

Abortuslar

Doç. Dr. M. Murat Seval
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

1

AMAÇ

Bu oturum ile katılımcıların Abortus tanısı ve tiplerini bilmesi, takip ve tedavi seçeneklerini kavrayabilmesi amaçlanmaktadır.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

- Abortusu tanımlayabilecek ve alt tiplerini sınıflayabilecek,
- Abortusların klinik sınıflamasını yapabilecek
- Abortuslarda tanı ve tedavi seçeneklerini açıklayabilecek

2

Abortus;

"< 20. gebelik haftası" veya "< 500 gram"
embriyo veya fetüs ve eklerinin
tam veya kısmi olarak
uterus kavitesinin dışına atılması

Biyolojik olarak yaşama ve yaşatılabilme özelliklerini kazanmamış *gebelik ürünü* uterus dışına atılması

5 hafta öncesi	Embriyo öncesi
5-9 hafta	Embriyo
10 hafta – doğum	Fetüs

3

Sıklık

- İmplantasyon sonrası gebeliklerin %31'i abortus
- Bu gebeliklerin 2/3'ü klinik olarak farkedilmiyor
- Klinik gebeliklerin % 10-15'i
- Biyokimyasal gebeliklerin % 60'ı
- Tüm abortusların % 80'ini ilk 12 hafta içinde gerçekleşir.

4

Risk Faktörleri

- İleri anne yaşı
- Yüksek Ateş
- NSAID (*PG inhibisyonu ile implantasyon boz ?*)
 - Kullanarlarda % 25
 - Kullanmayanlarda % 15
- Madde bağımlılığı – alışkanlıklar;
 - Sigara
 - Alkol
 - Uyuşturucu, kokain
 - Fazla miktarda Kafein

5

Sınıflandırma

Ortaya çıkış zamanı:

1. Subklinik (Biyokimyasal)
2. Erken (<10 hafta)
3. Geç (10-20 hafta)

Klinik bulguları:

1. Spontan abortus
2. Rekküren abortus
3. İndüklenmiş abortus
 - Medikal/Cerrahi

❖ **Septik Abortus**

Spontan Abortus Klinik Sevri:

1. Ab. imminens (*Düşük tehdidi*)
2. Ab. insipiens
3. Ab. servikalis
4. Ab. kompletus
5. Ab. inkompletus
6. Missed abortus

6

Septik Abortus

- Düşük sırasında intrauterin enfeksiyon - *Spontan/ - kriminal/ - terapotik*
- Asepsi antisepsi kullarına uyulmayan müdahaleler (*istenmeyen gebelikler*)
- Sosyoekonomik durum iyi olmadığı, kontrasepsiyonun uygulanmadığı toplumlarda sık
- Klinik
 - Yüksek ateş, kötü kokulu akıntı-kanama, uterin hassasiyet ve karın ağrısı
- Maternal mortalitenin önemli bir sebebi !!

7

Terapotik Abortus

- Hekim tarafından gebeliğin sonlandırılması
 - Annenin veya fetüsün sağlığını tehdit eden durumlar
 - Konjenital malformasyonlar
- 10 hafta öncesinde anne isteğe bağlı terminasyon yasal
- 10 hafta sonrasında ise Sağlık Bakanlığının "ıbbi zorunluluk halinde gebeliğin sonlandırılması" adlı tüzüğüne uygun
 - Heyet raporu
 - Sonrasında tahliye

8

Rekürren Abortus

- Tekrarlayan abortus
- Arka arkaya 3 veya daha fazla spontan düşüğün gerçekleşmesi
- Düşük sayısı arttıkça canlı çocuk doğurma şansı azalır!!!

9

Abortus imminens

- Düşük tehdidi, önlenebilir düşük.
- Gebelik + vajinal kanama
- Bu grupta gebelik devam ediyordur; fetüs veya embriyo canlıdır.

10

Abortus insipiens

- Yoluna girmiş düşük veya durdurulamayan düşük.
- Gebelik + vajinal kanama + Servikal açıklık
- Embriyo veya fetüs uterusu yerleşmiş olduğu implantasyon bölgesinden ayrılmış ve yaşamını kaybetmiştir.
- Gebeliğin devam etme şansı yoktur.

11

Abortus kompletus

- Fetüs ve eklerinin total olarak atılması
- Uterus kavitesi boşalmıştır.
- Erken gebeliklerde ilk 6-8 hf. gebeliklerde rastlanabilir
- Gebelik yaşı büyüdükçe spontan abortus kompletus şansı azalır

12

Abortus inkompletus

- Tam olmayan düşük.
- Fetüs ve eklerinin bir kısmının kavitede kaldığı durumdur.
- 10 hf ve üstündeki büyük gebeliklerde sık rastlanır.

13

Missed abortus

- Embriyo veya fetüsün 4 hafta veya daha fazla ölü olarak kalması
 - USG ile tanı daha erken (FKA negatif gebelik)
- Süre ne kadar uzunsu
 - Kanama problemleri
 - Tahliye esnasında ciddi zorluklarla karşılaşma riski artar

14

Etiyoloji

I- Embriyo ve fetusa ait kromozomal anomaliler

- Kromozom anomalileri
 - En sık ilk trimesterde

Chromosomal Studies	Incidence Range (%)
Embryonic	-50
Euploid	45 to 55
Autosomal	22 to 22
Autosomal trisomy	5 to 20
Trisomy 21 (Down)	6 to 8
Trisomy 18	2 to 4
Structural anomaly	2
Anembryonic (blighted ovum)	-50

15

Etiyoloji

I- Embriyo ve fetusa ait kromozomal anomaliler

- **Trisomiler (otozomal/seks)**
 - Spontan abortuslarda %52
 - Patoloji birinci mayoz bölünmede homolog kromozomların ayrılmaması
 - 16. kromozomda: fatal (yeni doğanda görülmemekte)
 - 21 ve 22. kromozomdaki trisomiler 2. sırada (Tri 21 fatal)
- **Monozomiler (Otozomal/seks)**
 - Otozomal → fatal
 - XO → Turner sendromu (abort nedeni olabilir)
- **Triploidi / Tetraploidi / Pentaploidi**
 - Daha nadir nedenler

16

Etiyoloji

II- Maternal faktörler

- Enfeksiyonlar
- Genital sisteme ait patolojiler
- Endokrin bozukluklar
- Beslenme bozuklukları ve toksik nedenler
- İmmünojenik faktörler
- Trombofil

17

Etiyoloji

II- Maternal faktörler

- **Enfeksiyonlar:**
 - Bütün akut ve sistemik enfeksiyonlar (genel septisemi)
 - Pnömoni, tifo, pyelonefrit, apandisit, safra kesesi iltihabı.
 - Yüksek ateş yaparak uterus aktivitesini artırır
 - Bakteriyel toksinler veya bakteri-virüslerin kendileri plasentayı geçerek fetüsün ölümüne ve abortusa neden olabilir

18

Etiyoloji

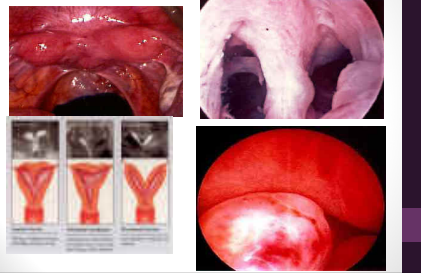
II- Maternal faktörler

• Genital sisteme ait patolojiler:

- Mullerian anomaliler
 - Genel popülasyonda → %0.1-0.5
 - Tekrarlayan düşüklerde → %10-14
- İntramural fibromyomlar
- İntrauterin adezyonlar
- Servikal yetmezlikler

19

Etiyoloji



20

Etiyoloji

II- Maternal faktörler

• Endokrin Bozukluklar:

- Tiroid fonksiyon bozuklukları da düşükler de önemli etkenlerdir:
 - Özellikle tekrarlayan düşüklerde
 - Hipotiroidi (subklinik/klonik) → tekrarlayan düşükler
- Diyabetik kontrolün yeterli olmadığı hallerde de düşük olaylarının sıklıkla gerçekleşebileceği bilinmektedir.

21

Etiyoloji

II- Maternal faktörler

• Beslenme bozuklukları:

- DNA ve RNA sentez bozukluklarına yol açarak düşük nedeni olabilmektedir...
 - Folik asit, çinko, methionin eksikliğini (?)
- Protein eksikliği
- C, D ve K vitaminleri
- Ağır anemiler

22

Etiyoloji

II- Maternal faktörler

• Toksik nedenler:

- Çevre kirliliği fazla olan yerlerde yaşayanlar
- Sigara ve alkol kullanımı
- Radyasyon
- Kurşun ve civa gibi ağır metaller
- Teratojen ilaç kullanmak zorunda kalan gebelerde
- Cerrahi girişimler

23

Etiyoloji

II- Maternal faktörler

• İmmünojenetik faktörler

- Normal gebelikte blastokist, trofoblast ve desidüadan kaynaklanan immünoşüpresif faktörler bulunmaktadır
- Fetal antijenler maternal immün sistem tarafından tanınmamaktadır

24

Etiyoloji

II- Maternal faktörler

• Trombofilik faktörler:

- Edinsel trombofilik
 - Antifosfolipid antikor sendromu
- Kalıtsal trombofililer
 - Faktör V Leiden mutasyonuna bağlı aktive protein C rezistansı
 - Faktör II (protrombin) gen mutasyonu
 - Antitrombin III eksikliği
 - Protein C ve S eksiklikleri

25

Klinik bulgu ve semptomlar

• En sık görülen semptomlar

- Kanama
- Pelvik ağrı
- Düşen parça
- Asemptomatik

26

Klinik bulgu ve semptomlar

Düşük tipi	Vajinal Muayene	Serviks	Gebelik Testi	Kanama	Ağrı	Abort materyali	USG	FXA
Ab. İminens	Hafta ile uyumlu	Kapalı	+	±	±	-	Haftası ile uyumlu	+
Ab. İndispiyans	Serviks ağzında gebelik ürünü	Açık	+	++	+++	-	Kavite düzensiz	-
Ab. Servikalıs	Uterus fundus boş, servikste	Açık	+	++	+++	±	Kavite düzensiz	-
Ab. İnkompletus	Uterus boş	Açık	+	+++	+++	+	Boş	-
Ab. Kompletus	Uterus boş, NGB	Kapalı	+	±	±	-	Kavite boş, uterus küçük	-
Missed Ab.	Haftasına göre ufak	Kapalı	+	±	-	-	Boş (?)	-

27

Ayrııcı Tanı

- Ektopik gebelik,
- Gestasyonel trofoblastik hastalıklar,
- Servikal erozyon,
- Servikal polip,
- Vajene doğmuş myom,
- Kanama bozuklukları,
- Malignite (vajinal kanama)

28

Laboratuvar

- HCG
- Progesteron seviyelerinde
- Kan tablosu (kanama)
- Ultrasonografik bulgular

29

Komplikasyon

- Yaygın damar içi koagülasyon (missed abortus)
 - Ciddi kan kaybı sonucu şok
 - Akut tübuler nekroz
 - Karaciğer yetmezliği
- Septik olaylar
 - Salpenjit, endometrit,
 - Tromboflebit,
 - Septik emboli,
- Müdahaleye bağlı
 - Uterus perforasyonu,
 - Komşu organ yaralanmaları
 - Endometrial kavitede sineşi

30

Tedavi

Abortus imminens

- Önlenebilir düşük ????
- Hasta yatak istirahatine
- Sedasyon
- Koitus yasaklanır
- Konstipasyon varsa laksatifler eklenir:

- Kanama, BetaHCG, progesteron, USG bulguları ile takip edilir.
- Corpus luteum (progesteron) yetmezliği tespit edilirse tedaviye progesteron preparatı eklenebilir

31

Tedavi

- Diğer tip (kaçınılmaz) düşüklük:
- Abortus insipiens, abortus inkompletus, abortus servikalis ve missed abortusta
- Uterus kavitesinin boşaltılması

32

Tedavi

- Missed abortuslarda
- Missed abortus tanısı gerçekleştiğinde fibrinojen ölçümü yapılmalı sonra uterus tahlyesine karar verilmelidir.
- Fibrinojen eksikliği varsa replasman
 - TDP

33

Tedavi

Septik abortus ve septik şok

- Hospitalizasyon
- Uygun yeterli mayi replasmanı yapılır.
- Diürez takibi
- Geniş spektrumlu antibiyotik (aerob+aneorob)
- Genel durumu stabil olunca;
 - Küretaj ile kavitenin boşaltılması gerekli
- ABY veya ARDS yoğun bakım/diyaliz.

- Intraabdominal apse odakları tespiti halinde
 - L/T drenaj
 - Total histerektomi ve salpenjektomi

34

Tedavi

Uterusun yapısal anomalisi

- Histeroskopi veya laparotomi ile kavite optimizasyonu
 - Septum rezeksiyonu
 - Polip rezeksiyonu (?)
 - Myomektomi
 - Metroplasti

35

Tedavi

Servikal yetmezlik

- McDonald veya Shirodkar gibi operasyonları hem gebelik öncesi hem de gebelikte 11-14 Hf. arası yapılabilir.
- Enfeksiyon riski nedeni ile tartışmalı bir konu..

36

Tedavi

Antifosfolipid antikor sendromu

- Aspirin
- Heparin
- Prednizon

37

Tedavi

- Metabolik hastalıkların hepsi gebelik öncesi kontrol altına alınmalı sonra yeni bir gebeliğe izin verilmelidir
- (troid, diabet, hipertansiyon, böbrek hast. ...)
- Luteal faz yetmezliğinde progesteron desteğine gebelik öncesi başlanmalı ve gebeliğin 8-10.cu haftasına kadar devam ettirilmelidir

38

Teşekkürler

seval@ankara.edu.tr

39