sertifiye uzmanların yapacağı girişimlerde, girişime bağlı fetus kaybının sırası ile %0.5-1 ve %2 olduğu hatırlatılmalı ve işlem öncesi onam alınmalıdır.

Abortus ve doğum tanımlamasında sınır 22 gebelik haftasıdır. Fetal viyabilite sınırına kadar (22-24 hafta) fetal defektler saptanmalı ve sonlandırma işlemi bu dönemin daha ilerisine ertelenmemesi önerilir. Sonlandırma öncesi aileden onam ve tıbbi kurul kararı alınmalıdır.

PRETERM DOĞUM RİSK GRUBUNUN BELİRLENMESİ VE ÖNLENMESİ

Çalışmalar erken doğumun öngörülmesinde fetal fibronektin ve servikal uzunluk ölçümünün faydalı olabileceklerini göstermişlerdir.

Ancak 2. trimesterde servikal uzunluk ölçümünün düşük riskli popülasyonda tarama amaçlı kullanılmasının yeri şimdilik yoktur, çünkü gebelik seyrini ve takibini değiştirmemektedir.

Yüksek risk grubunda olan gebelerde erken doğumun profilaksisinde antibiyotik, yatak istirahati, hidrasyon, sedasyon, tokoliz uygulamalarının yararı kanıtlanmamıştır, önerilmemektedir.

Erken doğum açısından yüksek riskli gebe özellikleri; erken doğum öyküsü, 2. trimester düşük öyküsü, servikse uygulanan operasyonlar, Müllerian anomaliler, Obstetrik veya jinekolojik cerrahi komplikasyonlar

Çalışma temposu yüksek (düzensiz çalışma saatleri olan) ve gürültülü ortamlarda çalışan gebelerde düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riski artabilmektedir. Ancak genel olarak çalışmanın gebelik üzerine olumsuz etkisinin olmadığı kabul edilmektedir.

DOĞUM

38. gebelik haftasında yapılması önerilen gebe muayenesinde tartı alınmalı, arteriyel kan basıncı ölçülmelidir. Abdominal muayene ile simfiz-pubis aralığı ölçülmeli ve kay-

dedilmelidir. 38. GH'nda tahmini fetal ağırlık, plasenta lokalizasyonu, amnios sıvısı, miktarı ve prezentasyon açılarından fetal ultrasonografi yapılması yararlıdır.

Hasta için başvuru nedenleri

- Düzenli uterus kontraksiyonları
- Vajinal kanama
- Suların gelmesi
- Bebek hareketlerinin azalması.

İlk Muayenede Doğumun Başlama Kriterleri

Uterus kontraksiyonlarının düzenli, ilerleyici ve servikis açıcı karakterde olması ile tanımlanır.

Hastaneye geldikten sonraki bulgular yeterli değil ise hasta izlem sonrası fetal durumda değerlendirildikten sonra evine gönderilebilir. Servikal kanalın 15 mm üzerinde olan olguların Ancak %1'den azı doğum ile sonuçlanmaktadır.

DOĞUM EYLEMİNİN İZLEMİ

(Partogram kayıdı mutlaka yapılmalıdır)

- Giriş Muayenesi
- Gebe izlem kayıtlarına bakılmalı, gerekirse anamnez alınmalıdır.
- Kan basıncı, ateş nabız, solunum sayısı kontrol edilir.
- Vajinal muayenede (aseptik koşullarda, fazlaca kanamalı ise yapılmaz)
- servikal silinme
- açıklık
- gelen kısım yüksekliği
- pelvik yapı
- su kesesinin durumu değerlendirilmelidir.

Hematokrit istenir. Fetal kalp oskültasyonu yapılır.

1. Dönem

Maternal Takip

- 1. dönemde aktif faz başlayıncaya kadar su ve sulu gıdalar verilebilir.
- Aktif faz uzarsa, hasta yeniden değerlendirilmeli ve eğer gerekli ise İV sıvı verilmelidir.
- Anne rahat pozisyon değiştirebilmelidir.
- Analjezi planlandığı şekilde uygulanır.
- Hasta idrar kesesini 2 saatte bir boşaltmaya teşvik edilmelidir.
- 4 saatte bir kan basıncı, ateş, nabız kontrol edilir.
- Aktif faz başladıktan sonar 2-3 saat aralıklarla vaginal muayene yapılır. İki saat süreyle 1cm/saat'ten az ilerleme dilatasyonda duraklama olarak değerlendirilir. Su kesesi spontan olarak açılırsa hemen muayene edilir.

Fetal Takip

Düşük riskli gebelerde aralıklı oskültasyon veya elektronik fetal monitorizasyon yapılabilir. Yüksek riskli doğum grubunda sürekli elektronik fetal monitorizasyon önerilmektedir.

Aralıklı oskültasyon

- Latent fazda 30-45 dakika aralıklarla

Aktif fazda 15-30 dakika aralıklarla

2. dönemde sık aralıklarla

Kontraksiyon süresince ve sonrasında 30 sn süreyle ve peşpeşe 3 kontraksiyon esnasında yapılır.

Eğer bu sırada normalden sapma olur veya bir risk gelişirse elektronik fetal monitorizasyona geçilmesi önerilir.

2. Dönem

30 dakikada 2 kez vaginal muayene yapılır.

İniş primiparda >1, multiparlarda >2cm/saat olmalıdır. İnişin durması patolojik doğum seyrinin göstergesidir, sıklıkla C/S ile sonlanır.

Doğumda asepsi koşullarına uyulmalıdır. Doğumda görev alan sağlık personeli korunmak için maske, gözlük ve sıvı geçirmeyen giysiler kullanılmalıdır.

Başın doğumundan sonra önce ağız sonra burun aspire edilir. Boyunda kordon eğer doğuma engel oluşturuyorsa klampe edilir ve kesilir.

3. Dönem

Genellikle fizyolojik olarak plasentanın ayrılması beklenir. 30 dakikada kendiliğinden ayrılmazsa aktif yönetime geçilir Aktif yönetimde mesane boşaltılır, antispazmodik yapılır ve kontrollü traksiyon yapılır. Şayet 15 dakikada daha sonuç alınmazsa elle halas yapılır.

Pelvimetri, Ultrasonografi

Pelvik fraktürler veya operasyonlar geçirmiş gebelerde faydalı olabilir. Bunların dışında pelvisin travay sırasında vajinal muayene ile değerlendirilmesi esastır.

Fetal Distres Tanımı

Travayda KTG'de

Geç deselerasyon

Sık variabl deselerasyon

>5dk <110/dk bazal kalp hızı

Fetal distres olarak kabul edilir. Fetal pulse oksimetri veya fetal scalp pH ölçümlerinin sezaryen oranlarının azalmasında faydalı oldukları yönünde araştırmalar vardır.

Amnios sıvısında koyu kıvamlı mekonyum bulunması fetal distres bulgusudur. Ancak hafif veya koyu mekonyumlu suların gelmesi tek başına sezaryen endikasyonu değildir.

Mekonyum gelişi

Amnios sıvısının mekonyumla boyalı olması sezaryen için endikasyon oluşturmamaktadır. Koyu mekonyum varlığı, fetal distresin bulgusu olabilir ve sezaryen gerektirebilir.

Normal doğum komplikasyonlar

Ev doğumları için eğitimi yeterli sayıda personel, yeterli malzeme ve transport sistemi ana şartlar olduğundan ve ülkemiz şartlarında yakın zamanda mümkün olmadığından, doğumların hastane şartlarında yaptırılması önemlidir.

Forseps ve vakum komplikasyonları

Doğum kanalına girmiş bebeğin süratle doğurtulması gerektiğinde forseps/vakum kullanılması yararlı bir uygulamadır. Ancak, kondisyonların iyi değerlendirilmesinde yarar vardır.

Sezaryen komplikasyonları

İsteğe bağlı sezaryen bir endikasyon tanımı değildir. Planlanmış sezaryenin tanımlamasıdır. Bir tıbbi endikasyon oluşmadan yapılan sezaryen isteğe bağlı sezaryendir.

Gerek sezaryen gerek vaginal yolla doğum öncesinde hastalara her iki yöntemin de olası dezavantajları hakkında bilgilendirme yapılmalı ve ayrıntılı onam alınmalıdır.

Antepartum ve postpartum pelvik taban egzersizleri (Kegel egzersizleri), gerek sezaryen gerek vaginal yolla doğumda pelvis tabanı ile ilgili sorunları önlemektedir ve bu nedenle önerilmektedir.

Doğum hekimi-Ebe ilişkisi

Gebe takibi ve doğumun sağlanmasında doğum hekimi ve ebe yakın işbirliği içinde olmalıdır. Sağlık hizmetinin geliştirilmesi için doğum hekimliği konusundaki mezuniyet sonrası programlarına doğum hekimleriyle beraber ebelerin de katılımı programlandırılmalıdır. Bu gelişmenin sağlanabilmesi için Türk Perinatoloji Derneği ile Türk Ebeler Derneğinin beraber çalışması sağlanmalıdır.

Makat Doğumlarda Doğum Şekli: Termde makat ile prezente olan fetüslerde, belirli seçilmiş kriterler (multipar olmalı, fetal ağırlık <3200 gr, baş hiperekstansiyonda olmamalı, boyunda kordon olmamalı, oligohidramnios olmamalı, pelvis yapısı uygun olmalı, doğuma engel teşkil edecek durum olmamalı, travayın geç evresinde doğuma çok yakın halde gelen makat prezentasyonları) olmadığı sürece doğum sezaryen ile gerçekleştirilmelidir (A düzeyi, tip I kanıt). Preterm makat doğum yöntemleri hakkında doğum yönteminin seçimi ile ilgili belli kriterler bulunmamaktadır. Aynı şekilde 28-37 haftalar arasında olan makat prezentasyonu olgularda, sezaryen ile doğurtulmalıdır. (A düzeyi, tip II-2 kanıt). Ancak 24-27 hafta arasındaki makat prezentasyonundaki fetusun doğurtulması ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Çoğul gebeliklerde doğum şekli: Çoğul gebeliklerin mutlaka yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunan ve çoğul gebeliklerin doğumunda tecrübeli merkezler tarafından doğurtulması tavsiye olunur. Baş-baş ve baş-makat gelişlerde tercih edilen yöntem vaginal yolla doğumdur. Ancak, bu doğumlar mutlaka yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunan ve tecrübeli merkezler tarafından yapılmalıdır.

Plasenta Previa

Plasenta previa tanısı transvaginal ultrasonografi ile 32. gebelik haftasında netleştirilmelidir. Plasenta previa totalis olgularının 36. haftadan sonra hastaneye ulaşımı kolay

olan mesafede bulunmaları önemlidir. Bu olguların, mutlaka hazırda donör bulundurmaları da çok önemlidir. Plasenta previa olgularının, orta şiddette kanaması olduğu takdirde 36. haftadan sonra doğurtulması tercih edilir. 36. haftanın altında orta şiddette kanaması olan olgular, hastane şartlarında takip edilmelidir. Özellikle eski sezaryen olgularında, plasenta akreata gibi plasenta yapışma anomaliklerinin gerçekleşme olasılığı artmıştır. Bu olgularda doğum buna göre ayarlanmalı, hastaya histerektomi olasılığı hakkında bilgi verilmelidir.

Term ve gūnaşımı gebelikler

Gūnaşımı gebelik, beklenen doğum tarihinden sonra 14 gūnū geçen gebelikler anlamına gelmelidir. Gebelik yaşıнын erken dönemde belirlenmesi, gūnaşımı gebeliklerinin doğru tayin edilmesini sağlar. Bu olgularda, (ultrasonografisi ve NST'si normal olduėu halde) doğum olmayan olgularda, serviksin olgunlaştırılmasından sonra doğum indüksiyonu önerilmektedir.

İndüksiyon Yöntemleri

İndüksiyon uygulamaları, endikasyonlu olgularda ve ancak serviks uygun olduktan sonra yapılmalıdır. Uygulama öncesinde hasta bilgilendirildikten sonra onam formu doldurulmalıdır. Geniş anlamda kullanılan indüksiyonun operatif doğum gibi morbiditeleri arttırdığı bilinmelidir. İndüksiyon uygulanacak olgularda serviks transvajinal olarak değerlendirilmeli, 15 mm.nin altında tespit edilen olgularda oksitosin ile indüksiyon uygulanmalıdır.

Doğum anestezisi ve analjezisi

Doğum analjezisinde epidural anestezinin yaygın kullanımı yararlıdır ve tavsiye olunur. Epidural anestezi, sezaryene geçen olgularda, sezaryen operasyonu için ve sezaryen sonrası ağrı kontrolü için de yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Şen, C: Sağlık Personeli İçin Gebelikte İzlem ve Doğum. İstanbul, Depar Matbaacılık. 2006
2. Şen, C: Gebenin El Kitabı. İstanbul, Depar Matbaacılık. 2006
3. Dudson MG. Early pregnancy. In Dudson MD, ed. Transvaginal Ultrasound. New York: Churchill Livingstone, 1991:165-201
4. Levi, CS et al. Endovaginal ultrasound demonstration of cardiac activity in the embryos less than 5 mm in crown rump length. Radiology. 1990: 176;71-76
5. Zalen-Sprock RM, van Brons JTJ, van Vugt JMG, van Harten HJ, van Geijn HP. Ultrasonographic and radiologic visualization of the developing embryonic skeleton. Ultrasound Obstet Gynecol 1997;1997:9:932-7
6. Bronshtein M, Orhony A. Acrania: anencephaly resulting from secondary degeneration of a closed neural tube: two cases in the same family. J Clin Ultrasound 1991;19:230-4

7. Pachi A, Giancotti A, Torcia F, de Prosperi V, Maggi E. Meckel-Gruber syndrome: Ultrasonographic diagnosis at 13 weeks' gestational age in an at-risk case. *Prenat Diagn* 1989; 9:187-90
8. Hernadi L, Torocsik M. Screening for fetal anomalies in the 12th week of pregnancy by transvaginal sonography in an unselected population. *Prenat Diagn* 1997;17:753-9
9. Ulm B, Ulm MR, Deutinger J, Bernaschek G. Dandy-Walker malformation diagnosed before 21 weeks of gestation: associated malformations and chromosomal abnormalities. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;10:167-70
10. Economides DL, Braithwaite JM. First trimester Ultrasonographic diagnosis of fetal structural abnormalities in a low risk population. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:53-7
11. Sherer DM, Hearn-Stebbins B, Harvey W, Metlay LA, Abramowicz JS. Endovaginal sonographic diagnosis of iniencephaly aperus and craniorachischisis at 13 weeks, menstrual age. *J Clin Ultrasound* 1993; 21:124-7
12. Braithwaite JM, Armstrong MA, Economides DL. Assessment of fetal anatomy at 12 to 13 weeks of gestation by transabdominal and transvaginal sonography. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:82-5
13. Nicolaides KH, Campbell S, Gabbe SG, Guidetti R. Ultrasound screening for spina bifida: cranial and cerebellar signs. *Lancet* 1986;2:72-4
14. Bernard JP, Suarez B, Rambaud C, Muller F, Ville Y. Prenatal diagnosis of neural tube defect before 12 weeks' gestation: direct and indirect Ultrasonographic smeiology. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;10:406-9
15. Tegnander E, Eik-Nes SH, Johansen OJ, Linker DT. Prenatal detection of heeart defects at the routine fetal examination at 18 weeks in a non-selected population. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995;5:372-80
16. Hyett JA, Perdu M, Sharland GK, Snijders RJM, Nicolaides KH. Using fetal nuchal translucency to screen for major congenital cardiac defects at 10-14 weeks of gestation: population based cohort study. *Br Med J* 1999;318:81-5
17. van Zalen-Sprock RM, van Vugt JMG, van Geijn HP. First trimester sonography of physiological midgut herniation and early diagnosis of omphalocele. *Prenat Diagn* 1997;17:511-18
18. Snijders RJ, Sebire NJ, Souka A, Santiago C, Nicolaides KH. Fetal exomphalos and chromosomal defects: relationship to maternal age and gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995;6:250-5
19. Bronshtein M, Amit A, Achiron R, Noy I, Blumenfeld. The early prenatal sonographic diagnosis of renal agenesis: techniques and possible pitfalls. *Prenat Diagn* 1994;14:291-7
20. Bronshtein M, Bar-Hava I, Mlumenfeld Z. Clues and pitfalls in the early prenatal diagnosis of late onset infantile polycystic kidney. *Prenat Diagn* 1992;12:293-8
21. Sebire NJ, von Kaisenberg C, Rubio C, Snijders RJM, Nicolaides KH. Fetal megacystis at 10-14 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;8:387-90
22. Drugan A, Zador IE, Bhatia RK, Sacks AJ, Evans M. First trimester diagnosis and early in utero treatment of obstructive uropathy. *Acta Obstet Gynecol Scan* 1989;68:645-9
23. Snijders RJM, Noble P, Sebire N, Souka A, Nicolaides KH. UK Multicentre project on assessment of risk of trisomy-21 by maternal age and fetal muchal-translucency thickness at 10-14 weeks of gestation. *Lancet*; 1998;352:343-6
24. Pajkrt E, de Graaf IM, Mol BW, van Lith JM, Bleker OP, Bilardo CM. Weekly nuchal translucency measurements in normal fetuses. *Obstet Gynecol* 1998;91:208-11
25. Haddow JE, Palomaki GE, Knight GJ, Williams J, Miller WA, Johnson A. Screening of maternal serum for fetal Down's syndrome in the first trimester. *N Engl J Med* 1998;338:955-61
26. Spencer K, Souter V, Tul N, Snijders R, Nicolaides KH. A screening program for trisomy 21 at 10-14 weeks using fetal nuchal translucency, maternal serum free β -human chorionic gonadotropin and pregnancy-associated plasma protein-A. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999;13:231-7
27. Sepulveda W, Sebire NJ, Souka A, Snijders RJM, Nicolaides KH. Diagnosis of the Meckel-Gruber syndrome at eleven to fourteen weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:316-19
28. Souka AP, Snijders RJM, Novakov A, Soares W, Nicolaides KH. Defects and syndrome in chrosomally normal fetuses with increased nuchal translucency thickness at 10-14 weeks od gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;11:391-400
29. Finberg HJ. The "twin peak" sign: reliable evidence of dichorionic twinning. *J Ultrasound Med* 1992; 11:571-7
30. Sepulveda , Sebire NJ, Hughes K, dibo A, Nicolaides KH. He lambda sign at 10-14 weeks of gestation as a pedictir of chorionicity in twin pregnancies *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;7:421-3
31. Sepulveda W, Sebire NJ, Hughes K, Kalogeropoulos A, Nicolaides KH. Evolution of the lambda sign or twin/chorionic peak sign in dichorionic twin pregnancies. *Obstet Gynecol* 1997;89:439-41
32. Sebire NJ, Snijders RJM, Hughes K, Sepulveda W, Nicolaides KH. The hidden mortality of monochorionic twin pregnancies. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104:1203-7
33. Sebire NJ, Hughes K, D'Ercole C, Souka A, Nicolaides KH. Increased fetal nuchal translucency at 10-14 weeks as a predictir of severe twin-to-twin transfusion syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;10:86-9