



Değerli meslektaşlarım,

2017-2018 döneminin ikinci bölge toplantısı 30 Kasım 2017 tarihinde gerçekleştirilecektir. Kasım 2017 toplantısında obstetrikacilerin en önemli konularından birisi olan postpartum hemorajiler ve son zamanlar da sıkça karşılaşmaya başladığımız plasenta yapışma bozukluklarında yönetim tartışılacaktır. Gebelik takibinde vitamin desteği ne kadar gerekli ve doğum

yönetiminde önemli bir komplikasyon olarak öne çıkan akut anal sfinkter yaralanmalarında yönetim konuları diğer konu başlıkları olacaktır. Ankara'dan değerli meslektaşlarımız Prof. Dr. Polat Dursun ve Manisa'dan Prof. Dr. Faik Mümtaz Koyuncu bizlerle olacaktır. Kasım bülteninde değerli arkadaşlarımız Burcu Artunç Ülkümen ve Gülnaz Şahin tarafından hazırlanan Prematür membran rüptürü ve Doğal yolla fertilitenin optimize edilmesi makalelerine ulaşabilirsiniz. Üzerimizde emeği olan tüm öğretmenlerimizin ve ülkemizin aydınlık yarınlarına çocuklarımızı hazırlayan tüm öğretmenlerimizin 24 kasım öğretmenler gününü en içten dileklerimizle kutlarız. Zaman geçtikçe daha çok idrak ettiğimizi anladığımız, geleceği gençlere, gençleri de bilim ve aklın kılavuzluğuna emanet eden, cumhuriyetimizin kurucusu, ilkeleri ile yolumuzu aydınlatan ulu önder Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ü 79. ölüm yıl dönümünde, saygı, minnet ve şükran ile anmak istiyoruz.

TJOD İzmir Yönetim Kurulu adına
Prof.Dr. Erol Tavmergen



"MİLLETLERİ KURTARANLAR
YALNIZ VE ANCAK ÖĞRETMENLERDİR.
ÖĞRETMENDEN, EĞİTİCİDEN
YOKSUN BİR MİLLET, HENÜZ
MİLLET ADINI ALMAK KABİLİYETİNİ
KAZANMAMIŞTIR."

Gazi M. Kemal

1881-1938

Atamızı Özlemle Anıyoruz...



TJOD İZMİR ŞUBESİ E - BÜLTEN

KASIM 2017



TÜRK JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK DERNEĞİ İZMİR ŞUBESİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Erol Tavmergen

SEKRETER

A. Özgür Yeniel

SAYMAN

Çetin Aydın

ÜYELER*

Dilek Aslan

Erbil Doğan

A. Zeki Işık

Nedim Karadadaş

Gülnaz Şahin

Gökhan Tosun

* Soyisme göre alfabetik dizilmiştir.



www.facebook.com/tjodizmir





TJOD İZMİR ŞUBESİ EKİM 2017 TOPLANTISINDAN KARELER...





TJOD İZMİR KASIM 2017 BÖLGE TOPLANTISI

Postpartum Kanama, gebelikte suplementasyon

17:30-18:00

Kayıt

Postpartum kanama, plasenta yapışma bozuklukları

Oturum Başkanı: Teksin Çırpan

18:00- 18:15

Plasenta yapışma bozuklukları öngörülebilir mi ?

Mete Ergenoğlu

18:15-18:30

Postpartum kanama yönetimi

Polat Dursun

Gebelikte suplementasyon gerekli mi? Kime, ne zaman, nasıl? vitamin, omega-3

18:30-18:45

Evet, tüm gebelere verelim

Faik Mümtaz Koyuncu

18:45-19:00

Hayır,gerekli olduğunda verelim

Cüneyt Eftal Taner

19:00-19:30

Tartışma

19:30-20:30

Kokteyl



Ben nasıl yapıyorum ?

20:30-21:00

Oturum Başkanı: İsmail Mete İtil

Obstetrik Anal Sfinkter Yaralanmalarında Yönetim

Özgür Yeniel



Burcu Artunç Ülkümen Prematür Membran Ruptürü ile ilgili literatürü yazdı...

PREMATÜR MEMBRAN RÜPTÜRÜ Burcu Artunç Ülkümen

Preterm doğum, Amerika' da olan tüm doğumların %12'sini oluşturmaktadır (1). Preterm erken membran rüptürü ise, tüm gebeliklerin yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır. Özellikle yardımcı üreme tekniklerinde kaydedilen gelişmelere bağlı olarak artan ikiz gebeliklerde bu oran %7-20 arasındadır. Term ve preterm erken membran rüptürü olan hastalarda optimal klinik yaklaşım ve tedavi hala tartışmalıdır. Gestasyonel hafta ve eşlik eden komplikasyonların varlığı (dekolman, klinik enfeksiyon, fetal distres gibi) yönetimde temel belirleyici unsurdur. Bu derleme, klinik yaklaşımda kanıta dayalı tıp perspektifinde konu ile ilgili güncel verileri sunmak amacı ile ACOG Practice Bulletin n.172'den (2) uyarlanarak hazırlanmıştır.

TANIM

Erken membran rüptürü (EMR), doğumun başlamasından önce koryoamniyotik membranların yırtılmasıdır. Eğer bu durum 37 gebelik haftasından önce olursa preterm erken membran rüptürü (P-EMR) olarak tanımlanır. Uygulanacak tedavi, gebelik haftası ve dekolman, klinik enfeksiyon ya da güven vermeyen fetal iyilik hali gibi eşlik eden komplikasyonların varlığına bağlıdır. Gestasyonel haftanın doğru bir şekilde tespit edilmesi, maternal-fetal ve neonatal risklerin bilinmesi bu hastaların uygun bir şekilde değerlendirilmesi ve yönetilmesi açısından çok önemlidir.

ETİYOLOJİ

Membran rüptürü, pek çok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Term dönemde uterin kontraksiyonlara bağlı olarak membran bütünlüğünün fizyolojik olarak zayıflaması sonucu membran rüptürü olsa da, preterm EMR tek başına ya da senkronize olarak ortaya çıkan pek çok patolojik durumun sonucu olarak meydana gelir (3). Özellikle erken gebelik haftalarında, intra-amniyotik enfeksiyon, P-EMR ile sıklıkla ilişkilidir (4). Amniyokoryonik desidual ya da sistemik inflamasyon varlığı, TNF/IL-1 yolağı ile proteaz aktivitesini arttırmaktadır. Böylece membran kollajen içeriğinde bozulma meydana gelmekte ve membran rüptürü oluşmaktadır (5). P-EMR öyküsü olması, sonraki gebelikte preterm eylem ve aynı zamanda P-EMR için majör risk faktörleri arasındadır (6). Diğer risk faktörleri, preterm eylem risk faktörleri ile benzerdir; kısa serviks, ikinci yada üçüncü trimester kanama, düşük vücut kitle indeksi, düşük sosyekonomik durum, sigara, ilaç bağımlılığı gibi faktörler P-EMR için risk faktörüdür (7). Ayrıca uterin distansiyon (polihidramniyos, çoğul gebelik), gebelik sırasında yapılan invaziv girişimler (amniyosentez, koryon villüs biyopsisi, serklaj gibi), LEEP/konizasyon öyküsü de risk faktörleri arasındadır (5). Tanımlanmış risk faktörleri olmasına karşın, P-EMR olgularının yarısından fazlasında görünür yada tanımlanır bir sebep tespit edilemez (2,5).

TARTIŞMALI KONULAR

P-EMR olgularında özellikle

1. tokolitik tedavinin faydası olup olmadığı
2. steroid tedavisinin ne zaman ve nasıl yapılması gerektiği
3. antibiyoterapi uygulamasında hangi rejimin verileceği
4. doğumun zamanlamasının nasıl planlanması gerektiği konuları tartışmalıdır.



TERM ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ

Termde EMR, tüm gebeliklerin yaklaşık %8'ni komplike eder ve genellikle de spontan doğumun başlaması ile sonuçlanır. Büyük randomize bir çalışmada, konservatif olarak takip edilmiş EMR gebelerin yarısı 5 saat içinde, %95'i ise 28 saat içinde doğum yapmışlardır (8). Term EMR'nin en önemli maternal sonucu intrauterin enfeksiyondur ve bu risk, membran rüptürünün süresi ile orantılıdır.

PRETERM ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ

Obstetrik yönetimden ve klinik prezentasyondan bağımsız olarak, P-EMR olan gebeliklerin yaklaşık yarısında 1 hafta içerisinde doğum gerçekleşmektedir (2). Membran rüptürü sonrası latent period, gebelik haftası ile ters orantılıdır (9). Yani gebelik haftası ne kadar küçük ise, latent dönem o kadar uzun olması beklenir. Amniyotik sıvının akışının durması ve normal amniyotik volümün restorasyonu, spontan P-EMR olgularında olabilir ve bu gebeliklerde sonuçlar da umut vericidir (5).

P-EMR olgularının yaklaşık %15-25'de klinik olarak tespit edilebilir bir enfeksiyon mevcuttur (10), ayrıca olguların %15-20'de postpartum enfeksiyon gelişmektedir; enfeksiyon riski, erken gebelik haftalarında daha fazladır (11). Dekolman plasenta, P-EMR olgularının %2-5'ini komplike etmektedir (11).

P-EMR olgularında fetus ile ilgili temel riskler aslında prenatalite ile ilgilidir. Respiratuvar distress, preterm doğumlarda en sık tespit edilen komplikasyondur (12). Sepsis, intraventriküler kanama, ve nekrotizan enterokolit prematürite ile ilgilidir, ve terme doğru görülme sıklıkları azalmaktadır. Intrauterin inflamasyon ile birlikte P-EMR, artmış nörogelişimsel bozukluk riski ile ilişkilidir (13,14), ve erken haftada membran rüptürü, neonatal beyaz cevher hasarı için artmış risk taşımaktadır (15). Ancak, P-EMR oluşumundan hemen sonra doğumun bu riskleri önlediğine dair herhangi bir veri bulunmamaktadır. Enfeksiyon ve umbilikal kord sarkması, P-EMR sonrası antenatal fetal kayıpların %1-2'sini oluşturmaktadır (16).

VIABİLİTE ÖNCESİNDE PRETERM ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ

Viabilite öncesinde P-EMR, tüm gebeliklerin %1'den daha azında meydana gelmektedir. P-EMR ile ilişkili neonatal morbidite ve mortalite olasılığı, latent dönem uzadıkça ve gebelik haftası büyüdükçe azalmaktadır (5). 14-24 haftalar arasında P-EMR olgularının yer aldığı bir derlemede, perinatal ölümler, ölü doğum ve neonatal ölümler arasında neredeyse eşit bir dağılıma sahip olduğu izlenmiştir. 22 gebelik haftasından sonra olan P-EMR olgularında, 22 haftadan küçük olan olgulara göre konservatif tedavi ile sürvi hızları belirgin olarak artmıştır (sırası ile %57.7 ve %14.4) (17).

Gebeliğin ikinci dönemi ve pre-viabl döneminde meydana gelen P-EMR olguları ile ilgili çalışmaların tamamına yakını retrospektif özellikte olup sadece konservatif olarak izlenen olguları içermektedir. Bu nedenle de, seçimdeki bias nedeni ile sürvi oranlarını gerçek değer üzerinde tahmin etmektedirler. Ayrıca sürvi ile ilgili veriler kliniklere göre de değişim göstereceği akılda tutulmalıdır.

Bu dönemde olan P-EMR sonrasında intra-amniyotik enfeksiyon, endometrit, dekolman, plasentanın tam çıkarılmaması gibi önemli maternal komplikasyonlar oluşabilir (17). Sık olmasa da, hayatı tehdit edici maternal enfeksiyonlar, P-EMR'nin konservatif yönetimi sırasında karşımıza çıkabilir. Olguların yaklaşık %1'de maternal sepsis oluşmaktadır (17), ve bu durumda enfeksiyona bağlı maternal ölüm olabilir.

Olguların yaklaşık olarak %40-50'sinde, bir hafta içerisinde, yaklaşık olarak %70-80'inde ise 2-5 hafta içerisinde doğum gerçekleşecektir (17).

24.gebelik haftasından önce olan P-EMR olgularının yaklaşık %10-20'de pulmoner hipoplazi gelişmektedir. Pulmoner hipoplazi, yüksek mortalite hızı ile ilişkilidir (17), 23-24 hafta sonrası olan membran rüptürlerinin letal olması çok nadirdir (18). Bu durum muhtemelen, postnatal gelişimi sağlayacak kadar alveolar gelişimin



tamamlanmış olması ile ilişkilidir. Membran rüptürünün gerçekleştiği erken gebelik haftası ve düşük residual amniyotik hacim, pulmoner hipoplazi için temel belirleyicilerdir (19).

Uzamış oligohidramniyos, Potter yüzü (düşük kulak, epikantal katlantılar), ekstremitte kontraktürleri ya da diğer pozisyonel anomaliler gibi çeşitli fetal deformasyonlara neden olabilir. Literatürde iskelet deformasyonları %1.5 ile %38 arasında geniş bir aralıkta bildirilmektedir, ancak bunların çoğu, postnatal büyüme döneminde ve fizik tedavi ile gerilemektedir (17).

EMR tanısı

EMR olgularının çoğu, hasta hikayesi ve fizik muayene bulgularına göre kolayca tanı almaktadır. Fizik muayenede dikkat edilmesi gereken nokta, enfeksiyon riskini arttırmayacak şekilde davranmaktır. Hasta aktif doğum eyleminde olmadığı müddetçe dijital muayeneden kaçınılmalıdır (2). Steril spekülüm muayenesi ile, olası servisit, kord sarkması yada fetal uzuv prolapsusu görmek açısından da fırsat yaratmaktadır, aynı zamanda servikal dilatasyonu değerlendirmek mümkün olmaktadır, ayrıca gerekli durumlarda kültür de alınabilmektedir (2).

Membran rüptürü tanısı tipik olarak servikal kanaldan amniyotik sıvı kaçağının direk görülmesi ve vajinal fornikslerde sıvı göllenmesinin görülmesi ile yapılmaktadır. Vajinal sıvının bazik pH testi ve mikroskop incelemesinde kurumuş vajinal sıvının ferning görünümünü alması EMR lehine bulgulardır. Normalde vajinal sekresyonların pH değeri 4.5-6.0 arasındadır, amniyotik sıvı pH değeri ise 7.1-7.3 arasındadır. Kan, semen varlığında, alkaline antiseptiklerin kullanımı ya da bakteriyel vajinozis, testin yanlış pozitif olmasına neden olabilmektedir. Ayrıca, uzamış EMR olgularında ve minimal residual sıvı kalması durumunda yanlış negatif sonuçların da olabileceği unutulmamalıdır (2).

Tanının tam olmadığı durumlarda ek testler gerekebilir. Amniyotik sıvının ultrasonografik olarak değerlendirilmesi faydalı olabilir ancak tanısız değildir. Fetal fibronektin, membran rüptürü için sensitif bir testtir ancak spesifik değildir. Negatif sonuç, membranların intakt olduğunun kuvvetli bir işaretidir, fakat pozitif sonuç EMR için tanısız değildir (20). Amniyotik proteinlerin değerlendirildiği pek çok ticari test mevcuttur ve EMR için bu testlerin yüksek sensitivitesi mevcuttur (21). Ancak, klinik olarak intakt membranlarda ve doğum semptomları olan hanımlarda %19 ile %30 kadar yanlış pozitif sonuçlar bildirilmiştir (22). Tam bir değerlendirme sonrasında tanı halen kesin değilse, ultrasonografi eşliğinde indigo karmin boyasının transabdominal yol ile verilmesini takiben, boyanın vajinaya yerleştirilen kuru bir tamponda görülmesi ile membran rüptürünün dökümante edilmesi yoluna başvurulabilir. Ancak bu sırada maternal idrarın da maviye döneceği ve dolayısı ile amniyon sıvısı ile karıştırılmaması gerektiği akılda tutulmalıdır.

EMR tanısı sonrası ilk yapılması gerekenler

EMR tespit edilen her hastada öncelikle gestasyonel hafta, fetal prezentasyon ve fetal iyilik hali değerlendirilmelidir. Muayenede intrauterin enfeksiyon varlığı, dekolman plasenta ve fetal iyilik halinin bozulması olup olmadığı tespit edilmelidir. Eğer konservatif yaklaşım planlanıyorsa, Grup B Streptokoklar için kültür alınmalıdır (2).

Fetal iyilik halinde bozukluk olması yada klinik koryoamniyonit bulguları doğum endikasyonlarıdır. Vajinal kanama, dekolman plasenta için uyarıcı olabilir, ayrıca kanamanın miktarı, fetal iyilik halinin durumu ve gebelik haftasına göre doğum planlanabilir.

Term EMR olgularında ilk optimal yaklaşım nasıl olmalıdır?

Gebelik haftası ve fetal pozisyon konfirme edildikten sonra fetal durum değerlendirmesi için fetal kalp



TJOD İZMİR ŞUBESİ E - BÜLTEN

KASIM 2017



hızı monitörizasyonu yapılmalıdır. Önceki kültür sonuçlarına göre yada daha önce kültür alınmadıysa intrapartum risk faktörlerine göre Grup B Streptokok profilaksisi yapılmalıdır (23).

Doğumun indüklenmesi durumunda, 12 randomize kontrollü çalışmanın yer aldığı bir meta-analiz sonuçlarına göre (6814 kadın) doğuma kadar geçen süre ve neonatal yoğun balım ihtiyacı, sezaryen hızında ya da operatif doğum hızında artış olmaksızın azalmaktadır (24). Bu çalışmalardan en büyük ölçekli olanında ayrıca, kadınların doğumun indüklenmesinin konservatif yaklaşıma tercih ettiklerini göstermektedir. Doğumun prostoglandinler ile uyarılması, oksitosin indüksiyonu ile benzer etkide bulunmuştur, ancak daha yüksek oranda koryoamniyonit riski ile ilişkilidir (8). Foley kateter kullanımı gibi mekanik yöntemlerde de enfeksiyon bir sorun olarak karşımıza çıkabilir, ancak EMR olgularında mekanik yöntemlerin kullanımı ile ilgili olarak klinik tavsiye kararı çıkarılacak yeterli veri bulunmamaktadır. İki çalışmanın yer aldığı bir meta-analizde profilaktik antibiyotik kullanımının enfeksiyöz morbiditeyi azaltabileceği belirtilse de, söz konusu olan her iki çalışmada da doğum hemen indüklenmemiştir. Bu nedenle, term EMR olgularında GBS profilaksisi için bir endikasyon yokluğunda hemen rutin profilaktik antibiyotik başlanması için yeterince kanıt bulunmamaktadır (25-27).

Meta-analiz sonuçlarına göre 37 gebelik haftası ve üzerinde olan EMR olguları, eğer vajinal doğum için herhangi bir kontrendikasyon taşımıyorlarsa, konservatif yaklaşımla kıyaslandığında doğum indüksiyonundan (tercihen oksitosin ile) fayda göreceklerdir. Ancak indüksiyonu istemeyen hastalarda beklemek, eğer fetal iyilik halinden eminsek ve uzamış EMR riskleri hakkında hastayı etrafıca bilgilendirebildiysek kabul edilebilir bir yöntem olabilir. Oksitosin ile doğum indüksiyonunda, latent fazın ilerlemesi için yeterli süre verilmelidir (en az 12-18 saat), ancak ve ancak bu süreden sonra başarısız indüksiyon düşünülüp sezaryene geçilmelidir (2).

Preterm fetuslerde P-EMR varlığında doğum ne zaman düşünülmelidir?

Her gebelik haftasında, bozulmuş fetal iyilik hali, klinik koryoamniyonit, dekolman plasenta bulgularının saptanması kesin doğum endikasyonlarıdır. Doğum için optimal gebelik haftası belirsizdir. Ancak genel yaklaşım, belirgin enfeksiyon bulgusu olmayan, fetal iyilik halinin iyi olduğu durumlarda ekspektan yaklaşımın uygulanmasıdır. 34 haftanın üzerinde, ancak 37 haftanın altında olan P-EMR olgularında da artık ekspektan yaklaşım tercih edilmektedir. Ancak 37 haftaya ulaşıldıktan sonra artık doğum indüksiyonu mutlaklıdır. 736 kadının yer aldığı iki randomize çalışmada 34-37 haftalar arasındaki P-EMR olguları indüksiyon ve konservatif yaklaşım açısından kıyaslanmış ve doğumun indüklenmesinin neonatal sepsis hızında anlamlı bir azalma meydana getirmediği tespit edilmiştir (28,29). Ancak bu çalışmaların istatistiksel anlamda sonuç çıkarmak için yeterli büyüklükte olmadığını hatırlamakta fayda vardır.

Eğer konservatif yaklaşım planlanıyorsa, hastane koşullarında yatarak ve belirli aralıklarla enfeksiyon açısından kontrol edilerek takip planlanmalıdır. Değerlendirme sıklığı konusunda bir fikir birliği mevcut değildir. Preterm gebelikte koryoamniyonit tanısı için yüksek oranda şüphe duymak gereklidir, çünkü başlangıç bulguları sessiz olabilir. Maternal ateş önemli bulgulardandır. Diğer bulguların değişik oranlarda duyarlılığı mevcuttur.

Bu hasta grubunda tokolitik tedavi uygulanıp uygulanmaması da ayrı bir tartışma konusudur (30). Ancak genel görüş profilaktik tokolitik tedavinin gebeliğin uzaması sonucunda yeterli maternal ve fetal fayda olmaksızın koryoamniyonit riskinde artış meydana getirdiği yönündedir. Aktif doğum eylemi başlamış bir kadında ise, terapötik amaçlı kullanılacak tokolizin latent periyodu uzatmada hiç bir etkisi olmadığından kullanımı önerilmemektedir (31) (Kanıt Düzeyi B). Ancak buna rağmen klinisyen tokoliz uygulamayı tercih ediyorsa, 34 hafta altındaki gebeliklerde, 48 saat ile sınırlandırarak, steroid için zaman kazanmak amacı ile uygulanabilir (5). Antibiyotik kullanımı ile ilgili olarak hangi rejimin hangi doz ve ne kadar süre ile kullanılması konusunda da fikir birliği bulunmamaktadır. Ancak nekrotizan enterokolit sıklığını arttırdığı için amoksisilin klavulonat kullanılması önerilmemektedir. Örnek bir antibiyoterapi şeması olarak:



– ilk 48 saat için Ampicillin 4 x 2 g intravenöz, takiben 5 gün boyunca Amoxicillin 3 x 500 mg veya 2 x 875 mg oral tedavi uygulanabilir.

Ayrıca tedaviye ek olarak oral 1 gr azitromisin tek doz uygulanabilir. Kimi kliniklerde 1 hafta sonra tek doz azitromisin tekrarı uygulamaktadır. Hayvan çalışmalarında tek doz azitromisinin histolojik akciğer hasarını azalttığı gösterilmiştir. Bu da P-EMR etiyojisinde floranın normal üyesi olan mycoplasma türlerinin rolü olacağını düşündürmektedir (5).

Diğer bir örnek rejim:

– ilk 48 saatte intravenöz amoksisilin 4x2 gr ve eritromisin 4x250 mg kombinasyonu verilmesi ardından oral amoksisilin 3x250 mg ve eritromisin 3x333 mg tedavisi verilmesidir (2).

P-EMR olgularında kortikosteroid kullanımına ilişkin olarak mevcut veriler steroid kullanımının maternal yada neonatal artmış enfeksiyon riski ile ilişkili olmadığı ve steroid kullanımının neonatal mortalite, respiratuvar distres, intraventriküler kanama ve nekrotizan enterokolit riskini azalttığı yönündedir. 24-34 gebelik haftası arasında olan gebelerde tek kür kortikosteroid kullanımı önerilmektedir. Ayrıca eğer 7 gün içerisinde doğum yapacağı düşünülen yüksek riskli hastalarda 23 gebelik haftası sonrasında steroid uygulaması planlanabilir (32-33).

Ayrıca yeni veriler artık 34-37 gebelik haftasında olan geç preterm gebeliklerde de betametazon uygulamasının respiratuvar morbiditeyi azalttığını göstermektedir. Özellikle bu bilgiyi vurgulamak için yeni versiyonu yayımlanan ACOG pratik kılavuzunda (N.172, ekim 2016), subgrup analizi yapılmamış olsa da bu hastaların yaklaşık %20'nin P-EMR olduğu tahmin edilmektedir. Benzer şekilde geç preterm olan P-EMR olgularının betametazondan fayda göreceği öngörülmektedir. Çalışma daha önce antenatal steroid uygulanan gebelikleri dışladığı için bu dönemde ikinci steroid kürü uygulanmasının faydası net değildir. Ancak daha önce steroid uygulanmamışsa, geç preterm EMR olgularında steroid önerilmektedir (34).

Magnezyum sülfat tedavisinin 32 gebelik haftasından önceki gebeliklerde nöroprotektif amaçlı kullanımının serebral palsy riskini azalttığı bilinmektedir (35). Ancak tedavinin dozu ve süresi ile ilgili fikir birliği yoktur. Buna rağmen 32 haftanın altında P-EMR olgularında yakın zamanda doğum şüphesi var ise, magnezyum sülfat ile nöroproteksiyon tedavisi planlanmalıdır.

Konu ile bir diğer tartışılmalı nokta bu olguların evde mi yoksa hastanede mi izlenmesi gerektiğidir. 2010 yılında yayımlanan Cochrane derlemesinde 116 olgunun hastanede izlenmesinde sezaryen oranlarının arttığı, evde izlemde maliyet ve tedavi memnuniyetinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (36). Neonatal morbidite, koryoamniyonit, doğumdaki gebelik haftası, doğum kilosu ve yeni doğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacında ise iki grup arasında fark izlenmemiş. Bu konuda kesin bir sonuca varmak için hasta sayıları yetersizdir (37). Biz kendi kliniğimizde, amniyotik sıvı hacmi yeterli, üç gündür su gelişimi olmayan, seçili hasta grubunda (tedaviye uyumlu, hastaneye ulaşımı kolay gibi) evde izlem yapıyoruz. Ancak ACOG, viabilite sınırını geçen bir gebelikte evde izlem sonuçları ile net veri olmadığından evde izlemi önermemektedir (Kanıt düzeyi C) (2).

Sonuç olarak, P-EMR preterm eylemin yaklaşık olarak %30'dan sorumlu bir klinik tanıdır. Tedavi planı temel olarak gebelik haftasına ve eşlik eden komplikasyonlara bağlıdır. Özetle genel yaklaşım aşağıdaki gibi planlanabilir (2):

- o 37 hafta ve üzerinde,
- o doğum düşünülmelidir (Kanıt düzeyi B).
- o GBS profilaksisi (Kanıt düzeyi A).



- o Geç preterm (34-37 hafta arası)
- o Term gebelik gibi düşünelim. Doğum (Kanıt düzeyi B).

- o Preterm (24-34 hafta)
- o Konservatif tedavi
- o Antibiyoterapi (Kanıt düzeyi A).
- o Tek kür kortikosteroid (Kanıt düzeyi A).
- o GBS profilaksisi (Kanıt düzeyi A).
- o 32 hafta altında hemen doğum olacaksa nöroprotektif etki amaçlı magnezyum sülfat (Kanıt düzeyi A).

- o 24 hafta altı
- o çiftin bilgilendirilmesi
- o konservatif / terminasyon?
- o Antibiyoterapi (Kanıt düzeyi A).
- o Viabilite öncesinde GBS profilaksisi, kortikosteroid, tokoliz, magnezyumsülfat önerilmemektir.

Referanslar

1. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJ, Wilson EC, Mathews TJ. Births: final data for 2010. Natl Vital Stat Rep 2012;61(1):1–71.
2. ACOG practice bulletin number 172. Interim update. October 2016.
3. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol 2003;101:178–93.
4. Garite TJ, Freeman RK. Chorioamnionitis in the preterm gestation. Obstet Gynecol 1982;59:539–45.
5. UpToDate 2017. Premature rupture of membranes.
6. Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, Meis PJ, Iams JD, Das AF, et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Am J Obstet Gynecol 1999;181:1216–21.
7. Mercer BM, Goldenberg RL, Meis PJ, Moawad AH, Shellhaas C, Das A, et al. The Preterm Prediction Study: prediction of preterm premature rupture of membranes through clinical findings and ancillary testing. The National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Am J Obstet Gynecol 2000;183:738–45.
8. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. TERMPROM Study Group. N Engl J Med 1996;334:1005–10.
9. Melamed N, Hadar E, Ben-Haroush A, Kaplan B, Yogev Y. Factors affecting the duration of the latency period in preterm premature rupture of membranes. J Matern Fetal Neonatal Med 2009;22:1051–6.
10. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for pre-term rupture of membranes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 8. Art. No.: CD001058. DOI: 10.1002/14651858.CD001058.pub2. (Meta-analysis)
11. Ananth CV, Oyelese Y, Srinivas N, Yeo L, Vintzileos AM. Preterm premature rupture of membranes, intra-uterine infection, and oligohydramnios: risk factors for placental abruption. Obstet Gynecol



2004;104:71–7.

12. Lemons JA, Bauer CR, Oh W, Korones SB, Papile LA, Stoll BJ, et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child health and human development neonatal research network, January 1995 through December 1996. NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics* 2001;107:E1.

13. Spinillo A, Capuzzo E, Stronati M, Ometto A, Orcesi S, Fazzi E. Effect of preterm premature rupture of membranes on neurodevelopmental outcome: follow up at two years of age. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:882–7.

14. Yoon BH, Romero R, Park JS, Kim CJ, Kim SH, Choi JH, et al. Fetal exposure to an intra-amniotic inflammation and the development of cerebral palsy at the age of three years. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:675–81.

15. Locatelli A, Ghidini A, Paterlini G, Patane L, Doria V, Zorloni C, et al. Gestational age at preterm premature rupture of membranes: a risk factor for neonatal white matter damage. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:947–51.

16. Mercer BM, Arheart KL. Antimicrobial therapy in expectant management of preterm premature rupture of the membranes [published erratum appears in *Lancet* 1996;347:410]. *Lancet* 1995;346:1271–9. (Meta-analysis)

17. Waters TP, Mercer BM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:230–40.

18. Schucker JL, Mercer BM. Midtrimester premature rupture of the membranes. *Semin Perinatol* 1996;20:389–400.

19. van Teeffelen AS, van der Ham DP, Oei SG, Porath MM, Willekes C, Mol BW. The accuracy of clinical parameters in the prediction of perinatal pulmonary hypoplasia secondary to midtrimester prelabour rupture of fetal membranes: a meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;148:3–12. (Meta-analysis)

20. Eriksen NL, Parisi VM, Daoust S, Flamm B, Garite TJ, Cox SM. Fetal fibronectin: a method for detecting the presence of amniotic fluid. *Obstet Gynecol* 1992;80: 451–4.

21. Lee SE, Park JS, Norwitz ER, Kim KW, Park HS, Jun JK. Measurement of placental alpha-microglobulin-1 in cervicovaginal discharge to diagnose rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 2007;109:634–40.

22. Lee SM, Romero R, Park JW, Kim SM, Park CW, Korzeniewski SJ, et al. The clinical significance of a positive Amnisure test in women with preterm labor and intact membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25: 1690–8.

23. Verani JR, McGee L, Schrag SJ. Prevention of perinatal group B streptococcal disease—revised guidelines from CDC, 2010. Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Recomm Rep* 2010;59(RR-10):1–36.

24. Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady V, Varatharaju B. Planned early birth versus expectant management for prelabour rupture of membranes at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.:CD005302. DOI: 10.1002/14651858.CD005302.pub2. (Meta-analysis)

25. Flenady V, King JF. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD001807. DOI: 10.1002/14651858.CD001807. (Meta-analysis)

26. Ovalle A, Martinez MA, Kakarieka E, Gomez R, Rubio R, Valderrama O, et al. Antibiotic administration in patients with preterm premature rupture of membranes reduces the rate of histological chorioamnionitis: a prospective, randomized, controlled study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002;12:35–41.

27. Cararach V, Botet F, Sentis J, Almirall R, Perez-Picanol E. Administration of antibiotics to patients with rupture of membranes at term: a prospective, randomized, multicentric study. Collaborative Group on PROM. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:298–302.

28. van der Ham DP, van der Heyden JL, Opmeer BC, Mulder AL, Moonen RM, van Beek JH, et al. Management of late-preterm premature rupture of membranes: the PPROMEXIL-2 trial. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:276. e1–276.10.

29. van der Ham DP, Vijgen SM, Nijhuis JG, van Beek JJ, Opmeer BC, Mulder AL, et al. Induction of labor versus



TJOD İZMİR ŞUBESİ E - BÜLTEN

KASIM 2017



expectant management in women with preterm prelabor rupture of membranes between 34 and 37 weeks: a randomized controlled trial. PPRMEXIL trial group. PLoS Med 2012;9:e1001208.

30. Fox NS, Gelber SE, Kalish RB, Chasen ST. Contemporary practice patterns and beliefs regarding tocolysis among U.S. maternal-fetal medicine specialists. Obstet Gynecol 2008;112:42–7.

31. Garite TJ, Keegan KA, Freeman RK, Nageotte MP. A randomized trial of ritodrine tocolysis versus expectant management in patients with premature rupture of membranes at 25 to 30 weeks of gestation. Am J Obstet Gynecol 1987;157:388–93.

32. Periviable Birth. Obstetric Care Consensus No. 3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2015;126:e82–94.

33. Antenatal corticosteroids revisited: repeat courses. NIH Consensus Statement 2000;17(2):1–18.

34. Gyamfi-Bannerman C, Thom EA, Blackwell SC, Tita AT, Reddy UM, Saade GR, et al. Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. NICHD Maternal–Fetal Medicine Units Network. N Engl J Med 2016;374:1311–20.

35. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD004661. DOI: 10.1002/14651858.CD004661.pub3. (Meta-analysis)

36. Abou El Senoun G1, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. Cochrane Database Syst Rev. 2010.

37. Abou El Senoun G1, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. Cochrane Database Syst Rev. 2014.



Gülnaz Şahin Doğal yolla fertilitenin optimize edilmesinde ASRM komite görüşünü yazdı...

DOĞAL YOLLA FERTİLİTENİN OPTİMİZE EDİLMESİ ASRM KOMİTE GÖRÜŞÜ (2017)

Gülnaz Şahin

Klinisyenlerden gebeliğe ulaşma ile ilgili seksüel ve yaşam biçimi konularında önerilerde bulunması istenebilmektedir. Günümüzde konuyla ilgili danışmanlıkta kullanılacak kılavuzlar veya kanıta dayalı öneriler bulunmamaktadır. Bu yazıda, bilinen bir infertilitesi veya fertilitite potansiyelinin sorgulanmasını gerektiren bir durumu olmayan çiftlerde gebeliğe ulaşma olasılığını artırmak üzere uzman görüşlerine dayalı öneriler sağlanması amaçlanmıştır.

Doğurganlık ve yaşlanma

Gebelik olasılığı, sikluslar arasında göreceli olarak stabil olmakla birlikte korunmasız ilişkide bulunulan ilk aylarda en fazladır. Çiftlerin yaklaşık %80'i ilk 6 ay içinde gebeliğe ulaşırlar. Aylık fekundabilite hızı ilk 3 ayda en fazladır. Otuzlarının sonundaki kadınlarda yirmilerin başındakilere göre doğurganlık daha düşüktür. Yaşla birlikte hem kadınlarda hem de erkeklerde fertilitite azalır ancak yaşın etkisi kadınlarda daha belirgindir. Kadınlarda 35 yaş üzerinde gebe kalma şansı anlamlı olarak daha azdır. Semen parametreleri erkeklerde 35 yaşın üzerinde azalmaya başlasa da 50 yaşından önce doğurganlık etkilenmiş gözükmemektedir. İnfertilite, çiftlerin 12 ay veya daha fazla korunmasız ilişkiye rağmen gebelik elde edememesi olarak tanımlanan bir hastalıktır. Anamnez ve fizik muayeneye göre daha erken değerlendirme ve tedavi düşünülebilir. 35 yaşın üzerindeki kadınlarda yaşa bağlı doğurganlıkta azalma nedeniyle korunmasız 6 aydan sonra değerlendirme yapılmalıdır.

İlişki sıklığı

Beş günden daha uzun abstinans süreleri sperm sayımını olumsuz etkileyebilecekken, 2 gün gibi kısa aralıklarda normal sperm yoğunluğuyla ilişkili bulunmuştur. Sık ejakulasyonların erkek fertilitesinde azalma yapacağına dair yaygın bir yanlış algı bulunmaktadır. 10000 semen analizinin retrospektif değerlendirilmesinde, semen parametreleri normal olan erkeklerde günlük ejakulasyonlarla bile parametrelerin normal kaldığı izlenmiştir. İlginç olarak, oligospermili erkeklerde sperm sayı ve motilitesi günlük ejakulasyonla en yüksek olabileceği öne sürülmüştür. Abstinans aralıkları genellikle sperm morfolojisini etkilemiyor gözükmemektedir. Fakat 10 günden daha uzun abstinanslarda semen parametreleri kötüleşmeye başlamaktadır. Eldeki bulgular günlük ilişkinin biraz daha avantajlı olduğunu düşündürse de, konuyla ilgili öneriler çiftler üzerinde stresi artırabilir. 221 olası fertil çiftin ele alındığı bir çalışmada en yüksek fekundabilite hızı (%37) günlük ilişki grubunda bulundu. Aynı çalışmada gūnaşırı ilişkide bulunan grupta aylık gebelik hızı %33 iken, ilişki sıklığı hastada bire indiğinde gebelik şansının %15'e düştüğü bildirildi. Gebe kalmaya çalışmanın getirdiği stres, özellikle ovulasyona göre zamanlama vb. cinsel memnuniyeti ve ilişki sıklığını azaltabilir.

Çiftlere, günlük veya gūnaşırı ilişkide en fazla olmak üzere, ilişki sıklığı ile üreme performansında artış olduğu bilgisi verilmelidir fakat en optimal ilişki sıklığının da kendilerince belirlenen şekilde olması önerilmelidir.

Fertil Pencere

Ovulasyonla biten 6 gün 'fertil pencere' olarak tanımlanır. Ovulasyonla biten üç gün içindeki cinsel ilişki en sıklıkla gebelik şansı sağlamaktadır. 221 kadını içeren çalışmada en yüksek fekundabilite ovulasyon öncesi iki



gün içindeki koitte gözlemlendi. Bir başka çalışmada ovulasyon günü tahmin edilerek (BBT, hormon tetkileri ile) en yüksek gebelik şansının ovulasyondan önceki gündeki ilişkiyle olduğu, ovulasyon günüyle birlikte şansın azalmaya başladığı gösterildi.

Yaşlanma fertil pencerenin genişliğini etkilemez ancak yaşlanmaya birlikte şans azalır. Ek olarak, fertil pencere dönemindeki koit sıklığıyla gebelik olasılığı artar. Ovulasyonun doğru olarak tahmin edilmesi zor olabilir. Konsepsiyon şansı, düzenli menstüel siklusu olan kadınlarda menstruasyonun bitiminin hemen ardından ovulasyona kadarki dönemde ilişki sıklığı artırılarak maksimize edilebilir. Kadınlar arasında fertil pencere döneminin süresi değişken olabilir.

Ovulasyonun takibi

Düzenli adet siklusları olan kadınlarda bile pik fertilite zamanı değişken olabilir. Servikal mukus, ovulasyon için ucuz bir göstergedir. Servikal sekresyonların karakteristiği açısından en yüksek gebelik olasılığı servikal mukusun akışkan ve berrak olduğu zamandır, fakat gebelik oluşumu için böyle bir mukus varlığı şart değildir. Ovulasyon öncesi 5-6 gün boyunca plazma östrojen miktarının artmasıyla birlikte mukus volumü artar ve en yüksek miktara ovulasyona yakın 2-3 gün içinde ulaşır. 1681 siklusu içeren bir retrospektif çalışmada en yüksek gebelik oranları mukusun pik yaptığı günde ilişki olduğunda gözlenmiştir. Bir başka çalışmada, servikal mukus özelliklerinin bazal vücut ısısı ile korele olduğu ve menstüel takvimden daha doğru şekilde fertilite için uygun zamanı öngörebildiği gözlenmiştir.

Üriner LH kitleri gibi ovulasyon tayininde kullanılan araçlar, çiftlerin fertil zamanlarını belirlemeye yardımcı araçlar olarak yaygın şekilde kullanılmışlardır. Midsiklusta üriner LH pikinin saptanmasının etkinliği çeşitli çalışmalarda gösterilmişse de, ovulasyon test pozitifliğinden sonraki iki gün içinde herhangi bir zamanda olabilir ve siklusların yaklaşık %7'sinde yanlış pozitif sonuç alınır. Sık ilişkide bulunmayan çiftlerde üriner LH tayini gebeliğe ulaşma zamanını kısaltmaya yardımcı olsa da servikal mukus değişikliklerinin daha etkili olduğu bildirilmiştir.

Koital uygulamalar

Sperm transportu için postkoital supin pozisyonunda bir süre uzanmanın bilimsel bir dayanağı yoktur. Midsiklusta spermilerin servikden 15 dk. içinde fallop tüplerine ulaştığı gösterilmiştir. Çalışmalarda siklusun değişik zamanlarında posterior vaginal fornikse yerleştirilen işaretli partiküllerin foliküler fazda 2 dk.gibi kısa bir sürede fallop tüplerine transportu gözlenmiştir. İlginç olarak bu partiküllerin sadece dominant folikülün olduğu taraftaki tüpte olduğu, ek olarak dominant folikül çapı arttıkça ve oksitosin uygulamasıyla transport edilen partiküllerin arttığı gözlenmiştir.

Koital pozisyondan bağımsız olarak, spermier ejakulasyondan saniyeler içinde servikal kanalda bulunabilirler. Kadın orgazmı sperm transportunu artırıyor olabilir ancak orgazm ile fertilite arasında bilinen bir ilişki bulunmamaktadır.

Bazı vaginal lubrikanlar spermier üzerine etkiyle fertiliteyi azaltabilirler. Bazı su bazlı lubrikanların invitro inkübasyonla 60 dk.da %60-100 oranında sperm motilitesini inhibe ettikleri gösterilmiş, kanola yağının bu tarz bir etkisi gösterilmemiştir. Her ne kadar bazı lubrikanlar invitro sperm parametrelerini olumsuz etkileseler de klinikte etkileri net gösterilmemiştir. Gereğinde mineral yağı, kanola yağı veya hidroksietilsellüloz tabanlı lubrikanların önerilmesinin mantıklı olacağı bildirilmiştir.

Diyet ve yaşam stili

Aşırı zayıf veya obez kadınlarda fertilite oranları azalmıştır. Fakat diyetteki normal varyasyonların fertiliteye



etkileri ile ilgili bulgu nadir. Ovulatar disfonksiyonu olan kadınlarda sağlıklı yaşam stili fertilitede iyileşmeye yardımcı olabilirken diyet varyasyonlarının (vejeteryan diyet, düşük kalorili diyet, vitamin zengin diyet, antioksidanlar vb) fertiliteye olumlu etkisi ile ilgili çok az bulgu vardır. Yoğun deniz ürünü tüketimi sonucu artan serum civa ile infertilite ilişkilendirilmiştir. Gebe kalmaya çalışan kadınlara NTD riskini azaltmak için folik asid takviyesi(en az 400µgm/gün) önerilmelidir.

Sigara içimi

Fertile üzerine belirgin olumsuz etkilidir. Sigara içen 10,928 kadınla içmeyen 19,128 kadını içeren metaanalizde, sigara içen kadınların anlamlı olarak daha fazla infertil oldukları (OR:1.6, %95 CI:1.34-1.91) bulunmuştur. Sigara içenlerde, akselere folikül kaybı ile menapoz yaşı 1-4 yıl öne kaymaktadır. Ayrıca sigara içimi düşük riskinde artışla da ilişkilidir. Sigara içen erkeklerde sperm sayısı, motilitesinde azalma ve anormal morfolojide artma gözlenmiş olmakla birlikte eldeki veriler erkek fertilitesinde azalmayı kesin olarak gösterememiştir.

Alkol

Kadın fertilitesi üzerine etkisi net olarak belirlenmemiştir. Karşıt görüşler vardır. 7,393 kadını içeren prospektif bir araştırmada, günlük 2 alkollü içecek tüketen kadınlarda infertilite riskinin anlamlı olarak arttığı (RR:1.59 %95 CI:1,09-2.31), günde 1 içecekten daha az alanlarda ise azaldığı (RR:0.64 CI:0.46-0.90) gözlemlendi. Diğer çalışmalarda alkol kullanımı artışı ile gebe kalmada azalma gösterildi. Yüksek miktarda alkol kullanımından gebe kalmaya çalışılırken kaçınılmalıdır. Gebelik sırasında alkol alımı tamamen bırakılmalıdır, fetal gelişim üzerine olumsuz etkileri iyi dökümanite edilmiştir ve güvenli limit yoktur.

Kafein

Yüksek düzeyde kafein kullanımı (500 mg; >5 ölçü/gün) fertilitede azalmayla ilişkili bulunmuştur. Gebelikte 200-300 mg/gün üzerinde düşük riskini artırabilir, fakat konjenital anomalilerle ilişki bulunmamıştır. Erkeklerde kafein kullanımının semen parametrelerine etkisi bulunmamaktadır.

Diğerleri

Marihuana vb. gelişmekte olan fetus üzerine zararlı etkileri net olarak ortaya konmuştur ve kadınlarda da erkeklerde de kaçınılmalıdır. Çevresel toksinler fertilitede azalmanın olası nedenlerinden biri olarak görülmeye başlamıştır. Konuyla ilgili bilgiler günümüzde sınırlı olmakla birlikte hızla artmaktadır. Kuru temizleme, basım vb. alanlarda kullanılan bazı toksinlere maruz kalımda fekundite azalabilir, erkeklerde ağır metallerle maruz kalımla anormal semen parametreleri daha sık görülebilir. Tarım alanında çalışanlarda pestisidlere maruziyet önemli olabilir. Pestisidlerin sperm parametreleri üzerine etkileri giderek daha fazla çalışmayla değerlendirmekte. Ek olarak hayvan çalışmaları, çevresel maruziyetlerin önemli reproduktif sonuçlar doğurabileceğini açıkça göstermiştir.

Özet

*'Fertil pencere dönemi' ovulasyon günü ile biten 6 günlük periyodu içerir ve servikal mukusun volümü ve karakteriyle ilişkilidir.

* Fertil pencerede sık ilişki (her 1-2 günde bir) en yüksek gebelik oranı sağlar ancak daha az sıklıkta ilişkilerde (haftada 2-3 kez) alınan sonuçlar da neredeyse eşdeğerdir.

*Koital pozisyonu ve postkoital supin pozisyonunda uzanmanın fertilitate üzerine anlamlı bir etkisi yoktur.

* Ovulasyon öngörüsü için kullanılan araçlar seyrek olarak ilişkide bulunan çiftlerde faydalı olabilir.



TJOD İZMİR ŞUBESİ E - BÜLTEN

KASIM 2017



*Orta düzeyde alkol (1-2 içki/gün) veya orta düzeyde kafein tüketimi fertilité üzerine olumsuz etkili olabilir.

Öneriler

*Gebeliğe ulaşmak için gereken zaman yaşla birlikte artar. 35 yaşını geçen kadınların 6 aylık süreden sonra gebelik oluşmadıysa bir üreme uzmanınca konsülte edilmesi düşünülmelidir.

*Düzenli menstrüel siklusları olan kadınlarda, fertil pencere öncesinden başlayarak 1-2 günde bir ilişki, fekundabilite şansını maksimize etmeye yardımcı olabilir.

* sigara içimi, yüksek miktarda alkol tüketimi (>2 içecek/gün), bazı ilaçlar ve ticari olarak yaygın bulunan vaginal lubrikanların kullanımı, gebe kalmaya çalışan çiftlerde vazgeçirilmelidir.