

Tekrarlayan Yedi Gebelik Kaybı Sonrası Başarılı Gebelik: Olgu Sunumu

Hakan NAZİK^a, Raziye NARİN, Murat APİ, Hakan AYTAN, Şule GÜL, Cevdet ADIGÜZEL

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Adana, Türkiye

ÖZET

Tekrarlayan gebelik kayıpları (TGK) reproduktif çağıdaki kadınların yaklaşık %0.5-1'ini etkileyen önemli bir obstetrik problemidir. Etiyolojide birçok hastalık sorumlu tutulsa da vakaların %50-70 inde herhangi bir neden ortaya konulamamaktadır. Açıklanamayan TGK olgularında psikolojik destek verilmesi, haftalık ultrasonlarla yakın izlem ile ilgili yapılan çalışmalarda gebelik kaybı 2-4 kez daha azalmış olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada yedi TGK ve multipl risk faktörleri olan bir olgunun başarılı gebeliği sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Tekrarlayan gebelik kayıpları, Diabet, Servikal yetmezlik

ABSTRACT

A Successful Pregnancy Following Recurrent Seven Pregnancy Losses: A Case Report

Recurrent pregnancy loss (RPL) is an important obstetric problem affecting about 0.5-1% of women in their reproductive period. Although many etiologic factors have been thought to be responsible, in 50-70% of cases no definitive factors can be found. In studies that assess unexplained RPL cases, providing psychological support and close follow-up with weekly ultrasonography have been reported to decrease pregnancy losses up to 2-4 times. In this study a successful pregnancy following recurrent seven pregnancy losses in a woman with multiple risk factors is presented.

Key words: Recurrent pregnancy loss, Diabetes, Cervical insufficiency

Yirminci gebelik haftasından önce klinik olarak tanımlanmış 2 veya 3 ardışık gebelik kaybına tekrarlayan gebelik kayıpları (TGK) denir (1). Artan bir sıklıkta adından söz ettiren TGK spesifik bir klinik durum olarak ayrıntılı bir yaklaşım gerektirmektedir. Etiyolojide genetik anormallikler, uterin patolojiler, trombofili, çevresel faktörler, endokrinolojik ve immünojenik nedenler rol oynayabilir. Tüm bu nedenlerin etiyolojideki önemi tartışmalıdır. Tüm bu faktörler araştırılsa da hastaların yaklaşık yarısında herhangi bir neden ortaya konulamamaktadır (2). Etiyolojisi açıklanamayan gebelik kayıplarında tedavi kadar önemli olan şey sonraki gebelikteki bakımdır. İlk trimesterde haftalık yapılan ultrasonlar ile canlılığın tespiti anneye endişelenecek kısa bir zaman bırakır. Unutmamak gerekir ki 3 ardışık düşükten sonra hiçbir şey yapılmassa dahi sonraki gebelikte %50-60 olasılıkla canlı bir çocuk sahibi olunacaktır (3).

Bu çalışmada yedi kez tekrarlayan gebelik kaybı olan, pregestasyonel diabet, trombofili ve servikal yetmezlikle komplike bir olgunun gebelik takibini sunmayı amaçladık.

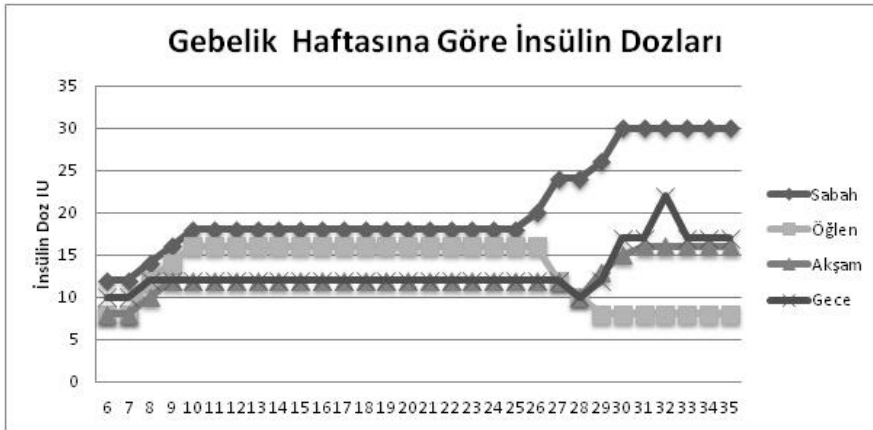
OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşında, G8 P0 A7 Y0, tekrarlayan gebelik

kayıpları, tip 2 diabet mellitus (DM) tanısı olan hasta obstetri kliniğine 5. gebelik haftasında riskli gebelik tanısı ile kan şekeri regülasyonu ve izlem amacı ile yatırıldı. Özgeçmişinde 6 yıldır DM hastası olduğu, altı ila dokuzuncu haftalarda spontan abortus ile sonuçlanan 7 gebeliğinin olduğu öğrenildi. Ultrasonografik incelemede son adet tarihi ile uyumlu 5 haftalık intrauterin tek gebelik izlendi. Trombofili panelinin incelenmesinde protrombin G20210A, faktör V Leiden G1691A, protein S ve C değerleri normal bulunmasına karşın MTHFR A1298C ve C677T değerleri heterozigot olarak saptandı. Vücut kitle indeksi 23, HbA1c değeri %6.8 olan hastaya 1800 kilokalori diabetik diyet, TGK nedeniyle günde 4000 IU Enoksaparin Sodyum başlandı. Hastanın kullandığı ikili insülin protokolü gebelikte uygulanan dördü insülin protokolü ile değiştirildi. Glukoz regülasyonu için hedef değerler; açlık kan şekeri için 95mg/dl, 1. saat tokluk kan şekeri için 140 mg/dl eşik değer kabul edilerek insülin doz ayarlaması yapıldı (Grafik 1). Kan şekeri regüle edilerek taburcu edilen hasta bir hafta sonra vajinal kanama şikayeti ile poliklinikte değerlendirildi. Ultrasonda 6 hafta 6 gün canlı gebelik izlendi. Vajinal kanama şikayeti gebelik 11 hafta 2 güne ulaşınca son buldu. Haftalık poliklinik kontrolleri ayaktan yapılan olgunun 27.

^a Yazışma Adresi: Dr. Hakan NAZİK^a, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Adana, Türkiye
Tel: 0 542 6861120
e-mail: drhakannazik@gmail.com

haftada servikal uzunluğu transvajinal ultrasonda 11 mm olarak ölçüldü. Servikte hunileşme bulgusu izlenmesi ve NST de kontraksiyon olmaması neticesinde servikal yetmezlik tanısı ile Mcdonalds yöntemi ile servikal serklaj yapıldı. Rektal 100 mg indometazin ve 12 mg betametazon 24 saat ara ile 2 doz yapıldı. Ertesi gün yapılan kontrol ultrasonda servikal uzunluk 22 mm, fetal biyofizik profil 8 olarak değerlendirildi. Günlük NST ve gūnaşırı ultrason takibine başlandı. 28. gebelik haftasında HbA1c %4.7 olarak ölçüldü. Yedi haftalık izlem sürecinde, kan glukoz takibi ve gūnaşırı modifiye biyofizik profil takibi yapılarak 35. gebelik haftasına ulaşıldı. Bu haftada amniyon kesesinin rüptürü ve kontraksiyonların başlaması nedeniyle, makat prezantasyon ve preterm prematür membran rüptürü tanıları ile gebelik sezaryen ile sonlandırıldı. Apgar skoru 1.dak. 9, 5.dak. 10 olan 2000 gr erkek bebek doğurtuldu. Operasyon sonrasında hastaya litotomi pozisyonu verilerek servikal serklaj açıldı. Postoperatif insülin dozları gebelik öncesi değerlere düşürülerek kan şekerleri yeniden regüle edildi. Endokrin polikliniği ile konsülte edilen hasta 2 gün takip edilerek şifa ile taburcu edildi.



Grafik 1. Gebelik boyunca yapılan insülin doz ayarlamaları haftalık olarak gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Klinik olarak tespit edilmiş ilk gebeliklerin %10-15'i abortusla sonuçlanır. Prospektif bir çalışmada, bir abortustan sonra yeniden düşük riski %15 iken bu oran iki ardışık düşükten sonra %17-31'e, üç veya üzeri ardışık düşükten sonra %25-46'ya çıkmıştır (3). Birçok faktör düşük oranlarını etkiler. Bu faktörler arasında yaş, kronik hastalıklar, herediter ve akkiz trombofili, anatomik anomaliler, servikal yetmezlik, enfeksiyonlar gibi nedenler yer almaktadır. Genel bir konsensus olarak sağlıklı bir kadında ortaya çıkan birinci trimestir ve erken ikinci trimestir abortuslar için ayrıntılı değerlendirme yapılmaz. Spontan abortus prevalansı yükselen anne yaşıyla birlikte artar. 40 yaşındaki spontan abortus riski 20 yaşındakinin 2 katıdır (4, 5). Sunulan olgu 36 yaşında ve Tip 2 Diabetes Mellitus hastası idi. Maternal diabetes mellitus; konjenital anomali, abortus, açıklanamayan ölü doğum, prematür doğum, makro-

zomi, travmatik doğum gibi birçok komplikasyon riskini artırır. TKG açısından fark yaratmadığı düşünülse bile diabetik hastalarda glisemik kontrolün gebelik öncesi dönemde optimizasyonunun anne ve fetusun sağlığı açısından faydalı olacağı açıktır. İnsülin öncesi dönemde fetal ve neonatal kayıp oranları % 65 iken, insülin tedavisindeki gelişmeler ve diabetik gebeye obstetrik yaklaşımlar gebelik sonuçlarını progresif olarak iyileştirmiştir. Diyabetin tüm komplikasyonları artmış HbA1c seviyeleri ve kötü glisemik kontrol ile artmaktadır. Diyabet kontrol ve komplikasyonları çalışması kan glikoz kontrolü için yapılan hassas tedavinin spontan abortus oranını diabetik olmayan popülasyon seviyesine düşürdüğünü göstermiştir (6). HbA1c düzeyi erken gebelikte %10 ve üzerinde ise fetal malformasyon riski %23'e yükselmektedir. Gebe kadın bu konuda bilgilendirilmelidir. HbA1c düzeyleri 4-6 haftada bir tekrar edilmeli ve hastada sıkı glisemik kontrolü sağlanmalıdır (7). Sunulan olgunun 5. gebelik haftasında bakılan HbA1c düzeyi %6.8 iken 28. gebelik haftasında %4.7 olarak ölçülmüştür. Diyabetin tedavisinde sadece diyetin düzenlenmesi ile normal kan şekeri seviyelerine ulaşabilmektedir. Önerilen kalori

alımı gebelik öncesi kiloya göre düzenlenmektedir (8). BMİ normal olan kadınlara 30 kcal/kg/günlük kalori alımı, BMİ normalin üzerinde olan kadınlara 24 kcal/kg/gün kalori alımı, gebeliğinden önce belirgin olarak zayıf kadınlara ise 36 kcal/kg/gün kalori alımı önerilmektedir. Amerikan Diabet Birliği (ADA), açlık kan şekeri 95 mg/dl, 1. saat TKŞ 140, 2. saat 120 mg/dl altında tutulamıyorsa insülin tedavisi önermektedir. İnsülin başlama dozu gebenin o andaki kilosuna ve

gebelik haftasına göre ayarlanır. İnsülin dozları genellikle 18. haftaya kadar 0.7 ü/kg, 18-26 haftalar arası 0.8 ü/kg, 26-36. haftalarda 0.9 ü/kg ve 36-40. haftalar arasında 1 ü/kg ile çarpılarak hesaplanır. Hesaplanan insülin dozlarının uygulandığı çeşitli protokoller vardır. Bunlar ikili, üçlü ve dōrtlü protokoller şeklinde olabilmektedir. Dōrtlü ya da intensive rejimde hesaplanan günlük total kristalize insülin dozu 3 parçaya bölünerek sabah, öğle, akşam öğünlerinden önce yapılmak üzere ayarlanır. Akşam için hesaplanan NPH dozu gece yatarken yapılır. Sunulan olgunun 6 yıldır tip 2 DM tanısı mevcut idi, pregestasyonel dönemde ikili protokol ile insülin tedavisi almaktaydı. Kan şekerleri regüle olmayan hastaya kilosuna uygun diyet başlandı ve dōrtlü insülin tedavisine geçilerek glukoz regulasyonu sağlandı.

Servikal yetmezlik ikinci veya erken üçüncü trimestirde ortaya çıkan, ağrısız servikal dilatasyon, membranların rüptürü veya prolapsusu ile karakterize erken doğumu tetikleyen bir durumdur (9). Servikal yetmezliğin risk faktörleri arasında kollojen doku de-

fektleri, servikal cerrahi öyküsü (serviksin amputasyonu, konizasyonu, önceki serklaja bağlı laserasyon veya rüptür) bulunmaktadır. Gebelikte servikal yetmezlik tanısı anamnez fizik muayene ve USG bulgularının birleştirilmesi ile klinik olarak konulur. İncelemede serviksten vajene doğru fetal membranın protrüze olmadığı tespit edilirse transvajinal muayene ile servikal efasman, dilatasyon ve servikal uzunluk tespit edilmiştir. İntraabdominal basıncı arttırmak amaçlı yapılan supravazikal bası sonrası servikste dilatasyon bulgusu olarak adlandırılan hunileşme (funneling) bulgusu preterm eylem tanısını predikte edememektedir (10). Preterm doğumların %10'unun 28. gebelik haftasının altında ortaya çıktığı düşünülürse 22-28 gebelik haftasında oluşan üç doğumdan birisinin servikal yetmezliğe bağlı ortaya çıktığı görülmektedir. İkiz gebeliklerde servikal yetmezlik oranları daha da yüksektir (11). Preterm eylem riski 30. gebelik haftasında bakılan servikal uzunluğun 22-25 mm altında ölçülmesi ile artmaktadır. Ancak litaretürde servikal uzunluğun kesin bir cut off değeri yoktur (12). Servikal yetmezlik tanısı konulan hastalara preterm doğum öyküsü, muayene ve transvajinal USG bulguları ile en uygun tedavi şekli seçilmelidir. Öykü net değilse, seri klinik ve ultrasonografik muayene ile hasta takip edilmelidir. Servikal uzunluğu <25 mm olan ve preterm doğum öyküsü mevcut olan hasta grubuna servikal serklaj ya da yakın takip önerilmektedir. Bununla birlikte servikal uzunluğu 15 mm'den küçük olan hastalara kesinlikle serkilaj önerilmektedir (13). Servikal uzunluğu 16-25 mm olan grupta ise yüksek risk olarak kabul edilen 1 den fazla preterm doğum öyküsü olması, servikal cerrahi öyküsü

olması gibi faktörlere bağlı olarak servikal serklaj önerilmektedir (12). Serklaja karar verilen hastalarda müdahale öncesi Fetal viabilite, anöploidi yönünden tarama yapılması önerilmekle beraber koriyoamniyonit yönünden de hasta dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Günümüzde en sık Shirodkar ve McDonald teknikleri kullanılmaktadır. Shirodkar yönteminde önemli olan sütürün internal os hizasına en yakın konumda atılması, serviksin mesane ve rektumdan disseke edilmesi, sütürün üzerinin mukaza ile örtülmesidir (14). McDonald yönteminde ise esas olan basitçe servikojinal bileşkeye purse-string sütür konmasıdır (15). Sıklıkla polyster, polipropilen sütür mataryelleri bu işlemlerde kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda iki tekniğin birbirine üstünlüğü net olarak gösterilememiştir. 28. gebelik haftasından önce oluşan preterm eylemlerin üçte biri servikal yetmezliğe bağlı ortaya çıkmaktadır (16). Literatür ile paralel olarak 26. gebelik haftasında servikal yetmezlik tespit edilen olguya servikal uzunluğun 15 mm altında olması ve kötü obstetrik öykü nedeniyle McDonalds yöntemi ile servikal serklaj uygulanmıştır.

Çalışmamızda tekrarlayan gebelik kayıpları, pregestasyonel diabeti, herediter trombofilisi olan ve gebelikte servikal yetmezliği gelişen bir olgu sunulmuştur. Kötü obstetrik öyküsü olan bu hastanın glukoz regülasyonu sağlanarak, düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisi verilerek, düzenli poliklinik ve ultrason takipleri neticesinde servikal yetmezlik tedavisi ile gebeliği başarılı bir şekilde sonuçlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Salat-Baroux J. Recurrent spontaneous abortions. *Reprod Nutr Dev* 1988; 28: 1555.
2. Tekrarlayan Gebelik Kayıplarına Kanıta Dayalı Yaklaşım. Seyhan A, Ata B, Urman B. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2011; 8: 5-20.
3. Stirrat GM. Recurrent miscarriage. *Lancet* 1990; 336: 673.
4. Management of recurrent early pregnancy loss. ACOG practice bulletin no. 24, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC 2001.
5. Jaslow CR, Carney JL, Kutteh WH. Diagnostic factors identified in 1020 women with two versus three or more recurrent pregnancy losses. *Fertil Steril* 2010; 93: 1234.
6. Pregnancy outcomes in the Diabetes Control and Complications. *Trial Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1343-53.
7. İsmail D, Ozlem O. Diabetes Mellitus ve Gebelik. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 1. Baskı Güneş Kitabevi 2006; 435-50.
8. Miller EH. Metabolic management of diabetes in pregnancy. *Semin perinatol* 1994; 18: 414-31.
9. Easterday CL, Reid DE. The incompetent cervix in repetitive abortion and premature labor. *N Engl J Med* 1959; 260: 687-90.
10. To MS, Skentou C, Liao AW, Cacho A, Nicolaides KH. Cervical length and funneling at 23 weeks of gestation in the prediction of spontaneous early preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18: 200-3.
11. Grobman W, Peaceman Am: what are the rates and mechanisms of first and second trimester pregnancy lost in tweens. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41: 36-45.
12. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. *N Engl J Med* 1996; 334: 567-72.
13. Owen J, Hankins G, Iams JD, et al. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201: 375.e1-8.
14. Shirodkar VN. A new method of operative treatment for habitual abortions in the second trimester of pregnancy. *Antiseptic* 1955; 52: 299-300.
15. Macdonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *J Obstet Gynaecol Br Em* 1957; 64: 346-50.
16. Harger JH. Comparison of success and morbidity in cervical cerclage procedures. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 543-8.

Gönderilme Tarihi: 21.05.2012