

Adli Tıp Kurumu Yayınları - 9

Adli Obstetrik / Jinekoloji

CİLT I

Editör

Dr. Zeki Soysal

Adli Tıp Profesörü - Doğum ve Kadın
Hastalıkları Uzmanı,

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu İkinci İhtisas
Kurulu Adli Tıp Üyesi,

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı ve İstanbul Üniversitesi
Adli Tıp Enstitüsü Öğretim Üyesi

İstanbul - 2003

Birinci Baskı: 2003

Kitaptaki Şekiller: Uz. Dr. A. Sadi Çağdır

**Her hakkı saklıdır. Bu kitaptaki yazıların veya şekillerin
tümü ya da bir bölümü önceden izin alınmaksızın
hiçbir şekilde çoğaltılamaz veya basılıp yayınlanamaz.**

Basım Yeri : TOPRAK OFSET Tel:0212 520 86 90

**İsteme Adresi: Adli Tıp Kurumu, 34246 İstanbul
Tlf: (0212) 585 06 60 /103**

*Bu kitap, yetişmemde büyük emeği geçen Saygıdeğer Hocam
Prof. Dr. Turgay Atasü'ye
minnet, şükran ve bağlılık duygularıyla ithaf olunur.*



PROF. DR. TURGAY ATASÜ

Kadın hastalıkları ve doğum profesörü olan Turgay Atasü memleketimizin en seçkin doktorlarından biridir.

Pek çok tıp öğrencisinin, kadın hastalıkları ve doğum uzmanının yetişmesinde büyük emeği geçmiştir.

Kadın hastalıkları ve doğum bilimiyle ilgili eserleri arasında Jinekoloji, Toksoplazmoz ve Gebelik, Jinekolojik - Obstetrik ve Neonatal Sendromlar, Gebelikte Fetusa ve Yeni Doğana Zararlı Etkenler, Jinekolojik Kanserler, Prolaktin, Over Kanserleri ve Tedavisi isimli kitapları yer almaktadır.

İstanbul Üniversitesi öğrencilerine sporla ilgili çeşitli olanaklar sağlamıştır.

Tıp ve spor çevrelerinde sevilen ve sayılan bir kişiliğe sahiptir.

Yazarlar

Prof. Dr. Zeki Soysal

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu İkinci İhtisas Kurulu Adli Tıp Üyesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı ve İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Oktay Saydam

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Altıncı İhtisas Kurulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Üyesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Özdemir Kolusayın

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Gürsel Çetin

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi Başkanı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı ve İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Öğretim Üyesi

Prof. Dr. İmdat Elmas

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Fatih Yavuz, Ph.D

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu İkinci İhtisas Kurulu Raportörü, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Derya Azmak

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Emre Albek

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi Uzmanı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Murat Eke

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Bora Büken

İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Osman Çelbiş

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Emine Küçükates, Ph.D

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kan Merkezi

Yrd. Doç. Dr. Çetin L. Baydar

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Uz. Dr. Sadi Çağdır

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Üçüncü İhtisas Kurulu Adli Tıp Üyesi

Uz. Dr. Taşkın Özdeş

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi Uzmanı

Uz. Dr. Erhan Büken

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Erdoğan İzler, MSc

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Kimyasal Tahliller İhtisas Dairesi

Uz. Dr. Mehmet Korkut

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Beşinci İhtisas Kurulu Adli Tıp Üyesi

Uz. Dr. Birgül Tüzün

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu İkinci İhtisas Kurulu Raportörü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Mira Gökdoğan, M.A.FSc

İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü

Havva Altunçul, Ph.D

İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü

Mehtap Altuğ, Ph.D

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi

Dr. Safa Çelik

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Dr. Özgür Cin

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu



“Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz.”
K. Atatürk



Adli Tıp, yargı mercileri önündeki ceza ve hukuk sorunlarından birçoğunun çözüm için bilinmesi gereken gerçeği ortaya koyan ve tanımlayan, böylece sorunun temelindeki olayı aydınlatan bilim dalıdır. Adli Tıp, bu görevini ne ölçüde başarıyla yerine getirirse yargı mercileri de, adli tıpla ilgili konularda adaleti o ölçüde başarıyla gerçekleştirebilir. Bu bakımdan adli tıp, adalet hizmetlerinin tamamlayıcı unsurudur.

Adli Tıp Kurumundaki bilgi birikimi ve deneyimin güncel bilgi ile sentezlenerek oluşturulan bu bilimsel yayınlarından birisine daha önsöz yazmaktan büyük mutluluk duymaktayım. Adli tıbbın görev ve işlemlerin tam olarak yerine getirmesi, çağdaş bilim ve teknolojinin bütün olanaklarını kullanabilmesine bağlıdır. Adli Tıp Kurumu yetişmiş insan gücü ile, teknoloji ve güncel bilgiyi kullanarak resmi bilirkişilik görevini yapmaktır. Bu görevi yaparken kazandığı bilgi ve deneyimi de basılı eserler halinde Adli Tıp Biliminin hizmetine sunmaktadır. Adli Tıp Kurumu'nun 2003 yılı içerisinde basılı eser haline getirdiği yayınların üçüncüsü olan “**Adli Obstetrik ve Jinekoloji**” kitabının basılması ve hizmet sunulmasında büyük katkısı olan Adli Tıp Kurumu Başkanı Uz. Dr. Kerametdin KURT ile kitabın editörü Prof. Dr. Zeki SOYSAL'a teşekkürlerimi sunar, çalışmalarında başarılar dilerim.

Cemil ÇİÇEK
ADALET BAKANİ



Adli Tıp, çalışmalarında multidisipliner bir yaklaşımla çözüm üretmeyi amaçlayan geniş bir yelpazede faaliyetlerini sürdüren bir bilim dalıdır. Adli Tıp Kurumu bilirkişilik hizmetini yürütürken cevaplarını aradığı sorulara bilimsel ve objektif yaklaşım göstererek çözüme ulaşmaktadır. Adli Tıp Kurumu dünya standartlarının çok üstünde bir sayıda olguyla çalışırken bu özverili çalışmalarının sonuçlarını hem günlük çalışmalara hem de akademik üretime yansıtmak zorundadır.

Son altı ay içerisinde Adli Tıp Kurumu yayınlarından “Adli Otopsi Atlası”, “Adli Toksikoloji” kitapları yayımlanmış olup, şimdi de “**Adli Obstetrik ve Jinekoloji**” kitabı yayımlanmaktadır. Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu üyesi Prof. Dr. Zeki SOYSAL’ın büyük emek ve zaman harcayarak yazdığı “Adli Obstetrik ve Jinekoloji” kitabı 64 bölümden oluşmaktadır. Bu kitap Türkiye’de Adli Tıp ile obstetrik ve jinekolojide hiç ele alınmamış ve tartışma gündeminde bulunan: fetüs hakları, ödünç annelik, in-vitro fertilizasyon, embriyo transferi ve suni dölleme gibi konuları geniş bir biçimde ele alarak adli tıbbi boyutunu irdeleyen ilk yayın olma özelliğini taşımaktadır.

Adli Tıp Kurumu olarak resmi bilirkişilik görevimizi yaparken aynı zamanda bilimsel nitelikli yayınlarımızın da devam edeceğini bildirir, bu bilimsel çalışmayı ortaya çıkaran Prof. Dr. Zeki SOYSAL ve öğretim üyeleri ile emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Uz. Dr. Kerametdin KURT
ADLİ TIP KURUMU BAŞKANI

Önsöz

Adalet sisteminin işleyişinde yargılamanın hatasız bir şekilde yapılmasının önemi tartışılmaz. Bunun için bilimsel görüşlerini yasal makamlara aktarmak durumunda olan güvenilir bilirkişilere duyulan ihtiyaç ortadadır.

Adli tıp yasal makamların karşılaştıkları tıbbi sorunların aydınlatılması ile uğraşan bir bilim dalıdır. Adli tıp uygulaması kapsamında adli obstetrik ve jinekoloji konularıyla sık olarak karşılaşmaktadır. Özellikle jinekolojide ve obstetrikte malpraktis, cinsel saldırı, evliliğin geçersizliği ve boşanma, anne ve bebek ölümleriyle ilgili olgular ve dosyalar, adli tıpta incelenerek bir karara varılmaktadır.

Bu kitap, adli tıp uzmanları, kadın-doğum hekimleri ve hukukçuların adli obstetrik ve jinekoloji ile ilgili gereksinimlerini karşılamak amacıyla hazırlanmıştır. Kitabın içeriğini adli uygulamada en sık karşılaşılan obstetrik ve jinekoloji konuları oluşturmaktadır. Kitapta jinekoloji ve obstetrik uygulamalarında bakım standartlarından sapma durumlarının yanı sıra adli tıpla ilgili sorunlardan nasıl kaçınılacağı konuları üzerinde ayrıntılı olarak durulmuştur. Bu özelliği nedeniyle kitabın bilirkişilik görevi yapan adli tıp uzmanlarına ve kadın-doğum hekimlerine yararlı olacağı sanılmaktadır.

Kuşkusuz memleketimizde türünde ilk çalışma olması nedeniyle, kitapta eksiklikler ya da gözden kaçmış olan noktalar bulunabilir. Bu konuda ki eleştiriler kitabın sonraki baskılarının değerini artıracaktır.

Bu arada, bizlere baba sevgisiyle davranan ve adli tıp sevgisini aşılayan ancak bugün aramızda bulunmayan Rahmetli Hocam Prof. Dr. Şemsi Gök'ü minnet ve şükran duygularıyla anmayı bir borç bilirim.

Bu kitap, yazarların özveri ile dolu çalışmaları sonucunda tamamlanabilmiştir. Adli tıp ve obstetrik - jinekoloji bilim dallarına gönül veren ve kitabın hazırlanması sırasında yılmadan çalışan bu değerli meslektaşlarıma ne kadar teşekkür etsem azdır. Kitaptaki şekiller saygıdeğer meslektaşım Uz. Dr. Sadi Çağdır'ın hünerli elleriyle çizilmiştir. Bu değerli katkısından dolayı kendisine çok teşekkür ederim.

Kitabın Adli Tıp Kurumu yayımları arasında çıkmasını sağlayan Sayın Başkanımız Uz. Dr. Kerametin Kurt'a ve Sayın Başkan Yardımcımız Uz. Dr. Mustafa Okudan'a teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, Kasım 2003

Dr. Zeki Soysal

İçindekiler

Birinci Cilt

1	Obstetrik ve Jinekoloji ile İlgili Dava Konuları	1
	OKTAY SAYDAM / ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR	
2	Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanının Mesleki Sorumluluğu	18
	SADİ ÇAĞDIR / ÖZGÜR CİN / ZEKİ SOYSAL	
3	Obstetrikte ve Jinekolojide İhmal Davaları	47
	SADİ ÇAĞDIR / TAŞKIN ÖZDEŞ / ZEKİ SOYSAL	
4	Obstetrikte ve Jinekolojide Hastanın Rızasının Alınması	54
	SADİ ÇAĞDIR / MURAT EKE / ZEKİ SOYSAL	
5	Muayenhanede Yapılan Obstetrik ve Jinekolojik İşlemlerle İlgili Adli Tıp Sorunları	78
	BORA BÜKEN / SADİ ÇAĞDIR / ZEKİ SOYSAL	
6	Obstetrikte ve Jinekolojide İatrojenik Hastalıklar	88
	ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR / MURAT EKE	
7	Gebelik ile İlgili Adli Tıp Sorunları	107
	ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE	
8	Antenatal Bakımla İlgili Adli Tıp Sorunları	148
	ZEKİ SOYSAL / ÇETİN L. BAYDAR / MURAT EKE	
9	Genetik Danışma ve Prenatal Tanıyla İlgili Adli Tıp Sorunları	188
	ZEKİ SOYSAL / ÇETİN L. BAYDAR / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	
10	Haksız Fiil Sonucunda Gebelik, Doğum, Ölüm ve “Özürlü Doğan Çocuğun Manevi İstirapla Süren Yaşamı” Nedeniyle Açılan Davalar	232
	SADİ ÇAĞDIR / TAŞKIN ÖZDEŞ / ZEKİ SOYSAL	

11	Çoğul Gebelikle İlgili Adli Tıp Sorunları	242
	ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR / MURAT EKE	
12	Gebelikte Rh Sensitizasyonu ile İlgili Adli Tıp Sorunları	245
	ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	
13	Gebelikte Hipertansif Hastalıklarla İlgili Adli Tıp Sorunları	250
	ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR / MURAT EKE	
14	Obstetrikte İlaç Uygulaması ile İlgili Adli Tıp Sorunları	260
	ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	
15	Obstetrikte Analjezi ve Anestezi ile İlgili Adli Tıp Sorunları	272
	ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR / MURAT EKE	
16	Dış Gebelikle İlgili Adli Tıp Sorunları	287
	ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	
17	Adli Tıp Açısından Travma ve Gebelik	293
	ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR / ÇETİN L. BAYDAR / MURAT EKE	
18	Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Anne Ölümleri	325
	ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	
19	Fetüste Gelişme Bozukluğu ile İlgili Adli Tıp Sorunları	365
	BORA BÜKEN / ERHAN BÜKEN / ZEKİ SOYSAL	
20	Teratolojiyle İlgili Adli Tıp Sorunları	377
	ZEKİ SOYSAL / OSMAN ÇELBİŞ	
21	Mesleğe Bağlı Tehlikelerin Üreme Sistemi ve Gebelik Üzerine Etkileri	389
	ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR / ERDOĞAN İZLER	
22	Plasenta ve Adli Tıp Sorunları	411
	MEHMET KORKUT / SAFA ÇELİK / SADİ ÇAĞDIR / ZEKİ SOYSAL	

23	Fetüs Hakları	435
	ZEKİ SOYSAL / EMRE ALBEK / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	
24	Fetüsün Bilimsel Araştırma ve Transplantasyon Amaçlı Kullanımı: Tıbbi, Hukuki ve Etik Sorunlar	488
	İMDAT ELMAS / ZEKİ SOYSAL / BİRGÜL TÜZÜN	
25	Obstetrikte AIDS ile İlgili Yasal ve Etik Sorunlar	495
	EMİNE KÜÇÜKATEŞ / ZEKİ SOYSAL	
26	Doğum ile İlgili Adli Tıp Sorunları	506
	ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE	
27	Babanın Doğum Sırasında Bulunması	534
	ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR / MURAT EKE	
28	Doğum Güçlüğü ile İlgili Adli Tıp Sorunları	536
	ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR / MURAT EKE	

İndeks

İkinci Cilt

29	Omuz Distosisi ile İlgili Adli Tıp Sorunları	539
	BORA BÜKEN / ZEKİ SOYSAL / EMRE ALBEK	
30	Fetal Distress “ Sıkıntı “ ile İlgili Adli Tıp Sorunları	556
	BORA BÜKEN / ERHAN BÜKEN / ZEKİ SOYSAL	
31	Göbek Kordonu Sarkmasıyla İlgili Adli Tıp Sorunları	575
	BORA BÜKEN / ZEKİ SOYSAL / ERHAN BÜKEN	
32	Amnion Ruptürü ile İlgili Adli Tıp Sorunları	582
	ERHAN BÜKEN / ZEKİ SOYSAL / BORA BÜKEN	
33	Makat Prezantasyonu ile İlgili Adli Tıp Sorunları	584
	ERHAN BÜKEN / BORA BÜKEN / ZEKİ SOYSAL	

34	Operatif Doğum ile İlgili Adli Tıp Sorunları ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE	597
35	Postmortem Sezaryen ile İlgili Hukuki ve Etik Sorunlar ZEKİ SOYSAL / ÖZDEMİR KOLUSAYIN / GÜRSEL ÇETİN / DERYA AZMAK	627
36	Postnatal Dönemle İlgili Adli Tıp Sorunları ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	636
37	Lohusalıkla İlgili Adli Tıp Sorunları ERHAN BÜKEN / ZEKİ SOYSAL	651
38	Gebelikte, Doğum Sırasında ve Doğumdan Hemen Sonra Fetüste ve Yeni Doğanda Oluşan Zararlar ile İlgili Adli Tıp Sorunları ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	654
39	Mahkeme Kararıyla Yapılan Obstetrik Girişimlerle İlgili Etik ve Hukuki Sorunlar ZEKİ SOYSAL / MİRA GÖKDOĞAN / SAFA ÇELİK / SADİ ÇAĞDIR	713
40	Çocuk Düşürme ve Düşürtme Suçları ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / MEHTAP ALTUĞ	724
41	Jinekolojide Teşhis ve Tedavi ile İlgili Adli Tıp Sorunları ERHAN BÜKEN / ZEKİ SOYSAL / BORA BÜKEN	774
42	İmpotans ve Sterilite ile İlgili Adli Tıp Sorunları MURAT EKE / ZEKİ SOYSAL	779
43	Kadında Sterilizasyonla İlgili Adli Tıp Sorunları SADİ ÇAĞDIR / MURAT EKE / ZEKİ SOYSAL	788
44	Suni Döllenme ile İlgili Adli Tıp Sorunları ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	808
45	İnterseks ve Cinsiyet Değişikliği ile İlgili Adli Tıp Sorunları ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	818

46	Ödünç Annelikle İlgili Hukuki ve Etik Sorunlar	828
	ZEKİ SOYSAL / EMRE ALBEK / OSMAN ÇELBİŞ	
47	Oral Kontraseptiflerle İlgili Adli Tıp Sorunları	847
	OSMAN ÇELBİŞ / ZEKİ SOYSAL	
48	Rahim İçi Kontraseptif Araçları ile İlgili Adli Tıp Sorunları	868
	OSMAN ÇELBİŞ / ZEKİ SOYSAL	
49	Pelvis Enfeksiyonlarıyla İlgili Adli Tıp Sorunları	888
	EMİNE KÜÇÜKATEŞ / ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	
50	Endometriosis ile İlgili Adli Tıp Sorunları	904
	ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR / MURAT EKE	
51	Jinekolojik Kanserlerle İlgili Adli Tıp Sorunları	907
	ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	
52	Histerektomi ile İlgili Adli Tıp Sorunları	918
	MEHMET KORKUT / SAFA ÇELİK / SADİ ÇAĞDIR / ZEKİ SOYSAL	
53	Jinekolojik ve Obstetrik Ameliyatlar Sırasında Üreterde ve Mesanede Oluşan Yaralanmalarla İlgili Adli Tıp Sorunları	942
	ZEKİ SOYSAL / EMRE ALBEK / SADİ ÇAĞDIR	
54	Obstetrikte ve Jinekolojide Ultrason Kullanımından Kaynaklanan Adli Tıp Sorunları	976
	SADİ ÇAĞDIR / ÖZGÜR CİN / EMRE ALBEK / ZEKİ SOYSAL	
55	Kadın Genital Sistemi Travmaları ile İlgili Adli Tıp Sorunları	1001
	FATİH YAVUZ / ZEKİ SOYSAL	
56	Uterusun Perforasyonu	1029
	ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE / SADİ ÇAĞDIR	

57	Evliliğin Geçersizliği veya Boşanma Davalarında Kadının Jinekolojik Muayenesi	1037
	MURAT EKE / ZEKİ SOYSAL / SADİ ÇAĞDIR	
58	İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi ile İlgili Adli Tıp Sorunları	1039
	SADİ ÇAĞDIR / SAFA ÇELİK / ZEKİ SOYSAL	
59	Obstetrikte ve Jinekolojide Malpraktis Davalarından Kaçınma Yolları	1050
	SADİ ÇAĞDIR / ZEKİ SOYSAL	
60	Cinsel Saldırı	1089
	ZEKİ SOYSAL / MURAT EKE	
61	İşkencenin Jinekolojik Sekelleri	1165
	ZEKİ SOYSAL / SAFA ÇELİK	
62	Adli Obstetrikte ve Jinekolojide Adli Hemşirenin Rolü	1169
	MİRA GÖKDOĞAN / HAVVA ALTUNÇUL	
63	Obstetrikte ve Jinekolojide Laparoskopi ile İlgili Adli Tıp Sorunları	1174
	ZEKİ SOYSAL / MİRA GÖKDOĞAN	
64	Genital Desensus ve İdrar İnkontinansı Ameliyatlarında Yapılan Hatalar	1178
	EMRE ALBEK / ZEKİ SOYSAL	

1

Obstetrik ve Jinekoloji ile İlgili Dava Konuları

Oktaý Saydam / Zeki Soysal / Sadi Çağdır

Günümüzde doktorlara karşı açılan davalardaki hızlı artış endişe kaynağı haline gelmiştir. Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri bu tür iddialarla en sık olarak karşı karşıya kalırlar.

Obstetrik ve jinekoloji dalının özelliği ve bu dalın hastanın yaşamındaki rolü nedeniyle, hekimin bu uzmanlık dalındaki sorumluluğu çok yüksek bir düzeydedir. Yeni doğanda meydana gelebilen bir hasar son derece ağır bir olay niteliğindedir. Obstetrikle ilgili olarak genelde toplumdaki beklentiler ve doğum olayına karşı beslenen duygusal yaklaşım, hekimin meydana gelebilecek istenmeyen bir olay durumunda sorumluluk riskini daha da artırır.

Hastada tıbbi bir girişim sonucunda oluşan hasar hekimin sorumluluk riskini de gündeme getirir. Bu risk değerlendirilirken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir nokta, hastanın hekimden ve hekimin uyguladığı girişimlerden beklentilerinin ne ölçüde karşılandığıdır. Bu beklentiler, hastaya uygulanan bakım, girişimin hasta üzerinde yarattığı etkilere, hastanede kalış süresi ve hasta-hekim ilişkileri gibi konuları da kapsar.

Obstetrik hastalarının sadece %37 lik bir bölümü, gebelikteki ve doğum esnasındaki bakımla ilgili beklentilerinin tam anlamıyla yerine geldiğini ifade etmektedir. Hastaların yarısından çoğu ise hekim ile aralarında iletişim sorunları bulunduğunu söylemektedir. Bu sorunlar hekimin hastasıyla gerekli olan süre ilgilenmemesi, gebeliğin seyri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması ve hekimin gebenin korkularına ve endişelerine yeterli duyarlılıkla yaklaşmaması konularını ilgilendirmektedir. Yine obstetrik hastalarının önemli bir bölümü gebelik ve doğum sürecinin beraberinde getirdiği rahatsızlıklara hekimin yeterince duyarlı bir şekilde yaklaşım göstermediği görüşündedir.

Çok önemsiz yakınmaları olan hastalar bile hekimin duyarsız bir tutumla kendilerine yaklaşmasından rahatsızlık duyarlar. Bu tür yakınmalar ileri boyutlarda bir davanın açılmasına da bir gerekçe oluşturabilir. Hastaya gerekli duyarlı yaklaşımın gösterilmesi, anlayacağı bir dille hastalık, gerekli girişimler ve tedavi şansı ile ilgili tüm bilgilerin verilmesi, dava

açılmasını büyük ölçüde engelleyebilir. Hekimin hastaya duyarlı ve anlayışlı bir şekilde yaklaşmasında en önemli unsurlardan biri de, hasta-hekim ilişkisindeki psikolojik boyutun doğru olarak algılanmasıdır.⁵

Kadının kendine verdiği değer, kaçınılmaz bir şekilde kadın olarak kendi yeterliliğinin kanıtlanmasına ve cinsel yaşamının dengeli bir şekilde gerçekleşmesine bağlıdır. Çoğu kadın kendi vücutlarını tanımaya karşı olumsuz bir şekilde koşullanmıştır. Diğer taraftan, kadın-doğum uzmanı, uzmanlık alanının bir gereği olarak yine bir kadının vücudunun en özel bölgelerini inceleme ve manipüle etme durumundadır. Bu nedenle, kadının kendi vücuduna karşı olan bu olumsuz koşullanması ile kadın-doğum hekiminin rolü arasındaki bu uçurum, tedavi sırasında göz önünde bulundurulmalıdır. Kendi vücudunun mahremiyeti ile ilgili olan duyguları onun cinsel kimliği ile doğrudan ilişkili bulunduğundan, hekimin genital organlar üzerindeki manipülasyonu kadında kolaylıkla büyük bir güvensizlik duygusu yaratabilir. Ayrıca bunun oluşturduğu etki de yine hastanın kendi sorunu ile ilgili olarak sağlıklı bir değerlendirme yapmasına büyük ölçüde engel oluşturmaktadır. Bu nedenle kadın-doğum hekiminin hastasına yaklaşırken hasta-hekim ilişkisinden doğan bu özel psikolojik durumu büyük bir duyarlılıkla göz önüne alması gerekir.⁵

Yine hastalar hekimin kendilerine küçümseyici bir yaklaşım sergilediği iddiasını sık olarak dile getirmekte ve bu tür bir davranış, hasta-hekim arasındaki güven ilişkisinin tamamıyla istismarı olarak algılanmaktadır. Hekim güven duyulan bir kişi olmaktan kaynaklanan gücünü istismar ederse, sorumluluklarını gerektiği şekilde yerine getirmesi olanaksız bir hale gelir. Böyle bir durumda hastanın kooperasyonu da hekimin duyarsızlıkla karakterize olan tutumuna paralel olarak azalır.⁵

Hekim-hasta ilişkisi ne kadar iyi olursa olsun, kadın için felaket niteliğinde olan sonuçların ortaya çıkması sıklıkla davanın açılmasına gerekçe oluşturabilir. Örneğin ileri derecede beyin hasarı bulunan bir çocuğun annesi temelde hekimle olan ilişkisi ne kadar olumlu olursa olsun, böyle bir çocuğun sürekli bakımı için gerekli olan büyük boyutlardaki masrafların karşılanmasına yönelik olarak hekim hakkında tazminat davası açabilir. Yine hekimin yaklaşımı temelde ne kadar duyarlı ve anlayışlı olursa olsun, kısır olan bir hasta veya radikal mastektomi geçiren bir kadın hekim hakkında dava açma yoluna gidebilir.⁵

Kadın-doğum hekimlerinin sıklıkla dava açılması durumu ile karşı karşıya kalmaları, tıbbın diğer alanlarında önemsiz sayılabilecek komplikasyonların bile, bu özel uzmanlık alanında felaket sayılabilecek sonuçlara yol açabilmesiyle ilgilidir. Böyle bir komplikasyon ortaya çıktığında hekimin zaman geçirmeden bir uzmana danışması, istenmeyen sonuçları hafifletecek önlemler alması ve komplikasyonun nedenini saptamaya çalışması gerekir. İstenmeyen sonucun nedeninin hekimin ihmeline bağlı olmadığı saptanırsa, hastaların yapılacak olan makul bir açıklamayı kabul etmeleri daha kolay olur. Komplikasyon gelişen hastada tedavi ve bakıma yönelik tüm önlem-

lerin eksiksiz olarak alınması gerekir. Ayrıca kadın-doğum hekiminin yapılan tedaviyi takip etmesi ve bu tedaviyi yürüten hekimlerle sürekli ilişki içinde bulunması gerekir. Aynı şekilde mevcut durumun hastaya ve hasta yakınlarına tüm açıklığıyla anlatılması ve aileyle sürekli bir bağlantının sağlanması gerekir. En zor anında hekim tarafından yüzüstü bırakılmadığını gören hastanın yargı yoluna gitmesi olasılığı daha düşüktür.⁵

Tıbbi malpraktis davalarında hastalar genellikle hekimlerden fazla miktarda tazminat isterler. Dava nedenlerinin önceden bilinmesi, onlardan kaçınılmasında önem taşır. Yasal açıdan risk taşıyan noktaları bilen bir kadın-doğum hekimi, kötü sonucu önceden tahmin ederek ona karşı daha etkin bir şekilde davranabilir.

OBSTETRİK İLE İLGİLİ DAVA NEDENLERİ

Obstetrik, doğum hekiminin anne ve doğacak çocuk olmak üzere iki hasta ile ilgilenmesi nedeniyle özel bir konuma sahiptir. Tıbbın verdiği hizmetlere yönelik olan beklentilerin giderek arttığı günümüzde bu alandaki sorumluluklar daha da artmaktadır. Ebeveynlerin, gebeliğin en iyi şekilde sonuçlanmasını, normal ve sağlıklı bir bebeğin doğmasını ve gebelik sürecinden olumsuz yönde etkilenmeyerek emosyonel olarak doğum olayının olumlu bir deneyim şeklinde yaşanmasını istemeleri en doğal haklarıdır.

Bu nedenle, bu tür davalara yol açılmaması için ebeveynler ile doğum hekimi arasında iyi bir ilişkinin sağlanması son derece büyük önem taşımaktadır.

Hasta ile hekim arasında yeterli iletişimin kurulmaması ve hekimin hastaya yeterli zaman ayırmaması, davalara önemli bir konu oluşturabilir. Eğer hastalara daha fazla zaman ayrılabilir ve yine hastaya sadece açıklama yapmakla yetinilmeyip, aynı zamanda yapılan bu açıklamaların gerçekten anlaşılması sağlanırsa, birçok davanın açılmasının baştan önüne geçilebilir.

Doğum hekimliğinde zaman faktörü, bu uzmanlık alanının özellikleri, personelin sıklıkla yetersiz oluşu ve acil durumlara sıklıkla rastlanması nedeniyle sınırlayıcı bir durum söz konusu olmakla birlikte, yine de hem hekimlerin ve hem de ebelerin hastaya mümkün olduğunca yeterli zaman ayırmaları, anlayışla yaklaşmaları ve kooperasyon sağlamaları gerekliliği gözardı edilmemelidir.

İletişimin kurulması ile ilgili olan önemli bir nokta, tüm verilen bilgilerin yazılı olarak tespit edilmesi ve gerekli imzaların zaman geçirmeden alınması gerekliliğidir. Bu tür işlemler her ne kadar belli bir ölçüde bir iş yükü oluşturup yine belli bir zaman kaybına yol açsalar da, bu önlemler ileride ortaya çıkabilecek ciddi hukuki sorunların önüne geçilmesinde büyük önem taşır.

Uyulması gereken önemli bir nokta, hastanın rızasının alınması ile ilgi-

lidir. Rızanın alınmasına zaman kalmayacak derecedeki acil durumların dışında hastaya yapılacak girişim konusunda standard ifadeler kullanılarak açıklamada bulunulmalı ve hastaya yapılan açıklama kayıtlara geçirilmelidir. Her ne kadar yaşamı tehdit edici acil durumda hastanın uygun bir şekilde rızası alınmadan yapılan girişimler sonucunda açılması muhtemel olan davalarda hekimin tutumu mahkemece bir ölçüde anlayışla karşılanabilirse de, bu konuda hiçbir kaydın bulunmaması çok olumsuz sonuçlar yaratır.

Artan bir sıklıkla dava konusu olan alanlardan biri de, tedaviye rıza ve ilmesini ilgilendirir. Burada özellikle, aydınlatılmış onam kapsamında, hastaya ne ölçüde bilgi verilmesi gerektiği sorusu önem kazanır. Onam kapsamında ortaya çıkan tartışmaların çoğunluğu, belli bir olguda, hastaya risklerin açıklanmadığı iddiasından kaynaklanır. Burada doğru seçimi yapmak güç olacaktır. Yine de, hastanın, kendini neyin beklediğini bilmesi gibi meşru bir hakkına saygı gösterilmesi gerekir. Diğer taraftan da hastaya daha duyarlı bir yaklaşımın kesinlikle gerekli olduğu durumlar mevcuttur. Olguda neyin yapıp neyin yapılamayacağı sorusu da göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın mümkün olan en geniş şekilde bilgilendirilmesi etik açıdan arzu edilen bir durumdur. Fakat gerçekleşme ihtimali çok düşük olan riskler söz konusu ise, bu tür yöntemlerin güçlüklerini açıklamak için harcanacak zaman çok uzun olabilir. Burada, hastanın riskler hakkında bilgi sahibi olmasını engelleyen çok zorunlu bir klinik neden olmadığı sürece, uygulama ile ilgili tüm riskler hakkında bilgi verme yükümlülüğü hekime ait olmalıdır. Böyle bir yaklaşım, bu konuda bir uzlaşma olarak kabul edilebilir.

Hem gebelik hem de doğum sürecinde doğum hekimi birçok açıdan bir gözlemci rolündedir. Gebelik ve doğum temel olarak fizyolojik süreçler olup doğumda görev alan ebeye de davaya gerekçe olabilecek durumların ortaya çıkmasını önlemede görev düşer. Yine de bu konuda ana sorumluluğu doğum hekimi taşımaktadır. Antenatal bakım, hipertansiyon, intrauterin gelişim geriliği ve anormal pozisyon gibi tehlike işaretlerinin zamanında saptanması için hem anne hem de fetüsün yakından takibi kaçınılmazdır. Bu nedenle doğum hekimi ilk anamnezi alırken gebeliğin sonucunu etkileyecek olan tüm faktörleri göz önünde bulundurmalıdır.

Günümüzde birçok hastanede gebelik süresince sorun çıkması riski bulunan hastalar için özel antenatal bakım üniteleri bulunmaktadır. Bu ünitelerde görevli olan deneyimli ekipler girişimde bulunabilmektedir.

Aşağıdaki durumlarda obstetrik ile ilgili şikayetlere sık olarak rastlanmaktadır² : 1. Hasta ile hekim arasında uyumlu ilişkinin bulunmaması, 2. Hasta ile bağlantının yetersiz oluşu. Tedavi uygulanırken, bağlantının bozulması durumunda, hasta ile olan ilişkinin düzeltilmesi için çaba gösterilmelidir. 3. Diğer hekimlerle bağlantının yeterli olmaması. Diğer hekimlerle yeterli bir bağlantının kurulmaması, ciddi sonuçlara yol açabilir. Mümkünse, tedaviye başlamadan önce, özel incelemelerin sonuçları bilinmelidir. 4. Hastane kurallarının yanlış anlaşılması. Hekimlerin çalıştıkları hastanelerdeki tıbbi uygulamaları belirleyen kuralları bilmeleri şarttır. Bu

kurallara uyulmaması, fena sonuçlara yol açabilir. 5. Telefonun uygun olmayan şekilde kullanımı. Tıbbi öneriler ve reçetelerin düzenlenmesiyle ilgili telefon konuşmaları uygun bir şekilde yapılmayabilir. Çoğu kez, konuşmaların kaydı yapılmaz ve daha sonra verilmiş olan talimatlara ilişkin iddialar ortaya çıkabilir. Tedavi planları hasta ile tartışılmalıdır. Yapılan tartışmaların kaydı da önemlidir. Hastaya yapılan açıklamalarla ilgili görüşmeler ses kaydına alınabilir. 6. Yetki sınırlarının aşılması. Doğum hekimi, obstetrik alanı dışındaki konularda yetki sınırlarını aşmamalıdır. 7. Konsültan hataları. Hekimler hastaları için seçtikleri konsültanların hatalarından sorumlu tutulabilir. Konsültanın görevi ile ilgili sorunlar ortaya çıktığında, konsültandan ziyade ona başvuran hekim hakkında iddialarda bulunulabilir. 8. Yabancı cisimler. Ameliyat sırasında vücutta unutulmuş yabancı cisimlerle ilgili davalar açılabilir. Bazı hekimler, tüm olgularda vücutta açtıktan ve kapadıktan sonra radyolojik inceleme yaparlar. 9. Sterilizasyonun kanıtı. Sterilizasyonun yapılmaması veya yapılmış olması, sık olarak iddia kaynağını oluşturur. Birçok kimse tuba uterinaların bağlanmasının, her zaman steriliteyi sağlamadığını bilmez. Bundan başka, tuba uterinaların bağlanması, kesilmesi veya klappe edilmesi, doku parçası çıkarılmaksızın yapılmaktadır. Özellikle patolojik inceleme için dokunun bulunmadığı durumda, sterilizasyonun muhtemel başarısızlığına ilişkin olarak hastaya kesin anlatımda bulunulması şarttır. 10. Sekreterler veya paramedikal personel, hekim ile hasta arasında sorun çıkmasına neden olabilirler. Suçlamalarla ilgili açıklamalar, tedavinin söylenmesi veya uygun olmayan bilgilerin açığa vurulması kaygı yaratabilir. Bu konularda sıkı kurallar koyulması ve personelin sürekli olarak izlenmesi önemlidir.

Doğum hekimlerine karşı malpraktis iddiaları, özellikle travay ve doğum sırasında veya postoperatif bakımda ihmal konusunda olmaktadır. Davaların ikinci sık nedenini ise travay ve doğum sırasında hastada zarar oluşumuna yol açan kusurlu hareketler oluşturmaktadır. Bu şekilde, vaginal doğuma devam edilip edilemeyeceği veya sezaryen yapıp yapılmayacağı konusunda karara varılabileceği belirtilmektedir. Genellikle veriler doğum hekiminin hastanın bakımındaki ihmalinin, sık bir şikayet kaynağı olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Obstetrik malpraktis olgularında, çocuğun doğumdan hemen sonra hastanın tedavisinin kesildiği şeklinde terketme iddiasında bulunulabilir. Bu iddianın esası, tıbbi ihtimamın devam etmesinin gerekli bulunduğu bir sırada hekimin makul bir bildirimde bulunmadan veya yerine yeterli bir tıbbi bakım sağlayacak olan birisini bırakmadan, hekim-hasta ilişkisini kesmesine dayanmaktadır.

Mahkemeler, tedavi gereksinimi gösteren postpartum hasta şikayetlerine gerektiği şekilde karşılık vermeyen bir hekimin sorumlu olacağını kabul etmiştir.

Tıptaki hiçbir alan gebe kadının prenatal dönemde ve doğum anındaki bakımı konusunda olduğu kadar potansiyel malpraktis davası

açılması riskini taşımaz. Gebe kadının bakımından sorumlu olan hekim aynı zamanda fetus ve yeni doğanın da bakımından sorumludur. Bu nedenle hekimin hem obstetrik bakım hem de bu bakımın belgelenmesi açısından son derece özenli davranması gerekir.

Belgelemenin ilk prenatal muayene ile başlaması gerekir. Anamnez alınmasına ve fizik muayeneye ek olarak, hekimin doğacak çocuk açısından diyabet gibi belirgin bir riskin mevcut olup olmadığının saptanması amacıyla aile anamnezini de özenle taraması gerekir. Hekim bu kapsamda spesifik olarak çocuk açısından herhangi bir konjenital anomali riski olup olmadığını saptamak amacıyla ayrıntılı bir genetik profil araştırması yapılmalıdır. İhmal unsuru içeren bir genetik danışma sonucunda kusurla doğan çocuğun çekeceği manevi ıstırap gerekçe gösterilerek açılan birçok dava, bu konuda gösterilen ihmalkar tutumun sonucunda konjenital anomali ile doğan çocuklarla ilgilidir.

Mümkün olan en erken sürede gestasyonun muhtemel süresinin belgelenmesi özel bir önem taşır. Bu nokta hekimin prematürite sorunu ile karşı karşıya kaldığı durumlarda özellikle önemlidir. Bu konuda eldeki verilerin kesin olmadığı hastalar söz konusu olduğundan, hekim gebelik yaşının ne derece doğru hesaplandığı noktasını açıklığa kavuşturabilecek tüm bilgileri eksiksiz olarak kaydetmelidir. Yine gebelik süresince hekimin toksemi gibi komplikasyonlara işaret eden bulgular açısından uyanık olması ve kadının viral bir enfeksiyon bulguları göstermesi durumunda kızamıkçık antikor titrelerinin saptanması gibi temel serolojik incelemeleri yaptırması gerekir.

Hekim hastasından drog kullanımı (yasal olmayan reçeteli ve reçetesiz) sigara ve alkol alımı konusunda ayrıntılı bir anamnez almalı ve hastayı bu maddelerin kullanımının getirdiği riskler açısından uyarmalıdır. Herhangi bir tıbbi sorun nedeniyle ilaç kullanan ve bu esnada gebe kalan bir kadın ilacın kullanımının yol açabileceği konjenital anomali riski konusunda bilgilendirilmelidir.

Malpraktis davaları açısından obstetrik uygulamalarda geçerli olan prensipler, genelde tıptaki diğer uzmanlık alanlarından çok fazla farklılık göstermezler. Fakat özellikle obstetrik uygulaması kapsamında çocuğun kesin olarak ne zaman doğacağı bilinemeyebileceğinden, hekimin prenatal hasta takibinde bir ihmalkarlık sonucunda anne veya çocuğa herhangi bir zarar vermesi nedeniyle malpraktis davaları açılması söz konusu olabilir. Yine obstetrik cerrahi alanında malpraktis davalarına yol açan diğer bir konu sezaryen ile ilgilidir. Burada sezaryen girişiminin gerekliliği veya gereksizliği konusunda bilirkişi raporu kapsamında görüş bildirirken, her zaman için cerrahi girişim koşullarının tam olarak oluşup oluşmadığının saptanması önem taşır.

Obstetrik uygulamasının dava gerekçesi oluşturabileceği diğer bir konu, hatalı bir şekilde miaddan önce doğumun başlatılması veya sezaryen uygulanması ve bunun sonucunda solunum sıkıntısı sendromu ve sekel-

lerinin ortaya çıktığı prematür bir çocuğun doğumuna yol açılması ile ilgilidir. Erken gebelik döneminde uygun bir anamnezin alınmamış olması durumunda, fetüsün matürasyonunun kesin olarak saptanması son derece güç olabilir. Hekimin hasta ile ilgili verilerin doğruluğu hakkında kuşkusunun bulunduğu durumlarda preterm bir doğum riskini ortadan kaldırmak için doğumun başlatılmasından veya elektif sezaryen girişiminden önce fetal matüritenin saptanması için tüm incelemeleri yapması gerekir.

Tüm doğum süresince fetal kalp aktivitesinin elektronik aygıtlarla izlenmesinin avantaj ve dezavantajları halen tartışmalı olmakla birlikte, çocuk kalp seslerinin takibi temel bir yöntem olmaya devam etmektedir. Çocuk kalp seslerinin takip kartında uygun aralıklarla kaydedilmesi gerekir. Örneğin beyin hasarı ile doğan bir çocuk söz konusu olduğunda, çocuk kalp sesleriyle ilgili verilerin yazılı olarak belgelenmiş olması son derece önem taşır. Bunun ihmal edildiği durumlarda çocuk kalp seslerinin takibinin yapılmadığı iddiası ortaya atılabilir.

Bakımda ihmal bulunduğu yönündeki iddialar sıklıkla hastadan sorumlu olan doğum hekiminin anestezi ve analjezi uygulamasını ilgilendirir. Özellikle bölgesel anestezi uygulandığında total dozlara ve sürelerine uyulması, mevcut koşullarda en az anestezi ile doğum işleminin mümkün olduğu kadar rahat uygulanmasına olanak sağlar. Spinal anesteziye bağlı olarak annede ciddi bir hipotansiyon gelişmesi durumunda, hekim aynı anda hem anne ve hem de çocuğun sorunlarıyla yeterince ilgilenemeyeceğinden, kardiopulmoner resusitasyon, solunum desteği, hipotansiyon kontrolü ve anestezinin diğer istenmeyen yan etkilerini etkin bir şekilde kontrol edebilecek deneyimli bir yardımcıya ihtiyaç duyulur.

Hasta için en iyi tıbbi bakımın sağlanması, pediatrik resusitasyon işlemleri için gerekli hastane personeli ve teçhizatının bulunmasını zorunlu kılar. Böyle bir ekip her zaman hazır bulunamayabileceğinden, doğum hekiminin yeni doğanın resusitasyonu konusunda eğitilmiş ve deneyimli olması gerekir. Bu nedenle doğum hekiminin hastanın içeriye alınmasından önce, doğum odasının larengoskop ve uygun çapta endotrakeal tüpler gibi pediatrik resusitasyon aletleri açısından hazır ve donanımlı durumda olup olmadığını kontrol etmesi gerekir.

Obstetrik uygulamada karşılaşılabilecek diğer bir konu, plasentanın muayenesinde ihmalkarlık nedeniyle ortaya çıkabilecek sonuçların malpraktis davalarına gerekçe oluşturabileceğidir.

Çoğu kez davalara yol açan düşük yaptırma işlemleri ile ilgili komplikasyonlar ve yaralanmalar arasında perforasyon, servikste laserasyon, kanama, fetüsün ve plasantanın eksik çıkarılması yer alır.⁷

Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri, hastada ilk trimestirde ve ikinci trimestirin erken döneminde meydana gelen kanama ve spontan düşük nedeniyle sıklıkla haksız yere ihmal iddiasıyla karşı karşıya kalabilirler. Birinci trimestirdeki kanamanın sıklığı ve yine ilk trimestirde görülen yüksek spontan düşük insidensi nedeniyle hastalar bu kanama ve düşüğü

ilişkilendirme eğilimindedir. Eğer bu dönemde gerçekten gebe kadının bakım ve takibinde ihmal söz konusu ise, sorumlu hekim hakkında dava açılması söz konusu olabilir.

Doğmamış fetüsün haksız fiil sonucu ölmesi halinde, özellikle fetüsün yaşama yeteneğinin olmadığı durumlarda, tazminat ödenmesine karar verilmesi mutad değildir. Ölüm olayında bir kişi söz konusu olduğundan ve kişilik haklarının doğmamış fetüse ne derecede uygulanacağı henüz tartışmalı bulunduğundan, bu konuda görüş birliği bulunmamaktadır. Buna karşın, Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı eyaletlerinde bu tür olgularda dava açılmasını destekleyen bir eğilim göze çarpmaktadır. Her ne kadar fetüsün kişilik hakları açısından tartışmalı olan yasal konumu birçok durumda böyle bir davanın açılmasına engel oluştursa da, ebeveynlerden birinin veya her ikisinin yaşadıkları emosyonel stress nedeniyle tazminat hakkının doğması durumu söz konusu olabilir. Buna karşın olguların birçoğunda anneye birinci veya ikinci trimestirin erken döneminde spontan düşüklerin veya düşük tehditlerinin nedenleri hakkında basit ve anlaşılır açıklamalarda bulunulursa ihmal nedeniyle bir davanın açılmasının önüne büyük ölçüde geçilebilir. Bebeğini kaybeden bir anne de kendini belli ölçüde sorumlu hissettiğinden, eğer anneye çocuğun kaybında kimsenin suçu olmadığı inandırıcı bir şekilde açıklanabilirse, bir malpraktis davası açılmasının önüne geçilebilir. Buna karşın bazı olgularda fetüsün kaybı potansiyel olarak tazminata gerekçe oluşturabilir. Örneğin hekim tarafından hastanın gebe olup olmadığı araştırılmadan gebeliğin ilk trimestirinde kadına ilaç tedavisi uygulanır veya kadın radyasyona ya da diğer bir teratojen etkiye maruz kalırsa, fetüsün kaybı için açılacak olan bir davanın geçerli bir nedeni olacaktır. Çünkü bu durumlarda özellikle teratogenez olasılığı yüksekse, sıklıkla kürtaj önerilir. Bu nedenle, doğmamış fetüsün haksız fiil sonucu ölümü tazminat davasına makul bir gerekçe oluşturabilir.

Ektopik gebelik erken gebelik döneminin bir komplikasyonu olup, azımsanmayacak sayıda davaya neden oluşturabilir. Yine ektopik gebelik Amerika Birleşik Devletleri'nde anne ölümlerinde istatistiksel olarak önde gelen nedenlerden biri olup önem taşımaktadır. Birçok olguda ektopik gebeliğin geç veya yanlış teşhisi söz konusudur. Örneğin bir hekimin ektopik gebelik açısından tipik veya atipik anamnezi olan bir hastayı evine gönderdiğini ve bu hastanın daha sonra semptomların ağırlaşması veya ektopik gebeliğin rüptürü nedeniyle başka bir hastaneye yatırıldığını düşünelim. Böyle bir durumda hasta iyileşse ve sadece basit bir salpenjektomi gerekse bile, hasta daha erken bir dönemde yapılacak girişim ile tubasının kurtarılabilceğini iddia edebilir. Yine ektopik gebelik erken teşhis edilseydi tüpün kurtarılabilceği iddiasında bulunulabilir.

Hastanın tanıdaki gecikme nedeniyle ciddi bir fiziksel hasara maruz kalması durumunda, ektopik gebelik tanısındaki bu yanılmanın sonuçları çok daha ağır olabilir. Çünkü böyle bir durumda transfüzyon gereksinimi ve buna bağlı olarak hepatit riski veya hemoraji nedeniyle ölüm tehlikesi ortaya

çıkabilir. Böyle bir durum söz konusu olduğunda hekimin ektopik gebelik olasılığını yeterince göz önünde bulundurmadığı şeklindeki bir iddiayı çürütmesi güçtür. Günümüzde ultrasonografi ve radyoimmunassay yoluyla duyarlı gebelik testleri alanında elde edilen gelişmeler bir yandan ektopik gebelik olasılığını ekarte etmek için büyük kolaylık sağlarken, diğer taraftan bu testlerin uygulanmaması hekimin sorumluluğunu daha da artırıcı nitelik taşır.⁹

Gebelik döneminde ve doğum esnasında hekimin bebek üzerinde neden olduğu zararlar yönünden sorumluluğu gündeme gelebilir. Fakat doğum öncesi hekimin ihmalkar davranışı yüzünden çocukta meydana gelen zararlar veya çocuğun ölümü nedeniyle açılan davalarda verilmiş olan kararlar genelde çelişkili olmuştur. Doğum sonrası dönemde herhangi bir erken postnatal bozukluğa yönelik tanının ve özenli bir bakımın sağlanması çocukta kalıcı lezyonların oluşmasını önlemede çok büyük bir öneme sahiptir. Burada yanıtlanması gereken ve dolayısıyla hekimin sorumluluğu açısından büyük önem taşıyan bir nokta, çocukta postnatal olarak ortaya çıkan bozukluğun hekimin herhangi bir şekilde müdahale edemeyeceği konjenital bir defektin sonucu mu yoksa postnatal dönemde hekimin ihmalkar davranışı nedeniyle meydana gelen bir hasar mı olduğu sorusudur. Erken postnatal dönemde belli durumlarda malpraktis davalarına konu oluşturacak bir durum da bebekte meydana gelen yanıklardır. Yeni doğanlar termoregülasyon mekanizmasının tam olarak gelişmemiş olması nedeniyle doğumdan hemen sonra vücut ısısının belli bir düzeyde tutulması için suni bir ısı kaynağı sıklıkla uygulanır. Bu uygulama esnasında ısının uygun bir şekilde ayarlanmaması sonucunda yeni doğanda meydana gelebilecek yanıklar hekim aleyhine açılacak bir malpraktis davasına konu oluşturabilir.¹⁰

JİNEKOLOJİ İLE İLGİLİ DAVA NEDENLERİ

Jinekolog operatörler son yıllarda diğer cerrahi ve tıbbi uzmanlık alanlarının bireyleri gibi mesleğin uygulanması kapsamında ortaya çıkan durumlar nedeniyle gittikçe artan sayıda davayla karşı karşıya kalmaya başlamışlardır.

Jinekoloji kapsamında yapılan hatalar ile ilgili olarak hekimlere yöneltilen davalar, genelde bu uzmanlık dalının cerrahiyi ilgilendiren bölümlerini kapsamaktadır. Bu tür davalar aynı zamanda hastane ve hastanede görevli personel hakkında da açılabilir.

Kadın genital organlarının patolojik değişikliklerinin tanı ve tedavisine yönelik girişimlerle ilgili malpraktis iddiası kapsamında tazminat davası açılabilir. Tanı ile ilgili iddialar arasında tanıda gecikme, yanlış tanı koyma ve tanıyı koyamama durumları bulunur.⁸ Diğer tıbbi konuları ilgilendiren malpraktis davalarına ilişkin genel prensipler jinekolojik olgu-

lar için de geçerlidir. Burada hekimin aynı alanda çalışan diğer hekimlerin göstereceği makul derecedeki özen ve dikkatin dava konusu girişimde gösterilip gösterilmediğinin saptanması, bu tür malpraktis davalarında temel bir unsurdur. Hekimin jinekolojik uygulamalar kapsamında karşı karşıya kaldığı malpraktis davalarında kanıtlanması gereken önemli unsurlardan biri de aynı pozisyondaki başka bir hekim tarafından gösterilen ihtimamın gösterilmemiş olduğunun ortaya koyulmasıdır. Sadece davalı hekimin yaptığı girişimin istenmeyen bir sonuca yol açtığının gösterilmesi, bu tür malpraktis davaları açısından yeterli değildir.⁴ Hekimden, yasal olarak, diğer yaklaşımlarda olduğu gibi, tanı koyarken de hastasına aynı derecede titizlikle davranması beklenir. Bakım standardına uyulduğu taktirde, tanıdaki hata ihmal olarak değerlendirilmez fakat tıbbi uygulamalar kapsamında cezai takibati gerektirmeyen ve kaçınılması mümkün olmayan bir olay şeklinde görülür. Bununla birlikte, tanı hatası yetkin bir hekimin gerekli göreceği tetkiklerin yapılmamasından dolayı meydana gelmişse veya tanı hatası yapan doktor, yetkin bir hekimin saptayacağı bir durumu teşhis edememişse, sorumluluk durumu doğabilir. Tanıda bir hata olup olmadığının saptanması ile ilgili sorunlardan birisi, belli bir olguda, hangi araştırma tekniklerinin uygulanması gerektiği konusunu ilgilendirir. Semptomların araştırma tekniklerinin uygulanmasını gerektirdiği durumlarda, rutin laboratuvar testlerinin yapılması zorunlu iken, daha kapsamlı ve pahalı araştırma yöntemlerinin komplike ve yanıltıcı özellikteki olguların dışında uygulanması beklenemez. Örneğin ikiz gebeliğin tanısında ultrasonun yararı yadsınamaz. Dolayısıyla, ikiz gebelik kuşkusu olan fakat ultrason uygulanmayan durumlarda ihmal söz konusudur.⁴

Tedavide ihmal aynı şekilde önem taşıyan bir konudur. Burada yasanın mazur görülebilir olarak kabul ettiği bir tıbbi hata ile ihmal derecesine varan bir hata arasında ayırım yapılması önem taşır. Birinci durumda, mutad insan hatasının sorumluluğa yol açmadığı mahkeme tarafından kabul edilirken, ikinci durumda, sanığın eyleminin makul derecede becerisi olan veya yetkin bir hekimden beklenenin sınırları aştığı görüşü söz konusudur. Söz konusu hata, makul ölçülerde yetkin olan bir hekim tarafından yapılmazsa, ihmal olarak değerlendirilir. Diğer taraftan, mutad özen ile hareket eden bir hekim tarafından yapılan bir hata ise ihmalkar davranış olarak kabul edilmez.

Günümüzde jinekologlara karşı açılan davaların gerekçelerinde büyük bir çeşitlilik gözlenmektedir. Bununla birlikte, anamnezin alınması, hasta ile ilgili kayıtların özenle tutulması ve hasta ile olan iletişime önem verilmesi gibi standartlara eksiksiz olarak uyulması durumunda bu tür dava gerekçelerinin büyük bir kısmının ortadan kaldırılması mümkün olabilir.

Tazminat davasına yol açan bir konu, akut salpenjitin doğru bir şekilde değerlendirilmemesi, tanısı veya tedavisindeki hatalarla ilgilidir. Salpenjit tanısının koyulmasındaki hatalar doğurganlığın kaybına yol açabileceği gibi yaşamsal bir tehdit de oluşturabilir. Özellikle genç yaşlardaki

hastaları tedavi eden hekimlerin bu konudaki sorumluluğu çok büyüktür. Sıklıkla akut salpenjit tanısı koyma konusunda hata yapan hekim, jinekoloji dışındaki bir uzmanlık dalının bireyidir. Daha sık rastlanan bir durum, pelvisin iltihabi hastalığının veya apandisitinin ayırıcı tanısının gerekli olduğu olguları ilgilendirir. Bu durum göz önüne alındığında, jinekoloğun hastayı değerlendirirken ilk edindiği izlenim apandisiti düşündürse bile, eksiksiz bir menstruasyon anamnezinin alınması zorunludur. Akut apandisit nedeniyle hastayı ameliyat edecek olan hekim jinekolog olsun veya olmasın, ameliyattan önce bir akut salpenjit olasılığının da göz önünde bulundurulması gerektiğini hastasına açıklamak durumundadır. Hastayla bu şekilde en kötü olasılıklar konuşulduğu taktirde, intraoperatif olarak histerektomi gerekliliği ortaya çıkarsa, hastanın bu durumda malpraktis nedeniyle dava açması olasılığı daha düşük olur.⁹

En kötü olasılıkların göz önünde bulundurulması ve hastalar ile cerrahi tedaviye alternatif girişimlerin tartışılması, cerrahiye ilgilendiren her jinekolojik olgu açısından geçerli bir kuraldır. Özellikle sorunlar miyomektomi ve kronik iltihap nedeniyle infertilite cerrahisi konularında ortaya çıkabilir. Örneğin, hekim intraoperatif olarak temelde yatan hastalık nedeniyle histerektominin gerekli olduğuna karar verebilir. Eğer hekim hastayı ameliyat öncesinde bu olasılıkları göz önünde bulundurarak hazırlamışsa ve bu olasılıkları yazılı olarak belgelemişse, hastanın bir malpraktis davası açması veya açılan böyle bir davayı kazanması olasılığı daha düşüktür. Hekim aynı zamanda hastanın yaşamını ve çocuk doğurma yeteneğini ilgilendiren kararlara katılma hakkı olduğunu kabul etmelidir. Mahkemeler sıklıkla hekimin tek başına karar veren bir kimse olduğu yönündeki görüşü kabul etmeme eğilimindedir.

Tıp uygulamasının her alanında hekim planlanan bir tedavinin sonuçları hakkında hastaya bağlayıcı nitelikte garanti verirse, her zaman bir davaya konu olabileceğinin bilincinde olmalıdır. Bu en küçük bir cerrahi müdahale için de geçerlidir. Bağlayıcı nitelikte garanti verilmesi, ihmalkar davranış iddiası veya mukavelenin ihlali nedeniyle açılan davalarda bir gerekçe olarak gösterilebilir. Yine bu tür davalarda gerçekten bir garanti verilmiş olması durumunda, bilirkişi raporuna gerek kalmadan dava genelde davacının lehine doğru seyreder. Hekimin aşırı derecede güvence vermiş olmasına karşın sonucun tatmin edici olmaması durumunda hastanın davayı kazanma şansının yüksek olabileceği noktası göz önünde bulundurulmalıdır.⁹

Mukavelenin ihlali nedeniyle hekim hakkında açılan davalara gerekçe olan bir konu da hastaya elektif cerrahi sterilizasyon yapılmasıdır. Burada hastanın sterilizasyon girişiminin başarısızlıkla sonuçlanabilme olasılığı konusunda bilgilendirilmesi şarttır. Eğer böyle bir bilgilendirilme yapılmazsa ve daha kötüsü sterilizasyon konusunda hastaya garanti verilir ve hasta daha sonra gebe kalırsa, cerrahi girişimin uygulanmasında herhangi bir ihmali unsur bulunmasa bile, haksız fiil nedeniyle gebelik davası

açılması söz konusu olabilir. Bu tür davalar sterilizasyonda ihmalkar davranış ve kürtaj işleminin başarısızlıkla sonuçlandığı durumlarda da açılabilir. Doğan çocuğun özürlü olması durumunda ve özellikle konjenital bir deformasyon veya beyin hasarı söz konusu olduğunda, istenilen tazminatın miktarı büyük boyutlara ulaşabilir.

İhmal veya mukavelenin ihlali ya da verilen garantinin yerine getirilmemesi nedeniyle açılan davalar dilatasyon ve kürtaj girişimleri için de söz konusu olabilir. Bu tür girişimler için de herhangi bir garanti verilmesinden kesinlikle kaçınılmalıdır. Bu girişimlerde her ne kadar başarı şansı yüksek ve komplikasyon olasılığı çok düşükse de, ameliyat öncesi bilgilendirmenin, perforasyon, barsak yaralanması riski ile daha büyük bir cerrahi girişim gerekliliği olasılığını da kapsaması şarttır.

Yapılan girişim gebeliğin sonlandırılması amacına yönelikse, hekim ihmalkar bir davranış nedeniyle dava açılmasını önleme konusunda birçok olanağa sahiptir. Burada hekim hastaya ameliyatın başarısızlıkla sonuçlanıp gebeliğin devam etmesi riskinin çok düşük de olsa hiçbir zaman gözardı edilemeyeceğini açıklamalıdır. Bundan daha önemlisi, hekimin elektif gebelik sonlandırma girişimiyle elde edilen doku miktarının gebeliğin tahmini yaşı ile uyumlu olduğundan emin olmasıdır. Bir uyumsuzluk söz konusu olduğunda tüm ek yöntemlerle bunun nedeni ortaya çıkarılmalıdır. Jinekolog aynı zamanda patologdan fetal dokuyu ve diğer gebelik ürünlerini özenle ayırmasının ve sadece desiduaı gebeliğin sonlandırılmasında bir tanı kriteri olarak kabul etmemesini istemelidir. Doğal olarak her zaman ektrauterin gebelik olasılığı düşünülmelidir. İntrauterin bir gebelik söz konusu ise ve bu gebelik sonlandırma girişimine rağmen devam ederse, anne-baba tarafından haksız fiil sonucu gebelik veya doğum, çocuk tarafından ise ihmal unsuru sonucunda kusurla doğma nedeniyle çekeceği manevi ıstırap gerekçesiyle dava açılabilir. Sterilizasyon girişimlerinin elde edilen patolojik örneklerin hemen değerlendirilmesi ve jinekologun patoloji raporlarını inceleyerek gerektiğinde hastayı bilgilendirmesi gerekir. Örneğin patoloji raporunda sadece bir tuba uterinanın varlığından bahsediliyor ve diğer oluşumun ise görünüm olarak ligamentum rotundum yapısı ile uyumlu bulunduğu söyleniyorsa, hastanın derhal yakın takibe alınması ve yine hastaya hiç aman geçirmeden girişimin başarısız olduğu ve fertilitenin devam etme olasılığının bulunduğu açıklanmalıdır.

Histerektomi uygulayan bir hekimin her zaman birçok komplikasyonla karşı karşıya kalması olasılığı vardır. Bu girişim esnasında en sık görülebilen cerrahi komplikasyon, özellikle üreterin bağlanması veya kesilmesi olmak üzere, üriner sisteme yönelik olan bir yaralanma şeklindedir. Histerektomi esnasında üreter yaralanmasının girişimde ihmalin bir kanıtı olup olmadığı konusu sürekli tartışmalara yol açmakta ve bu konuda karşıt görüşler bulunmaktadır. Üreter yaralanmasının makul standartlara uyulmaması sonucunda meydana gelip gelmediği konusu bir kenara bırakılsa bile, böyle bir yaralanmanın farkedilmemesi ve acil cerrahi girişim için gerekli

hazırlıkların yapılmamış olması hastada önemli komplikasyonlara yol açabilir. Böyle bir durumda davanın açılması olasılığı çok yüksektir. Bu tür cerrahi girişimleri ürolojik konsültasyon olanağı bulunmayan koşullarda yapan jinekolog, bu çeşit acil girişimler için gerekli hazırlıkları yapmış olmalıdır. Bir üriner fistülün gelişmesi durumunda da hastanın ihmal gerekçesiyle dava açması olasılığı her zaman bulunmaktadır. Bu nedenle, hastaların basit ve komplikasyonsuz bir histerektomi sonucunda dahi, böyle bir üriner fistül oluşması riskinin her zaman bulunduğu konusunda ameliyat öncesinde bilgilendirilmesi şarttır. Histerektominin diğer komplikasyonları arasında enfeksiyon, kanama, emosyonel ve menopozal değişiklikler sayılabilir. Bu nedenle bu girişimden önce hastaların aydınlatılmış rızalarının alınması jinekolog açısından özel bir önem taşır.

Jinekologlar ile ilgili olarak açılan ve tazminat isteminde bulunulan malpraktis davalarında genelde cerrahi girişimler söz konusu olmakta ve bu cerrahi girişim esnasında ameliyat sahasının yakınındaki diğer bir organın zarara uğratıldığı öne sürülmektedir. Yine malpraktis davasına konu oluşturan diğer bir iddia ameliyatın kapsamı ile ilişkili olabilir. Ameliyat esnasında tıbbi zorunluluklar nedeniyle cerrahi girişimin başlangıçta planlanandan daha geniş kapsamlı olması durumunda, davalı hekimin hastadan aldığı rıza belgesinin ayrıntılı olması ve kapsadığı olasılıkların belirtilmesi hekimin savunması açısından önem kazanır. Diğer bir malpraktis iddiasında hekimin cerrahi girişimi sonucunda ameliyat alanını da içine alan bir enfeksiyonun gelişmesi, postoperatif bakım ve takibin gerektiği şekilde yapılmamış olması konuları da yer alabilir.¹⁰

Birçok jinekolojik olguda, cerrahi girişim esnasında önceden planlanan organların dışında hastanın başlangıçta rıza vermediği organların çıkarılması söz konusu olabilir. Bu tür spesifik olgularda, mahkemeler genelde ameliyat esnasında tıbben gerekli görülen hallerde önceden rızanın alınmamış olmasına karşın, başka patolojik oluşumların düzeltilmesini tıbbi özenin bir parçası şeklinde kabul ederek açılan malpraktis davasının reddine karar vermektedir. Buna örnek olarak, bir apendektomi esnasında potansiyel olarak tehlike gösterebilecek bir over kistine rastlanması durumunda buna yönelik rızanın alınmamış olmasına karşın, overler üzerinde de yapılan bir cerrahi girişim gösterilebilir.

Diğer tıbbi malpraktis davalarında söz konusu olduğu gibi, jinekoloji kapsamında açılan malpraktis davalarında da postoperatif bakım ve takipte ihmal bulunduğu ileri sürülerek, hekimin bu konudaki sorumluluğunun saptanması istenir.

Jinekoloji alanında ihmalkar davranış nedeniyle açılan malpraktis davalarında patolojik bir duruma gebelik tanısı koyulması veya gebeliğin hatalı bir şekilde patolojik bir değişiklik olarak sanılması söz konusu olabilir. Bu tür olgularda hekimin tanı koyma sürecinde gerekli özen ve dikkati göstermemesi durumunda, yanlış bir tanıya varılması ve bunun sonuçları hekimin sorumlu tutulmasına neden olabilir. Buna bir örnek olarak, patolo-

jik incelemede yanlış tanı nedeniyle ameliyatta gereksiz yere bir organın çıkarılması verilebilir.¹⁰

Az sayıda olsa da ameliyat alanında ihmalkar davranış nedeniyle cerrahi girişimi yapan hekimin bir enfeksiyon odağı yaratması veya dikkatsizlik nedeniyle mevcut olan bir enfeksiyonun yayılmasına yol açması malpraktis davalarına konu oluşturabilir.

Tüm cerrahi girişimlerde ortaya çıkan genel sorunlar davanın açılmasına gerekçe oluşturabilir. Abdominal boşlukta veya vaginada tampon, ped veya herhangi bir cerrahi aletin unutulmasının herhangi bir şekilde savunması yapılamaz. Böyle bir olguda res ipsa loquitur doktrininin uygulanması söz konusu olacaktır. Epizyotominin dikilmesinden sonra tamponun unutulması sık rastlanan dava gerekçelerinden biridir. Bu nedenle tampon sayımının özenle yapılması ve ameliyatın sonunda vajen revizyonunun eksiksiz bir şekilde uygulanması şarttır.⁶

Jinekolojik olgularda yanlış cerrahi girişimin yapılması nedeniyle dava açılması çok sık rastlanan bir durum değildir. Bununla birlikte, bazen tanısız amaçlı laparoskopik girişim geçirecek olan bir kişinin ismi, sterilizasyon için ameliyat listesine kaydedilmiş olan başka bir hastanın isminin önüne veya arkasına yazılırsa, yanlışlıkla bu kişi sterilize edilebilir. Yine de dava gerekçesi oluşturan sorunlardan ameliyat ekibinin özenli ve dikkatli tutumu ile kaçınılması imkanı vardır.

Cerrahi bir işlemin başarısızlığı ihmal suçlamalarına yol açabilir. Vajinanın daralmasına ve ağırlı cinsel ilişkiye yol açan vagina onarımı buna örnek olarak verilebilir. Bu nedenle, doğumu müteakip oluşan ikinci veya üçüncü derece perine yırtığının kötü bir şekilde iyileşmesi sık olarak dava nedeni olabilir.¹

Diğer bir şikayet konusu, yapılan ameliyatla semptomların giderilememiş olmasıdır. Premenstrüel semptomlar veya ağrının giderilmesi için yapılan histerektomi bunun sık görülen örneğini oluşturur. Günümüzde hastalar cerrahi işlemde sadece yüksek düzeyde güvenlik değil aynı zamanda da tam bir başarı beklemektedir.¹

Deride diatermi yanıklarının meydana gelmesi dava konusu olabilir.

Jinekolojik cerrahinin başlıca uygulama alanı kadın genital organlarının hastalıklarının tedavisine yönelik olmakla birlikte, jinekoloğun kadının reproduktif sistem fizyolojisinin yanı sıra üreme ve cinsel fonksiyonun ayrılmaz bir parçası olan mental ve emosyonel faktörler konusunda da kapsamlı bilgi sahibi olması kaçınılmazdır. Ayrıca jinekoloğun cerrahi girişim sonucunda olumlu bir sonuç elde etmesi için diğer uzmanlık alanları ile de sıkı bir ilişki içinde bulunması zorunludur.⁷

Sık rastlanılan jinekolojik sorunlar her zaman kaçınılmaz şekilde cerrahi girişimi zorunlu kılmadığından, jinekoloğun tedavi alternatiflerini sunarken özenli davranması gerekir. Hastanın ilk muayenesi ve tüm preoperatif değerlendirmelerin son derece ayrıntılı ve eksiksiz olması gerekir. Bu preoperatif hazırlıkların postoperatif bakım açısından büyük önem

taşıdığı aşikardır. Jinekolojik cerrahide genelde komplikasyonlar diğer cerrahi dallardan daha az olmasına karşın, yine de risk faktörünün her zaman göz önünde bulundurulması gerekir.

Jinekoloğun laparoskopi, laparotomi, kanser taraması, histerektomi, ooforektomi, abortus ve konsepsiyon kontrolü alanlarında özel bir sorumluluğu mevcut olduğundan, bu konularda iletişimin ve aydınlatılmış rızanın sağlanması, kayıtların tutulması ve hasta takibi konularının özel bir önemi vardır. Bu noktalara mümkün olan en fazla özenin gösterilmesi hukuki sorumluluğun azalmasına yardımcı olacaktır.

OBSTETRİKTE VE JİNEKOLOJİDE TANISAL AMAÇLI ULTRASON İLE İLGİLİ DAVA KONULARI

1987 yılında New Orleans’da yapılan Amerikan Ultrason Enstitüsü’nün toplantısında ultrason kullanımı ile ilgili davalar konusundaki istatistikler ultrason incelemesinden doğan şikayetlerde artış olduğunu ortaya koymuştur. Bu konudaki davaların büyük çoğunluğu, obstetrik sonogram ile ilgilidir (Tablo 1).

Tablo 1. Ultrason ile ilgili dava konuları

1. Sonografik bulguların atlanması
2. Sonografik bulguların yanlış yorumlanması
3. Bulguların önceki sonogramlarla karşılaştırılmaması
4. Sonografi raporunun hastayı gönderen hekime gönderilmemesi
5. Hastanın şahsen muayene edilmemesi ve anamnezinin alınmaması
6. Belirli bir duruma yanlış sonografik yaklaşımda bulunulması
7. Eksik inceleme
8. Filimlerin kalitesinin iyi olmayışı
9. Kayma veya düşmeye bağlı yaralanmalar
10. Ultrason kontrolü altında yapılan delme tekniklerinden kaynaklanan komplikasyonlar
11. Aydınlatılmış rızanın alınmaması
12. Vaginal kanama veya düşük gibi ultrason komplikasyonları
13. Elektrik çarpması gibi aygıtla ilgili komplikasyonlar
14. İlave sonografik veya radyolojik incelemelerin ya da biyopsinin önerilmemesi
15. Sonografik inceleme istenmemesi
16. Filimlerin veya raporların kaybı
17. Ultrasonu yapan kimsenin hastayı cinsel yönden istismarı
18. Yanlış tanı, gizliliğin ihlali ile oluşan anksiyete durumu

Yanlış tanı koyma iddialarının, radyologlar açısından bir yasal sorun haline geldiği kanıtlanmıştır. Bu konu ultrason ile ilgili davalarda da söz konusudur.

Yanlış tanı koyulması konusunda sık karşılaşılan durumlar arasında dış gebelik, fetüs anomalileri, çoğul gebelikler ve plasenta previa yer alır. Yanlış bildirilen olgular grubunda ise bulguların atlanmadığı ancak hatalı bir şekilde yorumlandığı ya da bildirildiği olgular bulunur. Bunlar arasında gebelik yaşının yanlış belirlenmesi, desidua kitlesinin gebelik kesesi olarak adlandırılması ve komşu barsağın taşla dolu safra kesesi şeklinde yorumlanması sayılabilir.

Uydurulmuş lezyonlar grubunda gerçekte bulunmayan bulguların yer aldığı durumlar söz konusudur. Bulunmadığı halde rahim içi aracının bildirilmesi, hâlâ canlı olmasına rağmen fetüs ölümünden bahsedilmesi, normal gebeliğin molar gebelik şeklinde tanımlanması, normal bir fetüsün anensefali olarak bildirilmesi örnek olarak verilebilir.

İşlemin komplikasyonları konusundaki davalar, ultrason kılavuzluğunda yapılan amniosentez esnasında ortaya çıkan sorunlarla ve ultrasonun bu işlem sırasında kılavuz amacıyla kullanılmamış olduğu durumlarla ilgilidir.

Sonografik incelemeyi yapan kimse ile ilgili sorunlar arasında hastaya sarkıntılık iddiası, hastaya son rapordan farklı bir tanının bildirilmesi, inceleme yapılırken hastanın yalnız bırakılması sırasında doğumun meydana gelmesi yer alır.

Son yıllarda ultrason incelemesinin yapılmaması ile ilgili dava konuları da ortaya çıkmıştır. Gebelik süresinin klinik olarak yanlış belirlenmesi sonucunda sezaryenle beyin hasarı bulguları gösteren postmatür bir bebeğin doğurtulması bu duruma örnek oluşturabilir. Ultrasonun kullanılmaması, sonologdan ziyade hekim açısından daha büyük bir sorun oluşturur. Ultrasonun kullanılmamış olduğu olgular, rahim içi gelişme geriliği bulunan fetüsler, daha önce dış gebelik geçirme anamnezi bulunan hastalar, (-feto-protein düzeyi yüksek olan annelerle ilgilidir.

KAYNAKLAR

1. Anderson, M : Medico-Legal Problems in Gynaecology. In: Lewis, T.L.T., Chamberlain, G.V.P (Editors) : Gynaecology by Ten Teachers, Edward Arnold, London, Melbourne, Auckland, 1990, pp. 283-284.

2. Diddle, A.W., Kinlaw, S.H: Allegations : Obstetrics and Gynecology, Obstetrics and Gynecology, Vol.50, No.1, July 1977, pp.113-115.

3. Hutchison, J.R : Liability in Gynecology. In : Copeland, L. J (Editor): Textbook of gynecology, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1993.

4. Macnaughton, M.C : Litigation in Obstetrics and Gynaecology. In : Chamberlain, G.V.P., Orr, J.B., Sharp, F (Editors): Litigation and Obstetrics and Gynaecology, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London,

1985, pp. 3-12.

5. Mandell, M.S: Medicolegal and Responsibilities. In : Nichols, D.H., Evrard, J.R (Editors): Ambulatory Gynecology, Harper and Row, Publishers, Philadelphia, 1985, pp.497-499.

6. Newton, M., Newton, E.R : Complications of Gynecologic and Obstetric Management, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1988, pp. 506-507.

7. Raines, E: Professional Liability of the Gynecologic Surgeon. In : Mattingly, R.F., Thompson, J.D (Editors) : Te Linde's Operative Gynecology. Sixth Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, Toronto, 1985, pp.25-32.

8. Roberts, D.K., Raines, E : Medicolegal Issues. In : Scott, J.R., DiSaia, P., Hammond, C.B., Spellacy, W (Editors) : Danforth's Obstetrics and Gynecology, Sixth Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1990, pp. 1193-1195.

9. Shane, J.A : Common Errors and Prevention. In : Roberts, D.K., Shane, J.A., Roberts, M.L (Editors) : Confronting the Malpractice Crises, Guidelines for the Obstetrician-Gynecologist, Eagle Press, Kansas City, 1985, pp.125-133.

10. Stillman, E.I : Forensic Obstetrics and Gynecology, J Amer Osteopath Ass 68, 138-144.

2

Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanının Mesleki Sorumluluğu

Sadi Çağdır / Özgür Cin / Zeki Soysal

HEKİM / HASTA İLİŞKİSİ

İlişkinin Kurulması

Hekimin sorumluluğunun bulunmadığı veya sınırlı olduğu (acil durumlarda olduğu gibi) durumlar vardır. Ancak bu yazıda hekimin hastasına karşı yükümlülüğünün bulunduğu hekim / hasta ilişkisi (taraflar arasında yapılması kabul edilen görev ve hastaya zarar vermeme yükümlülüğü) üzerinde durulacaktır.

Genel olarak hekim / hasta ilişkisi sözleşmeye dayanır. Böyle bir sözleşmede bir taraf karşı tarafın sağladığı hizmetlerden dolayı ona ödemede bulunur. Fakat bu konunun kişisel, fiziksel yönü de bulunmaktadır. Çünkü hekim (özellikle cerrah) aslında ya lokal olarak ya da invazif bir şekilde hastasına dokunur. Her iki durumda da yasal sonuçlar ortaya çıkabilir. Hekimlere karşı açılan davalar sözleşme veya haksız fiil hukukuna dayandırılabilir. Bu nedenle, taraflar arasındaki ilişki, önce ileri sürülen iddianın aslının olup olmadığını ve daha sonra iddianın nasıl çözümlenebileceğini belirleyebilir.

Hekim / hasta ilişkisi kurulmadıkça, hekim tıbbi malpraktis nedeniyle sorumlu tutulamaz.

Hekim / hasta ilişkisinin kurulma ve sürdürülme tarzı, gerçekte sağlanan bakımın kalitesi kadar önemli olabilir. Hekim, ilişkinin erken dönemlerinde, belirli bir hasta için uygun bir bakımın sağlayıcısı olduğundan; eğitim ve hünerlerinin yeterli olduğundan; karşılıklı tatminkar sonuç açısından, hastanın, kendisinin ve hekimin şahsi rollerini anladığından emin olmak için çaba göstermelidir.²

Hasta, bakımı, tedavi planı ve semptomların izlenmesi konularında olağan ve basit faaliyetlere katılması için teşvik edilmelidir. Hastanın katılımı,

bağlantının serbest ve etkili olma olasılığını artırır, muhtemel yanlış anlamalardan kaçınılmasını ve gerçek olayların daha etkin bir şekilde ve zamanında ele alınmasını sağlar.

Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam konseptine göre, hastanın düşünülen cerrahi işlemi anlaması ve bu işlem için hekime izin vermesi gerekmektedir. Eğer hekim izinsiz olarak bir işlemde bulunursa veya iznin sınırlarını ve amacını aşarsa, hekim / hasta ilişkisinin esasını oluşturan sözleşmeyi ihlal edebilir veya haksız fiil hukukuna göre kişisel zararlardan sorumlu tutulabilir.²

Bir hekime hastanın onamını almaması nedeniyle sorumluluk yüklenirken, elde edilmiş olan onamın niteliğine göre iki farklı hukuk doktrini esas alınır. Hasta tıbbi tedaviye onam vermediği halde hekim böyle bir tedaviyi uygularsa, yasal olarak müessir fiil nedeniyle sorumlu tutulabilir. Hasta, önerilen tedavinin riskleri ve tehlikeleri tamamen anlatılmadan tıbbi tedaviye onam verirse, bu çeşit bilgiyi hastaya vermemiş olan hekim, hastanın aydınlatılmış onamını alma görevini ihlal nedeniyle sorumlu tutulabilir.⁷

Hasta, son olarak karar veren kişidir. Kuşkusuz yaş, zeka, temyiz kudreti veya medeni haklardan istifade ehliyetine bağlı olarak istisnalar söz konusudur. Ancak genel olarak hastalar ele alınırken cerrah, ortak sorumlulukların yanı sıra hekim ile hasta arasında her biri ile ilgili sorumlulukların bulunduğunu ve hekimin ameliyat önerisini kabul etme kararının sadece hastaya ait olduğunu bilmelidir.

Hastaya aşağıdaki konularda bilgi verilmelidir: İşlemin tanımı ve niçin önerildiği, komplikasyon riski, yan etki, işlemle ilgili yaralanma, işlemin alternatifleri, işlemin başarı şansı, hem işlemle hem de sonraki bakımla ilgili masraflar.

Hafif de olsa meydana geldiği bilinen riskler açıklanmalıdır. Nadir de olsa, kalıcı zararlara ve ölüme yol açabilen ağır komplikasyonlar hakkında bilgi verilmelidir.

Tanısal işlemleri önermek ve zamanında önlem alınmazsa ölüme ve ciddi sonuçlara yol açabilen hastalıkların teşhisinde kullanılan işlemlerin reddedilmesinin muhtemel sonuçlarını açıklamak, hekimin yasal görevidir.³

Tedavi veya işlemle ilgili bir açıklama yapılacağı zaman, hastanın anlayabileceği bir dil kullanılmalıdır. Bir örnek verecek olursak, laparoskopik tubal sterilizasyon işlemi için aydınlatılmış onam elde edilirken işlemin safhaları, uygulanacak anestezi, sonuçların irreverzibl olduğu ancak olguların küçük bir yüzdesinde daha sonra gebeliğin meydana gelebileceği noktaları anlaşılır ifadelerle açıklanmalıdır.

Kullanılacak ilaçlarla ilgili olarak, ilacın kullanılma nedeni, yan etkiler, muhtemel komplikasyonlar, alternatif seçimler ve ilacı kullanmamanın sonuçları açıklanmalıdır. İlacın prospektüsündeki anlaşılması zor olan kısımlar sözlü olarak açıklanmalıdır.⁴

Hastanın kartına tarihlerle birlikte kendisine verilmiş olan bilgi kaydedilmelidir.

Açıklamada bulunmanın hastanın sağlığı üzerinde zararlı olduğu ve tehlike oluşturduğu bazı nadir durumlar da vardır. Tedavi ile ilgili risklerin bildirilmesi hastanın mantığa uygun bir karar vermesini önleyebilecek, tedaviyi zorlaştıracak veya tedaviye engel olacak, hastada psikolojik açıdan zarar verebilecek nitelikte ise, hekim mümkün olduğu taktirde gerekli açıklamayı hastanın yakın bir akrabasına yapmalıdır.

Yapılacak açıklamanın hastanın ruhsal sağlığını bozacağına bilinmesine rağmen yapılması da ruhsal sağlığı bozucu bir eylem ve kişilik hakkına saldırı olarak nitelendirilmektedir.⁵

Hekim hastanın çabuk onamını alabilmesi amacıyla onu zorlamadan kaçınılmalıdır. Hekim hastada aşırı derecede iyimser beklentiler yaratabilecek ifadelerden de kaçınılmalıdır.

Onam formunu hasta ve bir tanık imzalamalıdır. Tanık tercihen bir aile bireyi veya tıbbi bakım ekibinin bir elemanı olmalıdır.

Eğer bir hastanın yapılacak işleme sözlü olarak itirazda bulunmadığının yeterli delilleri varsa, söz konusu ameliyat yazılı onam formunda tarif edilmediği gerekçesiyle dava edilemez. Bununla birlikte tedavinin başlangıcında hastanın sessizliği hekime özgürlük tanımaz. Bu nedenle, bir rahatsızlık nedeniyle periyodik olarak ameliyat dışında tedavi geçiren bir hasta cerrahi tedaviye sessiz kalarak onam veremez. Küçük bir ameliyata verilen onam, büyük bir ameliyata verilen onamla aynı şey değildir. Eğer bir hasta eksploratris bir ameliyat için onam formunu imzalarsa ve konsültan cerrah daha sonra ilave bir onam almaksızın tedavi edici nitelikte bir ameliyat yaparsa sorumlu tutulabilir.⁷

Bazı acil durumlarda, başta hastanın onamını almadan, bir hekimin bir dereceye kadar tıbbi veya cerrahi yardımda bulunabileceği kabul edilmektedir.⁷

Hastadan ayrıca bir onam almadan bir tedavinin başlangıçta düşünülen kapsamı aşılarak gerekli genişletmesinin yapıp yapılamayacağı konusu acil doktrini ile yakından ilgili olan bir sorundur.⁷ Eğer acil bir durum bulunuyorsa, ameliyat genişletilebilir. Acil durum bulunmuyorsa, genişletme sorumluluk durumuna yol açabilir. Ameliyat sırasında onamın konusunun tamamen dışında kalan ve dolaylı da olsa bir ilgisi bulunmayan olumsuz durumun ortaya çıkması durumunda tıbbi yardımın konusu dışına çıkılmamalıdır. Bununla birlikte bazı mahkemeler acil durum istisnasından ileri giderek, en azından vücudun iç kısmında yapılan ameliyatlarda başlangıçta planlanan ameliyatın genişletilmesi gerekiyorsa, hekimin böyle bir ameliyatı kanunen yapabileceğini kabul etmektedirler. Bu mahkemeler sadece gerekli genişletmelerin yapılabileceğini bildirmektedirler. Fakat "gerekli" kelimesiyle sadece hastanın yaşamının veya sağlığının korunması için gereken ameliyatın kastedilip kastedilmediği veya bunların gelecekteki sağlık sorunlarının önüne geçecek ameliyatlara kapsayıp kapsamadığı noktaları aşıkardır.⁷ Alman

yargı görüşüne göre “ tıbbi yardıma devam edilmemesi, yarıda bırakılmasının açık ve kesin bir tehlikeyi içermesi halinde “ verilen iznin konusunun sınırları aşılabılır.

Bir hastanın bir hekimden aydınlatılmış onamı almaması nedeniyle tazminat alabilmesi için aşağıdaki noktaları kanıtlaması gerekir: 1. Hekimin hastaya alternatif tedavileri, her alternatifin makul derecede önceden sezinlenebilir önemli risklerini ve tedavi olmamanın risklerini bildirmemiş olması; 2. Hastanın tedaviyi veya alternatifleri olan farklı bir tedaviyi seçmemiş olması ve önemli risklerin ortaya çıkmış bulunması; 3. Hastanın bu nedenlerle kabul etmek zorunda kaldığı tedavi sonucunda zarar görmüş olması. Riskin mevcudiyetinin ve öneminin, alternatif yöntemlerin bulunuşunun ve açıklanmamış olan riskin ortaya çıkışı nedeniyle hastanın zarar görmüş olduğunun bilirkışı ifadesiyle gösterilmesi gerekir.⁷

Hekim ile Hasta Arasındaki Bağlantı

Hekim ile hasta arasındaki bağlantının kalitesini en üst düzeye çıkarmanın belirgin yararları vardır. Bağlantı kopukluğunun davaya yol açabileceği bilinmelidir. Bağlantının eksikliğinden en fazla zarar görecekt olan kimse hekimdir.

Mesleki sorumluluğa maruz kalmayı azaltmanın en etkili yolu, etkin bir bağlantının sağlanmasıdır. Böyle bir bağlantı yanlışlıkları, yanlış anlamaları, yanlış beklentileri ve davaları önler. Cerrah başlangıçta fazla zaman gerektirebilen ayrıntılarla uğraşarak bağlantının kalitesini arttırabilir; fakat sonunda hekim zaman ve enerjiden hasta ise masraflardan tasarruf etmiş olur. Hasta ile kesintisiz tartışmalar yapılabilmesi için zaman sağlanabilir. Hasta soru sorması için teşvik edilebilir.²

Uzmanın Özel Görevleri

Mesleki sorumlulukla ilgili bir davada hekimin hastasına olan görevi, görevin ihlali ve bu ihlalin sonucunda oluşan zarar unsurlarının gösterilmesi gerekir. Diğer uzmanlar gibi jinekolog da görev ve görev ihlali konusunda pratisyen hekimlere nazaran daha yüksek bakım standardı uygulamalıdır. Günümüzde uzmanlar ulusal olarak uygulanan bakım standardını sağlamakla yükümlüdürler.²

Diğer Kimselerin Eylemlerinden Dolayı Sorumluluk

Cerrah kendi eylemlerinden sorumludur; ancak yönetimi altında bulunan hastaya bakım ve hizmet sağlayanların eylemlerinden dolayı da yasal sorumluluğu vardır. Bu çeşit sorumluluğa yardımcı personelin hatalarından doğan sorumluluk veya işverenin sorumluluğu denilir. Primer hekim, başka bir kişinin, hatta başka bir hekimin eylemlerinden (onun yapmış olduğu zarar-

lardan) sorumlu olabilir. Burada primer hekimin ikinci kimsenin eylemlerini kontrol etme hakkı vardır.

Başkalarının eylemlerinden dolayı sorumluluk kuralında “res ipsa loquitur” teorisi de uygulanabilir. Burada ihmalkar eylem olmadığı zaman normalde oluşmayacak bir zararın meydana gelmiş olduğu düşüncesine dayanılır. Burada ispat yükümlülüğü davalı hekime döner. Hastanın herhangi bir eylemi olmadan hekimin kontrolü altındaki bir kişinin eylemiyle zararın oluşması söz konusudur.²

Cerrah “ işverenin sorumluluğu teorisinin “ ameliyathaneye ve muayenehaneye uygulanabileceğini de bilmelidir. Ameliyat ekibinin bireylerine hastane tarafından iş verilmiş, cerrah tarafından iş verilmemiş olsa bile, bu bireylerden birisinin ihmali nedeniyle cerrah sorumlu tutulabilir. Bir cerrah gözetim altındaki bir asistanın ihmal unsuru içeren bir ameliyat yapması nedeniyle sorumlu tutulabilir. Cerrahi yardım, laboratuvar ve kayıt yorumlaması ve sonraki bakımı sağlayan sağlık ekibinin bireyleri hekimin sorumlu tutulabileceği zarara neden olabilirler. Bu nedenle, cerrahla meslektaşları diğer sağlık bakım ekibinin elemanları ve personel arasında etkin bir bağlantının sağlanması anlamlı risk yönetimi açısından şarttır.²

Hekim / Hasta İlişkisinin Sonlanması

Hekim / hasta ilişkisinin taraflar arasındaki sözleşmeye dayandığı gibi, bu ilişkinin sonlanması da sözleşmeye dayanmalıdır. Artık tedavi gerekmiyorsa veya hasta ilişkiyi sonlandırıyor, mesleki hizmeti sağlama yükümlülüğünü sonlandırmak isteyen hekim, hastaya yeterli ve zamanında bildirimde bulunmalıdır. Eğer gerekiyorsa ve öneriliyorsa; olgu hastayı üstlenecek hekime göndermeli ve gerekli olan tüm kayıtlar ve bilgi de sağlanmalıdır. Hastanın takip ve tedavisinin uygun bir şekilde güvence altına alınmaması ihmal nedeniyle dava açılmasına neden olabilir. Eğer hekim başlangıçta ilişkiyi sınırlandırmak istiyorsa, ilişkinin başlangıcında bu durumu açık bir hale getirmelidir. Örneğin, cerrah, hastanın rutin jinekolojik bakımını sağlayan hekimine dönmesi koşuluyla hizmet verebileceğini açıklamak isteyebilir.²

Acil durumun dışındaki zamanlarda hekim / hasta ilişkisi kurulduğunda, hekimin tedavi için kendisine gelen hastaya hastalığı süresince bakacağı kabul edilmektedir. Bu nedenle, hekim tedaviyi devam ettirme yükümlülüğündedir. Özel bir sözleşme bulunmadığında, hekim hastaya ihtimam gösterilmesi gerektiği sürece bakmalıdır. Hekim tedavinin sonlandırılabilmesi zamanı belirlemede dikkatli olmalıdır.⁷

Hastanın erken olarak bırakılması, terk etme nedeniyle davaya yol açabilir. Terk etme, tıbbi tedavinin gerekliliğinin devam etmesine rağmen, hastaya yeterli derecede bildirimde bulunmaksızın onunla olan mesleki ilişkiye tek taraflı olarak son verilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Hekim, istediği zaman hekim / hasta ilişkisini sonlandırma hakkına sahip değildir.

Hekim / hasta ilişkisi ya hastanın daha fazla bakıma ihtiyacı kalmayınca ya da hekimin yerine aynı niteliklere sahip olan başka bir hekim geçinceye kadar devam eder. Bir hekimin diğer koşullarda olgudan çekilmesi hastanın yasal olmayan bir şekilde terk edilmesi anlamına gelir. Eğer hasta böyle bir eylem nedeniyle zarar görürse hekim sorumlu tutulabilir.⁷

Tedavi hasta tarafından geciktirilmişse veya tamamlanamamışsa, böyle bir durumda terk etme fiili kabul edilemez. Örneğin hastanın randevularına gelmemesi nedeniyle histerektomiden sonra iyileşme durumunu kontrol edememiş olan bir hekim terk etme eyleminden sorumlu tutulamaz. Hekim / hasta ilişkisi karşılıklı onam ile sonlandırılabilceğinden, terk etme fiili söz konusu olamaz.⁷

Normal koşullar altında, başka bir hekimin olguyu üstlenmesine imkan veren ve hasta tarafından da imzalanmış olan bir belgenin sağlanması durumu da dahil olmak üzere hastaya diğer tıbbi yardımın yerine getirileceğinin önceden bildirilmesi ve olgudan çekilmenin haklı koşullarının bulunması şartıyla, bir hekimin olgudan çekilme hakkı vardır.⁷

Obstetrik malpraktis olgularında, bir hekim çocuğun doğumundan hemen sonra hastanın tedavisini bıraktığında, terk etme iddiasında bulunulur. Bu iddianın temelinde, tıbbi tedaviye devam edilmesinin gerektiği bir zamanda, yeterli tıbbi tedaviyi sağlayacak başka bir hekim bulunmadan hekim / hasta ilişkisinin sona erdirilmesi durumu yer alır. Mahkemeler hastada tedaviyi gerektiren doğum sonrası şikayetlerine cevap veremeyen bir hekimin sorumlu olacağını kabul etmişlerdir.⁷

BAKIM STANDARDI

Kadın - doğum doktorları, hekim olarak istenilen sonucu garanti etmek veya meydana gelebilecek zararlara karşı kesin güvence vermek durumunda değildirler. Hastaya karşı olan yükümlülük, uygun obstetrik veya jinekolojik girişimin uygulanmasını, bakım için gerekli olan bilgi ve tecrübeye sahip olunmasını ve bu bilgi ve tecrübe ile girişimde bulunulmasını kapsamaktadır. Bakım standardı, malpraktis durumlarında hekimin hatasının değerlendirileceği objektif bir kriter niteliğindedir. Kabul edilmiş tıbbi uygulama standardı, özellikle malpraktis nedeniyle açılan davalarda bilirkişi olarak görüş bildirecek olan hekime yol göstermek açısından büyük önem taşımaktadır.

Herhangi bir uzmanlık dalında olduğu gibi, kadın - doğum uzmanı da kendi uzmanlık dalında çalışan diğer hekimlerin sahip olması gereken bilgi ve beceri derecesi esas alınarak değerlendirilir.

Uzmanlar için bu tür bir bakım standardını değerlendirecek kriterler oluşturulurken, tıp biliminde teknolojinin gelişmesine paralel olarak elde edilen bilgilerin de hekim tarafından özümsemesi gerekir.

Hekim - hasta ilişkisi kapsamında davacı konumundaki hastanın, bir

tıbbi malpraktis davasında kendi tedavisini ve bakımını üstlenen uzman hekimin, aynı pozisyondaki diğer bir hekimin sahip olması gereken bilgi ve beceriyi göstermediğini kanıtlaması gerekir.

Belli bir hasarın oluşmasında rol oynayan bakım standardı eksikliğinin davacı konumundaki hasta tarafından ortaya koyulabilmesi için uzman bir bilirkişinin değerlendirmesine ihtiyaç duyulur. Bu konuda görüş bildirecek olan bilirkişinin ihlal edildiği öne sürülen bakım standardının genel çizgileriyle ne olduğunu belirtmesi gerekir.

Buna karşın, eğer hasta hekimin hatasının meslek dışı bir kişi tarafından da anlaşılabilir kadar aşikar olduğunu kanıtlayabilirse, bakım standardının ihlali değerlendirilecek bir uzman bilirkişinin görüşüne ihtiyaç duyulmayabilir. Buna örnek olarak, meydana gelen hasarın tedavinin uygulandığı bölgenin dışındaki bir vücut kısmında ortaya çıkması veya ameliyat esnasında vücut boşluklarında bir tampon unutulması verilebilir. Yargı organlarıncı tıp dışı kişiler için de aşikar olarak kabul edilebilecek diğer durumlar arasında aletlerin sterilizasyonundaki hatalar sonucunda meydana gelen hasarlar veya sezaryen ameliyatı esnasında cerrahın çok derin bir insizyon yapması nedeniyle fetüs üzerinde meydana gelen lezyonlar yer alabilir.

Bakım standardının ihlali hakkında bilirkişi görüşüne ihtiyaç duyulmayan diğer bir durum da “ res ipsa loquitur ” doktrininin uygulandığı durumlardır.

Bakım standardının saptanmasında kullanılacak kaynaklar tıbbi başvuru kitapları olabilir. Fakat bu tür bir kaynağın mahkemece bakım standardının saptanmasında kullanılması hukuk sistemlerine göre değişiklik gösterebilir.

Eğer hekimin uygulamalarında kullanılan tüm bilgi ve beceriden yeterince yararlanılmışsa, genelde tıbbi bilirkişinin de görüşü doğrultusunda herhangi bir ihmalkarlık söz konusu olmayabilir. Buna karşın, hekimin gerekli olan tüm değerlendirmeleri gereken özeni göstererek yapmaması bir tıbbi malpraktis davasının temelini oluşturabilir.

Tıp mesleği mensupları arasında sıklıkla uygun yöntem veya tedavi konusunda görüş ayrılığı bulunmaktadır. Bu görüş ayrılıklarını göz önünde bulundurarak, Amerika Birleşik Devletleri’nde mahkemeler “ kabul edilebilir azınlık kuralını ” geliştirmişlerdir. Bu kurala göre hekim genel kabul görmüş birçok girişim biçiminden bir tanesini seçerse, bakım standardından herhangi bir sapma veya herhangi bir ihmal söz konusu olamaz. Hekimin seçiminin, söz konusu olguya özgü koşullarda tıp bilimi açısından makul olması gerekir.^{7, 14}

Bakım standardında ortaya çıkan diğer bir sorun, hekimlerin eğitim ve beceri düzeylerinin değişik olmasından kaynaklanır. Uzman bir hekimin göstermesi gereken bakım standardının bir pratisyeninkinden daha yüksek olması beklenir.

Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri’nde geçerli olan ulusal veya eşit bakım standardı kuralı tüm uzman hekimleri benzer koşullar altında aynı

üniversite yayımlarını saygınlıkla okuyan ve okutulan bir uzman hekimin sürekli eğitim göz önüne alındığında, mahkemeler uzman hekimlerin verdikleri hizmetlerde bakım standardının bölgesel farklılıklara tabi olmaması görüşündedirler. Bu nedenle, büyük bir kent ile daha küçük bir yerleşim biriminde çalışan bir uzmanın verdikleri hizmetler kapsamında aynı standartları tutturmaları zorunlu olmaktadır.^{7, 14}

Geçmişte geleneksel olarak bakım standardı kuralı yalnızca ortalama bir standardın sağlanmasını ön görürken günümüzde mahkemelerde standard ile ilgili beklentiler çok daha üst düzeyde olmaktadır. Dolayısıyla uzman hekimin verdiği hizmetin kalitesinde çok daha yüksek düzeyde standard kriterler uygulanması yolu açılmış bulunmaktadır.

ADLİ TIPLA İLGİLİ SORUNLAR AÇISINDAN PROFLAKSİ

Kayıt Tutma

Etkin bir bağlantıdan sonra, sorumluluk risk yönetiminin en önemli yönünü, iyi tutulmuş kayıtların muhafazası oluşturur. Kayıtlar olgunun savunulmasında en önemli eleman olabilir. Sağlık bakım ekibinin elemanları arasındaki bağlantının, tedavi kararlarının ve sonuçlarının gösterilmesinde kolay anlaşılır, tamamen bilgi verici nitelikteki kayıtların yerini hiçbir şey tutamaz. Tedbirli bir hekim, bilgilerin alınan kararlar ile aynı anda, uygun bir şekilde kayda geçirilmesinin, sadece iyi bir tıbbi uygulama olmadığının fakat aynı zamanda kendisini temelsiz veya haksız iddialara karşı korumaya yarayan iyi bir yasal yol olduğunun da bilincindedir. Davacının tazminat istemi ne olursa olsun, doktorun savunması anlaşılabilir, eksik, kesin olmayan, kuşku veya diğer yönlerden kritik olabilecek uygunsuz belgelerle tehlikeye düşer. Değerlendirme veya becerinin savunulabildiği durumlarda, uygun olmayan kayıtlar davacının ilk odak noktasını oluşturabilir. Tıbbi sorumluluk davalarında, olay, sıklıkla muayenehane veya hastane dosyasının, hekimin kararlarını ve hareketini destekleyecek gerekli bütün bilgileri tam ve doğru şekilde içerip içermediğinin kontrolüne dönüşür. Dosya, hekimin teşhis veya hareketini destekleyecek yeterli derecede veri içerirse, haksız iddialara karşı savunma daha kolaylaşır. Diğer taraftan, önemli verilerin eksikliği, hekimin doğru hareket ettiği yolundaki savunmasını iddianın temelsiz olduğunu kanıtlamada başarısız kalmasına yol açacak derecede zedeleyebilir. Bir kayıtların veya bir kayıtların elemanlarının yokluğunda, sadece tarafların hafızaları mevcuttur ve davacının iddiaları davalının savunmaları ile aynı düzeyde yer alır.²

Kayıtlar mahkeme salonunda hekimin en büyük dostu veya düşmanıdır. Hekimlerin, kontrolleri altındaki kayıtların bir davacının başarısında anahtar rolü oynamasına izin vermeleri bağışlanmaz bir hatadır.

Jinekologların davalara maruz kalma riski çok fazla olduğundan,

kayıt tutarken çok dikkatli olmalıdırlar. Jinekologların diğer cerrahlara nazaran davalara maruz kalma riskleri daha fazladır. Bu nedenle, bilgilerin hemen ve doğru bir şekilde kaydı şarttır.

Tamlık, doğruluk ve yeterlilik kayıt tutmada önemli unsurlardır. Tamlık açısından, hekim tıbbi anamneze özel bir dikkat göstermelidir. Kayıtlar hastanın iyileşme durumu ile ilgili notları, hastanın tedavi planlarına cevap vermemesi ile ilgili bilgileri, yazılmış olan ilaçları, onam formlarını, yazışmaları konuşmaları ve hastaya verilen talimatları içermelidir. Kayıtlarda sorulan sorular ve cevapları yer almalıdır. İstenilen laboratuvar testleri, testlerin sonuçları ve yorumları da yazılmalıdır. Anlamsız tahminler kayıtlarda yer almalıdır. Ameliyat kayıtlarının zamanında yazılması şarttır. Yazılan kayıtlar yazım yanlışlıkları ve diğer hatalar yönünden gözden geçirilmelidir. Yazılı ifadeler okunaklı olmalıdır. Hastanın kartına uygulanan bakım kaydedilir. İfadeler kesin, mesleki, tam ve doğru olmalıdır. Tamlık kaydın uyumlu olduğundan emin olunmasını içerir. Hekimin yorumlarındaki uyumsuzluklar, diğerleri tarafından ilave edilenler kayıta açıklanmalıdır.²

Kayıttaki boş yerler veya silintiler özellikle hekimin eylemlerinin savunulabilirliğine zarar verebilir. Cevaplandırılmamış sorular veya yorumların bulunmayışı önemli sorunlara değinilmemiş olduğunu düşündürür. Silintiler ise belirsizlikleri veya kaçamak girişimleri akla getirir. Her hasta vizitinde her şey yazılı olmalıdır. Cerrah önemli bilgileri tamamlamada gecikmemelidir. Kaydedilmiş bilgiler silinmemelidir. Eğer bir yanlışlık yapılmışsa veya herhangi bir nedenle bir değişiklik yapılması gerekiyorsa, yanlış ifade bir kere çizilmelidir. Ancak orijinal şeklin hâlâ okunaklı olması gerekir. Düzeltme yapılır ve tarih atılır. Değişiklik için yapılmış olan açıklama parafe edilmelidir.

Kayıtlar, hiçbir zaman herhangi bir koşulda değiştirilmemelidir. Hasta kayıtlarında yapılan değişiklikler kolayca tespit edilirler. Özellikle amatörlerin farklı renkteki mürekkeplerle yaptıkları değişiklikler hemen fark edilir. Sadece bir nüshanın değiştirildiği, diğer surette ise değişikliğin bulunmadığı durumlarla karşılaşılabilir.

Kayıtlar paylaşılacağı zaman, cerrah kopyalarını sağlamalı ve asılları her zaman hastanın dosyasında kalmalıdır.²

Ameliyat önerildiği zaman, ameliyatın yapılmasını gerekli kılan koşullar hem muayenehanedeki kayıt defterine hem de hastaneye kabulde hasta kartına dikkatlice kaydedilmelidir. Kuşkusuz, bu iki kayıt her bakımdan birbirine uymalıdır. Komplikasyonlar meydana gelirse, bunlarla ilgili gerçek koşullar kaydedilmeli ve bunları düzeltmek için yapılmış olan işlemler mümkün olduğunca ayrıntılı olarak belirtilmelidir.²

Doktor, tıbbi tedaviyle ilgili bilgi, işlem ve belgeleri kayda geçirmek ve bunları saklama borcu ile de yükümlüdür. Kayda geçirmenin eksiksiz olması yanında gerçek olgulara dayanması da gerekir. Böyle bir yöntem ve zorunluluk hem hastanın tedavisinin daha sağlıklı yapılması ve hem de ileride ortaya çıkabilecek uyuşmazlıklarda kanıt olarak kullanılması bakımından

önemlidir.¹⁸

Kayıtların düzgün olarak tutulmasında ve saklanmasında yüksek özen beklenir. Aksi halde doktorun sorumluluğu söz konusu olabileceği gibi kusur ve illiyet bağı açısından kanıtlama yükünün ters çevrilerek doktora yüklenmesi sonucunu da doğurabilir.¹⁸

Konsültasyon, İkinci Görüş veya Hastayı Başka Bir Hekime veya Yere Göndermek

Cerrah, gerekirse konsültasyon istemeli veya hastayı başka bir hekime veya yere göndermelidir. Pozitif bir sonuca ulaşmada ümitlere, ihtimallere veya şansa güvenilmemelidir. Hiçbir cerrah her konuda bilgisinin tam ve en üstün düzeyde olduğunu sanmamalıdır. Hastaya doğru ve zamanında bilgi verilmeli ve kötü sonuçlar ciddi ve mesleki bir şekilde belirtilmelidir.

Hekimler çok sıklıkla belirli bir işlemin kendileri veya başkaları tarafından yapıp yapılamayacağına karar verirler. Zamanında istenilen konsültasyon hekimin ihtiyatlı davrandığını düşündürür ve iki hekimin kaydedilmiş düşünceleri bulunduğu primer hekimin kendini savunabilmesi daha kolaylaşır.²

Bazen konsültasyonu zorunlu kılan durumlar ortaya çıkabilir. Hekim hastanın durumunu tedavi edemediğinde veya tedavide kullanılan yöntemler etkili olmadığında konsültasyon istenmelidir.⁸

Seçilen konsültan düşüncesine güvenilen bir hekim olmalıdır. Konsültan hekim hastanın kartını ayrıntılı olarak incelemeli ve hastayı muayene etmelidir. Ameliyat sırasında çağrıldığında görüşünü bildirmeden önce gerekli muayeneyi yapabilmek için ellerini fırçalayarak yıkamalıdır.

Daha sonra yanlış anlama olasılığından kaçınmak için, hekim hastanın konsültasyon için gönderilip gönderilmediğini veya meslektaşından hastanın bakımında primer sorumluluğun üstlenmesini isteyip istemediğini açıklığa kavuşturmalıdır.

Hastayı gönderen hekim, gönderdiği hekimin ihmalkar eylemlerinden dolayı sorumlu tutulmaz. Hastayı gönderen hekim bağımsız olup sadece kendi ihmalkar eyleminden sorumlu tutulabilir. İhmal unsuru içeren hasta gönderme işlemlerinde hekim sorumlu tutulabilir. Bu nedenle, hekimler bir hastayı başka bir hekime veya bir yere gönderirlerken gereken dikkati göstermelidirler.⁷

Güncel Kaynakların ve İşlemlerle İlgili Özelliklerin Bilinmesi

Cerrahın mesleki uygulamasıyla ilgili çağdaş kaynakları bilmesi gerekir. Herhangi bir kusur hekimin yeterliliği konusunda olumsuz etki yapar ve onun eylemlerinin savunulabilirliğini azaltır. Cerrah güncel kaynakları

izlemeli, teknik bilgilere ve standartlara sahip olmalıdır. Mesleki performans yetersizliği olup olmadığı araştırılırken, bilirkişilerin mesleki kaynakları göstermeleri gerekir.²

Muayenehane Personelinin Sorumlulukla İlgili Konuları Değerlendirmesi

Muayenehane personelinin eylemleri hekimin gereksiz yere sorumluluk riskiyle karşı karşıya kalmasına neden olabilir. Bu nokta, hekimin personelinin davranışı ile ilgili konularda da geçerlidir. Hemşirelerin ve sekreterlerin uygun olmayan davranışları en iyi hekim / hasta ilişkisini bozabilir. Bu nedenle, bütün personelin risk yönetimi konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Bu konu ile ilgili temel noktalar şunlardır: 1. Hastalarla olan tüm telefon konuşmalarının ve mesajlarının kopyaları saklanmalıdır. 2. Atlanılan tüm randevular kaydedilmelidir. 3. Anamnezdeki veya hastalığın gidişatıyla ilgili uyumsuz ifadeler kaydedilmelidir. 4. Mali ve fatura ilgili kayıtlar, tıbbi ve cerrahi kayıtlardan ayrılmalıdır.

Sigorta Şirketi ile Bağlantının Kurulması

Sigorta şirketi ile serbestçe ve düzenli olarak bağlantı kurmayan cerrahlar sigorta şirketinin gerçek rolünü anlamada güçlük çekebilirler. En azından bir dereceye kadar hekimin riskinin sigorta şirketinin riski olduğunun ve hekimin risk yönetim çabalarında daha fazla rolünün olmadığına anlaşılmaması önemlidir. Olayların sigortacıya bildirilme kriterleri bilinmelidir.²

Olayların erkenden bildirilmesi savunulabilir bir uygulamanın sağlanabilmesi açısından önemlidir. Hatta bu nokta cerrah açısından daha önemli bir konudur. Çünkü ameliyatta doğal olarak beklenilmeyen sonuçlarla veya olaylarla karşılaşma ihtimali vardır. Bir cerrahın önemli bir süre davaya esas oluşturabilecek bir eylemde bulunmaması önemlidir. Bu nedenle, olayların meydana geleceğinin sezilmesi ve hemen sigortacıya bildirilmesi, muhtemel davacının iddialarına karşı savunmanın yapılmasına hazırlanabilmesi için sigortacı ve sigortalanan kimseye zaman ve perspektif imkanları sağlar. Herhangi bir dava açılmazsa olayların yönetimi konusundaki deneyim, hekimin kendi performansını ciddi bir biçimde incelemesine imkan sağlayacaktır.²

Ülkemizde, tıbbi bakım ve tedavi nedeniyle doktorların tazmin sorumluluğu önemli boyutlara ulaşmamıştır; bunda hak kavramının ve hak arama özgürlüğünün gelişmemiş olmasının önemli payı vardır. Diğer ülkelere ise doktorların sorumluluğu büyük boyutlara ulaştığı için “tıbbi bakım ve tedavi nedeniyle doğan zararları karşılamak amacıyla mali sorumluluk sigortası” yaptırılmaktadır.¹⁸

Diğer Hekimlerle, Hemşirelerle ve Personelle Bağlantının Kurulması

Cerrahlar “ hekimler hekimleri dava ettirirler “ sözünü sık sık duyarlar. Bu bir gerçektir. Ayrıca hemşireler de hekimleri, asistanları ve diğer hastane personeli ni dava ettirirler. Hasta bakımındaki klinik olaylara ve objektif analizlere dikkat edilmemesi tıp çevrelerinin sebep olduğu davaların primer nedenidir. Bunun yegane çözümü, hastane ve muayenehane ortamındaki davranış şeklinin daha mesleki bir biçimde olmasıdır.²

Bağlantının kalitesi de önemlidir. Araştırmalar terminolojinin anlaşılmasında bölgeden bölgeye veya meslekler arasında önemli farklılıklar olduğunu göstermiştir. Doğru bir şekilde anlama konusunda sorular açısından kesinlik ve olasılıkların yanı sıra bağlantının etkinliğinin periyodik olarak gözden geçirilmesi de cerraha yardımcı olur.²

RİSK ALANLARI

Jinekoloğun uygulamalarının büyük bir çoğunluğu kadın genital sistemi hastalıkları ile ilgilidir. Bununla birlikte, jinekolojik uygulamaya diğer uzmanlık dallarının çeşitli bölümleri de karışır. Buna örnek olarak, endokrinoloji ve iç hastalıkları verilebilir. Bu nedenle, jinekoloğun kadındaki üreme fizyolojisini, üreme yeteneğini ve cinsel fonksiyonlarla ilgili mental ve emosyonel faktörleri bilmesi gerekir. Bundan başka, jinekoloğun diğer uzmanlarla karşılıklı iletişimi olmalıdır. Pozitif bir sonuca ulaşmak için çabaların birlikte gösterilmesi ve işbirliği yapılması gerekir.

Çoğu jinekolojik durum ameliyat gerektirmeyebilir. Cerrah, özel tedavi şekillerinin seçiminde ve önerilmesinde ihtiyatlı davranmalıdır.

Hastanın ilk muayenesi ve ameliyat öncesi tüm değerlendirmeleri kapsamlı bir şekilde yapılmalıdır. Bu erken ve ön araştırmalar, bakımın doğru bir şekilde yapılmasında önemlidir.

Elektif cerrahi işlem den önce tanının doğru koyulması şarttır. Özellikle gebeliğin tespiti önemlidir. Elektif işlemlerde bütün faktörler bilinmeden önce gebeliğin akla getirilmesi gerekir.

Jinekolojik ameliyatlarda genellikle diğer bazı cerrahi alanlarına göre daha az komplikasyonla karşılaşılır. Bu nedenle, muhtemel sorumluluk durumu biraz daha az görülür. Bununla birlikte, jinekolog risk alanlarına özel bir dikkat göstermelidir.

Kadın - doğum hekimi obstetrik ve jinekolojinin pek çok alanında sorumluluk durumuyla karşılaşabilir. Bu konulardaki risk alanlarını bilen hekim önceden önlem alarak veya ortaya çıkan kötü sonuçla daha etkin bir

şekilde uğraşarak kendini sorumluluktan kurtarabilir.

Hekimin sık olarak sorumlu tutulabileceği durumlar aşağıda ele alınacaktır :7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17

1. Hastanın muayenesi ve değerlendirilmesi

a. Muayene gereksinimi gösteren semptomları bulunan bir hastayı yeterli şekilde muayene etmemek

b. Hastayı önerilen bir testin riskleri konusunda yeterince uyarmamak

c. Hastayı muayenenin veya testin sonuçlarından haberdar etmemek

d. Muayene ve değerlendirmeler sonucunda yanlış tanı koymak

Teşhis ile ilgili konular iddiaların yaklaşık olarak % 15 ini oluştururlar. Tanı ile ilgili iddialar tanıda gecikme, yanlış tanı veya tanı koyamama konularındadır.

2. Ultrasonografik inceleme

a. Sonografik bulguları atlamak

b. Sonografik bulguları yanlış olarak yorumlamak

c. Bulguları önceki sonogramlarla karşılaştırmamak

d. Sonografi raporunu hastayı gönderen hekime göndermemek

e. Hastanın aydınlatılmış onamını almamak

f. Sonografik inceleme istememek

3. Vulvovaginit

a. Uygun klinik koşullarda çocukta cinsel istismarı düşünmemek

b. Menopozdan sonra endometrial / endoservikal lezyonların lekelenme tarzındaki vaginal kanamanın nedeni olabileceğini düşünmemek

4. Vaginit

a. Şüpheli cinsel saldırı veya çocuğun cinsel amaçlı istismarı olgularında gerekli belgelemeyi yapmamak

b. Gebelik sırasında kullanılmaması gereken ilaçlarla tedaviye başlamadan önce, muhtemel gebeliği usulüne uygun bir şekilde belgelemek veya gebelik testini uygulamamak

5. Dismenore

a. Pelvis ağrısının altında yatan ciddi nedenlere bağlı olabileceğini düşünmemek; ancak bunlar güvenli bir şekilde ekarte edildikten sonra dismenorenin akla getirilebileceğini hatırlamamak.

b. Primer dismenorenin yanlış olarak koyulan en sık tanısının endometrioze bağlı sekonder dismenore olduğunu unutmak

c. Pelvis ağrısı bulunan bütün kadın hastalarda pelvisin iltihabi

hastalığı bulunmadığını akla getirmemek

6. Disfonksiyonel uterus kanaması

Disfonksiyonel uterus kanamasının tanısı ekarte etme yoluyla koyulduğundan, anormal vaginal kanamanın diğer nedenlerini araştırmadan tanıyı koymak; vaginal kanaması olan bütün hastaları gebelik komplikasyonları, düşük tehdidi, eksik düşük ve dış gebelik yönünden muayene etmemek

7. Uterus prolapsusu

- a. Uterus prolapsusunun nadir olan komplikasyonlarını teşhis etmemek
- b. Uterus prolapsusu bulunan bir hastayı izlememek

8. Pelvisin iltihabi hastalığı

- a. İhmalkar bir davranış sonucunda pelvis enfeksiyonu tanısını koymamak, tedavisini yapamamak ve böyle bir hastayı usulüne uygun bir şekilde izlememek
- b. Pelvisin iltihabi hastalığını zamanında teşhis ve tedavi etmemek
- c. Gebelik testi yapmamak ve dış gebeliğin tanısını yanlış koymak
- d. İlaça karşı allerji anemnezini almamak
- e. Sifiliz testini uygulamamak
- f. Cinsel partnerlerin de tedavi edilmesi gerektiğini söylememek
- g. Hastada sterilite veya kalıcı özellikte diğer bazı zararlar meydana gelecek şekilde ihmalkar bir tedavi uygulamak

9. Endometriyozis

- a. Hastanın endometriyozisini teşhis edememek
- b. Hastanın endometriyozisini tedavi etmek amacıyla ihmal unsuru içeren bir ameliyat yapmak
- c. Hastanın karnındaki veya pelvisindeki ağrıyı endometriyozise bağlamadan önce, dış gebelik, pelvis enfeksiyonu ve over tansiyonu da dahil olmak üzere bu tür bir ağrının diğer önemli nedenlerini göz önüne almamak

10. Over kistleri

- a. Şoktaki, peritonitli veya adneks torsiyonu bulunan hastalarda konsültasyon, ameliyat veya canlandırma girişimlerinde gecikme
- b. İlk muayenelerin, bulguların, konsültasyonların eksik olarak belirlenmesi
- c. Tanı koyulmadan önce uzun süreli sedatif ilaçların uygulanmasıyla peritonitin maskelenmesi
- d. Hastanın yeterli şekilde değerlendirilip tedavi edilebilmesi amacıyla en yakın bir merkeze nakledilmesi işleminde gecikme

11. Over torsiyonu

Over torsiyonunun tanısı, bu durumun ayırıcı tanıda göz önüne

alınmasına bağlı olduğundan, bu noktanın hekim tarafından düşünülmemesi
Bu nokta özellikle yumurtalığında kitle bulunan veya gebe olan hastalarda önemlidir.

12. Jinekolojik kanserler

- a. Kanser tanısını koymada ihmalkar davranmak, tanıyı zamanında koymamak, tanıyı yanlış koymak
- b. Hastanın aydınlatılmış onamını almamak
- c. Kanser tedavisini ihmalkar bir şekilde yapmak

13. Kontrasepsiyon

Uygun olmayan kontrasepsiyon yöntemlerinin ve aygıtlarının yazılması veya yerleştirilmesi, kontraendikasyonların gözardı edilmesi veya saptanamaması, komplikasyonların yeterli bir şekilde tedavi edilememesi hekimi davalarla karşı karşıya getirilebilir.

Rahim içi araçları

- a. Hastayı rahim içi aracının kullanımı ile ilgili risklerden haberdar etmemek
- b. Hastanın anamnezini tam olarak almamak
- c. Hastayı tam olarak muayene etmemek
- d. Aracı ihmal unsuru içerecek şekilde takmak
- e. Aracı ihmal unsuru içerecek şekilde çıkarmak
- f. Aracın usulüne uygun olarak yerinde durup durmadığını belirlerken ihmalkar davranış sergilemek
- g. Hastayı rahim içi aracı yerinde iken meydana gelen gebelik ile ilgili risklerden haberdar etmemek
- h. Hastayı rahim içi aracının kullanımı ile ilgili muhtemel ters reaksiyonlar yönünden yeterince izlememek

Oral kontraseptifler

- a. Hastanın anamnezini tam olarak almamak
- b. Hastayı ayrıntılı bir şekilde muayene etmemek
- c. Hastayı ilgili riskler konusunda yeterince uyarmamak
- d. Hastanın aydınlatılmış onamını almamak
- e. Hastayı ters reaksiyonlarla ilgili semptomlar yönünden izlememek
- f. Tromboflebitli bir hastayı teşhis etmemek
- g. Oral kontraseptiflerin kullanımı ile gebe kalma zamanı arasında bir bekleme dönemini önermemek

14. Dilatasyon ve kürtaj

- a. Dilatasyon ve kürtaj işlemini ihmal unsurunu içerecek şekilde yapmak ve bunun sonucunda uterusun delinmesine yol açmak
- b. İşlemi usulüne uygun bir şekilde tamamlamamak ve bunun sonu-

cunda uterus içinde gebelik ürününe ait parçaların kalmasına yol açmak

Dilatasyon ve küretaj cerrahi işlemler arasında sıklık bakımından ikinci sırada yer almaktadır. Çoğu hekimin bu işlemi küçük cerrahi girişim olarak kabul etmesine rağmen, uterusun perforasyonu gibi komplikasyon riski vardır. Bu nedenle, cerrah işlem sırasında veya işlemten sonra ortaya çıkabilecek herhangi bir komplikasyonu ele almaya tamamen hazır olmalıdır.

15. Histerektomi

Total histerektomi sıklık bakımından dördüncü sırada yer alan cerrahi bir işlemdir.

a. Histerektomi için hastanın onamını almamak

Bazı durumlarda işlemin nispeten elektif niteliği, enfeksiyon veya üriner sistem ve diğer organların yaralanma riski nedeniyle aydınlatılmış onamın alınması şarttır.

b. Yanlış tanı sonucunda gereksiz yere histerektomi yapmak

c. Cerrahi girişimi, ameliyat alanı dışındaki bir organa veya bir oluşuma zarar verecek bir şekilde yapmak

d. Hastaya yeterli postoperatif bakım uygulamamak

16. Sterilizasyon

a. Hastanın aydınlatılmış onamını almadan tubal ligasyon (yumurtalık borularını bağlama) işlemini uygulamak

b. Gerekli olmadığı halde, tanısı yanlış olarak koyulmuş olan bir hastalık olgusunda tedavi amacıyla sterilizasyon işlemini uygulamak

c. Sterilizasyon işlemini ihmal unsurunu içerecek şekilde yapmak ve hastada ilave bir zarara yol açmak

d. Akıl hastalığı veya zeka geriliği bulunan kimselerde gerekli yasal işlemleri yerine getirmeden sterilizasyon yapmak

Sterilizasyon işlemi için uygulanan cerrahi laparoskopi yaralanmalara veya kanamaya yol açabilir fakat daha sık olarak jinekolog aleyhine aydınlatılmış onamın alınmaması veya işlem sırasında ihmalkar uygulamalar nedeniyle dava açılabilir. Steril olmayı bekleyen hastalar daha sonra gebe kaldıklarında “ haksız fiil sonucunda gebelik” veya “haksız fiil sonucunda doğum” davaları açabilirler. Bu nedenle, jinekoloğun hastaya ayrıntılı açıklamada bulunması ve sterilizasyon işleminin başarısız olabileceğini ve bunun sonucunda gebelik ihtimalinin de söz konusu olabileceğini belirtmesi zorunludur.

17. Fistüller

Pelvis ameliyatları, özellikle total abdominal histerektomi vesiko-vaginal veya üreter fistüllerinin gelişimine yol açabilirler. Rektovaginal fistüllerin ise vagina onarımlarında, abdominal histerktomide, Bartholin absesinin ensizyonu ve drenajında, sigmoid rezeksiyonunda ve hemoroidektomide meydana gelmesi muhtemeldir.

Bir ameliyat sırasında yaralanma meydana geldiğinde hemen onarılmalıdır. Bununla birlikte, bazı fistüllerin cerrahi işleminden sonraki ilk günlerde farkına varılabilir. Bu gibi durumlarda cerrah iltihaplanma, lokal şişlik ve enfeksiyon azalıncaya kadar onarımı geciktirmek isteyebilir.

18. İlaç kullanımından kaynaklanan zararlar

İlaçlarla ilgili konular yaklaşık olarak iddiaların % 7 sini, aygıtlar ve muayenehane koşulları ile ilgili konular ise iddiaların % 3 ünü oluştururlar. Bu oranlar küçük olsa da, her iki alan da cerrahın sorumlu tutulmasına yol açabilir. Hiçbir ilaç veya aygıt fonksiyonları ve muhtemel komplikasyonları tamamen bilinmeden kullanılmamalıdır.

Doktorun sorumluluğu ilacın kullanılmasıyla ilgili özensizliklerde söz konusudur. Doktor, ilacın kullanılmasıyla ilgili tüm bilgileri eksiksiz olarak hastaya anlatmak ve gerektiğinde bunları reçeteye yazmak ile yükümlüdür; ilacın kullanılması ve yan etkileri hususunda bilgi vermede gösterilecek özensizliklerin doğuracağı zarardan sorumluluk söz konusu olabilir. Hastanın, ilacın yapımçı firma tarafından verilen tanıtıcı bilgileri okumamış olması doktoru sorumluluktan kurtarmaz.¹⁸

İlacın kullanılmasıyla ilgili aydınlatma görevi yerine getirilirken veya ilaç hasta üzerinde uygulanırken yüksek özen beklendiği gözardı edilmemelidir.¹⁸

Diğer taraftan tedavi için uygun ilacı yanlış uygulama, doz yüksekliğinde yanılma, ilacın uygulanma yolunda yapılan yanlışlık ve konulmuş olan tanıya göre açıkça yanlış bir ilacın seçilmesi özensizliğin kanıtıdır.¹⁸

19. Gebelik

- Mevcut olan gebeliği teşhis edememek
- Farklı patolojik bir durumu yanlışlıkla gebelik olarak teşhis etmek
- Gebelik ile ilgili bir durumu uygun bakım standardı ile bağdaştırmayacak şekilde tedavi etmek

20. Gebelikte kızamıkçık enfeksiyonu

- Kızamıkçık enfeksiyonunun tanısını koyamamak
- Gebe hastayı kızamıkçık enfeksiyonunun fetüs üzerine olan muhtemel etkilerinden haberdar etmemek

21. Genetik danışma

- Hastayı nitelikli bir genetik danışmana göndermemek
- Daha sonra hastanın çocuğunda ortaya çıkan bir genetik bozukluğun tanısını doğru olarak koymamak
- Hastayı genetik bir bozukluğun taşıyıcısı olmanın sonuçlarından haberdar etmemek

22. Genetik tarama

- a. Tarama işlemi için hastanın aydınlatılmış onamını almamak
- b. Taranan kişiye testin sonuçlarını açıklamamak
- c. Testin sonuçlarını, taranan kişinin dışındaki kimselere yetkisizce açıklamak
- d. Yanlış genetik tanı koymak

23. Amniosentez

- a. Amniosentezi ihmalkar bir şekilde yapmak
- b. İşlemin güvenliği ve etkinliği konusunda gerekli açıklamada bulunmamak
- c. Genetik bozukluk gösteren bir bebek doğurma riski bulunan bir hastayı amniosentezin varlığından haberdar etmemek

24. Gebelik sırasında ilaç uygulaması

- a. İlaç imalatçısının uyarılarına aldırmamak
- b. Hastayı muayene etmemek
- c. Bir ilacı yazmadan önce gebeliğin tanısını koymamak
- d. Bir ilacı yazmadan önce o ilaca aşına olmamak

25. Alışkanlık yapıcı maddelerin gebelik sırasında kullanımı

- a. Gebe bir hastada alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığını teşhis ve tedavi etmemek
- b. Hastayı gerekli tedavi için uygun olan merkezlere göndermemek

26. Obstetrik analjezi ve anestezi

- a. İlaç imalatçısının önerilerine dikkat etmemek
- b. İlaç hatalı bir şekilde uygulamak
- c. Hastayı usulüne uygun bir şekilde izlememek

27. Fetüsün durumu

Gebe hastada fetüsün durumunun değerlendirilmesi gerektiğini gösteren değişikliklerin farkına varmamak

28. Gebeliğin sonlandırılması

- a. Eksik düşük yapmış olan kadınlarda uterusun boşaltılamamış olması

Bu durumda septik düşük meydana gelir.

- b. Serviks uteride ve hatta korpus uteride yırtığa neden olacak şekilde serviksin gereksiz yere aşırı derecede dilate edilmesi
- c. Uterusun boyutlarının değerlendirilememesi nedeniyle alet uterus boşluğuna sokulmadan sadece servikal kanalın kürete edilmesi
- d. Gerekli önlemlere uyulmaması nedeniyle aletin uterus boşluğunun dışına çıkması sırasında delinmenin meydana gelmesi
- e. Aletlerin uterusun boyundan daha fazla bir mesafeye

sokulmasından sonra düşük işlemine devam edilmesi

Böyle bir uygulama intraperitoneal hasarlara yol açar.

f. Uterus delindikten sonra içeriğinin boşaltılmaması

Böyle bir durumda septik düşük ve sekelleri meydana gelir.

g. İlk trimestir düşüğünde fetüsün tespit edilememiş olduğunun farkına varılamaması ve bunun sonucunda bir miktar endometriumun çıkarılmasından sonra gebeliğin devam etmesi

h. Kürtaj materyalinde gebelik ürünlerinin bulunmadığının farkına varılamaması

Böyle bir hata dış gebeliğin teşhis edilememesine yol açabilir.

i. Uterusun fundusunun ötesine geçen küret veya ovum pensi ile manipulasyondan sonra laparotomi yapılmaması

Böyle bir ihmal karın içi organlarında yaralanmaya bağlı ağır sekellere yol açar.

j. Teknik güçlüklerle karşılaşıldıktan sonra düşüğün tamamlanmaması

Genellikle septik düşük, uterus içeriği kurcalandıktan sonra sık olarak meydana geldiğinden, uterusun boşaltılması zorunludur. Gerektiğinde histerotomi yapılmalıdır.

k. Düşük yaptırma girişiminin başarısız oluşundan hastanın haberdar edilmemesi

Bu gibi durumlarda haksız fiil sonucu doğum nedeniyle davalar açılabilir.

l. Gebeliğin devamının kadının yaşamı açısından tehlike oluşturduğu durumlarda gebeliği sonlandırmamak

Düşük işlemi de jinekologlar açısından bir risk alanı oluşturmaktadır. İşlemin gebeliğin sonraki dönemlerinde veya yetersiz aygıt olanakları bulunan yerde yapılması yüksek risk oluşturur. Davalara sık olarak yol açan komplikasyonlar ve yaralanmalar arasında uterusun delinmesi, serviksin yırtılması, kanama, fetüsün ve plasentanın eksik çıkarılması ve anestezi ile ilgili sorunlar yer almaktadır.

29. Düşük tehdidi

a. Gebeliği teşhis etmemek

Karın alt kısmında ağrı ve / veya vaginal kanama bulunan çocuk doğurma çağındaki her kadında muhtemel gebelik açısından test yapılmalıdır. Sadece anamnez gebeliğin ekarte edilmesi için yeterli değildir. Hasta normal menstrüel periyot, laktasyon veya kontrasepsiyon anamnezi verse bile, gebeliğin olması mümkündür.

b. Dış gebeliği teşhis etmemek

Birinci veya ikinci trimestirde karın ağrısı ve / veya vaginal kanama bulunan her gebe kadında dış gebelik ekarte edilmelidir. Aşağıdaki bulgular-dan emin olunursa, dış gebelik durumu muhtemel değildir:

- Serviksin hareketlerinin ağırlı olmaması
- Uterusun büyüklüğünün ve beta-HCG nin miktarının son menstrüel peryoda göre düşünülen gebelik yaşına uyum göstermesi
- Adnekslerde kitle veya hassasiyetin bulunmaması
- Bu klinik bulgularda en küçük bir şüphenin bulunması halinde, tanının koyulması için ultrason gereklidir. Hasta hemodinamik açıdan stabil değilse, ultrason sonuçlarını beklemek amacıyla tedavi geciktirilmemelidir. Tanı koymak için pelvis muayenesi sırasında hemen küldosentez yapılabilir. Douglas boşluğundan pıhtılaşmamış halde kan gelirse, dış gebelik tanısı hemen hemen kesindir.

c. Yeni doğanın hemolitik hastalığını önlememek

Hekim, vaginal kanaması bulunan her gebe hastanın kan grubunu belirlemelidir. Eğer hasta Rh negatif ise, yeni doğanın hemolitik hastalığını önlemek için hastaya Rhogam yapılmalıdır.

d. Kanamanın şiddetini değerlendirmemek

Dış kanama toplam kanama miktarını doğru olarak yansıtmayabilir. Özellikle sırt üstü yatar pozisyonda bulunan bir hastada vaginada fazla miktarda kan birikebilir. Böyle bir durumda dışarıya çok az kan akabilir. Benzer şekilde, uterus boşluğu içerisinde fazla miktarda kan toplanabilir. Dış gebelikte kan periton boşluğunda birikebilir.

e. Vaginal kanaması bulunan hastalarda kanamanın hızını değerlendirmek amacıyla dış muayene yapmak

Bu tür olgularda hiçbir zaman dış muayene bulgularına güvenilmez. Vaginada kan birikmesi, uterusu aşırı derecede hassasiyet ve periton irritasyonu bulgularının aranması için her zaman pelvis muayenesi yapılmalıdır.

30. Spontan düşük

a. Düşük tehdidi bulguları gösteren bir hastanın tedavisini ihmalkar bir şekilde yapmak

b. Tam düşük tanısını yanlış olarak koymak

c. Spontan düşük yönünden izlenen gebeliğin tanısını yanlış koymak

d. Düşükten sonra ihmalkar tedavi uygulamak

31. Eksik düşük, tam düşük ve durdurulamiyan düşük

a. Klinik olarak düşüğü andıran ve endometriumda dökülmeye yol açabilen dış gebelik durumunu göz önüne almamak, bu şekilde yanlış tanı koymak

b. Böyle bir durumda ultrasonda boş uterus görünümü ile karşılaşıldığında dış gebelik olasılığını düşünmemek

32. Düşük komplikasyonları

a. Kanamanın hızını ve miktarını küçümsemek

Sırt üstü yatar pozisyonda bulunan bir hastada, 500 cc den fazla mik-

tardaki kan aşırı dış kanama bulgusu olmaksızın vaginada toplanabilir. Düşükten sonra kanayan bir hastada her zaman pelvis muayenesi yapılmalıdır.

b. Düşük sonrası ağır enfeksiyon bulguları gösteren hastalarda antibiyotik uygulamasına geç başlamak

Bu tür hastalarda tanı amaçlı incelemeler tamamlanmadan önce geniş spektrumlu antibiyotiklere başlanmalıdır.

33. Rh uyuşmazlığı

a. Hastanın kan grubunu belirlememek

b. Gerekli olduğu halde hastaya RhIgG uygulamamak

c. Annenin, babanın veya bebeğin kan grubunun belirlenmesinde yanlışlık yapmak

d. Fetomaternal kanamanın farkına varmamak

e. Fetomaternal kanamanın miktarına göre RhIgG nin dozunu yeterince belirlememek

34. Dış gebelik

a. Kabul edilmiş olan tanı testlerini ve işlemlerini uygulamamak

b. Pelvisin ultrasonla incelemesinde dış gebeliğin tanısını atlamak

c. İntertisyel bir gebeliği, intrauterin bir gebelikle karıştırmak

d. Dış gebelik semptomları gösteren bir hastada uygun tıbbi kararı vermemek

35. Preeklampsi ve eklampsi

a. Bütün preeklampitik hastalarda acil obstetrik konsültasyonun gerekli olduğunu düşünmemek

b. Yaşı ne olursa olsun, herhangi bir gebe hastanın preeklampsi riski altında bulunduğunu düşünmemek

c. Anormal derecede kan basıncı yüksekliği bulunan bir hastada herhangi bir şikayet değerlendirilirken, kuvvetli preeklampsi şüphesini göz önünde bulundurmamak

d. Preeklampsinin hızla eklampsiye ilerleyebileceğini göz önünde bulundurmamak

e. Gebelikte veya postpartum dönemde merkezi sinir sistemi patolojisine bağlı olarak oluşan nöbetleri, kafanın tomografik incelemesini, lomber ponksiyonu (menenjit), elektrolit incelemesini, idrarda ve serumda toksikolojik taramayı yapmadan eklampsiye bağlamak

f. Preeklampsi ve eklampsi tanısının koyulması için gerekli olan testleri uygulamamak

g. Bakım standardına uygun düşmeyen bir tedavi uygulamak ve böyle bir tedavi sonucunda hastaya zarar vermek

h. Aspirin tedavisinin doğum hekiminin kontrolü altında yapılmaması
Aspirin trombositlerin kümelenmesini ve preeklampsinin vazospastik unsurunu önler. Aspirinin preeklampsinin önlenmesinde etkili

olduğu kanıtlanmıştır. Bununla birlikte, aspirin kullanımı plasenta dekolmanı riskini artırır.

36. Plasenta anomalileri

- a. Hastayı plasenta previanın varlığından haberdar etmemek
- b. Hastayı sezaryen seçeneği bulunduğundan haberdar etmemek
- c. Bazı hastalarda, özellikle plasentanın uterusun arka duvarına implante olduğu durumlarda dekolmanın klasik bulgularının görülemeyeceğini düşünmemek
- d. Travayı erken başlayan her hastada dekolmanı akla getirmemek ve onu ekarte etmek amacıyla hastayı dikkatlice izlememek
- e. Vaginal kanamanın bulunmayışının plasenta dekolmanını ekarte ettirmeyeceğini düşünmemek
- f. Pıhtılaşma faktörleri başlangıçta normal olsa bile DIC / koagülopati meydana gelebileceğini düşünmemek
- g. Normal ultrasonun plasenta ayrılmasını ekarte ettirmeyebileceğini düşünmemek
- h. Plasenta dekolmanı ve plasenta akreta tedavisini ihmal unsurunu içerecek şekilde yapmak

37. Amnion rüptürü

Enfeksiyonun kontrolü için gerekli önlemleri almama ve gebeliği sonlandırmama gibi durumlar da dahil olmak üzere amnionitli bir hastanın tedavisinde kabul edilmiş olan tıbbi uygulamaları uygulamamak

38. Doğum travayı

- a. Travay sırasında hastaya yeterli derecede bakmamak
- b. Travay sırasında fetüsün doğum kanalında ilerleyişini usulüne uygun olarak izlememek
- c. Doğum sırasında bakım standardına uygun düşmeyen bir hareket sonucunda annede ve çocukta zarar oluşmasına yol açmak

39. Doğum travayının başlatılması

- a. Amniyotomiye ihmal unsurunu içerecek şekilde yapmak
- b. Yetersiz nedenlerle amniyotomi yapmak
- c. Doğum travayını ilaçla ihmal unsurunu içerecek şekilde başlatmak; travayı kontraendikasyon bulunmasına rağmen ilaçla uyarmak ya da travayı ilaçla erkenden uyarmak
- d. Uyarılmış olan bir travayda hastayı ve bebeği usulüne uygun bir şekilde izlememek

40. Epizyotomi

Epizyotomiyi ihmal unsurunu içerecek şekilde yapmak

41. Doğum sonrası kanama ve hipovolemik şok

a. Aşırı miktardaki postpartum kanamanın teşhisinde ve tedavisinde ihmalkar davranmak

b. Travayın üçüncü dönemindeki bir hastada stabil olmayan vital bulguların yanı sıra az ya da hiç dış kanama görülmediğinde uterus içine olan veya bir hematom şeklinde bulunan gizli bir kanamanın varlığını düşünmemek

c. Kanama sonucunda oluşan şokun tedavisi için kabul edilmiş olan yöntemleri uygulamamak

d. Kanayan bir hastaya uygun olmayan gruptan kan vermek

e. Kanayan bir hastaya gerekli bakımı göstermemek

42. Postpartum enfeksiyon

Kesileri usulüne uygun bir şekilde kapatmama ve bilinen bir enfeksiyonu gerektiği şekilde tedavi etmeme noktaları da dahil olmak üzere postpartum enfeksiyonun tanı ve tedavisi konusunda ihmalkar davranışta bulunmak

43. Çocukta postpartum dönemde oluşan zarar

a. Gerekli canlandırma tekniklerini uygulamamak

b. Yeni doğan çocuğa hatalı bir şekilde (yüksek yoğunlukta) oksijen uygulanması sonucunda retrolental fibroplazianın oluşmasına imkan vermek

44. Babanın doğum salonunda bulunuşu

Doğum personelinin ihmalkar davranışı sonucunda annede ve fetüste oluşan zararın babada emosyonel sıkıntıya yol açması

45. Distosi

a. Yetersiz veya yanlış pelvimetri sonucunda bebekte zarara yol açmak

b. Distosi olgusunu ihmal unsurunu içerecek şekilde ele almak

46. Makat gelişi

a. Annede ve bebekte makat prezentasyonundan kaynaklanan yaralanmaları usulüne uygun bir şekilde tedavi etmemek

b. Makat prezentasyonu bulunan bir hastada gerekli olmasına rağmen sezaryen ameliyatını yapmamak

c. Fetüs tamamen aşağı inmeden önce, ekstraksiyon işlemine başlamak

d. Ekstraksiyon işleminden önce, yeni doğanın ve annenin canlandırılmasında kullanılacak aygıtları bulundurmamak

e. Aktif travayda bulunan gebe kadını veya stabil halde olmayan anneyi ya da fetüsü nakletmek

47. Forseps ile doğum

a. Doğum sırasında forsepsin gereksiz yere veya ihmal unsuru içerecek şekilde kullanılması sonucunda annede veya bebekte yaralanmaya yol açmak

b. Endikasyon bulunmadığı halde orta pelviste elektif olarak forseps uygulamak

c. Uygun kriterler bulunmadığı halde forsepsle ekstraksiyon işlemi uygulamak

d. Forseps uygulaması sırasında aşırı kuvvet kullanmak

e. Daha önce başarısız forseps veya vakum ekstraktör uygulamaları bulunduğu halde forsepsle ekstraksiyon işlemine yeniden girişmek

f. Uzun süreli fetal distrese dayanılarak başın en derin noktası interspinal çizginin 1 cm altında iken son derece güç forseps uygulamasına kalkışmak

g. Doğumun ikinci döneminde fetal distrese dayanılarak veya fetüsün kalp hızındaki geçici deselerasyonları göz önüne almayarak güç forseps uygulamasında bulunmak

h. Hastanın rızasının olmadığı durumlarda forseps uygulamak

48. Vakum ekstraktör ile doğum

a. Serviks tam açılmadan vakumla ekstraksiyon işlemi uygulamak

b. Negatif basınç yavaş yavaş oluşmadan ve kaput suksedaneum gelişmeden ekstraksiyon işlemi uygulamak

c. Vakum ekstraktörle saçlı deride yaralanmaya yol açan rotasyon girişiminde bulunmak

d. Başarısız bir forseps uygulamasından sonra vakumla ekstraksiyon uygulamak

e. Baş-pelvis uygunsuzluğu bulunan durumlarda vakum ekstraktör uygulamak

f. Vakum ekstraktörün pelotunu bebeğin yüzüne uygulamak

g. Belirgin derecede prematür bebeklere vakum ekstraktör uygulamak

h. Vakumla ekstraksiyon işlemi 30 dakikayı aşacak şekilde yapmak

49. Sezaryen ile doğum

- a. Sezaryen ameliyatını ihmal unsurunu içerecek şekilde yapmak
- b. Sezaryen ameliyatından hastayı haberdar etmemek
- c. Sezaryen ameliyatını yapılması gerekirken yapmamak
- d. Hastaya yeterince bakmamak
- e. Sezaryen ameliyatı sırasında bebeğe zarar vermek
- f. Sezaryen ameliyatını erken yapmak
- g. Sezaryen ameliyatını geç yapmak
- h. Sezaryen ameliyatından sonra başarılı sterilizasyon yapmamak
- i. Sezaryen ameliyatını gereksiz yere yapmak

50. Aygıtların kullanılmasından doğan zararlar ve muayenehane koşullarından ve yardımcı personelden kaynaklanan yaralanmalar

Hastanın tedavisinde kullanılan araç ve gereçlerin bakım ve kullanılmasından doğan zararlar da bakım ve kullanma kusurları söz konusudur.¹⁸

Tedavide kullanılacak araç ve gereçlerin seçimi, kullanılması, korunması ve bakımında yüksek özen gösterilmelidir.¹⁸

Bir hekim herhangi bir zararın meydana gelmesini önlemek amacıyla hastalarının girdiği muayenehanesinde gerekli fiziksel önlemleri almakla yükümlüdür. Örneğin yerlerin kişilerin düşmesine yol açacak şekilde kaygan olması, açıkta elektrik kabloları ve muayene masasının yanında korunma önlemini bulunmayan kalorifer borularının bulunması hekimin meydana gelmesinden sorumlu tutulabileceği zararlara yol açabilir. Muayenehanede kişilerin çarpacağı, düşeceği veya herhangi bir şekilde zarar görmesine yol açığı koşullar varsa hekim gerekli ihtimamın gösterilmiş olması halinde önlenebilecek olan bu tür zararların meydana gelmesinden sorumlu tutulur. Bu ihtimamın gösterilmemesi ihmal unsurunu oluşturur. Hekimin muayenehanesinde tehlikeli maddeler veya gereçler bulunabileceğinden, hastaların bu tür tehlikelerden korunması için özel ihtimam gösterilmelidir.

Doğum ve kadın hastalıkları uzmanlarının muayenehanelerinde rutin olarak bir jinekolojik muayene masası bulunur. Bu muayene masasına çıkarken veya inerken, özellikle de bir basamak bulunuyorsa kayıp düşme riski her zaman mevcuttur. Özellikle yaşlı hastaların muayeneye hazırlanmasında ve daha sonra giyinmesinde yardımcı olacak personelin sağlanması muayenehanede bu tür tehlikelerin önlenmesinde önem taşıyan bir önlemdir.

Hekim normalde içinde bulunduğu mekanı nasıl kontrolünde bulunduruyorsa ve sonuçta bu mekandan sorumlu ise aynı şekilde yanında çalışan personelden de sorumludur. Bu personel hekimin yardımcısı olarak hekim adına hareket ettiğinden, hekim bu personelin ihmali sonucu doğan zararlardan sorumludur. Nasıl ki otobüs şirketi çalıştırdığı şöförlerin ihmali

nedeniyle üçüncü kişilerde oluşan zararlardan sorumludur. Aynı şekilde hekimin de yardımcı personelinin seçerken, bu personele görev verirken ve yardımcılarını denetlerken dikkatli ve ihtimamlı davranma yükümlülüğü mevcuttur. Hekim muayenehanesinde çalışan bu yardımcı personelin gerekli ihtimamı göstermemesi nedeniyle oluşan zararlardan sorumlu tutulur (Borçlar Yasası Madde 55).

RİSK YÖNETİMİ

Muhtemel ve gerçek malpraktis risklerinin tespit edilerek değerlendirilmesi işleme risk yönetimi denilir. Sürekli mesleki eğitim, personel eğitimi, belgeleme, olayın bildirilmesi, aydınlatılmış onam işleminin uygulanması ve mukaveleye dayalı sözleşme risk yönetim yöntemlerine örnek oluşturur.¹⁹

Her hekim beklenmeyen sorunlarla, tahmin edilmeyen komplikasyonlarla ve gerçek hüner veya karar verme yanlışlıklarıyla karşılaşabilir.²

Hastada zarara neden olan bir olay mesleki ve dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır. Önce olayla ilgili rapor, sigorta şirketi ile paylaşılmalıdır. Olay hastanede risk yönetim ekibine, servis şefine veya bölüm başkanına bildirilmelidir. Fakat hastaya ve onun sorununun çözümüne de dikkat etmelidir.

Hastayla iletişimdeki kopukluk malpraktis davasının önde gelen nedenlerinden birisidir. Bu nedenle, doktor aşağıdaki hususları yerine getirmelidir: 1. Hastayla ilgili bilgiyi kendisine açıklamalıdır. 2. Hastada ters etki yapabilecek eleştiriden kaçınılmalıdır. 3. Hastanın ailesiyle sık olarak görüşülmelidir. 4. Hastaya harcanan zaman miktarı, özellikle kişinin gerçeklerden uzaklaşmasına eğilim yaratacak modern teknolojiler kullanıldığı zaman artırılmalıdır.¹⁹

Hemşireler sıklıkla doktorların talimatlarının karışıklığından, tedavi planından, hekimin bulunmayışından, sorularına ve telefonlarına cevap verilmeyişten şikayet ederler. Personelle bağlantı eksikliğinin giderilmesi, personelin eğitilmesi, işbirliğinin teşvik edilmesi ve güvenin sağlanması önemlidir. Hemşirelerin ve personelin eğitimi malpraktis iddialarını anlamlı derecede azaltabilir.²⁰

Hasta ve ailesiyle bağlantıda ilk ve en önemli basamak, olayın gizlenilmesinden, kaçamak yapılmasından, yalan söylenilmesinden kaçınmaktır. Dürüstlük yasal açıdan en iyi korunmadır. Hasta ile sakın bir şekilde ve kesintisiz olarak konuşulmalıdır. Ne olduğu ve zararı hafifletmek için neyin gerekeceği açıklanmalıdır.² Sakinlik, hekimin ilgili olduğunu, endişeli olmadığını gösterir. Hasta ve ailesine harcanan zaman ise onlara meydana gelmiş olan zararın ve istenmeyen sonucun giderilmesi konusunda hekimin devamlı şekilde ilgili olduğunu gösterir.

Hekimle ilgili bir sorun çıktığında rahat bir hasta, daha fazla işbirliği

yapan ve daha duyarlı olan bir hastadır. Buna karşın, kendi bakımı konusunda düşmanca hisler besleyen bir hastanın, hekimin eylemleri ile ilgili olmasa bile, her olumsuz sonuçtan hekimi sorumlu tutması daha muhtemeldir.

Genellikle ameliyatın bazı kaçınılmayan riskleri bulunduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle, mümkünse, önceden her hastayla düşünülen ameliyatla ilgili ayrıntılı bir tartışma yapılmalıdır. Bu tartışma hastaya bütün seçenekleri düşünme fırsatını verir. Çeşitli alternatifler riskleri ve yararları ile birlikte açıklanmalıdır. Bir komplikasyon meydana geldiği zaman, belgelenmeli ve hastaya onun hakkında bilgi verilmelidir.

Cerrah gerçek sorunun, amacının dışında, anksiyete ve korkuya yol açacak ayrıntılarla birlikte olayları anlatmaktan kaçınmalıdır. Konuşma sırasında hekim "ihmal", "malpraktis" veya "hata" gibi bazı terimleri kullanmaktan kaçınmalıdır. Hastaya komplikasyonların meydana gelmiş olduğu belirtilip böyle bir olayın aydınlatılmış onam işlemi sırasında, bir olasılık olarak tartışılmış olduğu hatırlatılmalıdır.²

Ameliyat sırasında meydana gelmiş olan yaralanmaların onarımı için asıl işlem sırasında hata düzeltilmemişse, ikinci bir aydınlatılmış onam gerekebilir. Onarım işlemlerinin açıklanması oldukça ayrıntılı olmalıdır. İşlemle ilgili risk ve komplikasyonlar tamamen açıklanmalıdır.²

Yaraların onarılması, enfeksiyon olasılığının önceden tahmin edilmesi ve yeniden bir ameliyata hazırlanılması gibi noktalar göz önünde bulundurulmalıdır ve mümkün olduğunda yapılmalıdır. Çünkü bu tür olaylara zamanında cevap verilmesi, genellikle sorunun yatıştırılmasında etkili olur.

Bakım sorumluluğunun başka bir hekime devredilmesi hastanın onayını gerektirir. Sorumluluğun devredildiği kayıta belgelenmelidir.

Konsültanın çağırılma nedeni kaydedilmelidir. Bu durum hastaya önceden anlatılmalıdır. Bu şekildeki bir davranış, doktor-hasta ilişkisinde, hastanın güveninin desteklenmesinde ve hastanın korkularının giderilmesinde önem taşır. Primer hekim konsültanın bulgularını ve önerilerini dikkatle gözden geçirmelidir.

Kayıt tutma işlemi çok önemlidir. Belgeleme eksiklikleri malpraktis davasının savunmasını ileri derecede engelleyebilir. Hastanın avukatı ihmal delillerini ortaya çıkarabilmek için tıbbi kayıdın her parçasını inceler. Unutulmuş noktalar, çelişkiler, gecikmeler, zamanla ilgili eksiklikler, okunamayan yazılar, silme ve değişiklikler kuşkusuz hekim açısından olumsuz bir durum yaratır. Tıbbi kayıtlar mahkemede önemli delil niteliği taşırlar.¹⁹

Üstünkörü düzenlenmiş, yanlış veya okunaksız kayıtlar haksız malpraktis iddialarını destekleyebilir.

Tıbbi kayıt, hastanın bakımında meydana gelen olayların yazılı olarak anlatımıdır. Tıbbi kayıtların incelenmesiyle bu olayların analizi, hekimin hastanın değerlendirilmesiyle ilgili düşünceleri ve muhtemel olayların ele alınma planı ortaya çıkarılabilir. Tıbbi kayıtlar hastanın ismini, tarih ve zamanı, gerekli imzaları, mutadın dışındaki olayların ve tedavilerin açıklamalarını, işlemlerin belgelenmesini ve taburcu işlemi sırasında verilen talimatları içer-

melidir. Çelişkili ifadelerin kullanılmasından kaçınılmalıdır.

Ameliyat notunda ameliyatın endikasyonları, hangi işlemlerin uygulandığı, standard teknikte yapılan değişiklikler, bulgular ve karşılaşılan güçlükler açıklanmalıdır.¹⁹

Taburcu notunda hastanın yatırıldığı zaman, yatırılma nedeni, uygulanan işlemler ve hastanede kaldığı sürece meydana gelen olaylar kaydedilmelidir.

SONUÇ

Kadın-doğum hekimleri maruz kalmaları muhtemel olan riskleri kontrol etme konusunda çeşitli fırsatlara sahiptirler. Hem muayenehanede hem de hastanede ihtimam gösterilmesi, özel risk alanlarına ve işlemlere dikkat edilmesi en etkin bir şekilde risk ve olgu yönetimi sağlayarak sorumlulukla ilgili sorunları azaltır. Cerrahlar ameliyat öncesi kayıtları doğru bir şekilde tamamlamalıdır. Hastanın aydınlatılmış onamını almalıdırlar. Ortaya çıkan komplikasyonlara zamanında ve sorumluluk duygularıyla cevap verilmelidir. Bunların hepsi hastaya açıklanmalıdır. Ameliyat sonrasında hasta ile olan ilişkilere dikkat edilmelidir.

Hekimin alçakgönüllü bir tutum içinde bulunması gerekir fakat kendini savunucu veya suçu kabullenici bir tutum sergilememelidir.

Hekim, eğitimi ve deneyimi bulunmayan eylemleri asla yapmamalıdır.

Cerrahi işlemlerde, işlemin uygulanışını haklı kılacak yeterli patolojik incelemeler her zaman yapılmalıdır.

Jinekoloğun lokal kurallar ve düzenlemelerin yanı sıra burada açıklanmış olan genel kavramları bilmesi, ona mesleki sorumluluk alanında korunma sağlar.

KAYNAKLAR

1. Shindell S. Medicolegal Aspects of Pelvic Surgery. In: Mattingly RF, editor. Te Linde's Operative Gynecology. Fifth Edition. Philadelphia, Toronto: J. B. Lippincott Comp., 1977 : 13-23.

2. Raines E. Professional Liability of the Gynecologic Surgery. In: Mattingly RF, Thompson JD, editors. Te Linde's Operative Gynecology. Sixth Edition. Philadelphia, Toronto: J. B. Lippincott Comp., 1985: 25-32.

3. Collins HB. The Borderland of Law and Medicine. In: Benson RC, editor. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 4th Edition. Middle East Edition. California: Lange Medical Publications, 1982: 536.

4. Hinslaw AL. Preventive Aspects of Liability in Obstetrics and Gynecology. Clin Obstet Gynecol, March 1977; 20 (1) : 19-24.

5. Zevkililer A. Tedavi Amaçlı Müdahalelerle Kişilik Hakkına Saldırının

Sonuçları. DÜHFD, 1983; 1: 9.

6. McCain JR. Avoiding litigation through the practice of good medicine. Ortho Panel 24. Ortho Pharmaceutical Corporation, 1975 : 6.

7. Fineberg KS, Peters JD, Willson JR, Kroll DA. Obstetrics / Gynecology and the Law. Michigan: Health Administration Press, 1984.

8. Higdon RE. Medical / Legal status of consultants. J Legal Med, 1976; 4: 34.

9. Soysal Z, Çelbiş O. Adli Tıp Açısından Kadın- Doğum Hekimin Kolayca Yapabileceği Yanlışlıklar. Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 2000; 3 (1): 97-104.

10. Didle AW, Kinlaw SH. Allegations: Obstetrics and Gynecology. Obstetrics and Gynecology, July 1977; 50 (1): 113- 115.

11. Elstein M. Clinical Aspects of Litigation in Contraceptive Practice. In: Chamberlain GVP, Orr C, Sharp CJB, editors. Litigation and Obstetrics and Gynecology. London : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Richard Bates Limited, 1985: 142 - 143.

12. Goldsmith LS. Medical Malpractice: Guide to Medical Issues. Matthew Bender, 1989 : 102/1 - 102/4.

13. Lewis SM. Ob/Gyn Malpractice. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: Wiley Law Publications, John Wiley and Sons, Inc., 1986.

14. Mandell MS. Medicolegal Problems and Responsibilities. In: Nichols DH, Evrard JR, editors. Ambulatory Gynecology. Philadelphia : Harper and Row, Publishers, 1985 : 497 - 499.

15. Roberts DK, Raines E. Medicolegal Issues. In: Scott JR, DiSaia P, Hammond CB, Spellacy W, editors. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Sixth Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1990: 1193 - 1195.

16. Shane JA. Common Errors and Prevention. In: Roberts DK, Shane JA, editors. Confronting the Malpractice Crises, Guidelines for the Obstetricians-Gynecologists. Kansas City: Eagle Press, 1985: 125 - 133.

17. Wall JA. Litigation Arising in the Field of Contraception. In: Chamberlain GVP, Orr CJB, Sharp F, editors. Litigation and Obstetrics and Gynaecology. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Richard Bates Limited, 1985 : 147 - 151.

18. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar. Ankara, 1993 : 108, 124.

19. Easley HA. Medico - Legal Issues in Gynecology. In: Clarke - Pearson DL, Dawood MY, editors. Green's Gynecology. Fourth Edition. Boston, Toronto, London: Little, Brown and Company, 1990 : 118.

20. Friedman EA, Borten M, Chapin DS. Gynecological Decision Making. Second Edition. Toronto, Philadelphia : B .C . Decker Inc, 1988 : 336.

3

Obstetrikte ve Jinekolojide İhmal Davaları

Sadi Çağdır / Taşkın Özdeş / Zeki Soysal

İHMAL UNSURU İÇEREN BAKIM

Bir hastanın bakımında kötü sonuçla karşılaşılabilir. Kötü sonucun meydana gelişi her zaman hekim tarafından uygulanan bakımın kalitesi ile ilgili olmayabilir. Hastaya uygun bir bakım uygulansa dahi, tıbbi ve cerrahi komplikasyonlar meydana gelebilir. Bu tür olgularda ihmal unsuru içeren bakım söz konusu değildir.

Bazı olgularda ise kötü sonuç, hekimin ihmalkar bakımına bağlı olarak meydana gelir. İhmalkar bakım hastada kötü bir sonucun meydana gelmesine neden olmuşsa malpraktis söz konusudur.

İhmal benzer koşullarda çalışan makul, ortalama nitelikteki bir hekimin uygulayacağı bakımın uygulanamaması şeklinde tanımlanabilir.¹

Bir hekimin tıbbi malpraktisten sorumlu tutulabilmesi için, hastanın (davacı) ilk önce doktor-hasta ilişkisinin varlığını ispatlaması gerekir. Hekimin görevi böyle bir ilişkiye girmeyi üstlenen kimse ile yapılan sözleşmeye dayanır. Hekim hastayı tedavi etmeyi üstlendikten sonra tedavi programını uygularken makul bir dikkati ve ihtimamı gösterme yükümlülüğündedir. Yasalar hekimi gerekli hüner ve bilgi eksikliğinden veya makul bir bakımın uygulanmamasından kaynaklanan zararlardan sorumlu tutmaktadır.²

Kişinin yükümlülük unsuru dikkatli olmayı gerektirir.³ Kişi benzer koşullarda, makul bir bireyin herhangi bir zararın oluşmasını önlemek için alacağı tüm önlemleri almakla yükümlüdür. Bu yükümlülüğün yerine getirilmemesi durumunda ihmal söz konusudur.

Bir hekimin ihmalkar bulunması için, ya kabul edilmiş tıbbi uygulama standardının aksine bir şey yapmış olması ya da tıbbi uygulama stan-

dardına uygun olan bir şeyi yapmamış olması gerekir. Bu şekilde bir hekimin ihmalkar olduğunun ispatlanması için önce uygulanan tıbbi bakım standardının belirlenmesi ve daha sonra hekimin standarda uygun düşmeyecek şekilde hareket etmiş olduğunun gösterilmesi gerekir.⁴

İHMALİN UNSURLARI

İhmalden doğan haksız fiiller tıbbi mesleki sorumluluk davalarının en büyük kısmını oluşturur.

Sıklıkla iddia edilmesine karşın, ihmalin kanıtlanması zordur. Prensip olarak, hastanın, hekimin bir tedavi standardını ihlal etmek suretiyle, zarara uğradığını göstermesi gerekir. Kanıt için genelde bilirkişi ifadesiyle, aynı anda birkaç unsurun varlığının da gösterilmesi gerekir.^{5, 6, 7, 8}

A. Bir kişinin hasta olarak kabul edilmesi,

B. Hekimin hastasına olan dikkat ve ihtimam yükümlülüğünü ihmal etmesi,

Görev, hastaya zarar gelmesini önlemek veya zarardan sakınmak için, hekimin bakım standardına uygun olarak hareket etme yükümlülüğüdür. Hekimin görevi, mesleğini uygulaması sırasında iyi bir muhakeme ile birlikte yeterli itina ve ihtimamı göstermektir. Tıbbi hatalarla ilgili davalarda hekimin sorumluluğu tespit edilirken, aynı uzmanlık alanında çalışan ve benzer koşullarla karşı karşıya kalan ortalama nitelikteki bir hekimin yapması gereken davranışları kriter olarak alınır.⁹

Bakım standardına uyulmaması veya standarttan sapma, görev ihlali kapsamındadır. Hekimin hastaya karşı olan görevini ihlal etmiş olduğunu ispatlamak, genelde hastanın kendisine düşer.⁹ Bu konuda tedavi protokollerinden yararlanılabilir. Genelde bir hekimin hareketinin özel bir bakım standardı ile uygunluk gösterip göstermediğinin tespiti için bilirkişi mütalaasına gerek duyulur. Örneğin, Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği (ACOG) fetal sıkıntının tedavisi için protokol standartları hazırlamıştır. Hekim böyle durumlarla karşı karşıya kaldığında, bu standartlara uymakla yükümlü tutulabilir. İspat mecburiyetini yerine getirmek amacıyla hasta, savunma durumundaki hekimin, özellikle ACOG protokolünden uzaklaşmak suretiyle, mevcut bakım standardından sapmış olduğunu ispatlayacak olan bir uzmanı bilirkişi olarak tutmalıdır.⁹

Bununla birlikte, bilirkişinin ifadesi gerekli bakım standardını belirlemenin tek yolu değildir. Bazı durumlarda, ispat zorunluluğu hekime yüklenir. Genel kaidenin bir istisnası “res ipsa loquitur” doktrini. Hekimin uygun bakım uygulaması durumunda, zarara neden olan olay, hasta tedavisi ile ilgili mutad süreç boyunca ortaya çıkmazsa, res ipsa loquitur doktrini, ispat yükünü hekime yüklemek için kullanılabilir. Hasta bu neticeyi, hekimin zarara yol açan koşullar üzerinde mutlak kontrole sahip olduğunu, hekimin ihmalkar davranmadığı sürece zararın mutad olarak meydana gelmeyeceğini ve kendisinin herhangi bir kusuru bulunmadığını göstermekle kanıtlar. Cerrahi

bir girişim sonucunda periton boşluğunda tampon bırakılması klasik bir örnektir.⁹

Bir hekimin kovuşturulması veya yargılanması ile ilgili modern eğilim, ulusal standartlarla değerlendirilmelidir. Artık hekimin içinde bulunduğu yere özgü topluluktaki adet ve uygulamalar bağlayıcı değildir.

Kadın-doğum hekimi gibi bir uzman, tıbbın aynı alanındaki diğer hekimler tarafından uygulanan bakım standartlarından saparsa, ihmâl fiili veya değerlendirmede ihmalkarlık durumu oluşarak, hekim meydana gelen zarardan sorumlu duruma düşer. Görevin yapılmaması ile ilgili tanım, cerrahi hatadan daha kapsamlıdır. Bilgi düzeyinde güncelliğin korunamaması, hastayı bir uzmana veya bir alt uzmanlık dalı uzmanına sevk etmeme veya kritik bir anda uygun değerlendirme yapamama, kadın-doğum uzmanlarının sorumlu tutulabilecekleri birçok ihmalkar davranıştan birkaçını oluşturur.⁹

C. Öngörülebilir nitelikte bir zararın oluşması,

Hastaların ispat etmesi gereken üçüncü unsur, zararı doğuran sebeptir. Bu, hekimin ihmalkar hareketini meydana gelen zararlara bağlayan temel bir unsurdur.

Eğer bir doğum hekimi benzer koşullarda eğitim almış ve aynı deneyime sahip bulunan başka bir doğum hekiminin uyguladığı bakım standardının altında bir bakım uygularsa ve hastasında makul olarak öngörülebilir ve kaçınılabilir nitelikte bir zarara neden olursa, ihmalkar eylemi nedeniyle hastasına tazminat ödemekten sorumlu tutulabilir. Birçok ihmâl davasında ve özellikle yanlış yönetildiği iddiası bulunan doğum olaylarında nörolojik bozukluğu olan bebeklerin doğması durumunda ileri sürülen ihmalkar eylem ile hastada oluşan zarar arasında nedensellik bağı kurulurken büyük güçlük çekilebilir. Uğranılan zararın niteliği, ihmâlin makul olarak öngörülebilir bir sonucu olmalıdır.

Hekimin avantajı açısından, ihtilaflı nokta, hekimin hareketinin ortaya çıkan zarara veya kayba neden olmasının veya buna katkıda bulunmasının önceden tahmin edilip edilemeyeceği veya sonuçların başlangıçtaki tıbbi durumun kabul edilmiş bir riski olup olmadığıdır. Bu kapsamdaki asıl soru, sonuçların tedavinin veya tedavinin uygulanışındaki ihmâlin kaçınılmaz bir neticesi olup olmadığıdır.⁹

Davacıdaki zararların birden fazla nedeninin bulunuşu, nedenselliğin ispatını güçleştirir. Tıbbi mesleki sorumluluk davalarında iddia edilen bedensel zararlar, hem temeldeki hastalığa veya bozukluğa hem de hekimin ileri sürülen ihmalkarlığına bağlanabilir.

Davacının, hekimin eyleminin veya ihmâlinin meydana gelmiş olan kötü sonucun gerçek nedeni olduğunu göstermesi gerekir. Eğer uygulanan bakım optimal olsa bile, zararın meydana gelmiş olduğu gösterilebilirse, o zaman hekimin hareketi ortaya çıkan zararın nedeni olarak suçlanamaz.²

D. Hekimin ihlali ile hastada oluşan zarar arasında nedensellik bağının varlığı.

Bir kişinin başkasına yönelik herhangi bir zarar oluşturduğuna ilişkin

her iddia ve suçlamada, bu dört unsurun mevcut olduğu ispatlanmalıdır. Bu unsurlardan birisinin varlığının kanıtlanamaması durumunda, ihmal iddiası öne sürülemez. Örneğin, bir hekim gerekli ihtimam yükümlülüğünü ihlal ettiğinde bir zarar meydana gelmezse veya hekimin ihmali ile oluşan zarar arasında aşık bir nedensellik bağı kurulamazsa, o zaman ihmal durumu söz konusu değildir.

HASTANIN BEKLENTİLERİ

Hasta bir hekime başvurduğunda, hekimin söz konusu sorunu çözebilecek olanaklara sahip olduğuna dair bir inanç taşır. Tıp bir çok sorunu çözmeye gitgide daha başarılı olduğundan, kamuoyu her konuda hekimlerden çözüm beklemektedir. Hekimler kişilerin prognozu kötü olan bir hastalıkla karşı karşıya kaldıklarında neler hissettiklerinin bilincindedirler. Başlangıçtaki endişe ve korku ya reddedici yaklaşım ya da öfke ve düşmanlık hisleri ile karşılanır. Ancak daha sonra hastalık kabullenilir ve olaya objektif olarak bakılır. Hasta bu endişeli anında, rahatsızlığını azaltacak veya geneldeki sorunu halledecek olasılıkları içeren her türlü öneriye açıktır. Uygulanacak girişimin sınırlı olduğu açıklansa bile, hasta bunu kabullenmeyebilir ve hekim bu durumda başarısızlık olasılığını düşük göstererek hastada ümit uyandırmaya çalışabilir. Daha sonra talihsiz bir durum veya beklenmeyen bir sonuç ortaya çıkarsa hastanın öfke ve düşmanlık hisleri çok kolayca hekime yönelebilir. Tıbbın sorunu çözebileceğine dair olan, inancın temelinde, hekimin elde ettiği sonucun başarısızlığı onun gerekli özeni göstermemiş olmasına bağlanır. Tıbbın imkanlarının artmasına karşın yargıya intikal eden olgu sayısının da artması bir çelişki olarak düşünülebilir. Uzman hekimlere karşı açılan dava sayısının pratisyenlere karşı açılardan daha fazla olması bir tesadüf değildir. Çünkü konu ne kadar özelse dava açılma olasılığı da o kadar yüksektir. Hekimin konusunda uzman olduğu düşünüldüğünde, hasta elde edilen kötü sonucu hekimin uzmanlığını gerekli ölçüde kullanmamış olmasına bağlar. Cerrahi girişimlerin çoğunluğu tatmin edici sonuçlar verdiğinden toplum bu yönde bir beklenti içindedir. İstenmeyen bir sonuç ortaya çıktığında, bu durum hekimin gerekli özen ve dikkati göstermemiş olmasına bağlanır.

HEKİMİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Hasta özel bir işin bir hekim tarafından yapılmasına izin verdikten sonra, yeni bir görev durumu ortaya çıkar. Toplum, aynı koşullarda çalışan diğer hekimlerden beklenildiği şekilde, her hekimi böyle dikkat ve hüneri göstermeye zorlar. Bu şekilde hareket edilmemesi, görev ihmali olarak isimlendirilir.¹⁰

Mesleki uygulamada ihmale malpraktis denilmesi uygun değildir.

Çünkü malpraktis terimi kötü uygulama veya yetersizlik anlamına gelir. Mesleki ihmal, bir taşıtın kullanımındaki ihmale benzetilebilir. Her bir durumda da kişinin kendisinden beklenenden daha az dikkati göstermiş olduğu kabul edilir ve bu nedenle zarar meydana gelirse, kişi sorumlu tutulur.¹⁰

Hekim-hasta ilişkisi güvene dayalı bir ilişki olduğundan, hekime ilave bir görev daha düşer. Hekim bir hizmeti yerine getirirken gereken hüneri göstermelidir. Hekimin sadece hünere sahip olması yeterli değildir. Eğitim ve belgeleme de gereklidir. Hekimin yeterli derecede dikkatli veya hünerli olmaması nedeniyle bir zarar oluşursa, o zaman hekimin hastasına karşı görevinde ihmalkar olduğu kabul edilir.¹⁰

Tıpta ileri derecede dikkat ve hüner gösterilmesine rağmen talihsizlik durumlarıyla karşılaşıldığı bilinmektedir. Bu nedenle, hasta sadece hekimden toplumdaki benzer niteliklere sahip olan hekimlerden beklenen dikkat ve hüneri göstermesini ister.

Mesleki ihmalle ilgili iddialara yol açan jinekolojik cerrahideki sorun çeşitlerine bakıldığında, bildirilen bazı olgularda standartların ihlal edilmemiş olduğunu söylemek güçtür. Mills, incelediği 1000 mesleki sorumluluk olgusunda, olguların yaklaşık olarak % 5 inin histerektomi ile ilgili sorunlar gösterdiğini bildirmiştir. İşlemden sonra ortaya çıkan kanama veya enfeksiyon bu olguların üçte birinde istenmeyen sonuçlara yol açmıştır. Histerektomiyi izleyen üriner ve barsak fistülleri olguların dörtte birini oluşturuyordu. Uterusun gereksiz yere çıkarılması ise serinin sadece geri kalan kısmını teşkil ediyordu.¹⁰

Yasal zorluklardan kaçınmanın ilk yolu, genellikle kabul görmüş olan bakım standartları uyarınca uygulamada bulunmaktır. Hekim hastanın ne düşünüldüğünü ve makul bir sonuç için hazırlanıldığını anladığından emin olmalıdır. Hüner ve dikkatin gösterilmesine, hastayla yeterli bağlantı kurulmasına rağmen dava olasılığının yine de bulunduğu bilinmelidir.

İHMAL DAVALARI VE “ RES İPSA LOQUITUR “ DOKTRİNİ

İhmal delili bilirkişi ifadesiyle kanıtlanmalıdır. Bilirkişi, genellikle aynı uzmanlık dalında çalışan başka bir hekimdir. Bilirkişi ifadesinde, bakım standardının yerine getirilip getirilmediğini, diğer bir deyimle, bakım standardından sapma olup olmadığını belirtir.¹¹ Mahkeme bilirkişi ifadelerini inceledikten sonra malpraktis durumu bulunup bulunmadığına karar verir.

Bazı ihmal olayları bilirkişi ifadesini gerektirmeyecek kadar aşikardır. Hekimin aşikar ihmali sonucunda bir zarar oluştuğunda “res ipsa loquitur” doktrini uygulanabilir. Bu doktrin genellikle yarada yabancı cisimlerin, periton boşluğunda tamponun bırakıldığı veya ameliyat sırasında ağır yaralanmaların meydana geldiği olgularda uygulanır.

MUAYENEHANE KOŞULLARINDAN VE YARDIMCI PERSONELDEN KAYNAKLANAN İHMAL DAVALARI

Bir hekim, herhangi bir zararın meydana gelmesini önlemek amacıyla hastalarının girdiği muayenehanesinde gerekli önlemleri almakla yükümlüdür. Örneğin, yerlerin kişilerin düşmesine yol açacak şekilde kaygan olması, açıkta elektrik kabloları ve muayene masasının yanında korunma önlemini bulunmayan kalorifer borularının bulunması hekimin meydana gelmesinden sorumlu tutulabileceği zararlara yol açabilir. Muayenehanede kişilerin çarpacağı, düşeceği veya herhangi bir şekilde zarar görmesine yol açacağı koşullar varsa, hekim gerekli ihtimamın gösterilmiş olması halinde önlenebilecek olan bu tür zararların meydana gelmesinden sorumlu tutulur. Bu ihtimamın gösterilmemesi ihmal unsurunu oluşturur. Hekimin muayenehanesinde tehlikeli maddeler veya gereçler bulunabileceğinden, hastaların bu tür tehlikelerden korunması için özel ihtimam gösterilmelidir.¹⁰

Doğum ve kadın hastalıkları uzmanlarının muayenehanelerinde rutin olarak bir jinekolojik muayene masası bulunur. Bu muayene masasına çıkarken veya inerken, özellikle de bir basamak bulunuyorsa, kayıp düşme riski her zaman mevcuttur. Özellikle yaşlı hastaların muayeneye hazırlanmasında ve daha sonra giyinmesinde yardımcı olacak personelin sağlanması, muayenehanede bu tür tehlikelerin önlenmesinde önem taşıyan bir önlemdir.¹⁰

Hekim normalde içinde bulunduğu mekanı nasıl kontrolünde bulunduruyorsa ve sonuçta bu mekandan sorumlu ise, aynı şekilde yanında çalışan personelden de sorumludur. Bu personel hekimin yardımcısı olarak hekim adına hareket ettiğinden, hekim bu personelin ihmali sonucu doğan zararlardan sorumludur. Nasıl ki otobüs şirketi çalıştırdığı şoförlerin ihmali nedeniyle üçüncü kişilerde oluşan zararlardan sorumludur. Aynı şekilde hekimin de yardımcı personelini seçerken, bu personele görev verirken ve yardımcılarını denetlerken dikkatli ve ihtimamlı davranma yükümlülüğü mevcuttur. Hekim muayenehanesinde çalışan bu yardımcı personelin gerekli ihtimamı göstermemesi nedeniyle oluşan zararlardan sorumlu tutulur.¹⁰

HASTANIN İHMALİ

Bazı durumlarda bir malpraktis davasında hastanın da ihmalinin katkısı olabileceği iddiaları söz konusu olabilir. Bu özellikle hastanın kontrol muayenelerine kısmen gelmesi veya uyarıcı semptomları hemen haber vermesi yolundaki açık tavsiyeleri göz ardı ettiği durumlar için söz konusudur. Bir olguda birden fazla tarafa yüklenebilecek göreceli ihmal faktörleri söz konusu olduğunda, izafi ihmal prensibi sorumluluğun belirlenmesinde uygulanabilir. Bu durumlarda hekimin ödeyeceği tazminat miktarı hastanın sorumlu olduğu ihmal derecesi oranında azaltılır.²

KAYNAKLAR

1. Hutchison JR. Liability in Gynecology. In: Copeland L J, editor. Textbook of Gynecology. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1993. p.1187.
2. Friedman EA , Borten M, Chapin DS. Gynecological Decision Making. Second Edition. Toronto, Philadelphia: B.C. Decker Inc; 1988. p. 342.
3. Gardner J B. Medico-Legal Aspects of Gynaecology. In: Holland E, Bourne A, editors. British Obstetrical and Gynaecological Practice. London: William Heinemann Medical Books Ltd; 1955. p.811.
4. Collins H B.The Borderland of Law and Medicine. In: Pernoll ML , Benson RC. Editors. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Librairie du Liban. Appleton and Lange; 1987. p.1072.
5. Roberts DK, Raines E. Medicolegal Issues. In: Scott, J R, DiSaia P J, Hammond C B, Spellacy WN. Editors. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Sixth Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1990. p.1189-1190.
6. Beck W W. Obstetrics and Gynecology. 2nd Edition. Pennsylvania : Harwal Publishing Company; 1990. p. 385.
7. Fineberg KS, Peters JD, Wilson JR, Kroll D A. Obstetrics / Gynecology and the Law. Michigan: Health Administration Press; 1984. p. 9-10.
8. Beacham D W, Beacham W D. Synopsis of gynaecology. Eighth Edition. Saint Louis: The C.V. Mosby Company; 1972. p. 376.
9. Niles SE. The Borderland of Law and Medicine. In: Pernoll M L, editor. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Seventh Edition. USA: Prentice-Hall International Inc; 1991. p. 1467-1468.
10. Shindell S. Medicolegal Aspects of Pelvic Surgery. In: Mattingly R F, editor. Te Linde's Operative Gynecology. Fifth Edition. Philadelphia, Toronto: J.B. Lippincott Comp; 1977. p. 15-17.
11. Mandell M S. Medicolegal Problems and Responsibilities. In : Nichols DH, Evrard J R, editors. Ambulatory Gynecology. Philadelphia: Harper and Row, Publishers; 1985. p.501.

4

Obstetrikte ve Jinekolojide Hastanın Rızasının Alınması

Sadi Çağdır / Murat Eke / Zeki Soysal

AYDINLATILMIŞ RIZA

Teşhis veya tedavi ile ilgili bir işlem, hasta önceden rızasını vermedikçe uygulanamaz. Aydınlatılmış onam konseptine göre, hastanın düşünülen cerrahi işlemi anlaması ve bu işlem için hekime izin vermesi gerekmektedir. Yargıç Cardozo, hekimin ameliyattan önce hastanın rızasını alması ile ilgili olarak şunları söylemiştir: “Yetişkin ve akli başında olan her insan kendi vücudunda yapılacak olan işlemleri belirleme hakkına sahiptir.¹ Hiç bir kimse, herhangi bir işlemin veya tedavinin bir kimsede uygulanmasını zorlayamaz. Eğer hekim izinsiz olarak bir işlemde bulunursa veya iznin sınırlarını ve amacını aşarsa, hekim-hasta ilişkisinin esasını oluşturan sözleşmeyi ihlal edebilir veya haksız fiil hukukuna göre kişisel zararlardan sorumlu tutulabilir.²

Bir hekime hastanın onamını almaması nedeniyle sorumluluk yüklenirken, elde edilmiş olan onamın niteliğine göre iki farklı hukuk doktrini esas alınır. Hasta tıbbi tedaviye onam vermediği halde hekim böyle bir tedaviyi uygularsa, yasal olarak müessir fiil nedeniyle sorumlu tutulabilir. Hasta, önerilen tedavinin riskleri ve tehlikeleri tamamen anlatılmadan tıbbi tedaviye onam verirse, bu çeşit bilgiyi hastaya vermemiş olan hekim, hastanın aydınlatılmış onamını alma görevini ihlal nedeniyle sorumlu tutulabilir.^{3, 4}

Hasta, son olarak karar veren kişidir. Kuşkusuz, yaş, zeka, temyiz kudreti veya medeni haklardan istifade ehliyetine bağlı olarak istisnalar söz konusudur. Ancak genel olarak hastalar ele alınırken cerrah, ortak sorumlulukların yanı sıra hekim ile hasta arasında her biri ile ilgili sorumlulukların bulunduğunu ve hekimin ameliyat önerisini kabul etme kararının sadece hastaya ait olduğunu bilmelidir.

Hekim hastaya tanı konusunda ne kadar emin olduğunu dikkatlice bildirmelidir. Bu nokta özellikle önemlidir. Çünkü tanının hasta tarafından kabulü, onun tedavi olma kararında önemli bir faktördür. Aydınlatılmış rıza gereksinimleri sadece tanının kendisine değil aynı zamanda tanı koymak için

izlenen tüm tıbbi basamaklara da uygulanır. Alternatif tanı tekniklerinin riskleri ve yararları hakkında bilgi verilmelidir. Bu şekilde hasta bunlar arasında seçim yapabilir.⁵

Hastaya uygulanacak işlemle ilgili konularda aşağıdaki bilgiler verilmelidir: İşlemin tanımı ve niçin önerildiği, komplikasyon riski, yan etki, işlemle ilgili yaralanma, işlemin alternatifleri, işlemin başarı şansı, hem işlemle hem de sonraki bakımla ilgili masraflar. Hastaya yapılacak ensizyonun çeşidi, gerekli olabilen dren, kateter veya intravenöz sıvı kullanımının nedeni hakkında bilgi verilmelidir.⁶ Ayrıca, durum tedavi edilmediği takdirde prognozla ilgili bilgi de verilmelidir.

Hafif de olsa meydana geldiği bilinen riskler açıklanmalıdır. Nadir de olsa, kalıcı zararlara ve ölüme yol açabilen ağır komplikasyonlar hakkında bilgi verilmelidir.

Aydınlatılmış rıza ile ilgili davaların büyük çoğunluğu, hekimin hasta ile tartışmadığı bir risk veya komplikasyon ortaya çıktığı zaman açılmaktadır. Bilinen bütün önemli riskler açıklanmalıdır.

Riskın sıklığı ve ciddiyeti onun önemini belirler. Eğer bir risk ciddi değil ancak sık olarak meydana geliyorsa önemlidir. Eğer bir risk ciddi ise ancak seyrek olarak meydana geliyorsa, yine önemli olduğu kabul edilebilir. Zararın ciddiyeti, meydana geliş sıklığı, hastanın akıllıca bir seçim yapması için riskleri bilme gereksinimi, hastada aşırı derecede endişeye yol açmama arzusu arasında bir denge kurulmalıdır.

Mahkemeler, seyrek olsa dahi, ölüm riskini önemli olarak kabul etmektedirler. Hatta %1 lik felç olasılığı da önemli olarak kabul edilmektedir.

Amerikan hukukuna göre, hekimin önerilen işlem veya tedavi ile ilgili komplikasyonlardan hastayı haberdar etmesi görevidir. Hastanın muhtemel tüm komplikasyonlardan haberdar olma hakkı vardır. Bu şekilde hasta kendisine önerilen tedaviyi kabul etme veya reddetme ile ilgili kararını verebilir.³

İngiliz hukukuna göre ise, önerilen tedavinin sık görülen sekellerinden hastanın haberdar edilmesi doktorun görevidir. Burada hastaya verilecek bilginin sınırlandırılmasının amacı, hastanın sağlığında büyük bir zarar meydana geleceği düşüncesine kapılarak göreceği tedaviden vazgeçmemesidir.

Bir hekim tedaviden önce veya tedavi sırasında hastada iyimser beklentiler oluşturmak amacıyla gerçeğe uygun olmayarak olumlu bir şekilde konuşursa, başarı olasılığı konusunda sıklıkla sorunlar ortaya çıkar. Aydınlatılmış rıza açısından gerçeğe uygun bir değerlendirmenin yapılması önemlidir. Tedavi konusunda güven verme ile abartı yapma arasında ince bir çizgi bulunur. Eğer hasta hekimin anlattıklarına güvenirse ve hekimin söz verdiği sonuçlar meydana gelmezse, söz konusu tedavi fiziksel bir zarara yol açmasa dahi, hasta dava açarak davayı kazanabilir. Hekimler hastalara sadece kendi kişisel deneyimlerini değil, aynı zamanda tıp toplumundaki deneyimleri de açıklamalıdır.⁵

Tanısal işlemleri önermek ve zamanında önlem alınmazsa ölüme ve ciddi sonuçlara yol açabilen hastalıkların teşhisinde kullanılan işlemlerin reddedilmesinin muhtemel sonuçlarını açıklamak hekimin yasal görevidir.⁷

Tedavi veya işlemle ilgili bir açıklama yapılacağı zaman, hastanın anlayabileceği bir dil kullanılmalıdır. Bir örnek verecek olursak, laparoskopik tubal sterilizasyon işlemi için aydınlatılmış onam elde edilirken işlemin safhaları, uygulanacak anestezi, sonuçların irreverzibl olduğu ancak olguların küçük bir yüzdesinde daha sonra gebeliğin meydana gelebileceği noktaları anlaşılır ifadelerle açıklanmalıdır.

Kullanılacak ilaçlarla ilgili olarak, ilacın kullanılma nedeni, yan etkiler, muhtemel komplikasyonlar, alternatif seçimler ve ilacı kullanmamanın sonuçları açıklanmalıdır. İlacın prospektüsündeki anlaşılması zor olan kısımlar sözlü olarak açıklanmalıdır.⁸

Hastanın kartına tarihlerle birlikte kendisine verilmiş olan bilgi kaydedilmelidir.

Açıklamada bulunmanın hastanın sağlığı üzerinde zararlı olduğu ve tehlike oluşturduğu bazı nadir durumlar da vardır. Tedavi ile ilgili risklerin bildirilmesi hastanın mantığa uygun bir karar vermesini önleyebilecek, tedaviyi zorlaştıracak veya tedaviye engel olacak, hastada psikolojik açıdan zarar verebilecek nitelikte ise, hekim mümkün olduğu takdirde gerekli açıklamayı hastanın yakın bir akrabasına yapmalıdır.

Yapılacak açıklamanın hastanın ruhsal sağlığını bozacağını bilmesine rağmen yapılması da ruhsal sağlığı bozucu bir eylem ve kişilik hakkına saldırı olarak nitelendirilmektedir.⁹

Geçerli bir aydınlatılmış rıza elde etmek için, hekimle hasta arasındaki tartışma bir diyalog şeklinde olmalıdır. Hastanın sadece oturup dinlenmesinden ziyade onun tartışmaya aktif bir şekilde katılması teşvik edilmelidir. Hastanın sorular sormasının ve kararını vermesinin kolay olacağı karşılıklı konuşma şekli geliştirilmelidir.⁵

Güçlü emosyonel uyarılar hastanın algılama yeteneğini bozabilir. Eğer bir hasta korkuyorsa veya sıkıntı içinde ise hekimi doğru bir şekilde anlaması muhtemel değildir. Kadın-doğum hastaları bazı kelimelere anksiyete ile reaksiyon gösterme eğilimindedirler. Kanseri, doğumsal malformasyonlar ve sterilite gibi sorunlar tartışıldığı zaman kelimelerin dikkatlice seçilmesi zorunludur.⁵

Hekim hastanın çabuk onamını alabilmesi amacıyla onu zorlamadan kaçınmalıdır.

Onam formunu hasta ve bir tanık imzalamalıdır. Tanık tercihen bir aile bireyi veya tıbbi bakım ekibinin bir elemanı olmalıdır.

Eğer bir hastanın yapılacak işleme sözlü olarak itirazda bulunmadığının yeterli delilleri varsa, söz konusu ameliyat yazılı onam formunda tarif edilmediği gerekçesiyle dava edilemez. Bununla birlikte, tedavinin başlangıcında hastanın sessizliği hekime özgürlük tanımaz. Bu nedenle, bir rahatsızlık nedeniyle periyodik olarak ameliyat dışında tedavi geçiren bir

hasta cerrahi tedaviye sessiz kalarak onam veremez. Küçük bir ameliyata verilen onam, büyük bir ameliyata verilen onamla aynı şey değildir. Eğer bir hasta eksploratris bir ameliyat için onam formunu imzalarsa ve konsültan cerrah sonra ilave bir onam almaksızın tedavi edici nitelikte bir ameliyat yaparsa sorumlu tutulabilir.³

Bazı acil durumlarda, başta hastanın onamını almadan, bir hekimin bir dereceye kadar tıbbi veya cerrahi yardımında bulunabileceği kabul edilmektedir.³

Müdahale edilecek hasta rızasını bildirecek durumda değilse ve müdahalenin hemen yapılması gerekiyorsa, rıza alınmadan müdahale yapılabilir. Histerektomi zor bir doğumda uterus travmasını tedavi etmek amacıyla acil bir önlem olarak gerekli olabilir. Örneğin, uterus doğum sırasında yırtıldığında kanamayı durdurmak için histerektomi en etkin bir önlem olabilir. Yaşamı tehdit eden bir durum histerektomiyi gerekli kılıyorsa, hekim hastanın rızasını almadığı için sorumlu tutulamaz.

Hastadan ayrıca bir onam almadan bir tedavinin başlangıçta düşünülen kapsamı aşarak gerekli genişletmenin yapılıp yapılamayacağı konusu acil doktrini ile yakından ilgili olan bir sorundur.³

Eğer acil bir durum bulunuyorsa, ameliyat genişletilebilir. Acil durum bulunmuyorsa, genişletme sorumluluk durumuna yol açabilir. Ameliyat sırasında onamın konusunun tamamen dışında kalan ve dolaylı da olsa bir ilgisi bulunmayan olumsuz durumun ortaya çıkması durumunda tıbbi yardımın konusu dışına çıkılmamalıdır. Bununla birlikte, bazı mahkemeler acil durum istisnasından ileri giderek, en azından vücudun iç kısmında yapılan ameliyatlarda başlangıçta planlanan ameliyatın genişletilmesi gerekiyorsa, hekimin böyle bir ameliyatı kanunen yapabileceğini kabul etmektedirler. Bu mahkemeler sadece gerekli genişletmelerin yapılabilmesini bildirmektedirler. Fakat “gerekli” kelimesiyle sadece hastanın yaşamının veya sağlığının korunması için gereken ameliyatın kastedilip kastedilmediği veya bunların gelecekteki sağlık sorunlarının önüne geçecek ameliyatlara kapsayıp kapsamadığı noktaları aşıkardır.³ Alman yargı görüşüne göre “tıbbi yardıma devam edilmemesi, yarada bırakılmasının açık ve kesin bir tehlikeyi içermesi halinde” verilen iznin konusunun sınırları aşılabılır.

Bir hastanın hekimden aydınlatılmış onamı almaması nedeniyle tazminat alabilmesi için aşağıdaki noktaları kanıtlaması gerekir: 1. Hekimin hastaya alternatif tedavileri, her alternatifin makul derecede önceden sezinelebilir önemli risklerini ve tedavi olmamanın risklerini bildirmemiş olması; 2. Hastanın tedaviyi veya alternatifleri olan farklı bir tedaviyi seçmemiş olması ve önemli risklerin ortaya çıkmış bulunması; 3. Hastanın bu nedenlerle kabul etmek zorunda kaldığı tedavi sonucunda zarar görmüş olması. Riskin mevcudiyetinin ve öneminin, alternatif yöntemlerin bulunuşunun ve açıklanmamış olan riskin ortaya çıkışı nedeniyle hastanın zarar görmüş olduğunun bilirkışı ifadesiyle gösterilmesi gerekir.³

ÇEŞİTLİ OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK DURUMLARDA HASTANIN RIZASININ ALINMASI

1. Amniosentez için Rıza

Amniosentez yapılmadan önce hastayla ve kocasıyla amniosentezin endikasyonları, riskleri ve tekniği konusunda tartışılması zorunludur. Ayrıca, onların edinilecek bilginin niteliğini ve bilgiyi elde etmek için gerekli olan zaman süresini anlamaları önemlidir. Örneğin, bu nokta özellikle muhtemel genetik bozukluk için amniosentez yapılacak olan hasta açısından önemlidir. Cevabın elde edilmesi için 2 ila 3 haftalık bir sürenin gerekebileceğinin bilinmesi gerekir. Hastanın normal bir karyotipinin normal bir çocuk doğacağını garanti etmeyeceğini de anlaması gerekir. Hasta amniosentez için hazırlanmış olan rıza formunu okumalı ve doğum hekiminin huzurunda imzalamalıdır. Bu şekilde daha fazla sorulara cevap verilmesi ve açıklamalarda bulunulması mümkün olur.¹⁰

2. Doğum için Rıza

Doğum için Hastanın Bilgilendirilme Formu

1. Aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar çok sık olarak meydana gelir:

- Vaginada veya diğer genital organlarda dikiş uygulanmasını gerektiren küçük yırtıklar

- Yırtılma riskini azaltmak veya çocuğun doğumuna yardımcı olmak amacıyla pelvis tabanına kesi (epizyotomi) yapılması. Bu kesi doğumdan sonra birkaç gün rahatsızlığa neden olabilir. Bazen enfekte olabilir ve antibiyotiklerle veya cerrahi drenaj ile tedavi edilmesi gerekebilir.

- Fetüsün dıştan izlenmesi. Bu işlemin bilinen riski yoktur.

2. Aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar seyrek olarak meydana gelir:

- Fetüsün saçlı derisine tutturulan küçük bir elektrod ile izlenmesi. Bu yöntem bebeğin yaşamının tehlikede olduğunu gösteren deliller bulunduğunda veya dışardan izleme yöntemiyle bebeğin sağlığı konusunda uygun bilgi elde edilemediğinde uygulanır.

- Doğuma yardımcı olmak amacıyla forseps kullanılması. Forseps sadece bebeğe yararlı olacağı aşikar olduğunda kullanılır. Forseps kullanımına bağlı olarak bebeğin derisinde, kemiklerinde veya vücudunda zarar meydana gelebilir.

- Kan transfüzyonu. Gebe kadınların yaklaşık olarak %3 ünde travay sırasında veya travaydan sonra aşırı kanama nedeniyle kan replasmanı gerekir. Kan transfüzyonu, transfüzyon reaksiyonu, hepatit, AIDS ve diğer hastalıkların geçiş tehlikesi taşır.

- Sezaryen ameliyatı ile doğum gereksinimi.

- Travay sırasında veya doğumdan sonra oluşan enfeksiyon halinde antibiyotik tedavisi gereksinimi. Bazı kalp hastalığı bulunan kadınlara travay sırasında veya travaydan sonra damar yoluyla antibiyotiklerin verilmesi gerekebilir.

3. Aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar çok seyrek olarak meydana gelir:

- Fetüsten kan örneğinin alınması. Fetal distress (fetüsün sıkıntı içinde bulunması) durumunda bebeğin oksijen düzeyini kontrol etmek için saçlı derisinden az miktarda kan örneği alınabilir. Bebeğin saçlı derisinden kanama olabilir. Bu durumda kanayan yere basınç uygulaması veya küçük bir dikiş koyulması gerekebilir. Saçlı deride enfeksiyon oluşması riski çok azdır.

- Fetüsün içten izlenmesi yönteminin uygulanmasına bağlı enfeksiyon. Bu son derece seyrek bir durum olup genellikle sadece elektrod yerinde saçlı deride olur. Bununla birlikte, daha yaygın enfeksiyon olasılığı da söz konusudur.

- Mesanenin tamamen boşaltılamaması veya mesane fonksiyonunun tam kontrolünün sağlanamaması.

Doğuma bağlanabilen komplikasyonlar ve olaylarla ilgili yukardaki listeyi okudum. Doktorum tam olarak anlamadığım her şeyi açıklığa kavuşturdu ve listeyi bana ayrıntılı olarak açıkladı. Ayrıca bu listenin çok ayrıntılı olmadığını da anladım. Başka komplikasyonlar veya durumlar da söz konusu olabilir. Listede bulunan komplikasyonların ve diğerlerinin mutlaka doğum hekiminin ihmali sonucunda meydana gelmesi gerekmeyeceğini de anladım.

X
Hasta

X
Hekim

X
Tarih

3. Sezaryen Ameliyatı için Rıza

Bir hasta doğum için hastaneye girdiğinde, lokal veya genel anestezi uygulanması da dahil olmak üzere gerekli olan herhangi bir işleme rıza verdiği kabul edilebilir. Bununla birlikte, eğer doğum esnasında sezaryen ameliyatının gerekli olduğu düşünülüyorsa, durum hastaya ve mümkün ise kocasına veya bulunan başka bir akrabasına açıklanmalıdır.¹¹

Eğer hastanın sıkıntı veya sedasyon nedeniyle karar veremeyeceği düşünülüyorsa, durum kocasına veya akrabasına açıklanmalıdır. Her iki seçenek de mümkün değil ise, cerrah uygulayacağı ameliyattan vazgeçmemelidir. Çünkü kendisi hastanın yararına olacak şekilde iyi niyetle hareket edecektir. Resmi yazılı bir rıza formunun imzalanmasının değeri, tamamen aydınlatmadan sonra imzanın alınmasından daha azdır.¹¹

Sezaryen ameliyatının nedenleri konusunda hastaya tam açıklamada bulunulmalı ve rızası alınmalıdır. Tecrübeli bir cerrah tarafından yapılan dikkatli bir ameliyat, şikayetleri önler fakat ameliyat ile ilgili ayrıntıların tam

olarak belgelendirilmesi de önem taşır.

Sezaryen Ameliyatı için Hastanın Bilgilendirilmesi Formu

1. Aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar ya daima ya da çok sık olarak meydana gelir:

- Bir veya daha fazla gün süreyle intravenöz sıvı verilmesi gereksinimi.
- Ağızdan veya enjeksiyon yoluyla ağrı giderici ilaçların kullanılmasını gerektiren post-operatif ağrı veya rahatsızlık. Bu ilaçlar çok az miktarda süte geçerler.

- İş veya okuldan altı haftaya kadar bir süre geri kalmayı gerektiren iyileşme dönemi.

- Bir ünite kan kaybı. Transfüzyon genellikle gerekmez.

- Rahatsızlık nedeniyle ilk birkaç gün bebeğin bakımında güçlük çekilmesi.

- Ameliyat sonrası enfeksiyon riskini azaltmak için antibiyotiklerin alınması.

2. Aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar seyrek olarak meydana gelir:

- Aşırı kan kaybı nedeniyle kan transfüzyonu

- Solunum yollarından sekresyonları veya sıvıları temizlemek için bebeğin özel bakımı. Sezaryen ile doğan bebekler genellikle vaginal yolla doğan bebeklere nazaran solunum yollarının temizlenmesi konusunda daha fazla dikkati gerektirirler.

- Uzun süreli antibiyotik tedavisini gerektiren enfeksiyon. Hastanede kalma süresi de uzayabilir.

3. Aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar çok nadir olarak meydana gelir:

- Ciddi pelvis enfeksiyonuna bağlı olan irini drene etmek için yeniden operasyon.

- Kanamayı kontrol altına alamama nedeniyle histerektomi. Histerektomi, rahmin çıkarılacağı ve artık çocuk doğurulamayacağı anlamına gelir.

- Midedeki aşırı gaz ve sıvının burun veya ağızdan sokulan bir tüp aracılığıyla drenajını gerektiren barsak fonksiyon bozukluğu.

- Ya ameliyattan hemen ya da yıllarca sonra düzeltilmesi için yeniden ameliyatı gerektirebilen barsak tıkanması.

- Ameliyata bağlı yapışıklık oluşması sonucunda infertilite.

- Siz Rh negatif, bebeğiniz Rh pozitif ise, bebeğiniz sezaryen ameliyatı ile doğarsa, daha sonra Rh faktörüne karşı antikorlar gelişmesi ihtimali büyüktür. Enjeksiyon yerinde biraz rahatsızlığa neden olabilen bir veya daha fazla sayıda Rhogam iğnesinin yapılması gerekebilir.

- Sezaryen ameliyatı sırasında barsak veya mesane yaralanması. Bu yaralanma hemen ya da daha sonra onarımı gerektirebilir.

- Uterus kesisi veya bebeğin doğumu sırasında bebekte yaralanma.

- Mesane fonksiyonunun bozulması veya kendi kendinize işyememeniz nedeniyle birkaç gün mesanenin bir kateter ile drenajı.

Sezaryen ameliyatına bağlanabilen komplikasyonlar ve olaylarla ilgili yukardaki listeyi okudum. Doktorum tam olarak anlamadığım her şeyi açıklığa kavuşturdu ve listeyi bana ayrıntılı olarak açıkladı. Ayrıca bu listenin çok ayrıntılı olmadığını da anladım. Ameliyatım sonucunda ortaya çıkabilen başka komplikasyonlar veya durumlar da bulunabilir. Listede bulunan komplikasyonların ve diğerlerinin mutlaka cerrahın ihmali sonucunda meydana gelmesi gerekemeyeceğini de anladım.

X
Hasta

X
Hekim

X
Tarih

4. Oral Kontraseptif Uygulaması için Rıza

Bir hekim hastanın oral kontraseptif kullanabileceğini belirledikten sonra, onunla ilacın muhtemel yan etkilerini ve tehlikelerini tartışmalıdır. Bu tür uyarılar oral kontraseptiflerin prospektüslerinde, ilaç rehberlerinde, v.b. bulunmaktadır. Hekimler bu uyarıları hastalarına anlayabilecekleri bir dille anlatmalıdır. Hekim hastalara muhtemel bütün yan etkileri bildirmeli ve alternatif kontrasepsiyon yöntemlerini açıklamalıdır. Bu tartışmaların hepsi belgelenmelidir.

Hastayı oral kontraseptiflerin kullanımı ile ilgili riskler konusunda uyarma görevi hekime aittir.¹² Oral kontraseptif imalatçısının görevi, bu riskleri prospektüs içinde kaydetmektir. Oral kontraseptiflerin kullanım şekli, bunların kullanımına kontraendikasyon oluşturan durumlar, ters reaksiyonlar ve yan etkilerle ilgili önlemler ve uyarılar ilacın prospektüsünde yazılmalıdır. Ürünün ters etkileri konusunda hekimi uyarma görevi imalatçıya aittir. Genelde, imalatçının görevi hastayı uyarmak değildir. Bununla birlikte, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (The Food and Drug Administration), doğum kontrol hapları imalatçısının ürün ile ilgili riskler konusunda kullanıcıyı doğrudan uyarma görevi bulunduğuna karar vermiştir.¹² İmalatçının oral kontraseptif kullanıcıyı uyarma görevi, hekimin bu konuda hastasına karşı olan sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.³ Hastanın oral kontraseptiflerle ilgili yeterli uyarıları elde edememesi nedeniyle birden fazla taraf yasal açıdan sorumlu tutulabilir. Kısacası, burada hekimin görevi, hastaya ilgili riskler konusunda açıklamalarda bulunduğundan sonra onun aydınlatılmış rızasını almaktır. Hekim ve imalatçı doğum kontrol hapları ile ilgili bilgileri ve gelişmeleri izlemekle yükümlüdür. Hekimler bu konudaki en son yenilikleri hastalarına bildirmelidir.

Doktorlar ilaç prospektüslerinin doğum kontrol ilacını yazmadan önce hastalarına yapacakları bildirme yükümlülüğünden kendilerini kurtaracağını sanmamalıdır. İlaç prospektüsleri, hekimin başlangıçta hastadan ayrıntılı anamnez alması ve önerilen doğum kontrol ilacının alternatif yöntemleriyle birlikte risklerini ve yararlarını açıklaması gereksiniminin yeri-

ni alamazlar. Ayrıca, doğum kontrol ilacı kullanan pek çok kimse bu prospektüsleri okumazlar. Bunları okuyanların bir kısmı ise içindeki bilgiyi anlamazlar. Standard hale getirilmiş bir form bile ilacı yazmadan önce doktor ile hasta arasında yapılan bilgi alış-verişinin yerini alamaz.¹³

Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok hasta aydınlatılmış rızalarının alınmadığı gerekçesi ile jinekologları aleyhine dava açmıştır.¹

Reşit olmayan bir kişiden bazı kontraseptif ilaçlara kontraendikasyon ve tehlike oluşturan durumlar ile ilgili bilgileri içeren aile anamnezini elde etmek mümkün olmayabilir. Reşit olmayan kişi ayrıca hekimin bilmediği emosyonel sıkıntılar içinde de bulunabilir. Bu çeşit bilgilerin yokluğunda kişi, yazılmış olan kontraseptif ilaç nedeniyle zarara uğrarsa, hekim aleyhine ihmalkar tutumundan dolayı dava açılabilir. Hekim tedavi ile ilgili yeterli bilgiyi elde etmemişse, aleyhine açılan dava başarı ile sonuçlanabilir.¹³

Hekimin reşit olmayan kişinin gizlilik hakkına saygı göstermesi amacıyla, daha fazla bilgi elde etmek için onun ebeveynleri ile temasa geçmemesi yeterli bir savunma olamaz. Gizlilik hakkının mevcut koşullarda uygun bakım standardı ile ilişkisi yoktur. Hekimler yeterli bilgisi bulunmayan reşit olmayan hastalar ile karşılaştıklarında, tehlikeli yan etkileri veya riskleri bulunduğu bilinen kontraseptifleri vermekten sakınmalıdırlar. Eğer reşit olmayan kişi anamnezle ilgili gerekli bilgiyi veremezse, bu bilgi onun ebeveynlerinden veya vasisinden elde edilmelidir.¹⁴ Reşit olmayan kişide oral kontraseptif yazılacağı zaman rıza onun ebeveynlerinden veya vasisinden alınmalıdır.^{15, 16}

5. Rahim İçi Aracın Takılması için Rıza ^{13, 14, 17}

Bütün kadınlar için uygun olan bir rahim içi aracının geliştirilmesi mümkün olmamıştır. Örneğin nuliparlar ve postpartum dönemde bulunan kadınlar için aynı rahim içi aracı ideal değildir. Bununla birlikte, rahim içi araçlarının kadınların belirli bir yüzdesi için en iyi kontrasepsiyon yöntemi olduğu kabul edilmektedir. Sonuç olarak, hastanın bilgilendirmeden sonra kararını vermesi gerekir. Burada hekimin rolü hastaya bilgi vermek ve onun kararını verebilmesi için gerekli önerilerde bulunmaktır. Bu bilgi bütün kontraseptif yöntemlerinin avantajlarının, sakıncalarının, etkinliklerinin ve ters etkilerinin tartışmasını içermelidir. Bu danışma hizmetinde hemşireler veya sağlık eğitimcilerinden yararlanılabilir ise de asıl sorumluluk hekime ait olmalıdır.

Rahim içi kontrasepsiyon diğer aile planlaması yöntemlerine nazaran hekime daha büyük sorumluluk yükler. Örneğin oral kontraseptiflerin ve bariyer yöntemlerinin (kondom, diyafram, v.b.) kullanımında uygun öneriden sonra bu yöntemlerin gerektiği şekilde uygulanması sorumluluğu hastaya düşer. Hekimin rahim içi aracının takılması ile ilgili aydınlatılmış rızanın yeterliliğine, etik ve yasal yönlere dikkat etmesi gerekir. Bir hasta bu yöntemi seçtiğinde ona başarısızlık oranı hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca kana-

ma veya ağrı gibi beklenen ters etkiler bildirilmelidir. Hastaya rahim içi aracı takılmasından sonra adetlerinin normalden daha erken başlayabileceği, normalden daha uzun sürebileceği ve adet kanamasının daha şiddetli olabileceği noktaları da açıklanmalıdır. Bakırlı rahim içi aracı kullanan kadınlara deride bakıra karşı allerjik reaksiyon gelişebileceği söylenmelidir. Bundan başka, rahim içi aracının atılma ılasılığı ve seçilmiş olan aracın beklenen atılma sıklığı bildirilmelidir. Araç takıldıktan sonra hastaya serviksten sarkan ipini nasıl kontrol edeceği gösterilmelidir. Hasta rahim içi aracının ipini palpe edemediğinde veya adet görmediğinde, hekime başvurması önerilmelidir.

Hastaya pelvis enfeksiyonu ve bunu müteakip üreme fonksiyonunun kaybı olasılıkları bildirilmelidir. Bu nokta özellikle nullipar kadınlar açısından önemlidir. Pelviste ağrı, hassasiyet, ateş, aşırı derecede kanama, kramp veya akıntı gibi pelvis enfeksiyonunun bulgu ve semptomları ortaya çıktığında hekime başvurması söylenmelidir.

Bu danışma hizmetinde, araç yerinde iken gebelik meydana gelirse, bunun dış gebelik olabileceği ve karında ağrı ile amenorenin dış gebeliği gösterebileceği açıklanmalıdır. Bundan başka, eğer gebelik meydana gelirse, hastaya rahim içi aracının hemen çıkarılmasının gerektiği ve böyle koşullarda aracın çıkarılmamasının septik düşük riski taşıdığı anlatılmalıdır. Son olarak, hasta hangi çeşit rahim içi aracı takılmış olduğunu ve aracın değiştirilmesi için önerilen zamanı bilmelidir.

Rahim içi aracı takılmasının, hastanın aydınlatılmış rızasının alınmasını gerektiren küçük cerrahi bir işlem olduğu kabul edilmelidir. Bu rıza yazılı olarak verilmeli ve tanıkların huzurunda imzalanmalıdır. Hasta aydınlatılmış rızasını verirken işlemin amacını ve onun muhtemel komplikasyonlarını anlamalıdır. Hekim, hastadan ters etkilerin niteliğini ve olasılığını, az orandaki başarısızlık, şiddetli iltihabi veya enfeksiyöz hastalık, uterus perforasyonu ve araç yerinde iken dahi gebeliğin meydana gelebileceğini anladığını gösteren belgeyi imzalamasını istemelidir. Bazı hekimler, bu tür bir belgeye gebelik meydana gelirse gebeliği sonlandırma yükümlülüğünün bulunmayacağı hususunun da ilave edilmesini isteyebilirler.

Hasta ile bu konuların tartışılması zorunludur. Bu tartışma, hastanın aydınlatılmış rızasının alınmasının vazgeçilmez bölümüdür.

Oral kontraseptiflerde olduğu gibi rahim içi araçları da reçete ile verilir. Bir hasta ilk defa rahim içi aracı almak için başvurduğunda, kendisine gerekli broşür sağlanmalıdır. Hastaya broşürü okuma ve rahim içi aracı ile diğer kontrasepsiyon yöntemleri konusunda sorabileceği soruları ayrıntılı bir şekilde tartışma fırsatı verilmelidir.

Genellikle nulipar olan 13-19 yaş arasındaki hastada rahim içi aracına bağlı ağrı, atılma veya adet düzensizliği bulunması muhtemeldir. Bu nedenle, bu tür bir hasta rahim içi aracının takılması için uygun bir kişi değildir. Ayrıca bu hastaların yaşı ile ilgili yasal sorunlar ortaya çıkabilir. Genelde, rahim içi aracını takmadan önce hastanın ebeveynlerinin veya vasisinin rızasının alınması en uygun işlemdir.

Birçok davada hekimin hastaya riskler konusunda uyarıda bulunmadığı görülmüştür. Davacılar, genellikle riskler konusunda tamamen bilgilendirilmedikleri için rahim içi araçları ile ilgili rızalarının eksik olduğunu ileri sürerler.

6. Kürtaj için Rıza

Servikal dilatasyon ve endometrial kürtaj çeşitli durumlar için yapılır. Bu nedenle, en sık uygulanan jinekolojik ameliyatlardan biridir. Süresinin kısa oluşu ve ciddi komplikasyonların nadir olarak görülüşü nedeniyle, genellikle küçük bir işlem olarak kabul edilmektedir. Kürtaj işleminin tamamen zararsız olmadığı bilinmelidir. Bundan başka, sık olarak adli tıpla ilgili sorunlara yol açmaktadır. Dilatasyon ve kürtaj hızla muayenehanelerde uygulanan standard bir işlem haline gelmektedir. İster hastane ortamında uygulansın isterse muayenehanede yapılsın, bu işlemle ilgili aydınlatılmış rıza prensipleri aynıdır.¹⁸

Jinekolojik endokrinolojideki ilerleme, uterusun fonksiyonunun normale dönderilmesinde ameliyat yerine etkili olarak uygulanabilen ilaçlarla tedavi yöntemlerinde gelişmeye yol açmıştır. Örneğin, anovulatuvar kanama ve luteal faz eksikliği gibi çeşitli durumlarda cerrahi girişimden kaçınmak için östrojen ilaveli progestin replasmanı oldukça başarılı bir şekilde kullanılmaktadır.¹⁸

Dilatasyon ve kürtaj işleminin bazı teknik yönleri son yıllarda gelişme göstermiştir. Bunun sonucunda işlem muayenehanelerde güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabilmektedir. Eskiden, genellikle genel anestezi gerektiren işlem günümüzde ise sık olarak lokal anestezi (paraservikal blok) altında yapılmaktadır. Bununla birlikte, bazen intravenöz analjezik uygulaması da gerekebilmektedir. Bilinen ve beklenen bazı olumsuz faktörler nedeniyle bir yöntem hasta için uygun olmadığı zaman, alternatif seçenekler onunla tartışılmalı ve hastanın aydınlatılmış kararını verebilmesi için bu seçenekler sunulmalıdır.¹⁸

Hekim, sadece uygun olan bilgiyi hastaya vererek tüm sorumluluktan kurtulamaz. Hekimin, hastanın kendisine söylenenleri anlayıp anlamadığını ve bunları özümseyip özümsemediğini değerlendirmesi zorunludur. Hekim, hastanın edindiği bilginin derecesini de değerlendirmeye çalışmalıdır. Hastaya sorular sorma ve kararını dikkatlice inceleme fırsatı verilmelidir.¹⁸

Herhangi bir cerrahi işlemle ilgili önemli risklerin tartışılması, sık olarak görülen veya hastanın işlemin uygulanması konusundaki kararında önem taşıyacak kadar ciddi olan tehlikeler hakkında bilgi verilmesini içerir. Aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar dilatasyon ve kürtaj işlemine bağlı olarak oluşabilirler: 1. Bir gün veya daha fazla sürebilen vaginal kanama. Aşırı kanama durumunda kan veya kan ürünlerinin nakli gerekebilir. 2. Hafif analjezi gerektirebilen hafif uterus krampları. 3. Antibiyotik tedavisini gerektiren enfeksiyon. Enfeksiyon lokal (endometrit) olabildiği gibi daha yaygın

(pelvik peritonite yol açan salpenjit) da olabilir. 4. Anormal veya düzensiz kanamayı teşhis edememe. 5. Kürtaj örneğinden kanser tanısını koyamama. 6. İnceleme için yeterli doku elde edememe. 7. Düşük olgularında, başka bir işlemi gerektirebilen doku retansiyonu durumu. 8. Aletle uterusun delinmesi. 9. Uterustaki yaralanmayı düzeltmek için karın ameliyatı gereksinimi. 10. Uterustan kaynaklanan kanamayı durdurmak için histerektomi. 11. Barsaklar gibi diğer karın içi organlarının yaralanması durumunda onarım yapılması¹⁸

Günümüzde kabul edilen uygulama standardı dilatasyon ve kürtaj işleminin aynı günde yapılması şeklindedir, yani, hastanın ameliyattan önceki gece değerlendirme ve bakım için yatırılması gerekmez. Hastanın işlemden sonra birkaç saatten daha fazla bir süre hastanede kalması beklenmez. Kısa süreli anestetik uygulaması hastanın işlemden kısa bir süre sonra taburcu edilebilmesine olanak verir. Bununla beraber, hastaya eğer koşullar gerektirirse (örneğin, uterus perforasyonu halinde gözlem için) bir gece veya daha fazla bir süre hastanede kalma ihtimalinin bulunduğu bildirilmelidir. Benzer şekilde, intravenöz antibiyotik tedavisinin gerekli olabileceği, gerekli olduğunda bunun hastanedeki kalış süresini uzatabileceği de söylenmelidir.¹⁸

7. Sterilizasyon için Rıza

Sterilizasyonun az sayıda komplikasyonu bulunduğundan ve başarısızlık oranları da bunlardan bir tanesi olduğundan, hastaya ameliyatın başarısız olabileceğinin bildirilmesi hekimin görevleri arasındadır.³

Hekim uterus ve tubaları inceledikten sonra uygulayacağı teknik konusunda son seçimini yaparken, hastaya önceden çeşitli teknik seçenekleri ve bunların beklenen başarısızlık oranlarını bildirerek yasal sorumluluktan kaçınabilir. Bir hekim başarısız olduğunu bilmesine rağmen, sterilizasyon ameliyatının başarılı olduğunu hastaya bildirirse, ona sorumluluk yüklenebilir.

Klasik sterilizasyon işlemlerinden herhangi birisi doğumdan hemen sonra, düşük işlemi ile birlikte veya menstrüel siklusun herhangi bir döneminde uygulanabilir. Doğum veya düşük sırasında sterilizasyon işleminin uygulanmasının motivasyonel, lojistik ve pratik avantajları bulunduğu tıbbi olarak bilinmekte ise de, aynı zamanda sterilizasyon işlemi için onam elde edilmezse, hekime yasal sorumluluk yüklenebilir. Herhangi bir cerrahi işlemden önce hastanın onamının elde edilmesi gerekir. Böyle bir onamı elde etmeden ameliyatı yapan hekim zararlardan sorumlu tutulabilir.³

Hasta ameliyat, ameliyatın sonuçları ve alternatifleri hakkında yeterince aydınlatılmadığını ve ameliyatın gereksinimi konusunda yanlış bilgilendirildiğini ileri sürerek ameliyata verdiği onamın bağlayıcı nitelikte olmadığını söyleyebilir.³

Hastaya düşünülen tedavi ve işlem makul derecede açıklanmışsa,

alınan onam şekli “ aydınlatılmış onam “ dır. Hastaya rahatsızlığının niteliği ve önerilen tedavi, düşünülen tedavinin başarı olasılığı ve alternatifleri, bu tür bir tedavi ile ilgili risklerin açıklanması hekimin üzerine düşen görevdir. Bu nedenle, açıklamada bulunulmadığında ameliyatı öneren veya yapan hekim malpraktis sorumluluğu ile karşı karşıya kalabilir.^{3, 13}

Bir hasta hastalığının yanlış tanısına dayanarak sterilizasyona onam vermişse, hekim sorumluluk durumu ile karşı karşıya kalabilir. Bu tür olgularda ameliyattan çok sonrasına kadar hekimin tanısının yanlış olduğunun farkına varılamayabilir.³

Doğum travayı sırasında hasta analjezik veya hipnotik ilaçların etkisi altındayken sterilizasyon için onamının alınması ihmal unsuru taşır.

8. Adnekteki Kitlenin Araştırılması için Rıza

Aydınlatılmış rıza doktrini, hekimin hastaya önerilen tedavinin niteliği ve ilgili riskler konusunda bilgi vermesini gerekli kılmaktadır. Adnekteki bir kitle nedeniyle eksploratris laparotomi yapılması düşünüldüğünde, cerrah güç bir ikilemele karşı karşıya kalabilir. Çoğu diğer durumlarda kesin tedavinin dar sınırlar içinde kalacağı önceden tahmin edilebilmesine rağmen, aynı şey adneksinde patolojik durum bulunan bir kadın için söylenemez. Oldukça sık olarak, hasta ameliyata kadar daha açık bir şekilde tanımlanamayan nonspesifik genel adneks kitlesi tanısıyla ameliyata getirilir.¹⁸

Adneksinde kitle bulunan bir hasta için alternatif tedavi çeşitleri konusunda yapılan tartışmanın kapsamı hastanın yaşı ve gelecekteki üreme gereksinimi ile etkilenir. Perimenoposal ve postmenoposal kadınlar açısından, neoplazm şüphesi hemen hareket edilmesini ve eksploratif ameliyatı (laparoskopi ve laparotomi) gerekli kılar. Üreme çağındaki genç kadın açısından bu sınırlamanın uygulanmaması gerekir. Dermoid kist, ovaryumda büyük kitle veya kanayan korpus luteum gibi girişimi gerektiren bir durumun tanısı kesin olarak koyulmadıkça, aceleyle ve gereğinden fazla agresif bir ameliyatla gelecekteki fertilite durumunu tehlikeye sokma riskini azaltmak için diğer alternatif yaklaşımların göz önünde bulundurulması gerekir.

Başlangıçta, hastaya en muhtemel tanı ve muhtemel tedavi konusunda bilgi verilmelidir. Açıklama, işlemin teknik yönlerini, postoperatif en erken dönemde neyin bekleneceği, muhtemel hastanede kalma süresi, beklenen nekahet süresini içermelidir. Hastaya orijinal tedavi planının değiştirilebileceği ve koşullar gerektirdiği takdirde tedavinin uzatılabileceği olasılığı bulunduğu açıklanmalıdır.¹⁸

Hastanın üreme yeteneğini etkileyebilen uzun süreli sonuçları nedeniyle, adneks ameliyatı için aydınlatılmış rıza alınırken, beklenmeyen bulgularla karşılaşıldığında uygulanabilecek muhtemel tedavi seçenekleri tartışılmalıdır.¹⁸

Diğer önemli jinekolojik işlemlerle ilgili risklere benzer olarak, beklenmeyen postoperatif enfeksiyon, intraoperatif veya postoperatif kanama ve kazara gastrointestinal veya üriner sistemlerde yaralanma tehlikeleri vardır. Aydınlatılmış rıza alınırken bu muhtemel komplikasyonlar hasta ile tartışılmalıdır. Ayrıca, bu komplikasyonların ortaya çıkması durumunda izlenecek tedavi ile ilgili basamaklar hastaya açıklanmalıdır. Bu koşullarda hastanede yatma süresinin uzayabileceği de hastaya bildirilmelidir. Bir ovaryum ameliyatından sonra aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar ortaya çıkabilir: 1. Ağızdan veya enjeksiyon yoluyla uygulanabilen ağrı ilaçlarının kullanılmasını gerektiren postoperatif ağrı veya rahatsızlık. 2. Bir kistin veya tümörün ovaryumdan çıkarılması sonucunda ovaryumda kısmi kayıp. 3. Uzun bir süre antibiyotik kullanılmasını gerektiren enfeksiyon. 4. Barsak fonksiyonunda yavaşlama. Bazı durumlarda, barsaklardaki aşırı gaz ve sıvıyı çıkarmak için burun veya ağız yolundan mideye bir tüp sokulabilir. 5. Kolostomi yapılmasını gerektirebilen barsak yaralanması. 6. Bacak veya pelvis venlerinde akciğerlerde tromboembolizme yol açabilen pıhtı oluşumu.

Ameliyat öncesinde alınmış olan özel aydınlatılmış rızanın sınırlarını aşacak şekilde ameliyatın yapılması genellikle önerilmez. Bununla birlikte, bir cerrah ilk kesi alanında tespit ettiği anormal veya hastalıklı durumu tedavi etmek için ameliyatı genişletebilir. Ayrıca, eğer daha sonraki ameliyat hastanın yaşamını veya sağlığını gereksiz olarak tehlikeye sokabilecekse veya hastanın (örneğin, genel anestezi altındaki) veya ailesinin rızasını almak olanaksızsa, cerrahın başlangıçta planlananı aşacak şekilde ameliyatı genişletmesine hak verilebilir. Bununla birlikte, bu doktrin uygulanırken, çok dikkatli olmak gerekir. Adneks hastalığı için yapılan ameliyat sırasında ne ile karşılaşılacağı her zaman tahmin edilemeyeceğinden, bu çeşit bir ameliyat için hastanın rızası alınırken yapılan tartışma rastlanması en muhtemel olan bulguları ve uygulanması muhtemel olan işlemleri kapsayacak şekilde geniş tutulmalıdır.

Ameliyat sırasında ovaryumda malign bir durumla karşılaşırsa, ovaryumların ve uterusun çıkarılması gerekecektir. Ayrıca kanserin yayılım derecesini belirlemek için ilave bir ameliyatın yapılması gerekebilir. Bu ilave ameliyat barsakları, lenf bezlerini ve diyaframı ilgilendirebilir.

Ameliyat sırasında malign bir durum tespit edilerek histerektomi yapılırsa, artık hastanın gebe kalamayacağı söylenmelidir. Ovaryumların fonksiyon kaybına bağlı olarak hormon tedavisi gerekebilir.

Ameliyat sırasında ciddi pelvis enfeksiyonu tespit edilirse, ovaryumların, tuba uterinaların ve uterusun çıkarılması gerekebilir. Bu işlem sadece enfeksiyon kadının sağlığını tehlikeye sokacak kadar şiddetli olduğunda yapılır.

9. Laparoskopi için Rıza

Laparoskopi en sık uygulanan jinekolojik işlemlerden biri haline gelmiştir. Tanısal değerlendirmeler, sterilizasyon ve diğer operatif işlemler endoskopik olarak gittikçe artan bir şekilde yapılmaktadır. Jinekolojik laparoskopinin gittikçe artan popülaritesi, onun değerini ve güvenliğini açıkça göstermesine rağmen; bilgi verme ve danışmada bulunma gereksinimini ortadan kaldırma konusunda hastanın işlemi ve risklerini yeterince bildiği kabul edilmemelidir. İşlem ayrıntılı olarak tartışılmalıdır; işlemin avantajları ve sınırlamaları hastayla serbestçe görüşülmelidir. Alternatif seçenekler ve onların nispi yararlarının ve risklerinin de hastaya bildirilmesi gerekir.¹⁸

Laparoskopinin birçok avantajları vardır, fakat işlem hastaya önerildiği zaman risk-yarar dengesinin iyi değerlendirilmesi şarttır. Güvenlik konusu önemlidir. Sterilizasyon gibi elektif bir işlem geçirecek olan genç, sağlıklı bir kadın için geçerli olmayan nispi kontraendikasyon başka bir hasta için mutlak bir kontraendikasyon olabilir. Bu tür mutlak kontraendikasyonlar bulunuyorsa, endoskopi yerine alternatif yöntemler uygulanmalıdır.¹⁸

İşlemin ayrıntılı açıklaması, seçilen anestezi çeşidinin ve onun beklenen etkilerinin anlatılmasını içermelidir. Hastaya, laparoskop yerleştirilmeden önce pnömoperitoneum meydana getirilmesi gereksinimi bildirilmelidir. İlave trokar deliği olasılığı tartışılmalıdır; eğer operatif laparoskopi uygulaması umuluyorsa, birkaç tane ilave delik olasılığı konusunda bilgi verilmelidir. Kapalı veya açık laparoskopi tekniği uygulaması planları hastaya anlatılmalıdır. Ameliyattan hemen sonra neyin beklenebileceği konusundaki ayrıntılar bildirilmelidir.¹⁸

Bazen, hekim olmayanların laparoskopinin tıbbi yönlerini anlaması imkansız olabilir. Hastanın işlemin endikasyonunu, alternatiflerini, teknik yönlerini ve anestezi ve ameliyatın sonucunda meydana gelebilen muhtemel komplikasyonları anladığından emin olunmalıdır. Sık olarak yapılan bir hata, hastanın kendisine söylenen her şeyi hemen anladığını sanmaktır. Uygun bir aydınlatılmış rıza elde edildiğinden emin olmak için hastanın anlama durumu yeniden değerlendirilmelidir. Şüphe halinde, hastaya düşünmesi ve soru sorması için yeterli zaman verilmelidir.¹⁸

Her laparoskopistin ameliyatı yapma konusunda kişisel tercihi vardır. Kontraendikasyonların mevcut olduğu belirlenirse, istenilen amaca ulaşmada alternatif yöntemler hakkında tartışma yapılmalıdır. Her mümkün olduğunda, uygunluk ve güvenlik sınırlamaları içinde hastanın belirli bir anestetik çeşidi konusundaki istekleri göz önünde tutulmalıdır. Erken postoperatif dönemde kendisinde ortaya çıkması muhtemel olan şeyleri tartışmak da önemlidir. Hastaya birinci ve ikinci postoperatif günlerle ilgili bilgi verilmelidir. Bu bilgi hastadan aydınlatılmış rızanın alındığı zamanda verilmelidir. Daha sonraki bir zamanda anestetik maddenin geride kalan etkisiyle bilgiyi anlama ve muhafaza etme yeteneği etkilenebilir.¹⁸

Hastanın laparoskopiye rızası alınmadan önce işlemle ilgili komplikasyonlar hakkında bilgi verilmelidir. Hekimin hasta için önemli olan ve karar verirken göz önünde tutacağına inanılan riskler konusunda bilgi ver-

mesi görevidir. Birkaç gün süren ve hafif analjezi gerektiren omuz ağrısı olabilir. Hasta ameliyat yerinde (göbekte veya karındaki diğer delinme yerlerinde) analjezi gerektirebilen ağrı hissedebilir. Vagina ve serviks sokulan yardımcı aletlere bağlı olarak az miktarda vaginal kanama olabilir. Ameliyat yerlerinde enfeksiyon veya kanama olabilir. Bunlar ayrıca cerrahi drenaj ve dikmeyi gerektirebilirler. Verres iğnesinin ve laparoskopun trokarının sokuluşundan kaynaklanabilen komplikasyonlardan bahsedilmelidir. Barsak, mesane veya önemli bir kan damarı gibi bir intraabdominal organ yaralanabilir. Böyle bir yaralanmanın onarılması gerekir. Bu durumda hastanede yatış süresi de uzayacaktır. Laparoskopi işlemi sterilizasyon amacıyla yapılıyorsa, gebelik olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu gebelik uterusu olabilir ve çocuğun doğumuna yol açabilir. Bu tür gebelikler tuba uterinada veya karında başka bir yerde de olabilir. Bu tür gebeliklerin sonlandırılması gerekir aksi taktirde ciddi kanamaya ve hatta ölüme yol açabilirler. Laparoskopi işlemi sterilizasyon için yapılıyorsa, tubaların gelecekte yeniden birleştirilebileceği ve bu şekilde gebeliğin mümkün olabileceği söylenmelidir. Bu ameliyatın kalıcı ve irreversibl olduğu düşünülmelidir. Laparoskopi tanı amacıyla yapılıyorsa, tanının koyulabileceği garanti edilemez. Çoğu kez, karnın yeterli derecede görülebilmesini engelleyen yapışıklıklar bulunabilir. Bu koşullarda işlem tanı koyulmadan sonlandırılmalıdır. Daha sonra bir ameliyat gerekebilir. Ameliyat sırasında pozisyon vermeye bağlı olarak kol ve bacadaki sinirler ve kaslar zedelenebilir. Bu tür yaralanmalar genellikle geçicidir ancak bazen birkaç ay sürebilirler ve hatta kalıcı da olabilirler. Bu tür kalıcı yaralanmalarda ilgili ekstremitede fonksiyon kaybı olabilir. Laparoskopik değerlendirme, gözlem, eksplorasyon girişimi ve düzeltici ameliyatlara ilgili bir komplikasyon çıktığında hangi basamakların izleneceği hastaya bildirilmelidir.

10. Histerektomi için Rıza

Rızanın elde edilmesinde birinci basamak, hastaya muhtemel tanıyı açıklamak ve histerektominin gerekçesini anlatmaktır. Basit, kolayca anlaşılır bir dille konuşulmalı ve teknik tıbbi terminoloji kullanılmamalıdır. Anlamayı kolaylaştırmak için hazırlanmış olan resimler çoğu kez yardımcıdır. Hekim, hastanın ameliyatın endikasyonlarını ve cerrahi girişimin bu amacı gerçekleştirmek için yapılacağını anladığından emin olmalıdır. Alternatif tedavi yaklaşımları bulunduğu taktirde açıklanmalıdır. Örneğin, miyom bulunan bir hastada miyomektomi seçeneği tartışılmalıdır. Hastaya önerilen girişim ve diğer tedaviler arasında seçim yapma fırsatı verilmelidir. Soru sorması ve kararını derince düşünmesi için gerekli süre tanınmalıdır.¹⁸

Aydınlatılmış rıza işleminin önemli bir bölümü, işlem hakkındaki ayrıntıların açıklanmasıdır. Cerrahi işlemler arasında histerektomi belki de tıp mesleğinden olmayanlar için yanlış anlamalara en fazla yol açan bir

girişimdir. Subtotal histerektomi uterus fundusunun serviks üzerinden rezeksiyonu anlamına geldiği halde, bilgilendirilmemiş kimseler tarafından genellikle ovaryumların ve tubaların yerinde bırakılması şeklinde yorumlama yapılmaktadır. Tuba ve ovaryumların çıkarılması ihtimali bulunuyorsa, bu durum anlatılmalıdır. Histerektomi teşhis amacıyla yapılan bir ameliyatın bir kısmı olarak düşünülüyorsa, bu seçenek de hasta ile tartışılmalıdır. Her ne kadar ameliyatın yolu (vaginal veya abdominal) cerrahın kişisel tercihi ve hastalığın niteliği ile ilişkili ise de, mümkünse hastanın arzuları da göz önünde tutulmalıdır. Bu durum seçilecek ensizyonun çeşidine (subumbilikal orta hat vertikal kesisi, alt transvers kesi) de uygulanır. Eğer özel bir yol veya ensizyon sadece tercih edilmeyip daha çok büyük ölçüde endike ise ve fakat bu yolun izlenmesinde kısıtlamalar bulunuyorsa, bu konuda hastaya danışılması gerekir.

Histerektomi gibi önemli bir cerrahi girişim geçirme kararının sosyoekonomik yönleri tartışılabilir. Tartışılacak noktalar arasında cerrahi açıdan ikinci bir fikir edinme, hastanede muhtemel yatış süresi, beklenen iyileşme süresi, hastanın rutin faaliyetlerine dönebilme süresi, ameliyatın maliyeti yer alır.¹⁸

İşlemin açıklanması, sadece ameliyatın teknik yönleri ile sınırlı olmamalıdır. Anestezinin seçimi konusu tartışılmalıdır. Hasta, anesteziyoloğun ameliyat öncesindeki değerlendirmesinden sonra son kararı vereceğini bilmelidir. Hastaya iyileşme döneminde beklenebilecekler konusunda bilgi verilmelidir.¹⁸

Hastaya histerektomi ile ilgili ciddi komplikasyonlar hakkında bilgi verilmelidir. Hastanın bilgilendirileceği noktalar aşağıda gösterilmektedir.

Hastanın Bilgilendirileceği Noktalar

Aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar ya daima ya da çok sıklıkla görülür:

1. Bir gün veya daha uzun bir süre intravenöz sıvı verilmesi gereksinimi.

2. Menstrüel fonksiyonun durması.

3. Gebe kalamama.

4. Giderilmesi için ağızdan veya enjeksiyon şeklinde ilaç kullanımını gerektiren postoperatif ağrı ve rahatsızlık.

5. İş veya okuldan 6 haftaya kadar uzak kalmayı gerektiren iyileşme süresi. Komplikasyonlar halinde bu belirli bir süreye kadar uzayabilir.

6. İki ovaryum çıkarılırsa, hormon yapımının kaybı sonucu östrojen gibi hormon replasmanının yaşam boyu veya uzun süre uygulanması gerekebilir. Doğal hormonların kaybı kemikte yumuşamaya ve kırıklara yol açabilir. Bu hormonların kaybına bağlı olarak ruhsal değişiklikler meydana gelebilir.

Aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar seyrek olarak meydana gelir:

1. Barsak fonksiyonunda tembellik. Bazı durumlarda, barsaklardaki aşırı gazı ortadan kaldırmak için burun veya ağızdan bir tüp mideye koyulmalıdır.

2. Ameliyat sırasında veya ameliyattan sonra kan transfüzyonunu gerektiren kan kaybı.

3. Uzun bir süre antibiyotik tedavisini veya enfekte alandan irini boşaltmak için cerrahi girişim gerektirebilen ameliyat yerindeki veya vücudun başka bir kısmındaki enfeksiyon.

4. Hepatit, AIDS veya çeşitli kan grup faktörlerine bağlı reaksiyon gibi kan verilmesinin sonucunda gelişen komplikasyonlar.

5. Uzun bir süre mesaneye kateter koyulmasını gerektiren istemli veya istemsiz olarak idrar yapma. Bu işlemin sonucunda enfeksiyon sık olur ve antibiyotik tedavisini gerektirebilir.

Aşağıdaki durumlar veya komplikasyonlar çok nadir olarak meydana gelir:

1. Barsaklarda tıkanma. Bu ya ameliyattan hemen sonra ya da birkaç yıl sonra ortaya çıkabilir. Barsaklarda biriken aşırı gazın giderilmesi için barsağa tüp koyulması veya tıkanıklığı gidermek için düzeltici bir ameliyat gerekebilir.

2. Barsakta yaralanma. Onarımı veya kolostomi gerektirir. Kolostomi geçici olabildiği gibi çok seyrek olarak da sürekli olabilir.

3. Serviksin çıkartılması ve vaginanın kısılması nedeniyle ortaya çıkan cinsel sorunlar. Bu sorunlar bazen psikiyatrik yardım veya ilaç kullanımını gerektirebilir.

4. Üriner sistem yaralanması. Bu yaralanma idrar akımında diversiyona veya idrarın çıkışı için suni bir delik oluşturulmasına yol açabilir. Bu yaralanmalar sonucunda seyrek olarak böbrek kaybı oluşabilir. Böyle yaralanmaları düzeltmek için yeni ameliyat gerekebilir.

5. Hastaya pozisyon verilmesi ve ekartör kullanımına bağlı olarak karın, bacaklar veya kollarda sinir yaralanması. Bu yaralanmalar kalıcı olabilir ve düzeltilemeyen sakatlık durumuna yol açabilir. Kol veya bacak fonksiyonlarına yardımcı olmak için uzun bir süre fizik tedavi veya mekanik aygıtların kullanılması gerekli olabilir.

6. Vaginanın dip kısmının kendiliğinden açılması. Bunun sonucunda barsaklar veya tuba uterinaller vaginanın içine girebilir. Bu da acil bir düzeltici ameliyatı gerektirebilir.

7. Bazen ekstremit ve karın venlerinde kan pıhtı oluşumu meydana gelir. Bu, koparak akciğerlere gidip ölüme veya hastanede uzun bir süre yatmaya, sakatlık haline yol açabilir.

8. İntraabdominal kanamayı durdurmak için başka ameliyat gereksinimi. Bu, pelvisteki büyük damarların cerrahi yolla bağlanmasını gerektirebilir.

Gerekli olan işleme bağlı olarak ortaya çıkabilecek olan ve yukarda belirtilmiş olan komplikasyonları ve durumları okudum. Doktorum tamamen anlayamadığım noktaları ve yukardaki listedekileri bana ayrıntılarıyla açıkladı. Bu listenin her şeyi kapsamadığını da anladım. Ameliyatımın sonucunda başka komplikasyonlar ve durumlar da ortaya çıkabilir. Ayrıca listedeki komplikasyonların mutlaka cerrahın ihmali sonucunda oluşmayacağını da anladım.

X
Hastanın imzası

X
Hekimin imzası

X
Tarih

Histerektomi risklerinin bildirimi, bunların hastanın ameliyata rızası kararında taşıyacağı öneme dayanabilir. Histerektomi büyük bir ameliyat olduğundan, hekimin ölüm veya ciddi zarar olasılığını da otomatik olarak bildirmesi gerekir.

Hekimin histerektomi ile ilgili diğer riskleri bildirme görevinin bulunup bulunmadığı noktası, bu risklerin önemli olup olmadığına bağlıdır. Fistül gelişimi histerektomi ile ilgili olan bir risktir. Fistül gelişiminin bildirim yükümlülüğü olacak kadar önem taşıyan bir risk olup olmadığı sorusu karşımıza çıkmaktadır. Louisiana Temyiz Mahkemesi, vesiko-vaginal fistül riskinin histerektominin yapılışında önemli bir risk olmadığı ve hekimin bu riski hastaya bildirme sorumluluğu bulunmadığına karar vermiştir. La Caze Mahkemesi fistülün meydana geliş oranının düşüklüğü (%1) üzerinde durmuş, böyle düşük bir riskin hastanın histerektomi geçirme kararında önemli olmayacağını kabul etmiştir. La Caze'nin kararı belirli bir riskin meydana geliş sıklığı ne kadar düşük ise, mahkemenin hekimin bildirim yükümlülüğünde bulunmasını daha az oranda kabul edeceğini göstermektedir.^{1, 13}

Hasta, fistül gelişimi gibi bir riskin, karar vermesinde yeterli derecede önem taşıdığını gösterse dahi, sadece bu görevin ihlali hekimi sorumlu tutmaya yeterli değildir.

Hastanın, hekimin riski bildirmemesinin zararına neden olduğunu göstermesi gerekir. Histerektomi olgularında müessir (zararı doğuran) sebebin nadiren dava konusu olmasına rağmen, mahkeme riskin bildirimi sorumluluğunun ihlal edilmiş olduğunu tespit edince, nedensellik üzerinde durulacak olan bir konu halini alabilir.

Hekimin hastanın verilen bilgileri anlayıp anlamadığını değerlendirmesi şarttır. Aydınlatılmış rıza işlemi, hekim ile hasta arasındaki bir diyalog olmalıdır. Hastanın soru sorması teşvik edilmelidir.

11. İn Vitro Fertilizasyon için Rıza

Hastaya in vitro fertilizasyon işleminin başarı oranı bildirilmelidir.

Hekim ile hasta arasında tartışılacak olan diğer önemli bir nokta arta kalan embriyolar (dondurulmuş fazla embriyoların başka çifte verilmesi, araştırma amacıyla kullanılması veya onların atılması) konusundadır. Embriyoları dondurma niyeti bulunuyorsa, çift öldüğü, ayrıldığı veya dondurulmuş embriyoyu kendi üreme planlarında kullanmamaya karar verdiği zaman, ne yapılacağı konusunda önceden yazılı talimat vermelidir.¹⁹

12. Suni Dölleme için Rıza

Vericinin menisi ile suni dölleme işlemi uygulanacak olan kadına işlemin niteliği, riskleri ve alternatifleri bildirilmelidir. Kadına her dölleme işleminden önce taze veya dondurulmuş sperm kullanılıp kullanılmayacağı haber verilmelidir. Taze sperm kullanılması düşünülüyorsa, kadına taze spermle muhtemel enfeksiyon riskinin daha fazla olduğu ve AIDS gibi bazı enfeksiyonların muhtemel geçişinin ekarte edilemeyeceği söylenmelidir. Ayrıca, suni döllemede başarı şansı ve gebe kalıncaya kadar geçen ortalama süre hakkında bilgi verilmelidir.

Ülkemizde sadece karı-koca arasında homolog dölleme yapılmakta, heterolog dölleme uygulaması ise kabul edilmemektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde, evli bir kadına uygulanacak suni dölleme işleminde kadının kocasının rızası gerekli değildir. Bununla birlikte, koca yasal baba olarak tanınacaksa, onun rızası gereklidir. Sperm vericisinin aydınlatılmış rızası da gereklidir.¹⁹

Vericide herhangi bir test (meni analizi, AIDS veya VDRL taraması gibi) yapılmadan önce, testlerin niteliği ve sonuçlarının önemi bildirilmelidir. Tarama sonuçları vericinin sağlığı hakkında önemli bilgiler verebilir.

13. Genital Desensus ve İdrar İnkontinansı Ameliyatları için Rıza

İnkontinans ameliyatları fakültatif girişimlerdir. Bu nedenle hastanın ameliyatın risklerini ve başarı şansını değerlendirebilmesini sağlamak amacıyla preoperatif aydınlatmaya özellikle önem verilmelidir. Bu nedenle hastanın aydınlatılması ameliyattan bir önceki akşam değil de, doğru karar verilebilmesini sağlayabilmek için çok daha önceki bir tarihte yapılmalıdır.

Preoperatif aydınlatma esnasında hasta ile girişimin başarı şansı konuşulmalıdır. Meslek ve vücut ağırlığı gibi risk faktörleri göz önünde bulundurulmalı ve kısa vadeli iyileşme ile uzun vadeli başarı oranları dikkate alınmalıdır. Postoperatif mesane boşalma bozuklukları tüm inkontinans ameliyatlarının seyrek fakat tipik komplikasyonlarıdır. Bu nedenle bu tür

komplikasyonlar hakkında hasta ayrıca aydınlatılmalıdır. Ayrıca ameliyat öncesindeki stress inkontinansının tamamen ortadan kalkmış olmasına rağmen, bazen postoperatif olarak tedaviyi gerektirecek urge inkontinansının ortaya çıkabileceğine dikkat çekilmelidir. Son olarak da planlanan cerrahi girişimin tipik intraoperatif ve postoperatif komplikasyonları ele alınmalıdır.

HASTANIN RIZASIYLA İLGİLİ MALPRAKTİS DAVALARINDAN KAÇINMA YOLLARI

Kapsamı ne olursa olsun, her cerrahi müdahaleden önce hastanenin rıza formunun imzalanması gerekir. Bu önlem hastaneyi ve bir ölçüde hekimi dava riskinden korur. Bununla birlikte, günümüzde bu tür formlarda hastaya yönelik o denli az bilgi bulunmaktadır ki böyle bir rıza ile hekimin korunması eksik kalmaktadır. Yine de bu formlar en azından bir tartışma olanağı ve hasta için soru sorma ve cerrahi girişimi kabul etme veya reddetme fırsatı doğurmaktadır. Hasta formu bir tanık huzurunda imzalamalı ve genelde rızayı alan sorumlu cerrah hastaya planlanan cerrahi girişim hakkında yeterli bilgi vermelidir. Bu nedenle hastane sorumlu cerrahının hangi ameliyatın planlandığı, niçin yapılacağı, hastaya poliklinikte veya pratisyen hekim tarafından hangi bilgilerin verildiği ve cerrahi girişimin risklerinin ne olduğu hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Bu son nokta son derece önemli olup hastaya ne ölçüde bilgi verilmesi gerektiği noktasında hem tıbbi hem hukuki açıdan tartışmaya açık olan bir konudur. Son derece seyrek, fakat ciddi olan riskler dahil olmak üzere komplikasyonların çok ayrıntılı olarak açıklanması hastanın gerekli bir cerrahi girişimi reddetmesine yol açabileceği gibi potansiyel riskler hakkında çok sınırlı bilgi verilmesi, bir terslik söz konusu olduğunda açılacak davanın hastanın lehine sonuçlanmasına yol açabilir. Hastaya şifa sözü verilmemelidir. Yeni çalışmaya başlayan bir hekimin daha deneyimli meslektaşlarından ne kadar açıklama yapması gerektiği konusunda fikir alması uygun olur. Fakat en önemlisi hastaya açıklanan her şeyin eksiksiz bir şekilde kayıtlarda yer almasıdır. Günümüzde sıklıkla hastalar medyanın sayesinde tıbbi girişimler hakkında eskisinden çok daha iyi bilgiye sahiptir. Bu nedenle, cerrahi ve tıbbi bir girişimin başarısına ilişkin beklentiler çok fazla olup aynı şekilde hasta ile hekim arasında bilgilendirmeye yönelik iletişimden çok şey beklenmektedir. Bu nedenle, hekim ile hasta arasında iyi ilişkilerin kurulmasının ve davadan kaçınılmasının iki anahtarı iletişim ve kayıt tutmadır.^{20, 21}

Araştırmalar iyice bilgilendirilmiş bir hastanın hekimden davacı olması ihtimalinin en az olduğunu göstermiştir. Doktor ile hasta arasında iyi bir bağlantının bulunması doktor- hasta ilişkisinin kötüleşmesini ve kopmasını önler. Doktor-hasta ilişkisindeki bu tür kötüleşme, sıklıkla tıbbi malpraktis davalarının açılmasına neden olur.⁴

Cerrahi işlemin sevecen bir şekilde açıklanması sırasında hastaya, onun en yakın akrabasına veya arkadaşına harcanan zaman hastanın korkularını ve endişelerini giderecek ve hastanın doktora olan güvenini arttıracaktır.

Hekimlerin reçete yazarken ve rıza işlemlerini ele alırken gösterecekleri dikkat, bu konularda dava açılması durumunu belirler. Örneğin, doktorlar oral kontraseptifler ve rahim içi araçlarıyla ilgili gelişmelerden geri kalmamalıdır. Doktorların yan etkiler konusunda doğum kontrol haplarını kullanmak isteyen hastalarına bilgi vermeleri gerekir. Hastalar doğum kontrol hapları veya rahim içi araçlarının kullanımı ile ilgili özel tehlikelerden haberdar edilmelidirler.

Kişiye reçete verilmeden önce dikkatlice anamnezi alınmalıdır. Bunun amacı, doğum kontrol haplarının veya rahim içi araçlarının kullanımının tıbbi açıdan kontraendike olduğu kişileri belirlemektir. Hastadan, bir sorun ortaya çıktığında hemen doktorla bağlantı kurması istenmelidir. Hastaların kontrollere gelmesi söylenmelidir. Doktorların doğum kontrol hapları veya rahim içi araçları konusunda hastaya verdikleri bilgiler onun kayıtlarına yazılmalıdır. Bu notlara tarih koyulmalı ve imzalanmalıdır.¹³

Özel rızanın gerekli olduğu birçok durum vardır ve rızanın alınıp alınmadığı, hastanın gerekli biçimde bilgilendirilip bilgilendirilmediği konusu önemli olabilir. Örneğin radyasyon tedavisi gerekiyorsa hastaya bir radyasyon yanığının olasılığı açıklanmalıdır. Bununla birlikte, böyle yanıkları asgariye indirmek için gerekli özen gösterilmeli, yanığın erken belirtilerinin saptandığı ve buna rağmen tedavinin sürdürülmesinin konuşulup hastaca kabul edildiği noktası kayıtlara geçirilmelidir.

Gebeliğin sonlandırılması, reproduktif fonksiyona yönelik girişimler ve sterilizasyon gibi durumlarda hastanın rızası esastır. Artan bir şekilde eşin rızasına da ihtiyaç duyulmaktadır. Eğer cinsel faaliyet geçici olarak bozulacaksa, beklenen seyir, fonksiyonu düzeltmeye yönelik önlemler, kısıtlamalar ve beklenen sonuçlar kaydedilmelidir. Sterilizasyon isteniyorsa, bu girişimin başarısızlık olasılığı da eksiksiz olarak açıklanmalıdır. Bir organ çıkarılması veya abortus söz konusu ise bu girişimin hasta tarafından anlaşılması ve rıza gösterilmesi gereklidir.

Eğer bir bilimsel yayın için fotoğraf çekilmesi gerekiyorsa, buna hastanın rızası gerekir ve hasta bu fotoğrafta tanınıyorsa, buna yönelik ayrıntılı rızanın alınması şarttır.

Yasa gereği bilgi verilmesi gerekli olan kişilerin dışındaki kimselere hasta hakkında tıbbi bir bilgi verilecekse, bu konuda da rıza alınması gerekir. Yasa rapor tutulmasını gerekli kılsa bile hekimin hastayı bu konuda bilgilendirmesi ve bu raporun sonuçları hakkında aydınlatması uygun olur. Örneğin bir cinsel hastalığın ihbarı gerekiyorsa hasta sağlık bakanlığınca araştırma olasılığına ilişkin olarak bilgilendirilmeli ve bu konuda bir anlaşmazlık olmaması sağlanmalıdır. Hastanın tedavi kapsamındaki işbirliğinin kayda geçirilmesi de önemlidir. Bildirilmesi zorunlu olan

hastalıklar konusunda hastanın bu zorunluluğun sonuçları hakkında aydınlatılması gerekir. Günümüzde malpraktis davalarının artması ve aydınlatılmış rızanın artan sıklıkla uygulanması nedeniyle hekimlerin bu noktaya dikkat etmesi gerekir. Hekim hastanın aydınlatılmış rızasını aldığı kalıcı bir şekilde belgelemelidir. Bu, özellikle hastanın hekimin olası tedavi risklerini açıklamadığı yolundaki iddialarını çürütme açısından son derece önemlidir. Böyle bir dava bazen aylar hatta yıllar sonra açılabilir. İnsan hafızası yanılabilir. Bu özellikle yüzlerce hastası olan hekimler için geçerlidir. Fakat hekim bu konuda eksiksiz bir kayıt tutmuşsa, bu mahkemede davacının iddialarına karşın sağlam ve objektif bir kanıt görevi görür.²² Bazı hastaların dosyaya koyulan kayıtlar hakkında şüpheleri olduğundan, hastanın kaydı gözden geçirmesi ve birlikte imzalaması istenirse, dosya veya kayıt üzerindeki “esrar perdesi” de kaldırılmış olur. Uyuşmazlık durumunda hastanın da imzası bulunan bir kayıt mahkemeye sunulursa, rızanın bulunmadığı yolundaki bir iddia ağır bir darbe yemiş olur.

KAYNAKLAR

1. Lewis SM. Ob / Gyn Malpractice. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: Wiley Law Publications. John Wiley and Sons, Inc, 1986: 424-431, 455-468.
2. Raines E. Professional Liability of the Gynecologic Surgery. In : Mattingly RF, Thompson JD, editors. Te Linde's Operative Gynecology. Sixth Edition. Philadelphia, Toronto: J. B. Lippincott Comp., 1985:25-32.
3. Fineberg KS, Peters JD, Willson JR, Kroll DA. Obstetrics / Gynecology and the law. Michigan: Health Administration Press, 1984:319-326.
4. Gilfix MG. Electronic fetal monitoring: Physician liability and informed consent. Am J Law Med, 1984; 10 (1): 31-90.
5. Mandell MS. Medicolegal Problems and Responsibilities. In : Nichols DH, Evrard JR, editors. Ambulatory Gynecology. Philadelphia: Harper and Row, Publishers, 1985: 502-507.
6. Tovell HMM, Dank LD. Gynecologic Operations. Hagerstown, Maryland : Harper and Row, Publishers, 1978:4.
7. Collins HB. The Borderland of Law and Medicine. In : Benson RC, editor. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 4th Edition. Middle East Edition. California: Lange Medical Publications, 1982: 536.
8. Hinslaw AL. Preventive Aspects of Liability in Obstetrics and Gynecology. Clin Obstet Gynecol, March 1977; 20 (1) : 19-24.
9. Zevkliler A. Tedavi Amaçlı Müdahalelerle Kişilik Hakkına Saldırının Sonuçları. DÜHFD, 1983; 1: 9.
10. Schwarz RH, Crombleholme WR. Amniocentesis. In : Sciarra JJ, editor. Gynecology and Obstetrics. Volume 3, Chapter 70. Philadelphia: Harper and Row Publishers, 1987: 4.

11. Soysal Z, Eke M. Doğum ile İlgili Adli Tıp Sorunları. İçinde : Soysal Z, Çakalır C, editörler. Adli Tıp, Cilt II. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınlarından. Rektörlük No. 4165, Fakülte No. 224. İstanbul: 1999 : 1010-1011.
12. Poindexter AN. Third - generation oral contraceptives and thromboembolism risk. Obstet Gynecol, Jun 1977; 89 (6) : 1028 - 30.
13. Rozovsky FA. Consent to Treatment. A Practical Guide. Second Edition. Boston, Toronto, London: Little, Brown and Company, 1990: 279 - 285.
14. Easley HA. Medico - Legal Issues in Gynecology. In : Clarke - Pearson DL, Dawood MY, editors. Green's Gynecology. Fourth Edition. Boston, Toronto, London: Little, Brown and Company, 1990.
15. Newton M, Bouer R. Legal and Ethical Complications. In : Newton M, Newton ER, editors. Complications of Gynecologic and Obstetric Management. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: 1988; 507.
16. Wall JA. Litigation Arising in the Field of Contraception. In : Chamberlain GVP, Orr CJB, Sharp F, editors. Litigation and Obstetrics and Gynaecology. London : The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Richard Bates Limited, 1985; 147 - 151.
17. Anderson M. Medico-Legal Problems in Gynaecology. In : Lewis TLT, Chamberlain GVP, editors. Gynaecology by Ten Teachers. London, Melbourne, Auckland: 1990; 282 -283.
18. Friedman EA, Borten M, Chapin DS. Gynecological Decision Making. Second Edition. Toronto. Philadelphia: B.C. Decker Inc, 1988: 328 - 334.
19. Andrews LB. Ethical and Legal Aspects of In Vitro Fertilization and Artificial Insemination by Donor. Urologic Clinics of North America, Vol 14, No 3, August 1987; 634 - 635.
20. Lewis TLT, Chamberlain GVP. Gynaecology by Ten Teachers. Fifteenth Edition. London : Edward Arnold, 1991; 278 - 279.
21. McCallum RD. Gynecological Errors and Medical Malpractice. In : Ridley JH, editor. Gynecologic Surgery, Errors, Safeguards, Salvage. 2nd Edition. Baltimore, London: William and Wilkins, 1981; 370 - 371.
22. Shindell S. Medicolegal Aspects of Pelvic Surgery. In : Mattingly RF, editor. Te Linde's Operative Gynecology. Fifth Edition. Philadelphia, Toronto : J. B. Lippincott Company, 1977; 20 - 23.

5

Muayenehanede Yapılan Obstetrik ve Jinekolojik İşlemlerle İlgili Adli Tıp Sorunları

Bora Büken / Sadi Çağdır / Zeki Soysal

HASTANIN KABULÜ VE ANAMNEZ

Hastanın, hekim ya da muayenehane personeli ile olan ilk teması büyük önem taşır. Çünkü hastanın ilk izlenimleri, hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturur.

Hekim hastanın tıbbi anamnezini tam olarak alma konusunda çok dikkatli olmalıdır. Eksik anamnez doğru olmayan tanıların koyulmasına ve sonuçta hastanın doğru olarak tedavi edilememesine yol açabilir. Doğru teşhis ve tedavi ile ilgili olan bir faktörün atlanması bile malpraktis iddiasına neden olabilir.

Birçok hekim anamnez ile ilgili sorular listesini hastaya doldurtur. Bu gibi bir soru listesi iyi bir başlangıç noktası olmasına rağmen, yeterli olmayabilir. Bu durum özellikle tıbbi terminoloji kullanıldığında söz konusudur. Ayrıca hasta bir sorunun bütün yönlerini tam olarak anlayamayabilir. Bu şekilde gerçeğe uygun olarak cevap vermeyebilir. Örneğin, gebe bir kadın hiç düşük yapmadığını söyleyebilir. Bunun da nedeni bunları ailesinden gizlemesi ve sıkılganlık hissetmesidir. Bu nedenle, sorular listesi hastaya doldurtulduktan sonra, bu listenin hasta ile tartışılması gerekir. Daha sonra hekim, örneğin hasta düşük yapmışsa, onun gebeliğini daha dikkatli bir şekilde izleyeceğini, kanama ve diğer komplikasyonlara daha fazla ilgi göstereceğini açıklayabilir.

Birçok hekim hastanın anamnezini alma görevini bir hemşireye verebilir. Bununla birlikte, yeterli bilgi edinme sorumluluğu sonuçta hekime aittir. Bu nedenle, hekim hemşirenin yaptığı işi izlemelidir. Hekim, hasta ile görüşerek gerekli olan tüm tıbbi bilgiyi elde edebilir. Ayrıca hasta ile uyum sağlayabilir. Hastaya kötü bir şekilde yaklaşım, bir malpraktis

davasında yeterli gerekçe oluşturmaz. Ancak birçok hasta hekimin tam bir ilgi göstermediği ve az dikkat sarfettiği şeklindeki malpraktis iddiaları ile avukatlara danışır. Buna karşın, bazı hastalar tedavi konusunda ihmal durumu ile karşılaşsalar bile, dikkatli, yardım eden, ilgili bir hekime karşı dava açma konusunda isteksizdirler.

MUAYENEHANEDE ÇALIŞAN KİMSELER

İşverenler, yanlarında çalıştırdıkları kimselerin ihmalinden sorumludur. Bu nedenle, hekim muayenehanesindeki personelin yaptığı eylemler ve ihmalden sorumludur. Hekimin resepsiyon görevlileri, hemşireler, laboratuvar teknisyenleri ve hekim yardımcılarına yeterli talimat vermesi ve onları gözetlemesi önem taşır.

Hastalar, hekimin muayenehanesindeki personel ile sık olarak temas ederler. Bu personel tarafından yapılan bazı hareketler kolayca malpraktis iddialarına yol açar. Örneğin, resepsiyon görevlisi hasta tarafından telefonla bildirilen acil durumun aktarılması konusunda gereken dikkati göstermeyebilir. Bir hemşire yanlış bir reçeteyi uygulayabilir. Hastaya yanlış bilgi veya öneride bulunabilir ya da hastanın anamnezini yetersiz bir şekilde alabilir.

Bir hemşire ya da bir hekim yardımcısına iş verildiğinde özel sorunlar ortaya çıkabilir. Hastaya kendisini muayene ya da tedavi eden kimsenin hekim olmadığı bildirilmelidir. Eğer hastaya böyle bir davranışta bulunulmazsa, o zaman hasta yapılan muayene ve tedaviye rızasını göstermeyebilir.

KAYITLARIN TUTULMASI

Hekim ve personeli, hasta ile kurulan temas, muayene ve tedavi ile ilgili bütün noktalar konusunda doğru ve ayrıntılı kayıt tutmalıdır. Tutulan kayıtlar hastanın anamnezini, tüm muayenelerin sonuçlarını, hastanın şikayetlerini, hastaya açılan veya hastadan gelen telefon konuşmalarının kayıtlarını, iptal edilen randevuların kayıtlarını, laboratuvar test sonuçlarını, hastaya önerilen veya uygulanan tedaviyi, verilen reçeteleri ve hastaya aktarılan bütün bilgileri kapsamalıdır. Kayıtlarda ayrıca obstetrik ve jinekolojik bütün sorunların listesi, gebeliğin seyrinin değerlendirilmesi, hem doğumdan önce hem de hasta yatırıldığında izlenecek planlar da bulunmalıdır.

Muayenehanede kayıtların tam ve doğru bir şekilde tutulmaması hastaya zarar verebilir. Bu, özellikle bir hastanın hekimi değiştirmesi ya da ikinci hekimin ilk doktorun yanlış kayıtlarına güvenmesi veya kayıtların eksik olması nedeni ile zamanında acil bakımın uygulanamaması durumunda muhtemel olabilir.

Kayıtların tam olarak tutulmaması tek başına bir malpraktise yol

açmasa dahi, bir malpraktis davasında zarar verici olabilir. Yargıçlar eksik ya da yarım yamalak kayıtların, eksik ya da ihmalkar bir tıbbi uygulamayı gösterdikleri sonucunu çıkarabilirler. Ayrıca iddia edilen malpraktis ile ilgili olayların kaydedilmemiş olması, hekimin ne olduğunu örtbas etmeye çalıştığı şeklinde bir düşünceye yol açabilir.

Ayrıca tıbbi kayıtlar hekimin ifadesinin desteklenmesinde de yararlıdır. Bunlar hekimin hatırladıklarını doğrulayan bilgileri ihtiva ederler. Örneğin, fetüsün kalp atımını saptadığını iddia eden bir hekim, kalp hızını tıbbi kayıtlarda kaydetmişse inandırıcı olur. Bununla birlikte, böyle bir kayıt tutulmazsa, mahkeme hekimin sözlerinin doğruluğunu hastanın iddia ettiklerine karşı tartabilir ve ayrıca hekimin söz konusu durumda fetüsün kalp atımlarını belirlediğini nasıl hatırlayabildiğini de merak eder.

KONTRASEPSİYON

Hekim kontraseptif uygulamanın özellikleri, etkisi ve riskleri konusunda tam bir bilgi sahibi olmadıkça, kontraseptifi uygulamamalıdır. Hastanın tam anamnezini almalı, hasta ile tartıştıktan sonra onun rızasını elde etmeli ve belli bir hastanın gereksinimleri açısından en uygun olan yöntemi dikkatlice değerlendirmelidir. Aydınlatılmış rıza ile ilgili veriler sadece kontraseptifin başarısızlık oranını ve hasta açısından taşıdığı muhtemel riskleri değil, aynı zamanda gebeliği önlenen çocuğun sağlığı açısından da riskleri kapsamalıdır. Kontraseptif alan hastalar ters etkiler ile ilgili bulgular yönünden yakından izlenmelidir. Herhangi bir yan etki meydana geldiğinde hastaya hekime başvurması söylenmelidir.

İmalatçıların işverdikleri ilaç tanıtımcıları tarafından belirtilen hususların düşünmeden kabulünün, kontraseptiflerin uygun olmayan bir şekilde dağıtımının ileri sürüldüğü bir tıbbi ihmal iddiasında savunması yapılamaz. Kontraseptifleri uygulayan ya da yazan hekimin ilgili literatürü bağımsız ve ayrıntılı bir şekilde incelemesi gerekir. Hastanın kararına yardımcı olunabilmesi için imalatçının literatürü ile mevcut bilimsel veriler hastaya aktarılmalıdır.

Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi kontrasepsiyon amacıyla oral kontraseptifler ya da rahim içi aracı uygulanacak olan bütün hastalara verilecek bilgileri gösteren düzenlemeleri yapmıştır.¹

ANTEPARTUM BAKIM

Gebeliği Teşhis Edememe

Hekim gebeliği doğru olarak teşhis etmek için büyük bir özen göstermelidir. Bir gebeliğin kist ya da tümör şeklinde yanlış olarak teşhis

edilmesi gereksiz bir ameliyata yol açabilir. Yanlış bir nedenle gebe bir hastanın ameliyat edilmesi hekimi malpraktis davası ile karşı karşıya bırakır.

Gebelik Sırasında İlaç Uygulaması

Gebe bir kadına yazılan ilaçların fetüs üzerinde istenilmeyen ters etkileri söz konusu olabilir. Hekim gebe bir hastaya ilaç yazarken makul derecede bir dikkat sarfetmeli ve hem hastaya hem de doğmamış çocuğa olan muhtemel riskler konusunda onun rızasını almalıdır.

Dış Gebelik

Dış gebeliklerin adli tıp açısından özel bir önemi vardır. Çünkü anne mortalitesinde önemli bir nedeni oluştururlar. Durumun taşıdığı aciliyet nedeni ile tuba gebeliği konusundaki en küçük bir şüphe halinde dahi, araştırma çabalarının uygulanması bakım standardının içine girer.

Geleneksel olarak dış gebeliğin yanlış tanısı nedeni ile elde edilebilecek olan tazminatlar, genelde ölüm veya başka bir ciddi komplikasyon meydana gelmedikçe sınırlıdır. Rüptürden önce dış gebelik doğru olarak teşhis edilse dahi, cerrahi girişim gerekliliği bulunmaktadır. Bununla birlikte, günümüzde gebelik testlerini ve ultrasonografiyi uygulayarak dış gebeliğin çok erkenden teşhisi mümkündür. Bazı dış gebelikler laparoskopik girişim ile tuba korunarak başarılı bir şekilde tedavi edilebilirler.

Gebeliği teşhis edememe iddiasında olduğu gibi, dış gebeliği teşhis etme olanağına sahip olan ancak bunu teşhis edememiş olan bir hekime hatta ihmal unsuru bulunmasa dahi, mahkeme olumlu bir gözle bakmaz. Çünkü böyle bir tanının atlanabileceğine, meslekten olmayan bir kimsenin inanmayacağı sanılmaktadır. Böyle bir durumda kayıtların yeterli ve tam olarak tutulması önem taşır. Bu tür bir uygulama gerekli olan bütün testlerin yapıldığını kanıtlar. Ayrıca üstünkörü bir uygulamada bulunulmadığını gösterir.

Gebelik Toksemisi

Gebelikte hipertansiyonun olumsuz etkilerinin genelde önlenememesi nedeniyle preeklamps ve eklampsinin erken bulgu ve semptomlarının aranmasına özel bir dikkat sarfedilmelidir. Eğer davacı olan hasta davalı durumdaki hekimin ihmalini ispatlayabilirse; tıbbi sorunun kabul edilen önlenebilirliği, hekim tarafından gereken işlemler yapılmış olsa dahi, sonucun herhangi bir şekilde meydana gelmiş olabileceği savunmasını elimine ettirir.

Yeni Doğanın Hemolitik Hastalığı

Prospektif ebeveynlerin farklı Rh faktörlerine sahip olup olmadıklarını belirlemek için makul ölçüde bir dikkat sarfedilmelidir. Yeterli ve doğru bir şekilde anamnez alınması ve uygun doğrulayıcı testlerin yapılması son derece önemlidir. Böyle bir durumun ayrıntıları ve çocuklar üzerine olan etkisi konusunda eşlerin aydınlatılması ve rızalarının alınması şarttır.

Doğum hekimi annenin duyarlılık durumunu dikkatlice değerlendirmeli, gebelik sırasında annede titreleri saptamalı ve amnion sıvısında pigmenti belirleyici testleri uygulamalıdır. Bulgular doğumdan önce çocuk hastalıkları uzmanına bildirilmelidir. Böyle bir uygulama zamanında transfüzyon veya tedavi uygulamasına olanak sağlar. Çocukta oluşacak zararı azaltır. Eşleri riskler konusunda gerektiği şekilde bilgilendirmemiş ve doğru bir anamnez almamış olması nedeniyle hekimin ihmali bulunuyorsa, çocuk hastalıkları uzmanının başarılı müdahalesi ile hekime karşı uygulanacak olan tazminatın miktarı azaltılabilir.

Fetüsün Olgunluğu

Fetüsün gebelik yaşı, çoğu gebelik komplikasyonlarında uygun olacak yöntem açısından primer bir ölçüdür. Gebelik yaşı belirleneceği zaman dikkatli bir anamnez alınması ve klinik muayenelerin yapılması önem taşır.

Prematürite, postmatürite ve mental retardasyon gibi yüksek riskli gebelik durumları ile ilgili sorunların doğru bir şekilde ele alınması, fetüsün yaşının doğru olarak değerlendirilmesine dayanır. Gebeliğe istemli olarak son verilmesi durumunda da fetüsün yaşının belirlenmesi önem taşır.

Koryoamnionit

Zarların yırtılmasına bağlı intrauterin enfeksiyondan şüphelenildiğinde, hızlı tanı ve tedavi gerekir. Eğer bu durum hızla ele alınmazsa, fetüste ve annede ciddi zararlar olduğundan, koryoamnionit adli tıp açısından önem taşıyan bir konudur. İntrauterin enfeksiyondan şüphelenildiğinde amnion sıvısında kültür yapılması ve hızla antibiyotik uygulamasına başlanması şarttır. Doğum ya uyarılma ya da gerektiğinde sezaryenle yapılmalıdır.

MEME HASTALIĞI

Meme hastalığı ile ilgili adli-tıbbi konular, hemen hemen daima önemli bir ameliyat gereksinimine yol açan malign bir durumun geç tanısı ile ilgili şikayetleri kapsar. Çoğu kez erken tanı, mastektomi gereksinimini elimine etsin veya etmesin ya da radikal mastektomi yerine basit mastektomiye olanak sağlasın veya sağlamasın, hastalar yasal makamlara başvururlar. Çünkü bir kitlenin beraberinde ağrı ve akıntının varlığı konusunda hekime şikayetlerini söylemezler. Hekim bu durumda mamografi ya da tanı ile ilgili diğer testleri istememiş veya hastayı biyopsi için bir cerraha göndermemiş olabilir.

Bir memenin kaybı gibi durumla karşılaşan hasta sıklıkla yasal makamlara başvurur. Yasal makamlar hekimin muhtemel ihmali ile karşı karşıya kaldıklarında, nedensellik konusunun yani erken bir girişimin tedavide ya da prognozda bir fark oluşturup oluşturmayacağı konusunda görüş bildirilmesi zorunludur.

Tehiş veya tedavide erken girişimin yerini alacak başka bir şey yoktur. Bir kitle ilk tespit edildiğinde, hastanın bilgilendirilerek rızasının alınması uygun olur. Fakat yine de verilen bilginin açık ve ayrıntılı olması gerekir. Hastanın bir konsültana veya bir cerraha gönderilmesi gerekir.

TANI AMACIYLA UYGULANAN İŞLEMLER - KÜÇÜK VE HASTA YATIRILMADAN YAPILAN CERRAHİ GİRİŞİMLER

Amniosentez, ultrasonografi, kolposkopi ya da muayenhanede hasta yatırılmadan yapılan diğer testler ve işlemler söz konusu olduğunda hasta aydınlatıldıktan sonra rızası alınmalıdır. Tanı, prognoz, önerilen işlemin niteliği, alternatifler ve riskler konusundaki veriler hastaya açıklanmalıdır.

Böyle bir işlemin yapılışı ve herhangi bir komplikasyonun tedavisi ile ilgili yasal analiz, gerekli bakım standardı esaslarına göre ele alınır. Muayenhanede yapılan işlemin karmaşıklığı arttıkça, hekimin ve muayenhanedeki personelin eğitimi ve kayıtların doğru tutulması ile ilgili sorumlulukları da orantılı olarak artış gösterir.

Yapılmış olan her işlem ile ilgili ayrıntılı notlar muayenehane kayıtlarında saklanmalıdır. Hastaya yapılmış olan açıklamalar ve o sırada hazır bulunan tanıklar ve hangi belgelerin imzalandığı gösterilmelidir.

GENETİK DANIŞMA

Modern genetik test teknikleri, hekimlere genetik olarak bozukluk gösteren bir çocuğu taşıma riski konusunda çiftlere öneride bulunma olasılığı sağlar. Bu bilgi ya konsepsiyondan önce anne-babanın somatik hücrelerini analiz ederek ya da gebelik sırasında amniosentezle elde edilen fetüsün hücrelerini inceleyerek elde edilir.

Konsepsiyondan önce genetik danışmada, çocukların genetik olarak bozuk olma olasılığı prospektif anne ve babaya bildirilebilir. O zaman çift, doğum kontrol yöntemiyle gebeliği önleme yolunu seçebilir ya da prospektif bir babadan gelen risk ihtimalini elimine etmek için bir vericinin spermi ile suni dillenme şeklini benimseyebilir veya çocuğun normal olacağı ümidiyle gebe kalma girişiminde bulunabilir. Eskiden bu seçim hemofili ve Huntington koresi gibi kalıtım yoluyla geçen birkaç hastalığın muhtemel taşıyıcılarına sunulmuştu. Yeni teknoloji çok sayıdaki genetik bozuklukları tespit ederek bu ikilemi geniş bir topluluğa sunmaktadır.

Gebe bir hasta ya gebelik öncesi genetik tarama ya da diğer bilinen risk faktörleri (örneğin, yaşı) nedeni ile riskli olarak belirlendiğinde, amniosentez yaptırma yolunu seçebilir. Bu yöntem ile elde edilen fetüsün hücrelerinin analizi, bazı durumlarda yüksek bir doğruluk oranı ile Down sendromu gibi bozuklukların tanısına olanak sağlar. Daha sonra evli çiftte, gebeliği sonlandırma ya da genetik bozukluğu bulunan bir çocuk sahibi olma arasında seçim yapması söylenir.

Özet olarak, genetik danışma en azından dört ayrı ancak birbiri ile ilişkisi bulunan sağlıkla ilgili hizmetler konusunu kapsar : genetik hastalığın ya da bozukluğun geçme riski altında bulunan kimselerin belirlenmesi; riskin niteliği ve kapsamını belirlemek için gebelik öncesindeki tanı işlemlerinin kullanımı; fetüsün genetik olarak bozukluk gösterip göstermediğini belirlemek için gebelik sırasında tanısız işlemlerin uygulanması ve üreme ile ilgili seçim konusunda çiftlere bilginin sağlanması. Bu konuların her biri muayenehanede çalışan bir doğum hekimi açısından muhtemel malpraktis iddiası riski taşır.

Yasal Yükümlülükler

Genetik danışmanların, genetik danışma ile uğraşan makul derecede dikkatli olan hekimlerin gösterecekleri hünere, sahip olacakları bilgiye ve eğitim derecesine sahip olmaları gerekir. Bu nedenle, hastasına genetik danışma hizmeti sunan bir doğum hekiminin bu hizmeti iyi bir şekilde verecek kadar yeterli hüner, bilgi ve eğitime sahip olması gerekir. Hastaları genetik danışma için bir üniversite tıp merkezine gönderme yolunu seçen bir hekimin dahi, en azından risk altında bulunan ve gönderilmesi gereken hastaları (örneğin, Down sendromu açısından 35 yaşın üzerindeki kadınların doğurduğu bebekler risk altındadır. Ashkenazi musevilerinden doğan bebekler Tay-Sachs hastalığı açısından risk taşırlar.) belirleme konusunda yeterli bir ekspertiz geliştirmesi gerekir. Risk altındaki hastaları belirlemek için doğru ve yeterli bir aile anamnezinin alınması şarttır.

Genetik danışmaya gereksinim duyan hastalar belirlendikten sonra danışma işlemine katılmayı isteyen hekim, mesleki bakım standardı kurallarına göre bunu yeterli derecede yapmalıdır. Hekim uygun testleri önermeli,

bunları hünerli bir şekilde yapmalı ve doğru olarak yorumlamalıdır.

Tanı testlerini uygulayan hekimin laboratuvarında aletleri doğru bir şekilde kullanan yeterli derecede eğitilmiş personel bulunmalıdır. Klinisyenlerin test sonuçlarını doğru olarak yorumlamasına yardımcı olmak için normal değerler ve diğer teknik veriler hakkında bilgi sağlanmalıdır. Hekim kan veya doku  rneği aldığında ya da amniosentez yaptığında, örnekleri ya da lamları yanlış olarak etiketlememek veya birbiri ile karıştırmamak için büyük dikkat sarfetmelidir.

Kuşkusuz aydınlatılmış rıza doktrini genetik testler istenmeden önce hekimin hasta ile testlerin amaç ve niteliği, riskleri, yararları, alternatifleri, pozitif bulguların ne anlama gelecekleri, test sonuçlarının tanı açısından kesinlik taşımaması olasılığı konularında tartışma yapmasını gerektirir.

Son olarak, tanı testlerinin yapılması ve yorumlanmasından sonra, hekimin eşlerle etkin bir şekilde bağlantı bağlantı kurması, onlara  ocuk doğurma konusundaki kararlarını verebilmeleri için yeterli doğru bilgileri vermesi gerekir. Verilmesi gerekli olan bilgi, çiftin hangi olasılık derecesi ile genetik açıdan bozuk bir  ocuk sahibi olacağı, söz konusu genetik bozukluğun niteliği, mevcut seçenekler, her seçeneğin kapsadığı risk ve yararları içine alan noktaları kapsamalıdır.

 zet olarak, genetik danışma açısından bakım standartlarının ihlali şu noktaları kapsar: genetik bir hastalığın ya da bozukluğun geçmesi riski bulunan hastaları teşhis edememe, gereken testleri istememe, uygun olmayan testleri isteme, yanlış tanı koyma, hastaya eksik, yanlış ya da zamansız bilgi verme.¹ Bu yanlışlıklardan herhangi birisi gebelik veya doğumun önlenmesinin mümkün olduğu genetik bozukluğu bulunan bir çocuğun doğmasına yol açabilir.

İhmal Unsuru İçeren Genetik Danışmanın Sonuçları

Genetik test teknolojisinden dolayı doğumsal olarak kusurlu bir çocuğun doğması, günümüzde artık önemli derecede insanın seçimine ve kontroluna bağlı bir hale gelmiştir. Mahkemeler davalının ihmalinin dışında konsepsiyon ya da böyle bir çocuğun doğumu önlenmiş olduğunda, genetik olarak bozukluk gösteren bir  ocuk ya da onun anne ve babasının tazminat alıp alamayacağı ya da hangi ölçüde tazminat alması gerektiği konusunda karar verilmesi noktalarını ilk defa son zamanlarda ortaya çıkartmışlardır.

Bir kimse başka bir kimsenin ihmali sonucunda öldüğünde, haksız fiil sonucunda ölüm nedeni ile açılan davada ölenin yakınları ihmali bulunan taraftan tazminat talep eder. İhmal nedeniyle kusurlu bir çocuğun doğumu davalarında çocuğun anne ve babası tıbbi bakım masrafları, fizik tedavi, özel aygıt, özel eğitim ve psikolojik zararlar (ruhsal açıdan acı ve emosyonel sıkıntı) gibi kusurlu doğan  ocuk nedeni ile uğrayacakları ekonomik

kayıpların kendilerine ödenmesi talebinde bulunurlar. Aynı şekilde, genetik hastalık veya bozukluğun neden olduğu manevi ızdırap yüzünden, çocuğun tazminat talep etme hakkı bulunmaktadır. Bu tür davalarda kusurlu doğan çocuğun tarafı genetik danışmanın kendilerini doğru bir şekilde bilgilendirmiş olmaları halinde, gebe kalmalarını önleyeceklerini ya da gebeliği sonlandırmış olacaklarını ileri sürerler.

Genetik danışmanın yaygın olarak kullanımına son zamanlarda başlandığından dolayı, bu konuda nispeten az sayıda dava açıldığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, genelde mahkemeler ebeveynlerin bu çeşit davalarını kabul etme arzusundadır ancak ileri sürülen tazminatın miktarları konusunda onlarla aynı fikirde değildir. Çoğunluk sadece ekonomik kayıpların tazmin edilmesini kabul etmektedir. Bazıları ise psikolojik zararlar nedeni ile tazminat ödenmesini benimsemektedir.

Şimdiye kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde hiçbir mahkemenin genetik bozukluk gösteren bir çocuğun tazminat talep etme hakkını kabul etmediği bildirilmiştir.¹ Çocuğun talebinin temeli, aslında hiçbir zaman doğmaması gerektiğidir. Tazminat talebinin reddi metafizik yaklaşımlara dayanmaktadır. Bu yaklaşımlar örneğin, var olmamayı bir mahkemenin hiçbir zaman algılayamayacağı, var olmamaya değer biçemeyeceği ve var olmanın değerini genetik defektlerin yükü altında geçen bir yaşamın değeri veya bedeli ile karşılaştıramayacağı ya da ne kadar zor olursa olsun yaşamın yokluğunun yaşamın varlığına tercih edilmesinin kamu vicdanına ters düşeceği şeklindedir. Bu tür bir davayı reddetmek genetik bir bozuklukla doğan çocuk açısından haksızlık niteliğindedir. Genetik bozukluğu olan bir fetüsün doğurulma veya doğurulmama arasında bir seçim yapamaz. Fetüsün ebeveynlerinin eksiksiz, ayrıntılı ve zamanında bilgilendirme ile bu kararı almaları hakkı vardır. Ebeveynler genetik defektlerle sürecektir bir yaşamdan ziyade yaşamın olmamasının tercih edilebilirliğine karar verebilmelidirler. Eğer genetik danışmanın ihmali nedeniyle ebeveynlerin bu seçimi yapma olanakları ellerinden alınırsa ve bu ihmalin sonucu olarak da genetik defektleri olan bir çocuk doğarsa, bu çocuğun bir kayba uğradığı anlamına gelir ve bu nedenle tazminat almasına olanak sağlanması gerekir.

Haksız fiillerle ilgili genel eğilimin ve tazminat taleplerinin reddindeki çelişkilerin ışığında bu tür davaların önündeki engellerin zamanla kalkması muhtemeldir.

Tıbbi malpraktis yasasının amacı, tıbbi bakım standartlarının iyi bir düzeyde sürdürülmesine yöneliktir. Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin bu tür davalara karşı kendilerini korumaları için tıbbi bakım standartlarına uymaları ve hastalarına karşı saygılı olmaları gerekir.

ADLİ TIPLA İLGİLİ SORUNLARDAN KAÇINMA YOLLARI

Muayenehane genellikle ameliyattan önce başvuru alan bir yer

olduğundan, hasta ile muayenehanede görüşme yapılması iyi bir adli-tıbbi uygulama açısından şarttır. Başlangıçta önemsiz gibi görünen bir noktanın daha sonra çok önemli bir hal aldığı görülebilir. Örneğin, muayenehane personelinin tutumu dikkatlice incelenmelidir. Muayenehane personeli dikkatli ve duyarlı bir şekilde davranıyor mu? Bu nokta sadece hemşire açısından değil aynı zamanda hastayı ilk karşılayan kişi olan resepsiyon görevlisi (sekreter) açısından da önem taşır. Bu duyarlılık telefon konuşmalarında da gösterilmelidir. Hastanın bekleme odasında rahat olduğundan emin olunmalı ve bekleme süresi en aza indirilmelidir.

Tüm hastaların doktorlarla iyi bir şekilde uyuşmayabilecekleri noktası unutulmamalıdır. Hoşnutsuz hastalar çoğu kez dava açmaya eğilimlidir. Bundan başka, muayenehaneye gelen her hastanın kabul edilme zorunluluğu bulunmadığı da unutulmamalıdır. Ameliyattan önce hasta ile uyuşamayan hekim postoperatif dönemde hoş olmayan durumlarla karşılaşabilir. Kötü bir sonucun meydana gelmesi durumunda, dava açılabilir. Böyle bir durumda, ilişkinin en erken dönemde sona erdirilmesi iyi bir uygulamadır. Bununla birlikte, hekim hastayı kabul ettikten sonra ondan kurtulmak istiyorsa, onun başka bir yerde bakımı için girişimde bulunmalı ve yeni hekim bakımı üstleninceye kadar onunla ilgilenmelidir. Hekim gerektiğinde hukukçularla görüş-alışverişinde bulunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Mandell, M. S : Medicolegal Problems and Responsibilities, In : Nichols, D. H., Evrard, J. R (Editors) : Ambulatory Gynecology, Harper (Row, Publishers, Philadelphia, 1985, pp. 508-514.
2. Roberts, D.K : Legal Considerations for the Gynecologic Surgeon, In : Nichols, D.H (Editors) : Gynecologic and Obstetric Surgery, Mosby, St. Louis, Missouri, 1993, pp. 143-144.

6

Obstetrikte ve Jinekolojide İatrojenik Hastalıklar

Zeki Soysal / Sadi Çağdır / Murat Eke

Yunanca'da " iatros " kelimesi "doktor", "gennan" kelimesi ise "meydana getirmek" anlamına gelmektedir. Bu bileşik kelime bir hekim veya tıp ile olan ilişkiyi gösterir. Sözlük anlamı "hekimin eylemi (muayenesi veya tedavisi) sonucunda hastada oluşan her türlü durum" şeklinde belirtilebilir. İatrojenik hastalık, temelde yatan hastalıktan bağımsız olan ve ilaç uygulanması, tanı, profilaksi veya tedavi nedeniyle yapılan tıbbi veya cerrahi müdahalelerden kaynaklanan bir hastalıktır. Daha geniş anlamıyla, iatrojenik hastalık, bir sağlık görevlisinin -hekim, diş hekimi, hemşire, hastane hizmetlisi, tıbbi teknisyen, ilaç veya tıbbi / cerrahi alet yapımcıları- bazı eylemleri veya ihmali sonucunda meydana gelen hastalıktır. Diğer bir deyimle, iatrojenik hastalık, gerekli bakım gösterildiği taktirde kaçınılması mümkün olan arzulanan sonuçlar hastada meydana geldiğinde; muayene, tanı, tedavi veya hastanın diğer bakımı ile ilgili olan kimseleri veya kuruluşları içine alacak şekilde geniş olarak tanımlanabilir.

İatrojenik hastalıklar, standart tanı, tedavi veya profilaktik işlemlerdeki ya da bunların yorumlanmasındaki hatalar veya ihmaller, hatalı veya uygun olmayan girişimler ve alettaki fonksiyon bozukluğu sonucunda oluşur.

Bir hekim tarafından veya tedavi sonucunda kazara oluşan yaralanma (iatrojenik travma) gebe hasta açısından özel sorunlar doğurur.

CERRAHİ GİRİŞİMLER SONUCU MEYDANA GELEN İATROJENİK HASTALIKLAR

Jinekolojik hastalıklar için yapılan ameliyatlarda komşu oluşumlar da yaralanma meydana gelebilir. Bunun nedenleri arasında bu oluşumların yakınlığı, iltihabi değişiklik sıklığının yüksek oluşu ve habis yayılım olasılığının bulunuşu sayılabilir.

Bu tür bir yaralanma herhangi bir tipteki jinekolojik işlem, gebelik ve doğum, kadın genital organlarına komşu olan organlarda (mesane, rektum ve diğer karın organları) yapılan ameliyatlar, kontraseptif araç uygulaması ve düşük meydana getirilmesi sırasında oluşabilir.

1. Endometriyozis

Amniosentez, histerotomi ve sezaryenden sonra karın ve uterus duvarında endometriyozis meydana gelebilir.²

2. Dilatasyon ve Kürtaj Sonrasında Oluşan Salpenjit

Bu tür salpenjit, hafif derecede tuba iltihaplanması şeklindedir. Bu tablo, muhtemelen kürtaj sırasında artıkların tubaların içine zorlanması sonucunda oluşur.²

3. Asherman Sendromu

Bazı uterus kürtaj materyalinde önemli miktarda miyometrium dokusu bulunur. Bu tür olgularda sekonder amenore ve fertilité ile ilgili sorunlar meydana gelir. Servikal kanalda ve uterus boşluğunda tıkanma veya daralma oluşur.²

4. Uterus Perforasyonu

Nadiren endometrium kürtajı sırasında oluşur. Çoğu olgularda miyometriumun kontraksiyonu sonucunda meydana gelmiş olan açıklık kapanır. Enfeksiyon durumunda daha ağır sonuçlar beklenebilir.²

5. Uterus Rüptürü

Klasik sezaryen geçirmiş olanlarda uterus, nedbe yerinden yırtılabilir.²

6. Tuba Bağlanması Sendromu

Tubal sterilizasyondan sonra çeşitli menstruasyon değişiklikleri ortaya çıkabilir: düzensiz ve daha sık menstrüasyonlar, adetlerin miktarı ve süresinde artma, aralıklı kanama, dismenore ve adet miktarında azalma. Bu tür semptomlar, mezosalpenkstekki hasar sonucunda ovaryum kan akımında oluşan azalmaya bağlanmıştır. Bu tür hastalarda meme ağrısı ve fibrokistik meme hastalığı da tarif edilmiştir.²

7. Over Kalıntı Sendromu

Bu sendrom, ovaryumların, paraovaryal nedbe oluşumu, endometriyozis ve iltihabi hastalıklara bağlı yapışıklıklar sonucunda tamamen çıkarılamaması yüzünden oluşur. Pelviste kistik ve multikistik yapıda, 4-20 cm çapında kitleler bulunur. Bu kitlelerin histopatolojik incelemesinde endometriyozisle birlikte over korteks kalıntıları ve korpora lutea saptanır. Bu kistik kitleler primer over neoplazmları ile karıştırılabilir.²

8. Fistüller

Fistül iki organ arasında anormal bir bağlantının oluşması durumudur.

Eskiden genital sistemle üriner sistem ve genital sistemle barsaklar arasında oluşan fistüllerin en sık nedeni doğum travması idi. Bununla birlikte, jinekolojik ameliyatlara (en sıklıkla radikal histerektomi) ve radyasyon günümüzde bu tür fistüllere yol açmaktadır. Cerrahi standartların yerine getirildiği basit, komplikasyonsuz olgularda dahi mesane, rektum veya üreterlerde yaralanma meydana gelebilir. Jinekolojik ameliyatlara bağlı üriner sistem travmasının sıklığı % 0.5-2.4 arasında değişmektedir. Bununla birlikte, daha radikal ameliyatlarda hastaların %30 unda üreter yaralanması meydana gelebilir.⁵

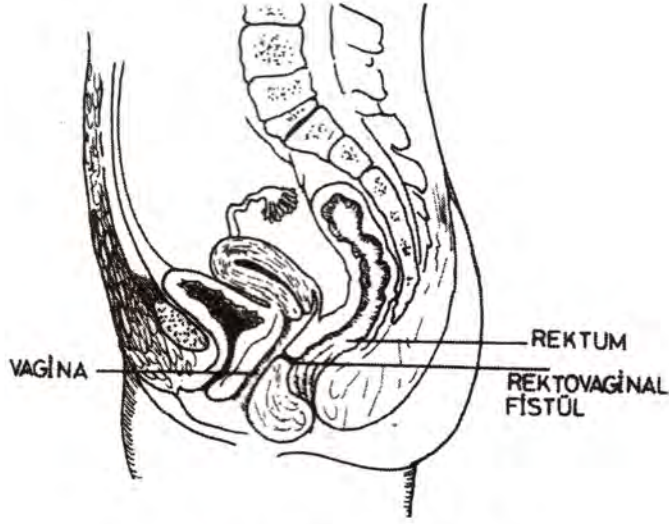
Veziko-vaginal, entero-vaginal ve üretero-vaginal fistüller, üreter bağlanması veya üreterde daralma ve mesane laserasyonları en sık olarak karşılaşılan durumlardır.

Vagina ile mesane arasında oluşan vesiko-vaginal fistülde idrar vaginanın içine sızar. Vagina ile rektum arasında oluşan rekto-vaginal fistülde barsak kontrolünde kayıp söz konusudur⁵ (Şekiller 6- 1, 2).

Jinekolojik bir ameliyat sırasında üreterin kazara yaralanması üretero-vaginal fistüle yol açabilir.



Şekil 6- 1 Vesikovaginal (a) ve rektovaginal (b) fistül yerleri. Fistüller iki organ arasındaki dokunun travma, enfeksiyon, radyasyon veya kanser ile zarara uğraması sonucunda oluşurlar.



Şekil 6- 2 Rektovaginal fistül

9.Tuba Uterinanın Prolapsusu

Vaginal histerektomiden sonra oluşabilir.

Vagina kubbesinde önceki histerektominin kapanma hattında küçük ahududuyu andıran bir oluşumun görülmesi, tuba uterinanın fimbriyal ucunun prolapsusuna işaret edebilir. Bu oluşum adenokarsinom ile karıştırılmamalıdır.²

Bazı olgularda prolabe olan tuba uterina, servikovaginal yaymalarda karakteristik bir görünüm meydana getirebilir. Silialı hücrelerin varlığı, histerektomi sonrasında vagina apeksinde oluşan granülasyon dokusu ile prolabe olan tuba uterina arasında ayırım yapılmasında yardımcı olur. ²

10. Histerektomi Sonrasında Vagina Kubbesinde Meydana Gelen Oluşumlar

Histerektomi sonrasında vaginanın apikal kısmında granülasyon dokusu oluşabilir. Kırmızı renkte olan bu dokuda konjesyon, ödem ve ülserasyon görülebilir. Histerektomi sonrasında vagina kubbesinde ağrılı travmatik nöromlar da oluşabilir.²

11. İnkontinens

Uterus prolapsusu, rektosel, sistosel veya üretrosel durumlarını düzeltme ameliyatları idrar inkontinensine yol açabilir.⁵

12. Cinsel Fonksiyonların Zarara Uğraması

Radyoterapiden, sistosel veya rektoselin usulüne uygun olmayarak düzeltilmesi ameliyatlarından, vagina yaralanmalarından sonra gelişen enfeksiyonlar vaginada daralma oluşturabilir. Bu durumda cinsel ilişki ağrılı olabilir.⁵

RADYOTERAPİ SONUCU OLUŞAN İATROJENİK DURUMLAR

Radyoterapinin etkileri arasında vaginanın 1/3 alt kısmının lamina propriasının elastikiyet özelliğinde oluşan değişimler sayılabilir. Nadiren vaginada rüptür ve barsak prolapsusuna yol açan bütünlük kaybı oluşabilir. Bazen ışınlanmış olan vagina ile çekum ve mesane gibi diğer organlar arasında fistüller gelişebilir. Daha sık görülen sonuçlardan birisi, vaginada stenozun meydana gelmesidir.⁵

İLAÇLARLA OLUŞAN İATROJENİK DURUMLAR

1. Progesteron ve Progestojenler

Jinekolojide ilaçların neden olduğu önemli iatrojenik tehlikeler, progesteron ve diğer hormon preparatlarının adet düzensizlikleri için yanlış olarak kullanılmasıyla meydana gelir. Bu preparatlar, anormal vaginal kanama olgularında organik nedenler ekarte edilmeden kullanılmamalıdır. Bu hapların aralıklı amenoresi bulunan erişkin olgularda düzenli bir menstrüel siklus oluşturmak için yazılması zararlıdır.

Progesteron ve onun analoglarının düşük tehdidinde ve tekrarlayan düşükte etkili olduğu gösterilmemiştir. Sentetik progestojenler bazen dışı fetüste maskulinizasyona neden olabilir.³

2. Östrojen

Östrojen jinekolojide birçok endikasyonla kullanılır. Ancak östrojen çok sayıda iatrojenik komplikasyon meydana getirebilir. Bulantı ve kusmanın dışında, östrojen tedavisi gören hastalarda sıvı retansiyonu başka bir istenmeyen durumdur. Hastalar memelerindeki gerginlikten, ani kilo artışından ve baş ağrısından şikayet ederler. Östrojen uyarımı ile bazen endometriumda kansere yol açabilen proliferasyon oluşabilir. Bu bileşiklerin postmenopozal kadınlarda kullanılması çekilme kanamasına neden olabilir. Postmenopozal kanama muhtemelen tehlikeli olabilen bir bulgudur. İhmal

edilemez. Bu nedenle, böyle kadınlar gereksiz kürtaj işlemine maruz kalabilirler. Östrojen çocuk doğurma çağında verildiğinde, hipofizden folikül stimulan hormonunun yapımını baskılayabilir ve geçici olarak metrorajiye neden olabilir. Östrojen kesildiğinde bazen hipertrofiye olmuş olan endometriumdan şiddetli kanama meydana gelir. Ağır karaciğer hastalığında karaciğerin östrojeni detoksifiye etme yeteneği bozulabilir. Bu nedenle, karaciğer hastalığı bulunan hastalarda östrojen dikkatle kullanılmalıdır. ³

3. Kontraseptif Haplar

Bu haplar ovulasyonu inhibe ettiklerinden dolayı doğum kontrolünde kullanılır. Bu yöntem gebeliğin önlenmesinde % 100 başarılı olabilir ancak kullanımının bazı sakıncaları vardır. Bu ilaçları alan kadınlarda kanama oluşabilir. Hasta tabletleri almayı bırakabilir. Bu durumda geç ovulasyon meydana gelerek gebelik oluşabilir. Uzun süre kontraseptif hapların kullanımından sonra çeşitli menstruasyon bozuklukları meydana gelebilir. Bu hapları alan olguların küçük bir kısmında meydana gelen postkoital kanama gereksiz yere kanser korkusuna neden olabilir. Kontraseptif hapları alan kadınlarda hipertansiyon, kilo alma, baş ağrısı, baş dönmesi, premenstrüel gerginlik, sinirlilik, mide rahatsızlığı, iştah kaybı ve libidoda azalma görülebilir.^{3,4}

Oral kontraseptif alan kadınların bazılarında venöz tromboz ve embolizm meydana gelebilir.^{3,4}

Oral kontraseptif alanlarda adet kanının miktarında azalma görülebilir. Bu kadınlarda endometriumda atrofi gelişebilir.^{3,4}

4. Klomifen ve Gonadotrofinler

Bu ilaçlar ovulasyon oluşturmak için kullanılırlar. Bazen aynı zamanda çok sayıda ovulasyon oluşarak çoğul gebelik meydana gelebilir. Bu ilaçlar ovaryumlarda kist oluşumuna neden olabilir. Bu kistler patladıklarında akut acil durum ortaya çıkabilir.

5. Kortikosteroidler

Jinekolojide adrenal kortikosteroidler antienflamatuvar ve replasman tedavisinde kullanılır. Bir hasta steroid tedavisi gördüğünde, adrenalleri travma, enfeksiyon ve ameliyat stresine reaksiyon gösteremeyebilir.

6. Dietilstilbestrol

Üç ila altı milyon arasındaki Amerikan annesinin düşük tehdidi nedeniyle dietilstilbestrol (DES) almış olduğu bildirilmiştir.⁸ 1970 li yıllarda rahim içinde bu maddenin etkisine maruz kalmış olan dişi fetüslerde

vaginanın üst kısmı ve servikte berrak hücreli adenokarsinom gelişmesi riskinin yüksek olduğu aşikar bir hale gelmiştir. Ayrıca genital sistemde T şeklinde uterus, uterus boşluğunda bant oluşumu, hipoplastik uterus, intrauterin polipoid dolum defektleri ve sineşiler de tanımlanmıştır.²

Anneleri düşük tehdidi için DES ile tedavi edilen erkek fetüslerde tespit edilen durumlar arasında testiste seminom, hipoplazi, iniş bozukluğu, oligospermi, spermatozoada morfolojik anormallikler, epididim kistleri ve varikozel sayılabilir.²

7. Sitotoksik İlaçlar

Sitotoksik ilaçlar jinekolojik kanserlerde kullanılmaktadır. Yüksek dozlarda devamlı ve uzun süreli kullanıldığında ağız ve barsakta ülserasyon, saçlarda dökülme, bulantı, kusma, deride eritem ve soyulma, kemik iliğinde hasar oluşabilir.²

8. Spermatozoid ile Oluşan İltihaplanma

Nonoxynol-9 spermatozoid preparatları hiperakut vajenit ve endometrit meydana getirebilir. Bu lezyonlar fibrozis ile iyileşirler. Vagina ve uterus lümenlerinde tamamen tıkanmaya neden olabilirler.²

9. Dijital

Dijitalin östrojenik etkisi vardır. Uzun süre kullanıldığında endometri-umda proliferasyon ve vaginada keratinizasyon meydana gelir.²

10. Altın

Romatoid artrit tedavisinde kullanılan bu madde akut vajenit yapabilir.²

11. Antikoagülanlar

Premenopozal kadınlarda korpus luteum, folikül kisti veya Graaf folikülünden kanamaya neden olurlar.²

12. İlaçlarla Oluşan Vaskülit

Ameliyatla çıkarılan serviks ve uterus adnekslerinde periarteritis nodosadakin benzeyen görünümde nekrotizan vaskülit tanımlanmıştır. Bu tür lezyonlar kısmen eksüdatif, kısmen proliferatif bazen de fibrotik özelliktedir. Penisilin reaksiyonu anamnezi bulunan bir hastada serviks uteride nekrotizan vaskülit tanımlanmıştır.²

13. Hirsutismin İatrojenik Nedenleri

Erkekler ve kadınlar aynı sayıda kıl folikülüne sahip olarak doğarlar. Kıl folikülü yumuşak lanugo denilen kılı ihtiva eder. Kıl foliküllerinde androjenler ve 5-redüktaz enzimi reseptörleri bulunur. Bu enzim testosteronu dihidrotestosterona dönüştürür. Kıl folikülleri gittikçe artan androjen konsantrasyonlarına maruz kaldığında kıl kalınlaşır.¹

Çocukluk döneminde kız ve erkek çocuklarının ekstremitelerinde aynı sayıda terminal kıl bulunur. Pubertede ovaryumlardan ve testislerden salgılanan farklı testosteron miktarına bağlı olarak kıllarda dimorfizm söz konusudur.

Erkeklerde, kıllar genital bölgede, aksillada, yüzde, göğüste, sırtta ve kalçalarda ortaya çıkar. Kadınlarda ise bu tür kıllar genital bölgede ve aksillalarda bulunur.

Özellikle adolesan çağındaki kadınlarda diğer vücut yüzeylerinde terminal kılların bulunması anormal olarak kabul edilir ve androjen fazlalığı sonucunda meydana gelir.¹

Çoğu hirsutizm böbreküstü bezleri veya ovaryumlardan aşırı miktarda androjenin salgılanması sonucunda oluşur. Nadiren hirsutizm terminal kıl gelişimini uyaran androjenik hormonlar veya diğer farmakolojik maddelerin alınması sonucunda meydana gelebilir.¹

Oral kontraseptif maddelerin yapısında bulunan progestinler gibi bazı hormonlar 19-nortestosteron türevleridir. Bunların androjenik özellikleri azaltılmıştır.

Endometriyozisin tedavisinde kullanılan danazolün orta derecede androjenik etkisi bulunur. Uzun süre veya yüksek dozlarda uygulanan danazol hafif derecede hirsutizm meydana getirebilir.¹

Hirsutisme neden olan diğer maddeler arasında fentoin, diazoksit, heksaklorofen ve antihipertansif bir madde olan minoxidil yer alır. Fentoin tedavisi sırasında kılların gelişimi artar. Ancak bu tür kıl gelişimi daha yaygındır.

Az sayıdaki kadında 19-nortestosteron ihtiva eden oral kontraseptif kullanımı sonucunda hirsutizm gelişir. Bu hormonların androjenik etkileri oral kontraseptifte bulunan östrojenler ile azaltılmıştır.¹

14. Diğer İlaçlar

Tıbbi tedavinin çeşitli şekillerinde vaginada değişiklikler meydana gelebilir. Topik olarak vaginaya 5-florourasil uygulanması, vaginada şiddetli iltihaba, ödeme ve mukozada erozyona yol açabilir. Akne için çocuk doğurma çağında tetrasiklin tedavisi gören kadınlarda vajenit sıklığı %5 dolayındadır.²

İATROJENİK ATİPİLER

1. Işınlamaya Bağlı Atipiler

Graham radyasyonun serviks ve vagina epitelinde hemen ortaya çıkan etkilerini şu şekilde belirtmektedir: hücrede ve nüvede büyüme, nüvede büzüşme, sitoplazmada ve nüvede vakuolizasyon, multinükleasyon, acayip hücre şekillerinin ortaya çıkışı.²

Bu değişiklikler, radyasyonun hücrelerdeki hasarı sonucunda meydana gelir. Bunlar hücre ölümünün çeşitli dönemlerini gösterir. Büyümüş olan nüvelerin solukluğu ve bütünüyle aynı özelliği göstermesi radyasyonun etkisine bağlıdır. Bu özellikler, neoplazi ile karışıklıktan kaçınılmasında yardımcı olur. Bununla birlikte, radyasyon dökülen skuamöz hücrelerin nüvelerinde hiperkromazi yaparak ayırıcı tanıyı güçleştirir.²

Akut radyasyonun etkileri endoservikal hücrelerde de göze çarpabilir. Bu hücrelerin genel özellikleri iyi bir şekilde korunur fakat hem sitoplazmalarında hem de nüvelerinde belirgin büyüme durumu söz konusudur. Nüveler içerisinde kromatin granülleri göze çarpar.²

Radyasyonun hücrelerdeki geç etkileri arasında nüve ve sitoplazmada uzama, hiperkromazi ve multinükleasyon sayılabilir.

Bazen pelviste yapılan radyoterapiden sonra skuamöz hücreler ve endoservikal epitelde oluşan etkiler yıllarca devam edebilir.²

Kanser hücrelerinde radyasyon ile oluşan değişiklikler, normal hücrelerde görülen değişikliklere benzerlik gösterir. Hücrede ve nüvede şişme, sitoplazmada ve nüvede vakuolizasyon oluşur. Bazen nüvede parçalanma meydana gelir. Aşırı radyasyon etkisi malign hücrelerin bazı özelliklerini (örneğin, nüve kromatininin anormal yapısını) ortadan kaldırabilir. Bununla birlikte, hiperkromazi ve anormal nüve / sitoplazma oranı genellikle devam eder.²

2. Podofilin ile Oluşan Atipiler

Bu tür atipiler podofilinin aşağı genital sisteme uygulanmasından sonra görülebilir. Metafaz durduğundan, mitozlar çok sayıda görülür. Nüvelerdeki atipik durum uzun yıllar varlığını sürdürebilir. Podofilin kullanımı anamnezi yanlış yorumlamaya bağlı felaketin önüne geçebilir.²

3. Steroid Hormonlara Bağlı Atipiler

Bu tip atipiler progestajen tedavisi ile ilgili olabilir. Uterus leiomyomlarında progestojenlerle oluşan atipilerde mitozlar nadirdir. Progestajen ihtiva eden oral kontraseptifleri kullanan hastalarda uterustaki miyomlar değerlendirilirken bu nokta göz önünde bulundurulmalıdır.²

PRENATAL TANI TESTLERİ SIRASINDA OLUŞAN İATROJENİK DURUMLAR

Prenatal tanı testleri bir fetüsteki genetik bozukluklar ile ilgili sorunların araştırılmasında kullanılırlar ve gebeliğin çeşitli dönemlerinde uygulanabilirler. Bu testlerin indikasyonları arasında anne yaşının ilerlemiş olması, Tay-Sachs gibi genetik özelliği bulunan ebeveynler ve kadının daha önce doğum defekti bulunan bir çocuk doğurmuş olması yer alır.

1. Amniosentez

Amniosentez, fetüste kromozom anormalliklerini ve hastalıkları saptamak için gebeliğin 15 ila 17 inci haftalarında yapılan bir işlemdir. Şırınga ile alınan amnion sıvı örneği Down sendromu gibi durumlar açısından test edilir.

Amniosentezin tehlikeleri daha aşağıda ele alınacaktır.

2. Koryon Villüs Biopsisi

Bu işlem kromozom anormalliklerini teşhis etmek için uygulanır. Gebeliğin ilk üç ayında yapılabilir. Plasentanın bir kısmını oluşturan koryon villüsleri, koryondan çıkıntı yapan ince oluşumlardır. Bu işlemde bir kateter ultrason kılavuzluğunda serviks yoluyla villüslerin bulunduğu alana sokulur ve şırınga ile aspirasyon yapılır. Transabdominal yolla koryon villüs biopsisi de yapıldığı bildirilmiştir.⁵

Koryon villüs biopsisi ile ilgili kısa süreli riskler arasında kanama, kramplar, amnion sıvısı sızması, enfeksiyon ve fetüs ölümü yer alır. Dünya Sağlık Örgütü'nün bir çalışmasına göre, bu işlemle ilgili spontan düşük oranı %3-4 civarındadır. Araştırmacıların çoğunluğu koryon villüs biopsisinin bir gebeliğe %1 oranında spontan düşük riskini katması konusunda fikirbirliği içinde bulunmaktadır.⁵

3. Kontraksiyon Stres Testi

Bu işlemde, fetüsün, kontraksiyonların neden olduğu plasenta kan akımındaki kısa süreli azalmayı tolere edip edemeyeceğini belirlemek için uterus kontraksiyonları oluşturulur. Kadının meme başı aralıklı uyarılarak ya da oksitosinle oluşturulan kontraksiyonlar sırasında fetüsün kalp hızı izlenir.

Bu işlemin tehlikeleri arasında erken doğumun uyarılması ya da uterusu daha önceden bir kesi yapılmışsa, oluşan kontraksiyonların uterus rüptürüne yol açması bulunur. Bununla birlikte, acil bir duruma cevap verebilme imkanları bulunan bir klinikte bu testle edinilen bilgi önemli olabilir.⁵

FETÜS ÖLÜMÜNE VE DÜŞÜĞE NEDEN OLAN İATROJENİK TRAVMA

İatrojenik düşüklere, tıbbi tedavi sonucunda kazara meydana gelirler. Birçok durumda, bu düşüklere gebe hastanın kötü veya eksik olarak ele alınmasına bağlıdır. Bununla birlikte, bir hekim kadının gebe olduğunu bilmeden onu düşüğe yol açan ilaçlar veya işlemlerle tedavi ettiğinde de iatrojenik düşüklere meydana gelebilir. Bazı durumlarda hasta tarafından doktora verilen bilgi yanıltıcı olabilir. Örneğin, hastanın ailesi ve arkadaşları ahlaki ve dini nedenlerle düşüğe karşı iseler, kadın kasdi olarak doktoru yanıltabilir. Diğer durumlarda, çoğu kez erken gebeliklerde olduğu gibi, kadın gebe olduğunu bilmeyebilir. Çünkü son adet zamanı ile ilgili kanama bulgusu bulunabilir.

1. Amniosentez

Amniosentez, fetüste solunum hastalığını ve çeşitli genetik bozuklukları teşhis etmek ve fetüsün cinsiyetini belirlemek için kullanılan prenatal tanı yöntemidir. Bu işlem sırasında karından veya suprapelvik bölgeden amnion boşluğuna bir iğne sokularak, amnion sıvısı örneği alınır ve analiz edilir. Bu invazif teknikle plasentanın, fetüsün ve göbek kordonunun yaralanma riski bulunur. Bazı yazarlar, amniosentezi müteakip spontan düşük riskinde bir artış olduğuna inanmaktadır.

Doğru bir şekilde yapıldığında, amniosentez ile ilgili riskler minimal olabilir. Fakat işlemin doğru bir şekilde uygulanması tecrübe ve hüneri gerektirir. Örneğin, fetüs veya plaseenta ile temas etmekten kaçınılması için iğnenin sokulacağı yerin dikkatlice seçilmesi gerekir. İğnenin en güvenli olan bir yerden sokulabilmesi için amniosentezin yeri seçilmeden önce, fetüsün prezentasyonu ve lokalizasyonu belirlenmelidir. Plasentanın lokalizasyonu ultrason aracılığıyla, fetüsün pozisyonu ise uterusun palpasyonu ile belirlenebilir.

Fetüs normal vertex prezentasyonunda bulunduğu anda, göbeğin altındaki üçgen şeklindeki bir alan fazla miktarda amnion sıvısı ihtiva eder. Bu kısım, amnion sıvısının ponksiyonu için uygun olan bir yerdir. Bununla birlikte, fetüsün lokalizasyonu ve prezentasyonuna bağlı olarak, fetüsün ensesinin civarındaki yerler de ponksiyon açısından güvenli olabilir.

Harrison ve arkadaşları, plasentanın yerinin ultrason ile belirlenmesinden hemen sonra amniosentezin yapılmasını önermektedirler. Bu araştırmacılar, yerin seçimi ile işlemin uygulanışı arasında hatta birkaç dakikalık bir zamanın geçmesi halinde bile, fetüsün amniosentezin yapılacağı yere doğru hareket etmesi olasılığının artacağını belirtmektedirler. Bu durumda fetüste yaralanma meydana gelebilir.⁶

İğne, fetüsün vücudunu deldiğinde, fetüs uğradığı travmadan dolayı

ölebilir. Fetüsün dalağı yaralanabilir, fetüste kalp tamponadı, pnömotoraks ve ciltaltı amfizemi meydana gelebilir. Plasentanın fetüs kısmındaki kan damarlarının delinmesi durumunda fetüs kanama sonucunda ölebilir. Göbek kordonunun fetüsün boynuna dolanmış olduğu durumlarda, iğne fetüsün başı veya omuzuna yakın olarak sokulursa, göbek kordonunda delinme meydana gelmesi mümkündür.

Fetüsün etrafında az miktarda amnion sıvısı bulunduğunda, fetüste yaralanmanın oluşması daha muhtemeldir. Bu nedenle, postmatür ve dismatür gebeliklerde yapılan amniosentezlerde fetüsün yaralanması olasılığı daha fazladır. Amnion sıvısı elde etmek için tekrar tekrar ponksiyon yapılan olgularda, fetüsün yaralanması ve ölmesi olasılığı daha fazladır.

İğne plasentayı delerse de fetüs ölümü meydana gelebilir.

Freda'ya göre, test miadda pubis bölgesinden yapıldığı takdirde, plasentanın delinmesi olasılığı azalabilir. Gebeliğin daha geç dönemlerinde, gebelik kesesi genellikle genişleyerek uterus boşluğunda büyük ölçüde pubisin alt kısmının üstünde yer alır. Bu şekilde, placenta da belki de pubis bölgesinde değildir. Bununla birlikte, ponksiyonun aşağıdaki bir yerden yapılmasının, pubis bölgesinde zarın yırtılma şansını artırıp artırmadığı ve önemli derecede amnion sıvısı sızmasına yol açıp açmadığı bilinmemektedir. 6

Amniosentezin spontan düşükten sorumlu olabileceğini gösteren bazı deliller bulunmaktadır ancak bu konuda yazarlar arasında görüşbirliği mevcut değildir. Amniosentez çoğu kez daha yaşlı ve problemli gebelikleri bulunan kadınlarda yapılır. Bu tür kadınların diğer gebelere nazaran düşük yapmaları daha muhtemel olduğundan, amniosentezle ilgili %1-3.5 oranındaki düşüklükleri gösteren istatistiksel veriler, bu kadınlar arasında düşük oranlarında artış bulunduğunu yansıtmaktadır.

2. Düşüğe Yol Açan Tanı ile İlgili Diğer Teknikler

Amniosentezin dışında, tanı ile ilgili bazı diğer teknikler de gebeliğin sonlanmasına neden olabilir. Örneğin, ovulasyonun olup olmadığını belirlemek için infertiliteden şüphelenilen kadınlarda yapılan endometrium biopsisinin bazen beklenilmeyen bir gebeliğin bozulmasına neden olduğu bilinmektedir. Tuba uterinallerin açık olup olmadığını anlamak için uygulanan test de düşüğe neden olabilir.

Bazen obstetrik muayeneden sonra düşük yapan bir kadın hekimi suçlar. İki elle uterusun hudutlarının belirlenmesi işlemi, normal bir gebeliği kesintiye uğratmaz. Ancak böyle bir durum düşük yapma eğilimi bulunan olgularda meydana gelebilir.

3. Rahim İçi Araçları ve Düşük

Intrauterin kontraseptif araçlar ince olup ağırlıkları azdır ve şekilleri çeşitlidir. Doğrudan rahim içine yerleştirildiklerinde, gebelikten oldukça

etkin bir korunma sağlarlar. Gebeliği önleme mekanizması kesin olarak bilinmemektedir.

Aracın uterusun istmusu veya servikse kayması ile gebeliğin olduğu birçok olgu bildirilmiştir. Eskiden, bu tür olgularda seçilecek tedavinin, aracın uterusu bırakılması olduğuna inanılıyordu. Günümüzde gebelik sırasında aracın yerinde bırakılmasına, spontan ve septik düşük riskini büyük ölçüde arttırdığı bilinmektedir. Eskiden bu risk artışının, aracın tipi ile ilgili olduğuna inanılıyordu. Günümüzde bu olgularda orta trimestr düşüklerinin semptomlarının nonspesifik ve nispeten sessiz olduğu bilindiğinden, daha sonra hızla enfeksiyona bağlı komplikasyonların ve ölümle sonuçlanan durumların gelişmesi nedeniyle, gebeliğini devam ettirmeyi isteyen kadınlarda rahim içi aracının hemen çıkarılması önerilmektedir. Rahim içi aracın erken olarak çıkarılması, spontan düşük oranını % 25-50 oranında azaltabilir.

Genelde rahim içi aracı normal yerinde bulunuyorsa, aracın ucunda bulunan küçük bir ipin veya kuyruğun servikal kanaldan dışarı çıkmış olduğu görülebilir. Eğer bu kuyruk görülemiyorsa, çeşitli ihtimaller ileri sürülebilir. Araç atılmış, anormal bir pozisyona gelmiş ya da uterus boşluğunda normal pozisyonunda bulunuyor olabilir ancak kuyruğu kaybolmuş olabilir. Bazen aracın elde edilmesi için uterusun içinin aletle muayenesi gerekebilir. Bununla birlikte, rahimiçi aracı çıkartmak için alet kullanılırsa düşük meydana gelebilir.

4. Oral Kontraseptifler ve Düşük

Doğum kontrol hapları ile kadın cinsiyet hormonlarının alınması, döl lenmiş olan ovumun uterusu implantasyonunu önleyebilir ve bunun atılmasına neden olabilir. Bu şekilde, gebe olduğunu bilmeyen kadınlara oral kontraseptiflerin verilmesiyle düşükler meydana gelebilir. Teknik olarak, cinsel ilişkiden sonra gebeliği önlemek için kullanılan bileşikler, gerçek kontraseptiften ziyade düşük yapıcı maddeler şeklinde sınıflandırılabilirler.

Annedeki folik asit eksikliğinin düşüğe neden olduğunu akla getirecek bazı deliller bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar folat eksikliğinin doğum kontrol haplarının kullanımı ile birlikte görüldüğüne inandıklarından, bazı olgularda oral kontraseptiflerin dolaylı olarak düşüğe neden olduğu ya da katkıda bulunduğu söylenebilir. Bununla birlikte, Pritchard ve arkadaşları, folik asit eksikliklerinin, beslenme eksiklikleri ve sosyoekonomik durumla ilgili olmasının daha muhtemel olduğunu göstermişlerdir.⁶ Bu araştırmacılar, oral kontraseptiflerin tek başına ciddi folat eksikliklerine neden olamayacaklarına inanmaktadırlar.

5. Düşük Yaptırıcı İlaçlar

Bir gebeye verilen çoğu ilaçlar, plasentayı difüzyon yoluyla geçerek

sonunda fetüse ulaşırlar. Aslında, bazı uzmanlar ilaçların geçtiği plasenta bariyeri kavramının kullanılmamasını ileri sürmektedirler. Bunlar anne kanındaki hemen hemen tüm elemanların, fetüsün kan akımı ile etkileşim yaptığı görüşüne inanmaktadırlar. Ne yazık ki, çoğu kez ilacın gebelik üzerine olan etkisini önceden sezinlemek mümkün değildir. Çünkü fetüs anneden ve aynı preparatın verildiği deney hayvanlarından oldukça farklı bir şekilde reaksiyon gösterebilir.

Fetüs üzerinde teratojenik etkileri bulunduğu bildirilen çok sayıda ilaç vardır. Bu teratojenik ilaçların çoğunun düşüğe neden olması muhtemeldir. Bu durum özellikle gebeliğin erken dönemlerinde yeterli miktarlarda alındığında söz konusudur. Bu olgularda, düşük, üreme sisteminin doğal olmayan gebelik ürününü atma eğilimi sonucunda meydana gelebilir.

Az sayıdaki ilacın kesin olarak düşüğe yol açtığı bilinmektedir. Hatta bunlardan bazıları anne için normal olan dozlarda verilse dahi, fetüsün ölümüne neden olabilirler. Örneğin, bazı analjezikler fetüsün solunumunu ortadan kaldırarak ölüme yol açabilir. Annede solunumu önemli derecede bozmayacak dozlarda alındıklarında dahi, fetüste ölümün meydana geldiği durumlar görülmüştür. Böylece, solunumu baskılayan morfin ve diğer ilaçlar, gebeliğini miadına kadar devam ettirmek isteyen kadınlarda kesin olarak kontraendikedir. Yüksek dozlarda verildiği taktirde sedatif ve antikonvülzan özellik taşıyan kloralhidrat fetüste ölüme yol açabilir. Bishidroksikumarin, sodyumvarfarin ve etilbiskomasetat da normal dozlarda alınsa dahi, fetüste ölüme neden olabilirler. Bununla birlikte, heparinin zararlı etkilerinin olduğu gösterilmemiştir. Aminopterin, siklofosfamid, ametropterin, merkaptopurin ve klorambusil gibi lösemiye tedavi etmekte kullanılan ilaçların düşüğe neden olduğu gösterilmiştir. Fetüste ölüme yol açan antibiyotikler arasında kloramfenikol ve tetrasiklin yer alır. Pek sık olarak kullanılması nedeniyle, tetrasiklin özellikle tehlikelidir. Tetrasiklin fetüsün karaciğerinde yağlanmaya neden olarak ölüme yol açabilir. Kininin de düşüğe yol açtığı bilinmektedir.

Bir gebe kadına ilaç yazan herhangi bir hekimin, yazdığı ilaçların ters etkilerinin tümünü bilmesi hem yasal hem de etik açıdan gereklidir. Ne yazık ki, yazılan ilaçların ters etkileri iyi bilinen etkileri dikkate alınarak kolayca belirlenemeyebilir. Tıp toplumunda ilaçların izole etkilerinden daha çok, diğer ilaçlar ile etkileşimleri konusunda gittikçe artan bir ilgi bulunmaktadır. Böylece, hekim tarafından yazılan birçok ilaç, eğer kimyasal veya diğer faktörler katkıda bulunan maddeler şeklinde etki ederlerse, zararlı etkisi nedeniyle düşüğe neden olabilir.

Genelde gebenin tıbbi tedavi için mutlak bir şekilde zorunlu olanların dışında herhangi bir ilacın kullanımından mümkün olduğunca kaçınması gerektiğine inanılmaktadır. Bununla birlikte, uygulamada bu standarda çoğu kez uyulmamaktadır. Araştırmalar gebe kadınların herhangi bir tıbbi gözetim olmaksızın, sıklıkla yüksek miktarda ilaç ve vitamin kullandıklarını göstermektedir.

6. Anestezi ve Düşük

1967 yılında Vaisman Rus anesteziyologlar arasında yüksek oranda spontan düşük meydana geldiğini bildirmiştir. Knill- Jones ve arkadaşları tekrarlanan bir şekilde anestezi gazlarına maruz kalmış olan kadınlarda düşük oranının, maruz kalmamış olanlara nazaran iki misli fazla olduğunu bildirmişlerdir.⁶

Bu bulguların iki açıdan önemi vardır : Birincisi, ameliyathanelerde veya anestezi gazlarının bulunduğu ortamlarda çalışan kadınlarda düşük riski fazladır. Bu nedenle bu gibi ortamlarda havalandırma sistemleri yeterli düzeyde olmalıdır. İkincisi, gebelikleri sırasında anestezi ile ameliyat geçiren kadınlarda düşük meydana gelebileceğinden şüphelenilmektedir.

7. Ameliyat ve Düşük

Ameliyatlarda uterus ve pelvisin dolaşımı kesintiye uğrarsa, anoksiye bağlı fetüs ölümünü düşük izler. Karın ameliyatları düşüğün meydana gelişinden sorumlu tutulmuştur. Bununla birlikte, dikkatlice yapıldığında herhangi bir zararlı etki oluşmaksızın ovaryum kistleri ve saplı miyomların çıkarılması mümkün olabilir. Üreme organlarının ve pelvisin distalinde yapılan ameliyatlar düşüğe yol açabilir.

Gebe kadınlarda yapılan büyük ameliyatlarda (özellikle eksploratris laparotomi) spontan düşük ve prematüre doğum riski bulunur. Genelde, bu riskten uterus kontraksiyonlarını önleyen veya durduran terbutalin ve ritodrin gibi uterusu gevşeten çeşitli ilaçların kullanılmasıyla kaçınılabilir.

Bununla birlikte, ilk trimestrde uterus kontraksiyonlarını inhibe etme yeteneğine sahip olan bu ilaçların verilmesinin uygun olmadığı kabul edilmektedir. Çünkü bu dönemde spontan düşüğün travmadan ziyade kromozom anomalileri sonucunda meydana gelmesi daha muhtemeldir. Uterusta kontraksiyonlar ve servikte dilatasyon bulguları ile erken doğum tanısı konulduğunda bu ilaçlar sadece ikinci veya üçüncü trimesterde verilmelidir.

Tokolitik ilaçlar ameliyat sırasında kullanılabilir. Bu kullanıma ameliyattan sonra devam edilebilir. Bu sırada hem anne hem de fetüs izlenir, yatak istirahati uygulanır ve sıvı uygulaması yapılır. Bu ilaçlar kalp hastalarında çok dikkatli uygulanmalıdır.

Bazı hekimler postoperatif olarak 7-10 gün süreyle progesteron verilmesinin düşük olasılığını azaltabileceğini ileri sürmektedirler. Ancak bu tedavi metodunun uygulanması henüz onaylanmamıştır.⁶

YABANCI MADDELERE KARŞI GELİŞEN REAKSİYONLAR

1. Nişasta Granulomları

Nişastalı eldiven pudrasının oluşturduğu peritoneal granülomlar tüberkülozu andırabilir. Bu tür olgularda yanlışlıkla pelvis tüberkülozu tanısı koyularak yanlış tedavi uygulanabilir. Bu tür olgularda nişastanın kaynağı daha önceki pelvis ameliyatıdır. Nişasta tozuna bağlı peritonit yapışıklıklara ve barsakta tıkanmaya neden olabilir.²

2. Mineral Yağ Granülomları

Bunlar dilatasyon ve kürtaj sırasında aletlerin kayganlaştırılması için mineral yağın kullanıldığı olgularda sekel olarak meydana gelebilir. Bazı olgular da cinsel ilişkide kayganlaştırıcı olarak kullanılan vazeline bağlı oluşabilir.²

Bu lezyonlar histolojik olarak yanlışlıkla malign şeklinde bildirilebilir.²

3. Lavaj Sıvısına Bulaşan Maddeler ve Kondom Emülsiyonunun Transuterin Geçışı

Pelvis peritonunda granülomlar lavajlara ve kondom emülsiyonuna bağlı olabilir. Bu tür lezyonlar yabancı maddelerin transuterin geçişine örnek oluşturur.²

4. Silis ve Talka Karşı Psödoneoplastik Reaksiyonlar

Ksantogranulomatöz Vaginal Psödötümör

Bu tür lezyonlarda talka karşı bir psödoneoplastik reaksiyon söz konusudur.²

Psödoadenomatoid Tümör

Bu tür bir olguda tümörde talka benzer kristallerin yanı sıra mezoteliyal hücre adacıkları ve fibrozis alanları belirlenmiştir. Benzer lezyonlar sezaryen nedbelerinde de görülmüştür.²

Psödofibröz Histiositomalar

Weiss fibröz histiositoma benzerlik gösteren enjekte edilen silise bağlı reaksiyonları tanımlamıştır. Tanımlanan olguda silisin sklerozan maddeye bağlı olduğu bildirilmiştir. Proppe ve arkadaşları vagina, prostat, mesane ve üretrada silissiz postoperatif psödosarkomlar tanımlamışlardır.²

Uterus ve Ovaryum Karsinomunda Talk ve Asbestos

Handerson ve arkadaşları serviks uterinin skuamöz hücreli karsinomu, endometriumun papiller adenokarsinomu ve overin papiller seröz kistadenokarsinomunda talk bulduklarını bildirmişlerdir. Bu araştırmacılar talk partiküllerinin tespiti için elektron mikroskobu kullanmışlardır.

Anteby ve arkadaşları asbest işinde çalışan kadınlarda over kanserinden ölüm oranının kontrol grubuna nazaran yedi misli fazla olduğunu belirtmişlerdir.²

İntrauterin Kontraseptif Aygıtlarla İlgili Psödosülfür Granülleri

O'brien ve arkadaşları rahim içi araçlara ait sentetik materyalin aktinomiçeslere benzerlik gösterdiğine dikkati çekmişlerdir. Böyle cisimler, Gram boyası ile gerçek misetomdan ayırt edilebilirler.²

Baryumla Pelviste İltihap Oluşumu

Barsaktan sızan baryum pelviste iltihap oluşumuna katkıda bulunabilir.²

HİSTOLOJİK TANIDAKİ HATALARA BAĞLI İATROJENİK DURUMLAR

1. Arias-Stella Atipisi

Arias-Stella atipisi endometrium karsinomu şeklinde yanlış olarak teşhis edilebilir. Gebelik ve progesteron etkisine sahip olan ilaçların kullanımı ekarte edilmedikçe, endometriumun iyi diferansiye berrak hücreli karsinomu tanısı düşünülmemelidir. Arias-Stella atipisinin endometriosiste ve özellikle tuba gebeliğinde tubada meydana gelebileceği de unutulmamalıdır.²

2. Atipik Mikroglandüler Endoservikal Hiperplazi

Oral kontraseptif kullananlarda meydana gelen bu lezyon günümüzde iyi bilinmektedir fakat bazen adenokarsinom şeklinde yanlış olarak teşhis edilebilir. Bu tür lezyonların oral kontraseptif kullananlarla sınırlı olmadığı ve mukovisidozisin varlığında, mukus oranının artacağı ve lezyonların polipoid şekiller alacağı noktaları da unutulmamalıdır.²

3. Menstruasyon Dönemindeki Endometrium

Bazen menstruasyon dönemindeki endometriuma ait kürtaj

materyalinde görülen guddu alanları, aralardaki polimorfonükleer lökositler ve ayrık haldeki stroma kalıntıları yanlışlıkla adenokarsinom şeklinde yorumlanır.²

4. Endosalpingeal Proliferasyonlar

Endosalpinksin psödoneoplastik hiperplazisi tüberküloza bağlı iltihaplanmanın karakteristik bir özelliğini oluşturur. Bununla birlikte, bu nokta hastalıkta her zaman görülmez.

Bu çeşit bir lezyon ayrıca kronik, piyojenik iltihabın rezolüsyonu sırasında da meydana gelebilir. Bereket versin ki, belirgin olan örnekler nadir görülmektedir. Çünkü karsinom alanları, endosalpinksin psödokarsinomatoz hiperplazisinden ayırt edilemeyebilir. Lenfosit toplulukları bu konunun karışıklığa uğramasına yol açabilir. Öte yandan, bunların varlığı rezolüsyon dönemindeki bir iltihabın bir kısmını ya da bir tümör antijenine karşı reaksiyonu gösterebilir. İltihabi hastalığı düşündüren bir anamnezin varlığının yanı sıra yaş ve histolojik değerlendirmenin göz önüne alınması durumunda bile son çözüme ulaşamayabilir. Eğer total histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi yapılmışsa, ovaryal ve endometrial neoplazinin varlığı, tuba kanseri lehine olarak sorunun çözümünde yardımcı olabilir.²

5. Mezotelial Kistik Lezyonlar

Bunlar özellikle uterus adneksleri civarında fibröz yapışıklıklarla birlikte çok sayıda küçük veya orta boyda kistler şeklindedir. Bu lezyonlar seroza hücreleri ile örtülü olarak bulundukları zaman, sıklıkla mezotelioma tanısının koyulmasına neden olurlar ancak cerrahide kullanılan keten tiftiği lifi, nişasta veya talk partiküllerinin bulunuşu önceki ameliyatı gösterir.²

6. Peritoneal Gliomatozis

Glia ve nöral elemanları ihtiva eden ovaryum teratomları ile peritonda dağınık şekilde bulunan implantasyon alanları tanıda yanılgıya neden olabilir. Bu tür lezyonlar yanlışlıkla habis olarak belirtilebilir.²

7. Eksik Tanı Koyma Yanlışlıkları

Vulvanın, serviksin ve vaginanın verrüköz karsinomunda ve endoservikte adenoma malignum olgularında histolojik tanıya bağlı yanlışlıklar yapılabilir.²

KAYNAKLAR

1. Bates, G.W., Cornwell, C.E : Iatrogenic Causes of Hirsutism, Clinical Obstetrics and Gynecology, Volume 34, Number 4, December 1991, pp.848-851.
2. Campbell, J.S., Mikhael, N.Z., Napke, E., Tryphonas, L., Drouin, P., Buttar H.S., Rowsell, P : Iatrogenic Disease of the Female Genital Tract, In Fox, H (Ed.) : Haines and Taylor Obstetrical and Gynaecological Pathology, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1987, pp.874-892.
3. Chowdhury, N.N.R : Drug-Induced Iatrogenic Conditions in Gynaecology, J.Indian M.A., Vol 58, No 10, May 16, 1972, pp.374-376.
4. Grant, M.C.G : Iatrogenic Gynaecological Disease, S. A. Medical Journal, 15 April 1967, pp.386-389.
5. Gray, R.N:Attorneys' Textbook of Medicine : Manual of Traumatic Injuries,Third Edition, Matthew Bender Comp., New York, 1989, pp.41/21-41/24.
6. Houts, M.M., Haut, I.H : Courtroom Medicine, Volume 3B : Death, Matthew Bender, New York, 1989, pp.28/34-28/75.
7. Schmidt, W.A : Pathology of the Vagina, In : Fox, H (Ed.) : Haines and Taylor Obstetrical and Gynaecological Pathology, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1987, pp.150,171.
8. Spring, D.B : Iatrogenic Disease of the Genitourinary System, In:Preger, L (Ed.) : Iatrogenic Diseases, CRC Press , Inc., Florida ,1986, pp.216-218.

7

Gebelik ile İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Murat Eke

GİRİŞ

Gebelik kadının ovaryumundan atılan ovumun cinsel ilişki sırasında erkekten boşalan meninin içindeki bir spermatozoon ile döllenmesi sonucunda meydana gelen bir durumdur. Suni döllemeden sonra da gebelik meydana gelebilir. Gebelik döllenme zamanından çocuğun doğumuna kadar devam eder. Mutad gebelik süresi yaklaşık olarak dokuz takvim ayı (40 hafta / 280 gün) dır. Spermin ovumu kesin olarak ne zaman dölediğini söylemek mümkün olmadığından, gebeliğin kesin olarak ne zaman başladığını söylemek de imkansızdır. Bu genellikle amenorenin başlangıcından itibaren kabul edilir.¹⁶

Gebeliğin 14 ila 45 yaşları arasında meydana gelmesi en olasıdır. Gebelik olasılığı aybaşlarının başlaması ile başlar. Aybaşı ırk ve iklime bağlı olmak üzere normalde yaklaşık olarak 12 ila 16 yaşları arasında başlar. Menstruasyon 18 veya 20 yaşına kadar gecikebilir fakat bazen çocuklarda 4 yaşında hatta daha erken başlayabilir. 8 ila 10 yaşındaki çocuklarda gebelik tarif edilmiştir. Bu çocukların birçoğunda menstruasyon erken başlamıştır. Menstruasyon devam ettiği sürece gebelik olasılığı mevcuttur. Aybaşları 45 yaşından sonra birçok kadında kesilir. Bu yaştan sonra gebeliğin meydana gelmesi sık görülmez. Bununla birlikte daha yaşlı kadınlarda gebelik tarif edilmiştir.¹⁶

Embriyo normalde uterus boşluğunun içinde gelişir. Bununla birlikte, gelişim anormal olarak tuba uterina veya karın boşluğu gibi yerlerde meydana gelebilir.

UYGULAMALI ANATOMİ VE FİZYOLOJİ

Önde uterus ile mesanenin, arkada ise uterus ile rektumun ilişkisi önemlidir. Uterus gerçek veya küçük pelviste bulunur ve periton ile örtülüdür. Tuba uterinalar uterusun üst kısmından sağ ve sol tarafa doğru ilerleyerek, ovaryumların bulunduğu kısımda sonlanırlar. Bu kısımda yumurta tubanın içine girer ve döllandikten sonra tuba boyunca ilerleyerek uterus boşluğuna gelir.¹⁶

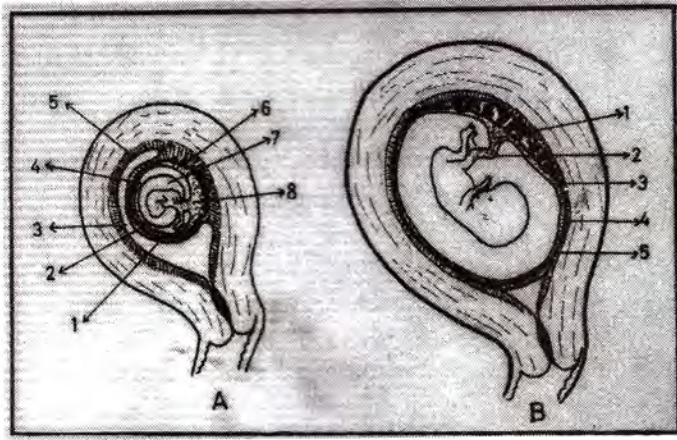
Uterus 28 günlük siklus sırasında proliferasyon, sekresyon, iskemi ve menstruasyon dönemlerinden geçen endometrium ile örtülüdür. Bu değişiklikler farklı hormonlarla meydana getirilir. Hipofiz bezi gonadotropik hormonları (folikül stimulan hormon ve luteinizan hormon) ile ovaryumları etkiler. Ovaryumdaki foliküller siklusun erken döneminde östrojen yaparlar. Ovulasyondan sonra folikül başlıcası progesteron olmak üzere hormonları yapan korpus luteuma dönüşür. Ovumun fertilizasyonu olmazsa, sonraki menstrüasyonun başlangıcından yaklaşık olarak 14 gün önce ovulasyon meydana gelir.¹⁶

Fertilizasyon ve Gelişme

Vaginada toplanan spermatozoonlar uterusun servikal kanalını ve daha sonra uterus boşluğunu geçerek ovumu döllandikleri yer olan tuba uterinalara giderler. Fertilize olan ovum daha sonra endometriumda implante olacağı yer olan uterusu geri döner ve burada gelişir. Şekil 7-1 'de uterus boşluğunun gelişen fetüs ile nasıl yavaş yavaş işgal edildiği ve plasenta ile göbek kordonunun nasıl geliştiği gösterilmektedir. Tam gelişmiş plasenta yaklaşık olarak 150 mm çapında ve 20 mm kalınlığındadır. Göbek kordonu plasentanın fetal tarafına yapışır. Bunun karşı tarafında plasenta ile uterus arasındaki intervillöz aralıkta villuslar yer alır. Burada villuslar anne kanı içinde serbest şekilde dururlar. Bu kısımda anne ile fetüs arasında gaz ve besin değişimi meydana gelir. Plasenta, ayrıca insülin ve immunoglobulinler gibi maddelerin geçişi yönünden seçici özellikte fizyolojik bir bariyer oluşturur.¹⁶

Göbek kordonu ortalama olarak 550 mm. uzunluğundadır. İçinden geçen iki arter kanı fetüsten plasentaya taşır. Kan göbek kordonunda bulunan bir ven ile plasentadan fetüseye taşınır. Bu damarlar Wharton peltesi adını alan jel şeklindeki bir madde içinde bulunurlar.¹⁶

Fetüs amnion sıvısı ile dolu olan bir kese içinde bulunur. Amnion sıvısının % 99' u sudur. İçinde elektrolitler, üre, ürik asit, kreatinin, albumin, glikoz ve hücreler bulunur. Amnion sıvısı fetüsü korur.¹⁶



Şekil 7-1 Uterusta fetüsün gelişimi. A: Gebeliğin ikinci ayının sonunda (1. Koryon lave, 2. Desidua kapsularis, 3. Uterus boşluğu, 4. Koryon boşluğu, 5. Desidua parietalis, 6. Desidua basalis, 7. Amnion boşluğu, 8. Koryon frondosum) B: Gebeliğin üçüncü ayının sonunda (1. Plasenta, 2. Göbek kordonu, 3. Amnion, 4. Desidua, 5. Koryon)

GEBELİĞİN TANISI

Gebelik kadının vücudunda bazı değişmelere neden olur. Hekimden kadının gebe olup olmadığını, yakın bir zamanda veya eskiden bir gebelik geçirip geçirmediğini belirlemesi istenebilir.

Gebelik, semptom ve bulgularına dayanılarak teşhis edilir. Gerektiğinde özel araştırmalar yapılır.

Gebeliğin semptomları kadının hekime anlattığı subjektif olaylardır. Bu nedenle, bunlar kesin delil özelliği taşımazlar. Bunlar fizik muayene ya da laboratuvar testleri ile pozitif objektif bulgular şeklinde kanıtlanmadıkça değer taşımazlar.

Günümüzde biokimyasal testler, birçok laboratuvar veya hızlı kit testlerinden oluşmaktadır. Bu testler, idrarda veya kanda ovaryum hormonlarının ve gebeliğe özgü diğer maddelerin varlığının belirlenmesine dayanır. Bunlar, konsepsiyonu izleyen ilk birkaç haftada bile gösterdikleri pozitif sonuca güvenilecek kadar hassastırlar.

Gebeliğin İhtimali Semptomları ve Bulguları 14,15,16

Amenore

Menstruasyonun durması anlamına gelir. Amenore genelde döllenme ile başlar ve çocuğun doğumundan birkaç ay sonrasına kadar devam eder. Bununla birlikte, nadir durumlarda hiç aybaşı görmeyen bir kadının gebe kalabileceği noktası unutulmamalıdır. Bundan başka, bazen döllenmeden sonra dahi aybaşları devam edebilir. Ayrıca gebeliğin dışındaki nedenler (örneğin, emosyonel bozukluklar, tüberküloz, ileri derecede anemi, genital sistemdeki patolojik lezyonlar, ortam değişikliği, tiroid bozuklukları, hipopituitarizm, hastanın muhtemel gebelikten korkması) amenoreye yol açar. Ayrıca gebe kadınların % 25'inde ilk trimestirde az miktarda ağrısız kanama görülebilir.

Bir kadın aybaşını taklit etmek için diğer bazı kaynaklardan elde ettiği kanı elbiselerine ya da petlere sürebilir. Böyle bir lekenin niteliğini saptamak için mikroskopik inceleme yeterli olabilir. Aybaşı kanında çok sayıda vagina epitel hücresi bulunur. Leke insan kanına ait ise izoaglutinasyon testleri ile grubunun belirlenmesi mümkün olabilir. Bu sonuç, ayrıca kadının kanında yapılan aglutinasyon testinden elde edilen sonuç ile karşılaştırılabilir. Sonuçlar birbiri ile uyumlu değilse, lekenin kadının dışındaki diğer bir kaynağa ait olduğu düşünülebilir.

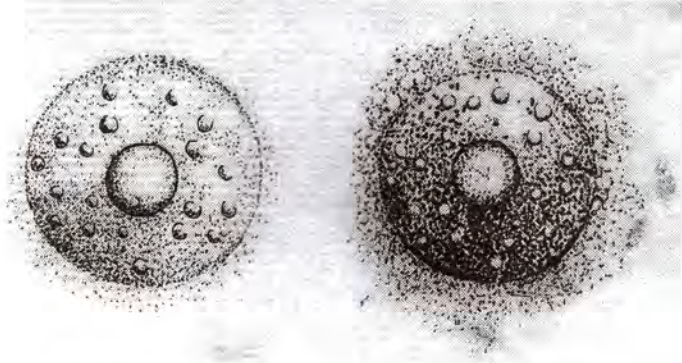
Gebelik Bulantı ve Kusmaları

Gebe kadınlarda sabahları uyandıktan hemen sonra meydana gelen bulantı ve kusmalar görülebilir. Bu durum sadece gebeliğin ilk aylarında söz konusudur ve daha sonra kendiliğinden kaybolur. Gebelerin % 50'sinde görülür. İlk çocuğuna gebe olan kadınlarda daha belirgindir.

Memelerdeki Değişiklikler

Gebelikte memeler ilerleyici bir şekilde büyürler ve dolgun bir hale gelirler. Meme başlarında kaşıntı hissi bulunur. Yağ bezlerinin büyümesine bağlı olarak areolalarda çok sayıda kabarık görünümde lekeler (Montgomery tüberkülleri) görülür (Şekil 7-2). Meme başları büyür ve daha koyu bir renk alır. 6 ncı aydan sonra derinin gerilmesine bağlı olarak memelerde çatlaklar oluşur. Memelerdeki venler belirgin bir hal alarak mavi çizgiler şeklinde görülürler. 4 ncü aydan itibaren memeler sıkıldığında kolostrum denilen sıvı gelebilir. Bu sıvı serbest haldeki yağ küreciklerinin yanı sıra yağ damlacıkları ile yüklü olan büyük fagositik hücrelerden oluşur. Kolostrum doğumdan 10

gün sonrasına kadar devam eder ve daha sonra bunun yerini süt alır. Bütün bu değişiklikler hormonal faaliyet sonucunda meydana gelir. Bu değişikliklerden bazıları ayrıca granuloza hücreli tümör gibi bazı ovaryum tümörlerinde de görülebilir.



Şekil 7-2 Memelerde Montgomery tüberkülleri.

Sık İdrara Çıkma

Gebe uterusun mesane üzerine baskısı sonucunda meydana gelir. Mesanenin tabanı büyüyen uterus ile baskı altında kalır ve irritabilite durumu gelişebilir. İlk üç ayda mesanede irritabilite ile sık sık ve gece idrara çıkma bulguları görülür. Uterus pelvisten dışarı doğru çıktıkça bu semptomlar azalır. Ancak 3 ncü trimestirde prezante olan kısmın baskısı mesanenin kapasitesini azaltır ve semptomlar tekrar sık olarak ortaya çıkar. Gebeliğin erken döneminde kabızlık sık olarak gelişir. Kabızlık yeme alışkanlıklarının değişmesi veya hormona bağlı barsak peristaltizminde azalma sonucunda oluşur. Bununla birlikte, bir kadın sıvı alımını devam ettirirse gerçek kabızlık meydana gelmez.

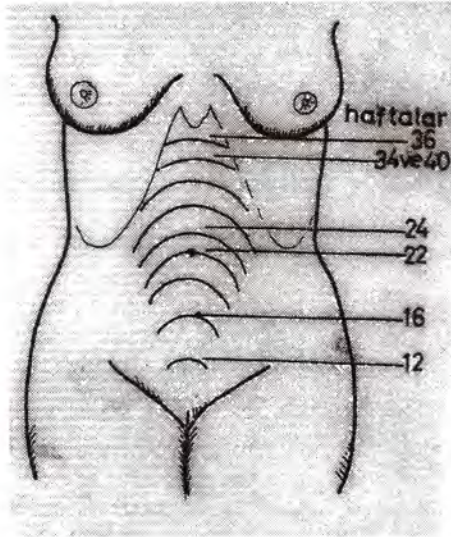
Karındaki Değişiklikler

Bazı kadınlar gebeliklerinin erken dönemlerinde karnın alt kısmında bir gerginlik hissinden şikayet ederler. Bu durum uterusun büyümesine bağlı olabilir ve gebeliğin bir semptomunu oluşturur.

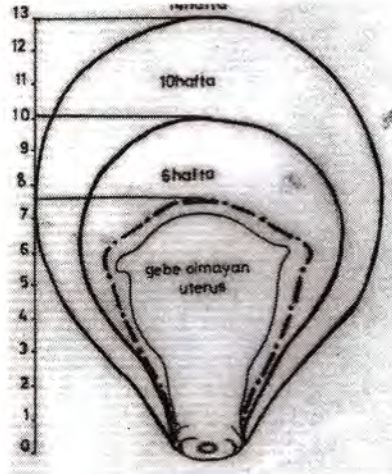
Gebelik sırasında uterus karın boşluğu içinde büyür (Şekil 7-3). Bu büyüme tanı koyulmasında yardımcıdır. Uterusun büyüklüğündeki artış, belirlenmiş olan bir listeye göre meydana gelir (Şekil 7-4).

Gebe olmayan bir uterus armut şeklindedir. Boyu 6,35 cm. ila 10,16 cm., eni 3,81 ila 5,8 cm., kalınlığı ise 2,54 cm. ila 3,82 cm.'dir. Bu ölçümler genellikle 7,62 cm.x 5,08 cm.x 2,54 cm. şeklindeki bir formülle gösterilir.

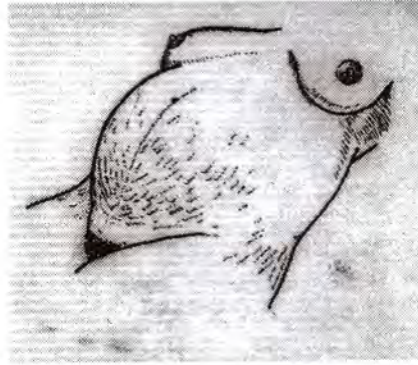
Gebe olan uterus büyüdüğünde korpusu ovoid bir şekil almaya başlar. 3 üncü aydan sonra büyüyen uterus senfiz pubisin kenarının üstüne çıkar ve yaklaşık olarak 10,16 ila 12,7 cm. uzunluğundadır. Fetüsü ihtiva eden korpus 7,62 ila 10,16 cm. serviks ise 2,54 cm. uzunluğundadır. 4 üncü ayda uterus 12,7 cm. uzunluğundadır ve fundusu göbek ile senfiz arasındaki mesafenin ortasında palpe edilebilir. 5 inci ayda uterus 15,24 cm. uzunluğunda olup bir şişe şeklindedir. Ovoid, yuvarlak bir korpusu ve kısaltmaya başlayan bir serviksi vardır. 6 ıncı ayda uterus 17,78 cm. uzunluğunda olup fundusu göbek hizasındadır. 7 nci ayda 20,32 cm. uzunluğunda olup fundusu göbek ile ensiform kırıkdağı arasındaki mesafenin ortasındadır. 8 inci ayda 24,13 cm. uzunluğundadır. Fundus ensiform kırıkdağı ile aynı seviyededir. 9 uncu ayda uterus 25,4 cm. ila 30,48 cm. arasında olup genişlemiştir. Alt ucu pelvisin içine doğru iner ve fundus 7 nci aydaki düzeyinde bulunur. 7 nci aydan itibaren karnın gerilmesi nedeni ile göbek, deri yüzeyi ile aynı seviyeye gelir ve 9 uncu ay civarında dışa doğru fırlar. Bu durum sadece karnın şişerek gerilmesini gösterir. Stria gravidarum (Linea albikantes) karnın gerilmesi nedeni ile oluşur ve karın duvarında beyaz çizgiler şeklinde görülür (Şekil 7-5). Çoğu olguda gebeliğin tanısı uterusun büyümesinden yararlanılarak koyulabilir. Bununla birlikte, gebelikte uterusun büyümesini taklit edebilen ve ayırımı güçleştirebilen birçok durum söz konusudur. Bunlar arasında şişmanlık, ovaryum tümörleri, asit, uterus myomu gibi patolojik olaylar sayılabilir.



Şekil 7-3 Gebelikte uterusun büyümesi.



Şekil 7-4 Gebeliğin birinci trimestirinde uterusun büyümesi.



Şekil 7-5 Gebelikte karın duvarında oluşan çatlaklar.

Jacquemier veya Chadwick Bulgusu

Gebe uterusun venöz dönüşü engellemesi nedeni ile gelişen kanın stazı sonucunda vagina mukozasının mavimsi veya morumsu bir renk alması durumudur. Uterustaki fibroidler de böyle renk değişikliğine neden olabilirler. Erken olarak meydana gelir ancak nadiren 4 üncü aydan önce aşikar olarak belgindir.

Hegar Bulgusu

Bu bulgu uterusun alt segmentinin yumuşaması ve sıkıştırılabilmesi durumudur. İki parmağı arka fornikse soktuktan sonra diğer el ile karın

üzerinden bastırarak ortaya çıkarılır. İki elin parmakları arasında uterus çok yumuşak olarak hissedilir. Bu bulgu 2 nci ve 5 inci aylar arasında ortaya çıkarılabilir (Şekil 7-6).



Şekil 7-6 Hegar bulgusu.

Goodell Bulgusu

Serviksin yumuşaması anlamına gelir. Gebeliğin 3 üncü ayından itibaren oluşur ve damarlanmanın artışına bağlıdır. Gebelikte serviks kulak memesi ile aynı kıvamdadır. Gebeliğin dışındaki durumda ise burun ucu ile aynı kıvamdadır.

Gebelik sırasında servikal mukus, servikal kanalı koyu kıvamda yapışkan bir tıkaç şeklinde tıkar.

Braxton- Hick Bulgusu

Aralıklı uterus kontraksiyonlarının karın yolu ile yapılan palpasyonla tespiti anlamına gelir.

Ballotman

Amnion sıvısı içinde yüzen fetüsün varlığını ortaya çıkartma yöntemidir. Bollotmanı ortaya çıkartmanın iki yöntemi vardır:

İç ballotman: İki parmak ön fornikse sokularak yukarı doğru itilir. Bu hareket fetüsün amnion sıvısı içinde yukarı doğru çıkmasına neden olur. Daha sonra bir top gibi aşağı doğru inen fetüsün ön forniksteki parmakların

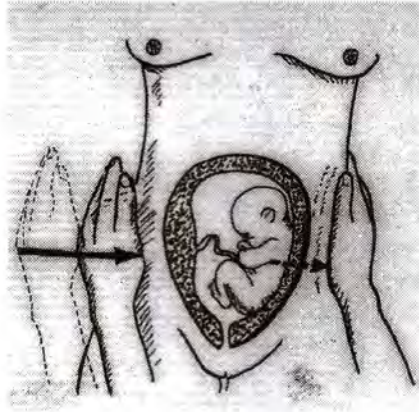
uçlarına çarptığı hissedilir (Şekil 7-7).



Şekil 7-7 İç ballotman.

Dış ballotman: Her iki avuç orta çizginin iki yanında karın üzerine koyulur. Bir el ile diğerine doğru itirilir. Bu hareket fetüsün itme yönünde hareket etmesine neden olur. Bu hareket diğer elde hissedilebilir (Şekil 7-8).

Ballotman da gebeliğin gerçek bulgusu değildir. Çünkü amnion sıvısı yeterli miktarda değilse ortaya çıkartılamayabilir.



Şekil 7-8 Dış ballotman.

Uterus Sufl'u

Yumuşak bir sufl olup anne nabızı ile senkrondur. Pubisin hemen üzerine koyulan bir stetoskop ile dinlenebilir. Gebeliğin 5 inci ayından itibaren ortaya çıkartılabilir. Kanın genişlemiş uterus arterlerinden geçişine bağlıdır.

Kordon Sufl'u

Fetüsün kalp sesleri ile senkron olan bir sufludur.

Plasenta Sufl'u

Plasenta alanının üzerinde hissedilen yumuşak bir sufl olup, fetüsün kalp atımı ile senkronudur.

16 ncı haftadan sonra çoğu gebe kadında yüzde, alın derisinde, burun sırtında ve malar çıkıntılar üstündeki deride değişik derecede koyulaşma meydana gelir (gebelik maskesi). Gebelik sırasında genellikle 10 ncü ila 36 ncı haftalar arasında muntazam bir kilo artışı bulunur. Bu bulgular gebeliğin tanısı açısından yeterli değildir. Adli olgularda bunların varlığına güvenilmez.

Şüpheli gebelik, gebelik semptom ve bulgularını taklit edebilen birçok durumdan ayırt edilmelidir. Pelvisin ön veya arka kısmında bulunan kistik over tümörleri gebe bir uterusu taklit edebilir. Bununla birlikte, over neoplazmları çoğu kez amenoreye neden olmazlar ve gebelik kadar hızlı bir şekilde büyümeyebilirler.

Özellikle uterusun fundusunda bulunan büyük bir tek tümör şeklindeki fibromyomun gebelikten ayırt edilmesi oldukça güç olabilir. Bununla birlikte uterus tümörleri amenoreye neden olmazlar. Bu tümörler yavaş büyüdüklerinden, iki ila üç hafta ara ile yapılan muayenelerde uterusu ya çok az değişiklik saptanır ya da saptanmaz. Gebelik ve fibromyomlar çoğu kez aynı zamanda görülürler. Bu gibi durumda tanı için mümkün olan her yöntemin kullanılması gerekebilir. Bir veya iki adet görmeyen veya adetleri normal olan ancak düzensiz kanaması bulunan kadınlarda fibromyom, over kisti veya diğer aşikar bir lezyon bulunsa dahi gebelik düşünülmelidir. Gebelik testleri ve sonografi bu gibi kadınlarda erken dönemdeki gebeliği teşhis etmede özellikle yardımcı olabilir. Erken dönemdeki bir gebelikten şüphelenildiğinde, radyolojik incelemenin bu safhada değeri yoktur ve uygulanmalıdır.

Gebeliğin Pozitif veya Kesin Bulguları ^{14,15}

Bunlar gebeliğin daha geç bulgularıdır. Adli olgularda yegane güvenilir bulgulardır. Gebeliğin kesin bulguları şunlardır:

Fetüsün Kalp Seslerinin Duyulması

Dördüncü ila beşinci aylar arasında fetüs kalp atımları bir stetoskop yardımı ile işitilebilir ve sayısı belirlenebilir. Fetüs kalp atımlarının sayısı yaklaşık olarak beşinci ayda 160/dk, dokuzuncu ayda ise 120/dk dır. Fetüs

kalp atımlarının tespiti gebeliğin kanıtlanmasını sağlar. Ayrıca anne karnındaki fetüsün canlı olduğu anlaşılır. Fetüs kalp sesleri duyulamadığında, gebelik hakkında bir kanı oluşturulmadan önce, bazı muayeneler yapılmalıdır. Uterusun üzerinde işitilen yumuşak bir üfürüm (uterus suflu), fetüsün kalp sesleri ile karıştırılabilir. Uterus suflünün anne nabzına uyum gösterdiği unutulmamalıdır. Fetüs kalp sesleri aşağıdaki durumlarda işitilemez: a. Muayenenin 18 inci haftadan önce yapılmış olması, b. Karın duvarının çok yağlı oluşu, c. Amnion sıvısının aşırı miktarda olması, d. Fetüsün uterus içinde ses naklinin mümkün olmadığı bir pozisyonda bulunuşu, e. Fetüsün ölmüş olması.

Fetüsün Hareketlerinin ve Kısımlarının Hissedilmesi

Gebeliğin 4 ncü ayından itibaren uterus içindeki fetüsün hareketleri gebe kadın tarafından hissedilir. Fetüs hareketleri, dördüncü aydan sonra eller karın üzerine koyulmak suretiyle hissedilebilir. Bu hareketler beşinci ay civarında gözle görülebilir. Fetüs hareketleri, canlı olan fetüse ait kesin delil özelliğindedir. Baş ve ekstremiteler gibi fetüse ait olan kısımlar bazen elle tanınabilir.

Gebeliğin Radyolojik Olarak Tanısı

Yaklaşık olarak gebeliğin 15 ila 16 ncı haftalarında fetüsün kısımları kesin olarak belirlenebilir. Fakat bazen bu kısımlar 10 hafta kadar erken olarak da saptanabilirler.

Annenin pelvisinde araştırılması gereken gölgeler şunlardır:

1. Kafatasına ait yarım ay veya annüler şeklindeki gölgeler,
2. Omurgaya ait seri haldeki küçük noktalar,
3. Kaburgalara ait seri halde, ince, kavisli, paralel çizgiler,
4. Ekstremitelere ait lineer gölgeler

Kafatası ve omurga genellikle 15 ila 16 ncı haftada görülür.

Fetüs ölümünü gösteren radyolojik bulgular şunlardır:

1. Spalding bulgusu (kafatası kemiklerinin birbiri üstüne binmesi bulgusu),
2. Kas tonusunun yokluğuna bağlı olarak omurgada çökme,
3. Kalpde ve büyük damarlarda gaz varlığı,

Daha sonraki dönemdeki radyolojik inceleme ikiz gebeliğin, fetüs ölümünün, fetüsteki anormalliklerin ve mol hidatiformun tanısında değerli olabilir. Bununla birlikte, radyasyonun tehlikeleri nedeniyle gebelikte radyolojik incelemeye pek fazla başvurulmaz.

Ultrasonografi ile Gebeliğin Tanısı

Gebelik kesesi 6 ncı hafta civarında görülür. Gebelik kesesinin içindeki embriyoya ait ekolar ise 8 nci hafta civarında görülür. Fetüsün kalp atımları 12 nci hafta, başı ve göğüsü ise 14 ncü hafta civarında saptanabilir. Bu işlem güvenli olup radyolojik inceleme gibi fetüsün sağlığına zararlı değildir. Ultrasonografi ile fetüsün büyüklüğü, fetüsteki anormallikler ve çoğul gebelik tanısı koyulabilir.

Doppler ile Fetüsün Kalp Seslerinin Duyulması

Doppler aygıtı ile 12-14 ncü haftada fetüs kalp sesleri ortaya çıkartılabilir.

***İmmunolojik Gebelik Testleri* 14,15**

İnsan koryonik gonadotrofik hormonunun antijenik özelliğinden yararlanılarak yapılır. 2 dakika içinde netice verir. İnsan koryonik gonadotrofik hormonu ve insan koryonik somatomamnotropini sinsisyal trofoblastik hücrelerden annenin vücut sıvıları içine salgılanır. Anne kanında yaklaşık olarak ovulasyondan sonraki 8 inci günde belirlenebilir. Salgılanma hızı artarak yaklaşık olarak ovulasyondan sonraki 7 nci haftada maksimum düzeye erişir ve ovulasyondan sonraki 16 ncı haftada nispeten düşük bir değere inecek şekilde azalır. Bu testlerde insan koryonik gonodotrofik hormonunun tespiti için başka bir madde ile reaksiyona girecek olan antikorlar kullanılır. Bu testler çok uygun ve güvenilirdir. Doğruluk oranı % 98' dir. Sabah idrarı en yüksek değerde insan koryonik gonodotrofik hormonunu ihtiva edeceğinden test için tercih edilmelidir.

Test ile doğumdan sonra yaklaşık olarak yedi gün pozitif sonuç alınır. Gebeliğin bulunduğu ancak ovumun ölmüş olduğu durumda, sonucun negatif olduğu görülür. Mol hidatiform ve koryokarsinom gibi patolojik durumlarda, koryonik gonadotrop hormon yapımı nedeniyle, pozitif sonuç elde edilir.

İnhibisyon (İndirekt) Lateks Lam Testi

Basit ve hızlı sonuç veren bu testte saflaştırılmış insan koryonik gonodotrofik hormonu ile kaplı bulunan lateks partikülleri kullanılır. Bir lam üzerinde bir damla antiserum, bir damla idrar ile 30 saniye süre ile karıştırılır. Daha sonra buna iki damla hassas hale getirilmiş lateks partikülü ilave edilir, antiserum ve idrar kombinasyonu ile karıştırılır. Lam iki dakika süre ile sallanır. Eğer idrarda koryonik gonodotrofik hormonu bulunuyorsa anti- insan koryonik gonodotrofik antikor ile birleştirecektir. Bu durumda lateks insan koryonik gonodotrofini ile bağlanacak olan serbest halde antikor kalmaya-

caktır ve lateks partiküllerinin aglutinasyonu olmayacaktır (pozitif test). Eğer idrarda insan koryonik gonadotropik hormonu bulunmuyorsa lateks insan koryonik gonodotropik hormonu ile birleşecek olan antikor serbest kalacak ve lateks partiküllerinin aglutinasyonuna neden olacaktır (negatif test).

Direkt Lateks Lam Testi

Bu testte lateks ayracı anti- insan koryonik gonodotropik hormonu antikorları ile kaplı olan partiküllerden oluşur. Bu araç idrar ile doğrudan karıştırılır. Eğer idrarda insan koryonik gonodotropik hormonu bulunuyorsa antikorlarla birleşme meydana gelecek ve lateks partiküllerinin aglutinasyonuna neden olacaktır (pozitif test). Eğer idrarda insan koryonik gonodotropik hormonu bulunmuyorsa lateks partikülleri ile aglutinasyon meydana gelmeyecektir (negatif test).

Tüpte İnhibisyon- Hemaglutinasyon Testi

Küçük bir deney tüpünde idrar anti- insan koryonik gonodotropik anti- serumu ile reaksiyona sokulur ve insan koryonik gonodotropu ile kaplı bulunan eritrosit hücreleri ilave edilir. Tüpün içeriği karıştırılır ve oda ısısında iki saat bırakılır. İdrar insan koryonik gonodotropik hormonu ihtiva ediyorsa antikorla birleşme olacaktır. Bu durumda eritrositler üzerindeki insan koryonik gonodotropini ile reaksiyon verecek antikor kalmayacaktır. Aglutine olmamış olan hücreler aşağı doğru çökecek ve tüpün dibinde kırmızı bir halka şeklinde görülecektir (pozitif test). Eğer idrar insan koryonik gonodotropin hormonunu ihtiva ediyorsa, anti- insan koryonik gonodotrop antikor eritrositler üzerindeki insan koryonik gonodotropini ile reaksiyon verecek ve hemaglutinasyona neden olacaktır. Aglutinasyona uğrayan maddeler çökecek ve tüpün dibini yeknesak bir şekilde kaplayan bir görünüm meydana gelecektir (negatif test).

Hemaglutinasyon- inhibisyon testi iki dakikalık lam testinden daha hassas ve daha doğrudur. Hemaglutinasyon inhibisyon testleri idrarın her mililitresindeki 0,5 ila 1 insan koryonik gonodrofin hormon İ.Ü birimini saptayacak kadar hassastır. Halbuki lam testinde 2 İ.Ü. biriminden daha azı saptanamaz.

Radioimmünassay

Bu yöntemde antikor veya antijen ile işaretlenmiş özel bir izotopun radyoaktivitesi, test örneğindeki antijen veya antikor saptamak ve miktarını belirlemek için kullanılır. Bu durum ovulasyondan 8 gün sonra ve implantasyonu izleyen günde gösterilebilir.

Eliza Testi

Bu testin prensibi de radioimmunassay ile aynıdır. Burada genellikle penisilinaz enzimi kullanılır. Bu test lateks aglutinasyon testinden dört defa daha hassastır. Test iki saatte tamamlanır ve son aybaşı döneminden 32 gün sonra pozitif netice verir.

Bazen adli açıdan bir kadının gebe olup olmadığının açıklığa kavuşturulması gerekir. Yaşayan kimselerde sadece adli nedenlerle histolojik inceleme yapılamaz. Bununla birlikte tıbbi nedenlerle uterustan kürtaj yolu ile doku materyali elde edilerek histolojik olarak incelenebilir. Endometrium ve uterus içeriği ile ilgili kısımlar incelenir.

Sadece fetüs kısımları ve koryon villüsleri meydana gelmiş olan bir gebeliğin kanıtıdır. Tıbbi olmayan nedenlerle yapılan düşüklerin sayısındaki artıştan önce sağlam gebelikten kürtaj materyalinin elde edilerek incelenmesi nispeten nadirdi. Elde edilen materyal büyük ölçüde düşük sonrasında yapılan kürtajlardan elde ediliyordu.⁷

Gebelik meydana geldiğinde çok sayıdaki kürtaj materyalinde sadece iltihabi veya gerileyici değişikliklere uğrayan doku elemanları bulunur. Bu gibi durumda gebeliğin tanısının koyulması tecrübeyi gerektirir. İyi korunmuş ve normal yapısını muhafaza eden koryon villuslarının tanısı herhangi bir güçlük yaratmaz. Hyalinize olmuş, yaygın bir şekilde yıkım gösteren ya da gölgeler şeklinde görülebilen koryon villusları sorunlar doğurabilir. Bu gibi durumlarda önceki gebeliğe işaret edebilen kürtaj materyalinin geri kalan unsurları incelenmelidir. Örneğin endometriumun desidual stromal transformasyonu gibi.⁷

Sadece desiduanın bulunuşu gebeliğin kanıtı değildir. Korpus luteumun hormonal aktivitesini gösterir. Desidua ayrıca gebelik olmaksızın da oluşabilir. Örneğin korpus luteumun persistansı veya hiperaktivitesi ve hormonal yönden aktif olan çeşitli over tümörleri durumlarında görülebilir.⁷

Arias-Stella reaksiyonunun önemi tartışmalıdır. Korpus uterinin mukozasında atipik glandüler değişiklikler bulunur. Arias-Stella reaksiyonunun tek başına gebeliği göstermeyeceği bilinmelidir.⁷

SON ZAMANLARDA YAPILMIŞ OLAN DOĞUMLA İLGİLİ BULGULAR

Uterus, yaklaşık olarak onuncu ila ondördüncü güne kadar pubisin üstünde palpe edilebilir. Vagina girişinde genişleme ve gevşeklik tespit edilir. Perinede yırtık bulunabilir. Yedinci güne kadar kanlı loşi, daha sonraki bir ila iki haftada ise kahverengimsi renkte loşi akıntısı görülür. Memelerde şişme ve gerginlik, sıklıkla üçüncü günden sonra süt gelişi dikkati çeker.

Areolada pigmentasyon görülür. Karın derisinde pembemsi renkte çatlaklar tespit edilir. Servikte ayrıca taze yırtık görülebilir.

ESKİDEN GEÇİRİLMİŞ OLAN GEBELİK İLE İLGİLİ BULGULAR

Karında beyaz renkli çatlaklar görülür. Servikte sıklıkla kalıcı özellikte dilatasyon ve eski nedbe dokuları tespit edilir. Meme areolalarında kalıcı özellikte koyulaşma vardır. Perinede eski yırtık bulgusu bulunabilir. Vagina duvarlarında kızlıkta görülen kıvrımlar tespit edilmez. Karın duvarında orta hatta göbekten pubise kadar uzanan koyu renkli bir çizgi görülür.

ÖLÜDE GEBELİĞİN BULGULARI

Dış muayenede ölmüş olan kadının bulunduğu gebelik döneminde görülen bulgular tespit edilir. Postmortem muayenede, aşağıdaki tanı koydurucu bulgular aranmalıdır:

a. Ovum veya fetüsün varlığı: Ölümden sonra, uterusda döllenmiş olan ovum, fetüs, plasenta, zarlar veya diğer herhangi bir gebelik ürününün bulunuşu, gebelik açısından pozitif delilleri oluşturur. Mezardan çıkarılan bir cesette, kalıntılar arasında fetüsün kemiklerine ait kısımlar bulunabilir veya bunlar radyolojik inceleme ile tespit edilebilir.

b. Uterustaki değişiklikler: Gebelik nedeniyle, uterus kalınlaşmış ve büyümüştür. Bu büyüme hali, hem uzunluğunda hem de genişliğinde söz konusudur. Gebelikte uterusun ağırlığı artar. Gebe olmayan uterus 50 gr. ağırlığındadır. Halbuki miadındaki bir gebelikte uterusun ağırlığı 1 kg'a ulaşır. Uterusun mikroskopik incelemesinde, gebeliğin varlığını gösteren koryon villüsleri tespit edilebilir.

c. Korpus luteum: Ovaryumda korpus luteumun varlığı, gebeliği kuvvetlendirici delildir. Tek başına bulunuşunun adli açıdan değeri yoktur. Gebeliğe rağmen, korpus luteumun bulunmadığı olgular görülmüştür. Ayrıca gebe olmayan veya menstruasyon görmeyen kadınların ovaryumlarında korpus luteum bulunmuştur.

Ovaryumda Graaf folikülünden ovumun atılmasından sonra korpus luteum oluşur. Normalde, folikülün rüptüründen sonraki ilk 5-6 günde büyüklüğü artar ve daha sonra dejenere olur. Gebeliğin meydana geldiği olgularda büyümeye devam eder ve gebeliğin 12-14 üncü haftasında maksimum büyüklüğüne ulaşarak, ovaryum yüzeyinde bir çıkıntı oluşturur. Daha sonra doğum zamanında farkedilebilmesine rağmen, yavaş bir şekilde gerileme gösterir.

Açıklığa kavuşturulmamış bir ölüm olgusunda gebeliğin meydana gelmiş olduğundan şüphelenildiğinde veya fetüs bulunmadığında makroskopik bulgular bu durumu düşündürdüğünde, aşağıdaki histolojik

incelemelerin yapılması önerilir: Özellikle fundus bölgesinde ve tuba uterinaların açılarında olmak üzere, plasenta artıkları yönünden uterusun iç yüzeyi incelenir. Vagina, parametrium ve adneksler de dahil olmak üzere bütün uterustan fazla miktarda örnek alınması gerekir. Plasenta artığına yapışan şüpheli materyal lokalizasyon ve büyüklük bakımından tanımlanmalıdır. Histolojik olarak plasenta artığı olduğu kanıtlanmış olan dokular ve koryon villusu olduğu kesin olan kısımların çoğu kez kan koagulumu, fibrin ve iltihabi birikintiler ile önemli derecede büyüme göstereceği noktası unutulmamalıdır. Plasenta artıkları ile sekonder depozitler arasındaki ilişki makroskopik ve histolojik raporlarda belirtilmelidir. Bu ayrıntılar önemli morfolojik delilleri oluştururlar.⁷

Plasenta artıklarının gösterilebilmesi için uterusun iç yüzüne seri halde diklemesine kesitler yapılmalıdır. Myometrium da tam olarak kesilmelidir. Aksi takdirde plasenta inkreta olgularında uterus duvarında derinlere kadar ilerleme gösteren koryon villusları belirlenemez. Eski plasenta artıklarında plasenta kısımlarının önemli regresif değişikliklere uğrayabileceği ve fetüsün ölümünden itibaren geçen süreye uyan dejenerasyon bulguları gösterebileceği noktası da unutulmamalıdır. Bu sürenin kabaca belirlenmesi mümkündür. Koryon villuslarının artıkları gebelikten iki üç ay sonra bile Giemsa boyası ile hâlâ belirlenebilir.⁷

Gebelikten sonra göç eden koryal hücreler uterus kasında ve bazen parametriumdaki lenf damarlarında sık olarak tespit edilebilir. Bunlar başlıca mononükleer hücreler olup, villusun sinsisyal yüzey tabakasından kaynağını alırlar. Normal bir gebelikte de uterus duvarında görülebilirler. Giemsa boyasını kullanarak myometriumdan nispeten iyi bir şekilde ayırt edilebilirler.⁷

Gebelik korpus luteumunun histolojik olarak araştırılması adli açıdan pek fazla işe yaramaz. Korpus luteumun sekresyon ve deskuamasyon fazlarında saptanması veya devam eden korpus luteumun histolojik olarak belirlenmesi gebeliğin ilk dönemlerinde kesin olarak mümkün olmayabilir. 3 ila 4 ayı aşan ilerlemiş bir gebelikte, çoğu olguda dış bölgesindeki tipik yapısı ile gebelik korpus luteumu kesin olarak belirlenebilir. Fetüsün doğumu veya ölümünden hemen sonra başlayan regresif değişiklikler ile gebelikten birkaç gün sonra dahi histolojik olarak tespit etme olasılığı büyük ölçüde sınırlı hale gelir.⁷

Hipofiz ön lobunun gebelik hücreleri açısından histolojik olarak incelenmesi önerilmektedir. Bu hücreler gebeliğin sonunda ve laktasyon sırasında ortaya çıkarlar. Sitoplazmalarında ince granüller bulunur. Performik asit-alsiyan mavisi ve periodik asit- Schiff turuncusu gibi boyaların kullanılması sayesinde görünür hale getirilebilirler. Bu hücreleri sayarak ve bu sayıyı hipofizin ön lobundaki normal hücre oranı ile karşılaştırarak gebeliğin tanısı koyulabilir. Burada da doğumdan, fetüs ölümünden laktasyonun sona ermesinden sonra hızla başlayan regresyon (özellikliğini kaybederek bozulma) bulguları göz önüne alınmalıdır.

Diğer spesifik bulgular olmaksızın sadece laktasyon bulguları yönünden meme bezlerinin histolojik olarak araştırılması, gebeliğin gösterilmesi

açısından değer taşıyabilir. Hormonal yönden aktif olan tümörlerin varlığında veya hormon tedavisinin uygulandığı durumlarda gebelik bulunmasa dahi çeşitli hormonal etkilerle süt sekresyonu başlayabilir.⁷

GEBELİĞİN SÜRESİ

Bir kadının kocasının yokluğunda meydana gelen gebelik nedeniyle zina durumunun iddia edildiği boşanma davalarında gebeliğin süresi konusunda görüş istenebilir.^{8,10}

1. Gebeliğin Ortalama Süresi

Gebeliğin kabul edilen ortalama süresi son adetin birinci gününden itibaren 280 gündür. Bu şekilde gebeliğin gerçek süresi yaklaşık olarak 270 gün veya daha azdır. Çoğu kadında gebelik süresi 40 haftadır.

2. Gebeliğin Maksimum Süresi

Gebeliğin maksimum süresi tartışmalıdır fakat tıbbi açıdan 42-43 haftayı geçmesi muhtemel değildir. Bazı araştırmacılar tarafından gebelik süresi 328 gün olan olgular saptanmıştır. İngiliz Mahkemeleri tarafından kabul edilen maksimum süre 349 gündür. Genellikle gebelik süresi ne kadar uzunsa doğacak bebek de o kadar iri olur.

3. Gebeliğin Minimum Süresi ve Yaşayabilme Yeteneği

210 gün veya daha fazla bir süre rahim içi yaşamdan sonra doğan çocukların yaşama yetenekleri bulunmaktadır. 180 günlük rahim içi yaşamdan sonra doğan çocuklar yaşama yeteneğine sahip olabilirler ve annelerinden bağımsız halde yaşamlarını sürdürebilirler. Bazen bundan daha önce doğmuş olan bebeklerin yaşadıkları ve büyüdükleri görülmüştür.

ADLİ TIP AÇISINDAN FETÜSÜN SOMATİK GELİŞİMİ İLE GEBELİK SÜRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çoğu olguda fecondasyon zamanı kesin olarak bilinmediğinden, embriyonun yaşının tam olarak belirlenmesi her zaman mümkün olmaz. Büyük serilerle ilgili istatistiklerden edinilen ortalama değerlere göre, fetüsün yaşı belirlenebilir fakat bu değerler gerçek gebelik yaşından bireysel olarak farklılıklar gösterebilirler. Bununla birlikte, klinik ve adli uygulamalar açısından, fetüsün yaşının günlük tıbbi uygulamanın gerektirdiği ölçüde belir-

lenmesi önemlidir.

Çok sayıda veri bulunduğundan, yaşla ilgili obstetrik ilişkiler genellikle çok daha iyi bilinmektedir. Olguların çoğunluğunda, son menstrüel siklusun ilk günü ve hatta döllenmeye neden olan cinsel ilişkinin tarihi bilinebilir. Ayrıca, fetüsün intrauterin gelişimi konusunda verilere (aylara göre uterusun büyümesi, fetüsün ilk hareketleri, v.b.) sahip olabiliriz. Bundan başka, yeni doğan bebeğin gelişimi ve olgunluğu konusundaki verileri (vücut ölçüleri: boy, ağırlık, başın çevresi, v.b.) bilebiliriz.

Bunun aksine, adli tıp uygulamasında fetüsün yaşını belirleyebileceğimiz önemsiz sayıda veri bulunmaktadır. Bununla birlikte, adli tıp uygulamasında fetüsün yaşının kesin olarak belirlenmesi çocuğun nesebinin ispatı ile ilgili davalarda ya da fetüsün yaşamına karşı işlenen suçlarda (kriminal düşük, infantisid, v.b.) özellikle önemlidir. Klinik uygulamada olduğu gibi, çocuğun nesebinin ispatı ile ilgili davalarda, ayrıca doğum koşulları, doğan fetüsün ölçüleri, son menstruasyon günü ya da iddia edilen cinsel ilişkinin tarihi, v.b. genellikle bilinir. Adli tıp uzmanı bu verilere dayanarak çocuğun iddia edilen cinsel ilişki sonucunda meydana gelip gelemeyeceği konusunda karar vermelidir. Diğer bir deyimle, söz konusu çocuk ne kadar olasılıkla iddia edilen cinsel ilişkinin sonucunda meydana gelmiştir? İddia edilen cinsel ilişkiye bağlı gebelik ekarte edilebilir mi?

Çocuğun nesebinin ispatı ile ilgili davalarla bağlantılı olarak fetüsün yaşının belirlenmesi konusunda çok sayıda kaynak bulunmaktadır. Adli tıp uygulamasında, babalık sorununu çözüme kavuşturmada yardımcı olan geniş istatistiksel incelemelere dayalı uygun yöntemler bulunmaktadır. Günümüzde nesep tayini için DNA incelemesi yapılmaktadır.

Gebelik yaşı (süresi), cinayet sonucunda ölen bir fetüsün ölüsü ya da kalıntılarına (birkaç kemiği) dayanılarak belirlendiğinde, çok güçlüklerle karşılaşılır.

Farklı kemiklerin ölçümelerini yaparak, muhtemel olan en büyük kesinlik derecesiyle vücudun boyu ve yaş belirlenebilir. Çoğu kriminal olgularda adli tıp uzmanının fetüsün gelişim derecesi ve doğduğu zaman yaşama yeteneğine sahip olup olmadığı konusunda cevap verebilmesi yeterlidir. Diğer olgularda doğmuş olan fetüsün iddia edilen cinsel ilişki ile bağlantılı olup olmadığı veya bu olasılığın ekarte edilip edilemeyeceği soruları cevaplandırılmalıdır. Fetüsün gelişme derecesi birçok bilinmeyen faktöre bağlı olduğundan bu son soruya cevap verilmesi çok daha güçtür. Bazı kemiklerin ölçümleri ile ilgili verilerden elde edilen vücut uzunluğuna ilişkin regresyon grafiklerinde vücudun boyuna uyan gebelik yaşları da gösterilmektedir. Vücudun boyundan, geniş hudutlar içinde gebelik yaşı belirlenebilir. Bazı olgularda kemik ölçülerine dayanarak vücudun boyu ile gebelik yaşı arasındaki ilişkinin daha kesin bir şekilde belirtilmesi gerekebilir. Benzer şekilde çocuğun nesebi ile ilgili olgularda iddia edilen cinsel ilişki ile söz konusu fetüsün gelişim derecesi arasındaki ilişkinin olasılığı konusunda bir fikir verebiliriz.

Fetüsün gelişim durumu ile gebeliğin süresi arasındaki ilişkiyi incelemeden önce gebeliğin belirli bir dönemine uyan fetüsün fiziksel gelişimi ve vücut boyunu etkileyen faktörlerin ele alınması uygun olacaktır.

Bilindiği gibi, fetüsün intra-uterin gelişimi birçok faktörle etkilenmektedir. İntra-uterin gelişim konusunda çok sayıdaki veri oldukça farklılık gösterir. Bu nedenle intra-uterin gelişimin çeşitli dönemlerine uyan yeknesak ölçümler verilemez. Sadece fetüslerle ilgili ortalama ölçüler verilebilir. Bireysel farklılıklar söz konusu olabilir. Örneğin söz konusu fetüs ortalama değerden daha büyük veya küçük olabilir. Bu bakımdan sadece geniş serilerden edinilebilen istatistiksel veriler değerlendirilebilir. Ayrıca ırk, coğrafik ve iklim faktörlerine bağlı farklar da göz önüne alınmalıdır. İstatistiksel verileri değerlendirirken belirli bir coğrafik alan ve ırkla ilgili durumları daima göz önüne almanız gerekir.

Çeşitli yazarların sonuçlarındaki fark, kısmen fetüslerin intra-uterin gelişmelerinin bireysel faktörlerle etkilenebilmesine, kısmen de yazarlar tarafından uygulanan yöntemlerdeki farklılıklara bağlıdır. Embriyolojide fetüsün yaşının belirlenmesi, genellikle santimetre olarak ölçülen başın tepesi ile bebeğin oturak kısmı arasındaki mesafeye dayanır. Buna karşın, obstetrikte, patolojide ve adli tıpta genellikle tepe kısmı ile topuk arasındaki mesafe santimetre olarak belirtilir. Verileri karşılaştırmadaki başka bir güçlük, bazı araştırmacıların gebeliğin başlangıcını son menstrüasyonun birinci gününden, diğerlerinin ise hesaplanan döllenmenin başlangıcından itibaren kabul etmelerinden kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, sonuncu tarih genellikle sadece yaklaşık bir değerdir. Verilere göre, fertil dönem Knaus ve Ogino tarafından ileri sürüldüğü kadar kısa değildir. Bununla birlikte, bu hesaplamadan kaynağını alan hata sınırı 24 günden fazla değildir. Verilerin karşılaştırmasını bozan diğer koşullar arasında gebelik üzerine dış ve iç faktörlerin etkisi sayılabilir. Aynı yaştaki fetüslerin fiziksel gelişimin derecesi bakımından farklar gösterebileceği bilinmektedir. Bu farklar annenin yaşı ve genel durumu, doğumların sayısı, gebelik sırasındaki yaşam şekli, uterusun miadına kadar fetüsü taşıyabilme kapasitesi ile ilgilidir. Bundan başka, fetüsün rahim içi gelişimini olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyen ve kaynağını fetüsten alan faktörler bulunabilir. Schmid aynı gebelik süresinden sonra doğan fetüslerin büyüklük ve gelişimindeki farkları açıklamak için çeşitli fikirler ileri sürmüştür. Schmid'e göre aynı gebelik süresinde doğan fetüslerin boyu ve ağırlığındaki farklılıkların nedeni, plasentanın büyüklüğündeki ve fonksiyon değişimindeki fark ile yakından bağlantılıdır. Schmid'in düşüncesine göre, plasentanın büyüklüğü ve ağırlığı fetüsün gelişiminde önemlidir. Bu da fetüsün gelişim derecesinin, koryon villuslarının kalite ve kantitesinin yanısıra desidua bazalisin durumuna bağlı olduğu anlamına gelir.¹

Genel olarak büyük bir fetüsün büyük bir plasantasının olduğu bilinmektedir. Hinselman ve Seisser plaseenta villuslarının gelişimi ile fetüsün kalp hızının şiddeti arasında bir paralellik bulunduğunu ileri sürmüşlerdir.¹

Shordania göbek kordonunun damar yapısının fetüsün gelişiminde önemli bir rol oynadığını iddia etmiştir.¹ Onun görüşüne göre, fetüsün gelişiminin derecesi göbek kordonundaki damarların durumu ile belirlenir. Diğer yazarlar ise bu konuda koryon villuslarının yüzey genişliğinin plasentanın ağırlığından daha önemli olduğuna inanmaktadırlar. Rech'e göre, plasentanın koryon villus yüzeyine olan oranı 1 gr/143 cm² ve koryon villuslarının toplam yüzeyi ise 6 m² dir. Bu değer farklı yazarların hesaplamalarına göre değişiklik göstermektedir.¹ Koryon villuslarının toplam yüzeyini Schmid 6,50 m², Christoffersen ve Krogh ise 10-20 m² olarak belirtmişlerdir.¹ Mayer koryon villusları yüzeyinin genişliğini belirleyen psikolojik durumlar ile ilgili ayrıntılı bir tanımlama yapmıştır. Mayer annenin ve fetüsün kan hacimlerinin değerine büyük önem vermiştir.¹ Çünkü pulsasyonlar villusların uç kısımlarının gelişimini uyarırlar. Fetüsün intra-uterin gelişiminde intervillöz aralığın büyüklüğü ve kan akımının hızı önemli faktörlerdir.

Plasentanın büyüklüğü babaya ve anneye ait faktörlerle belirlenir. Bazı yazarlara göre trofoblastların gelişimi baba ile ilgili faktörlerle etkilenebilir. Öte yandan, diğer yazarlar anne ile ilgili faktörlerin (desiduanın durumu) daha önemli olduğunu ileri sürmektedirler. Çünkü anne fetüsün yakın durumunu temsil etmektedir. Örneğin tek bir ovumdan kaynağını alan ikizlerden biri diğerinin pahasına büyüyebilir. Çünkü daha büyük olan, besinini plasenta yolu ile daha iyi bir şekilde alır. Plasentanın büyüklüğü ile fetüsün gelişimi arasındaki ilişki açısından aşağıdaki noktalar belirtilmiştir: Nispeten az sayıda koryon villusu dejenere olursa ve desidua gerektiği şekilde gelişirse, o zaman büyük, iyi gelişmiş bir plasenta ortaya çıkar. Böyle bir plasentanın fonksiyonuna bağlı olarak iyi gelişmiş bir fetüs doğar.

Bunun aksine, koryon villuslarında daha yaygın bir dejenerasyon bulunduğu küçük bir plasentanın gelişimi söz konusudur. Bu gibi durumlarda fetüsler daha küçük olacaktır. Desiduanın bozukluğu ile ilgili olan bütün durumlar (endometrit, daha önceki düşük, gebeliğin kesintiye uğramasından sonraki bir durum, amenore, menstürasyon bozukluğu) plasentanın büyüklüğünü azaltıcı etki gösterebilirler. Göbek kordonunun hatalı olarak yapışması intrauterin gelişim geriliğine neden olabilir. Calkins, gebeliğin son döneminde fetüse nazaran yavaş olsa da plasentanın paralel bir gelişim gösterdiğini tanımlamıştır.¹ Wolfram gebeliğin son üç ayında fetüsün yaklaşık olarak ağırlık bakımından % 77 'lik artış gösterdiğini, buna karşın plasentanın ağırlığının ise sadece % 51 civarında arttığını belirtmiştir.¹ Bu dönemde plasenta genişleyerek büyür ancak kalınlığı artmaz. Stieve gebeliğin 2 nci ayından itibaren primer koryon villuslarının ortaya çıktığını belirtmektedir. ¹ Bu süreden sonra plasentanın gelişimi, ağırlığı ve büyüklüğü belirlenir. Bu durum üzerine dış etkilerin tesiri olmayabilir.

Schmid, plasenta ile ilgili olan bu nedenlerin, gebeliğin aynı dönemlerinde fetüsün intrauterin gelişimi, büyüklüğü ve ağırlığı ile ilgili verilerdeki farkların kaynağı olduğunu düşünmektedir.¹ Schmid primer bir faktör olarak fetüsün gelişiminin plasentanın büyüklüğü ve fonksiyonuna bağlı olduğu

sonucuna varmıştır.¹

Gebeliğin ortalama süresine ilişkin veriler farklılık göstermektedir.

Gebeliğin ortalama süresini Hosemann (281-282) (11 gün , Karn 278 (16,3 gün, Gibson ve McKeown ise 280,8 (15,26 gün olarak belirlemişlerdir.¹ Anderson, Brown ve Lyon beyaz ırkta gebeliğin ortalama süresinin 279 (21 gün, zencilerde ise 274 (21 gün olduğunu iddia etmişlerdir.¹ Noack döllenme günü bilindiğinde, gebeliğin süresinin 274,6 gün olduğunu bulmuştur.¹ Benzer şekilde kocaları askerlikten izinli olarak gelen ve döllenme günü tam olarak belirlenebilen 10 olguda gebelik süresi 268-274 gün olarak tespit edilmiştir. Zangemeister 221 günlük gebelikten sonra olgun bir fetüsün doğduğunu bildirmektedir.¹ Bu tanımlara uymayan doğumlar da bulunmaktadır. Runge cinsel ilişkiden 304 gün sonra 4 kg. ağırlığındaki bir fetüsün doğumundan bahsetmiştir.¹ Diğer yazarlar farklı gebelik süresinden sonra meydana gelen doğumları tarif etmişlerdir. Resnikow son menstruasyondan sonraki 335 inci günde doğan bebeklerden bahsetmiştir.¹ Von Massenbach son cinsel ilişkiden 303 gün sonra doğan 53 cm. boyundaki bir bebekten bahsetmiştir.¹ Diğer taraftan Schweitzer son menstruasyondan 272 gün sonra doğan 43 cm. boyunda 1200 gr. ağırlığındaki bir bebek olgusunu yayınlamıştır.

Olgun fetüslerin ağırlığı konusundaki literatürde farklılıklar görülmektedir. Anderson, Brown ve Lyon'a göre olgun beyaz fetüslerin ortalama doğum ağırlıkları 3350 (600 gr., Streeter'e göre 3405 gr., Scammon ve Calkins'e göre ise 2998 gr. olarak tespit edilmiştir.¹ Tablo 7-1 de Vierordt'a göre olgun yeni doğanların ortalama doğum ağırlıkları ve bunların cinsiyete göre dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 7-1 Vierordt'a göre olgun yeni doğan bebeklerin vücut ağırlığı (g olarak) ¹

Yazarlar	Cinsiyet farkı gözetilmeden	Erkek fetüsler	Dişi fetüsler
Quetelet (Bruxelles)	-	3100	3000
Spiegelberg (Breslau)	3128	3201	3056
Witzinger (Bern)	3172	3228	3108
Schröder (Bonn)	3179	-	-
F.Wolff (Basel)	3188	-	-
Altherr (Basel)	3214	-	-
C.Martin (Berlin)	3250	-	-
Hecker (Munich)	3275	-	-
Issmer (Dresden)	-	3320	3214
ED.v.Siebold (Göttingen)	-	-	3250
Schütz (Leipzig)	3306	3399	3236

Schütz (Leipzig)	3306	3399	3236
Ingerslev (Kopenhagen)	3333	3381	3280
Kézmarsky (Budapest)	-	3383	3284
Gregory (Munich)	3355	3386	3331
G.Wagner (Königsberg)	3415	3479	3339
Brummerstädt (Rostock)	3465	-	-
Scanzoni (Würzburg)	-	3530	3430
G.Veit (Rostock)	-	3545	3440
Peterson (Uppsala)	3527	3595	3455

İlk doğan bebekler, genellikle 2 nci, 3 üncü olarak doğan bebeklere nazaran daha küçüktürler. İlk doğan bebeklerin ağırlığı ile ortalama doğum ağırlığı arasındaki farkı Fasbender 189 gr., Martin 144 gr., Hecker 140 gr. ve Veit ise 109 gr. olarak tespit etmiştir.¹

Bu yazarlar tarafından verilen farkların ortalama değeri 141 gr. dir. Orta Avrupa'da ortalama doğum ağırlığı 3250 gr. (erkek fetüslerde 3333 gr., dişi fetüslerde ise 3200 gr.)' dir. İkizlerde ise ortalama ağırlık 2501 gr. (erkek ikizlerde 2554 gr., dişi ikizlerde ise 2425 gr.)' dir.¹

Hosemann gebeliğin süresi ile fetüsün longitudinal gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Hosemann bu araştırmalardan, 10 uncu aya kadar fetüsün boy gelişiminin gebeliğin ilerleyişine paralel bir seyir gösterdiği sonucuna varmıştır.¹ Bu süreden itibaren yani miadından sonra doğan fetüslerde boy gelişimi önemli derecede daha azdır.

Gegenbach gebeliğin 2-7 inci ayından itibaren fetüsün longitudinal gelişimini ve ağırlık artışıını incelemiştir. Mall 4 üncü aya kadar fetüslerin günlük gelişiminin daha hızlı olduğunu, bundan sonra ise gelişimin azaldığını bildirmiştir. Mall'in düşüncesine göre fetüslerin ağırlık ve boylarındaki farklar ebeveynlerin vücut yapısına, ırk özelliklerine, sosyal ve patolojik durumlarına (plasentada çok sayıda enfarktüs, nefrit, sifiliz v.b.) bağlıdır.¹

Tablo 7-2' de fetüsün 1 gün için hesaplanan longitudinal gelişim hızı gösterilmiştir.

Tablo 7-2 Gegenbach'a göre 3 ila 7 aylık fetüslerde boy gelişimi ¹

3 üncü ay (84 gün)	1.9 mm/gün
4 üncü ay (112 gün)	3.2 mm/gün
5 inci ay (140 gün)	2.3 mm/gün
6 ıncı ay (168 gün)	2.0 mm/gün
7 nci ay (196 gün)	1.2 mm/gün

Fetüslerin boyları cinsiyete göre gruplandırılarak veriler elde edilmiştir (Tablo 7-3). Olgun fetüslerin ortalama vücut boyu yaklaşık 50 cm.'dir. Ortalama olarak ilk doğan bebekler, 2 nci veya daha sonraki gebeliklerden doğan bebeklerden 0,43 cm. daha kısadır. İkizlerin ortalama boyu miadında doğduklarında 47,5 cm.'dir.

Tablo 7-3 Vierordt'a göre olgun yeni doğan bebeklerin boyları (cm olarak) ¹

Yazarlar	Cinsiyet farkı gözetilmeden	Erkek fetüsler	Dişi fetüsler
G.Wagner (Königsberg)	47.1	47.1	46.75
Zeising	48	-	-
Schröder (Bonn)	49	-	-
Brummerstädt (Rostock)	49.5	-	-
Quetelet (Bruxelles)	-	50	49.4
Russow (St.Petersburg)	-	50	49.5
Kézmársky (Budapest)	-	50.2	49.4
Issmer (Dresden)	-	50.6	50
Hecker (Munich)	51.2	-	-
Fesser (Breslau)	51	51.5	50.5

Fetüslerin intrauterin gelişiminde birçok faktör söz konusudur. Bu faktörlerin ışığında fetüsün intrauterin gelişiminin annenin daha önce yaptığı doğumların sayısına bağlı olduğu sonucuna varılabilir. İlk doğan bebekler en düşük doğum ağırlığına ve vücut boyuna sahiptir.

Hem vücut ağırlığı hem de boy, doğumların sayısı ile birlikte artış gösterir. Fetüsün gelişim derecesi ayrıca annenin yaşına da bağlıdır. İlk doğan fetüslerin ağırlığı annenin yaşı ile karşılaştırılırsa, fetüsün ağırlığı ile annenin yaşı arasında bir ilişki kurulamayabileceği bazı yazarlar tarafından bildirilmiştir.¹

İntra-uterin gelişim ayrıca fetüsün cinsiyeti ile de etkilenir. Aslında aynı gebelik yaşlarında erkek fetüsler dişi fetüslere nazaran daha uzun boylu ve daha fazla kiloludurlar.

Bu faktörlere ilaveten, anne ve babanın metabolizması, endokrin sistemlerin faaliyeti, gebelik sırasında annenin beslenme durumu gibi çok sayıda diğer koşulun fetüsün intra-uterin gelişimi üzerine etki yapabileceği bilin-

mehtir. Bununla birlikte, bazı olguların dışında beslenmenin rolü daha önce sanıldığı kadar önemli değildir. İkinci Dünya Savaşı sırasında yapılan araştırmalar fetüslerin ağırlığının ortalama olarak 30-50 gr'dan daha fazla düzeyde azalmamış olduğunu göstermiştir.¹

Mevsimlerin, ırkın ve anne-babanın sosyal durumunun fetüsün gelişimi üzerine etkisi de incelenmiştir.

Gebelik son adetın ilk gününden hesaplanabilir. Normal doğum genellikle bu tarihten 280 gün sonra meydana gelir. Bu şekilde gebeliğin sonu, son menstrüel siklusun 1 inci gününden itibaren sayılan 280 inci güne uyar. Bu tarihte doğan fetüs ister matür doğsun ister doğmasın, gebeliğin normal süresini tamamladıktan sonra doğmuştur. Döllenmeye neden olan cinsel ilişkinin zamanı menstrüel siklus ile yakından bağlantılı değildir. Bununla birlikte, cinsel ilişki menstruasyondan sonraki 5 ila 10 ncu günler arasında yapıldığında, döllenmenin olması en muhtemeldir. Benzer şekilde döllenme ile implantasyon arasında ve ovulasyon ile implantasyon arasında kesin bir zaman ilişkisi bulunmaz. Bu nedenle, menstruasyon gününden itibaren gebelik günlerini sayarak fetüsün gerçek yaşını hesap edemeyiz.

Gebelik süresi hesap edilirken döllenmenin iki menstrüel siklús arasındaki dönemde meydana geldiği kabul edilmektedir. Bu nedenle 280 günlük gebelikten 14 gün çıkarırsak fetüsün yaşı 266 gün olarak bulunur. Buna dayanarak gebeliğin 1 inci ayı mutad olarak hesaplanan ilk 14 güne uyar. 2 nci ay gebeliğin gerçek ilk ayının ikinci yarısına ve 2 nci ayının ilk yarısına uyar. Diğer bir deyimle iki hesaplama arasında 15 günlük bir sapma söz konusudur.

Fetüsün yaşı ile boyu arasındaki ilişki Haase şeması ile iyi bir şekilde gösterilmiştir (Tablo 7-4). Haase hesaplamasına göre ilk 5 ayda ay sayısının kendisi ile çarpımı cm. olarak fetüsün boyunu verir. 5 nci aydan 10 uncu aya kadar fetüsün boyu ay sayısının 5 ile çarpılması ile elde edilir. Bununla birlikte ilk 2 ayda Haase şeması fetüsün büyüklüğü hakkında kesin bilgi vermez. Çünkü 1 aylık bir embriyo 1 cm uzunluğunda değildir ve hatta 2 aylık ise 2 cm. den nadiren daha uzundur. Küçük embriyolarda yaş belirlemesi tepe-topuk ve göz-kulak arasındaki mesafeler ölçülerek yapılmalıdır. Göz- kulak arasının ölçümünde göz merçeğinin orta kısmından dış kulak yoluna kadar olan mesafe belirlenir. Primitif segmentlerin sayısı da fetüsün yaşı hakkında biraz bilgi verebilir.

Tablo 7-4 Haase tarafından tanımlanan fetüsün yaşı ile boyu arasındaki ilişki ¹

Gebeliğin 1 inci ayı, fetusun boyu	1.1 = 1 cm
Gebeliğin 2 nci ayı, fetusun boyu	2.2 = 4 cm
Gebeliğin 3 üncü ayı, fetusun boyu	3.3 = 9 cm
Gebeliğin 4 üncü ayı, fetusun boyu	4.4 = 16 cm
Gebeliğin 5 inci ayı, fetusun boyu	5.5 = 25 cm
Gebeliğin 6 ıncı ayı, fetusun boyu	6.5 = 30 cm
Gebeliğin 7 nci ayı, fetusun boyu	7.5 = 35 cm
Gebeliğin 8 inci ayı, fetusun boyu	8.5 = 40 cm
Gebeliğin 9 uncu ayı, fetusun boyu	9.5 = 45 cm
Gebeliğin 10 uncu ayı, fetusun boyu	10.5 = 50 cm

Daha büyük fetüslerde, oturma yüksekliği yani tepe ile oturak kısmı arasındaki mesafe ve tepe ile topuk arasındaki mesafe ölçülmelidir. Ölçüm başın tepesinden kalça eklemine sonra buradan dize ve nihayet dizden topuğa kadar yapılır. Özellikle gebeliğin 2 nci yarısında kullanılan diğer bir metod ekstremiteleri aşırı bir şekilde çekmeden gergin hale getirdikten sonra fetüsün boyunun ölçülmesidir.

Fetüsün Olgunluğu

Fetüs annesinin vücudunun dışında bağımsız bir şekilde yaşayabilecek bir gelişim derecesine ulaştığında olgun olduğu söylenir. Olgun bir fetüsün karakteristik bulguları bulunur (Tablo 7-5).

Tablo 7-5 Törö ve Csaba'ya göre fetüsün olgunluğu ile ilgili veriler ¹

Fetüsün boyu	49-51 cm
Ağırlık	3000 -3500 g.
Dişi fetüsün ağırlığı	3200 g.
Erkek fetüsün ağırlığı	3400 g.
Baş çevresi	34 cm
Başın uzunluğu	12 cm
Omuz çevresi	35 cm
Omuz genişliği	12 cm
Protuberensiya oksipitalis eksterna ile glabella arasındaki çap	12 cm
Buna ait çevre	34 cm
Bir şakaktan diğerine olan küçük transvers çap	8 cm
Bir taraftaki parietal kemik çıkıntısından diğerine olan büyük transvers çap	9.5 cm
Çeneden oksipital kemiğin en uzak noktasına kadar olan oblik çap	13.5 cm
Buna ait çevre.	35 cm

Olgun fetüsün derisi sırt ve omuzlarda lanugo ile örtülüdür. Kaş ve kirpikler gelişmiştir. Saçlar birkaç santimetre uzunluğundadır. Tırnaklar parmak uçlarından daha uzundur.

Testisler skrotumda bulunur. Vulvanın küçük dudakları büyük dudaklar ile örtülüdür. Kranium kemikleri serttir. Sütürler dardır. Femurun distal epifizinde bir kemikleşme merkezi bulunur.

Miadında doğan olgun fetüslerin ağırlığı konusundaki veriler oldukça dalgalanma gösterir. Bu değerler 2500-2700 gr. ile 4500 -5000 gr. arasında değişiklik gösterir.

Fetüsün ağırlığı ile boyu arasında belirli bir bağlantı bulunur (Tablo 7-6). Benzer ilişki gebeliğin dönemi ile (gebelik yaşı) ile baş çevresi arasında mevcuttur (Tablo 7-7).

Tablo 7-6 Törö ve Csaba'ya göre fetüsün ağırlığı ve boyu arasındaki ilişki ¹

g	2250	2500	2750	3000	3250	3500	3750	4000	4250	4500
cm	46,3	47,3	48,3	49,4	50,5	51,4	52,4	53,5	54,5	55,5

Tablo 7-7 Törö ve Csaba'ya göre gebelik yaşı ile fetüsün baş çevresi arasındaki ilişki ¹

Haftalar	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
Baş çevresi (cm)	34	34	35	35	35	36	36	36	37	37	37	37	38

Ağırlığı 1 kg olan yeni doğmuş bir bebeğin vücut yüzeyinin 600 cm² olduğu belirlenmiştir. Fetüsün büyüklüğü ile plasentanın cm² olarak yüzeyi arasında bir bağlantı bulunmuştur :

Yeni doğanın vücut ağırlığı (gr. olarak) / Plasentanın yüzeyi (cm² olarak) = 12.5

Embriyonik gelişim sırasında vücudun bazı kısımlarının birbirine oranlarında önemli değişiklikler meydana gelir. 2 nci ayda vücudun orta noktası çenenin altındadır. 5 inci ayda göğüsün alt sınırının aşağısındadır. 10 uncu ayda ise bu nokta göbeğin üstündedir. Oranlardaki bu değişiklikler gelişimin erken dönemlerinde başın hızla gelişmesine, alt ekstremitelerin gelişiminin nispeten yavaş olmasına ve bu uygunsuzlukların giderek dengelenmesine bağlanabilir. Fetüslerin olgunluğu konusundaki verilerin çok çeşitli olması nedeni ile olgunluk derecesini belirtmek için girişimlerde bulunulmuştur. Pirquet formülüne göre:

10. ağırlık /oturma yüksekliği = 93.46 olduğu belirtilmiştir.

91'in altındaki bir değer zayıf bir fetüsü, 91 -99 arasındaki bir değer

orta derecede şişman olan bir fetüsü, 99 un üstündeki bir değer ise belirgin bir şekilde şişman fetüsü gösterir.

İlk doğan bebeklerde Peller indeksi: (ağırlık / boy $3 = 2.61$ dir.

Daha sonraki gebeliklerden doğan fetüslerde vücut ağırlığı boydan daha fazla bir şekilde artış gösterir . Bunun sonucunda bu indeks daha büyük bir hale gelir.

Seitz indeksi:

$X = \text{göğüs çevresinin ortalama değeri} \cdot 100 / \text{vücudun uzunluğu}$

Genelde $X = 65-70$ dir.

İnsan fetüslerinde baş, göğüs, karın ve ekstremiteler ölçümleri konusundaki literatürün hacmi gittikçe artmaktadır.

Fetüs yok edilmek amacı ile parçalara ayrılmış ancak yumuşak kısımlar nispeten sağlam olarak kalmış ise vücudun bazı kısımlarının dış ölçümleri fiziksel gelişim, vücut boyu ve fetüsün olgunluk derecesi hakkında bilgi verebilir.

Olgunluk ile ilgili bulgular bize fetüsün gelişim dönemi konusunda bilgi verir. Adli tıp uzmanının görüşü, olguların çoğunda güvenilir bir şekilde belirlenebilen en azından üç temel ölçüme dayanmalıdır:

1. Vücudun boyu: Olgunlaşma derecesinin ilk ve en önde gelen bulgusu vücudun boyudur. Vücut boyu gergin bir haldeki çocukta tepe ile topuk arasındaki mesafe ölçülerek belirlenir. Olgun fetüslerde vücudun boyu ile ilgili ortalama değerler, bir ölçüde bu değerleri saptamış olan yazarlara göre değişiklikler gösterir. Olgun bir fetüsün boyunun 48-52 cm olduğu kabul edilmektedir. Knaus olgun bir fetüste vücut boyunun alt sınırının 50 cm olduğunu belirtmektedir.¹

2. Vücut ağırlığı: Vücut boyunun aksine, fetüsün doğduğu zamanda ki ağırlığı büyük dalgalanmalar gösterir. Stoeckel'e göre, doğduğu sırada ağırlığı 2900-3750 gr. olan fetüsler olgundur.¹ Bu değer Martius tarafından 2900-3500 gr, Jaschke tarafından ise 2800-3600 gr. olarak bildirilmiştir.¹ Kerde' ye göre doğum ağırlığı 2800 gr. olan bebekler özellikle boyları yeterliyse ve diğer olgunlaşma bulgularına sahip iseler olgun olarak kabul edilebilirler.¹

3. Baş çevresi: Baş çevresi fetüsün olgunluğunu gösteren bulgular arasında ölçülmesine rağmen, değerlerde bazı farklar bulunabilir. Ortalama değerden sapmalar başın şeklindeki farklılıklara, sefal hematoma lokalizasyonuna ve şekline bağlıdır. Obstetrik uygulamada ve otopside başın büyüklüğünü belirlemek için birkaç ölçüm yapılır. Olgun bir çocukta başın büyük çevresi yani fronto-okspital çevre en azından 34 cm dir. Uygulamada diğer olgunluk bulguları bulunuyorsa, başın bu ölçümünün belirlenmesi yeterlidir. İmmatürite veya aşırı olgunluk durumlarını gösteren bulgular ve ölçümler de

kaydedilmelidir.

Vücudun boyu, ağırlığı ve baş çevresi ile ilgili ölçümler belirli sınırları aştığında aşırı olgunlaşma durumunun varlığından söz edilebilir. Boyu 54 cm den, ağırlığı 4000 gr dan fazla olan bebeklere anormal derecede iri ve ağır bebekler denir. Doğum ağırlığı 5000 gr.ın üstündeki bebekler ise dev fetüsler adını alırlar. Bununla birlikte, bu gibi bulgular uzun süren gebelik ile karıştırılmamalıdır. Aşırı derecede olgun olan fetüsler normal zamanında doğabilirler. Aşırı derecede olgunlaşmada kalıtım ile ilgili faktörler, annenin diyabetli oluşu v.b. rol oynayabilir. Solth, sadece uzun süren bir gebelikten sonra doğan bebeklerin 1/10 unda vücut boyunun 55 cm ve vücut ağırlığının da 4000 gr dan fazla olduğunu belirtmiştir.¹

Runge' ye göre, intrauterin gelişim olayı durduğunda, gecikmiş doğumun tipik bulguları ortaya çıkar.¹ Bundan sonra deride kalınlaşma, amnion sıvısında azalma, deride ve fetal membranlarda kahverengimsi renk değişikliği, kilo kaybı, özellikle eller ve ayakların derisinde maserasyon kendini gösterir. Gebeliğin 290 günden daha fazla uzaması fetüsün yaşamının riske girmesi anlamına gelir. İmmatürite bulgularını aşırı olgunlaşma bulgularıyla karıştırmamak için bebek dikkatli bir şekilde incelenmelidir. Gecikmiş doğum olgularında normal vücut boyu ile vücut ağırlığının azlığı arasında sık olarak paralelizm durumu söz konusudur. Çok gecikmiş doğum olgularında vücudun boyu da biraz azalır. Gecikmiş doğumun derecesini (dış ölçülere dayanarak) olgunluk derecesine göre belirlemek çok daha güçtür.

Benzer olarak, ikiz fetüslerde olgunluğun derecesi sadece istatistiksel analizlere dayalı olan doğumla ilgili verileri içeren tabloları kullanarak ve özel bir dikkat harcayarak belirlenmelidir. Bazı yazarlar her iki fetüsün olgunluk derecesi ile ilgili ortalama değerini hesaplanmasını önermektedirler. Thoma ve Podleschka daha gelişmiş olan ikiz fetüsün olgunluk derecesinin göz önüne alınmasını önermişlerdir.¹ Eğer ikiz fetüslerin boyları 46-52 cm ye., ağırlıkları 2400 gr ' ve baş çevreleri ise 32 cm ye ulaşmış ise bunlar olgun olarak kabul edilebilirler. Daha büyük olan ikizin vücut ölçüleri ve ağırlığından gebelik süresini hesaplayabiliriz. Patolojik olgularda olgunluk derecesi tayin edilirken gerekli olan literatüre baş vurulmalıdır.

Fetüsün Fiziksel Gelişimine Dayanılarak Gebelik Süresinin Belirlenmesi

Olgun olan yeni doğan bebeklerin boyu genellikle 50-51 cm (ortalama 50.5 cm) dir. Gebeliğin süresi döllenmeden sonra 270 gündür. Bu süre aybaşından sonra 280-283 gündür. Geniş istatistiksel verilerle gösterildiği gibi, gebelik süresi yönünden (10 günlük bir sapma bulunur. Gebelik süresi ne kadar kısa olursa, daha immatür olan bebeklerin doğması da o kadar muhtemel olur. Runge ve Bickenbach olgun yeni doğanın 240 günden önce doğamayacağı sonucuna varmışlardır.¹ Bu değer diğer yazarlara göre değişiklik göstermektedir. Müller bu süreyi 235 gün olarak bildirmiştir. Podleschka olgun bir bebeğin gebeliğin 230 uncu gününde dahi doğabileceğini iddia etmektedir. Podleschka olgun bir bebeğin doğumunun

üst sınırının 320 gün olabileceğini bildirmektedir. Onun düşüncesine göre döllenmeden sonra 250 günün altında ve 290 günün üstünde olgun bir fetüsün doğumu seyrek görülür ve 240 günün altında, 300 günün üstünde ise böyle bir bulgu nadirdir.¹

Fetüsün olgunluğunun ve gebeliğin süresinin belirlenmesi için yapılmış olan çeşitli tablo ve şemalar bulunmaktadır. Yazarlar gebelik döneminin son menstruasyonun birinci gününden itibaren sayılmasını bildirmişlerdir. Adli tıp yönünden önemli olan gerçek gebelik süresinin belirlenmesi için bu tabloların kullanılmadan önce düzeltilmeleri gerekir.

Zangemeister'e göre döllenme genelde son menstruasyonun birinci gününden 10.2 gün sonra olur.

Labhardt son menstruasyondan sonra hesaplanan gebelik süresi ile döllenmeden sonra hesaplanan gebelik süresi arasında ortalama 10 günlük bir fark bulunduğunu belirtmektedir (Tablo 7-8).

Tablo 7-8 Labhardt' e göre farklı vücut boylarına uyan gebelik yaşı ile ilgili ortalama değerler¹

Vücut Boyu	Erkek Fetüsler	Dişi Fetüsler
45 cm	258 (248)	262 (252)
46 cm	266 (256)	270 (260)
47 cm	269 (259)	274 (264)
48 cm	276 (266)	279 (269)
49 cm	278 (268)	282 (272)
50 cm	281 (271)	284 (274)
51 cm	283 (273)	285 (275)
52 cm	285 (275)	287 (277)
53 cm	288 (278)	289 (279)
54 cm	289 (279)	290 (280)
55 cm	290 (280)	294 (284)

Labhardt son menstruasyondan sonra ortalama gebelik süresini hesaplamıştır. Araştırmacı erkek ve dişi fetüslerin vücut boylarına göre ortalama gebelik süresini belirlemiştir. Fetüsün boyuna göre her on günde gebelik süresinin % değerini hesaplamıştır. Labhardt' ın tablosunda gebelik süresinin ortalama değeri orta onluğun ortaları anlamına gelir. Labhardt 45 cm yi geçen vücut boylarının ortalama değerlerinde bir binomiyal dağılım tespit etmiştir (Tablo 7-9).

Tablo 7-9 Labhardt'a göre gebeliğin her 10 günü için hesaplanan olgun bir fetüs doğumu ile ilgili % olasılık değerleri ¹

Gebeliğin on günleri	Hesaplanan Değerler	Gerçek değerler (48-52 cm)
7 nci 10 gün	0.05	0.10
6 ncı 10 gün	0.10	0.15
5 nci 10 gün	0.21	0.30
4 ncü 10 gün	0.49	0.43
3 ncü 10 gün	1.39	1.60
2 nci 10 gün	5.13	4.60
1 nci 10 gün	21.80	21.00
Orta 10 gün	41.90	41.90
1 nci 10 gün	21.80	22.40
2 nci 10 gün	5.13	5.50
3 ncü 10 gün	1.39	1.40
4 ncü 10 gün	0.49	0.80
5 nci 10 gün	0.21	0.20
6 ncı 10 gün	0.10	0.20
7 nci 10 gün	0.05	0.10

35315 doğumu esas alan Wichmann gebelik süresinin ortalama değerinin % 100 olarak alındığı olasılık tablosunu çizmiştir. Knauas'a göre döllenme zamanı olarak menstruasyondan sonraki 14 üncü gün belirlenmiştir.¹ Wichmann tarafından daha kısa ya da daha uzun süren gebelik süreleri için % olasılık değeri hesaplanmıştır.¹ Bu şekilde gebeliğin daha kısa ve daha uzun sürelerinin % olasılığının hesaplanması mümkün olmuştur (Tablo 7-10). Erkek fetüslerin dişi fetüsler ile aynı boya ulaşmaları için daha kısa bir gebelik süresi gerektiğinden Wichmann bir düzeltme işlemini önermiştir (Tablo 7-11).

Tablo 7-10 .Wichmann'a göre belirlenen vücut boylarının ait oldukları farklı gebelik yaşları ile ilgili % olasılık değerleri ¹

Doğumdaki vücut boyu (cm)		% — — — — —										
		45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
	1	185	199	211	222	226	230	234	236	236	237	238
Yüksek ölçüde olasılık dışı	5	200	209	220	230	234	238	240	243	243	245	245
	10	206	214	225	234	238	241	244	246	247	248	249
Çok ihtimal dışı	15	209	218	228	237	241	243	246	249	249	250	251
	20	212	221	230	239	243	246	248	250	251	252	253
İhtimal dışı												

	25	215 223 232 241 244 247 250 252 252 254 254
Muhtemeldен ziyade muhtemel dışı	30	217 225 234 242 246 249 251 253 254 255 256
	40	221 228 237 245 248 251 253 255 256 258 258
Ne ekarte ne de kabul edilebilir.	50	225 231 240 247 250 253 255 257 258 260 260
	60	227 234 242 249 252 255 257 259 260 262 263
	70	231 237 245 252 254 257 259 261 262 264 265
Muhtemel dışından ziyade muhtemel	75	232 239 246 253 256 258 260 262 263 265 266
	80	234 240 248 254 257 259 261 263 264 266 267
Muhtemel	85	236 242 249 255 258 260 262 264 265 267 268
	90	238 244 251 257 259 262 264 266 267 268 269
Çok muhtemel	95	241 246 253 259 261 263 265 267 268 270 271
Yüksek ölçüde muhtemel	100	247 252 258 263 265 267 269 271 272 274 275
	95	253 258 263 267 269 271 273 275 276 278 279
Çok muhtemel	90	256 260 265 269 271 272 274 276 277 280 281
	85	258 262 267 271 272 274 276 278 279 281 282
Muhtemel	80	260 264 268 272 273 275 277 279 280 283 283
	75	262 265 270 273 274 276 278 280 281 283 284
Muhtemel dışından ziyade muhtemel	70	263 267 271 274 276 277 279 281 282 284 285
	60	267 270 274 277 278 279 281 283 284 286 287
Ne ekarte ne de kabul edilebilir	50	269 273 276 279 280 281 283 285 286 288 290
	40	273 276 279 281 282 283 285 287 288 290 292

Muhtemeldен ziyade muhtemel dışı	30	277	279	282	284	284	285	287	289	290	293	294
	25	279	281	284	285	286	287	288	290	292	294	296
İhtimal dışı	20	282	283	286	287	287	288	290	292	293	296	297
	15	285	286	288	289	289	291	292	293	295	298	299
Çok ihtimal dışı	10	288	290	291	292	292	293	294	296	297	300	301
	5	294	295	296	296	296	296	298	299	301	303	305
Yüksek ölçüde ihtimal dışı	1	309	305	305	304	303	304	304	306	308	311	312

Tablo 7-11 Wichmann'a göre erkek ve dişi fetüslerin gebelik süresi arasındaki fark ¹

	Doğduğu sıradaki vücut boyu											
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	
Gebelik süresindeki fark (gün)	4.8	5.0	4.4	3.3	2.6	2.1	1.9	1.9	1.6	2.0	3.1	
Sapma (gün)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	

Guthmann ve Knöss 10.000 doğumu esas alarak fetüsün gelişme derecesi ile gebelik süresi arasındaki ilişkiyi belirlemişlerdir. Yazarlar cinsiyet bakımından bir fark tespit etmemişlerdir (Tablo 7-12). Labhard, Guthmann ve Knöss gebelik süresini menstruasyondan sonra vermişlerdir. Adli amaçlar için bir düzeltme yapılması gerekir. Yani hesaplanmış olan günlere 10 gün ilave edilmelidir.

Tablo 7-12 Guthmann ve Knöss'e göre farklı vücut boylarına ait farklı gebelik yaşları ile ilgili % olasılık değerleri ¹

Vücut boyu (cm)									
Gebeliğin ortalama süresi (gün olarak)									
	54	53	52	51	50	49	48	47/46	45/44
350	-	0.1	0.1	0.1	-	-	0.1	-	-
340	-	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	-
330	-	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.3	0.3	-
320	2.1	1.8	1.2	1.1	0.9	0.6	0.8	0.5	-

310	6.9	4.8	3.9	3.6	3.0	2.4	2.2	1.4	0.7
300	18.1	15.2	14.6	12.1	9.9	8.8	6.8	3.9	1.9
290	30.0	29.8	29.6	26.0	23.3	21.7	17.9	11.4	6.6
280	26.7	29.4	29.4	30.1	30.4	29.4	27.8	20.6	12.4
270	12.1	14.0	14.6	18.3	20.6	21.8	23.3	21.2	14.7
260	2.8	3.3	4.5	5.9	7.5	9.5	11.5	15.8	16.2
250	0.5	0.7	1.1	1.6	2.2	3.4	4.8	11.7	17.1
240	0.2	-	0.5	0.4	0.8	1.3	2.5	7.4	13.8
230	-	-	0.2	0.2	0.3	0.5	1.2	3.2	7.9
220	-	-	0.1	0.1	0.2	0.1	0.5	1.3	3.6
210	-	-	-	-	0.1	-	-	0.8	1.8
200	-	-	-	-	0.1	-	-	0.3	1.4
190	-	-	-	-	-	-	-	-	1.1

Freudenberg' in tablosu fetüsün gelişim derecesi esas alınarak gebeliğin süresi ile ilgili % olasılık değerinin hesaplanmasında yararlıdır (Tablo 7-13). Freudenberg tablosu uygulandığında gerçek vücut boyundan hesaplanan gebelik günleri ile gebe kadın tarafından verilen tarihten itibaren sayılan günler arasındaki zaman farkı, o vücut boyu için verilen günlerin sayısına bölünmelidir. Elde edilen değere uygun olarak tablodan % olasılık değeri okunabilir (Tablo 7-14).

Tablo 7-13 Freudenberg'e göre fetüsün boyu ile ortalama gebelik süresi arasındaki ilişki, sapma ve varyasyon katsayısı ¹

Vücut boyu (cm)	Gebelik süresi (gün)		Varyasyon katsayısı
	Ortalama	Sapma	
40	259.4	21.7	0.084
41	259.7	21.7	0.084
42	260.0	21.6	0.083
43	260.3	21.1	0.081
44	260.7	20.3	0.078
45	262.8	19.4	0.074
46	265.8	18.4	0.069
47	269.5	17.0	0.063
48	273.3	15.5	0.057
49	276.2	14.5	0.052
50	278.7	13.6	0.049
51	280.9	12.8	0.046
52	282.8	12.2	0.043
53	284.4	11.7	0.041

54	285.8	11.4	0.040
55	286.8	11.1	0.039
56	287.7	10.9	0.038

Tablo 7-14 Freudenberg'e göre gebeliğin süresi ile ilgili olasılığın hesaplanması ¹

X	Olasılık	X	Olasılık	X	Olasılık	X	Olasılık
0.00	1.000	1.00	0.317	2.00	0.045	3.00	0.003
0.20	0.841	1.20	0.230	2.20	0.028	3.20	0.001
0.40	0.689	1.40	0.162	2.40	0.016	3.40	0.001
0.60	0.548	1.60	0.110	2.60	0.009	3.60	0.000
0.80	0.424	1.80	0.072	2.80	0.005		

İmmatür fetüsler yönünden vücut büyüklüğü ile gebelik süresi arasındaki ilişki olgun fetüslerde görülenlerden biraz farklıdır.

BİR KADIN HANGİ ADLİ AMAÇLARLA GEBELİK MUAYENESİ İÇİN HEKİME GÖNDERİLİR? 3,6,8,9,13

Gebelikle ilgili olarak birçok adli tıp sorunu ortaya çıkabilir. Bu sorunların bir kısmı ceza hukukunu bir kısmı da medeni hukuku ilgilendirmektedir. Aşağıdaki durumlarda gebeliğin kesin olarak tespiti önem taşıyabilir:

1. Düşük iddiası bulunan durumlarda, kadının yakın zamanlarda gebelik geçirip geçirmediğinin belirlenmesi gerekli olabilir. Benzer bir durum, infantisid veya doğmuş olan çocuğun gizlenmesi ile ilgili suçlamlarda ortaya çıkabilir.

2. Bir kadın, ancak belirli şartlarda, gebeliğini ileri sürerek duruşmada tanık olarak bulunmak istemeyebilir. Bu gibi durumlarda kadının sadece gebe oluşu, yeterli bir mazeret olarak kabul edilmez. Kadının mahkemede tanık sıfatıyla hazır bulunmasının, gebeliğe bağlı olarak sağlığını riske sokabileceği, çocuğu üzerine fena bir etkisinin bulunabileceği veya çok yaklaşmış olan doğumunun tıbbi açıdan bir sakınca oluşturacağı hekim raporu ile onaylanmalıdır. Ancak bu şekilde mahkemede hazır bulunmama noktası mazur görülebilir.

3. Gebeliğe bağlı bir psikoz durumunda ceza sorumluluğunun belirlenmesi söz konusu olabilir. Psikoz durumu akıl melekelerini ve serbest iradeyi önemli derecede etkileyebilir. Gebelik sırasında melankoli nöbeti oluştuğu, epilepsi nöbetlerinin sıklaştığı gözlenen durumlar arasındadır. Böyle

kadınların bir suç işlemeleri de söz konusu olabilir. Bu gibi durumlarda kadının gebe olup olmadığının, suçu gebeliğe bağlı psikoz tablosu içinde işleyip işlemediğinin, yani, ceza sorumluluğunun bulunup bulunmadığının belirlenmesi istenir.

4. Ölmüş olan kocasının mirasından yararlanma konusunda bazı ihtilaflar bulunduğu, kadının gebelik durumu mülkiyetten yararlanma koşullarını etkileyebilir. Türk Medeni Kanunu'nun 28 inci maddesinde çocuğun ana rahmine düştüğü andan itibaren sağ doğmak şartıyla hak ehliyetini elde edeceği belirtilmektedir. Bu nedenle, bir kadın kocasının ölümünden sonra gebe olduğunu iddia ettiği taktirde kocasına ait olan mirasın taksimi durdurulur. Bu gibi durumlarda hekimden kadının gebe olup olmadığını belirlemesi istenir.

5. Türk Medeni Kanunu'nun 132 inci maddesinde boşanan, dul kalan bir kadının 300 gün (iddet müddeti- bekleme süresi) geçmedikçe evlenemeyeceği, gebe olmadığı veya doğurmuş olduğu belirlendiğinde, bu yasağın kalkacağı hükmü bulunmaktadır. Normal menstrüel siklus 28 günde bir olur. Bir siklus devresinin 10 katı olan 280 gün gebelik süresini oluşturur. 10 günlük bir fark normal sayılır. 180 günden önce doğan çocuklar yaşayamazlar. Gebelik genellikle 300 günden fazla devam edemez. Kocanın ayrılmasından ya da ölümünden 300 gün sonra doğan çocuk kocaya ait olamaz (Türk Medeni Kanunu'nun 282 inci Maddesi). Evlenme tarihinden ya da ilk buluşma tarihinden başlamak üzere 180 gün içinde doğan ve yaşayan bir çocuk kocaya ait olamaz (Türk Medeni Kanunu'nun 288 inci Maddesi).

6. Türk Medeni Kanunu'nun 360 - 363 ve bunları izleyen maddelerine göre, nesep (babalık) davalarında, gebelik tanısı gerekebilir.

7. Bir kadın gayri meşru bir cinsel ilişki sonucunda gebe kalabilir. Gebe kalmış olduğunu anladığında, intihar edebilir. Kocasını veya gayri meşru sevgilisi onu öldürebilir. Gebeliğin intihar veya cinayetin işlenmesine yol açtığı durumlarda, kadının cesedi gebelik bulguları yönünden incelenmelidir.

8. Evlenmemiş, dul veya kocasından ayrı yaşayan bir kadın gebe olduğu şeklinde bir iftiraya uğrayabilir. Bu gibi durumlarda kadın kendisini savunmak isteyebilir.

9. Bir kadın bir erkeği evlenmeye zorlamak amacıyla, ondan gebe kaldığı şeklinde bir suçlamada bulunarak, şantaj yapabilir.

10. Bir kadının aldatılarak ırzına geçildiği veya verilmiş olan evlenme sözünün yerine getirilmemesi nedeniyle açılan bir davada, kadın gebe olduğunu iddia edebilir. Irz ve namusa tasaddi durumlarında penisin kızlık zarına zarar getirmeden vulvaya sürülmesi sırasında, kızlık zarı deliğinden vaginaya geçen meni kızı gebe bırakabilir. Kızlık zarı doğum sırasında çocuğun geçişi ile yırtılacaktır. Cinsel saldırılar sırasında mayubiyet meydana gelmesi daha ağır bir suç oluşturur (Türk Ceza Kanunu'nun 418 inci Maddesi). Kızlık zarının yırtılması mayubiyet kapsamındadır. Bu nedenle, bu gibi durumlarda kızın gebe olup olmadığını belirlenmesi istenir.

11. Boşanma durumunda kadın daha fazla nafaka elde etmek için gebe olduğunu ileri sürebilir.

12. Kocanın uzun bir süre evden uzak kaldığı dolayısıyla gebeliğin

evlilik dışı bir ilişki sonucunda meydana geldiği durumlarda, gebelik boşanma talebine gerekçe olarak gösterilebilir.

13. Bir kadının miadına kadar gebeliğinin farkında olmayabileceği çoğu kez ileri sürülür. Gebeliğin cinsel ilişkiden sonra ortaya çıktığını, aybaşlarının kesildiğini ve karnın ilerleyici bir şekilde büyümesi ile belirgin bir hale geldiğini göz önüne alırsak, bunun nasıl gözden kaçtığını anlamak güçtür. Bir kadının derin uykuda veya baygınlık durumunda gebe kalabilmesi ve daha sonra menstruasyon ve karnın bulgularını bazı diğer durumlara bağlayabilmesi olasılığı mevcuttur. Bazı kadınlar gebelikte cinsel ilişki arasında bağlantı kurmazlar ve cahilliklerinden dolayı durumlarının farkında olmayabilirler.

14. Hürriyeti bağlayıcı bir cezanın infazı, gebe olan veya doğurduğu tarihten altı ay geçmemiş bulunan kadınlar hakkında geri bırakılır. Çocuk ölmüş veya anasından başka birine verilmiş olursa doğumdan itibaren iki ay geçince ceza infaz olunur (Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu, Madde 399).

Bütün bu gibi durumlarda söz konusu kadın gebe olup olmadığının belgelenmesi için hekime gönderilebilir. Bu nedenle, hekimin gebeliğin bulgularını bilmesi gerekir. Erken dönemdeki gebeliği teşhis etmek güçtür. Çünkü bulguları aşikar değildir. Gebelik ilerledikçe bulgular daha belirgin hale geldiğinden teşhis kolaylaşır. Bu yüzden erken dönemdeki bir olguda şüphe bulunuyorsa kesin bir sonuca varmadan önce bir süre beklenmesi daha uygundur.

Muayeneye başlamadan önce hekimin bir şahidin huzurunda kadının rızasını elde etmesi gerekir. Hatta daha da iyisi kadının muayeneyi kabul ettiğini, hekimin söylediklerini anladığını belirten yazıların imzası ile birlikte elde edilmesidir. Mahkemenin isteği olmaksızın hekim bir kadını rızasına karşı muayene edemez. Bu şekilde bir muayene yaptığı takdirde sadece bir tazminat cezasına değil yanı zamanda cezai koğuşturmaya da uğrayabilir. Aynı kısıtlamalar muayene eden hekim bir kadın olduğunda da geçerlidir. Muayenenin lehinde olan ailenin diğer bireylerinin istekleri, hekime kadının rızası olmaksızın onu muayene etme yetkisini vermez. Ancak muayene olacak kişide akli yönden bir sakatlık bulunuyorsa, bu durumda bir yakınının rızası alınabilir. Bununla birlikte, hekim mahkemenin isteği üzerine hareket ediyorsa, kadının itirazlarının hükümsüz kalabileceğini ileri süren yazarlar bulunmaktadır. Muayenenin yapıldığı yer ve zaman kaydedilmelidir. Tanıya varırken mevcut olan bütün semptom ve bulgular göz önüne alınmalıdır. Bu koşullarda yanlış bir tanı sadece kadına zarar vermez aynı zamanda hekimin şöhretini de zedeleyebilir.

YALANCI GEBELİK

Bu durum genellikle menopoza yaklaşan kimselerde, şiddetle çocuk arzulayan genç kadınlarda ya da gebelikten korkanlarda görülür. Bu kişilerin çoğunda psikik veya hormonal bozukluk vardır. Bu hastalarda subjektif

olarak gebelik semptomları görülür.

Yalancı gebelik durumunda amenore ve büyümüş sert memeler bulunabilir. Memelerden kolostrum salgısı gelebilir. Karın büyür ancak göbek normal çöküntü durumunu muhafaza eder. Gerçek gebeliğe nazaran daha fazla olan kilo artışı, karının büyümesine neden olur. Bu duruma şuur altı kas gerginliği neden olabilir. Bu gerginlik hali anestezi altında veya hipnozla kaybolabilir. Karında yağ birikimi, bazen ise asite veya gaza bağlı olan büyüme hali görülür. Yalancı gebelik bulunan hastalarda normal gebeliğin bütün semptomları bulunabilir. Örneğin bu kadınlar normal bir gebelikte olandan daha erken olarak çocuk hareketlerini hissettiklerini söylerler. Pelvis organlarında gebelik için karakteristik olan değişiklikler saptanamazsa yalancı gebelikten şüphelenilebilir. Tanı gebelik testinin negatif oluşu, sonografi veya uterusun progresif bir şekilde büyümemesi ile doğrulanabilir.

SÜPERFEKONDASYON

Aynı dönemde ovaryumdan atılmış olan iki ovumun kısa aralıklar ile yapılmış olan farklı cinsel ilişkilerde döllenmesi durumudur. İkiz gebeliklerin sıklığı yaklaşık olarak % 1,5 tir. Bunların yaklaşık olarak % 70'i, aynı menstrüel siklusta oluşan iki ovumun ayrı döllenmesinden kaynaklanan binovular ikizlerdir. İkizlerin uterus içindeki gelişimleri birbirine paralel seyreder. Ancak eşdeğerde değildir. Bunun nedeni, ayrı olarak oluşan plasentalardan aldıkları nispi kan miktarıdır. Her zaman iki ovum olgunluğa kadar gelişmez. Bir fetüs erkenden düşebilir veya ölebilir ya da diğeri doğum sırasında atılıncaya kadar kalabilir. Ölmüş olan fetüs bası ile yassılaşabilir ve tanınamayabilir. Fertilizasyona neden olan spermatozoolar farklı erkeklere ait olabilir. Nadir durumlarda iki ovumun siyah ve beyaz kimseler veya tamamen farklı kan gruplarına sahip olan şahıslar tarafından döllenmesi mümkündür.

SÜPERFÖTASYON

Daha önceden gebe olan bir kadında ikinci ovumun döllenmesi durumudur. Bunun sonucunda iki fetüs doğar. Bu fetüsler ya aynı zamanda farklı gelişim dönemleri gösterecek şekilde doğarlar ya da bunların bir ila üç aylık bir farkla tam olarak gelişmiş iki fetüs şeklinde doğmaları mümkündür. Normal olarak gelişmiş bir çocuğun doğumunda ikinci fetüs gerekli olan besini alır ve daha sonra olgun bir çocuk şeklinde doğar. Toplanan deliller süperfötasyonun sadece bir olasılık değil aynı zamanda bir gerçek olduğunu göstermektedir. İki kısımlı veya çift uterusu böyle bir durumun görülmesi mümkündür.

DOĞUM HEKİMİNİN GEBELİĞİN TANISI İLE İLGİLİ SORUMLULUĞU

Hekim, gebeliği doğru olarak teşhis etmek için özel bir özen göstermelidir. Gebeliği, bir kist veya bir tümör şeklinde yanlış olarak teşhis etme, gereksiz cerrahi girişime ve buna eşlik edebilecek komplikasyonlara yol açabilir. Yanlış bir nedenle gebe bir hasta üzerinde ameliyat yapan bir hekim, malpraktis davası ile karşı karşıya kalabilir.²

Hekime, mevcut bir gebeliği teşhis edememesi, farklı patolojik bir durumu gebelik şeklinde yanlış olarak teşhis etmesi nedeniyle sorumluluk yüklenebilir.

Hekim, tanıya varmak için kabul edilmiş olan araçların ve metotların kullanılmış olduğunu ispatlayabildiği sürece, tanı yanlış olsa dahi, hasta yanlış tanı nedeniyle davacı olduğunda, mahkemeler genellikle hekimi sorumlu tutmazlar. Tıp mesleği tarafından kabul edilmiş olan araçlar ve metotlar, hekimin fiziksel muayeneyi ve olgu ile ilgili şartların öngördüğü testleri yapmasını gerektirecektir. Hekimin, diğer hekimlerin yaptığı testleri veya aynı muayene yöntemlerini mutlaka uygulaması gerekmez. Mahkemeler, eğitim çevresi ve tecrübesi farklı olan hekimlerin mevcut tıbbi tekniklerin uygunluğu ve etkinliğine ilişkin olarak farklı kanıları benimsemelerinin beklenebileceğini kabul etmiştir. Böylece, mahkemeler tanı veya tedavi metotlarına ilişkin mesleki kanıdaki farkın, ihmalin kabulü açısından yeterli olamayacağını benimsemektedirler. Hastanın, hekimin uyguladığı işlemin, bakım görevinde ihmal unsuru oluşturduğunu göstermesi gerekir. Hekimin tanı ve tedavide uygulamış olduğu metot meslekte geçerli olarak kabul edildiği sürece, istenmeyen bir sonuçla karşılaşan hastanın, görev ihlali durumunu ispatlaması zordur.²

Kuşkusuz, hekim, ne kadar yaygın olarak kullanılırsa kullanılsın, belirli bir durumda testin doğruluğuna dair şüphe bulunduğunda, herhangi bir laboratuvar testinin sonuçlarına körü körüne güvenmemelidir. Böylece, hekim bir laboratuvar testi istediğinde, testin sonuçları hekimin gözleminin yanısıra hastaya ilişkin klinik bilgilerle uyumsuz olduğunda, laboratuvar hatası olasılığını ekarte etmek için daha başka testlerin istenmemesi ihmal unsurunu oluşturabilir.²

Bazı durumlarda, son tanı, tek bir muayeneye veya teste dayanılarak koyulamaz. Böyle durumlarda, hastayı uzun bir süre izlemek veya muayene etmek gerekli olabilir. Hekim ilk tanıyı koymada gereken özeni göstermiş olsa dahi, tanıyı doğrulamak için gerekli olan başka muayeneleri yapmaması veya testleri yaptırtmaması sorumluluğa yol açabilir.

Hekim, uygun testleri gerektiği şekilde uyguladığında ve gerekli izleme değerlendirmesini yaptığında, yanlış tanı onu otomatik olarak sorumluluğa uğratmayacaktır. Çünkü gebeliklerin hepsi birbirinin aynı olmadığından ve birçok diğer jinekolojik durum gebelik semptomlarını taklit ettiğinden, yanlış tanı, aslında ihmal sayılmaz.

Uygun testler yapılmadan yanlış tanıya varılmış ise ve yanlış tanı da hastanın zarara uğramasına neden olmuşsa, gerekli testlerin uygulanmamış

olması ihmal unsurunu oluşturabilir.

Bazı gebelik semptomlarını gösteren çocuk doğurma çağındaki bütün hastalarda gebelik açısından rutin olarak test yapmanın gerekli olup olmadığı noktasına değinelim. Bazılarına göre, gebelik testinin rutin olarak yapılması bakım standardı kapsamındadır. Yorumcular, gebelik açısından rutin olarak test yapma görevinin, mahkemeler tarafından standart olarak kabul edilmesi gerektiği görüşündedir. Hekimin, hastanın durumunun açık olarak gerektirmediği test ve işlemleri üzerine alması önerilmez. Fetüsü veya anneyi zarara uğratacak olan bazı hastalıkların tedavisine başlamadan önce, gebeliğin olup olmadığı belirlenmelidir.

Çocuk doğurma çağında bulunan bir hastada tanı koydurucu diğer işlemlerin anneye veya fetüse zarar vermesi olasılığı bulunuyorsa, bunları uygulamadan önce, gebelik testi yapılması gerekli olabilir. Bu durum, özellikle, tanı amacıyla röntgen çekilmesi durumunda uygulanır.

Bazı olgularda X- ışınlarının fetüs üzerine zararlı etkisinin bulunup bulunmadığının ve gebeliğin sonlandırılmasına gerek duyulup duyulmadığının bilirkşi raporu ile onaylanması gerekir. Böyle olguların sonucu, çoğu kez radyasyonun miktarının yanı sıra radyasyona maruz kalma sırasında fetüsün yaşı gibi faktörlere bağlıdır.

Son yıllarda, gebeliğin tanısıyla ilgisi bulunan hekimler, yeni bir sorumluluk durumu ile karşı karşıya kalmışlardır. Bu sorumluluk, düşüğe izin verilebilecek kadar erken bir dönemde gebeliğin teşhis edilememesi ile ilgilidir. Hekim gebelik testi yapmadan hastaya yanlış olarak gebe olmadığını bildirdiğinde, çocuk doğurmak istemeyen hastanın gebeliğini sonlandırma şansı yok olacağından, hakkında dava açılabilir. Bu gibi durumlar temelde bir malpraktis davasını oluştururlar. Bu nokta tanı konusunda hekimin makul bir özen göstermemesi sonucunda uğranılan zararlar yönünden açılabilir. Son yıllarda hekimlerin gebeliğin sonlandırılmasına izin verecek kadar erken bir dönemde gebelik tanısı koyamamaları nedeni ile haklarında davalar açılmıştır. Bu olgularda hasta tazminat talep edebilir. Yani hasta hekimin tanı koyarken gerekli özeni göstererek doğru teşhis koymuş olması durumunda gebeliğine son vermiş olacağını iddia edebilir. Talep edilen tazminat, gebelik ve doğum sırasında yapılan tıbbi masrafların yanı sıra çocuğun büyütülmesi ve tahsili konusunda tahmin edilen masrafları kapsar.⁴

Bununla birlikte, mahkemeler bu nitelikteki bir iddianın geçerli bir dava nedeni olup olmayacağı konusunda fikir birliği içinde değildirler.

Bir hekim gebeliğin bulunmadığı şeklinde yanlış tanı koyar ve hastanın adetlerini oluşturmak için fetüse zararlı olabilen ilaçları verirse hakkında dava açılabilir. Tanı yanlış olduğunda ve uygulanan ilaçla fetüste zarar oluştuğunda hekim malpraktisle suçlandırılabilir.⁴

Aşağıdaki durumlarda gebeliğin tanısında yanlışlıklar yapılabilir:⁴

1. Döllenme, ilk menstrüel peryottan (menarş) önce olduğunda, gebelik kolayca gözden kaçırılabilir. 5 yaşındaki bir kızda gebeliğin meydana geldiği bilinmektedir.

2. Üreme döneminin diğer ucunda yani kırklı yaşların sonlarında veya ellili yaşlarda hâlâ adet gören bir kadında amenore, gebelikten ziyade

menopozun başlangıcı olarak yorumlanabilir. Gebelik ellili yaşların ötesinde bulunan kadınlarda da meydana gelebilir.

3. Fiziksel veya emosyonel stres, beslenme bozukluğu ve ağır bedensel çalışma da dahil olmak üzere çeşitli fizyolojik durumlarda amenore oluşabilir.

4. Amenore, çeşitli endokrin bozukluklardan ve diğer nonspesifik hastalıklardan kaynaklanabilir.

5. Özellikle üreme çağında bulunan daha yaşlı gruptaki kadınlarda, döllenmeden sonra sık olarak kanama meydana gelir. Bazen kanama uzun bir süre ve nispeten düzenli bir şekilde oluşur. Bu tür bir kanama devam eden sıklık bir kanama izlenimi yaratır. Bu gibi koşullarda gebelik zaman süreleri de gözden kaçırılabilir.

6. Doğumdan sonra sıklık kanaması başlamamış olan emziren kadınlarda gebelik meydana gelebilir. Böyle bir durumda, gebelik yanlış olarak uzun süreli laktasyon amenoresi şeklinde yorumlanabilir.

Gebe kalmak istemeyen kadınlar gebeliği gizlemeye çalışabilir. Buna karşın, çocuk sahibi olmayı arzulayanlar ise kendilerinde gebeliğin semptomları bulunduğunu sanırlar ve hatta kendilerinin gebe olduğunu söylerler. Bu tür kuruntular gebeliğin fiziksel belirtilerinin gelişme noktasına kadar ilerleyebilir. Bu duruma yalancı gebelik denir.⁴

Çoğu gebelik tanısının atlanmasında veya gebeliğe yanlış tanı koyulmasında yetersiz ve dikkatsiz muayenenin yanı sıra hastanın şikayetlerinin tümüne dikkat edilmemesi rol oynar.⁴

Gebeliğin kesin tanısının koyulması, gebeliğin sonlandırılmasının düşünüldüğü durumlarda ve teratojen olan canlı aşılarla immünizasyonu gerektiren tropikal ülkelere seyahat etmeyi planlayan olgularda önem taşır. Bu gibi durumlarda gebeliğin tanısının mümkün olduğu kadar erken koyulması gerekir. Bu amaca ulaşmak için pelvis muayenesinin yanı sıra immunolojik gebelik testlerinden birinin yapılması gerekir. Nadiren yüksek hassasiyete sahip olan radioimmunoassay testi ve / veya sonografik inceleme gerekir.⁴

Bazen, immunolojik gebelik testlerinin sonuçları yanıltıcı olabilir. Sonuç ya yalancı -pozitif ya da yalancı-negatif olabilir. Yalancı-pozitif sonuç, aslında gebe olmayan bir hastanın gebe olduğunu gösterir. Yalancı-negatif sonuç ise, aslında gebe olan bir hastanın gebe olmadığını gösterir.⁴

Hipofizden salgılanan gonadotrofin seviyesi yüksek ise, luteinizan hormon ile reaksiyon verebilen çok hassas test araçları pozitif sonuç gösterebilir. Proteinüri ve fenotiazin, prometazin, fenobarbital veya aspirin gibi ilaçların kullanımı da yalancı-pozitif reaksiyonlara neden olabilir.

HCG değerleri normal gebeliktekinden çok yüksek olduğunda, saptanan kuvvetli pozitif test trofoblastik hastalığın araştırılmasını gerektirir.^{4,6}

İncelenen idrar örneği gebeliğin çok erken döneminde alınmışsa veya çok seyreltilmişse, testte HCG tespit edilemeyebilir. Bu durumda sonuç yalancı-negatif olacaktır.^{4,6}

KAYNAKLAR

1. Fazekas, I.Gy., Kòsa, F : Forensic Fetal Osteology, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1978, pp.303-322.
2. Fineberg, K.S., Peters, J.D., Willson, J.R., Kroll, D. A : Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan , 1984, pp. 347-359.
3. Franklin, C. A : Modi's Textbook of Medical Jurisprudence and Toxicology, Twenty - first Edition, N.M. Tripathi Private Limited, Bombay, 1988, pp.358-365.
4. Goldsmith, L.S : Medical Malpractice : Guide to Medical Issues, Matthew Bender, 1989, pp. 95/1- 95/32.
5. Gonzales, T.A., Vance, M., Helpem, M., Umberger, C.J : Legal Medicine, Pathology and Toxicology, Second Edition, Appleton - Century-Crofts, Inc., New York, 1954, pp.555-563.
6. Iffy, L : Obstetrics, In : Wecht, C.H., Preiser, S.E., Preiser, M.L (Editors) : Preparing and Winning Medical Negligence Cases, Second Edition, Volume 2, The Michie Company, Law Publishers, Charlottesville, Virginia, 1989, pp. 224-225.
7. Janssen, W : Forensic Histopathology, Springer - Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1984, pp.195-198.
8. Knight, B : Legal aspects of medical practice, Third edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1982, pp.205-207.
9. Knight, B : Simpson's Forensic Medicine, Tenth Edition, Edward Arnold, London, Melbourne, Auckland, 1991, pp.178-179.
10. Krishnan, M.K.R : Handbook of Forensic Medicine including Toxicology, 9th Edition, Kothari Books, Hyderabad, 1990, pp.153-157.
11. Krogman, W.M., İşcan, M.Y : The Human Skeleton in Forensic Medicine, Second Edition, Charles C Thomas. Publisher, Springfield, Illinois, 1986, pp.247-259.
12. Lewis, T.L.T., Chamberlain, G.V.P : Obstetrics by Ten Teachers, Fifteenth Edition, Edward Arnold, London, 1991, pp.333-334.
13. Parikh, C.K: Parikh's Textbook of Medical Jurisprudence and Toxicology for Classrooms and Courtrooms, Medicolegal Centre, Bombay, 1986, pp.410-411.
14. Reddy, K.S.N : The Synopsis of Forensic Medicine and Toxicology, Eighth Edition, K.Suguna Devi, Hyderabad, 1992, pp.180-182.
15. Reddy, K.S.N : The Essentials of Forensic Medicine and Toxicology, Thirteenth Edition, K.Suguna Devi, Hyderabad, 1992, pp.285-288.
16. Schwär, T.G., Loubser, J.D., Olivier, J. A : The Forensic ABC in Medical Practice, A Practical Guide, Haum Educational Publishers, Pretoria, 1988, pp.289, 314-332.

8

Antenatal Bakımla İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Çetin L. Baydar / Murat Eke

Yaklaşık olarak otuz yıl öncesine kadar, antenatal bakıma gebeliğin sonucu üzerine az etkisi bulunan ve nispeten önemsiz olan rutin bir işlem gözüyle bakılıyordu. Günümüzde ise prenatal dönemde bazı incelemelerin mutlaka yapılmasının gerektiği noktası benimsenmiştir. Ne yazık ki prenatal bakım hâlâ birçok hekim tarafından ihmal edilen bir konudur. Antenatal bakımla ilgili başlıca malpraktis davaları, hipertansif komplikasyonlar, gebeliğin süresinin ve fetüsün yaşının değerlendirilmesindeki yanlışlıklar ve antenatal bakımın yeterli olmayışı konularıyla ilgilidir.

1980 li yılların başlarından beri doğumsal defektlerin prenatal tanısında büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Bazı hastalıkların belirlenmesinde biokimyasal, morfolojik, kromozom ve DNA ile ilgili değişikliklerden yararlanılmaktadır. Bunun sonucunda, fetüsteki bir hastalığın veya bir anormalliğin doğru bir şekilde teşhis edilmesi ebeveynler açısından bazı seçeneklere olanak sağlar: Bu seçenekler şunlardır: 1. İleri derecede malformasyonlu veya hastalıklı bir fetüsün elektif olarak düşürülmesi, 2. Transfüzyon, ilaçlar veya ameliyatla rahim içinde tedavi, 3. Doğumun şekli ve zamanının değiştirilmesi, 4. Müdahale etmeme kararı, 5. Özel tıbbi veya cerrahi bakımın gerekliliği düşünüldüğünde olgunun bir tersiyer bakım merkezine nakli.

Günümüzde çeşitli anatomik bozukluklar prenatal tanı ile tespit edilebilmektedir. Bunlar arasında Marfan sendromu gibi kalıtsal özellikteki bağ dokusu hastalığı, Huntington hastalığı gibi nörolojik belirtiler gösteren çeşitli sendromlar, hemofili gibi X kromozomuna bağlı resesif bir gen ile geçen çeşitli hastalıklar, fenilketonüri gibi aminoasit metabolizması bozuklukları, glikojen depo hastalığı gibi çeşitli karbonhidrat metabolizması bozuklukları, Wilson hastalığı gibi özel metallerin metabolizma bozuklukları yer alır. Ultrasonografi, amniosentez, alfa fetoprotein düzeyinin ölçümü gibi yöntemlerin kullanılması ile sağlanan antenatal genetik tanı sayesinde özellikle

gebeliğin ilk iki ayında nöral tüp anormallikleri de dahil olmak üzere çeşitli defektler veya bozukluklar bulunan fetüsler saptanabilirler. Tedavi ile hastaların küçük bir kısmında normal nörolojik fonksiyon sağlanabilmesine rağmen, bunların yaşama şansı düşük olanlardan ayırt edilmesi imkansızdır. Bu nedenle, prenatal tetkikler ailelere bu çeşit fetüslerin bulunduğu gebeliklerin sonlandırılması seçeneğini sağlarlar. Günümüzde genetik danışma ve kalıtsal hastahkların tanısındaki ihmâl nedeniyle hekimler aleyhine davalar açılabilir.

PRENATAL KAYIT

Prenatal bakım, günümüzdeki obstetrik uygulamada önemli olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, prenatal bakımla ilgili kayıtların dikkatlice tutulması gerekir.

Bazı testlerin prenatal dönemde yapılması gerekli olduğundan, çoğu hastaneler standard prenatal bakım formları geliştirmişlerdir. Bu prenatal kayıt formlarında isim, adres, yaş, medeni durum, ırk, din, meslek, geçmişteki ve şimdiki sağlık durumu, aile anamnezi, önceki gebeliklerle ilgili anamnez, alışkanlıklar, alkol ve madde bağımlılığı, ilaç alımı, allerjik durumlar, v.b. yer alır. Bununla birlikte, obstetrikteki yeni gelişmeler sıklıkla prenatal bakımda da yenilikleri gerektirir. Prenatal kayıt formlarına muayene bulgularının yanı sıra istenilen tetkikler ve sonuçları yazılır.

Bazı prenatal kayıtlarda daha sonraki muayeneler sırasında kaydedilecek olan noktaların yazılacağı yerler bulunur. Bazı malpraktis davalarında, prenatal muayenelerin gerekli sıklıkta yapılıp yapılmadığı noktası ortaya çıkabilir. Hasta çağrılan tarihte muayeneye gelmezse, hekimin önerilerine uymamış olduğu kabul edilir.

PRENATAL MUAYENELERİN SIKLIĞI

Standard obstetrik uygulama prenatal muayenelerin düzenli aralıklarla yapılmasını gerektirir. Önemli yüksek risk faktörleri bulunmadığında, prenatal muayeneler aşağıdaki şekilde düzenlenmelidir:

20 inci haftaya kadar	her 4 haftada bir
20-28 inci haftalarda	her 3 haftada bir
28-36 inci haftalarda	her 2 haftada bir
36-41 inci haftalarda	her haftada bir

Spesifik komplikasyonlar bulunduğu, antenatal muayenelerin daha sık olarak yapılması gerekebilir. Muayenelerin sıklığının belirlenmesi, söz konusu patolojik durumun anlaşılmasına bağlıdır. Böyle bir durumda, muayenelerin sıklığı annenin veya fetüsün durumunun kötüleşme olasılığı göz önüne alınarak belirlenmelidir.

Malpraktis davası ile ilgili olan birçok olguda, bilinen bir komplikasyonun varlığına rağmen, antenatal muayenelerin sıklığının normal gebelik-

tekinden daha az olduğu belirlenmiştir.³ Bu gibi durumlarda prenatal muayenenin eksikliği ortada olup mahkeme hekimin uygulamasının genel standartların altında olduğuna karar verir.

ANAMNEZ, MUAYENELER VE RUTİN TESTLER

Hastanın değerlendirilmesi, onun tam bir anamnezini, fizik muayenesini ve laboratuvar testlerini içermelidir.

Anamnez

Anamnez, yaş, vaginal kanama, ödem, üriner enfeksiyon, kızamıkçık, radyasyona maruz kalma, ilaç, alkol, sigara ve diğer alışkanlık yapıcı maddelerin kullanımı gibi yüksek riskli hastaları belirlemeye yardımcı olan faktörleri içermelidir. Hastanın geçmiş obstetrik anamnezi incelenmelidir. Daha önceden Rh immunglobulin uygulaması yapıp yapılmadığı kayıt edilmelidir. Hastanın aile anamnezi, sosyal anamnezi ve beslenme durumu değerlendirilmelidir.

Yaşamla bağdaşmayabilen veya yaşamın kalitesini büyük ölçüde düşüren çeşitli konjenital anomalileri bulunan bebeklerin doğumunun önlenmesi artık mümkün olduğundan, doğum hekimi kalıtsal bozukluk olasılığını ve fetüsü etkileyebilen teratojenik durumları bildirmek yükümlülüğündedir. Bu hareket tarzı, ebeveynlere gebeliğin sonlandırılması veya devam ettirilmesi konularında seçim imkanı verir.

Kalıtsal bozukluğa karşı eğilim durumunu saptamanın ilk basamağı, yeterli derecede ayrıntılı bir aile anamnezinin elde edilmesidir. Rutin aile anamnezinde büyükbaba ya da büyükanne, halalar ve amcaların yanı sıra kuzenler de dahil olmak üzere yakın akrabalarda konjenital malformasyonların bulunup bulunmadığı araştırılır. Doğacak çocuğun babası ile annesi arasındaki kan bağı ilişkisi araştırılmalıdır. Önem taşıyan araştırma konuları arasında ailede ikizlerin bulunup bulunmadığı, ölü doğum ve düşüklerin sıklığı ve ebeveynlerin etnik özgeçmişi yer alır. Musevilerde Tay-Sachs sendromu ve zencilerde orak hücreli anemi gibi bazı genetik bozukluklar belirli ırklarda ve etnik gruplarda nispeten sık olarak görülür. Bu nedenle, rutin prenatal incelemeye bu anomalilerle ilgili araştırma ilave edilmelidir.

Anamnez sırasında aşağıdaki durumlar da araştırılmalıdır:

1. Bir ebeveynde dominant olarak geçen bir bozukluğun bulunup bulunmadığı

2. Dominant özellikler kuşaktan kuşağa nakledilir. Bu tür bir özellik hem anne veya babada hem de çocukta tanınabilir.

3. Ebeveynlerin resesif özellik şeklinde nakledilebilen bir metabolik bozukluğu taşıma olasılığı

4. Aynı özelliği taşıyan kişiler birbiriyle evlenmedikçe, resesif özellikler kuşaklarda gizli kalabilir.

İlk Muayenede Yapılması Gereken Rutin Laboratuvar Testleri

İlk muayenede rutin olarak yapılması gereken testler arasında anemiye belirlemek için kan sayımı, gebe kadının ve kocasının ABO ve Rh gruplarının saptanması, sifiliz için serolojik test, rubella titresinin belirlenmesi, fenilketonüri testi ve pap smir yer alır.

Sonraki Muayenelerde Yapılması Gereken Rutin İncelemeler ve Testler

Daha sonraki her muayenede, annenin kilosu kontrol edilir ve kan basıncı ölçülür. Glikoz ve protein açısından idrar tahlili yaptırılır. Birçok hekim glikoz yükleme testinin de rutin olarak yaptırılması gerektiği görüşündedir. Glikozüri bulunuyorsa, bu testin yapılması zorunludur.

a. Kan Basıncı

Her prenatal muayenede kan basıncının kontrolü gerekir. Aşağıdaki durumlarda, kan basıncının yükselmesinden bahsedilir:

1. 140 mmHg sistolik
2. 90 mmHg diastolik
3. sistolik basınçta 30 mmHg'lık artış
4. diastolik basınçta baseline değerinin üzerinde 15 mmHg'lık yükselme

Baseline kan basıncı değerini neyin oluşturduğu konusunda önemli derecede görüş ayrılığı bulunmaktadır. Çoğu araştırmacıların görüşüne göre, hekime ilk defa muayeneye gelen bir hastada saptanan kan basıncı değerine baseline değeri denir. Bazı uzmanlar, gebelikten önceki kan basıncı değeri biliniyorsa, bu değer göz önüne alınmasını benimsemektedir. Bununla birlikte, hekimin gebe kadınlarda kan basıncı düşüklüğü durumunun nispeten sık olduğunu bilmesi gerekir.

Son yıllarda yüksek kan basıncının iki kez kontrol edilmesi standard uygulama haline gelmiştir. Hipertansiyon fetüste ve annede önemli risklere yol açar. Yüksek kan basıncı bulunan bir hasta 20-30 dakika istirahat ettirildikten sonra yeniden kan basıncı ölçülür. İstirahatten sonra kan basıncı normal sınırlar içinde bulunuyorsa, bunun hastanın gerçek kan basıncı olduğu kabul edilir. Kan basıncı hâlâ yüksekse, ilk ölçümden altı veya daha fazla saat sonra yeniden ölçüm yapılır. Bu şekilde hastanın hipertansiyonu bulunup bulunmadığına karar verilir.

Malpraktis iddiaları ile ilgili kayıtlar gözden geçirildiğinde, önemli derecede yüksek kan basıncı değerlerinin dikkate alınmamış olduğu görülmüştür.³ Anlaşıldığı kadarı ile, birçok hekim hafif derecede kan basıncı yükselmelerinin önemli olmadığına inanmaktadır. Bunlar diastolik hipertansiyon bulunmadığında sistolik kan basıncı yükselmesinin gebelik üzerine önemli risk yüklemeyeceğini, şişman kadınlarda düzenli olarak belirlenen kan basıncı değerlerinin gerçek basınçtan fazla olduğunu, hafif kan basıncı yük-

selmesinin bir müdahaleyi gerektirmediğini kabul ederler. Fakat bu inançların tümü yanlıştır.

a. İdrar Tahlili

Çoğu prenatal kayıta her muayenede özellikle idrar tahlilinin yapıldığından bahsedilmesine rağmen, pozitif bulguların yorumlanması konusunda bazı karışıklıkların bulunduğu görülmektedir. İdrarda glikozun ve ketoasidin bulunuşu diabet şüphesini kuvvetlendirmesine rağmen, bu noktanın sıklıkla dikkate alınmadığı görülmektedir. Predispozan faktörlerin ve bu gibi bulguların varlığında, hastanın diabet yönünden araştırılması gerekir. Günümüzde bazı doğum hekimleri prenatal glikoz yükleme testini zorunlu bir gereksinim olarak kabul etmektedir. Kanıtlanmış predispozan faktörlerin varlığında, glikoz yükleme testinin yaptırılmamış olması malpraktis iddiasına yol açar.³

Diabetin varlığı gerekli testlerle kanıtlandıktan sonra, kontrol altına alınmaması da malpraktis davasına yol açar. Fetüste hasar bulunduğunun iddia edildiği malpraktis davalarının gözden geçirilmesinde, tüm malpraktis iddialarının % 20 sinde predispozan faktörün varlığına rağmen, hekimin gestasyonel diabeti araştırmamış veya tedavi etmemiş olduğu dikkati çekmiştir. Glikoz yükleme testinin yapılışı pahalı olmadığından ve bu testten edinilecek yarar fazla olduğundan, bu testin niçin yaptırılmamış olduğunun makul derecede açıklaması yapılamaz.³

İdrarda proteinin bulunuşu, preeklampsinin gelişebileceğini gösteren bir bulgudur. Bununla birlikte, proteinüri nispeten geç görülen bir bulgudur.

b. Annenin Vücut Ağırlığı

Gebelik sırasında her muayenede annenin kilosunu kontrol edilmelidir. Gebelik sırasında ortalama olarak 10-12 kg alınır. Gebeliğin erken döneminde orta derecede kilo alınır. Gebeliğin üçüncü ayında ise daha hızlı bir şekilde kilo alımı olur.

Bir haftada 900 gram dan veya bir ayda 2700 gram dan fazla kilo alımı preeklampsinin bulunduğunu veya yaklaşmakta olduğunu gösterir. Hızlı kilo alımı yetersiz beslenmenin bulgusu olabilir.

Gebelik sırasında kilo alamama durumu annede veya fetüste bir hastalığın (TORCH enfeksiyonları- toksoplazmosis, rubella, sitomegalovirüs ve herpes- annede kronik hastalıklar veya fetüste konjenital anomali) bulunduğunu düşündürür. Annenin yeterli derecede kilo alamaması durumu ayrıntılı bir incelemeyi gerektirir. Böyle bir durumda genellikle obstetrik alanı dışındaki uzmanlarla konsültasyon yapılması gerekir.

Bu nedenle, annede rutin ağırlık kontrolünün yapılması klinik açıdan önem taşır ve önemi küçümsenmemelidir. Bununla birlikte, literatürdeki malpraktis olguları gözden geçirildiğinde, annenin kilosuna dikkat edilmemiş

veya az önem verilmiş olduğu görülmüştür. ³

c. Fetüsün Yaşı ve Beklenen Doğum Tarihi

1970 yılından sonraki yayınlarda fetüsün yaşının ve beklenen doğum tarihinin saptanmasının önemi üzerinde durulmaktadır.

Beklenen doğum tarihinin saptanmasında Nagele kuralının uygulanması bir adet haline gelmiştir. Bunun için son adet ilk gününe 7 gün ilave edilir ve üç ay geriye gidilir. Gebeliğin ortalama süresi yaklaşık olarak 280 gün veya 40 haftadır. Gebeliğin erken döneminde sürenin doğru olarak saptanması zorunludur.

Çağdaş obstetrik kitaplarında, adet anamnezinin gebelik süresine göre geçerliliğini kontrol etmek amacıyla, her muayenede uterusun gelişiminin objektif bir şekilde değerlendirilmesi gereksinimi vurgulanmalıdır.

Antenatal muayenelerde uterus fundusunun semfiz pubisten itibaren olan mesafesi ölçülmelidir.

Gebeliklerin büyük çoğunluğunda prenatal muayenelerde cevaplandırılması gereken en önemli soru şudur: “ Fetüs kaç yaşındadır? “ Son adet ilk günü ve fundusun yüksekliği hakkında çoğu kez fikir birliği bulunduğu, gebeliğin süresi kesin olarak belirlenebilir. Gebelik yaşı bu yöntemlerle aşıkarak belirlenemezse, sonografik inceleme yapılmalıdır.

Erken gebelikte uygulanan sonografi, fetüsün yaşı ve beklenen doğum tarihi hakkında oldukça doğru bilgi verebilir. Bazıları sonografinin bu amaçla rutin olarak uygulanmasını önermesine rağmen, hesaplanan ve beklenen gebelik süreleri arasında iki haftadan daha fazla bir çelişki bulunduğu, uterusun gelişiminin dikkatlice değerlendirilmesi ile gebeliğin hesaplanan süresi doğrulanmalı ve ultrason ile fetüsün yaşı belirlenmelidir. Gebelik süresi 40 haftayı dört hafta aştığında perinatal mortalite ve morbidite oranlarında yaklaşık olarak on misli artış olur. Bu nedenle, gebelik süresi doğru olarak hesaplanmalıdır..

Yukarda anlatılan fetüsün yaşının değerlendirilmesi ile ilgili prensipler genellikle son yıllarda kabul gören standartlar haline gelmiştir. Fundus yüksekliğinin doğru bir şekilde ölçümü ile beklenen doğum tarihini iki kez kontrol etmeyen veya uterusun büyümesine önem vermeyen hekimlerin uygulama standartlarıyla bağdaşmayacak şekilde harekette bulundukları kabul edilmektedir. Bu tür bir ihmalin sekellerinin son derece ağır olması nedeniyle, başarılı malpraktis iddiaları sıktır. Malpraktis iddiaları ile ilgili kayıtların gözden geçirilmesi hekimlerin nadiren uterusun gelişimine gereken önemi gösterdiklerini ve seyrek olarak uterusun büyümesinin son menstruel periyodun doğruluğunun kanıtlanması için kullanıldığını ortaya koymuştur.³

d. Fetüsün Ağırlığı

Son otuz yıldan beri prematürite, postmatürite, düşük doğum ağırlığı ve anormal derecede iri fetüsün klinik açıdan önemi iyi bilinmektedir. Bunların hepsi çeşitli nedenlerle olgunun iyi izlenmesini gerektiren önemli risk faktörleridir. 4500 gram ağırlığındaki bir fetüsün vaginal yolla doğumu sırasında hasar meydana gelmesi olasılığı yüksektir. Bu nedenle, fetüsün ağırlığının ve büyüklüğünün değerlendirilmesi pratik açıdan büyük önem taşır. Gebeliğin ileri döneminde fetal dismatüritenin bulguları çoğu kez basit klinik muayene ile ortaya koyulabilir.

Fetüsün ağırlığının klinik olarak değerlendirilmesinin doğruluğu aşkar sınırlandırmalar göstermesine rağmen, fetüsün ağırlığının ilerlemiş gebelikte $\pm$ %20 lik bir farkla (yaklaşık olarak $\pm$ 800 gram) belirlenebileceği kabul edilmektedir. Gerçekten, çoğu doğum hekimi olguların çoğunluğunda fetüsün ağırlığını $\pm$ 300 gram farkla belirleyebilir.

Annenin kilo almasını değerlendirerek ve fundus yüksekliğini ölçerek fetüsün ağırlığı ve büyüklüğü önemli derecede doğruluk oranıyla (genellikle $\pm$ 200 gram) değerlendirilebilir. Sonografi fetüsün büyüklüğünün değerlendirilmesinde kullanılabilir. Bu nedenle, fetüste aşkar makrosomi veya gelişim geriliğinden şüphelenildiğinde, fetüsün büyüklüğünün mümkün olduğu kadar doğru bir şekilde belirlenmesi gerekir.

Vaginal yoldan yaptırılacak olan bir doğumdan önce, hekimin sefalopelvik oranlar hakkında fikir edinmesi gerekir. Bunun için fetüsün büyüklüğünün ve anne pelvisinin klinik olarak değerlendirilmesi gerekir.

Kalıcı özellikte plexus brakialis hasarına yol açan 5000 gramlık bir fetüsün doğumu sırasında omuz distosisi meydana gelirse, hekimin fetüsün büyüklük ve ağırlığına gereken dikkati göstermemiş olduğu anlaşılır.

Fetüsün ağırlığının ve büyüklüğünün değerlendirilmesi, klinik ve adli tıp açısından büyük önem taşımasına rağmen, antenatal bakım en fazla ihmal edilen bir alandır. Malpraktis ile ilgili olgu kayıtları gözden geçirildiğinde ya gebelikte ya da travayın başlangıcında nadiren fetüsün ağırlığının belirlenmesiyle ilgili bilgileri ihtiva ettikleri görülür. Birçok basılı antenatal kayıta fetüsün ağırlığı ilgili kısmın hekimler tarafından sıklıkla doldurulmamış olduğu dikkati çeker.³

Fetüste yaralanma ile ilgili tüm malpraktis iddialarının %10 u iri fetüsle ilgilidir. Gebelik sırasında ve travayın başlangıcında fetüsün büyüklüğüne dikkat edilmesi, bu konudaki malpraktis davalarının sayısının azalmasını sağlar.

e. Annenin Pelvisinin Ölçümü

Anne pelvisinin değerlendirilmesi ve ölçümü en azından travay sırasında yapılmalıdır. Malpraktis davasına yol açmış olan olguların gözden geçirilmesinde pelvisin değerlendirilmesinin ya tamamen ihmal edilmiş bulunduğu ya da sadece yeterli kelimesinin yazılmış olduğu dikkati

çekmiştir.³

Pelvis değerlendirmesinin sınırlamaları bulunmasına rağmen, pelvisin büyüklük ve şeklinin bilinmemesinden kaynaklanan komplikasyonların karar verme hatası olarak savunması yapılamayabilir. Travay sırasında gebenin dikkatli bir şekilde izlenmesi, doğum hekiminin baş-pelvis uygun-suzluğunu teşhis etmesine ve doğumu başarılı bir şekilde yönetmesine olanak sağlar. Bununla birlikte, travay sırasında travay eğrisinden yararlanılmazsa ve fetüsün kalp hızı elektronik aygıtlarla izlenmezse, baş-pelvis uygunsuzluğundan kaynaklanan ciddi komplikasyonlar meydana gelebilir. Baş-pelvis uygun-suzluğunun varlığında hastanın pelvisinin çaplarının ölçülmesine önem verilmelidir.

Pelvis Çeşitleri

Normal kadın pelvisi jinekoid özellikte olup hemen hemen yuvarlaktır. Pelvis giriminin şekli ovaldir. Pelvis giriminin lateral çapı yaklaşık olarak 13 cm dir. Ön-arka çapı yaklaşık olarak 11.5 cm dir. Bazı kadınlarda pelvis giriminin transvers çapı uzundur, ön-arka çapı ise küçüktür (platypelloid pelvis- basık pelvis). Diğerlerinde ise bunun aksi bir durum söz konusudur: promontoryum ile semfiz arasındaki mesafe transvers çaptan büyüktür (anthropoid pelvis). Bazı kadınlarda, pelvis girimi üçgen şeklindedir (android pelvis- erkek tipinde pelvis). Pelvisteki bu farklılıklar fetüsün geçeceği mesafeyi daraltır ve travayı zorlaştırır.

Klinik Değerlendirme

Pelvis giriminin transvers çapı elle ölçülemez. Bununla birlikte, pelvis giriminin transvers çapı, pubis kabartısı ile iliak kemiklerin üst ön spinaları arasındaki mesafeyi ölçerek gerçeğe yakın bir şekilde değerlendirilebilir. Transvers çapın ölçümü doğum hekimleri arasında rağbet görmemiştir. Bu nedenle, travayda duraklama meydana gelinceye kadar pelvis giriminin transvers olarak darlığı genellikle gözden kaçır. Bu duruma sıklıkla fetal distres eşlik eder.

Promontoryum ile semfizin alt kısmı arasındaki mesafe (konjugata diagonalis) elle nispeten kolay bir şekilde ölçülebilir. Bu ölçümden "konjugata vera" nispeten doğru olarak hesaplanabilir. Aynı zamanda sakrumun konturu değerlendirilebilir. Sakrum kavisli ise, hekim promontoryumun altında sakrumun cismi ile olan bağlantıyı kaybeder. Normalde yaklaşık olarak 10.5 cm olan orta pelvisin transvers çapı spina iskiadika'ların çıkıntılı olması durumunda önemli derecede azalır. Önemli derecedeki pelvis darlığının en muhtemel yeri orta pelvistir. Bu durum spina iskiadika'ların normalden uzun oluşuna veya sakrumun düz olmasına ya da bu iki durumun birlikte bulunmasına bağlıdır. Spina iskiadika'ların şekli, aralarındaki yaklaşık mesafe, pelvis duvarlarının ve semfizin şekli elle muayenede nispeten kolaylıkla değerlendirilebilir. Pelvis ölçülerinin değerlendirilmesinin büyük ölçüde

hekimin elinin şekline ve parmaklarının uzunluğuna bağlı olduğu noktasına az önem verilmiştir. Dolgun bir eli ve kısa tombul parmakları olan bir hekimin pelvisi değerlendirmesi hemen hemen imkansızdır. Eli tombul olmayan ve parmakları uzun olan bir hekimin pelvisi değerlendirmesi kolaydır. Bu nedenle, elle muayenede pelvis ölçülerinin tatminkar bir şekilde değerlendirilebileceği şeklindeki ifade bazı doğum hekimleri açısından gerçek olabilirken, diğerleri açısından ise gerçek olamaz. Bu nedenle, tıbbi kayıtlarda pelvis ölçülerinin elle değerlendirilmesine ilişkin bilgi çoğu kez doğru değildir.

Bu sınırlamalar nedeniyle, hekimden baş-pelvis oranları hakkında güvenilir bir karar vermesi beklenemez fakat ondan akıllıca bir yorumlama yapması için çaba sarfetmesi beklenebilir. Önemsiz derecedeki pelvis darlığının normalden belirgin derecede iri bir fetüsün vaginal yolla doğumu ile genellikle uyumlu olmadığını ve pelvis ölçülerinde belirgin derecede kısalık durumunun normal büyüklükteki bir fetüsün vaginal yolla doğumu ile genellikle bağdaşmadığını gösteren veriler bulunmaktadır. Bu nedenle, baş-pelvis uygunsuzluğu durumunda travayın devam ettirilmesinden kaçınmak için bu temel kavramlardan yararlanılmasını beklemek akla yatkındır. Uygulama standartlarına göre, hekimden gereken dikkati göstermesi, kararlarını objektif kriterlere dayandırması ve onları kayıtlarda gerektiği şekilde belgelendirmesi gerekir.

Radyopelvimetrinin Rolü

Radyolojik inceleme, anne pelvisinin yeterliliğinin klinik olarak değerlendirmesi ile ilgili objektif kriterlerin ortaya koyulmasına olanak sağlamıştır. Bu sayede, hekimler pelvisi değerlendirme konusunda hünerlerini geliştirmişlerdir. Bununla birlikte, bazı retrospektif incelemelerde rahim içinde x- ışınlarına maruz kalmış olan fetüslerin bir kısmında daha sonraki yaşam sırasında malign durumlar tespit edilmiştir.³ Bu nedenle, radyopelvimetri rağbetten düşmüştür ancak günümüzde sadece pelvis kapasitesinin radyolojik olarak değerlendirilmesinin zorunlu olarak kabul edildiği makat prezentasyonu olgularında uygulanmaktadır.

Makat prezentasyonunun dışında, radyopelvimetri baş-pelvis oranlarının değerlendirilmesi için artık bir gereksinim olmamasına rağmen, travayın başlangıcında ve daha önce fetüsün büyüklüğünün klinik olarak değerlendirilmesine ilaveten pelvis ölçülerinin antepartum olarak dikkatlice değerlendirilmesi de gerekir.

Fetüsün Prezentasyonu, Pozisyonu ve Rotasyonu

Fetüsün prezentasyonu, pozisyonu ve rotasyonu başarılı bir travay ve vaginal doğum açısından büyük önem taşır. Bu ayrıntılara dikkat edilmemesi haklı görülemez. Gebeliğin son ayında, prenatal kayıtlar genellikle fetüsün

prezentasyonu ile ilgili verileri ihtiva eder. Prezente olan fetüs kısmı doğum sırasında ilk önce görülür. Fetüsün pozisyonu, onun belirli bir kısmının annenin sol veya sağ tarafında olup olmadığını belirtir.

Rotasyon, fetüsün prezante olan kısmının pelvis girişi ile olan ilişkisidir. Rotasyonun yönü oksipito-anterior veya oksipito-posterior olabilir. Malpraktis iddiaları bağlamında gözden geçirilen az sayıdaki kayıttaki rotasyonun yönü ile ilgili bilgi bulunmaktadır.³ Çoğu kez bu nokta ihmal edilir ve kayıttaki bilgi pelvis giriminde verteksin bulunup bulunmadığı ile sınırlıdır. Bu bilgi, Leopold manevrası ile rutin prenatal muayene sırasında kolayca elde edilebildiğinden, birçok hekimin niçin bu ayrıntılara dikkat etmediği noktası anlaşılamaz.

ANTENATAL DÖNEMDE SIK OLARAK KARŞILAŞILAN OBSTETRİK SORUNLAR

Bulantı ve Kusma

Obstetrikte çözümlenmemiş olan konulardan birisi, gebeliğin erken döneminde görülen ve bazen yaşamı tehdit eden gebelik kusmasıdır. Deliller erken gebelikte insan koryonik gonadotrofin (HCG) hormonunun yapım hızı ile kusma arasında bir ilişkinin bulunduğunu göstermektedir. Bunun aksine, hiperemesisin tedavisinde B₆ vitaminin önemli derecedeki etkinliği, vitamin metabolizmasındaki bozukluğun rolünü düşündürmektedir.⁴

Yıllarca gebelik kusmasının tedavisinde pridoksin (B₆ vitamini) ve doksilain suksinat (antihistamin) kombinasyonu kullanılmıştır. Bununla birlikte, laboratuvar hayvanlarında klinik uygulamada kullanılan dozlar aşıldığında antihistaminlerin hafif derecede teratojenik olduğu tespit edildi. Bu bilgiye dayanılarak, bu ilacın gebeliğin erken döneminde kullanımı ile konjenital defektler arasındaki neden-sonuç ilişkisi ileri sürülerek, Bendectin imalatçıları aleyhine birçok malpraktis davası açılmıştır. Bu iddialar ilacın piyasadan kaldırılmasına yol açmıştır.⁴

Şiddetli hiperemesis gravidarumun komplikasyonları nadiren malpraktis iddialarına zemin oluşturur. Bunun nedeni, hiperemesisin seyrinin genellikle kötü olmamasının yanı sıra belirti ve semptomların birinci trimestirin sonunda kaybolma eğilimi göstermesidir. Nadir durumlarda, emezis ve kilo kaybı ilerleyici ve irreversibl hal alır. Bu gibi durumlarda, annenin durumunun kötüleşmesi, karaciğer fonksiyonunun bozulması, elektrolit dengesizliği ve dehidrasyon nedeniyle gebeliğin sonlandırılması gerekebilir. Son yıllarda, hiperalimentasyon (aşırı beslenme), düşüğe karşı ümit verici bir alternatif olarak önerilmektedir.

Hiperemize bağli olarak vücut ağırlığının %5 ini kaybetmiş olan hastaların hastaneye yatırılması bir adet haline gelmiştir. Sürekli kusmaya bağli ağır metabolik bozukluk ve önemli kilo kaybının embriyo veya fetüsü ters yönde etkilemesi beklenilmesine rağmen, gerçekte hiperemesis olgularında bunun meydana geldiğini gösteren az sayıda delil bulunmaktadır. Bununla birlikte, teorik olarak böyle bir etkinin tehdidi nedeniyle, bu patolo-

jik durumun nispeten erken döneminde sıvı kaybının ve elektrolit dengesi-
zliğinin intravenöz sıvılarla tedavisi amacıyla hasta hastaneye yatırılmalıdır.

Anemi

Gebelik sırasında ilaç uygulamasından doğabilecek tıbbi ve yasal sorun-
lar doğum hekimleri tarafından gittikçe bilinmesine rağmen, bazı ilaçlar
rutin olarak gebe kadınlara hâlâ düzenli şekilde verilmektedir. Belki de gebe
kadınlara verilmesi en uygun görülen madde demirdir. Demir, genellikle sül-
fat veya glikonat şeklinde verilir.

Parenteral demir uygulamasının enjeksiyon yerinde nörolojik lezyon-
lar gibi istenmeyen sekellere yol açtığı durumlar bulunmaktadır. Bu gibi
durumlarda tedavi yöntemi açısından endikasyonun uygunluğu sorusunun
ortaya çıkması muhtemeldir.

Vitamin Eksikliği

Gebe kadınlara A, C, D grubundan vitaminlerin ve folik asit
preparatının verilmesi rutin bir işlem haline gelmiştir. Çok sayıdaki preparat-
ta kalsiyum da bulunur. Vitamin verilmesinin fizyolojik esası, gebelikteki
fizyolojik hormonal değişiklikler arasında çeşitli vitaminlerin absorbsiy-
onunun önemli derecede azalmasına dayanmaktadır. Gebelikte ilgili bazı
klinik bulgu ve semptomların gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ile şiddetlen-
en hipovitaminozise bağlı olduğu ileri sürülmektedir.

Perinatal Enfeksiyonlar

Enfeksiyöz orijinli perinatal fetal ve maternal mortalite ve morbidite
durumları malpraktis davasına konu oluşturabilir. Aşağıdaki nedenlerle, mal-
praktis iddiasının doğrulanması mümkün olmayabilir: 1. Enfeksiyonun
yayılımının belirlenmesi güçtür. 2. Enfeksiyonun hastadan hastaya yayılması
tek bir kayıdın incelenmesine dayanılarak belgelenemez. 3. Enfeksiyon kon-
trolü ile ilgili standartlardan sapmalar o kadar yaygındır ki mevcut gereksin-
imlere uymama nerdeyse hastanelerde standart bir uygulama haline gelmiştir.

Bununla birlikte, bazen enfeksiyonun kontrolü ile ilgili kurallardan
bazı sapmalar belirlenebilir: 1. Zarların erkenden yırtılması ve aktif travayın
bulunmaması durumunda, vaginal muayene yapılmasının koyoamnionite ve
onun korkunç sekellerinin gelişimine doğrudan yol açtığı bilinmektedir.
Enfeksiyon bu tür standartların ihlalinin sonradan meydana gelirse, sebep-
sonuç ilişkisi çoğu kez gösterilebilir. 2. Bazen, hastalar ortamdaki enfeksiy-
onun kaynağı hakkında güvenilir bilgi verebilirler. Bu gibi durumlarda,
gerekli enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmamış olduğu hastanın
bakımına katılanların ifadesiyle gösterilebilir.

Çeşitli ilaçların teratojenik etkileri aşıkard olduğundan, hekimlerde belirlen enfeksiyonları tedavi edici maddelerle tedavi etme konusunda gittikçe artan bir isteksizlik durumu bulunmaktadır. Belki de bunun en belirgin örneğini Trichomonas vaginitisinin gebelikteki tedavisi oluşturur. Eskiden bu vajenit etkeni metronidazole (Flagyl) ile yoğun bir şekilde tedavi ediliyordu.

1970 li yıllarda bu konudaki düşünce değişti ve hastalar açısından oldukça rahatsızlık verici olan bu durum artık gebelik sırasında tedavi edilmekten bırakılmakta veya sadece orta derecede etkili maddelerle tedavi edilmektedir. Günümüzde ilk trimestirde Flagyl den kaçınılması ve gebeliğin daha ileri dönemlerinde ise daha az etkili olan dozlarla hastalığın tedavi edilmesi görüşü benimsenmektedir. Bu yaklaşım, belki de vaginal enfeksiyonun prematüre travayın meydana gelmesine yol açtığı ve böyle durumların tedavisinin daha yararlı olacağı görüşüne dayanmaktadır. Benzer düşünceler veneryal ve diğer enfeksiyon durumlarına da uygulanabilir.

Günümüzde, anne genital sisteminde beta hemolitik streptokoklarla enfeksiyon durumu bulunduğunda, bu hastaların travayın başlangıcında ampicilin gibi etkin bir antibiotik ile tedavi edilmesi konusunda görüş birliği bulunmaktadır.

Doğum Öncesi (Antepartum) Kanama

Gebelikle ilgili antepartum kanamayı üç ana gruba ayırmak adet haline gelmiştir: 1. plasenta dekolmanına bağlı kanama, 2. plasenta previaya bağlı kanama, 3. atipik bir damardan kaynaklanan kanama.

Olguların büyük bir yüzdesinde, antepartum kanamanın kaynağı plasentanın duvarından ayrılmasıdır. Plasentanın uterus duvarındaki implantasyon yerinden ayrılması gebelik sırasındaki kanamanın mutad nedenini oluşturur. "Antepartum kanama" terimi gebeliğin ikinci yarısındaki kanamaları tanımlamasına rağmen, bu durum gebeliğin ilk yarısındaki kanama mekanizmasından biraz farklılık gösterir.

Tipik plasenta dekolmanının mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Bununla birlikte, plasenta previaya bağlı kanamanın, uterus alt segmentinin retraksiyonunun yanı sıra travay öncesinde ve travayda serviksin olgunlaşması ve dilatasyonu sırasında yavaş yavaş gelişen silinmeden kaynaklandığı kabul edilmektedir.

Atipik bir damardan kaynaklanan kanama, plasentadan amnion zarının korunmayan kısmına giden bir damarın yırtılmasına yol açan membran rüptürü ile ilgilidir. Tüm antepartum kanamaların %1 den daha azı atipik damarın yırtılmasından kaynaklanır. Genellikle travaydan önce veya travay sırasında zarların yırtılması ile birlikte atipik damardan kaynaklanan kanama felaketle sonuçlanan bir komplikasyondur. Fetüsün kurtarılması için gereken süre genellikle çok kısa olduğundan, fetüsün kötüleşen durumu acil sezaryen ameliyatını gerektirir.

Olguların nispeten küçük bir bölümünde, antepartum olarak meydana

gelen kanama obstetrik orijinli değildir. Nadir durumlarda, kanama servikal erozyonlardan, serviksteki malign lezyonlardan veya kan diskrazilerinden kaynaklanabilir. Bazen, hematüri antepartum uterus kanaması sanılabilir.

YÜKSEK RİSKLİ GEBELİKLER

1960 lı yılların başlarından beri nispeten az sayıdaki yüksek riskli gebelik durumunun çoğu antepartum ve intrapartum komplikasyondan ve uygun olmayan perinatal sonuçlardan sorumlu olduğu gerçeğine dikkat çekilmiştir. Son yıllarda da kötü prognozla ilgili olan bu faktörlerin belirlenmesi rutin uygulamanın önemli bir kısmı haline gelmiştir.

Günümüzde yüksek riskli gebeler ve yaşamın ilk saatlerinde ve günlerinde yoğun bir desteğe gereksinim duyması muhtemel olan yüksek riskli yeni doğanlar için merkezler kurulmuştur.

Yüksek riskli hastaların tanınması ve bu hastaların uygun bir şekilde nakledilmesi obstetrik bakımın önemli bir yönünü oluşturur. Bu tür olgularda önemli komplikasyonların teşhis edilememesi günümüzde yeterli bakım standardı ile uygunluk göstermemektedir. Önemli perinatal ve neonatal sorunların üstesinden gelinebilmesi için bu konuda eğitilmiş personelin yanı sıra gerekli aygıtlara da ihtiyaç vardır. Son yıllarda yüksek risk faktörlerinin hekim tarafından saptanamaması veya doğumun yüksek risk merkezlerinde yaptırılması için gerekli girişimlerde bulunulmaması nedeni ile gittikçe artan sayıda davalar açıldığı bildirilmiştir.³

Yüksek risk faktörlerinin bazıları hastanın geçmiş ve şimdiki tıbbi anamnezine dayanılarak belirlenebilir. Diğer risk faktörleri ise sosyo-ekonomik ve demografik niteliklidir. Bazıları ilk muayene sırasında tanınabilmesine rağmen, diğerleri daha sonraki prenatal muayeneler sırasında ortaya çıkarılır. Bazı risk faktörleri gebelik ilerledikçe ortadan kalkar. Örneğin, gebeliğin erken döneminde belirlenen ve antenatal dönemde gerektiği şekilde tedavi edilen anemi durumu gibi.

Anamnez bulgularına veya fiziksel muayeneden elde edilen mutad dışı bulgulara dayanılarak, ilave laboratuvar değerlendirmeleri gerekli olabilir. İlk değerlendirmede yüksek riskli olarak belirlenen hastaların daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesi, bunlarla ilgili konsültasyon yapılması ve bunların başka bir merkeze gönderilmesi gerekir.

Kolayca tanınabilen yüksek riskli bir durumun belirlenememesi ihmal ile ilgili olgulara bir örnek oluşturur. Birçok komplikasyon risk faktörlerinin belirlenmesiyle önlenir.

Yüksek riskli gebelikler tüm gebeliklerin yaklaşık olarak % 10-15 ini oluşturur.

Aşağıdaki tabloda gebelik sırasında belirlenebilen en önemli yüksek risk faktörleri gösterilmektedir (Tablo 8).

Tablo 8 Gebelik sırasında belirlenebilen yüksek risk faktörleri

Anne yaşının 15 den küçük olması
Anne yaşının 35 den büyük olması
Annenin kilosunun boyuna göre ideal olan kilonun üstünde veya %20 oranında altında olması
Doğum sayısının beş veya daha fazla olması
Ağır beslenme bozukluğu
Anamnezde 17 yaşından önce düşüğün bulunuşu
Anamnezde tekrarlayan düşüklerin bulunuşu
Anamnezde prematüre doğumların bulunuşu
Anamnezde düşük doğum ağırlıklı bebeklerin bulunuşu
Anamnezde fetal veya neonatal ölümün bulunuşu
Anamnezde iri bir bebeğin doğumunun bulunuşu
Anamnezde daha önceki gebelikte önemli konjenital anomalinin bulunuşu
Aile anamnezinde kalıtımla ilgili önemli bir bozukluğun bulunuşu
Boyun kısa oluşu (150 cm nin altında)
Anamnezde travayın uzun sürmüş veya duraksamış olması
Anamnezde zor forseps doğumunun bulunuşu
Önceki sezaryen ameliyatı
Anamnezde ölü doğumun bulunuşu
Anamnezde serebral spastik infantil paralizi veya nörolojik bozukluk gösteren bir bebeğin bulunuşu
Kronik hipertansiyonun varlığı
Diabetin bulunuşu
Tiroid fonksiyon bozukluğunun bulunuşu
Kalp hastalığının bulunuşu
Uterusta anomali veya uterus ameliyatı anamnezinin bulunuşu
Anamnezde gebelik sırasında üriner enfeksiyonun bulunuşu
Gebeliğe bağlı hipertansiyonun varlığı
Kronik organik hastalığın varlığı (kronik böbrek hastalığı, otoimmün hastalıklar, v.b.)
Alkol alışkanlığı anamnezi
Uyuşturucu madde kullanma anamnezi
Ağır anemi
Gebelikte 2500 gramı aşan kilo kaybı
Rh sensitizasyonu
Diğer kan grup sensitizasyonunun bulunuşu
Fetal organogenez sırasında teratojenik maddelere maruz kalma
Viral enfeksiyonlara (TORCH) maruz kalma
25 R ı geçen iyonizan radyasyona maruz kalma
İntrauterin gelişim geriliği
Hidramnios
Anormal glikoz toleransı
Çoğul gebelik
Hesaplanan gebelik süresi ile fetüsün boyu arasında çelişkinin bulunuşu
Gebelik sırasında vaginal kanama
Zarların erken yırtılması
Annede psikoz veya mental retardasyonun varlığı

Pelvis darlığının bulunuşu
Gebelik süresinin 42 haftayı geçmesi
Fetüsün durumu ile ilgili inceleme sonuçlarının iyi olmaması

Özel Yüksek Risk Durumları

13-19 Yaşındaki Kızların Gebeliği

Onlu yaşların ilk dönemlerindeki kızların gebeliği yüksek risk taşır ancak bunun niteliği ve önemini tanımlamak güçtür. Bu yaşlardaki kızlarda gebeliğin önemi, vücut gelişiminin tam olmamasının yanı sıra kişiliğin de tam olarak olgunlaşmamış olması gibi çeşitli faktörlerle ilgilidir. Fiziksel gelişimin tam olmayışı kendisini prematüre doğum eğilimi ve tam gelişmemiş pelvisle ilgili olan travay ve doğum komplikasyonları olasılığı ile gösterir. Kişiliğin olgunlaşmamış olması ise kendisini anneliğe uygun bir şekilde hazırlayamama durumu ile gösterir.

13-19 yaşındaki kızların gebeliğinde komplikasyonların oranı önemli derecede artış gösterir. Bu nedenle, uygun olmayan bir sonucun meydana gelmesi gebelikle ilgili dava olasılığını artırır. Fetüste oluşan hasarlarla ilgili birçok malpraktis iddiasının incelenmesinde davacılar arasında primiparların ve 13-19 yaşındaki annelerin sayısının fazla olduğu dikkati çekmiştir.³

Uyuşturucu Maddeler, Alkol ve Sigara Alışkanlığı

İlaçların kötü kullanımının gelişmekte olan fetüs üzerine olan etkileri, afyon kullanımının uterus içinde fetüsün boğulmasına yol açtığını yazan Hippocrates zamanından beri bilinmektedir. Afyon ve alkol kullanımının kesilmesi semptomları ile bebek ölümleri de dahil olmak üzere anormal bebekler arasındaki ilişki ondokuzuncu yüzyılda iyice anlaşılmıştır.^{2,5}

Amacı dışında ilaç kullananların çoğu, birden fazla ilaç alırlar. Gebe kadınların çoğunluğu, gebeliğin erken döneminde aldıkları ilaçların kapsamı ve önemi konusunda pek az bilgiye sahiptirler. Bu tür kimselerden çoğu kez kesin bir anamnez elde edilmesi güçtür. Bunlarda hafıza bozukluğu ve yalan söyleme alışkanlığı söz konusudur. Aynı nedenle, spontan düşük de dahil olmak üzere, obstetrik anamnezin değerlendirilmesi güçtür. Günümüzde bu konudaki prospektif araştırmalar az sayıdadır. Yapılmış olan çalışmalar, genelde bu maddeleri kullanan anneler, onların bebekleri ve 5 yaşına kadar olan çocuklarını ele alan klinik incelemelere dayanmaktadır. Ölümmler belgelenmiştir ancak genelde ayrıntılı olarak tanımlanmamıştır. Bu tür annelerin bebekleri ile ilgili otopsi verileri azdır.

Bu tür ilaç veya maddelerin kullanım şekli, büyük ölçüde onların fiatı, bulunabilme kolaylığı, merak veya eğilim ile etkilenir. 1900 lü yılların ilk

dönemlerinde opium'un yerini morfin almıştır. 1950 li yılların orta dönemlerinde ise morfinin yeri eroin tarafından alınmıştır. Günümüzde ise en sık olarak kokain, fensiklidin, eroin, esrar, metadon, amfetaminler, benzodiazepinler ve barbitüratlar kullanılmaktadır.

Bu tür ilaç ve maddelerin kesilmesine bağlı olarak yeni doğarlarda ortaya çıkan bulgu ve semptomlar şunlardır: spontan düşük ve ölü doğum (alkol, kokain, sigara, benzodiazepinler, eroin, opium), prematürite (alkol, kokain, sigara, eroin, fensiklidin ve opium), in utero gelişim geriliği (alkol, kokain, sigara, eroin, fensiklidin, esrar, opium), düşük Apgar değerleri (kokain, benzodiazepinler), gelişim geriliği (alkol, kokain, sigara, eroin, fensiklidin, opium), mekonyum aspirasyonu (kokain, eroin), solunum sıkıntısı (alkol, kokain, benzodiazepinler, barbitüratlar, eroin, metadon, opium), letarji (amfetamin, kokain, benzodiazepinler, fensiklidin), sinirlilik (amfetamin, alkol, kokain, barbitüratlar, fensiklidin, esrar, opium), hiperaktivite (eroin, fensiklidin ve opium), hafifçe titreme (amfetamin, alkol, benzodiazepinler), tremor (alkol, eroin, fensiklidin), ince motor koordinasyon bozukluğu (alkol, eroin, metadon, fensiklidin, opium), zayıf emme (alkol, benzodiazepinler, barbitüratlar, opium), aşırı ağlama (alkol, kokain, barbitüratlar, eroin, opium), aksırık (eroin, opium), terleme (alkol, kokain, eroin, metadon), uyku bozukluğu (kokain, barbitüratlar, eroin, fensiklidin), gelişme geriliği (amfetamin, alkol, kokain, eroin), nöbetler (kokain, barbitüratlar, eroin, metadon, fensiklidin, opium), davranış bozukluğu (alkol, kokain, benzodiazepinler, eroin), ani bebek ölümü (kokain, sigara, eroin, metadon, opium), malformasyonlar (alkol, kokain, eroin, fensiklidin).^{2,5}

Laboratuvar hayvanlarında yapılan deneyler, bu tür maddelerin fetüs üzerine olan teratojenik etkilerinde büyük farklar bulunduğunu göstermiştir. Bu maddelerin etkileri, organogenez sırasında, organogenezden önce ve sonra büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Bir ilaç çoğu kez organogenezden önce embrioyu kötü yönde etkileyerek, ölümüne yol açar. Gebeliğin geç döneminde hastalık veya ölümüne neden olabilir. Organogenez döneminde dahi, gebeliğin farklı günlerinde verilen ilaçlar ile farklı malformasyonlar oluşur. Çünkü etkiler büyük ölçüde embriyonun gelişim dönemine bağlıdır. Hayvanlarda yapılan deneyler, gebe hayvana uygulanan bir teratojenin bir defada doğan farklı yavrularda çeşitli tiplerde malformasyonlar meydana getirebileceğini göstermektedir.

Bu tür maddeleri kullanan annelerin yavrularında oluşan patolojik tablolar henüz tamamen açıklığa kavuşmamıştır. Morfolojik malformasyonlar ve davranış anormallikleri şeklinde iki tip anormallik meydana geldiği aşikardır. Periyodik intoksikasyon ve daha sonra maddenin kesilmesi dönemleri in utero olarak meydana gelir. Verilen ilacın konsantrasyonu annenin kan akımındakine eşit, ondan az veya yüksek olabilir. Metabolik enzimler fetüsün karaciğerinde yapılır ve ilaç metabolitleri fetüs tarafından atılır.

Alkol fetüste yeknesak bir dağılım gösterir. Alkol (etanol) plasenta kan akımını geçerek fetüsün dolaşımına ulaşır. Anne kanında ölçülebilen düzeyde bir alkol konsantrasyonu bulunduğunda, amnion sıvısında nispeten düşük konsantrasyonda alkol söz konusudur. Bunun aksine, nispeten yüksek

konsantrasyondaki alkol, anne kanından atıldıktan sonra bile amnion sıvısında kalır. Bu şekilde, fetüs alkole daha uzun bir süre maruz kalır. Fetüsün maruz kaldığı alkol düzeyleri de anneninkinden daha fazladır.

Bu tür maddeleri kullanan annelerin bazı ortak özellikleri bulunmaktadır: prenatal bakım görmemiş olma, birkaç tane spontan düşük yapmış olma, en azından bu tür maddeleri 5 yıldır kullanıyor olma ve yaşlarının ise yirmili yaşların orta dönemlerinde bulunması. Bunlarda anemi ve enfeksiyon sıklığı yüksektir. Hepatit ve AIDS'e yakalanma riski büyüktür. Travay erken başlar. Doğan bebekler, normaldeki gebelik yaşlarına göre küçüktürler.

Bu annelerin yeni doğan bebeklerinde mekonyum aspirasyonu sıklığı yüksektir. Uyku sırasında solunumun şekli anormaldir. Madde alışkanlığı bulunan annelerin bebeklerinde çekilme semptomları ya doğumda ya da doğumdan 14-21 gün sonra görülebilir. Fetüs veya bebekteki malformasyonların veya klinik seyrin şiddeti, maddenin anne kanındaki konsantrasyonu ile etkilenmektedir. Sık olarak kullanılan maddelere bağlı kromozom anormallikleri belirlenmemiştir.

Çekilme semptomları gösteren bebeklerin bakımı konusunda tecrübesi bulunan hastane personeli, bebekteki klinik bulgular ve semptomlar ile bunlara neden olan maddeyi genellikle belirleyebilirler. Bu farklar, onların doğumdan sonraki başlama zamanı ile ilgili olabilir. Ayrıca bu tür semptomların çeşidinde de farklar bulunmaktadır.

Ölüm, bu tür maddelerin plasenta, fetüs veya yeni doğan bebek üzerine olan zarar verici etkilerine bağlı olabilir. Bu yeni doğanlarda prematüre doğum, perinatal hipoksi ve mekonyum aspirasyonu bilinen ölüm nedenleridir. Solunum sıkıntısı çoğu olguda erken olarak meydana gelir ve ölüme yol açabilir. Bu bebeklerde ani ölüm sıklığı 5-10 misli daha fazladır. Madde bağımlılığı olan ebeveynler, fiziksel istismar veya ihmal nedeniyle meydana gelen ölümlerin çoğundan sorumlu tutulmuştur.

Hekime, 1. gebe bir hastanın alkol veya uyuşturucu bir madde aldığını tespit etmemesi, 2. onun tedavisini yapmaması, 3. hastayı gerekli tedavisi için göndermemesi nedenleriyle sorumluluk yüklenebilir.

Genç kadınların yaşam şekillerinde değişen eğilimlerin sonucunda günümüzde gebeler arasında aşırı sigara ve içki içilmesi ile ilgili sorunların yanı sıra uyuşturucu bağımlılığı da sıklıkla görülmektedir. Alkol ve uyuşturucu madde kullanmanın fetüs üzerine olan olumsuz etkileri konusunda doğum hekiminin yeterli bilgi vermemiş olduğu şeklinde iddialar da söz konusu olabilir. Bu iddialar ilk bakışta anlamsız gibi görünmesine rağmen gözden uzak tutulmamalıdır. Annenin aşırı miktarda alkol almasına nazaran daha az zarar verici olmakla birlikte uyuşturucuların teratojenik etkilerinin tıbbi düşük açısından yeterli bir endikasyon oluşturduğu uzun zamandan beri kabul edilmektedir. Benzer şekilde, annenin organogenez döneminde 50 rad'lık iyonizan radyasyona maruz kalması tıbbi düşük yaptırması için yeterli bir endikasyon olarak kabul edilir. Bunun eroin veya aşırı şekilde içki kullanma alışkanlığına nazaran fetüs üzerine daha az zararlı etki yapması muhtemeldir. Bu nedenle, eğer bir kadına gebeliğin erken döneminde aşırı içki içmenin sekelleri konusunda öneride bulunulmazsa çocuğun fetal alkol

sendromu sekellerini gösterdiği iddiası mahkeme nezdinde tamamen mantıksız gibi görünmeyebilir.

Bu nedenle, prenatal kayıtlarda sigara içme, alkol ve uyuşturucu madde alışkanlıkları konusunda sorular bulunması önerilmektedir. Fetüsün bu tür maddelere maruz kaldığını gösteren bilgi bulunduğu hastaya yapılan açıklamalar ve seçenekler kayıtlara geçirilmelidir.

Temel Bakım Standardı

Gebelikte alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, hem doğum hekimleri hem de neonatologlar açısından sorun yaratır. Sedatifler- hipnotikler, trankilizanlar ve yasa dışı ilaçlar gibi birçok ilacın kullanılabilmesine rağmen, Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği, en fazla dikkati eroin kullanımı ve bununla ilgili olarak yeni doğanda oluşan şiddetli yoksunluk olayı riski üzerinde toplamıştır.¹

Bu maddeleri kullanan hastaların tanınması, kullanılmakta olan maddelerin tespiti ve bunların dozlarının saptanması ilk yapılacak işlemlerdir. Yeterli derecede harekete getirilmiş olan hastada, detoksifikasyona girilebilir. Detoksifikasyon mümkün olmadığında, methadon idame programının yararı olabilir.

İkinci nokta, alışkanlıkla ilişkili tıbbi sorunların tespitidir. Viral hepatit, intravenöz olarak uyuşturucu madde kullananlarda sık görülür. Tetanos, bakteriyel endokardit, tromboflebit ve akciğer enfeksiyonları uyuşturucu madde alanlarda sıktır. Uyuşturucu madde alan hastaların % 15-20 sinde sifilizin serolojik delili bulunur. Bunların % 30 unda gebelik sırasında hemoglobin miktarı 10 gramdan azdır.

Bu gibi olgularda danışma, psikiyatrik değerlendirme, tıbbi sorunların tedavisi ve detoksifikasyon yönünden antepartum hastane bakımı önerilir. Bu çeşit madde kullandığından şüphelenilen bütün hastalarda bu maddeler yönünden idrar testi yaptırılmalıdır.

Obstetrik ile ilgili komplikasyonlar, narkotiklerin kullanımı ile ilişkili olabilir. Bu çeşit gebeliklerin 1/3 ü prematüre doğum ile sonuçlanır. Madde kullanma alışkanlığı bulunan annelerin bebeklerinin yarısında doğum ağırlığının düşük olduğu görülür. Bunlarda makat prezantasyonunun sıklığı fazladır. Toksemi beklenen sıklıktan daha fazla olarak görülür. Travay kısa olabilir.

Düşük doğum ağırlığına ilaveten bebeklerde narkotizm veya narkotiklerle ilgili yoksunluk semptomları görülebilir. Neonatal morbidite belirgin derecede artar. Mortalite oranı yaklaşık olarak % 3-5 dir. Ölüm, prematürite, solunum sıkıntısı sendromu ve yoksunluk olayı ile ilgilidir.

Alkol veya uyuşturucu madde kullanan bir kadının tanısı veya tedavisindeki ihmal nedeniyle doğum ve kadın hastalıkları uzmanına sorumluluk yüklenebilir. Bununla birlikte, böyle bir hastanın bakımını yapan kadın-doğum hekimi bakım standardına uymalıdır. Doğum hekimi, aynı veya benzer koşullarda çalışan bir hekimin yaptığı bakımın derecesini uygulamalıdır. Böyle bir bakım uygulamayan hekim sorumlu duruma düşebilir.

Yorumlama ve Alışılmış Uygulama

Gebe kadınların alkol ve uyuşturucu madde kullanımı tıp mesleğinde gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Jinekologlar ve obstetrisyenler hem alkol hem de uyuşturucu madde kullanımına bağlı temel semptomları, bu maddelerin hem gebe kadınlarda, hem de onların doğmamış olan çocukları üzerindeki zararlı etkilerini bilmelidirler.

Alkolizm

Alkolizm alkole müptela olma anlamına gelir. Alkolizmle ilgili Amerikan Milli Şurası bu durumu şu şekilde tanımlamıştır: “Alkole karşı kronik tolerans gelişimi, alınmadığında yoksunluk sendromunun ortaya çıkması, anoreksi, diyare, kilo kaybı ve kişilik değişiklikleri dahil olmak üzere çeşitli bozukluklar ile karakterize olan kronik, ilerleyici ve tekrarlayan bir hastalıktır.” Alkolizm ile organ ve doku hasarı arasında doğrudan bir bağlantı mevcuttur. Alkolizmde periferik nöropati, karaciğerde yağlı dejeneresans ve zihin bozukluğu bulunur. Hastalıktan iyileşilmesi için alkol alımının bırakılması şarttır.

Hekimlerin kadın hastalarında alkolizmin semptom ve bulgularını bilmeleri gerekir. Tanı için ipuçları arasında aşağıdaki özellikler yer alır:

1. Özellikle baldırlarda olmak üzere etrafa tökezlemeye bağlı açıklanamayan ekimozlar

2. Açıklanamayan kırıklar

3. Tremor ile hatırlanamayan bir konvülsiyona bağlı dil laserasyonu arasında değişik yoksunluk belirtileri.

4. Evlilikle ilgili sorunlar

5. Çocuklarla ilgili sorunlar

6. Sık sık iş kaybı

7. Hipertansiyon

8. Taşikardi

9. Aritmiler

10. Anemi

Eş veya çocukla ilgili yorumlar şüphe uyandırabilir. Mazeretler göstererek sık sık işe gelmeyişler de alkolizmin tanısı konusunda önem taşıyabilir.

Kanda alkol testi şüpheli alkolizm durumunu desteklemede yardımcı olabilir.

Amerikan Tıp Birliği alkolik hastaların teşhisi, tedavisi ve nakledilmesi konusunda aşağıdaki noktaları belirtmiştir:^{1,2,5}

1. Biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda alkole bağlı fonksiyon bozukluğu erkenden tanınmalıdır.

2. Alkolizmde sıklıkla bulunan semptom ve sendromların yanı sıra

tıbbi komplikasyonlar bilinmelidir.

3. Tam bir sağlık muayenesinin alkol ve diğer uyuşturucu madde kullanımı ile ilgili derinliğine bir anamnezi iğerdiği konusu garanti edilme-
lidir.

4. Hastanın gereksinimleri ve toplum kaynakları yeterli bir bakım seviyesinin uygulanabilmesi için değerlendirilmelidir.

5. Eğer ağır yoksunluk dahil olmak üzere tıbbi gereksinimler bulunuyorsa hasta yeterli tıbbi bakımı sağlayacak bir merkeze gönderilme-
lidir.

Zaman zaman bir kokteylin kötü etkilere neden olmamasına rağmen klinik araştırmalar gebe anne tarafından aşırı iğilmesinin tahribata ve fetüsü
zerinde onarılamayan etkilere yol ağtığını göstermiştir. Alkol, fetüsün hızla
gelişen dokularına zararlıdır ve annenin boşaltım sistemini de ileri derecede
zorlar. Alkol ayrıca aldatici bir emniyet hissinin ortaya çıkmasına neden olur
ve annenin dikkatsiz olmasına yol açar.

Alkolik kadınlardan doğan bütün çocukların 1/3 veya 1/2 sinde alkol
sendromu bulunur. Bu ocuklarda yüksek oranda perinatal mortalite söz
konusudur. Yaşanların birçoğunun entellektüel kapasitesi geri kalmıştır. Bu
Çocuklarda ayrıca kafa, yüz, ekstremitler ve kardiyovasküler sistemde bozuk-
luklar görülebilir. Bunlar prenatal ve postnatal gelişim geriliği ile birlikte
bulunurlar. Bu sorunlardan birçoğu ocuk 2-3 yaşına gelinceye kadar aşıkar
bir hal almaz. Bu ocukların bilinen bir tedavisi yoktur.

Alkolik annelerin yeni doğan bebeklerinde alkolün birdenbire
kesilmesine bağlı sendrom tarif edilmiştir. Bu durumdan etkilenmiş olan yeni
doğan bebeğin doğumda aktivitesi çok düşüktür. Fakat kısa bir zaman sonra
aşırı derecede aktif bir hale gelir. Bu ocuklarda terleme, tremor, yüz ve
ekstremitelerde yaygın seyirme hali bulunur. Annesinin de doğumdan sonra
delirium tremens geçirmesi muhtemeldir.

Bir alkolik annenin tedavisi alkolün yavaş bir şekilde kesilmesi ve
onun yerine paraldehit, fenotiazinler ve klordiazopoksit verilmesinden
oluşur. Eğer doğuran kadın doğumdan hemen önce ileri derecede alkol etkisi
altında ise ikinci bir anestezi uygulamaksızın doğum yaptırılabilir.

Drog Kullanımı

Esrar Amerikan kadınları tarafından en sık olarak kullanılan bir
maddedir. İnsanlarda esrarın teratojenik etkileri konusunda sistematik
araştırmalar tek tük olgu dışında yapılmamıştır. Yapılan çoğu çalışmalarda ter-
atojenik etkileri gösterilmemiştir. Mikroorganizmalar, kemiriciler ve insan-
larda yapılan çalışmalarda mutasyon oranlarında herhangi bir artış saptana-
mamıştır. Yapılan araştırmalarda gebelik sırasında fetüste ve annede ciddi
zararlı etkiler veya doğumdan sonra çocukta kötü etkiler oluştuğu göster-
ilmemiştir.¹

Kötü bulguların bulunmayışına rağmen, gebelikte esrar kullanılma-
ması konusunda uyarıda bulunulmuştur. Esrarın aktif bileşeni olan

tetrahidrokannabinol ve onun metabolitleri plasentayı geçerler. Ancak bu geçiş sınırlı düzeydedir. Tetrahidrokannabinolün insanlarda testosteron düzeyini azalttığı bilinmektedir.

Erkek fetüslerde gebeliğin 8-10 haftaları civarında testosteron seviyesinin düşmesi ürogenital sistemin farklılaşmasını bozacağı görüşü ileri sürülmüştür. Ancak bunun gerçekten meydana geldiğini gösteren deliller bulunmamaktadır.

Opium türevleri, amfetaminler ve barbitüratlar gibi maddelerin kullanımı ciddi bir tehlike doğurur. Bu çeşit maddeleri kullananlar çoğu kez prenatal bakım görmezler. Prenatal bakım görenlerde bunların kullanımı ile ilgili kişisel bilgi elde edilmesi muhtemel değildir. İğne izleri opium türevleri kullanıldığına dair ip uçları olabilir.

Alışkanlık yapan ilaçları alan kadınlarda bu konuda çeşitli riskler söz konusudur. Kazara aşırı doz uygulanması sıktır, genel topluma göre intihar oranları çok daha sıktır. LSD nin spontan düşük riskini önemli derecede artırdığı gösterilmiştir. Hatalı enjeksiyon teknikleri lokal enfeksiyon, sepsisemiye veya infeksiyöz hepatite yol açabilir. Bu çeşit maddeleri enjeksiyon yoluyla kullanan kimseleri ameliyat ederken operatörlerin de enfeksiyöz hepatite yakalanma riski bulunur.

Eroin müptelalarının fetüslerinde çok çeşitli ciddi riskler söz konusudur. Yapılmış olan bir araştırmada eroin kullanmış olan gebe kadınlar arasında gebelik komplikasyonlarının 2-6 defa daha fazla olduğu belirlenmiştir. Prematürite, gelişimin geriliği, gebeliğe bağlı hipertansiyon, gebeliğin geç dönemde kanama, prezentasyon bozukluğu, puerperyumda morbidite, eroin müptelası olan kadınlarda amnion sıvısında lesitin / sfingomiyelin oranının yüksek oluşu ve yeni doğan idiopatik solunum sıkıntısının düşük insidenste bulunuşu nedeniyle kendini gösteren fetal akciğer olgunlaşmasının hızlanması bunların gebeliklerinin özelliğini oluşturur.

Bazen müptelayı gebelik durumu ortaya çıktığında hastanede maddeyi bıraktırma konusunda ikna etmek mümkün olur. Eğer böyle bir durum başarılamazsa eroin müptelalarının yeni doğan bebeklerinin yarısından fazlasında yoksunluk semptomları gelişir. Tedavi yapılmadığı takdirde bu bebeklerin önemli miktarı ölür. Yeni doğan bebek yaşamının ilk haftasında irritabilite, konvülsiyonlar, burunda konjesyon, kusma, ishal, takipne ve ateş yönünden yakından izlenmelidir. Tedavide Paregoric, fenobarbital ve klorpromazin uygulanır. Tedavi, yavaş yavaş kesilir, fakat semptomlar ortaya çıkarsa yeniden başlanır. Tedavinin günlerce veya haftalarca devam etmesi gerekebilir.

Metadon tedavi programları gebe kadınlarda sık olarak uygulanmıştır. Metadon ile tedavi edilmiş olan annenin yeni doğan bebeğinin de benzer yoksunluk semptomlarının görülmesi çok muhtemeldir.

Çok sayıda bu çeşit maddeye müptela olma durumu da söz konusu olabilir. Bunlar klinik tabloyu karışık bir hale getirebilirler. Eroin müptelalarının yaklaşık % 25' i ve birçok amfetamin ve alkol müptelası ayrıca barbitürat ve meprobamat kullanırlar. Mutadın dışında yoksunluk semptomları görüldüğünde çok sayıda maddeye müptela olma olasılığı göz önünde bulun-

durulmalıdır. Bu hastalar tedavi edilirken alışkanlık yapan ilaç da aynı zamanda kesilebilir.

Fakat her yoksunluk durumu uygun bir şekilde tedavi edilmelidir. Merkezi sinir sisteminde depresyon yapan antikonvülsanlar, barbitüratlar, alkol ve meprobomat gibi maddelerin aniden kesilmesinden sonra nöbetler ortaya çıkabilir. Bu çeşit ilacı kesmeye bağlı nöbetler en sık olarak tıbbi gözlem altında olmaksızın antikonvülsan ilacın miktarını birden azaltan hastalarda görülür.

Fensiklidin

Fensiklidin ucuz ve yapılması kolay olan bir maddedir. Genellikle diğer maddelerle birlikte kullanılır.

Bebekler prematüre olarak doğmazlar. Bunların kiloları ve boyları, gebelik yaşlarına uygundur. Bunlar doğumdan kısa bir süre sonra sinirli ve hipotonik bir hal alırlar. Kusma ve diyare nöbetleri ortaya çıkar. Yakalama ve tutma refleksleri zayıflamıştır. Pupillalar miotiktir. İnce motor koordinasyon iyi gelişmemiştir. Bu tür bebekler, 20-24 aylıkken çoğu kez kelimeleri söyleyemezler. Boyları uzamalarına rağmen, kafa çevrelerinin gelişimi ileri derecede gecikme gösterir. Bu bebeklerin % 50 sinden fazlası mikrosefaliktir. Bunların IQ değerleri bir yaş civarında düşmeye başlar.⁵

Fensiklidin kullanan annelerin bebeklerinde mikrosefali, osteogenezis imperfekta, unilateral böbrek displazisi, hidronefroz ve akciğer hipoplazisi gibi bulgular tarif edilmiştir.⁵

Kalp Hastalığı

Kalp hastalığı bulunan kimselerin gebelik ve doğum sırasında ele alınışı konusunda büyük tartışma bulunmaktadır. Birçok sorun çözümlenmiştir. Ağır konjenital veya edinsel kalp hastalığı bulunan gebelerde sonuç büyük ölçüde yüz güldürücü hale gelmiştir. Bununla birlikte, bazı klinik durumlarda kötü sekellerle ilgili talihsiz, yanlış yorumlamalar olmuştur. Gebelik sırasında kalp hastalığının en iyi şekilde tedavisi konusunda önemli derecede fikir birliğine laşılmış olmasına rağmen, 30 yılı aşkın bir süreden beri bu tür hastalarda en iyi doğum yöntemi konusunda tartışma bulunmaktadır. Amerikalı uzmanlar genellikle spontan vaginal doğumu tercih etmektedir. Avrupalı hekimler ise miyada sezaryenle elektif doğumu benimsemektedir.⁴

Doğum yönetiminin önemi üzerinde aşırı derecede durulması, birçok doğum hekiminin kalp hastalığı bulunan gebelerde sezaryenin tehlike yaratacağı şeklinde yanlış bir düşünceyi benimsemesine yol açmıştır. Bunun sonucunda ileri derecede kalp hastalığı bulunan hastalar (New York Kalp Cemiyeti'nin sınıflamasına göre grup III ve grup IV), sıklıkla bütün koşullarda vaginal doğumun gerekli olduğu şeklindeki yanlış bir düşünce kapsamında ele alınırlar. Sezaryenin düşünülen tehlikelerinden kaçınmak amacıyla hastaların 24 saat veya daha uzun süreli zor bir travaya sokuldukları durumlar bulunmaktadır. Böyle bir yaklaşım, spontan ve kolay vaginal

doğumun hastayı sezaryen ameliyatına nazaran daha az strese sokacağı şeklindeki düşüncenin yanlış olarak yorumlanmasına bağlıdır. Doğal olarak, aksi de geçerlidir. Uzun ve zor travay annede bitkinliğe, aletle doğum gereksinimine ve doğum sonrası kanamaya yol açabilir. Travaydan birçok saat sonra sezaryen yapıldığında, post-operatif enfeksiyon olasılığı çok yüksektir. Kalp hastalığı, doğum hekiminin doğum şeklini önceden sezme yeteneğinin ve tecrübesinin son derece önemli olduğu bir alandır. Travayın ve doğumun olaysız geçeceği olgularda doğumun vaginal yolla yaptırılması tercih edilmektedir. Kolay ve olaysız vaginal doğum açısından engeller bulunan olgularda erkenden ve tercihen elektif olarak sezaryen yapılması çok daha avantajlıdır.

Gebeliğin ağır kalp hastalığı ile birlikte olduğu durumlar nadir olmasına rağmen, bu hastalarda anne ve fetus açısından riskler son derece fazladır. Bu nedenle, bu gibi hastaların gerek teknik olanağı, gerekse bu konuda deneyimli hekimleri bulunan merkezlere gönderilmesi gerekir.

Tromboembolik Hastalıklar

Tromboembolizm bir trombusun meydana geldiği yerden koptuktan sonra kan akımı ile taşınarak bir kan damarını tıkanması durumudur. Gebelikte tromboembolik bozuklukların ele alınması, onların annede öldürücü komplikasyonlara yol açabileceğinin, etkili tedavi yapılmadığında annenin ve fetusun yaşamı açısından oluşturacağı risklerin çok yüksek olacağının bilinmesine dayanır. Bu nedenle, böyle bir durumun tanısının koyulamamasının ciddi sonuçlara yol açacağı aşikardır.

Tromboembolik hastalıklara zemin hazırlayan faktörler arasında dolaşımda staz (kan akımının yavaşlaması), enfeksiyon, kanın koagülasyon durumunda artış ve damar anormallikleri yer alır. Bu faktörler çoğu kez aşırı sigara içenlerde, şişmanlarda, varisli kadınlarda ve anemik kimselerde sık görülür. Hastalığın bulguları arasında ağrı, bacaklarda şişme ve hassasiyetin yanı sıra taşikardi yer alır.

Tromboembolik hastalıkların tedavisi ilaçlarla yapılır. Heparinin doğrudan teratojenik etkisi yoktur ve antikoagülatif etkisi de kolayca tersine döner. Bununla birlikte, coumarin türevleri gibi alternatif ilaçların teratojenik etkileri vardır ve bunların koagülasyon üzerine olan etkilerini tersine döndürmek güçtür. Sonuçta bu tür rahatsızlığı bulunan gebe kadınların tedavisinde heparinin kullanımı konusunda tıbbi görüş birliği bulunmaktadır. Genel olarak gebeliğin geri kalan süresinde heparin profilaktik olarak kullanılır. Çoğu uzmanlar tromboembolik bir komplikasyon ortaya çıktığı durumlarda hastanın hastaneye yatırılması konusunda görüş birliği içindedir.

Hepatit

Klinik açıdan önem taşıyan bir komplikasyon da viral hepatittir. Bu enfeksiyon son yıllarda uyuşturucuların kullanımındaki artış nedeniyle obstetrikte büyük önem kazanmıştır. Hepatit gebelikle birlikte olduğunda, aktif hepatit ile oluşan sorunlar daha karmaşık bir hale gelip enfeksiyon hastalıkları, obstetrik ve neonatoloji uzmanlarının incelemesini gerektirirler.

Hepatitli olduğu bilinen veya hepatitli olduğundan şüphelenilen hastaların gebelik ve doğum sırasında izolasyonu şarttır. Hepatitli hastalar en iyi olarak perinatal birimlerin dışında ve görevleri diğer gebe kadınlar veya yeni doğanların bakımını kapsamayan personel tarafından ele alınırlar. Hasta travay sırasında sıkı izolasyon koşullarında ve bu hastalığa karşı bağışık olduğu bilinen kişiler tarafından izlenmeli ve doğurtulmalıdır. Enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınmadığı ve gebe kadının hastalığı kapmasının önlenmemiş olduğu koşullarda davaların açılması en muhtemeldir. Bu gibi koşullarda sorumluluğun kişisel olmaktan çok söz konusu kuruluşa ait olması daha muhtemeldir.⁴

Muhtemelen bulaşıcı hastalığı olan bir hasta hastaneye yatırıldığı zaman izolasyon işlemlerinden sorumlu olan kişinin tedavi eden hekim olduğu şeklindeki düşünce yanlıştır. Hastaların bulaşıcı hastalıklardan korunması kuruluşun sorumluluk alanı içine girer. Bulaşıcı hastalığı bulunan özel bir hastanın hekimin izni olmaksızın izole edilemeyeceği düşüncesi yanlıştır ve bu konuda harekette bulunulmaması veya geç önlem alınması malpraktis davasına yol açar.⁴

Malign Hastalıklar

Gebelikle kanserin bir arada bulunuşu obstetrikte bazı adli-tıbbi sorunlara yol açar. Olguların önemli bir bölümünde malign hastalık yüksek dozlarda teratojenik maddelerin kullanımını gerektirdiğinde, annenin ve fetüsün yararları çelişki içine girer. Bu noktanın dini, sosyal, tıbbi ve yasal yönleri bulunur. Bu konuda tıp ve hukuk uzmanlarından görüş alınmalıdır. Hasta ve ailesinin karar vermede önemli bir rol oynaması muhtemeldir.

Hemoglobinopatiler

Belki de nispeten nadir olması nedeniyle, bazı önemli hemoglobinopatiler ile ilgili perinatal sorunlar (orak hücreli anemi ve talassemi) nispeten nadir olarak dava nedeni olurlar. Bununla birlikte, bu hastalıklarla ilgili gelişmelerden kaynaklanan iyi sonuçlar hastanın gelecekteki beklentilerinin yanı sıra malpraktis iddialarının sıklığını da arttırabilir. Bu konudaki çağdaş yaklaşımda gebelik sırasında annenin ve fetüsün yararının eşit olduğunun hatırlanması önemlidir. Gebeliğin risklerini kabullenen hemoglobinopatili bir kadının, gebelik sırasında fetüsün yararına olacak yoğun tedavi ile ilgili ilave riskleri kabul etmesi de makul gibi görünmektedir. Böylece, günümüzde

hakim olan düşünce, fetüs açısından uygun bir sonuç için, gebelik sırasında komplikasyonların risklerini azaltmanın yararlarına karşılık birçok transfüzyonla ilgili risklerin kabul edilmesinin gerektiği şeklindedir.

Diabet ve Gebelik

Diabet belki de en sık olarak karşılaşılan bir durumdur. Yeterli şekilde tedavi edilmedikçe, fetüs ve anne açısından ağır riskler taşır. En iyi sonuçlar, tecrübeli doğum hekimleri ve diabet uzmanlarının bulunduğu birimlerde elde edilir. Bu konuda kayıtların dikkatli bir şekilde tutulması ve saklanması şarttır.

İnsülinin bulunmasından önce, diabetik kadınlar nadiren gebe kalabiliyorlardı ve bunlar nadiren yaşama yeteneğine sahip olan çocuk doğurabiliyorlardı. Diabetin tedavisi mümkün bir duruma geldiğinden, diabetik anneler gebe kalabilirler, nispeten normal bir gebelik dönemi geçirebilirler ve çocuk doğurabilirler.

Diabetin ortaya çıkma zamanı ve süresi, şiddetini etkiler. Bundan dolayı, diabet olguları farklı şiddette olan gruplara ayrılırlar. 4

Diabet kişinin yaşamının ilk 10 yılında ortaya çıkarsa, juvenil diabet söz konusudur. Juvenil diabet, “Grup D” diabet şeklinde tanımlanmaktadır.

Diabet yaşamın ikinci 10 yılında başlarsa veya 10 yıldan daha fazla bir süre devam ederse, “Grup C” diabet şeklinde tanımlanır.

Diabet 20 yaşından sonra ortaya çıkarsa ve 10 yıldan daha az süreli ise “Grup B” diabet şeklinde tanımlanır.

Gebe kadınlarda ortaya çıkan diabete “gestasyonel “ diabet veya “Grup A” diabet denir. Bu durum, progesteron, plasental laktojen, v.b. gibi gebelik hormonlarının etkisi sonucunda gebe kadınların karbonhidrata karşı toleransının azalmasından kaynaklanır.

Böbrekler, gözler ve diğer organlar gibi bazı organlarda önemli derecede bozukluğa yol açmış olan diabet olguları için yapılmış olan başka birçok sınıflama mevcuttur.

Diğer gruplardakinden daha az şiddetli belirtiler göstermesine rağmen, “Grup A” diabet belki de diğerlerine nazaran malpraktis davasında daha önemli bir rol oynar. Bu durum, son birkaç yıl boyunca uygulama standartlarının tüm gebe hastalar için tarama testlerini belirlemesinden ziyade gebe kadınlarda diabet yönünden yüksek risk faktörlerini tanımlamasına yol açmıştır. Gebeliğin 24 ila 28 inci haftaları arasında tüm gebe kadınların diabet açısından teste tabi tutulması eğiliminin, uygun olmayan sonuçların önemli derecede azalmasına yol açması muhtemeldir.

Aşağıdaki durumların varlığında diabet yönünden araştırma yapılmalıdır: 1. birinci derecede bir akrabada diabetin bulunuşu, 2. daha önce makrosomik “ anormal derecede iri” bir çocuğun doğumu, 3. anne yaşının büyük oluşu (35yaş), 4. rutin prenatal test sırasında glikozürinin saptanması, 5. obstetrik anamnezde açıklanamayan fetüs ölümünün veya habituel düşüğün bulunuşu.

Aşağıdaki noktalar Grup B-D diyabetin ele alınmasında önem taşır: 1. annenin ve gelişmekte olan fetüsün gereksinimleri için yeterli diyetin sağlanması, 2. bütün gün boyunca kan şekeri düzeyinin sıkı bir şekilde kontrolü için yeterli insülin miktarının sağlanması, 3. doğumun uygun zamanda yaptırılması (Doğumun gebeliğin 38 inci haftasında veya civarında yaptırılması idealdir.)

Çağdaş obstetrik uygulamasında, diyabetik gebe annede gebelik, travay ve doğum gerekli aygıtlara sahip olan yüksek riskli merkezlerde ele alınmaktadır. Diyabetin tedavisinde bir iç hastalıkları uzmanı çoğu kez doğum hekimine yararlı bir destek sağlanmasına rağmen, diyabetin tedavisi gebeliğin genel olarak ele alınmasından ayrılamaz.

Bazı doğum hekimlerinin ve iç hastalıkları uzmanlarının gebelikte diyabetin tedavisinin obstetrik bakımdan ayrılabilirliğini ve tedavinin yakın işbirliği olmaksızın bu iki hekim tarafından ayrı ayrı ele alınabileceğini sanmaları kötü sonuçlara yol açabilir.

Bu tür ihmallerin en sık sonuçları, gebeliğe bağlı diyabetin teşhis edilememesi ile ilgilidir. Bu tür ihmallerin sekelleri şunlardır: 1. gebeliğin son trimestirinde annede devam eden hiperglisemi sonucunda fetüsün iri bir hal alması, 2. gebeliğin son birkaç haftasında fetüsün rahim içinde ölmesi, 3. tedavi edilmemiş diyabette preeklampsinin ilave olması, 4. baş-pelvis uygun-suzluğunun sonucunda doğum travayında komplikasyonların çıkması, 5. başın ve omuzların genişlikleri arasındaki orantısızlığa bağlı olarak omuz distosisi.

Ağır diyabetin (Grup C, D) uygun olmayan sonucu, beklenilmeyen bir olay değildir ve genellikle hasta tarafından da kabul edilir. Öte yandan, tanısı koyulmamış gestasyonel diyabete bağlı komplikasyonlar sonucunda fetüste oluşan hasarın hastayı veya ailesini malpraktis davası açısından harekete geçirmesi olasıdır.

Kızamıkçık

Hekime, kızamıkçığı teşhis edememesi veya kızamıkçığın fetüs üzerine olan muhtemel etkileri konusunda hastaya önerilerde bulunmaması nedeniyle sorumluluk yüklenebilir.

Temel Bakım Standardı

Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği kızamıkçığın tanısı için aşağıdaki uygulamaları önermiştir:¹ 1. Hemaglütinasyon- inhibisyon (HI) antikor testi gibi önceki serolojik teste dayanılarak bağışık olduğu bilinen bir hastada, gebelik sırasında herhangi bir zamanda kızamıkçık veya enfeksiyona maruz kalındığından şüphelenildiğinde, fetüs açısından aşık bir risk bulunmamaktadır. 2. Serolojik açıdan negatif olduğu bilinen bir hastada, gebelik sırasında herhangi bir zamanda kızamıkçık veya enfeksiyona maruz kalındığından şüphelenildiğinde, kızamıkçığa karşı serokonversiyon meydana gelip gelmediğini belir-

lemek amacıyla, tercihen maruz kalmadan üç ila dört hafta sonra veya döküntülerin başlangıcından on ila ondört gün sonra HI testi için ikinci bir serum örneği elde edilmelidir. Fetüste muhtemel anormallik riski hakkında görüşme yapılmalıdır. 3. İmmün durumu bilinmeyen bir hasta döküntü hastalığına maruz kalmadan sonraki bir hafta içinde başvurduğunda HI titresi elde edilmelidir. Birinci serum örneğinde HI antikorunun bulunmadığı (yani, HI titresinin 1:8 veya daha az olduğu) ve bunu üç ila dört haftada bir serokonversiyon izlediğinde, kızamıkçık enfeksiyonu söz konusudur. Bu konuda uygun görüşme yapılması gerekir. 4. İmmün durumu bilinmeyen bir hasta bir döküntü hastalığına maruz kalmadan bir ila beş hafta sonra veya bir döküntünün başlangıcından üç hafta sonraya kadar olan sürede başvurduğunda, HI titresi elde edilmelidir. HI titresi negatif olarak kabul edildiğinde, belirtilen şekilde işlem uygulanmalıdır. Titre 1: 8 ila 1:32 ise, iki haftada ikinci bir serum örneği elde edilmelidir. Her ikisinde HI titreleri tekrarlanmalıdır. Döküntü hastalığı ile birlikte iki haftada HI titresinde dört misli veya daha fazla bir artış görülmesi akut kızamıkçık enfeksiyonu açısından güvenilir bir delildir. İki haftalık örnek zamanında titrede önemli bir değişiklik olmazsa, her iki serumda kompleman fiksasyon (KF) testi yapılmalıdır. Her iki örnekte KF antikorlarının bulunmaması, akut kızamıkçık enfeksiyonu delillerinin olmadığını gösterir. Buna karşın, KF titrelerindeki dört misli veya daha fazla bir artış akut kızamıkçık enfeksiyonunu gösterir. KF titresi değişmezse, yani sabit bir titre söz konusu ise, serum örneklerinde kızamıkçığa spesifik IgM elde edilmesi gerekir. Bu durumda, örneklerde kızamıkçığa spesifik I gM antikorunun bulunmaması akut kızamıkçık enfeksiyonu delillerinin olmadığına işaret eder. Kızamıkçığa spesifik IgM bulunması akut kızamıkçık enfeksiyonunun delilidir. Bu durumda, fetüs üzerine olan riskler ve gebeliğin yönetimi konularında uygun görüşme yapılmalıdır. 5. İmmün durumu bilinmeyen bir hasta döküntülü hastalığa maruz kalmadan beş hafta sonra veya bir döküntünün başlangıcından üç hafta sonra başvurduğunda, HI titresi 1:8 ise, hasta kızamıkçığa karşı hassastır ve akut enfeksiyonun delili söz konusudur. Ancak enfeksiyonun yaşı belirlenemez ve fetüs üzerine olan risk bilinemez.

Hasta son adet döneminin başlangıcından sonraki ilk 20 haftada kızamıkçığa yakalanırsa, kendisi ve kocası doğum defektleri riskini kabullenmek istemedikçe, tıbbi düşük düşünülmelidir. Yirminci gebelik haftasından sonra enfekte olan hastalarda defekt riskinin azalmış olmasına rağmen, tıbbi düşük düşünülmelidir.

Son yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde hastanın defektif çocuğunu yetiştirme masraflarına elde edip edemeyeceğine ilişkin güç bir sorun ile karşılaşmıştır. Uygun bir süre içinde gebeliği teşhis edememeye ilişkin ihmal iddiası ile ortaya çıkan tazminat sorununa benzer olmasına rağmen, konuya biraz daha farklı yönden bakılmıştır. Genel olarak, mahkemelerin, çocukları normal doğan ana-babaya nazaran sakat doğanların bir dereceye kadar tazminat almasına imkan verme arzusunda oldukları görülmektedir. Bununla birlikte, yine de konu yasal açıdan tam olarak çözüme kavuşmamıştır. Bazı mahkemeler, ana-babanın gebeliğin yanlış yönetimi veya antenatal yanlış tanı sonucunda defektif olarak doğan çocuğun

yetiştirilmesi ile ilgili tüm masrafları elde etmesine imkan vermiştir. Buna karşın, diğerleri herhangi bir tazminat alınmasını reddetmiştir. Uzlaşıcı bir yaklaşım, çocuğun deformitesinin gerektirdiği ek masrafların elde edilmesine imkan vermektedir.¹

Yorumlama ve alışılmış uygulama

Hekim sadece gebeliğin teşhisi için değil aynı zamanda annenin miadında, normal bir çocuk doğurabilme yeteneği üzerine etki edebilen bir durumun teşhisi konusunda da sorumludur. Bu konuda günümüzdeki dava nedenlerinin çoğu hekimin kızamıkçığı teşhis edememesi nedeni ile oluşan sorumluluğunu ilgilendirmektedir. Gebe bir kadında kızamıkçığı teşhis edememe, hastalığın doğumsal defektlere neden olma riskinden ötürü özellikle sıkıntı vericidir.

Genelde anne yönünden hafif kısa süreli bir hastalık olan kızamıkçığın fetüs üzerinde teratojenik etkisi bulunmaktadır. Gebeliğin ilk trimestrinde fetüs kızamıkçık virüsüne maruz kaldığında konjenital anormal riski en fazladır. Doğumsal defektlerin riski gebeliğin 12 nci haftasından sonra azalmakla birlikte yine de 2 nci trimestir sırasında aşkar olasılık bulunmaktadır. Sporadik enfeksiyonlar sırasında olana nazaran rubella epidemileri sırasında fetüs açısından taşınan genel risk daha büyüktür. Kızamıkçığın fetüste neden olduğu defektler arasında konjenital kalp hastalığı, katarakt, sağırılık ve zeka geriliği yer alır. Bebekteki defektlerin ciddiliğini herhangi bir kesinlikle belirlenmesinden önce bir veya iki yıl geçebilir. Özellikle geriye dönük olarak kızamıkçığın kesin tanısı güçtür. Çünkü kızamıkçığın seyri diğer çeşitli viral enfeksiyonların seyrine benzerlik gösterir. Sadece antikor incelemelerine dayanılarak kesin tanı koyulabilir. Şüpheli kimselerde bulunmayan Hİ antikorları döküntülerin ortaya çıkmasından sonraki 48 saat içinde belirlenebilir. Bu antikorlar 2 hafta içinde pik yaparlar. Bu şekilde kızamıkçık teratojenik olmayan diğer viral enfeksiyonlardan Hİ antikor titreleri ile ayırt edilebilir. Kızamıkçık akut enfeksiyondan sonra Hİ antikorlarının konsantrasyonunda artma ile karakterizedir. Bu nedenle döküntü ortaya çıktıktan sonraki iki veya üç gün içinde titre belirlenmesi yapılmalıdır ve daha sonraki iki hafta içinde bu tekrarlanmalıdır. İkinci testteki titrede anlamlı derecedeki artış geçirilmiş olan enfeksiyonun kızamıkçık olduğunu gösterir. Zannedilen enfeksiyondan 1 veya 2 hafta sonra yapılan tek bir testteki yüksek titrenin tanı açısından değeri yoktur. Çünkü testten önceki günlerde ya da yıllarda meydana gelmiş olan enfeksiyona karşı bir cevap olup olmadığı belirlenemez.

Kompleman-fiksasyon antikor testi yararlı olabilir. Bu antikorlar döküntünün ortaya çıkışından birkaç gün sonra belirirler. En yüksek değere 4 ila 8 hafta sonra ulaşırlar. Aynı zamanda Hİ konsantrasyonlarının ve kompleman-fiksasyon antikorlarının artışı yakın zamanda geçirilen bir enfeksiyona işaret eder. Kompleman-fiksasyon antikorları bulunmaksızın Hİ titresindeki artış embriyoyu etkilemeyecek olan eskiden geçirilmiş bir enfeksiyonu düşündürür.

İlk prenatal vizitte hekim kızamıkçık antikor incelemesini yapmalıdır. Eğer antikorlar bulunuyorsa hasta immundur. Eğer antikorlar bulunmuyorsa hasta duyarlıdır ve akut bir enfeksiyondan sonra antikorların ortaya çıkışı kızamıkçık açısından tanı koydurur. Çocuk doğurma çağındaki kadınların % 10 'unda daha az olan bir kısmı kızamıkçığa karşı hassastır.

Kızamıkçık immunizasyon programlarının en önemli amacı annenin kızamıkçığa yakalanmasının ve daha sonra fetüs üzerine olan teratojenik etkilerin önlenmesidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde asıl hedef popülasyon okul öncesi ve okul çağı çocukları olmuştur. İkinci olarak çocuk doğurma çağındaki kadınların selektif olarak aşılınması üzerinde durulmuştur. Bu strateji 15 yaşın altındaki çocuklarda bildirilmiş olan olguların toplam sayısında belirgin bir azalmaya yol açmasına rağmen, 15 yaş ve daha büyüklerde kızamıkçık sıklığında biraz değişiklik meydana gelmiştir. Adelosan ve genç erişkinlerin % 10 ile 20 'sindeki kızamıkçığa hassasiyet oranının sürmesi, bu toplulukta devam eden hastalığın patlak vermesi ile uyumludur. Konjenital kızamıkçıktaki önemli bir ani azalma çocuklar ve çocuk doğurma çağındaki hassas erişkinler aşılınmadıkça beklenemez. Kızamıkçık antikor testleri gebe kalmadan önce yapılmalıdır. Eğer hasta hassas olarak bulunursa gebe kalmadan önce aşılmalıdır.¹

Amerika birleşik Devletlerinde yegane mevcut aşı RA 27 / 3 suşudur. Bu insan diploid hücre kültürlerinde üretilen canlı, zayıflatılmış kızamıkçık virüs aşısıdır. Bu aşı daha önceden kullanılmış olan kızamıkçık aşılmasına nazaran doğal enfeksiyona daha çok benzerlik gösterir. RA 27 / 3 'ün kanda meydana getirdiği antikorların konsantrasyonları en azından 6 yıl varlığını sürdürür. Deri altına ya da intranazal uygulamadan sonraki 28 inci güne kadar kızamıkçık aşı virüsü solunum yolu salgılarından elde edilebilir. Aşı virüsü anne sütü ile çıkabilse ve beslenen bebekte serokonversiyon meydana gelebilse bile, kadın bebeğini emzirmeyi planlıyorsa hassas olan annenin aşılınması yönünden bir kontraendikasyon bulunmadığı anlaşılmaktadır.¹

Aşı uygulanan bazı kimselerde aşılınmadan sonraki 7 ila 21 günde ateş, döküntü, lenf adenopati gibi kızamıkçığı andıran hafif ve kısa süreli bulgu ve semptomlar ortaya çıkabilir. Aşılınmış olan kimselerin % 40 kadarında eklemelerde ağrı görülebilir. Aşık artrit nadirdir.

Kızamıkçık aşı virüsünün plasentayı geçtiği ve gelişiminin erken dönemlerinde fetüsü enfekte edebildiği bilinmektedir. Kızamıkçık aşısından sonra tespit edilmiş olan konjenital malformasyon riski sıfır olduğundan teorik risk % 4 kadar yüksek olabilir. Bu risk tesadüfen görülen malformasyon riskinden daha büyük olmasına rağmen, fetüs üzerine olan uzun süreli risk konusunda kesin sonuçlar çıkartılamaz. Bununla birlikte aşı fetüsü enfekte edebildiğinden hasta sadece gebelik durumu ekarte edilebildiğinde aşılmalıdır ve aşılınmadan sonraki üç ay gebelikten kaçınılmalıdır. Böylece negatif bir gebelik testi gerekebilir veya aşı menstrüel dönem sırasında ya da çocuğun doğumundan hemen sonra uygulanabilir. Aşılınmış olan kadınların aşılınmadan 3 ay sonrasına kadar etkin bir kontraseptif yöntem uygulamaları gerekir. Aşılama fetüs açısından tam bir korunma sağlamayabilir.

Kızamıkçık salgınları sırasında aşılanmış olan kimselerin % 80'inde subklinik enfeksiyon gelişir.

Eğer hasta son adetinin başlangıcından sonraki ilk 20 hafta içinde kızamıkçığa yakalandığında hasta ve kocası doğumsal defekt riskini kabul etmezler ise tıbbi düşük düşünülmelidir. Gebeliğin 20 nci haftasından sonra enfekte olan hastalarda da doğumsal defekt riski azalmış olmasına rağmen, tıbbi düşük düşünülmelidir.

Gamma globulin etkin bir tedavi değildir. Maruz kalmadan önce uygulansa dahi kızamıkçığın döküntülerini önleyebilir ancak viremiyi önleyemez. Virüs fetüs açısından ciddi bir tehdit olarak kalmaya devam eder.

Çoğu mahkeme çocuğun kendisini dava için bir gerekçe olarak kabul etmemekle, bu tür davalarda ortak bir yaklaşım göstermişlerdir. Bir mahkemenin öne sürdüğü üzere, yasa bir çocuğun bir bütün ve fonksiyonel bir varlık olarak doğmasına yönelik temel hakkı kabul etmemektedir. Bu nedenle, kızamıkçık veya annedeki diğer patolojik nedenler dolayısıyla deformitelerle doğan çocuklar dünyaya geldikleri için tazminat isteme hakkından yararlanılamayabilirler.¹

Konsültanların Rolü

Gebelikte tıbbi ve cerrahi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Obstetrik dışındaki klinik olayların genellikle doğum hekiminin inceleme alanı dışında bulunduğu kabul edilir. Obstetrik veya jinekoloji alanı içine girmeyen bir komplikasyonla karşılaşıldığında doğum hekiminin kendisini koruyabilmesinin yegane yolu ilgili branştan tecrübeli bir konsültanı çağırması veya hastayı böyle bir konsültana göndermesidir.

Çoğu kez konsültanın rolünün yanı sıra konsültasyon isteyen hekim ile konsültan arasındaki sorumlulukların dağılımı yanlış bir şekilde yorumlanır.

Dava konusu olmuş olan olgulara dayanılarak, konsültanın rolü ile ilgili olan en sık yanlış düşünceler aşağıdaki şekilde belirtilebilir:⁴

1." Konsültanın talimatlarına uyulduğu takdirde, hastayı havale eden hekimin artık kişisel sorumluluğu kalmaz."

Dava açıldığında, yaygın olarak inanılan bu sanı doğrulanamaz. Eğer önerilenler uygulama standartlarını ihlal ediyorsa, konsültasyon isteyen hekim, konsültanın kararlarının ve talimatlarının geçerliliğini benimsediğinde sorumluluğu paylaşır. Bir hekimin başka bir kimsenin önerisine göre körü körüne hareket etmesi kabul edilemez. Sorun doğum hekiminin inceleme alanı dışında ise, doğum hekimi hastayı uygun yere havale etmelidir.

2." Sorumluluklar bölünebilir. Doğum hekimi standard antepartum ve intrapartum bakımı sağlarken, iç hastalıkları uzmanı veya cerrah kendi işini yapar."

Kısa tıbbi ve cerrahi girişimi gerektiren bazı durumlarda (örneğin, bir dişin çekimi veya yerinden çıkmış olan bir eklem yerini koyulması gibi), bu

kavram kabul edilebilir. Öte yandan, başka bir uzmandan bilgi edinilmesi gerekiyorsa, iki uzman arasında sürekli ve etkin bir etkileşim bulunmalıdır. Obstetrik bakım sağlayan hekim düşük riskli gebeler için uygulanan standard antenatal incelemeleri yapabilir. Diabetli bir gebenin diabetinin bakımı için bir iç hastalıkları uzmanına gönderildiği durumlar söz konusudur. Bazı durumlarda, gebelik bu iki hekim arasında bilgi alış-verişi olmadan miada kadar ulaşabilir. Bu gibi durumlarda, tedaviye katılan doktorlardan kendi tedavilerini düzenlemesi beklenir.

3." Konsültanın önerisine katılmayacağım için danışılacak bir nokta yoktur."

Konsültanlar her zaman yardımcı olmazlar. Tıbbi konsültanlar, tıbbi komplikasyonların obstetrik ayrıntılarını önceden haber verilecek şekilde bilmezler. Örneğin, ileri dönemdeki gebelikte belirgin proteinüriyi preeklampsiden ziyade kronik böbrek hastalığının delili şeklinde yorumlamaları muhtemeldir. Kronik hipertansiyonlu hastalar tedavi edildikleri zaman hipertansiyonun uterus dolaşımı ve böylece fetus üzerindeki etkisini önemsememe eğilimindedirler. Bu nedenle, akıllı bir hekimin bir konsültanın düşüncesini körü körüne kabul etmeyeceği sonucu çıkar. Öte yandan, konsültanın tamamen yararsız olacağı farzedildiğinde değerli önerilerin elde edilmesi imkanı kaybolabilir.

4." Doğum hekimini tıbbi ve cerrahi komplikasyonlar için gerekli olan bakımı sağlayabilir."

Hekimlerin kendi uzmanlık alanları içinde çalışmalarını gerekir. Onlardan hastayı bakımı ile ilgili standardı yerine getirebilecek olan hekime nakletmeleri beklenir.

FETÜSÜN DURUMUNUN BELİRLENMESİ

Fetusün gebelik yaşının belirlenmesi, çoğu gebelik komplikasyonunun uygun şekilde tedavi edilebilmesi yönünden önem taşır. Dikkatli anamnez alınması ve klinik muayene, gebelik yaşı belirlenirken önemlidir.

Prematürite ve postmatürite gibi yüksek riskli gebeliklerin uygun şekilde tedavisi, fetusün yaşının doğru bir şekilde değerlendirilmesine dayanır. Düşüğün istendiği durumda, fetusün olgunluk derecesinin tayini, düşüğün yapılp yapılamayacağını belirler.

Yeni doğanın yaşama olasılığı ile ilgili en önemli faktör doğum zamanıdır. Yaşama şansı 24 üncü haftaya kadar sıfıra yakındır. 24 ila 28 inci haftalar arasında %10 ila % 90 arasında değişir. 32 ila 36 inci haftalar arasında %99.5 dan daha fazladır. Bu değer 40 1/2 haftada en fazladır. Daha sonra 42 inci haftaya kadar yavaşça ve 42 inci haftadan sonra ise hızla azalır.

Hekime, gebe bir hastada fetusün durumunun değerlendirilmesi zorunluluğuna işaret eden değişiklikleri tespit edememesi nedeniyle sorumluluk yüklenebilir.

Temel Bakım Standardı

Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği, fetüsün durumunu tespit etme ve izleme yöntemlerini düzenleyen anahatları belirlemiştir.¹ Yüksek riskli hastalarda feto-plasental birimin bütünlüğünün, çeşitli biokimyasal veya biofiziksel yöntemlerle izlenmesi gerekli olabilir. Bu izlemeler hasta yatırılmadan yapılabilir. Üçüncü trimesterde amniosentez yapılacaksa, sezaryen ile acil doğum imkanları bulunmalıdır. Annenin veya fetüsün durumunun izlenmesi için gerekli olan imkanlar, hastalığın ciddiyeti, bilinen riskler, hastanenin sağlamaya hazırladığı bakım ile değişiklikler gösterir. Servislerde, anne ve fetüsün sağlığını takip etmek için ultrasonografi, fetüs kalp atımlarını elektronik olarak izleme cihazları bulunmalı, amniosentez ve özel laboratuvar test imkanları mevcut olmalıdır. Tanı koyacak kişilerin obstetrikte teşhis ve komplikasyonlar konusunda tecrübesi bulunmalıdır. Teknik personel, ultrasonun obstetrikte uygulanması konusunda yeterli derecede yetişmiş olmalıdır. Feto-plasental birimin değerlendirilebilmesi için, non-stres ve stres testleri gibi antenatal yöntemlerle fetüsün kalp atımları izlenmelidir. Fetüsün antenatal izlenmesinde hekimler test endikasyonlarını, sınırlamaları ve bu testlerin yorumunu bilmelidirler. Fetüsün olgunluk derecesini belirlemek veya amnion sıvısının optik dansitesini ölçmek için amniosentez imkanı bulunmalıdır. Amniosentez bu konuda yetişmiş bir hekim tarafından yapılmalıdır. Amniosentez, ultrasonografi ile plasentanın yeri ve fetüsün pozisyonu belirlendikten sonra yapılmalıdır.

Fetüsün durumunun değişip değişmediği saptanırken gebe kadında değişen durumların belirlenememesi davaya neden olabilir. Böyle bir durumda nedenselliğin tespiti önemlidir. Hasta hekimin hareketinin zarara yol açmış olduğunu göstermelidir.

Fetüsün ölüm tanısı, genellikle hastada emosyonel yönden reaksiyona neden olduğundan, hekim tanıdan emin olmalıdır. Sadece fikir verme bile ruhsal sıkıntıya neden olabilir.

Fetüsün olgunluk ve gelişiminin değerlendirilmesinden başka, hekim hastanın anamnezine dayanarak, fetüs üzerine etkili olabilen genetik faktörlerin etkilerinin araştırılmasını gerekli bulabilir. Bu bağlamda, tedavideki ihmal sorumluluğa yol açabilir.

Bazı davalar, fetüsün durumunun yanlış olarak teşhisi ile ilgilidir. Çoğu kez fetüsün durumu doğumun yönetimi açısından değerlendirilmelidir. Genellikle, yanlış tanıya bağlı fetüs ölümü, dava nedeni şeklinde öne sürülebilir. Çocuk canlı doğarsa fakat fetal dönemde koyulan yanlış tanı neticesinde ölürse, anne-baba davacı olabilir.

Yorumlama ve Alışılmış Uygulama

Zarlar sağlamken fetüsün durumunu ve olgunluğunu belirlemek için yapılabilecek biokimyasal veya biofiziksel testler bulunmaktadır. Bu testler hasta yatırılmadan yapılabilir ve gelişim geriliğinden şüphelenildiğinde ya da postmatürite olasılığı bulunduğu anda değer taşır. Bu testler ayrıca diyabetik

hastaların ya da fetüsün gelişimini etkileyebilen diğer metabolik bozukluğu bulunan hastaların gebeliklerinin yönetiminde değerli olabilirler.

Gelişim geriliğinden şüphelenildiğinde ve / veya fetüsün durumunun belirlenmesinde yapılabilecek olan incelemeler şunlardır:

1. Sonografi

Ultrasonun antepartum ve bazen intrapartum kullanımı modern obstetrik uygulamasına önemli katkıda bulunmuştur. Fetüsün yaşının veya gelişim hızının şüpheli olduğu bütün klinik durumlarda, fetüsün gelişiminin sonografik olarak belirlenmesi prenatal bakımın rutin bir kısmı haline gelmiştir. Çoğul gebelik olgularında gelişim geriliği beklenir. Bu olgularda her fetüsün büyüklüğünün belirlenmesi doğumun çeşidi (vaginal, abdominal) açısından büyük önem taşır. Ultrason, ayrıca plasantanın aşağı implantasyonunun, plaseenta dekolmanının, fetüste anatomik anormalliklerin, amnion sıvısının miktarının, fetüsün ağırlığı ve büyüklüğünün belirlenmesinde önemlidir.

Eğer gelişim geriliğinden şüpheleniliyorsa ve hastada kronik hipertansif kardiovasküler hastalık bulunuyorsa, ultrasonografi ile iki haftada bir fetüsün biparietal çapının ölçülmesi gerekir. Özellikle gelişim geriliğinin diğer semptomları bulunduğu başın büyümemesi genellikle gebeliğin sonlandırılması gereksinimini gösterir. Göbek hizasından yapılan çevre ölçümü birbiri ile bağlantılı olan verileri ortaya çıkarır.

Adli tıp açısından, standard sonografik bulgularla ilgili kesin olarak belirlenmiş kriterlerin bulunmayışı, tartışmaya ve yanlış yorumlamaya yol açar. Genelde, çağdaş obstetrik uygulamasında sonografik inceleme endikasyonları oldukça aşikar bir şekilde belirlenmiş olmasına rağmen, sonografik bulguların doğruluğu konusunda iyice bilinen standartlar mevcut değildir. Bu nedenle, hangi klinik durumda, uygulama standartlarından sapma ile tanının koyulamadığının belirlenmesi güçtür. Çünkü tekniğin kendisi yeni olabildiği gibi sonografi uygulaması ile uğraşan hekimlerin ve teknisyenlerin eğitimi ve deneyimi de büyük ölçüde değişiklik gösterebilir. Kuşkusuz bu sorular gelecek yıllarda aydınlatılabilecektir.

2. Östriol Atılımı

Fetüs büyüdükçe östriol yapımı artar. Büyüme durduğunda ise azalır. Annenin idrarındaki östriol konsantrasyonları diabetli kadınlarda ya da gelişim geriliğinden şüphelenildiğinde yaklaşık olarak gebeliğin 20 inci haftasından itibaren ölçülmelidir. Fetüsün durumunun doğru olarak değerlendirilebilmesi için seri halde belirlemeler yapılmalıdır.

3. Stres ve Non-stres Testleri

Birçok kronik durum fetal distrese yol açar. Bunlar arasında antepartum kanama, annedeki anemi, annede kardiovasküler hastalık, Rh sensitizasyonu, annede diabet, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, annede astım veya epilepsiye bağlı hipoksi, TORCH enfeksiyonları, fetal konjenital anomaliler (kromozom bozuklukları, konjenital kalp hastalığı, metabolik bozukluklar, anatomik gelişim bozukluğu, renal agenezi), göbek kordonu ile ilgili kazalar, çoğul gebelik ile ilgili komplikasyonlar, şüpheli postmatürite (42 veya daha

fazla haftalık gebelik), preeklampsi ve şüpheli fetal gelişim geriliği sayılabilir.

Bu nedenle, çeşitli klinik durumlarda izleme testleri ile fetüsün durumunun antepartum olarak belirlenmesi gerekir.

Non-stres testi ve oksitosin testi, plasenta fonksiyon bozukluğu ya da yetersizliğinden şüphelenilen (örneğin, kronik hipertansif kardiovasküler hastalık ya da diabetli kadınlarda) durumlarda ve gelişim geriliği ya da postmatürite şüphesi olduğunda çok uygundur. Bu testlerin haftada bir tekrarlanması gerekir.

a. Kontraksiyon Stres Testi

Oksitosin testi fetüsün uterus kontraksiyonlarına reaksiyonunu belirlemeye yöneliktir. Bu testte, fetüsün kalp hızı uterusun kontraksiyon hızı ile birlikte ölçülür.

İntravenöz olarak sürekli infüzyon şeklinde oksitosin uygulayarak, uterus kontraksiyonları uyarılır. Kontraksiyonların sıklığı üç dakikada birden ve süresi de 60 saniyeden fazla olmamalıdır.

Plasenta fonksiyonu normal ise fetüsün kalp hızında bir değişiklik oluşmaz. Bu koşullarda tekrarlayan tip II deselerasyonların meydana gelişini fetüsün travay stresine dayanamayacağını gösterir. Çoğu klinik durumda, böyle bir bulgu sezaryen ile acil doğuma endikasyon oluşturur.

b. Non-stres Testi

Non-stres testi, normal koşullarda fetüs kalp hızının uyarılara cevap olarak 15 sn den daha az olmayan bir süre boyunca ve dakikada 15 atım kadar hızlanacağı prensibine dayanmaktadır. Uyarı spontan fetüs hareketleri veya fetüsün başının elle hareket ettirilmesi gibi dış uyarılar şeklinde olabilir. Fetüsün kalp hızının artışı iyi bir belirtidir. Fetüsün kalp hızında artışın olmayışı ise tehlikede olduğunu düşündürür. Nonreaktif non-stres testi, kontraksiyon stres testine endikasyon oluşturur. Oksitosin kontraksiyon testi de olumlu sonuç vermezse, doğum için endikasyon ortaya çıkar.

Fetal stres testi veya non-stres testinin antepartum yapılışı, olguların büyük çoğunluğunda fetal hpoksinin varlığını ortaya çıkarır. Öte yandan, bu teknik fetüste tehlike yaratan durumun tedavi edilebilen ve edilemeyen şekilleri arasında ayırım yaptırmaz. Günümüzde, önemli fetal distres genellikle sezaryenle doğumu gerektirir. Bununla birlikte, bu girişim kronik fetal hipoksi ile ilgili olgularda sonucu önemli derecede etkilemez.

Rahim içinde fetal distresin kronik olması ve ağır beyin hasarına yol açan koşullarda meydana gelmesi durumu, genellikle malpraktis iddialarında davacılar tarafından dikkate alınmaz. Kendisini intrapartum elektronik fetal kalp hızı izleyicisinde distres şekilleri ile gösteren kronik fetal hipoksiye, özellikle fetüste gelişim geriliğine yol açan çeşitli konjenital anormallikler eşlik eder. TORCH (toksoplazmosis, rubella, sitomegalovirüs hastalığı ve herpes virüs) gibi rahim içinde yakalanan enfeksiyonlar travay sırasında veya hatta daha önce fetal distres şekilleri ile kendini gösterir. Bu durum konjenital kromozom ve anatomik anormallikler bulunan fetüsler için de geçerlidir. Gerçekten, bu tür konjenital defektleri bulunan çoğu fetüslerin, antepartum veya intrapartum fetal distres belirtileri nedeniyle sezaryen ile doğurtuldu-

ları kaydedilmiştir.

Ayrıntılı antepartum belgelendirme, çoğu kez fetal hipoksinin nedeninin saptanmasında gerekli olan ipuçlarını sağlar. Annede deri döküntüsü ile birlikte olan enfeksiyon hastalığının prenatal kayıtları bulunduğu, antepartum fetal enfeksiyon düşünülür. Bu tür ayrıntılı belgeleme bulunmadığında ve bazen ona rağmen, fetüste kalıcı hasara yol açan enfeksiyon durumu atlanır.

4. Amnion Sıvısının İncelenmesi

Bu test fetüsün yaşının belirlenmesinde yararlı olabilir. Çünkü fetüs olgunlaştıkça amnion sıvısındaki turuncu renge boyanan hücrelerin sayısı artar. Amniosentez üçüncü trimestirde yapıldığında, kolayca sezaryen doğumu olanakları bulunmalıdır.

5. Kreatinin

Amnion sıvısında 100 ml de 2 mg dan daha yüksek değerde kreatinin konsantrasyonu bulunduğu, bebeğin olgun olduğu kabul edilir.

6. Lesitin- Sifingomiyelin Oranı

Lesitin yüksek konsantrasyonda bulunuşu fetüsün akciğerlerinin olgunlaşmış olduğunu gösterir. Lesitin / sifingomiyelin oranı 2 /1 ise fetüsün büyüklüğüne bakılmaksızın akciğerler muhtemelen olgundur. Bu durumda ciddi solunum sıkıntısı gelişmesi olasılığı azdır. Diabetli hastalarda 2 den ziyade 2.5 değerindeki lesitin / sifingomiyelin oranı fetüsün olgunluğunun iyi olduğunu gösterir. Bu oranın belirlenmesi, amnion sıvısında turuncu renge boyanan hücre sayısında ya da kreatin konsantrasyonuna nazaran, fetüsün yaşayabilme yeteneği konusunda daha hassastır.

7. Radyolojik İnceleme

Fetüsün belirlenmesinde kemikleşme merkezlerinin ortaya çıkışından yararlanılabilir. Gebeliğin 36 ıncı haftasında femurun distal epifizinde bebeklerin %80 veya daha fazlasında kemikleşme merkezi bulunur. Miadındaki bebeklerin ise %70 ile %75 inde tibianın proksimal epifizinde kemikleşme merkezi vardır. Bu kemikleşme merkezlerinin bulunuşu gebeliğin süresini doğrular ancak bulunmayışı fetüsün olgunluğunu ekarte ettirmez. Fetüsün olgunluğunun diğer belirtileri arasında kafatası ve uzun kemiklerde kortikal kemiklerin iyi gelişmiş olması ve iyi gelişmiş yağ hattı sayılabilir. Radyolojik inceleme sadece diğer testler yapılamadığında ya da bu testler ile sonuç alınamadığında yapılmalıdır.

8.Travaydan önce ve travay sırasında palpasyonla fetüsün prezantasyonu, pozisyonu ve rotasyonu değerlendirilebilir. Radyolojik incelemeler ve ultrason ile yanlış yorumlamalar elimine edilebilir.

9. Annedeki ağırlık değişiklikleri, gelişim geriliği, fetüste makrosomi, preeklampsi ve malnutrisyon gibi çeşitli patolojik durumlar hakkında çoğu kez ipucu verir.

10. Rutin testler, anamnez verileri ve klinik muayene bulgularına dayanılarak yapılan özel testler ilave risk faktörlerinin tespitine olanak sağlar.

Fetüsün olgunluğu ve durumunun en doğru bir şekilde belirlenmesi, genellikle tek bir testten ziyade mevcut olan diğer testlerin birlikte uygulanması ile yapılabilir.

Fetüsün durumunun yanlış tanısı ile ilgili davalar açıldığı bildirilmiştir. Bir dava ortaya çıktığında çoğu kez fetüsün durumunun doğumun yönetimi ile ilgili olarak değerlendirilmesi gerekir. Fetüs ile ilgili tanılar doğumun yanlış yönetiminin daha büyük bir bölümü şeklinde görülür. Genelde yanlış tanıya bağlı fetüs ölümü bir dava nedeni şeklinde ortaya çıkabilir. Eğer çocuk canlı doğarsa ancak fetal dönemde koyulan yanlış tanı yüzünden ölürse, hekim hakkında dava açılabilir. Fetüs doğumdan önce ölürse, hukuk sistemlerinin çoğunluğunda böyle bir dava ancak fetüsün öldüğü zaman yaşama kabiliyetinin olduğu durumlarda mümkündür. Buna karşın, bazı hukuk sistemleri fetüsün yaşama kabiliyeti olsa bile ebeveynlere dava açma hakkını tanımazken, diğer bazı hukuk sistemleri ise yaşama kabiliyeti olmasa bile bu tür bir dava açma hakkını vermektedir.¹

Gebelik Süresine Göre Ağırlığı Az, Boyu Kısa Olan Bebek

Bu durum intrauterin prenatal anoksi sonucunda meydana gelebilir. Bebeğin beyinde zarar oluşması riski vardır. Bu bebekler çeşitli teknikler kullanılarak belirlenebilirler. Bunun için annenin ağırlığının düzenli bir şekilde belirlenmesi, fundus yüksekliğinin ölçülmesi, seri şekilde ultrason ölçümleri ve biofiziksel testler yapılması gerekir. Böyle bir durum tespit edildiğinde, fetüsün sıkı bir şekilde izlenebilmesi için anne hastaneye yatırılmalıdır. Kardiyotokografi ve plasenta fonksiyon testleri yapılmalıdır. Tedavi tecrübeyi gerektirir. Kayıtlar titiz bir şekilde tutulmalı ve muhafaza edilmelidir.

Yeni Doğanın Hemolitik Hastalığı

Eşler farklı Rh faktörlerine sahiplerse, bunları belirlemek için özen gösterilmelidir. Yeterli ve doğru bir anamnez alınmasının yanı sıra uygun doğrulayıcı testlerin yapılması önemlidir. Anne ve babaya, hemolitik hastalık ve bu hastalığın çocukları üzerinde olan etkisi ile ilgili ayrıntılar konusunda açıklamalarda bulunulduktan sonra rızalarının alınması şarttır.

Doğum hekimi, annenin sensitizasyon durumunu dikkatle değerlendirmenin yanı sıra gebelik sırasında amnion sıvısı pigmenti ve annedeki titreler ile ilgili izleme testlerini de yapmalıdır. Çocuk hekimi, doğumdan önce haberdar edilmelidir. Bu sayede iyi bir uygulama olmayıp aynı zamanda tam zamanında yapılan transfüzyon ve fototerapinin çocuğa olan zararlarını ortadan kaldırabilir veya azaltabilir. Davalı hekimi, anne ve babayı riskler konusunda gerektiği şekilde haberdar etmemiş veya usulüne uygun bir anamnez almamış olması nedeniyle ihmali bulunuyorsa, çocuk hekiminin başarılı bir şekilde müdahalede bulunması durumunda, hekime karşı takdir edilecek olan tazminat miktarı azalabilir.

Rahim İçinde Fetüs Ölümü

Eskiden rahim içinde fetüs ölümüne sık rastlanıyordu. Fakat bu durum günümüzde aşağıdaki nedenlerle nadir bir olay haline gelmiştir: 1. fetüs ölümünün ve fetüste hasarın önemli bir nedeni olan postmatüritenin belirlenmesi, 2. fetüsün elektronik aygıtlarla antepartum olarak etkili bir şekilde izlenmesi.

Rahim içinde fetüs ölümü nispeten sık olarak dava konusu oluşturur. Bunun en sık nedeni, teşhis edilemeyen veya ihmal edilmiş olan diabetir. Atlanan veya iyice araştırılmamış olan postmatürite durumu, rahim içinde fetüs ölümünün ikinci sık nedenini oluşturur.

Bazı durumlarda, fetüsün ölümü önceden bilinemez ve bu nedenle önlenemez. İn utero fetüs ölümünden önce çoğu kez in utero gelişim geriliği bulunmasına rağmen, bu tür gelişim geriliği her zaman mevcut tekniklerle belirlenemeyebilir. Bununla birlikte, tıbbi kayıtlar gebelik sırasında uterusun ve fetüsün gelişiminin değerlendirilmesi için gereken dikkatin gösterilmediğini ortaya çıkarırsa, çoğu kez fetüs ölümünün önlenip önlenemeyeceği sorusu gündeme gelir.

Rahim içi ölümün önlenebilirliği, genellikle gerekli olan rutin prenatal incelemelerin ve araştırmaların yapılmasına bağlıdır. Bazı istisnaların dışında, belgeleme tam olduğunda ve sıkı bir antepartum bakımı gösterdiğinde olgunun savunması yapılabilir. Belgeleme üstünkörü bir şekilde yapılmışsa ve önemli ayrıntılara gerekli dikkat gösterilmemişse, savunma imkansız bir hal alabilir.

Fetüsün ölümünün tanısı bazı belirtilere dayanılarak koyulabilir. Fetüs ölümünün en önemli bulgusu gebeliğin erken döneminde uterusun büyümesinin durmasıdır. İki incelemede pozitif olan bir gebelik testinin negatif hale gelmesi ve uterus büyümesinin durması durumunda fetüs ölümünün kesin olmasa bile muhtemel olduğu düşünülebilir. Gebeliğin daha sonraki döneminde anne tarafından farkedilen ilk anormal semptom fetüs hareketinin durmasıdır. Uterus büyüyemeyebilir. Fetüsün kalp sesleri ve kalp faaliyeti hatta Doppler aygıtı veya ultrason ile dahi belirlenemeyebilir. Gebeliğin bulguları ve semptomları kaybolabilir. Fetüsün röntgen grafisinde ölmüş olduğunu gösteren bazı bulgular bulunabilir: Kafatası kemiklerinin birbiri üzerine binmesi, dolaşım sisteminde gazın bulunuşu ve anormal duruş. Eğer radyolojik bulgular şüpheli ise daha başka incelemelerin de yapılması gerekir. Amniosentezde konsantre olmuş koyu kahverenginde bir sıvının gelişi fetüs ölümünün tanısını koydurabilir.

İlerlemiş gebelikte fetüsün rahim içinde ölmesi, yaklaşık olarak dört hafta sonra yaygın intravasküler koagülasyon olayının gelişimine neden olur. Bunun sonucunda ve psikolojik nedenlerle, fetüsün ölümü saptandıktan sonra, gebeliğin sonlandırılması uygulama standartları ile uyumludur. Fetüs longitudinal prezentasyonda bulunuyorsa, travay genellikle oksitosinle uyarımdan sonra vaginal yolla prostaglandin uygulayarak başlatılabilir. Transvers prezentasyonda, uterusun boşaltılması için sezaryen gerekebilir.

Fetüs ölümü olgularında hipofibrinogenemi nedeniyle annenin kana-

ma ve pıhtılaşma faktörleri kontrol edilmelidir.

Günümüzde intrauterin fetüs ölümü durumunda gebeliğin sonlandırılması için mükemmel teknikler bulunduğundan, fetüsün ölümünden sonra gerektiği gibi davranılmamasından kaynaklanan malpraktis iddiaları nadiren ortaya çıkmaktadır.

Canlı fetüsün varlığında, zarların suni olarak rüptürü travayın başlamasına neden olur. Buna karşın, in utero fetüs ölümünden sonra aynı şekilde travayı uyarmak sıklıkla ve yanlışlıkla yapılan bir uygulamadır. Gerçekte, fetüs ölümünden sonra amnion sıvısının miktarı hızla azaldığından, ölü fetüsün doğumunu başlatmada zarların yırtılması yararlı bir yöntem değildir. Öte yandan, fetüsün ve plasentanın ölü veya dejenere olan dokuları, annede ciddi sepsise yol açan asendan mikroorganizmalar açısından mükemmel bir kültür ortamı oluşturur.

Zarların rüptürü intrauterin fetüs ölümü olgularında travayın başlatılması için uygun bir yöntem olmadığından ve söz konusu riskler yüksek olduğundan, bu işlem kabul edilen uygulama standartlarından sapma şeklinde kabul edilir.

Yaygın intravasküler koagülasyondan kaynaklanan komplikasyonlar daha az sıklıkta bulunur. Eskiden rahim içinde fetüs ölümünü izleyen bu komplikasyon nispeten sık görülüyordu. Günümüzde ise prostaglandin kullanımı ile ölü fetüsün doğumu nispeten kolay olduğundan, bu komplikasyon nadir görülmektedir. Sadece fetüs ölümünün aksine, rahim içinde fetüs ölümünden kaynaklanan komplikasyonlar nadiren malpraktis davasına zemin oluştururlar.

DOĞUMUN PLANLANMASI

Gebeliğin sonunda doğumun uygun bir şekilde planlanması doğum hekiminin yükümlülüğüdür.

Yüksek riskli hastalar yüksek riskli olgu merkezlerinde doğurtulmalıdır. Yüksek riskli bir gebenin, bu amaçlar için gerekli aygıt ve personeli bulunmayan bir klinikte doğurtulması dava konusu olabilir. Bu nokta yüksek riskli bebekler açısından da geçerlidir. Bu tür yeni doğanlarda yaşamın ilk birkaç saatinde gerekli bakım koşullarına uyulması büyük önem taşır.

KABUL EDİLEN STANDARTLARDAN SAPMA DURUMLARI

Yaklaşık olarak otuz yıl öncesine kadar antenatal bakımın gebeliğin sonucu üzerinde az etkisi bulunan ve nispeten önemsiz olan rutin bir işlem olduğu kabul ediliyordu. Günümüzde ise, kabul gören genel kanı, antenatal dönemde bazı incelemelerin yapılmasının mutlak olarak gerekli olduğu şeklindedir. Ne yazık ki, yapılan araştırmalar birçok hekimin prenatal bakım konusunda ihmalkar davrandıklarını ortaya çıkarmıştır.

Gebelikle ilgili bir durumun tedavisi gerekli bakım standardına uygun

düşmediğinde, gebeliğin gerektiği şekilde yönetilememesi nedeni ile hekime sorumluluk yüklenebilir.

Antenatal bakımla ilgili bilinen uygulama standartlarından nispeten sık olan sapma durumları şunlardır: 3,4

1. Hipertansif olguyu belirleyememe veya hipertansif olguda gerektiği şekilde hareket etmeme

2. Adet anamnezine dayanılarak gebeliğin tahmin edilen süresi ile fetüsün büyüklüğü arasındaki çelişkiyi belirleyememe

3. Predispozan faktörlerin varlığında annede diabet olasılığının araştırılmaması

4. Fetüsün prezentasyonu, angajmanı ve pozisyonu ile ilgili olan ve Leopold tarafından tarif edilen klasik muayenelerin yapılmaması, annenin pelvisinin ölçülebilen çaplarına göre fetüsün ağırlık ve büyüklüğünün değerlendirilmemesi

5. İkiz gebelik olgularında fetüslerin yakından izlenmemesi. Benzer şekilde, eksik prenatal incelemelerle ikiz gebeliğin teşhis edilememesi

6. Fetüste dismatüriteye neden olan koşullar ve durumlarda gerektiği gibi davranılmaması

7. Profilaktik amaçla sezaryen yapılıp yapılmamasına karar verme bağlamında fetüste prezentasyon bozukluklarının değerlendirilmemesi

8. Fetüsün olgunluğunun gerektiği şekilde değerlendirilmeden gebeliğin haksız yere sonlandırılması.

Malpraktis iddialarının çoğu yüksek riskli hastaların bakımı konusunda yeterli deneyimi olmayan hekimlerle ilgilidir. Ölen veya kalıcı hasarla doğan çocukların ebeveynleri, sorumlu tutulabilecek bir kimse ararlar. Uygun olmayan sonuçla ilgili risklerle birlikte bulunan komplikasyonlarla karşılaşıldığında, hekimin böyle bir komplikasyonun önlenmesi için önlemleri almış olup olmadığı noktası araştırılır. Bu tür önlemlere uyulduğu takdirde malpraktis riski önemli derecede azalır.

9. Klinik deneyim ve malpraktis iddialarının gözden geçirilmesi, gerekli prenatal incelemelerin ve laboratuvar araştırmalarının yapılmamış olmasının standard obstetrik uygulamadan en sık olan sapma durumları olduğunu göstermiştir.

ADLİ TIPLA İLGİLİ SORUNLARDAN KAÇINMA YOLLARI

Hekimin gebelikle ilgili olarak sorumlu bir duruma düşmemesi için aşağıda belirtilecek olan birkaç temel noktaya dikkat etmesi gerekir:⁶

1. Sık randevüler: Anne sık aralıklarla görülmelidir. Pratisyen hekimlerle bakımın paylaşılması, antenatal kliniklerin yükünü azaltmada iyi bir yöntemdir ancak son sorumluluk annenin bakımının yapıldığı hastaneye aittir. Gebe kadın 28 ve 36 ıncı haftalar gibi önemli dönemlerde doğum hekimi tarafından görülmelidir.

2. Riskli olguların tanınması: Riskli olgular, bir antenatal klinikte daha tecrübeli hekimler tarafından belirlenmelidir.

3. Sorunların tartışılması: Genç hekimler, tüm problemleri tecrübeli hekimlerle tartışmalıdır.

4. Kayıtların kontrolü: Her kontrolde hasta ve kayıtları incelenmelidir. Tarihler kontrol edilmeli, anamnezler doğrulanmalı, semptomlar ve obstetrik muayenedeki bulgular kaydedilmelidir. Öneride bulunulmalıdır. Daha sonra bir sorun ortaya çıkıp, dava konusu olduğunda, hastanın kayıtları, doktorlar, hukukçular ve bilirkişiler tarafından ayrıntılı bir şekilde incelenir. Yetersiz antenatal bakım ve kötü tutulmuş kayıtların daha sonra savunulması güçtür.

KAYNAKLAR

1. Fineberg, K.S., Peters, J.D., Willson, J.R., Kroll, D.A : Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan, 1984, pp. 388-399.
2. Garcia, S.A : Prenatal Drug and Alcohol Abuse: Rights, Laws and Responsibilities, Scalpel and Quill, The Bulletin of the Pittsburgh Institute of Legal Medicine, Volume XXVIII, Nos 1 and 2, February and May, 1993, pp.1-50.
3. Goldsmith, L.S : Medical Mapractice: Guide to Medical Issues, Matthew Bender, 1989, pp.95/1-95/32.
4. Iffy, L: Obstetrics, In : Wecht, C.H., Preiser, S.E., Preiser, M.L (Editors): Preparing and Winning Medical Negligence Cases, Second Edition, Volume 2, The Michie Company, Law Publications, Charlottesville, Virginia, 1989, pp.225-239, 246-249, 266-268, 275-277, 300-301, 324-326.
5. Larson, A.J : Intoxication in utero, In : Mason, J.K (Ed.) : Pediatric Forensic Medicine and Pathology, Chapman and Hall Medical, London, 1989, pp.37-47.
6. Symond, E.M: Litigation and Birth-Related Injuries, In : Chamberlin, G., Orr, C (Editors) : How to Avoid Medico-Legal Problems in Obstetrics and Gynaecology, London, 1990, pp.27-31.

9

Genetik Danışma ve Prenatal Tanıyla İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Çetin L. Baydar / Murat Eke / Sadi Çağdır

GİRİŞ

Bedensel mental özelliklerin anne ve babadan çocuklara geçiş mekanizması uzun zamandan beri ilgi konusu olmuş ancak bilim adamları araştırmalarını bu konulara gerçek anlamda son zamanlarda yöneltmişlerdir. Doğuştan malformasyonların ilk olarak belirlenmiş olan biyolojik nedeni rubella virüsü idi. Kızamıkçığının nedeni olan bu virüs 1941 yılında beirlendi. Bu virüs gebe kadına bulaştığında sağırılık ve körlüğe, doğmamış çocukta ise ölüme neden olabilir. Son zamanlarda daha fazla yaştaki erişkinlerde Alzheimer hastalığından çocuklarda Duchenne kas distrofisine kadar pek çok hastalığın genetik esasları ile ilgili ipuçları birikmeye başladı. Kalıtımla ilgili birçok diğer durumun ortaya çıkabilmesi için bazı çevresel başlatıcıların gerektiği konusunda ipuçları belirdi. Çevresel faktörler, aile anamnezi, ebeveynlerin sağlığı, alışkanlıklar ve yaşam şekli bebeğin sağlığını etkiler.

Daha az sayıdaki çocuklu ailelere karşı artan eğilim ile bir ailedeki tüm çocukların sağlıklı olmasına duyulan arzu sonucunda doğum hekiminin yanı sıra aile hekiminin de genetik danışmada aktif bir rol oynamak üzere işbirliğinde bulunması istenmelidir. Doğumsal malformasyonların biyolojik olarak incelenmesi genetiği, epidemiyolojiyi, biyokimyayı ve üreme biyolojisini ilgilendirir.

Tıbbi genetik alanında özellikle son yirmi yılda hızla teknik gelişmeler olmuş ve birçok hastanede tıbbi genetik bölümleri kurulmuştur. Günümüzde bu bölümlerde genetik bozukluğu bulunan aileler araştırılmaktadır. Genetik hastalıkların klinik tanımlamaları ve sınıflamaları genişletilmiş ve doğru genetik danışmanın önemi üzerinde durulmuştur.¹³ Hekimler genetik bozukluklara daha fazla ilgi göstermeye başlamışlardır. Günümüzde bebek ölüm oranının yarısından fazlası konjenital malformasyonlara bağlanabilir. Ayrıca herediter bozuklukların tespiti, tedavisi ve kontrolü ile ilgili yeni teknolojiler geliştirilmektedir. Genetik danışmanın bu yeni alanı hızla gelişim göstermekte ve toplum tarafından da gittikçe tanınmaktadır. Toplum gelecekte genetik danışmanın beklentilerini artıracaktır.

Eğer kromozom bozukluklarının, nöral tüp defektlerinin ve diğer konjenital anomalilerin günümüzdeki sıklığını azaltmak istiyorsak, bunların tanılarının prenatal dönemde koyulması şarttır. Prenatal tanı için üç temel teknik bulunmaktadır: amniosentez, serumda alfa fetoprotein ölçümü ve ultrasonografi. Amniosentez ilk defa 1967 yılında kromozom analizi için kullanıldı ve bunun kullanımı 1973 yılında nöral tüp defektlerinin saptanmasına kadar uzandı. 1970 li yılların başlarından beri hem anne kanında hem de amnion sıvısında alfa fetoprotein taraması yapılmaktadır. Bu işlem nöral tüp defektlerinin prenatal tanısında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Ultrason, fetüs anomalilerinin tanısında tek başına veya alfa fetoprotein belirlenmesi ile birlikte gittikçe artan bir şekilde kullanılmaktadır.

GENETİK DANIŞMANIN AMAÇLARI

Bir çift, gebelikten önce kendilerine önerilerde bulunulmasını isteyebilir. Böyle bir istek, yaş, Down sendromu bir çocuğun bulunması gibi bir aile problemi, annenin sağlık durumu (örneğin, diabet) veya daha önceki zor doğum nedenleriyle olabilir. Bazı hastanelerde gebelik öncesi danışma bölümleri bulunmaktadır. Bu bölümlerde eksiksiz ve doğru önerilerde bulunacak olan tecrübeli hekimler görev yapmalıdır. Yanlış önerilerde bulunulduğunda, ortaya çıkan sorunlar dava konusu olabilir. Uzmanlaşmamış olan hekimler iyi bilinen durumlar konusunda öneride bulunabilirler ancak daha karmaşık durumlarda konuda uzmanlaşmış olan kimselerin önerisi gerekir.

Hastaneler genetik uzmanlarına sahip olmayabilirler ancak hastaların gönderilebileceği veya bir uzmandan bilgi edinilebileceği merkezler bulunmaktadır. Uzman olmayan kimseler konulardan mutlak şekilde emin olmadıkça, öneride bulunmaya kalkışmamalıdır.

Kısacası, çiftlere genetik konuda uzman bir genetikçi, bir doğum hekimi veya genetik bir hastalığı tedavi eden bir hekim tarafından verilebilir.

Genetik danışma, tanı, genetik mekanizma, prognoz ve birbirini izleyen olayların seyri konusunda, genetik nedenli bir bozukluğun çaresine bakacak olan bir veya daha fazla sayıda özel eğitim görmüş hünarlı kimse ile olan bağlantıyı ilgilendirir. Böyle bir danışma, hastalığın genlerdeki anormalliklerden meydana gelmiş olması, verilen kararların odak noktasının gelecek çocuklar üzerinde toplanması ve bir kişiden ziyade ailenin veya çiftin (karı-kocanın) hasta olması bakımlarından, klasik hekim-hasta görüşmesinden farklıdır.

Bununla birlikte, genetik danışma isteyen birçok kimse, gelecekteki yavrusu aynı bozukluk ile etkilenebilecek veya bir doğumsal defekt taşıyabilecek olan bir çocuğun anne ya da babasıdır. Doğum hekimi bu şekilde bir danışma sağlama konusunda kendi niteliklerini değerlendirmelidir. Bununla beraber, doğum hekiminin hastayı, genetik danışma alanında bir uzmana gönderme konusunda genel olarak bir görevi bulunmaktadır.

Genetik taramanın amacı genetik hastalıklı çocukları doğurma riski bulunan kimseleri veya genetik hastalıkla etkilenmiş olan şahısları saptama-

maktır. Bu test gebeliğin sonlandırılmasına olanak sağlayacak fetal anomalilerin tanısı yapılır.

Anormal bir çocuk doğurma riski artmış olduğu bilinen gebe kadınlara günümüzde anormalliğin kesin tanısının koyulması ve arzulandığı taktirde böyle bir gebeliğin sonlandırılabilmesi için testler önerilebilir. Daha önceden genetik bozukluğu olan bir çocuk doğurduğu bilinen kadınların risk altıda bulundukları söylenebilir. Genetik danışma gören çiftlerin büyük çoğunluğunun ciddi bir doğumsal defekti bulunan bir çocuğu vardır. Kanlarında alfa fetoprotein seviyesinde yükselme görülen kadınların, merkezi sinir sistemi veya diğer malformasyonlar açısından risk artışı gösterdikleri bilinmektedir. Yaşın büyük oluşu nedeniyle de kadınlarda kromozom anormalliği açısından risk artışı söz konusudur. Rutin alfa fetoprotein belirlemesi yöntemi ile toplumun taranması her yerde yapılamaz. Çünkü toplumdaki nöral tüp defektlerinin sıklığı o ülkenin bazı kısımlarında böyle bir taramanın yapılmasını haklı kılmaz. Bir kadına böyle bir test teklif edildiği zaman işlemin amacı açıklamalı ve kadına bu testi yaptırap yaptırmama konusunda seçim hakkı tanınmalıdır.

Gebelikten önce genetik açıdan yapılan görüşmede, danışman genetik bozukluğun tekrarlama olasılığını belirleyerek eşlere bildirir. Onlara hangi şekilde uygun karar verecekleri konusunda yardımcı olur. Bu durumda çift doğum kontrol yöntemi ile gebe kalmamayı tercih edebilir. Prospektif babadan gelen risk kısmını elimine etmek amacıyla başka bir kimsenin menisi ile döllenme durumu seçilebilir. Gebe kadın kendisine başvurduğu taktirde, genetik danışman genetik bozukluğun şiddeti ve tekrarlama riskine bağlı olarak amniosentez önerebilir. Amniosentez, belirli bir genetik defekt açısından risk altında bulunduğu bilinen bir çiftin gebeliğinin izlenmesi için de kullanılabilir.

Genetik danışma, sadece belirli bir çift yönünden hastalık riskini belirlemez aynı zamanda bu çiftin akrabalarına ve gelecekteki yavrusuna da uygulanabilir. Genetik danışman, geniş aile anamnezi, tanı ve genetik prensiplerin bilinmesi suretiyle elde edilebilen bilgi sayesinde bir prognoza ulaşır.

Muhtemel hastalığın tanısının doğru olarak koyulması şarttır. Çeşitli genetik hastalıklarda çoğu kez semptomlar ortakdır. Kas distrofisinin bazı şekilleri aynı belirtileri gösterir ancak kalıtım şekilleri tamamen farklıdır. Bu hastalığın fasioskapulohumeral tipine tutulmuş olan bir kimse, hastalığı çocuklarına %50 oranında geçirir. Buna karşın, tutulmuş olan kişinin eşi aynı bozuk geni taşıdığına, sadece ekstremitte kavşağı çeşidi geçer.

Belirli bir genetik hastalıkla ilişkili olan riskin derecesi, kalıtım şekline bağlıdır. Kusurlu çocuğa yol açan herhangi bir gebelikteki rastgele risk oranı 1/30 dur. Genel olarak, genetik ne kadar belirli ve kesin olursa, prognozun doğruluğu da o kadar fazla olur.

Genetik danışmanlar, riski üç kategoriye ayırmaktadır:

1. Rasgele risk, nüks ihtimali rasgele bir popülasyondaki herhangi bir gebelik açısından taşınan riskten biraz daha fazla olan risktir. Bu durum-

lar, genellikle çevre şartlarından kaynaklanırlar ve gelecekteki gebeliklerde nüksetme olasılığı bulunmaz. Bunlara verilecek örnekler arasında annenin kızamıkçık, toksoplazmosis geçirmesi veya talidomit gibi bir teratojenik ilacı almasından kaynaklanan defektler sayılabilir.

2. Nüks ihtimali en azından 1/10 ve çoğu kez 1/4 den daha fazla olduğunda, yüksek risk söz konusudur. Böyle durumların çoğunluğu mutant (genetik değişim gösteren) genlere bağlıdır. Az bir kısmında ise, anne veya babada benzer bir anomalinin bulunduğu, kromozomlardaki normalin dışındaki değişikliklere bağlıdır. Bu ikinci duruma örnek olarak D/G translokasyonu gösteren Down sendromu, polidaktili veya akondroplasi verilebilir.

3. Nüks ihtimalinin 1/10 dan daha az olduğu fakat rasgele risk oranının ise 1/30 dan daha fazla olduğu durumda, orta derecede risk söz konusudur. Bu en büyük grubu oluşturur ve oldukça sık rastlanan durumlardan oluşur. Bu gruptaki risk belirlemeleri ampiriktir, yani, genetik teoriye dayanmaktadır. Ancak meydana geliş sıklığını esas alan gözlem ve tecrübeler dayanır. Bu gruptaki hastalıklar, çevre ve ana - babadan geçen yatkınlık ile oluşur. Bu gruba örnek olarak konjenital kalça çıkığı, yumru ayak, dudak yarığı, damak yarığı, anensefali, spina bifida ve hidrosefali gibi merkezi sinir sistemi malformasyonları verilebilir.

Bir genetik hastalığın nüksetme riski değerlendirildikten sonra, genetik danışman, hastaya talimat olmayacak şekilde riski ve tanıyı bildirmelidir.

Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği, aşağıdaki durumlarda genetik bir hastalığın önlenmesi için genetik tarama girişimlerinde bulunulmasını önermektedir:⁵ 1. hastalığın belirli bir popülasyonda beirgin bir şekilde görülmesi, 2. taşıyıcıların basit ve doğru olarak belirlenebilmesi, 3. hastalığın gebelikte erken olarak uterus içinde saptanabilmesi.

Bu kriterlere ilaveten, yararlı bir genetik danışma yapılacaksa, kalıtım şekli bilinmelidir. Genetik tarama ile bazı genetik anomaliler veya hastalıklar yönünden risk altında bulunan popülasyon belirlenir ve bu anomaliler araştırılır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde Kongre 1972 yılının Mayıs ayında orak hücreli aneminin kontrolü ile ilgili bir yasa çıkartmıştır. Ayrıca birçok eyalet de orak hücreli anemi ile ilgili kanunlar çıkartmıştır. Federal yasanın aksine, bu eyaletlerden bazıları bazı insan gruplarının böyle tarama programlarına katılmasını zorunlu kılmıştır.⁵

GENETİK AMAÇLI ANAMNEZ ALINMASI

Doğru bir tanı koymak için hekimin hem ebeveynlerin hem de ailelerin tam anamnezini elde etmesi gerekir.

Dikkatli, tam, tıbbi, kişisel ve aile anamnezinin alınması doğumsal defektlerin önlenmesi için genetik danışma işleminde vazgeçilmez bir bölümdür. Çünkü sadece bu şekilde bu çiftin genetik ve / veya kromozom anormalliklerine sahip olma olasılığı ve zararlı çevre koşullarına maruz kalma durumları ortaya çıkarılabilir.

Hereditör bir hastalığın bulunma olasılığını değerlendirmek için anamnezde üç sorunun göz önüne alınması gerekir:

1. Söz konusu durum ya da diğer kalıtsal olarak geçen bir hastalık ailenin diğer bireylerinde bulunuyor mu?

2. Ebeveynler arasında kan bağı bulunuyor mu?

3. Ebeveynler aynı coğrafik bölgeden mi veya aynı etnik gruptan mı?

Örneğin, bazı kalıtsal durumlar bazı yörelerde ve bazı etnik gruplarda sık görülür. Akdeniz ve doğu ülkelerinde talassemi, batı ve orta Avrupa'lı Musevilerde Tay-Sachs hastalığı ve Amerikan zencilerinde ise orak hücreli anemi sık görülür.

SOYAĞACININ ÇIKARILMASI

Soyağacı birbiri ile akraba olan kimselerde görülen özelliklerin dağılım şeklinin gösterilmesinde yardımcı olur. Hekim bu bilgiyi kullanarak bazı genetik özellikler konusunda bilgi sahibi olabilir. Soyağacından çeşitli akrabaların ölüm nedeni ve hangi yaşlarda öldükleri konusunda bilgi edinilebilir. Ailenin fiziksel anamnezinin belgelenmesi yöntemi ile heterozigot belirlemesi mümkün olur. Bu durum özellikle hemofili ve Duchenne musküler distrofisi gibi cinsiyet kromozomları üzerindeki genlerle resesif şekilde geçiş gösteren hastalığı bulunan erkeklerin kız kardeşleri arasında önem taşır. Çünkü bu genleri taşıyan kadınların oğulları kocalarının genetik yapısı ne olursa olsun bu hastalıklar açısından %50 oranında risk taşırlar.

Eğer iki ebeveyn de taşıyıcı ise otozomal resesif bir hastalık aşıkara hale gelir. Birbiri ile kan bağı olmayan eşlerden her birinin aynı kötü etkisi bulunan otozomal resesif bir genin taşıyıcısı olması ihtimali son derece düşüktür.

Aynı bozuk resesif genleri taşıma olasılığının daha yüksek olduğu durumlarda kan bağına belirlenmesinin önemi aşıkardır.

Böyle bir durumun tanısı koyulduktan sonra çocuklarda ve ailenin diğer bireylerinde tekrarlama riskinin değerlendirmesi yapılmalıdır.

ANORMAL BİR ÇOCUĞUN DOĞUMUNDAN SONRA GENETİK AÇIDAN YAPILAN DANIŞMA

Anormal bir çocuğun doğumundan sonra, hem ebeveynler hem de çocuk bir genetik uzmanı tarafından incelenmelidir.

Sadece bir erkek çocuğu X e bağı resesif bir hastalık ile etkilenmiş olan ailelerde, anne taşıyıcılık yönünden biyokimyasal teste tabi tutulmalıdır. Taşıyıcı bir annenin bütün kız çocuklarının taşıyıcı olma şansı %50 dir. Bütün erkek çocuklarının ise hastalıklı olma şansı %50 dir. Bir erkek çocukta yeni bir mutasyon bulunduğunda, onun sadece kızları geni kalıtım yoluyla alarak taşıyıcı olurlar.

Multifaktoriyel olarak açıklanan konjenital malformasyonlarda sadece tek bir organ sisteminin etkilenmesi eğilimi bulunur. Eğer birden fazla defekt bulunursa o zaman çok faktör tezi meydana gelişin açıklanmasında tatminkar olmayabilir ve danışmada muhtemel etkenler olarak tek gen defektleri ve / veya teratojenlerin açıklanması yer almalıdır.

Multifaktoriyel açıklamaya başlamadan önce muhtemel teratojenik veya tek gen nedenlerinin ayrılmasına çalışılmalıdır. Çünkü bu belirleme tekrarlamaya riskini etkiler. Bu konu basit değildir. Örneğin, hidrosefalus çoğu kez multifaktoriyel bir kalıtımla başlar. Hidrosefalusun meydana gelmesine tek gen defektleri, teratojenik maddeler, viral veya protozoa enfeksiyonları ve travma neden olabilir. Hidrosefaluslu bir çocuk doğurmuş olan ailelerde özellikle ultrason olmak üzere genetik tanı testleri gereklidir. Nöral tüp defektlerinin belirlenmesi için alfa fetoprotein ölçümü de önemlidir. Çünkü bunun miktarındaki artış hidrosefalusun insidensindeki artış ile paralellik gösterir.

Bütün etyolojik etkenler konjenital kalp defektlerinden sorumlu olabilir. Pilor stenozu durumunda tekrarlamaya oranı %5 ila %15 arasında değişiklik gösterir. Burada genetik danışma üreme planını etkilemez. Ancak erken tanı ve tedaviye başlanabilmesinde şüphelenmenin düzeyini artırır. Yumru ayak, kalça displazisi ve konjenital skolyoz gibi iskelet malformasyonları sık olarak multifaktoriyel kalıtım ile açıklanabilir.

Üriner sistem anomalileri gelişme riski bulunan ailelerde sonografi ve kontrast tetkikleri yaptırılmalıdır. Çünkü erken tanı ve tedavi irreversibl hasarın meydana gelmesini önleyebilir. Birçok etyolojik faktörün mümkün olduğu mental retardasyon olgularında durumun nedenini belirlemek ve bu şekilde gelecekteki tekrarlamaları önlemek amacıyla dikkatli bir anamnez, fiziksel muayene ve laboratuvar taraması gereklidir.

Multifaktoriyel nedenli durumlarda mendel kalıtım şekilleri uygulanamaz. Bu tür bir defekt gösteren ailelerde meydana gelme sıklığına dayanarak ampirik risk değerleri verilebilir. Bu tür olguların çoğunda tekrarlamaya oranı %3 ila %5 arasındadır. Bununla birlikte, hipertansiyon, şizofreni ve çeşitli afektif fonksiyon bozuklukları gibi nispeten sık görülen multifaktoriyel kalıtım bozukluklarında tekrarlamaya riski %10 ila %15 dir. Bir ailede iki veya daha fazla birinci dereceden akraba etkilenirse, bu durum daha fazla sayıda hastalık oluşturan genlerin bulunduğu ve riskin arttığı anlamına gelir. Aşağıdaki tabloda bu risklerle ilgili değerler gösterilmektedir (Tablo 9-1).

Tablo 9-1 Çok faktörlü genetik hastalıklarda tekrarlama riskleri 6

Hastalık	Birinci derecede akrabalarda tekrarlama riski (%)
Dudak ve damak yarığı	3
Konjenital kalp hastalığı	4
Koroner kalp hastalığı	8 (erkeklerde), 3 (kadınlarda)
Diabetes mellitus	5-10
Epilepsi	5-10
Hipertansiyon	10
Manik/depresif psikoz	10-15
Psoriazis	10-15
Şizofreni	15

GENETİK AÇIDAN TARAMA

Taramanın iki önemli amacı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, hastalığın semptomlar başlamadan önce belirlenmesidir. Bu şekilde ciddi bir hastalığın gelişme riskinin bulunduğu hastalarda erken tedavi mümkün hale gelebilir.

Çocuk yapmayı planlayan risk altındaki çiftlerin belirlenmesi de önemlidir. Bu tür olguların saptanması tarama işlemi ile yapılabilir. Populasyon taraması ile anormal genleri taşıyan heterozigot taşıyıcılar belirlenir. Bunun sonucunda bu gibi kimseler bazı hastalıkları taşıma riski yönünden uyarılabilir. Örneğin, Amerikan zencilerinde %8 oranında orak hücre hastalığı bulunur. Tay-Sachs hastalığı ise batı ve orta Avrupa'dan göç eden Amerikan Musevileri'nde %4 oranında görülmektedir.⁶ Günümüzde orak hücre hastalığı, talassemi ve diğer hemoglobinopatiler tarama yöntemiyle önlenabilmektedir. Çünkü risk altındaki popülasyonlar belirlenmiştir. Beta talassemi Akdeniz'lilerde, alfa talassemi Asya'lılarda, orak hücre hastalığı ve talassemiler zenciler ve İspanyol'larda sık görülür.

Bir kimsenin belirli bir hastalık genini taşıdığı biliniyorsa, bu durum resessif bir özellik niteliğindedir. Kişinin o özellik için bir anormal gen, bir de normal gen taşıması gerekir. Taşıyıcı tespiti programlarının amacı etkilenmiş olan bir çocuğun doğumundan önce bu gibi kimselerin belirlenmesidir. Böyle bir programın etkili olabilmesi için aşağıdaki ön koşulların yerine getirilmesi gerekir:

1. Hastalık tanımlanan populasyonda daha çok sayıda görülmelidir.
2. Bozuk gen taşıyıcılarının basit ve doğru bir şekilde tespiti mümkün olmalıdır. Yalancı negatiflik ve yalancı pozitiflik durumu bulunmamalıdır.
3. Hastalık gebeliğin erken döneminde tespit edilebilmelidir.

4. Etkilenmiş olan taşıyıcılar açısından genetik danışma mümkün olmalıdır.

Cinsiyet kromozomundaki genlerle nakledilen resesif hastalıkları bulunan aileler, muskuler distrofi, hemofili, Hunter sendromu (iskelet anormallığı ile kendini gösteren metabolik bozukluk), Lesch- Nyhan sendromu (ileri derecede mental ve bedensel gelişme geriliği ile kendini gösteren hastalık) gibi hastalıkları çocuklarına geçirirler. Birincisi hariç bütün bu durumlarda enzim incelemesi hemen hemen daima tanı koydurabilir. Günümüzde Duchenne tipinde kas distrofini, Hunter sendromunu, hemofiliyi ve diğer cinsiyet kromozomu üzerindeki genlerle geçen resesif hastalıkları belirleyen biyokimyasal testler mevcuttur. Hekim aileleri yüksek risk durumundan haberdar etmeli ve taşıyıcıların belirlenmesi için uygulanan moleküler genetik yöntemlerini bilmelidir. Bu açıdan günümüzde birçok genetik merkezi hekimlere moleküler genetikteki gelişmeler ve tanı konusundaki yardımlarla ilgili bilgileri sağlamaktadır.

Bütün danışmalarda olduğu gibi etkilenmiş olan kişilere taşıyıcılık durumu ile ilgili gerçek bilgiler verilmelidir. Bunlara mevcut seçenekler sunulmalıdır.

Taşıyıcılık durumunun belirlenmesi doğru ve nispeten ucuzdur. Bir fetüsün etkilenmiş olup olmadığının saptanması daha güçtür. Çünkü doğru bir belirleme için fetüsten eritrositlerin alınmasını gerektiren yöntemler onu riske sokar (hatta en deneyimli ellerde dahi kan alma işlemi sırasında fetüsün kaybedilmesi olasılığı %5 civarındadır). Gelecekte restriksiyon endonükleazlarını kullanan molekül teknikleri, amnion sıvı örnekleri ve koryon villüslerinde sorumlu olan spesifik genlerin belirlenmesinde kullanılabilir.

Tay-Sachs hastalığı, orak hücreli anemi ve talassemi gibi sadece birkaç otosomal resesif kalıtsal hastalıkla ilgili taşıyıcılık belirleme testi mevcuttur. Bu nedenle, doğuştan metabolizma bozukluklarının çoğu tanıları etkilenmiş olan çocukların doğumundan sonra yapılır. Ne yazık ki bu hastalıkların çoğunun tedavisi bulunmamaktadır. Bu tür olgularda ağır maluliyet hali, ileri derecede gelişim bozukluğu ve erken ölüm söz konusudur. Bu tür durumlar açısından ebeveynlerin tek seçeneği etkilendiği belirlenen fetüsün düşürülmesidir. Aksi takdirde, aileler etkilenmiş bir çocuk doğacağını ve bunun yaşam boyu bakım göreceğini bilmelidirler.

Bununla birlikte, taşıyıcılar çoğu kez fenotip olarak aşikar olmayan özellikleri taşırlar. Bu heterozigoz kişiler taramayla bulunduktan sonra, aynı gen açısından heterozigoz olan başka bir kişi ile cinsel ilişkide bulunma riskleri konusunda uyarılırlar.

GENETİK DANIŞMA SIRASINDA YAPILACAK OLAN AÇIKLAMALAR

Evli çift gebelikten önce öneride bulunulmasını isteyebilir. Böyle bir istek, yaş, ailede Down sendromlu çocuk gibi bir sorunun bulunuşu, annede diabetes gibi bir rahatsızlığın varlığı veya daha önceki güç doğum

nedeniyle ortaya çıkabilir.

Ebeveynlerin makul bir karar vermelerini kolaylaştırmak için, onlara seçenekler konusunda objektif ve doğru bilgi verilmesi gerekir. Öneride danışmanın kişisel peşin hükümleri bulunmamalıdır.

Genetik araştırmaların sonuçları pek kesin değildir. Çeşitli nedenlerle tanı hataları söz konusudur. Bu konuda laboratuvar teknolojisindeki sınırlamaların yanı sıra sonucun doğru bir şekilde yorumlanmasında da güçlükler söz konusudur. Çok sıklıkla, önemli kararlar olasılıklara dayanılarak verilir. Çünkü düşük yapma konusundaki zaman sınırlamaları çoğu kez kesin tanının koyulmasına olanak vermez. Bu nedenle, bazı klinik durumlarda, araştırmanın son noktasında belirli bir anormali ile ilgili olasılık saptanır.

Her klinik durumda kesin tanının önemi genellikle bilinmektedir ancak bütün klinik durumlara uygulanabilen genel bir kuraldan söz edilemez. Ne yazık ki genetik danışma sırasında az sayıdaki kimse istatistiksel olasılıkları doğru olarak anlayabilmektedir.

Hekimin hastaya açıklama yapma ve öneride bulunma konusunda rolü büyüktür. Bu durumlarda, bazen hastalar önemli kararları doktorlara bırakmayı tercih ederler. Bu konuda hekimin bilgisine güvenirler. Bazıları ise karar vermenin yol açacağı sorumluluktan kurtulmayı arzularlar.

Günümüzdeki adli tıp uygulamasında, hem hastalıkla hem de düşünülen tedaviyle ilgili bütün önemli risklerin hastaya açıklanması gerekmektedir.

Genetik danışma işleminin başarılı olabilmesi için ailenin aşağıdaki hususları bilmesi gerekir:

1. Mevcut olan tüm bilgiler
2. Hastalığın veya durumun doğal seyri
3. Mevcut tedavi şekilleri

4. Çocuklukta ve erişkinlikte bunâ ilave olan muhtemel kişisel, ekonomik, psikolojik ve sosyal sorunlar.

Normal genetik yapısı bulunan çiftlerin çocuklarının %1 ila %3 ünde ciddi doğumsal defektler, genetik hastalık veya mental retardasyon gelişmesi olasılığı bildirilmelidir. Bu ilave risklere karşı önlem alma konusunda bir rehber görevi yapılabilir.

Eğer bir çiftte doğumsal defekti bulunan bir çocuk doğurma riskinde oldukları söylendiğinde, üreme ile ilgili tüm seçenekler ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Bunlar arasında şu noktalar yer alır: 1. Risklere rağmen doğum yapmak, 2. Çocuk doğurmamak, 3. Elektif düşük olasılığı ile gebe kaldıktan sonra prenatal tanı yöntemlerini uygulamak.

Eğer bir çift doğum yapmama yolunu seçerse; evlat edinme, sterilizasyon, kocasının dışına bir kişiden alınan meni ile dölleme veya kontracepsiyon gibi yöntemlerden birisi uygulanabilir.

Anne veya baba hekimin önerilerine göre hareket etmeyi reddettiklerinde, önerilen noktalar hastanın kartına açık bir şekilde yazılmalıdır. Günümüzdeki standartlar ebeveynlerin gebeliğin sonucunu mümkün olduğu kadar doğru bir şekilde değerlendirebilmesini, gebeliğin sonlandırılmasının veya devamının yol açacağı riskler konusundaki son kararın hastaya

bırakılmasını gerektirmektedir. Hekimler ve genetisyenler karar verme sürecinde çoğu kez öneride bulunan kişilerdir fakat son kararı anne vermedir.

Tay-Sachs hastalığı sadece doğru genetik test ile önlenabilir. Ebeveynlerin Tay-Sachs hastalığı bulunan fetüsleri uygun zaman sınırlamaları içinde düşürme hakları bulunmaktadır.

Ebeveynlere rubellaya maruz kalma sonucunda fetüste meydana gelebilecek durumlar hakkında açıklamalarda bulunulmalıdır.

Kadın eskiden rubella geçirip geçirmediğini bilmiyorsa, hekim kendisinde rubellaya benzer semptomlar gelişip gelişmediğini sormalıdır. Kadında rubella antijenlerinin bulunup bulunmadığını belirlemek için kan testleri yaptırılmalıdır. Gebelik sırasında rubellaya maruz kalınmışsa, hasta yapılacak aydınlatmalardan sonra düşük yapma veya gebeliği miadına kadar götürme konusunda kararını verebilir. Rubella geçirilmesiyle ilgili riskler konusunda hastanın aydınlatılmadığını ileri süren iddialardan kaçınmak için hekim hastanın kartına bu konuda açıklama yaptığını yazmalıdır. Kartta hastaya hangi bilgilerin açıklandığı, hasta tarafından hangi soruların sorulduğu ve ne şekilde cevaplar verildiği belirtilmelidir.

Aydınlatılmış rıza doktrinine göre, hekimin genetik testleri istemeden önce, hastaya bu testlerin niteliği, amacı, riskleri, yararları, alternatifleri, test sonuçlarının yorumlanmasında tanı koyamama olasılığı (yalancı pozitif ve yalancı negatif çıkma olasılığı) konularında bilgi verilmelidir. Çiftlere amniosentez, koryon villüs biyopsisi ve fetoskopinin riskleri açıklanmalıdır. Çiftlere amnion sıvısının elde edilemeyebileceği, kromozom analizinin doğru olmayabileceği veya hücre kültürünün başarısız kalabileceği noktaları söylenmelidir. Bu gibi invazif işlemler için çiftlerin yazılı olarak rızası alınmalıdır.

Bu testler yapıldıktan ve sonuçları yorumlandıktan sonra, kadının genetik olarak bozukluk gösteren bir çocuk doğurma olasılığı derecesi, söz konusu genetik bozukluğun niteliği, mevcut seçeneklerin neler oldukları, her seçeneğin yararları ve riskleri anlatılmalıdır.

En önemli sorunlar konjenital kalp hastalıkları, ekstremitelerde gelişme bozuklukları ve gastrointestinal ve üriner sistem anormallikleri ile ilgilidir.

Hekimlerin konjenital anomalileri tespit için kullanılan testlerin varlığından hastaları haberdar etme ve gebelerde muhtemel doğumsal defekter ile ilgili riskler konusunda açıklama yapma yükümlülükleri bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bazı mahkemeler rubellaya maruz kalmış olan annelere yetersiz açıklamalar yapılmış olduğu kararına varmıştır.³

35 yaşın üzerindeki bir kadına Down sendromlu çocuk doğurma riskinin yüksek olduğunun ve bu anomalinin tespiti için amniosentez olanağı bulunduğunun bildirilmemesi dava konusu olabilir. Benzer şekilde, polikistik böbrek hastalığı bulunan bir çocuk doğurmuş olan bir kadına bu hastalığın herediter özellikte olduğunun söylenmemesi de örnek olarak verilebilir. Bu gibi durumlarda hekimler aleyhine riskle ilgili yeterli açıklamalarda bulunulmaması nedeni ile davalar açılabilir.

GENETİK DANIŞMA ENDİKASYONLARI

Bütün gebeliklerde yüksek maliyet nedeniyle sitogenetik incelemelerin yapılması mümkün değildir.

Antenatal incelemeler için kabul edilen endikasyonlar şunlardır:2,5,6

1. Anne yaşının 35 den fazla olması

Birçok konjenital anomalinin sıklığı anne yaşı ile değişiklik gösterir. 13 ila 19 yaş arasındaki kızların gebeliklerinde doğumsal defektler nispeten yüksektir. Üremenin en yüksek değerde olduğu 19-30 yaşlar arasında doğumsal defektlerin oranı düşüktür. Konjenital anomalilerin sıklığı bundan sonraki yıllarda gittikçe artış gösterir. Günümüzde 35 veya daha fazla yaştaki annelerin bebeklerinde konjenital anomali riskinin kromozom bozukluklarını tespit etmek için uygulanan amniosentezin riskinden daha fazla önem taşıdığı hakkında görüş birliği bulunmaktadır. Hekimlerin gebe kadınların dikkatlerini bu noktaya çekmesi ve amniosentez olasılığını önermeleri gerekir. Böylece gebe kadınlar önemli bir defekt durumunda gebeliği sonlandırma seçeneğine sahip olacaklardır. 38 yaş civarında konjenital defektlerin görülme sıklığı, amniosentezin yapılmasını gerektirecek kadar yüksektir.

2. Daha önce kromozom anormalliği bulunan bir çocuğun doğurulmuş olması

3. Anne ve babada gen translokasyonunun bulunuşu

4. İlaçlara ve X- ışınlarına maruz kalma, enfeksiyon geçirme, aşılanma, anamnezde düşük ve ölü doğumun bulunuşu, doğumsal defekti bulunan bir fetüsün doğmuş olması

Çeşitli farmakolojik ve kimyasal maddelerin teratojenik etkilerini gösteren deliller uzun bir süreden beri bilinmesine rağmen, Thalidomid felaketine kadar sorunun ciddiyetinin farkına varılmadı. Uzuvlarında konjenital defektler bulunan binlerce çocuğun annesi embriyogenez döneminin ilk haftalarında bu ilacı kullanmışlardır.

Teratogenez açısından en çok adı çıkmış olan ilaçlar arasında kanser tedavisinde kullanılan kemoterapötik maddeler yer alır. Bununla birlikte, yeterli konsantrasyonlarda kullanıldıklarında teratojenik özellik gösteren çeşitli hormonlar, antibiyotikler ve hatta vitaminler bulunmaktadır. Bununla ilgili veriler günümüzde birikim göstermektedir.

Annenin geçirdiği bazı enfeksiyonlar da teratojeniktir. Annenin geçirdiği rubellanın kuvvetli embriyotoksik etkisinin bilindiği 1960 ların ilk yıllarında Thalidomid faciası da yaşanmıştı. Diğer virüsler, protozoa ve bakterilerin de konjenital defektlere yol açtığı bilinmektedir. Bunlar arasında TORCH etkenleri de denilen toksoplazmozis, rubella, sitomegalovirüs ve herpes en fazla bilinenlerdir. Sifiliz etkeni olan Treponema pallidum'un fetüste belirgin konjenital defektlere neden olduğu iyi bilinmektedir.

Konjenital anormallikler çeşitli şekillerde kendini gösterebilmesine ve herhangi bir organ veya sistemi tutabilmesine rağmen, bu durum bazı organlarda diğerlerinden daha sık görülür. Embriyogenezin erken döneminde aktif gelişmeye bağlı olarak merkezi sinir sisteminde konjenital anomaliler

nispeten sık görülür. Embriyogenezin bu döneminde embriyon dokuları teratojenik etkiye çok hassastır. Nöral tüpün (beyin, omurilik ve onları destekleyen ve koruyan oluşumlar) eksik veya hatalı gelişimi özel bir öneme sahiptir. Söz konusu anomaliler, beynin hiç olmayışı ile çeşitli deformiteler arasında değişiklik gösterirler. Spinal kanal ile vücudun dış kısmı arasında bir bağlantının bulunması durumuna sık rastlanır.

5. Tay-Sachs hastalığı gibi metabolik bir bozukluğun bilinen taşıyıcısı olmak

6. Cinsiyet kromozomundaki genlerle geçen bir bozukluğu bulunan bir çocuk doğurma

7. Muskuler distrofi gibi cinsiyet kromozomundaki genlerle geçen bir hastalığın bilinen veya muhtemel taşıyıcısı olma

8. Aile anamnezinde konjenital kalp hastalığı bulunan kimselerin bulunması

Sık rastlanan izole konjenital malformasyonların tekrarlama riski %3-5 dir. Konjenital kalp hastalığı yaklaşık olarak 200 yeni doğanda 1 oranında görülür.

Kromozom kopması ile ilgili olan ve Mendel yasasına göre geçiş gösteren otozomal resesif bozukluklar genetik danışmayı gerektirir. Bunlar arasında deride kelebek şeklinde lezyonlar ve küçük baş ve hipogenitalizm olan Fanconia anemisi yer alır. Daha önceki bir çocukta bu tipte bir bozukluk bulunuyorsa, bunun gelecekteki çocuklarda nüks olasılığı %25 dir. Duchenne tipinde kas distrofisi ve hemofili gibi otozomal dominant özellikler sadece erkek çocuklarda görülür.

9. Annede diabetes gibi metabolik bozukluklar konjenital defektlere neden olur. Bu anormalliklerin mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Bununla birlikte, mevcut deliller teratojenik etkinin, konsepsiyondan sonraki embriyotoksik etkilerden ziyade konsepsiyon öncesindeki faktörlerle ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Özellikle annede olmak üzere diabetes gibi ebeveynlerde metabolik bozuklukların bulunması, fetüsü aneuploidi (kromozomların anormal sayıda bulunması) riski ile karşı karşıya bırakabilir. Bu gibi durumlarda hasta ile sitogenetik analiz olasılığı tartışılmalıdır. Annede antitiroid antikörlerin bulunması test için kesin bir endikasyon oluşturur. Çünkü annede hipertiroidizm durumu çocuktaki Down sendromu ile ilişkilidir. Genetik danışmaya gereksinim gösterebilen ebeveynlerdeki kromozom varyasyonları arasında fenotipik etki göstermeyen yapısal polimorfizmler, intrauterin gelişim geriliği gösteren fetüsler yer alır.

10. Annenin kullandığı uyuşturucu maddeler ve alkole bağlı konjenital defektler grubu ne yazık ki artış göstermektedir. Uyuşturucu maddeler arasında, eroin belki de en sık rastlanana ve en iyi bilinenidir. Eroin bağımlılarında belirgin anatomik malformasyonlar görülmez. Bununla birlikte, bunlarda sıklıkla gelişim geriliği, preeklampsi gibi obstetrik komplikasyonların sıklığında artış ve yeni doğan bebekte şiddetli yoksunluk semptomları görülür. Genellikle, aynı şeyler fetal alkol sendromu için de

söylenir. Alkolik annelerin bebeklerinde dismorfik (şekil anormallikleri) özellikler nispeten sık görülür.

MENDEL YASASINA GÖRE GEÇİŞ GÖSTEREN BOZUKLUKLAR 6

Sağlık açısından zararlı olan ve Mendel yasasına göre geçiş gösteren bir özelliğin antenatal dönemde tespit edilmesi gerekir. Fetüsün böyle bir durumdan etkilenme olasılığı yüksektir (%25-50). Otosomal dominant bozuklukların prenatal dönemde tanısı biyokimyasal marker'ların genel olarak bulunmayışı nedeniyle sınırlıdır. Marker'lar sadece cinsiyet kromozomundaki genlerle geçen bazı bozukluklar için mevcuttur. Diğerleri için, sadece prenatal cinsiyet belirlemesi ve fetüsün erkek olduğu gebeliklerde gebeliğin sonlandırılması seçeneği bulunmaktadır.

Rahim içinde tanısı koyulabilen bozuklukların çoğu, metabolik bir olayda rolü bulunan bir enzimin eksikliği sonucunda meydana gelir (doğuştan metabolizma bozuklukları). Resesif olarak geçen bozukluklar tipik olarak enzim bozuklukları ile ilgilidir. Bunların tespiti genellikle enzim aktivitesi testinin yapılabilmesine ve analiz (amnion sıvısında fibroblastlar, fetüsün dokusu, amnion sıvısı) için elde edilen materyalde enzimin veya biyokimyasal marker'ların varlığına bağlıdır. Elde edilen her örnek için, normal sınırlar uygun gebelik yaşına göre belirlenmelidir. Her parametredeki hatalar sonuçların yorumlanmasını olumsuz yönde etkiler.

Birçok karbonhidrat metabolizması bozukluğu prenatal dönemde enzim incelemeleri ile saptanabilir. Bu incelemeler amnion sıvısında kültürü yapılmış olan fibroblastlarda veya fetüsün karaciğer dokusunda (ultrasonla birlikte yapılan fetoskopi sırasında yapılan biyopsi işlemiyle elde edilir) yapılabilir.

Lipid metabolizması bozuklukları, amnion sıvısında kültürü yapılan hücrelerde enzim incelemeleri ile saptanabilir. Bebeklerde görülen bir nörodejeneratif hastalık olan Tay-Sachs hastalığı en kolay şekilde tespit edilir. Orta Avrupa'lı Musevi'lerde bu hastalığın sıklığı yüksek olduğundan, hekimin orta Avrupa'lı Musevi çiftlere bu hastalıkla ilgili taşıyıcılık testi bulunduğunu bildirmesi gerekir.

Mukopolisakkarit metabolizması bozuklukları, kanın bir bileşeni olan asit mukopolisakkaritlerin karaciğer, beyin ve kalpte birikmesi sonucunda meydana gelir. Mukopolisakkaritler bağ dokusu maddesinin büyük bir kısmını oluşturur. Bu hastalıklar (Hunter sendromu, Hurler sendromu ve diğerleri) kemiği, kıkırdığı ve bağ dokusunu etkilerler. Kültürü yapılmış olan amnion sıvısı hücrelerinde enzim incelemesiyle hemen hemen tama yakın bir doğrulukla biyokimyasal belirleme mümkündür.

Amino asit metabolizması bozuklukları yaklaşık olarak 3000 canlı doğumda 1 oranında görülmektedir. Bazıları ciddi özellikte değildir fakat fenilketonüri gibi olanları irreversible mental retardasyon veya ölüme neden olurlar. Birçokları olaya neden olan amino asitin diyetten çıkarılmasıyla başarılı bir şekilde önlenir veya tedavi edilebilir fakat bunun için erken

tanı şarttır. Fenilketonürinin neonatal tarama programları günümüzde sık olarak uygulanmaktadır. Kültürü yapılmış olan amnion sıvısında veya karaciğer hücrelerinde ilgili enzimin yokluğu amino asit metabolizması bozukluklarını gösterir. Bu nedenle, ebeveynlerin anamnezinde böyle otosomal resesif bir bozuklukla ilgili bir bilgi bulunuyorsa, fetoskopi yoluyla fetüste karaciğer biyopsisi yapılması uygun olur.

Günümüzde orak hücre hastalığı ve talassemi gibi çeşitli hemoglobinopatiler amniosentezle tespit edilebilmektedir. Ebeveynlerin taşıyıcılık durumu, kan hücrelerinin sayısı ve hemoglobin elektroforezi ile belirlenebilir. Her iki çift klinik olarak maluliyet oluşturacak hemoglobino-patik bir durum için heterozigot ise, çiftlere genetik danışmada bulunularak prenatal tanı önerilir.

ATT (α_1 - antitripsin) eksikliği günümüzde amniosentez ile elde edilen DNA'nın restriksiyon endonükleazı analizi ile belirlenebilmektedir. ATT eksikliğinde yaşamın 30 ila 40 ıncı yıllarına kadar kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelişme riski 30 misli fazladır. Ayrıca neonatal hepatit ve siroz riski %12 civarındadır.

KROMOZOM ANORMALLİKLERİ 6

Kromozom analizi amniosentez sayesinde mümkün hale gelmiştir. Amniosentezle karyotipleme için fetüs hücreleri elde edilebilir. Karyotipler kromozomların sayısı ve yapısının doğru bir şekilde analizine olanak sağlar. Bu şekilde normalden sapma durumlarının tespiti olanak sağlanmış olur. Örneğin, Down sendromu 21 inci kromozomdaki fazlalığın varlığı ile belirlenebilir. Down sendromu, yaşam ile bağdaşmayabilen az sayıdaki kromozom anormalliğinden biridir.

Bunun aksine, hafif olgularda cinsiyet kromozomundaki dengesizliklerde görülebilen etkiler bulunabilir ve hatta bunlar adolesan veya erişkinlik dönemine gelinceye kadar farkedilemeyebilir. Erkeklerde fazladan bir X kromozomunun bulunuşu ile karakterize olan Klinefelter sendromunda (47, XXY) küçük testisler ve konuşma bozukluğu bulunur. 700 canlı doğumda 1 oranında görülür ve genellikle infertilite incelemeleri sırasında ortaya çıkarılır. Erkeklerde fazladan bir Y kromozomunun (47, XYY) bulunuşu da aynı sıklıkta görülür. Kadınlarda iki X kromozomundan birinin eksikliği ile ilgili olan Turner sendromu 3000 canlı kız bebek doğumunda 1 oranında görülür. Bu tür olgularda dış genital organlarda ve memelerde gelişme yetersizliği, ovaryumların yokluğu veya çok küçük oluşu, koltukaltı ve pubis kıllarının azlığı, amenore, omuzlarda yağ toplanması, boy kısalığı ve kubitus valgus bulguları bulunur.

DOMİNANT VE RESESİF GEÇİŞ 6

Mental ve fiziksel özelliklerin geçiş şekli geçen yüzyılın genetikçisi

olan Gregor Mendel'in çalışmaları ile aydınlatılmıştır. Mendel deneysel bir model olarak bahçelerdeki bezelyeleri kullanarak, polenlerin çapraz nakli ile ilk bezelye türündeki bazı özelliklerin kalmasına rağmen, diğer özelliklerin ortadan kaybolduğuna dikkati çekmiştir. Ayrıca kendi kendine döllenme ile oluşan bir bezelye çeşidinde ilk tür bezelyede bulunmayan ancak daha önceki türün bazılarında tanınabilen niteliklerin yeniden ortaya çıktığına dikkati çekmiştir. Bu gözlemlere dayanan Mendel, bazı herediter özelliklerin sonraki nesillere dominant olarak, bazılarının ise resesif şekilde geçtiğini belirtmiştir. Resesif özellikler, genetik materyal her iki ebeveyninden yavruya geçinceye kadar gizli kalır.

KROMOZOMLAR VE GENLER 6

Kalıtım olayı genlerin taşıyıcısı olan kromozomlar sayesinde gerçekleşir. Genlerde kalıtımla ilgili bilgiler bulunur. Her normal insanın hücresinde 46 kromozom bulunur. Yaklaşık olarak 50000 ila 100000 insan geni vardır.

Bir kişinin genetik yapısı döllenmede belirlenir. Ebeveynlerin ovaryumlarında ve testislerinde üreme olayına katılan hücreler 23 eşleşmiş kromozom çifti ihtiva ederler. Meyozis olayında, üreme hücreleri oluşurken meydana gelen hücre bölünmesi sırasında anne ve babanın üreme hücrelerindeki kromozomların sayısı 23 kadar azalır. Ovum fertilize olduğunda, embriyo anne ve babanın her birinden 23 kromozom alır. Diğer bir deyimle, genetik materyalin yarısı babadan yarısı da anneden gelir.

Anneye ve babaya ait olan unsurlar çoğu kez farklı olduğundan, bunlardan biri veya diğeri baskın çıkar veya bazen de ikisine ait özellikler görülür. Örneğin, fenotip taşınan genetik özellikleri açık olarak göstermez. Bu nedenle, bir kişinin aşikar olmayan bir özelliği çocuğuna geçirmesi çok mümkündür.

Cinsiyet kromozomu, kişinin cinsiyetini belirler. Kadınlarda her hücrenin nüvesinde iki X kromozomu, erkeklerde ise bir X ve bir Y kromozomu vardır. Y kromozomunun varlığı erkek özelliklerini sağlar. Bir X bir Y şeklinde cinsiyet kromozomuna sahip olan kişi erkektir. İki X kromozomuna sahip olan kişi ise dişidir.

Dişilerde X kromozomu çift olduğundan ve fakat sadece erkekteki daha küçük olan Y kromozomu ile eşleştiğinden dolayı, X kromozomu ile taşınan bazı özellikler erkekte eşleşmeden kalır. Özel çeşitte X e bağlı genetik bozukluk (X kromozomundaki bir gen ile taşınan hemofili gibi bir hastalık) bu eşleşmemenin sonucu olabilir. İki X kromozomuna sahip olan kadınlarda bu hastalık görülmez ancak mendal kalıtım kuralına göre, bu hastalığı kız ve erkek çocuklarının her birine %50 oranında geçirme olasılığı bulunmaktadır. Geni alan kızlar, onu çocuklarına geçirebilen etkilenmemiş olan taşıyıcılardır. Öte yandan, annesinden X kromozomunu alan erkek çocuklarında hastalık aşikar hale gelir.

GENETİK BOZUKLUKLARIN ÇEŞİTLERİ 6

Genetik bozuklukların üç çeşidi bulunmaktadır. Tek gen defektleri nispeten kolayca belirlenebilir. Kromozom değişiklikleri veya anormallikler, karyotipi kolayca ortaya çıkaran çeşitli boyama teknikleri ile ve fluoroskopik yöntemlerle nispeten basitçe saptanabilir.

Penetrans, genin kişiliğin oluşmasını etkileme derecesidir. Eksik penetranslı dominant bir gen özelliğinin ortaya çıkması için gerekli olan faktörler arasında predispozan çevre, diğer genetik faktörler veya her ikisi yer alır. Depressif hastalık bunun örneğini oluşturur. Bunun kalıtsal özelliği doğrulanmıştır ancak klinik olarak tespiti çeşitli çevresel faktörlere bağlı gibi görünmektedir.

Tek Gen Defektleri 6

Tek genle ilgili çeşitli metabolik bozuklukların tanınması, çeşitli hereditör hastalıkların tespitine ve yorumlanmasına olanak sağlamıştır. Bu bilgi, rahim dışındaki yaşama bağdaşmayan veya doğumdan sonra yaşam kalitesini önemli derecede azaltan bu hastalıkların erkenden tanınması yükümlülüğünü tıp mesleğinin omuzlarına yüklemiştir.

Bazı hereditör hastalıklar Mendel kalıtım yasalarına göre ebeveynlerden çocuklara dominant özellik şeklinde geçerler. Dominant bir gen ile belirlenen bir hastalığı bulunan bir kişinin normal olan tamamlayıcı bir gene sahip olması muhtemeldir. Böyle bir kimseye heterozigot denir. Heterozigot bir kişinin her çocuğunun aynı otozomal dominant durumu göstermesi olasılığı %50 dir. Çünkü anormal veya normal geni alma şansları birbirine eşittir.

Birçok kalıtsal hastalık, resesif bir özellik olarak gelecek nesillere geçer. Bu durumda bir ebeveyn den nakledilen anormal gen diğerinden gelen normal genle eşleşmediği sürece hastalık ortaya çıkmaz. Bununla birlikte, nadir durumlarda, her iki ebeveyn aynı resesif geni taşıyabilir.

Resesif bir genin kendini belli etmesi için iki resesif genin eşleşmesi ön koşulu vardır. Otozomal resesif kalıtım olgularında her heterozigot ebeveyn aynı özellikte normal bir dominant gene ve bir anormal resesif gene sahiptir. Kombinasyon matematiğine göre, bu ebeveynlerin herhangi bir çocuğunun iki resesif gene sahip olma şansı %25 dir. Bu nedenle, ebeveynlerde bulunan ancak gizli kalmış olan genetik özelliği gösterme oranı %25 dir.

Genel toplumdaki herhangi bir kişinin ağır konjenital hastalıklarla ilgili çeşitli resesif genleri taşıdığı tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, eşi aynı anormal genleri taşımadığında çocukları sağlıklı olacaktır. Talihsiz bir rastlantı sonucunda eşi aynı anormal geni taşıyorsa, eşinin çocuklarından bazıları hastalıklı olacaktır. Bu tür bir durumun ortaya çıkışı yakın akrabalar arasında evlenme ile kolaylaşır. Çünkü yakın akrabalarda aynı resesif özellikleri taşıma olasılığı fazladır. Hemofili gibi X e bağlı otozomal resesif

hastalıkların ortaya çıkışında kan akrabalığı önemli bir faktördür. Çünkü bu tür akrabalığı bulunan kimselerin aynı resesif geni taşıması çok daha muhtemeldir.

Tek gen bozukluklarının görülme sıklığı Tablo 9-2 de gösterilmektedir.

Tablo 9-2 Tek gen bozukluklarının görülme sıklığı

Bozukluk	Görülme Sıklığı
1. Otozomal dominant	
Ailevi hiperkolesterolemi	1/500
Polikistik böbrek hastalığı	1/1250
Huntington hastalığı	1/2500
2. Otosomal resesif	
Orak hücre hastalığı	1/625
Kistik fibrozis	1/2000
Tay-Sachs hastalığı	1/3000
Fenilketonüri	1/7000
3. X e bağlı	
Duchenne kas distrofisi	1/7000
Hemofili	1/10000

Kromozom Anormallikleri 6

Hem yapı hem de sayı bakımından kromozom anormallikleri ile ilgili doğuştan defekten otosomal kromozomların yanı sıra cinsiyet kromozomlarını da etkileyebilir. Bununla birlikte, otosomların dengesizliği o kadar tahrip edici özellikte olabilir ki canlı doğum veya bebeğin sonradan yaşaması imkansız bir hale gelebilir. Down sendromu diye bilinen trisomi 21 bu duruma istisna oluşturur. Öte yandan, cinsiyet kromozomlarının dengesizliklerinin fenotip üzerine hafif etkileri bulunabilir. Bunlar adolesan çağında ve hatta erişkinlik dönemine kadar veya hiçbir zaman belirlenemeyebilir. En sık görülenlerden ikisi Klinefelter ve Turner sendromlarıdır. Erkeklerde Klinefelter sendromunda fazladan bir X kromozomu söz konusudur. Bunlarda küçük testisler, infertilite ve bazen hafif derecede zeka geriliği bulunur. Kadında Turner sendromunda iki X kromozomunun birisi tam veya kısmi olarak mevcut değildir. Turner sendromlu yeni doğan bebeklerde eller ve ayaklar şişir, boyunda gevşek bir deri kıvrımı vardır. Erişkinlerde infantilizm bulunur. Turner sendromlu kadınlara östrojen uygulanması meme gelişimini ve adetleri sağlayabilir. Ancak bunların emosyonel yönden gelişimi kötüdür.

Son zamanlarda sitogenetik biliminin gelişmesiyle, kromozom analizi mümkün olmuştur. Hem yapısal bozukluk hem de normal sayıdan sapma

gösteren kromozom anormallikleri bulunan hastalar, az sayıda veya aşikar olmayan klinik bulgular gösterebilir dahi, günümüzde belirlenebilmektedirler. Bu amaçla kullanılan teknikler, anormal kromozom sayısı ile ilgili konjenital anomaliler grubu hakkında önemli bilgiler sağlamaktadır.

Hereditör faktörlere ilaveten, çevre toksinleri, virüsler ve ilaçlar gibi teratojenik etkenlere maruz kalma da anormal kromozom gelişimine neden olabilir. Birçok durumda, anormalliğin meydana gelmesinde genetik eğilimle birlikte bir çevre faktörü rol oynayabilir. Çünkü belirlenebilen bir etkene maruz kalan her kişide anormallik görülmemektedir. Ayrıca kromozom anormalliklerinde döllenme zamanı da önemli bir etken olabilir. Çünkü anormallik olasılığı fertilizasyondan önce sperm ve yumurtanın yaşı ile artış göstermektedir. Teratojenik faktörlere maruz kalmanın zamanı ve derecesi de etkenin düşüğe yol açıcı veya teratojenik olup olmadığını belirler. Maruz kalınan zaman ne kadar erken ise ve maruz kalınan derece ne kadar yüksekse, fetüsün zarara uğrama oranı da o kadar fazladır.

Ayrılmama (Nondisjunction) 6

Kromozom anormallikleri bir veya daha fazla sayıda kromozomun kaybından veya artışından kaynaklanır. Bu durum genellikle hücre bölünmesi sırasında ayrılmama ve kromozom çiftlerinin eksik ayrılması sonucunda oluşur. Böyle bir durum oluşan bütün oğul gözlemlerinde kromozomların sayısında artma veya azalmaya neden olur. Trisomide fazladan bir çift kromozom meydana gelir. Bu şekilde her hücrede 47 kromozom bulunur. Down sendromunda 21.inci kromozomda fazladan bir kromozom vardır. Monosomide 45 kromozom bulunur. Ototosomal monosomi ölümle sonuçlanır. Kromozom anormalliklerini gösteren birinci trimestir düşüklerinin %15-25 inde X kromozomlarında monosomi bulunur fakat bu durum canlı doğumlarda nadir görülür. Bazen, bölünmenin olmaması durumu bölünen germ veya üreme hücresinin tüm genetik materyalini (23 kromozom) ilgilendirdiğinde, triploidi (63 kromozom) veya tetraploidi (96 kromozom) anormallikleri oluşur. Bu anormalliklerle ilgili çeşitli durumlar bulunmaktadır.

Aslında ayrılmama çevresel faktörlerle birlikte olan multifaktöryel bir olaydır. Diğer bir deyişle, ayrılmama açısından kalıtsal eğilim önemli bir faktör olabilir. Eğer ilave bir patolojik etki bulunmuyorsa, hücre bölünmesi olayı normal bir şekilde ilerleyebilir. Resessif durum taşıyıcıları, etkilenen kimselerden çok daha sıktır. Bu nedenle, en azından teorik olarak, kromozom defektleri bulunan olguların belirli bir oranında, ayrılmama ile ilgili anormalliklerin meydana geliş veya tekrarlayışı önlenabilir. Sonuç olarak, farklı popülasyonlardaki çeşitli mutasyonlar veya anormalliklerin sıklığına dayanan genetik danışma önem taşır.

Translokasyon 6

Çoğu kromozom anormallikleri ayrılmamadan kaynaklanmasına

rağmen, alternatif mekanizmalar genetik materyalde yapısal bozukluklara neden olabilir. Bunların en önemlisi translokasyondur. Bu durumda kromozom kısımlarında kopma veya farklı kromozomlara nakil söz konusudur. Translokasyon taşıyıcıları fenotip olarak normal olabilirler fakat hastalığı çocuklarına geçirme riski taşırlar. Bu çeşitlerin en sık görüleni Down sendromundaki ailevi translokasyondur.

Hereditör hastalıkların bütün bir grubunda genlerden birine yanlış bir molekülün katılımı söz konusudur. Genetik kodda oluşan değişiklik doğuştan metabolizma bozukluğunun niteliğinin belirlenmesinde anahtar rolü oynar. Translokasyondan kaynaklanan bir kromozom bozukluğu çocuklara nakledildiğinden, bu tür anormallikleri bulunan çocukların ebeveynleri aynı bozukluk açısından araştırılmalıdır. Bunun aksine, ayrılmama ile ilgili trisomileri bulunan kimseler infertildir ve bu nedenle kalıtım sorunu bulunmaz.

Multifaktöryel Kalıtımın Özellikleri 6

Multifaktöryel kalıtımda genetik geçişin yanı sıra başka faktörler de söz konusudur. Bu olgularda hastalığın klinik olarak tanınabilecek şekilde ortaya çıkışını sağlayan çevresel ve genetik faktörlerin etkileşimi söz konusudur.

Fetüsün gelişimi sırasında hücrelerin teratojenik etkilere olan duyarlılığı gittikçe azalır. Bununla birlikte, anne ortamındaki zararlı değişiklikler intrauterin yaşam sırasında herhangi bir zamanda gelişmekte olan organizmada yapısal ve fonksiyonel anormalliklere neden olabilir.

Bazı sık rastlanan konjenital malformasyonlar multifaktöryel kalıtım kavramı ile açıklanabilir. Bunlar arasında damak yarığı, konjenital kalp hastalığı, konjenital kalça displazisi, konjenital skolyoz, Hirschsprung hastalığı (barsak duvarının bir kısmının bulunmaması), hidrosefali (beyinde sıvı birikimi), bazı zeka geriliği şekilleri, yumru ayak, nöral tüp defektleri, pилor stenozu ve üriner sistem anomalileri sayılabilir. Bu durumların çoğu çeşitli şekillerde gösterilebilir.

Multifaktöryel kalıtıma bağlanan bazı hastalıklar kişi erişkinlik dönemine ulaşıncaya kadar aşikar hale gelmezler. Bu durumlar arasında diabetes mellitus, allerji, hiperkolesterolemi (kanda kolesterol seviyesinin yükselmesi) sayılabilir. Bu özellikler ortaya çıkmadan önce bir çevresel başlatıcıya gereksinim bulunduğu ileri sürülmektedir. Kimi jinekolojik ve obstetrik durumlar da bazı ailelerde sık görülür. Çeşitli kanser şekilleri multifaktöryel olarak isimlendirilebilir. Bu tür durumlarda kromozom mutasyonunda çevresel ve genetik nedenler söz konusudur. Örneğin, dietilstilbestrol (DES) rahim içinde maruz kalma durumunda kız çocukların serviksinde bazı kanser çeşidi olduğu bildirilmiştir. Gebelik sırasında annenin radyasyona maruz kalması durumunda yüksek oranda düşük, kanser ve doğumsal defektler oluşur.

TERATOJENLERİN ROLÜ 6

Konjenital malformasyonlar, ister anatomik isterse fonksiyonel defektlerle sınırlı olsunlar ya da tanınabilen kromozom defektlerini ilgilendiren bir gruba kadar uzansınlar, bunların mutlaka herediter olmaları gerekmez. Doğumsal defektlerin önemli bir oranı herediter faktörlerle ilgili değildir. Bunlar gelişmekte olan fetüs üzerine çevresel nitelikli teratojenik etki sonucunda oluşurlar.

Annenin çeşitli maddeleri (bazı ilaçlar, alkol, v.b.) alması ve annede gebeliğin erken döneminde çeşitli hastalıkların (rubella, toksoplazmozis) bulunuşu sonucunda uterus içinde devam etmekte olan gelişme kesintiye uğrayabilir. Organogenez döneminde embriyonun belirtilen nedenlerle zarara uğraması en muhtemeldir.

Genetik Kod 6

Genler, deoksiribonükleik asid (DNA) denilen bir maddeden oluşurlar. Genetik kod her kişi için değişiklik gösterir. Oluşumunun erken dönemlerinde fetüs genetik kodu değiştirebilen faktörlere karşı duyarlıdır. Bu değiştirici faktörler kimyasal nitelikte (ilaçlar), canlı organizmalar (virüsler), fiziksel faktörler (radyoaktif maddelere maruz kalma, hipertermi) veya diğer çeşitli iç ve dış çevreler olabilir. Böylece, konjenital bozuklukların önemli bir bölümü multifaktöryeldir, yani, heredite ve ortam arasındaki etkileşim sonucunda meydana gelirler.

Çevre ile İlgili Faktörler 6

Çağdaş tıpta gittikçe önem kazanan teratojenik etkili çevre ile ilgili faktörler arasında hava, su ve gıdalardaki çeşitli kimyasal maddeler yer alır. Embriyotoksik maddelerin sayısı pek çoktur.

Teratojenler embriyo veya fetüs üzerine doğrudan etkide bulunabilirler. Bunlar kromozom yapısını değiştirebilirler. Bazen herediter veya çevresel faktörlerin doğumsal defektlerden sorumlu olup olmadığının belirlenmesi güç olabilir. Bazı araştırmacılar sorunun her ikisiyle de ilgili olduğu düşüncesindedir.

İlaçlara maruz kalma durumunda olduğu gibi, çevresel faktörlerin şiddeti ve onlara etkisini belirler. Şiddetli bir şekilde maruz kalma durumundan şüpheleniliyorsa, düşük önerilir ancak birçok olguda meydana gelen zararın kapsamını belirlemek güçtür.

a. Radyasyon

Atmosferde ve X ışınlarında bulunan radyasyonun doğumsal defek-

tlere yol açtığı 1920 li yıllarda belirlenmişti. Radyasyonun diğer muhtemel etkileri arasında gelecek nesillerde lösemi ve maligniteye yol açması sayılabilir. Hastanelerde ve laboratuvarlarda çalışan ve yüksek düzeyde radyasyona maruz kalan gebe kadınlar risk altında olabilirler.

Fetüsün radyasyona maruz kalması çok tehlikelidir. İlk trimestirde 300 rad'ın üzerindeki radyasyona maruz kalma durumu fetüste ölüme yol açabilir. Fertilize olan ovumun implantasyonundan 18 ila 38 gün sonra 40 rad'lık X ışınına maruz kalma durumunda embriyonun sinir hücresinde (nöroblast) hasar meydana gelebilir. Eğer fetüs yaşarsa, merkezi sinir sisteminde ağır anormallik oluşur.

Fetüs deformite oluşturacak kadar yüksek dozlarda X ışınına maruz kalmışsa, teratojenisite olasılığı nedeniyle elektif düşük önerenler bulunmaktadır.

b. Toksik Maddeler

Benzen ve Toluen ⁶

Bu organik çözücüler plasenta bariyerini geçebilir. Bunların kromozom anormalliklerine, konjenital defektlere ve düşüğe neden oldukları sanılmaktadır.

İnhalasyon Anestezisi ⁶

Anesteziyologlar ve ameliyathane personeline spontan düşük ve doğumsal defektlili çocuk doğurma oranının yüksek oluşu, onların inhalasyon anesteziklerine sürekli olarak maruz kaldıklarını düşündürmektedir.

Pestisidler ⁶

Pestisidlerin insan vücudu üzerine kötü etkileri bulunmaktadır. Pestisidlere maruz kalma sonucunda kanser, doğumsal defektler ve ölüm meydana gelebileceği bildirilmiştir.

Ağır Metaller ⁶

Ağır metaller maruz kalma durumunda enzimatik olaylar bozulduğundan, doğumsal defektler ve ölü doğumlar meydana gelebilir. Kurşunun plasenta bariyerini geçebildiği ve yüksek miktarlarda kurşuna maruz kalma durumunda beyin hasarı ve ölüm meydana gelebileceği gösterilmiştir.

Konjenital civa zehirlenmesinin, mental retardasyon, merkezi sinir sisteminde bozukluklar, konvülsiyonlar ve serebral spastik infantil paraliziye neden olabileceği bildirilmiştir.

ANNE İLE İLGİLİ FAKTÖRLER 6

Fetüsü etkileyen faktörler arasında belki de en güçlüsü uterus ortamıdır. Anne sağlığının ve annenin yaşam şeklinin fetüs üzerinde kuvvetli etkisi vardır. Anneyi etkileyen durumlar hemen hemen daima fetüs üzerine de etki yapar. Birçok maddenin etkisi hâlâ belirlenememiştir. Çelişkili olmakla birlikte, sigara içme, alkol kullanma ve / veya çeşitli ilaçların alınmasının fetüs üzerine etkisi göz önünde bulundurularak karar verilmelidir. Örneğin, alkol almanın veya sigara içmenin fetüste gelişim geriliği riskini iki misli arttırabildiği bilinmektedir. İkisinin birlikte alınması ise bu riski dört misli arttırabilir.

1. Enfeksiyon Hastalığı

Gebe bir kadında enfeksiyon hastalığı düşüğe katkıda bulunabilir veya teratojen olabilir. Bakteriyel enfeksiyonların fetüse yayılması olası değildir fakat viral enfeksiyonlar yayılabilir. Rubella (Alman kızamığı), sifiliz, sitomegalovirüs (tükürük bezi hastalığı), herpes simpleks, toksoplazmozis ve üriner sistem enfeksiyonunun teratojenik olduğu bilinmektedir.

Hastane ve laboratuvarda çalışan birçok kimse iş sırasında enfeksiyon etkenlerine maruz kalır. Gebe kadınlar bu etkenlere daha hassas olabilir. Enfeksiyon etkenleri plasenta bariyerini geçerse veya servikal lezyonlarda bulunursa, fetüste enfeksiyon oluşabilir. Örneğin, annede hepatit fetüsteki anormal kromozomların normal sıklığında artışa neden olur. Çiçek hastalığı ve polioyelit fetüsün dokusunda nekroz nedeniyle ölümüne yol açabilir.

Fetüs ateş ve annedeki enfeksiyonun toksisitesinden kurtulursa, yeni doğanda bazen konjenital sifiliz gibi ciddi bir enfeksiyon hastalığı ile doğar. Gebeliğin ilk ayında yakalanılan rubella enfeksiyonu embriyoların %50 sinde ciddi defektlere neden olur. Bu durum ikinci ayda embriyoların %25, üçüncü ayda ise %15 inde görülür. Bu tür olgularda genellikle tıbbi düşük önerilir ancak tanı güç olabilir ve subklinik olguların belirlenmesi zordur. Rubella aşısının geliştirilmesi annedeki enfeksiyon olgularının azalmasına yardımcı olmuştur ancak aşının kendisi gebelik sırasında veya gebelikten hemen önce uygulanırsa malformasyon meydana getirebilir.

a. Herpes

Herpes simpleks tip II mikrosefaliye, mental retardasyona, beyin hasarına ve retinada displaziye neden olabilir. Vücutlarında virüs bulunduğu bilinen gebe kadınlar günümüzde gebeliğin geç dönemlerinde bir kez izlenmektedir. Annede aktif enfeksiyon sezaryen ameliyatı için endikasyon oluşturur. Bunun da amacı doğum sırasında fetüse geçişi önlemektir.

b. Sifiliz

Serolojik olarak (kan testi ile) belirlenemezse, ağır konjenital sifiliz sağırlığa, körlüğe ve ölü doğuma neden olabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok eyalette ilk prenatal muayenede sifiliz testi yapılması gerekmektedir. Yüksek riskli popülasyonlarda sifiliz testi gebelikte daha sonra yeniden yapılır. Konjenital sifiliz önlenabilir ve sadece tedavi edilmiş gebe kadınların fetüslerinde meydana gelir.

c. Üriner Sistem Enfeksiyonu

Annede üriner sistem enfeksiyonu fetüste gelişim geriliğine katkıda bulunabilir. Bu durum gebelikte sık görülür. Çünkü büyüyen uterusu bağlı olarak üreterin baskı altında kalması yavaş yavaş dilatasyona, mesanede tonüs kaybına neden olarak enfeksiyona zemin hazırlar.

2. Enfeksiyon Dışında Prenatal Risk Faktörleri

a. Diabet

Diabetes mellituslu kadınlar iri bebek doğurma eğilimi gösterdiklerinden, doğum travmaları sık olarak meydana gelir. Diabetli annelerin çocuklarında metabolik bozukluklar, konjenital anomaliler ve kalıtsal diabet riski söz konusudur. Diabetli annelerin bebeklerinde malformasyon oranının %9 olduğu ve bu oranın normal popülasyondaki orandan daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Bu sıklık gebelikten önce ve gebeliğin erken döneminde glisemi kontrolleri ile azaltılabilir. Bununla birlikte, bazı araştırmacılar glikoz kontrolüne ilaveten diğer metabolik faktörlerin diabette teratojenik olabileceğine inanmaktadırlar. Diabetik gebe bir kadının bakımı, hem diabetik gebelik ile ilgili özel sorunları ele alabilen hem de danışma sırasında gebelikte tehdit edici olayları ebeveynlere tanıtabilen bir hekime gereksinim gösterir. Gebe kadınlara diabetin kontrol altında tutulmasının önemi vurgulanmalıdır. Çünkü diabet kontrol altında tutulursa, sorunların gelişme tehlikesi de azalır.

b. Hipertermi

Tehlikeli bir şekilde vücut ısısının yükselmesi teratojenik etki gösterebilir. Bu durum birçok enfeksiyon ve ciddi yanık durumlarında görülür.

c. Hipoksi

Annenin yaşam şeklinin ve gebelikle ilgili hastalıkların düşük doğum ağırlıklı yeni doğanların olgunluk derecesine ve çoğu kez doğumda ortaya çıkan hipoksi ile ilgili hasarların şiddeti üzerine büyük etkisi olabilir. Annenin sigara içmesi belki defetüste hipoksiye neden olur. Hipoksi meydana getirebilen antenatal hastalıklar arasında annede gebeliğe bağlı anemi ve hipertansiyon sayılabilir. Yüksek irtifada bulunma ile oluşan hipoksi halinin düşük doğum ağırlığına katkıda bulunduğunu gösterilmiştir.

Hipoksinin gelişim geriliğine neden olduğu gösterilmiştir. Akut veya kronik hipoksinin düşük IQ değerleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Annede hipoksi durumunda spontan düşük, malformasyonlar ve perinatal mortalite oranlarında artış bulunduğu belirlenmiştir. Ani bebek ölümü sendromundaki patolojik anormalliklerin bazıları da kronik hipoksiye bağlanabilir. Bireyleri sigara içen ailelerin bebeklerinde ani ölümlerin sıklığında artış görülmüştür.

Antenatal hipoksinin bebekte hiyalin membran hastalığına ve beyinde intraventriküler olayların gelişmesine eğilim yarattığı gösterilmiştir.

d. Alkolizm

Gebeliğin farkına varılmasından önceki aylarda alkol alınması durumunda fetal alkol sendromu meydana gelebilir. Bu sendrom kendisini düşük doğum ağırlığı, dismorfik anormallikler, gelişme ve zeka geriliği, davranış bozuklukları ve öğrenme güçlüğü ile gösterir. Alkolün teratojenik şiddeti, annedeki alkolizmin dönemi ile ilişkilidir. Gebelik sırasında aşırı derecede alkol almasının kesilmesi, fetüsün gelişimi üzerine olumlu etki yapar ancak merkezi sinir sistemi ve morfoloji üzerindeki negatif etkiler önlenemez. Aşırı derecede alkol içenlerin detoksifikasyon programlarına kaydedilmesi önerilmektedir.

3. İlaçlar

Günümüzde ilaçların büyük ölçüde göbek veni yoluyla fetüse geçtiği, fetüsün beyinde ve diğer dokularında yüksek konsantrasyonlara ulaştığı bilinmektedir.

Birçok gebe kadın tarafından sedatif-hipnotik bir ilaç olan talidomidin fokomeli oluşturduğunun farkına 1961 yılında varıldı ve ilaç piyasadan kaldırıldı. Bu tür trajik olaylar araştırmacıların dikkatini çekmiş ve tütün, alkol ve diğer ilaçların yanı sıra çevredeki toksik maddelerin fetüs üzerine olan zararlı etkileri üzerinde araştırmalar yapılmıştır. 1980 li yıllarda ağır akne tedavisinde kullanılan isotretinoinin (Accutane- A vitamini) gebe kadınların çocuklarında kulak, kardio-aortik veya merkezi sinir sisteminde malformasyonlara ve yüksek mortalite oranına yol açtığı belirlendi. D vitamini gebelikte yüksek dozlarda alındığında orta derecede boy kısalığı, zeka ger-

iliği, yüz ve kardiovasküler sistem anormallikleri oluşturmaktadır.

Doğumdan önce ve kısa bir süre sonra alınan ilaçlar ve yabancı maddelerin tedavi edici ve fena tesirlerini inceleyen perinatal farmakoloji dalında iki önemli nokta belirtilmektedir:

1. İlaçlar, fetüs ve anne kanındaki bileşimlerine bağlı olarak anne ve fetüste farklı etkiler yapabilirler.

2. İlaçlar ve diğer maddeler gebelikte herhangi bir zamanda çeşitli tiplerde gelişim bozuklukları yapabilmesine rağmen, bu etkiler doğumu izleyen birçok yıl aşık olamayabilir.

a. Fetüste İlaçlarla Malformasyonların Meydana Gelme Mekanizmaları

Gebe kadın tarafından alınan çeşitli ilaçlar fetüste teratojenik etki gösterebilir. Bu etkiler çeşitli mekanizmalarla meydana gelir. Bu mekanizmaların anlaşılması, maruz kalma risklerinin analizine ve malformasyon nedenlerinin tespit edilmesine olanak sağlar.

Bir ilacın özel teratojenik etkileri, alındığı zamana bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Gebeliğin çok erken döneminde alındığında düşük yapıtıcı etkisi bulunan aynı ilaçlar, daha sonra alındığı taktirde fetüs üzerine teratojenik etki gösterirler. Fetüs yapısal olarak gebeliğin 60 ıncı gününe kadar (embriyonik dönemin sonu) tam olduğundan çoğu morfolojik bozukluklar bu zamandan önce oluşur. 15-60 ıncı günler genellikle kritik dönem olarak kabul edilmesine her organ sisteminin en fazla hassas olduğu zaman vardır (Tablo 9-3). 60 ıncı günden doğuma kadar olan fetal dönemde gelişim söz konusudur. Bu sürede prematürite, düşük, organ veya doku hasarı oluşur. Bu dönemde ane tarafından alınan tetrasiklin gibi ilaçların fetüste ve yeni doğanda kemik gelişimini engellediği ve dişlerde leke oluşumuna neden olduğu bilinmektedir.

Tablo 9-3 Organ sistemlerinin ilaçlara hassas olduğu dönemler

Organ sistemi	Hassasiyetin en fazla olduğu dönem (hafta olarak)		Hassasiyetin daha az olduğu dönem (hafta olarak)	
Merkezi sinir sistemi	3.0	5.5	5.	38.0
Dış genital organlar	7.5	9.0	10.0	38.0
Kulaklar	4.0	8.5	9.0	16.0
Dişler	6.5	8.0	9.0	16.0
Damak	6.5	8.5	8.5	9.0
Gözler	4.5	7.5	7.5	38.0
Bacaklar	4.5	7.0	8.0	-
Kollar	4.5	7.0	8.0	-
Kalp	2.5	5.5	5.5	8.0

Erkeklerin de bazı maddeleri almasının fetüsün sağlığı üzerine etkisi olduğu gösterilmiştir. Babanın morfin, talidomid, kafein, etanol, siklofosfamid, tütün ve uçucu anestetiklere maruz kalmasının doğumsal bozukluklara yol açabileceği bildirilmiştir. Bu maddelerin spermatozoalarda hasar oluşturmabilecekleri belirtilmiştir.

İlaçlara prenatal dönemde maruz kalma motor yeteneklerde, öğrenme kapasitesinde, emosyonel durumda değişikliklere neden olabilir. Teratojenik maddelerin etki gösterdiği birçok muhtemel mekanizma bulunmaktadır:

1. Mutasyon
Genetik hasar, teratojenlerin genlerdeki deoksiribonükleik asit (DNA) üzerine olan etkisi ile meydana gelebilir.
2. Kromozom hasarı
Kromozom yapısında kopma veya yeniden düzenlenme gelişim bozukluklarına neden olabilir
3. Mitoz olayına etki
Normal hücre bölünmesi önlenabilir veya yavaşlayabilir.
4. Nükleik asidin yapısının veya fonksiyonunun değişmesi
Genetik materyalin metabolizması veya fonksiyonuna yapılan müdahale gelişim şekillerini değiştirebilir.
5. Biosentez için gerekli olan maddelerin yokluğu
Çeşitli teratojenler embriyonun büyümesi ve gelişimi için gerekli olan materyalini tüketebilirler.
6. Enerji kaynaklarının değişmesi
Teratojen maddeler embriyonun yeterli kaynağını tüketebilir.
7. Enzim inhibisyonu
Bazı ilaçlar, metabolizma için gerekli olan maddeler üzerine inhibitör etki yapabilir.
8. Osmos olayında dengesizlik
Sıvı geçişi ile oluşan anormal derecede sıvı birikimi dokularda bozukluklara yol açar.
9. Membranın özelliklerinin değişmesi
Bu olay, osmos dengesizliklerine yol açabileceği gibi ayrıca kendisi de hasar açısından bir neden olabilir.

Tek başına alındığında az etkisi olabilen birçok ilaç diğer kimyasal maddelerle veya ilaçlarla birlikte alındığında önemli teratojenik etkiye sahip olabilir. Bu nedenle, annenin tıbbi tedavisinde mutlak şekilde zorunlu olmadıkça, herhangi bir ilacın alınmasından kaçınılması genel bir kural olmalıdır. Bununla birlikte, yapılan araştırmalar gebe kadınların sıklıkla doktor gözetimi olmaksızın fazla miktarda ilaç ve vitamin kullandıklarını göstermektedir. Genel kanının aksine, vitaminlerin alınması mutala zararsız değildir. Çünkü yüksek dozlarda alınan A ve D vitaminlerinin damak yarağı ve mental retardasyon gibi çeşitli anomalilere neden olduğu gösterilmiştir.

b. İlaçların Etkileri

Genellikle bir kadın teratojenik bir ilaç aldığı anda, daha önce gebe olduğunun farkındadır. Bu olgularda düşük önerilmesi göz önüne alınabilir. Örneğin, bir kadın hafif derecede teratojenik etkisi olan bir ilaç almanın yanı sıra X ışınlarına maruz kalmışsa, bu kombinasyonun her birinin zararlı etkilerinin artabileceğinin bilinmesi yardımcı olabilir. Bu, hekimin eksiksiz bir anamnez almasının önemini gösterir. Teratojenik bir ilacın etkisini göstermesi için genetik bir eğilim gerekli olabilir.

Aşağıda gebelik sırasında alındığında kesin veya muhtemel şekilde doğumsal defektlere neden olan ilaçlar gösterilmektedir (Tablo 9-3).

Tablo 9-3 Sık kullanılan bazı ilaçların prenatal etkileri

Salisilatlar	Genellikle teratojenik olarak kabul edilmemektedir.
Narkotik analjezikler	
Kodein	Solunum sistemi ve kalpte defektler, ağız yarığı
Meperidin (Demerol)	Davranış anormallikleri; ışığa, sese karşı reaksiyon azalması; emme zayıflığı
Antibiyotikler	
Tetrasiklin	Dişlerde renk değişikliği, büyük arterlerin ters tarafta bulunuşu
Streptomisin	Kulakta bozukluklar, sağırılık
Antimalayal ilaçlar	
2,4 diamino-5- kloroenil-6-etilprimidon türevleri	Genetik değişim
Kinin	Antimalaryal olarak kullanıldığında risk oluşturmaz.
Antitüberkülotik ilaçlar	
İsoniazid	Sinir sistemi bozuklukları
Ethionamid	Malformasyonlar
Antikonvülzan ilaçlar	
Fenitoin (Dilantin)	Gelişim geriliği, zeka geriliği, yüz anomalileri
Valproik asit (%1-2)	Spina bifida ve nöral tüp defektleri riskinde artış
İyot ihtiva eden öksürük ilaçları	Fetüste guatr

Ayrıca, antihistaminler ve bulantıya karşı kullanılan ilaçlar genellikle gebelik sırasında güvenli olarak kabul edilmesine rağmen, bazı antihistaminlerin malformasyonlarla ilişkisi bulunduğu gösterilmiştir. Bazı antihipertansif

ilaçlar fetüste geçici hipoksi ve zarara neden olabilir.

c. Doğum Kontrol İlaçları

Gebe kalmayı düşünen kadınlara, gebe kalmadan üç ay önce doğum kontrol ilaçlarını almayı bırakmaları önerilmelidir. Oral kontraseptiflerdeki hem östrojen hem de progestin ciddi gelişim bozukluklarına neden olabilir. Doğum kontrol hapı kullanan bir kadın gebe kalırsa, gelişen fetus üzerine olan risk durumu belirtilmelidir.

Bazı doktorlar, kadının hormonal sisteminin normale dönmesi için doğum kontrol haplarının kesilmesinden sonraki üç ay zarfında başka bir doğum kontrolü yöntemini uygulamasını önermektedir.

d. Gebeliğe Spesifik İlaçlar

Bir zamanlar düşüğü önlemek için kullanılan dietilstilbestrol (DES) ve bulantıyı önlemede kullanılan Bendectin gibi ilaçların zararlı etkilerinin tespit edilmesinden sonra bunlar piyasadan kaldırılmıştır. DES alan kadınların kız çocuklarında vagina kanseri, erkek çocuklarında ise genitoüriner sistem anomalileri meydana gelmiştir. Bildirilen diğer ilgili sorunlar arasında ekstremité malformasyonu ve kalp bozuklukları yer alır.

Bulantıyı veya "gebelik kusmasını" tedavi etmede kullanılan Bendectin 1983 yılında piyasadan kaldırıldı. O tarihe kadar Bendectin'in doğumsal defektlere yol açması ile ilgili birçok dava açılmıştı.

e. Fertilite ile İlgili İlaçlar

Klomifen gibi fertilite ilaçlarıyla ilgili incelemelerde, subfertilite ile ilgili durumları ilacın etkilerinden ayırmak güçtür. Bununla birlikte, klomifen kullanımı ile nöral tüp defektleri arasındaki ilişkiyi gösteren olgu raporları bulunmaktadır.

TANI TEKNİKLERİ

İdeal prenatal tanı testi invazif ve pahalı olmamanın yanısıra güvenilir olmalıdır. Prenatal tanıda en sıklıkla uygulanan beş yöntemin hiçbirisi ideal olmamasına rağmen, amniosentez, ultrason, etoskopi, göbek kordonundan kan örneği alınması, fetal ekokardiyogram ve koryon villüs biyopsisi sonucunda doğumsal defektlerin tanısı, tedavisi ve önlenmesinde büyük ilerlemeler kaydedilmiştir.

Ultrasonografi 1,6

Ultrasonografi fetüsün rahim içinde görülmesinde en sık kullanılan teknik haline gelmiştir. Bu invazif olmayan işlemde, yansıyan yüksek frekanslı dalgaların çeşitli ekolarının kayıdı, fizyolojik oluşumların frekans ve yoğunluklarının haritasını gösterir. Günümüzde hareket eden fetüsün devamlı olarak incelenmesi yapılabilmektedir. Ultrason ile üst dudak ve dış genital organlar gibi küçük oluşumlar bile incelenebilmektedir.

Günümüzde ultrasonun zararlı etkileri belirlenmemiştir. Birçok tecrübeli ultrasonolog tüm gebe kadınların rutin olarak taranmasını önermektedir. Çünkü ultrason risk altında bulunduğu bilinmeyen hastalarda konjenital defektlerin tanısında yararlı olabilir. Ultrasonografi ile fetüsün oluşumlarındaki defektler veya gelişim geriliği durumları tespit edilebilir.

Ultrason ile gebelik yaşının yanı sıra çoğul fetüsler de tespit edilebilir. Ultrason mikrosefali, anensefali, hidrosefali, koroid pleksus kisti ve spina bifidanın teşhis edilmesinde kullanılabilir. Mesanedeki distansiyon, kistik böbrekler, meningoemiyelose ve çeşitli gebelik komplikasyonları da ultrason ile tespit edilebilir.

Hidrosefalide olduğu gibi, bazı durumların erken tanısı yaşam kurtarıcı olabilen müdahaleye olanak sağlar. Yaklaşık olarak 2000 canlı doğumda 1 oranında görülen ve %3 lük tekrarlama oranı bulunan hidrosefali tedavi edilebilirse, hastaların %65 i normal hale gelebilir.

Fetüsün kemiği yumuşak dokudan kolayca ayırt edildiğinden, iskelet displazisi (anormal gelişim) ultrason yardımıyla teşhis edilebilir. Ekstremitelerin uzun kemiklerinin boyları ile biparietal çap ölçülmesiyle, orantısız gelişim ve rahim içi gelişme geriliği belirlenebilir. Fetüsün böbrekleri gebeliğin 17 ila 18 inci haftalarından sonra ultrasonla görülebildiğinden, böbrek bozuklukları da saptanabilir. Bu nedenle, infantil polikistik böbrek hastalığı ve Meckel-Gruber sendromu (ensefalosel, polikistik böbrekler ve polidaktili ile karakterizedir) rahim içinde belirlenebilir.

Amnion sıvısının miktarı ultrason ile izlenebilir. Amnion sıvısının hacmindeki değişiklikler çeşitli durumları gösterebilir. Polihidramnios olgularında fetüslerin %18-20 sinde konjenital anomaliler bulunur. Gelişim geriliği ile birlikte oligohidramniosun varlığı özellikle üriner sistemde olmak üzere doğumsal defektlerin bulunuşunu akla getirmelidir.

Belirgin yapısal anormallikler ultrason kullanılarak büyük bir doğruluk oranıyla tespit edilebilir. Bununla birlikte, dudak yarığı gibi bazı anomalilerin tespiti zordur. Bunun da nedeni söz konusu dokunun tamamen görünür hale getirilememesidir. Fetüsteki kalp anomalileri Doppler ekokardiyografisi yöntemiyle belirlenebilir. Bu şekilde, 20 den fazla önemli fetal kalp malformasyonu ve fonksiyon bozukluğu teşhis edilebilir.

Ultrasonografinin son derece önemli bir fonksiyonu diğer prenatal tanı yöntemlerinin güvenliğini ve etkinliğini arttırmasıdır. Amniosentez, fetüsten kan örneği alınması, koryon villüs biyopsisi ve fetoskopi işlemlerine başlamadan önce ultrasonla fetüsün yeri görünür hale getirilebilir.

Amniosentez 1,6,7

Amniosentezde bir iğne yardımıyla az miktarda amnion sıvısı elde edilir. Bu sıvı enzim aktivitesi yönünden incelenebilir. Bu şekilde, anne ve babada aşikar olmayan otosomal resesif geçiş gösteren çoğu metabolizma bozukluğu tespit edilebilir. Bu yöntemle Down sendromu, spina bifida ve anensefali de ekarte edilebilir.

Amnion sıvısındaki fetüs hücrelerinin yaklaşık olarak üç haftada in vitro kültürü yapılabilir. Bu şekilde bir karyotip sağlanabilir. Karyotip analizi ile fetüsün cinsiyeti ve kromozom bozuklukları belirlenebilir. Amniosentez, ayrıca, fetüs hücrelerinin DNA sıvıdan yapılan endonükleaz analiziyle fetüsün genotipinin doğrudan araştırılmasına olanak sağlar.

Amniosentez ile tespit edilebilen bazı durumlar şunlardır:

1. Cinsiyet kromozomları üzerindeki genlerle resesif olarak geçen hastalıklar

- a. Becker'in muskuler distrofisi
- b. Kronik granulomatöz hastalık
- c. Duchenne muskuler distrofisi
- d. Fabry hastalığı
- e. Lesch-Nyhan sendromu
- f. Nefrojenik diabetes insipidus
- g. D vitamini tedavisine cevap vermeyen raşitizm
- h. Hemofili

2. Kromozom anormallikleri

- a. Down sendromu
- b. Turner sendromu
- c. Klinefelter sendromu
- d. Trisomi 13-15
- e. Trisomi 18
- f. Cri-du-chat sendromu
- g. XXX kromozom yapısına sahip olan kızlar

3. Nöral tüp defektleri

- a. Spina bifida
- b. Anensefali

c. Ensefalosel

4. Herediter metabolik bozukluklar

- a. Tay-Sachs hastalığı
- b. Gaucher hastalığı
- c. Niemann-Pick hastalığı
- d. Fabry hastalığı
- e. Hurler sendromu
- f. Hunter sendromu
- g. α_1 - antitripsin eksikliği
- h. Fenilketonüri

- i. Kistik fibrozis
- j. Arginosuksinik asidüri
- k. Metilmalonik asidüri
- l. Homosistinüri
- m. Galaktosemi
- n. Glikojen depo hastalığı
- o. Lisosomal asit fosfataz eksikliği
- p. İnfanitil metakromatik lökodistrofi
- r. Kseroderma pigmentosum

Amniosentezin risksiz bir işlem olmadığı, genel tarama testinden ziyade özel nedenlerle yapıldığı noktası unutulmamalıdır. Ebeveynlerin yaşının fazla oluşu amniosentezin yapılmasına bir neden oluşturur. Çünkü Down sendromlu bebeklerin büyük bir çoğunluğunda annenin yaşı 35 in üzerindedir. Babanın yaşı da çeşitli durumların ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Baba 55 yaşının üzerinde ise bu nokta göz önünde bulundurulmalıdır.

Amniosentezin diğer endikasyonları şunlardır:

1. Anne veya babanın bir translokasyon taşıyıcısı olması

Anne veya babada dengelenmiş translokasyon geninin bulunması durumunda herhangi bir defekt görülmez fakat bunların malformasyonlu bir çocuk sahibi olma olasılığı %5-100 arasında değişir.

2. Metabolik hastalık

Anne ve babanın Tay-Sachs hastalığı gibi otosomal resesif bir bozukluk geninin taşıyıcısı olması halinde, bu hastalık prenatal olarak belirlenebilir. Cinsiyet kromozomunun üzerindeki genlerle geçen bazı metabolik hastalıklar da amnion sıvısındaki hücrelerin enzimatik incelemesi ile saptanabilir. Bunlar arasında kendisini çok sayıda malformasyon ve mental eksiklik ile gösteren Hunter sendromu; mental ve bedensel gerilik ile kendisini gösteren Lesch-Nyhan sendromu sayılabilir.

3. Daha önce doğumsal defektli bir çocuğun doğmuş olması

4. Annede, doğumsal defektli bir çocuğun doğması olasılığını arttıran insüline bağımlı diyabetin bulunması

Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği, genetik hastalıkların prenatal tanısı yönünden amniosentez yapılması için aşağıdaki durumları ve önşartları belirlemiştir : a. uygun bir endikasyonun bulunması, b. gebelik süresinin uygun oluşu, c. elde edilecek bilginin hastaya ve ailesine karar verme konusunda yararlı olması, d. belirli olan hastalık yönünden tekniğin kanıtlanmış olması, e. hastalığın riski, işlemin riskleri ve elde edilen bilginin niteliği yönünden hasta ve ailesi ile gerekli görüşmenin yapılmış olması.

Amniosentezin düşük riskli bir işlem olarak varlığını sürdürebilmesi amacıyla bunun sadece sonografi gibi yeterli aygıtları bulunan hastanelerde bu konuda hünere sahip olan doğum hekimleri tarafından yapılması gerekir. Kalite kontrolü ve doğru test sonuçlarının sağlanması için laboratuvarlarda ilgili düzenlemelerin bulunması gerekir. Tıp yorumcuları, bu işlemin tecrübeli bir doğum hekimi tarafından yapılmasının, deneylerin ise amnion

sıvı hücrelerinin kültüründe tecrübesi bulunan ve belirli tanı testlerini uygulayabilen laboratuvarlara yaptırılmasının önemi üzerinde durmaktadır.

Amniosentez, ultrason kılavuzluğu altında yapıldığında, iğnenin ilerleyişi görülerek, fetüsün yaralanmasından kaçınılabılır. Bu şekilde, amniosentezin yaralama riskleri daha azalır. Bundan başka, amniosentezin, en azından onaltıncı gebelik haftasına kadar ertelenmesi önerilmiştir. Bu dönemde, ondördüncü haftadakine nazaran %50 den fazla amnion sıvısı mevcuttur. Ayrıca amnion sıvısına dökülmüş olan fetüs hücrelerinin miktarı daha fazla olduğundan, hücre kültürünün başarısızlığı azalır. Amnion sıvısı ve fetüs hücrelerinin daha fazla miktarda olması, amniosentez yapılması olasılığını azaltır.

Amniosentez kişi hastaneye yatırılmadan yapılacaksa, plasentanın yerinin belirlenmesi için ultrason aygıtı ve fetüsün kalp hızının izlenmesi gerekir. Amniosentez üçüncü trimestirde yapıldığı zaman, sezaryen ile doğum olanakları bulunmalıdır.

Amniosentezin yapılması konusunda ihmal bulunması, işlemin güvenlik ve etkinliği hakkında doğru bilgi verilmemesi veya genetik olarak bozuk olan bir çocuk doğurma riski bulunan bir hastaya amniosentezin varlığından bahsedilmemesi nedenleriyle hekime sorumluluk yüklenebilir. Ne olursa olsun, hekimin amniosentez yapılacak olan hastanın rızasını alması gerekir. Amniosentez işlemi gelecekte anne-baba olacak kimselerin yanlış kavram edinmelerine imkan vermemektedir. Sadece işlemle değil aynı zamanda amniosentezin hangi bilgileri sağlayabileceği konusunda da aydınlatma yapılmalıdır. Özellikle negatif bir kromozom analizine, fetüsün normal doğacağını gösteren bir garanti gözü ile bakılmamalıdır. Fazlaca güvenilir olmasına rağmen, hekim bazen amniosentezin yanlış tanıya neden olabileceğini açıklamalıdır. Hastaya, işlemin kendisini ve fetüsü yaralamayacağını, amnion sıvısı elde etme konusunda her zaman başarı sağlanacağı, kullanılmaya elverişli kültür sağlama girişiminin her zaman başarılı olacağı, genetik olarak dengeli bir karyotip bulunsun bile, çocuğun normal olarak doğacağı konularında garanti verilemeyeceği açıklanmalıdır. Hekim bu şekilde davranmadığı zaman, amniosentezle yanlış tanıya varıldığında, sorumlu duruma düşebilir.

Amerikan mahkemeleri amniosentezin varlığını bildirmemesi nedeniyle, gelecekte anne ve baba olacılara tazminat verilmesine de karar vermişlerdir. Bu şekilde bir bildirimde bulunulmaması hastayı erkenden düşük yaptıracak tanısız bilgidan yoksun kılar. Ayrıca, sakat bir çocuğun doğması anne ve babada manevi ızdıraba yol açtığı kadar tıbbi masraflara da neden olur.

Yorumcular genetik defektli bir çocuğu doğurma riski düşük olan bir hastanın amniosentez için uygun bir aday olmayacağını belirtmişlerdir. Çünkü böyle bir kadın bu işleme eşlik eden gereksiz bir ağrıya ve masrafa maruz kalacaktır, kendisinde ve fetüsünde yaralanma riski söz konusu olacaktır. Bununla birlikte, günümüzdeki tıbbi bilgi genetik olarak sakat çocuk doğurma riski taşıyan gebe bir hastaya en azından amniosentezin varlığının bildirilmesi gerektiğini kabul etmektedir.

Eğer hekim hastaya amniosentezin varlığını bildirmezse ve hasta genetik defekt taşıyan bir bebek doğurursa, hasta kendisi veya kocası adına ve ayrıca bu şekilde doğmuş olan bebek namına hekim hakkında dava açabilir.

Buradaki temel düşünce, "hekim hastasına amniosentezin varlığını bildirseydi, hasta düşük yaptırtarak sakat bir çocuk doğurmuyacaktı" şeklindedir.

Amniosentez yönünden bazı yasal prensipler ortaya çıkmıştır. Tekniğin uygulanışındaki ihmalden kaynaklanan zararlar, dava nedeni olabilir. Amniosentez yapan hekim, bedensel zararlara neden olması yüzünden sorumlu duruma düşebilir. Annede amniosentezle ilişkili riskler arasında, uterus enfeksiyonu, barsak delinmesi ve iğne sokulduğunda plasenta damarlarının yırtılması durumunda, Rh pozitif olan fetüs kanı ile Rh negatif olan annenin Rh sensitizasyonu yer alır. Test sonuçlarının elde edilmesi dört ila beş haftayı aldığından, işlem, kaçınılmaz olan endişe, korku veya kuruntuya bağlı huzursuzluk durumu oluşturabilir. Fetüs açısından riskler, annedekine nazaran daha fazladır. Bunlar arasında, düşük riski, amnion zarı enfeksiyonu, plasentadaki ve göbek kordonundaki fetüs damarlarının yırtılması sayılabilir. İğnenin fetüsü delmesine bağlı olarak önemsiz derecede deri lezyonları, beyin-omurilik hasarı ve körlüğe yol açan göz travması meydana gelebilir.

Özel riskler tespit edilmiş olmasına rağmen, amniosentezin genellikle düşük-riskli bir işlem olduğu kabul edilmektedir. Yapılan bir araştırmada anne veya fetüsle ilgili riskin %1 ila %2 kadar düşük olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise fetüsün derisinin yaralanma riskinin %9 oranında olduğu belirlenmiştir. Araştırmalarda 28 inci gebelik haftasından önce spontan düşük oranının yaklaşık olarak %1.5 civarında olduğu belirlenmiştir. Bu oran herhangi bir gebelik sırasında beklenen orana eşittir. Bütün bu rakamların tümü risk oranının oldukça düşük olduğunu düşündürmektedir. Ciddi bir genetik bozukluk riski bulunan çiftlerin bebeklerinin, amniosenteze bağlı riskten daha büyük risk taşıdıkları kesindir.

Bu gibi riskler günümüzde bilinmesine rağmen, amniosentez daha nazik bir şekilde yapıldığında yaralanma riski azalır. Bu çeşit yaralanmalar işlem hatalı bir şekilde yapılırsa meydana gelebilir. O zaman amniosentezi yapan hekim neticede meydana gelen yaralanmadan sorumlu tutulabilir.

Sitogenetik laboratuvarı ile ilgili sorunlar arasında fetüsün cinsiyetinin yanlış olarak belirlenmesi yer alabilir. Yanlış tanının anne hücrelerinin bulaşmasına bağlı olduğu sanılmaktadır. Tanı hataları sonucunda spina bifidalı bebeklerin doğduğu bildirilmiştir. Ayrıca alfa fetoprotein değerleriyle ilgili yanlışlıklar da belirtilmiştir.

Koryon Villüs Biyopsisi 1.6

Koryon villüs biyopsisi ile birinci trimestirde antenatal tanı koyul-

ması imkan dahiline girer. Koryon villüsünün alınmasını izleyen 48 saat içinde karyotip belirlenebilir. Bu dönemde gebeliğin sonlandırılması daha güvenlidir. Ayrıca hasta açısından da psikolojik yönden daha az travmatiktir. Sitotrofoblastik tabakada bol miktarda spontan mitoz bulunur. Bu da karyotipin doğru bir şekilde belirlenmesine olanak sağlar.

Birinci trimestirde koryon villüslerinin en zengin olduğu kısım koryon frondosumdur. Metafaz açısından villüsün kalitesi 8 inci haftadan itibaren azalır. Pratik uygulamada koryon villüs biyopsisi onbirinci haftaya kadar yapılmaktadır.

Koryon villüs biyopsisi uygulamasında iki yöntem bulunmaktadır:

1. Transservikal yöntem

Bu yöntemde küçük bir metal veya plastik bir kanül servikal kanal yoluyla koryon frondosum bölgesine iletilir. Bir şırınga kullanılarak yapılan emme işlemi ile villüsler elde edilir. Hastaya anestezi uygulanması gerekmez.

2. Transabdominal yöntem

Bu yöntemde ultrason kılavuzluğunda çok ince bir iğne karın duvarı yoluyla uterustan koryon frondosum bölgesine sokulur. İçteki iğne ile çok sayıda kesi yapıldıktan sonra, emme ile koryon villüs örneği elde edilir.

Her iki yöntemin ultrason kılavuzluğu altında yapılması zorunludur. Elde edilen materyalin hemen bir sitogenetikçi tarafından normal villüs dokusu olduğu kanıtlanmalıdır.

Bu işlemlerde anne hücresinin bulaşma riski azaltılmalıdır.

Plasenta uterusta arka lokalizasyonda bulunduğu transservikal metoden, ön pozisyonda bulunduğu ise transabdominal yaklaşımın daha uygun olduğu bildirilmektedir.

Koryon villüs biyopsisinin, özellikle otozomal trisomi olmak üzere bir kromozom anomalisi nedeniyle önceki gebeliğin orta trimestirde sonlandırıldığı veya bu çeşit bir anomali gösteren çocuğun daha önce doğmuş olması durumunda uygulanması gerekir.

Koryon villüs biyopsisi Tay-Sachs hastalığı gibi biokimyasal genetik bozuklukların tespitinde kullanılabilir. Koryon villüs biyopsisi ile birlikte DNA analizi orak hücre hastalığı, talassemi, musküler distrofi, hemofili ve kistik fibrozis gibi genetik bozuklukların belirlenmesinde kullanılır.

Bölünmekte olan birçok hücreyi ihtiva eden villüslerden karyotipler hazırlanabilir. Koryon villüsleri ekstrelerinde veya kültürü yapılmış villüs hücrelerinde enzimatik incelemeler ve DNA ekstraksiyonu yapılabilir. Son zamanlarda DNA problemleri kullanılarak %99 luk bir doğruluk oranıyla Huntington hastalığı teşhis edilmektedir.

Ayrıca X e bağlı resesif geçiş gösteren bozukluklar yönünden risk altındaki çiftlerde fetüsün cinsiyetinin saptanması için ve anne yaşının 37 den büyük olması durumunda bu test yapılmalıdır.

Amniosentez veya koryon villüs biyopsisinin sadece bebeğin cinsiyetinin belirlenmesi için yapılması, testi amacından uzaklaştırır.

Koryon villüs biyopsisinde fetüsün kaybedilmesi oranı %2.6-7.2 arasında değişmektedir.

Koryon villüs biyopsisi ile ilgili zorluklardan birisi de bazen analizi yapılan hücrelerin anneye mi yoksa fetüse mi ait olduğunun belirlenmesi konusundaki güçlüklerle ilgilidir.

Alfa-fetoprotein Ölçümü ^{1,6}

Fetal yaşamın erken döneminin önemli bir serum proteini olan alfa-fetoprotein (AFP), fetüsün sağlığını gösteren önemli bir gösterge olarak kullanılabilir. Anne dolaşımına geçen AFP in küçük bir bölümünün miktarı yaklaşık olarak gebeliğin 16 ila 18 inci haftalarında belirlenebilir. Doğru bir şekilde yorumlama tecrübeyi ve ultrasonografik inceleme yapan kimsenin hünerli bir işbirliğini gerektirir. Serumdaki AFP düzeyleri gebelik yaşı ile artış gösterir.

Tüm diyabetik gebe kadınlarda ultrason ile birlikte AFP ölçümü yapılması önerilmektedir. Çünkü hiperglisemik diyabet durumunda konjenital anomali şüphesi artar. Hemogloblin A_{1C} nin miktarı annede glisemi kontrolünde gösterge olarak kullanılır. Hemogloblin A_{1C} risk altındaki gebeliklerin belirlenmesinde yardımcı olabilir.

Alfa-fetoprotein ölçümleri nöral tüp defektlerinin etkin bir şekilde taranmasında kullanılır. Çünkü olguların %80 inden fazlasında gebeliğin 16 ila 18 inci haftalarında düzeyleri yükselir. AFP in aşırı miktarda oluşu karın duvarı defektlerini (gastroşizis, omfalosel) ve bazı böbrek bozukluklarını (konjenital nefrit) da gösterir.

AFP ölçümleri Down sendromunda bir tarama yöntemi olarak da kullanılır. Çünkü son zamanlarda yapılan araştırmalar bu tür olguların çoğunda annedeki AFP düzeylerinin ortalamanın altında olduğunu göstermiştir.

Fetoskopi ⁶

Ultrason, fetüsün kordonundan kan almak amacıyla uygulanan fetoskopinin kullanımını daha güvenli hale getirmiştir. Bu şekilde elde edilen kanın analizi ile fetüste trombositopeni, hemofili ve rubella gibi enfeksiyonlar teşhis edilebilir. Fetoskopi ayrıca rahim içinin doğrudan görülmesi ve fetüsün derisinden biyopsi örneği elde edilmesi için de uygulanabilir. Kronik granulomatöz hastalık (yaygın deri, akciğer ve lenf düğümü lezyonları ve tekrarlayan enfeksiyonlar ile karakterize olan ve cinsiyet kromozomları üzerindeki genlerle resesif şekilde geçen bir bozukluktur) ve herediter konjenital nötropeni (enfeksiyona yatkınlığın artışına yol açan lökosit sayısında azalma) belirlenebilir. Amnion sıvısındaki hücrelerin kültüründen sonra düşüğe olanak sağlayamayacak kadar geç olan olgularda birçok doğuştan metabolizma bozukluğu belirlenebilir. Fetoskopi yardımıyla glikojen depo hastalığı tip I (von Gierke hastalığı) saptanabilir.

Fetoskopi en iyi olarak gebeliğin 18 inci haftasında yapılır. Fetoskopi yardımıyla göbek kordonundaki damarlardan kan örneği elde

edilir. Bu örneklerin amnion sıvısı veya anne kanı ile kontamine olma olasılığı vardır. Fetüsün yaşayabilme yeteneğinin doğrulanması, çoğul gebeliğin teşhis edilmesi, gebeliğin yaşının belirlenmesi, plasentanın yerinin ve fetüsün pozisyonunun saptanması amacıyla ön işlem olarak ultrasonogram yapılmalıdır.

İşlemle ilgili riskler arasında annede ve fetüste enfeksiyon, kanama, barsak veya mesane yaralanması, spontan düşük yer alır. İşlemin avantajları arasında fetüsün doğrudan incelenmesine, fetüsten kan ve deri örnekleri alınmasına olanak sağlaması yer alır. Bununla birlikte, bu işlemle ilgili güçlükler nedeniyle, sadece bazı tıp merkezlerinde yapılabilmektedir. Gelecekteki muhtemel uygulamaları arasında görerek intrauterin transfüzyon, Rh sensitizasyonu gösteren fetüslerin erken tedavisi, farmakolojik maddelerin ve besinlerin fetüsün damar sistemi içerisine verilmesi yer almaktadır.

Restriksiyon Endonükleazları ⁶

Daha yeni prenatal tanı yöntemleri arasında restriksiyon endonükleazlarının analizi yer almaktadır. Restriksiyon endonükleazları, genetik materyali belirli noktalarda parçalara ayıran bakteri enzimleridir. Bu işlem genetik hastalıklarla ilgili kromozom bozuklukları gösteren izole DNA parçalarının belirlenmesine olanak sağlar. Bir kişinin tüm genetik yapısı (genom) her hücrede bulunduğundan, amnion sıvısındaki hücrelerin, koryon villüslerinin, anne dolaşımındaki fetüs hücrelerinin ve fetüs dokularının analiz edilmesinde restriksiyon endonükleazları kullanılabilir. Bu yöntemi kullanarak, belirli bir duruma neden olduğu bilinen bir gende veya onun yakınında görülen marker'lar orak hücre hastalığı, kistik fibrozis, talassemi, Huntington hastalığı ve Duchenne musküler distrofinin prenatal olarak saptanmasına olanak sağlar. Bu yöntem adli tıpta babalığın saptanmasında da kullanılmaktadır.

Gen Haritasının Yapılması ⁶

Sitogenetikte kullanılan modern teknikler kişinin kromozomlarının ve her kromozomdaki özel yapısal özelliklerin belirlenmesine olanak sağlamıştır. Bu şekilde 46 kromozomun her biriyle ilgili bir harita geliştirilmesinin yanı sıra özel fonksiyonları ve disfonksiyonları bulunan özel lokusların gösterilmesi mümkün hale gelmiştir. Günümüzde genetik harita yapılması ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

PRENATAL TANI İLE İLGİLİ DAVA NEDENLERİ ^{1,3,4,5,7,8,9,10,11,12,15,16}

Tıbbi genetik alanının gelişmesinin yanı sıra bu tür konularda adli

tıpla ilgili sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda ortaya çıkan sorunlar gebeliğin sonlandırılması, prenatal testler, kontrasepsiyon ve sterilizasyon gibi konuları ilgilendirmektedir.

Genetik danışma konusunda hastalar mağdur duruma düştüklerinde yasal kanallarla tazminat isteyebilirler.

Doğum hekimleri bazen konjenital anormalliklerin meydana gelmesine neden olduklarında ya da konjenital anomalili bir çocuğun doğumunu önleyemediklerinde dava açılması riski ile karşı karşıya kalırlar. Aşağıdaki durumlar bu tür davaların açılmasına neden olabilir.

1. 35 yaşın üzerindeki veya önceden konjenital bozukluğu olan bir çocuk doğurmuş olan kadına amniosentez ve genetik danışma teklifinde bulunmamak

Risk grubunun içine giren kadınlara prenatal tanı incelemelerinin tekli edilmemesi veya uygulanmaması tıbbi malpraktis durumunu oluşturur.

2. Hastayı radyasyona maruz bırakmak veya radyasyonun muhtemel risklerini açıklamamak

3. Hastaya teratojenik etkisi bulunan ilaçları vermek

4. Konjenital anomalisi bulunan bir fetüsün varlığını belirleyememek veya konjenital anomaliyi düşündüren bulguları (şüpheli sonografi gibi) gerektiği şekilde yorumlayamamak

5. Tanısı koyulmuş konjenital anomaliye rağmen, hastaya gebeliğin sonlandırılmasını önermemek

Hukuk sistemlerinin çoğunda anensefali gibi yaşamla bağdaşmayan çok ağır durumlarda travay 20-24 haftalık yasal sınırın ötesinde de başlatılabilmektedir. Benzer şekilde, her ne kadar gestasyon yaşı sınırının öncesinde herhangi bir gebeliği yasal yoldan sonlandırmak mümkün ise de, minör bir malformasyonu olan bir fetüsün hemen hemen normal olarak kabul edilmesi konusunda hem hukuki hem de etik yönden örnekler bulunmaktadır. Bununla birlikte, büyük bir meningomiyelosel, mikrosefali veya 13-18 trisomileri konusunda büyük görüş ayrılıkları mevcuttur. Bu tür olguların hem tıbbi hem de hukuki açıdan her zaman dikkat çekici olacağının bilinmesi önemlidir. Bu nedenle, böyle bir hastanın bakımını üstlenen her hekimin davranışlarının kovuşturmayla yol açabileceğinin ve toplumda geçerli olan görüşlerin ışığında büyük tartışmalara neden olabileceğinin bilinmesi gerekir. ⁴

Memleketimizde Nüfus Planlaması Kanunu'nun 5/2 inci maddesine göre, doğacak çocuğun ağır maluliyete uğrama tehlikesi bulunduğu veya çocuğun doğumu halinde gelecek nesiller için ağır maluliyet tehlikesi söz konusu olduğunda gebelik sonlandırılabilir. ¹⁶

Cinsiyet kromozomunun üzerindeki genlerle geçen bir hastalığı teşhis eden hekim, aileyi genetik danışma ve taşıyıcıların belirlenmesi amacıyla ilgili merkezlere göndermediğinde adli tıpla ilgili sorunlar ortaya çıkabilir.

Planlanmış ancak malformasyonlu olarak doğmuş olan bir çocuk nedeniyle ebeveynler tarafından tazminat istemi ile davalar açılabilir. Kuşkusuz hem planlanmamış hem de malformasyonlu doğmuş bir çocuk

nedeniyle de davalar açılabilir. Bu tür davalar genellikle ebeveynlerdeki veya fetüsteki genetik bir bozukluğun teşhis edilememesinden kaynaklanır. Ebeveynler, böyle bir genetik bozukluktan haberleri olsaydı gebe kalmayacaklarını veya gebeliği sonlandıracaklarını ileri sürerler.

Bu tür kusurlu bir çocuğun doğduğu durumlarda tıbbi masraflar ve çocuğun bakımı ile ilgili özel masraflar (özel aygıtlar, özel eğitim, v.b.) nedeniyle tazminat isteminde bulunulabilir.

Bu tür davalarda diğer çeşit malpraktis olgularında olduğu gibi, ebeveynlerin hekimin ihmalkar davranışı ile görevini tam olarak yerine getirmemesinin, şikayetçi oldukları hasara neden olduğunu kanıtlamaları gerekir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde genetik tarama programları ile ilgili olarak hekimlerin malpraktis açısından sorumlu tutulmaları durumu ile karşılaşılmamıştır.⁵ Ancak hekimin küçük çocuklarda fenilketonüriyi teşhis edememesi konusunda bazı davalar açılmıştır. Bir hekimin, bu durumu ihmal unsuru söz konusu olacak şekilde teşhis edememesi ve bu nedenle de gerekli tedavideki gecikmenin hastaya zarar vermesi durumunda oluşan zararlar hekimin aleyhine değerlendirilebilir.

Birçok yorumcu ayrıca genetik tarama konusunda yasal zorunluluk durumunu belirtmiştir. Waltz sorunların ortaya çıkmasının en muhtemel olduğu dört alanı belirtmiştir:

1. Yanlış tanı da dahil olmak üzere mesleki ihmal

2. Tarama işlemi için rızanın alınmamış olması

3. Tarama işleminin sonuçlarının bildirilmemesi

4. Tarama işlemi sonuçlarının taranan kimselerin dışındaki şahıslara yetkisizce bildirilmesi

Bu sorunlardan birincisinin çok sık olarak meydana gelmesi muhtemel değildir. Bir kimsenin orak hücreli anemi veya Tay-Sachs hastalığı gibi resesif özelliğe sahip olup olmadığını belirlemek için yapılan basit kan testi sırasında ne kadar fazla hata yapılacağına dair bir sınır söz konusudur. Ayrıca hekimler kan testlerinin sonuçlarına dayanarak bu şekilde sakat bir çocuk olasılığını doğru bir şekilde belirleyebilirler. Bununla birlikte, eğer hekim gebelikten önce yanlış bir tanı koyarsa ve sakat bir çocuk doğarsa, zararlardan hekimin sorumlu olabileceğini gösteren bazı yasalar bulunmaktadır. İlgili olgularda bir mahkeme bir hekimi amniosentez sonuçlarını yanlış yorumlaması nedeniyle ve sakat bir çocuğun doğması sonucunda sorumlu tutmuştur. Diğer olgularda hekimler amniosentezin varlığına rağmen, hastaya genetik olarak sakat bir çocuk doğurması riski konusunda bildirimde bulunulmaması nedeniyle sorumlu tutulmuştur. İki alanda mahremiyet (gizlilik) sorunu ortaya çıkabilir. Bunlardan birincisi belirli bir şahıs ile ilgili sonuçların açıklanmasıdır. Diğerisi ise bir kimse hakkındaki belirli bir bilgiyi meydana çıkaran araştırma ve istatistiksel değer sonuçlarının açıklanması ile ilgilidir. Orak hücreli anemi testi ile ilgili olarak anlatılanlarda olduğu gibi bu çeşit açıklamalar söz konusu kişiler hakkında ciddi sorunlara yol açabilir.

Öneride Bulunmama

Bu durum en sıklıkla dikkatsiz veya yetersiz bir şekilde anamnez alınmasından kaynaklanabilir. Anamnezin doğru bir şekilde alınması doğum hekiminin görevidir. Hastanın yaşı kayıt edilmelidir. 35 yaşı üzerindeki kadınlarda Down sendromunu belirlemek için amniosentez veya koryon vil-lüs biyopsisi yapılmalıdır. Önceki obstetrik ve aile anamnezinin dikkatlice incelenmesi nükseden durum olasılığına işaret eden bilgileri ortaya çıkara-bilir. Fetüste anomali açısından risk artışı taşıyan durumlar, epilepsi ve diabet gibi tıbbi hastalıklar ve bunların teratojenik olabilen tedavileri anne ile tartışmayı gerektirirler. Lityum, antikoagülanlar ve cinsiyet hormonları gibi diğer muhtemel teratojenlerin riskleri açıklanmalıdır. Annenin ilaç alma gereksiniminin, fetüse olan zarar riskine karşı dengelenmesi gerekir.

Genetik danışma daha önce doğumsal defektli bir çocuk doğurmuş olan veya genetik bir hastalığı bulunan çiftlere, belli yaşı üzerinde bulunan çiftlere, tekrarlayan düşükleri veya açıklanamayan fetüs ölümü bulunan çiftlere uygulanmalıdır. İyi niyetlere rağmen, ihmaller meydana gelebilir. Bir bebek ölü doğduğunda veya öldüğünde, anneye postmortem inceleme (patolojik ve genetik) yapılması konusunda ısrar edilmelidir. Bazen ebeveynler ilave bir sıkıntı yaratmamak düşüncesi ile öneride bulunmama durumu ile karşılaşılabilir.

Yanlış Öneride Bulunulmaması

Daha önce de belirtildiği gibi, belirli bir hastalığın nükseden riskleri konusunda öneride bulunulacağı zaman o hastalığın geçişi ile ilgili bilgilerin bilinmesi ve tanının doğru bir şekilde koyulması şarttır. Böyle bir durum için tıbbi genetik uzmanlarından yardım alınabilir. Bütün doğum hekimlerinin sık görülen anomalilerin ortaya çıkma risk oranlarını ve geçişlerini bilmesi gerekir. Kalıtım şekli bilinen tek gen bozukluğundaki yeniden ortaya çıkma riskleri aşıkardır:

Otozomal dominant- %50 etkilenme

Otozomal resesif - anne ve baba taşıyıcı olduğunda %25 etkilenme

X e bağlı- erkeklerin %50 sinde etkilenme, kadınların %50 si taşıyıcı

Nöral tüp defektleri ve konjenital kalp hastalığı gibi sık görülen bozukluklarda nüksedme riski nöral tüp defektlerinde 1/20, konjenital kalp hastalığında ise 1/40 değerindedir. Hastalar tarafından farklı yaşlarda Down sendromunun sıklığı çoğu kez sorulur. Doğum hekiminin bu konudaki bilgiyi bilmesi gerekir.

Tanıyı Koyamama

Bu durum bazen amnion sıvısını elde edememeye, bazen de amnion

boşluğu yerine mesanenin içine girilmesine bağlı olabilir. Tekrarlanan girişimlerle ve ultrason ile bir amnion cebi bulunarak başarılı bir ponksiyon yapılabilir. Hastaların ayrıca hücre kültürünün başarısız olabileceğini veya sadece anne hücrelerinin üreyebileceğini bilmesi gerekir. Bir hafta ara ile amniosentez girişimleri sonucunda yeterli örnek alma şansı doğabilir. Benzer şekilde kişi teknik veya ultrason konusunda hünerli merkezlere gönderilerek amnion sıvısına ulaşılır veya fetüste morfolojik anormallikler tespit edilebilir. Hücreler üretilemediği zaman laboratuvarın, klinisyene durumu mümkün olduğunca erken bildirmesi gerekir. Bu şekilde durum hastaya açıklanabilir ve yeniden örnek alınıp alınamayacağına karar verilir. Son zamanlarda 12-14 haftalar gibi gebeliğin erken döneminde amniosentez yapılması önerilmiştir. Ancak başarısızlık oranı daha sıktır.

Bu durumlar zaman zaman bütün merkezlerde meydana gelebilir ve klinik veya laboratuvar personeli açısından bir ihmal veya dikkatsizlik durumunu oluşturmaz.

Tanıyla İlgili Yanlışlıklar

Nöral tüp defektini tespit için serumda alfa fetoprotein taraması yapıldığında, hatalar genellikle maturitenin belirlenmesi konusundaki yanlışlıklardan kaynaklanabilir. Bu nedenle, ultrason ile doğrulamanın yanı sıra gebeliğin süresi doğru bir şekilde belirlenmelidir. Omfalosel veya gastrosizis gibi fetüsle ilgili anomalilerin diğer tiplerinde ikiz gebelik veya düşük tehdidi gibi komplikasyonlarda olduğu gibi serumda yüksek alfa fetoprotein söz konusu olabilir. Hatalardan kaçınmak için amniosentez veya ultrason ile yüksek serum alfa fetoprotein seviyelerinin dikkatle araştırılması gerekir.

Ultrason ayrıca çok çeşitli diğer malformasyonları (barsak atrezileri, böbrek anomalileri, iskelet ve kalp defektleri) belirlemek için fetüsün ayrıntılı bir şekilde incelenmesi amacıyla da kullanılır.

Hastaların mevcut testlerin %100 oranında kesin sonuçlar vermediğini anlamaları önemlidir. Nöral tüp defektleri yönünden sadece anne serumunda alfa fetoprotein taraması yapılması ile anensefalik fetüslerin yaklaşık olarak %90 ı, spinal lezyonların ise yaklaşık olarak %75 i belirlenebilir. En tecrübeli ellerde doğru bir zamanda yapılan ayrıntılı bir ultrason taraması ile nöral tüp defektlerinin %90 ından daha fazlası ortaya çıkarılabilir. Belirtilen iki işlem uygulandığında ise hemen hemen bütün merkezi sinir sistemi defektleri saptanabilir.

Anne serumunda alfa fetoprotein seviyesi yüksekliği, daha önceki nöral tüp defekti, anne yaşı veya kromozom anormallığı anamnezi ile amniosentez yapılabilir. Anne serumunda alfa fetoprotein seviyesinin yükselmiş olduğu veya nöral tüp defekti anamnezinin bulunduğu durumlarda amnion sıvısında alfa fetoprotein seviyesi ölçümü günümüzde ultrason taramasındaki gelişmeler nedeni ile daha az sıklıkta yapılmaktadır. Bununla birlikte, hâlâ spinal lezyonlara bağlı alfa fetoprotein seviyelerinin yükselmesi-

ni, karın ön duvarı defektlerine bağlı yükselmelerden ayırt etmek için, bu test jel asetil kolinesteraz testi ile birlikte hâlâ en güvenilir bir yoldur.

Amniosentezden sonra kromozom analizindeki hatalar anne hücrelerinin bulaşmasına bağlı olabilir. Fetüsün karyotipi yerine anne karyotipi saptanabilir. Fetüsün hücrelerinden ziyade anne hücrelerinin kültürüne bağlı olarak fetüsün cinsiyeti ve karyotipinin bildirilmesinde az yanlışlık riski söz konusudur. Bu 1000 olguda 1 veya 2 oranında meydana gelebilir. Yanlışlıklar koryon villüs biyopsisinde de görülebilir. Direkt preparatlarda anne hücrelerinin bulaşmasının bir sorun olmaması gerekir. Fakat bu kültürlerde meydana gelebilir. Direkt preparatların sonuçları ile kültür sonuçları arasındaki çelişkiler bildirilmiştir. Bunlar plasentada veya fetüste mozaikizm veya devam etmeyen bir ikiz gebeliğin plasentasından örnek alınmasına bağlı olabilir. Bu nedenle, son rapor verilmeden önce bazı laboratuvarlar hem direkt incelemeyi hem de kültür incelemesini önermektedir.

Davaya yol açan tanı yanlışlıkları arasında raporlarda sonuçların yanlış daktilo edilmesi ve örneklerin yanlış etiketlenmesi yer alır.

Özel Durumlar

Standart genetik danışma ve taramayı içine almayan fakat prenatal tanı ile ilişkili olan bazı durumlardan kaynaklanan dava olasılıkları da mevcuttur. Bunlara kısaca değinilecektir.

Kızamıkçık ile Temas

Çoğu antenatal kliniklerde rubella bağışıklığının belirlenmesi rutin bir şekilde yapılır. Bu işlem kadının bağışık olup olmadığını gösterir. Ayrıca gebelikten sonra immünizasyon önerilmesi gereken hastaları belirler. Eğer annenin immün olmadığı gösteriliyorsa veya onun bağışıklık durumu bilinmiyorsa antikör tayini ile kızamıkçıkla muhtemel bir temas durumunun araştırılmaması gebeliğin erken döneminde fetüste yüksek riskli hasar yönünden bir ihmal suçuna yol açabilir. Reenfeksiyon da meydana gelebilir. Bu şekilde bir kadının bağışık olduğu düşünülse dahi klinik açıdan bir şüphe söz konusu olduğunda reenfeksiyon konusu araştırılmalıdır.

Prenatal Tanının Kabul Edilmemesi

Amniosentez gibi invazif bir teknikle prenatal tanı koyulması bazen hasta tarafından istenebilir. Bazı araştırmacılar bir kadının fetüste anormal durumunun ekarte edilmesi için bütün muhtemel araştırmaların yapılmasını istemesine rağmen, bu araştırmalar yapılmazsa ve kadın da anormal bir çocuk doğurursa, kadının bir ihmal davası açabileceğini düşünmektedirler. Bu konu

sıklıkla Down sendromu ile ilişkili olarak gündeme gelir. Amniosentezin hastalara teklif edilebileceği yaştan belirlenmesi konusunda önem taşır. 35 yaştan üzerindeki annelere böyle bir testin önerilmesi uygun olur.

Sakat doğmuş bir kimsenin, anne ve babasını veya annesini gebeliği sırasında takip etmiş olan hekimleri, sakatları tespit ederek gebeliği sonlandırmadıkları için dava edebileceği düşüncesi ileri sürülmüştür.

Fetüsün Cinsiyetinin Belirlenmesi

Fetüsün cinsiyeti onun kromozom analizi yapılarak belirlenebilir. Bu durum özellikle X e bağlı bir hastalıkta önem taşır. Bu gibi durumlarda göbek kordonundan kan örneği alınarak veya koryon villüs biyopsisi ile fetüsün cinsiyetinin belirlenmesi gereklidir. Çünkü böyle bir durumda etkilenmiş olan erkek fetüsün, bu durumla etkilenmemiş olan bir erkek fetüsten ayrılması imkansızdır ve bu nedenle bütün erkek fetüslerin doğumunun önlenmesi uygulanacak olan yegane yöntemdir.

İşlemlerin Güvenliği

Amniosentez, koryon villüs biyopsisi ve kordosentez gibi invazif işlemler fetüs ölümü riski taşırlar.

Amniosentezden sonra düşük riskinin %0.5-1 oranında olduğu bildirilmiştir. En iyi sonuçlar bu işlemi yapacak olan hekimin tecrübeli olması ve işlemin ultrason aletinde görerek yapılması durumunda elde edilir.

Koryon villüs biyopsisine bağlı düşük riski genellikle amniosenteze bağlı olandan 2 veya 3 defa daha fazladır. Bu işlem bu konuda tecrübesi bulunan merkezlerde yapılmalıdır.

Kordosentez ise günümüzde çok az sayıdaki doğum hekimi tarafından yapılmaktadır. Kordosentez, günümüzde fetüsün karyotipinin belirlenmesi, hemoglobinoopatiler, koagülopatiler ve isoimmünizasyon durumlarının saptanması için kan almak amacı ile yapılır.

Herhangi bir invazif işlem için hastanın yazılı olarak rızasının alınması önerilmektedir. İşlemin endikasyonları ve özellikleri hastaya tamamen açıklanmalıdır.

ADLİ TIPLA İLGİLİ SORUNLARDAN KAÇINMA YOLLARI 10

1. Hekimlerin hem yüksek riskli hem de düşük riskli hasta gruplarında prenatal tarama işlemlerinin yararlarını ve risklerini göz önünde bulundurmaları gerekir. Ayrıca kronik hastalıklar ile bunların gebelikteki tedavisi arasındaki etkileşim konusu bilinmelidir.

Kronik veya ailevi hastalıklar ya da uzun süreli ilaç kullanımının söz konusu olduğu durumlarda, gebeliğin planlanması konusundaki avantajlar

hakkında toplum bilgilendirilmelidir. Pratisyen hekimlerin, diğer uzmanların ve doğum hekimlerinin hastaları gönderebilecekleri tıbbi genetisyenler yetiştirilmelidir.

2. Antenatal kliniklerdeki ihmaller, ailevi veya kalıtımla ilgili hastalıkları önceden araştırarak, gebelik sırasında mevcut tanı testleri konusundaki yazılı bilgileri sağlayarak azaltılabilir.

Tıbbi genetik ve prenatal tanı alanlarında hızlı gelişmeler meydana gelmektedir. Bu işlerle ilgili doktorlar yeterli eğitim görmedikçe ve bilgi sahibi olmadıkça, bu tekniklerin uygulanması ile ilgili dava olasılıkları artış gösterecektir. Bu nedenle, genetik danışmanların, genetik danışma konusunda makul derecede dikkatli hekimlerin sahip oldukları bilgi ve eğitim düzeyinin yanı sıra hünere de sahip olmaları gerekir. Hastaları genetik danışma için bir üniversite tıp merkezine gönderen hekimlerin de en azından risk altındaki hastaları tanıyabilmeleri gerekir.

Tıp fakültelerinde tıbbi genetik konusunda eğitim yaptırılması, doktorlar arasında bu konuda bilgi seviyesinin artışına yol açar. Gerek bu eğitim gerekse genetik merkezlerinin çalışması ile tanıdaki ve risk belirlemesindeki yanlışlıklardan kaçınılabilir.

3. Prenatal test nispeten özel bir alandır. Söz konusu teknik işlemleri bu konularda eğitim görmüş hekimler yapmalıdır. Fetoskopi, ayrıntılı ultrason taraması ve koryon villüs biyopsisi çok özel birer alandır. Hekim kan veya doku örneği aldığı anda veya amniosentez yaptığı anda, örnekleri yanlış etiketlememek veya karıştırmamak için dikkat etmelidir.

Prenatal testler doğru bir şekilde yorumlanmalı ve klinik karar doğru olarak verilmelidir.

Tanı testlerini yapacak olan laboratuvar da gerekli olan aletleri kullanabilen yeterli eğitim görmüş kimseler bulunmalıdır. Olguyu gönderen hekime, test sonuçlarını doğru bir şekilde yorumlayabilmesi için normal değerler ve diğer teknik veriler hakkında bilgi verilmelidir.

Gebeliğin erken dönemini kontrol etmek ve anormal bulunduğu takdirde, alfa fetoprotein seviyelerinin yorumlanmasına yardımcı olmak için gebeliğin erken döneminde tüm kadınlara ultrason taraması yapılmalıdır.

4. Riskli hastalar bu konuda tecrübesi bulunan kıdemli hekimler tarafından görülmelidir.

Daha ayrıntılı bir inceleme için gerektiğinde hastalar kesin tanı koyulması için invazif işlemler konusunda özel tecrübesi bulunan merkezlere gönderilmelidir.

5. Bütün safhalarda hasta tamamen bilgilendirilmelidir. Bütün invazif işlemler için hastanın yazılı rızası alınmalıdır.

Hastalara mevcut testlerin neler olduğu, bunların amacı ve riskleri bildirilmelidir. Böyle bir bildirimde bulunulması çiftler arasında durumun görüşülmesine ve işlemin yapılıp yapılmamasına karar verdirtir.

KAYNAKLAR

1. Anderson, M.: Medico-Legal Problems in Obstetrics, In : Lewis, T.L.T.,

- Chamberlain, G.V.P (Editors) : Obstetrics by Ten Teachers, Edward Arnold, London, Melbourne, Auckland, 1990, pp. 332-333.
2. Beck, W.W : Obstetrics and gynecology, 2 nd Edition, Harwal Publishing Company, Pennsylvania, 1990, pp. 387-388.
 3. Charo, R. A : Legal and Regulatory Issues Surrounding Carrier Testing, Clinical Obstetrics and Gynecology, Volume 36, Number 3, 1993, pp. 568-597.
 4. Evans, M. I., Quigg, M.H., Koppitch, F.C., Schulman, J.D.: Prenatal Diagnosis of Chromosomal and Mendelian Disorders, Section 1: First Trimester Prenatal Diagnosis, In: Evans, M. I., Dixler, A. D., Fletcher, J. D., Schulman, J.D (Editors) : Fetal Diagnosis and Therapy: Science, Ethics and the Law, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1989, pp. 33-34.
 5. Fineberg, K. S., Peters, J. D., Willson, J. R., Kroll, D. A. : Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan, 1984, pp. 329-344.
 6. Goldsmith, L. S : Medical Malpractice:Guide to Medical Issues, Matthew Bender, 1989, pp. 108/1-108/64.
 7. Lenke, R. R., Nemes, J.M : Wrongful Birth, Wrongful Life: The doctor between a rock and a hard place, Obstetrics& Gynecology, Vol. 66, No. 5., November 1985, pp. 719-722.
 8. Mandell, M. S : Medicolegal Problems and Responsibilities, In : Nichols, D. H., Evrard, J.R (Editors): Ambulatory Gynecology, Harper and Row Publishers, Philadelphia, 1985, pp. 512-514.
 9. Miller, W.F.: Genetic Testing and Antenatal Testing for Congenital Abnormality- Medico-Legal Aspects, In : Chamberlain, G., Orr, C., Sharp, F (Editors) : Litigation and Obstetrics and Gynaecology, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London ,1985, pp.211-242.
 10. Miller, A : Congenital Abnormalities and Genetic Testing, In : Chamberlain, G., Orr, C (Editors) : How to Avoid Medico-Legal Problems in Obstetrics and Gynaecology, The Royal College of Obstetrics and Gynaecologists, London, 1990, pp. 33-37.
 11. Newton, J. R., Webb, T., Evans, S., MacKenzie, W.: Genetic Testing and Antenatal Testing for Congenital Abnormality-Clinical Aspects, In : Chamberlain, G., Orr,C., Sharp, F. (Editors): Litigation and Obstetrics and Gynaecology, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, 1985, pp.193-209.
 12. Newton, M., Newton, E. R : Complications of Gynecologic and Obstetric Management, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1985, pp. 507-508.
 13. Raeburn, J. A: Genetic counselling and prenatal diagnosis, In : Mason, J.K (Ed.) : Paediatric Forensic Medicine and Pathology, Chapman and Hall Medical, London, 1989, pp. 21-36.
 14. Rozovsky, F. A : Consent to Treatment, A Practical Guide, Second Edition, Little, Brown and Company, Boston, Toronto, London, 1990, pp. 178-189.
 15. Taub, S : The Current Status of Actions for Wrongful Life and Wrongful Birth, In: Wecht, C. H (Editor) : Legal Medicine 1985, Praeger Publishers, New York, 1985, pp. 180-195.
 16. Yurtcan, E : Türk Hukukunda Kürtaj ve Uygulaması, Yasal Kürtaj ve Sterilizasyon, Çocuk Düşürme ve Düşürtme Suçları, Beta Basım, Yayım, Dağıtım, A.Ş., İstanbul, 1985

10

Haksız Fiil Sonucunda Gebelik, Doğum, Ölüm ve “ Özürlü Doğan Çocuğun Manevi İstirapla Süren Yaşamı “ Nedeniyle Açılan Davalar

Sadi Çağdır / Taşkın Özdeş / Zeki Soysal

GİRİŞ

Normal, sağlıklı bir çocuğun planlanmış doğumu genellikle büyük bir sevinç yaratır. Planlanmamış bir çocuğun doğumu daha az mutluluk verir. Bunların aksine, ciddi mental ve bedensel özürlü bir çocuğun doğumu ise genellikle büyük bir trajedir.

Oldukça yakın zamanlara kadar, ebeveynler bu tür özürlü çocukların doğumunu bir doğa olayı şeklinde düşünüyorlardı. Bununla birlikte, daha sonraki yıllarda hukuki, tıbbi ve sosyal değişiklikler bu durumu büyük ölçüde değiştirdi. Daha önceleri kötü talihlerinden yakınıp duran ebeveynler artık maddi tazminat elde etme yollarını aramaya başladılar. Ebeveynler, başarılı sterilizasyon ve düşük yaptıramayan, özürlü bir çocuk doğurma riski konusunda danışma işleminde bulunmayan, fetüsteki genetik bir bozukluğu teşhis edemeyen, kendilerini böyle bir çocuğun düşürtülmesi imkanından mahrum eden ihmalkar hekimlerden tazminat istemeye başladılar.

Hem tıptaki hem de hukuktaki modern gelişmeler eskiden duyulmayan dava nedenlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Genetik danışma alanında, daha ileri biyokimyasal ve sitogenetik testlerin gelişimi, fetüsteki anormallikleri önceden haber veren danışmanın etkinliğini arttırmıştır. Gerçekten, genetik danışmada doğumsal malformasyonları önlemede kullanılabilen önemli teknikler bulunmaktadır. Hukuk genellikle genetik danışma işlemindeki eksiklik nedeniyle zarar uğramış olan kimselerin açtıkları davaları kabul ederek bu konuya cevap vermiştir.

Günümüzde, bazı kromozom bozuklukları ve enzim eksiklikleri ile ilgili yaklaşık olarak 50 kalıtsal hastalık prenatal olarak teşhis edilebilmektedir. Bu kalıtsal hastalıklar bilinen tüm doğuştan malformasyonların % 3 ila % 5 ini oluşturmaktadır. Amniosentez ile çeşitli genetik bozukluklar, kro-

mozom anomalileri, fetüsün cinsiyeti ve kan grubu belirlenebilmektedir. Biomedikal görüntüleme tekniklerinde elde edilen ilerlemeler sayesinde günümüzde intrauterin defektlerin saptanması olanaklı hale gelmiştir.

Genetik danışmanla, görev ve bakım standartları ve özellikle aydınlatılmış rıza konularında yasal sorunlarla karşı karşıya kalabilirler. Günümüzde genetik danışma ile uğraşan kadın-doğum hekimleri, bu konudaki standardın altındaki davranış ve tedavileri nedeniyle yasal sorumluluğa uğrarlar.

HAKSIZ FİİLE BAĞLI GEBELİK

Haksız fiile bağlı gebelik davaları ebeveynlerin hekimin ihmalkar eylemi sonucunda meydana gelen planlanmamış bir gebelik nedeniyle tazminat almak için hekim aleyhine açtıkları davalardır. Bu tür malpraktis davalarındaki temel nokta, planlanmamış gebelik sonucunda normal, sağlıklı bir bebeğin doğmasıdır. Davacılar genellikle planlanmamış gebeliğin hekimin ihmalkar eylemine bağlı olduğunu ispatlamaya çalışırlar. Haksız fiile bağlı gebelik durumuna yol açan dört neden bulunmaktadır: 1. Başarısız sterilizasyon işlemi, 2. Etkisiz kontraseptiflerin uygulanışı veya kontrasepsiyon konusundaki danışma işleminin etkisiz oluşu, 3. Elektif bir düşük için gebeliğin zamanında teşhis edilememesi ve 4. Başarısız düşük işlemi.

Sterilizasyon işleminin başarısızlığı, haksız fiile bağlı gebelik davasının en sık görülen nedenidir. Tubal ligasyon ve vazektomi uygulanan olguların küçük bir kısmında yeniden kanalizasyon sonucunda fertilitenin söz konusu olduğu iyi bilinmektedir. Tubal ligasyon olgusunda, histolojik kesitlerde tuba uterina dokusunun bulunuşu ve alınan örneğin uzunluğu önemlidir. Hastaların normalde alternatif tedaviler konusunda aydınlatılmaları gerekir. Vazektomi olgularında ise standart uygulama genellikle iki aspermik postvazektomi örneği sağlanıncaya kadar kontrasepsiyonun uygulanmasını gerektirmektedir. Hastanın hekimin önerisine uymaması çoğu kez örneklerin elde edilememesinin nedenidir. Fakat bu öneriye uymamanın sonuçları konusunda hastanın uyarılması hekimin görevidir.

Bir gebeliğin veya ikiz bir gebeliğin atlanmış olduğu bir durumda “çiftin üçüncü trimestirden (ülkemizde 11inci haftadan) önce kendilerine doğru bilgi verilmiş olsaydı, gebeliği sonlandırmış olacaktı” şeklindeki teori esas alınarak gebeliği atlayan kişi sorumlu tutulabilir.

“Haksız fiile bağlı gebelik” kavramı Amerikan yargı çevrelerinde yaygın bir kabul görmüştür.¹ Bu iddialar için belirlenen tazminat miktarları birbirine uymamaktadır. 2 Amerika Birleşik Devletleri’ndeki ilk olgularda tazminat istemi reddedilmiş “çocuğun doğumunun Tanrı’nın ebeveynlere bir hediyesi” olduğu görüşüne yer verilmişti.^{3,4} Bu olgularda mahkemeler sağlıklı bir çocuğun doğumu için tazminat alınamayacağı görüşünü benimsemişlerdir. Çeşitli mahkemeler, planlanmamış olsa bile sağlıklı bir çocuğun doğumunun bir zarar şeklinde düşünülemeyeceğini belirtmişlerdir.⁵ Daha sonraları başarısız sterilizasyon sonucunda gebe kalan kadınlar hekimin ihmalkar eyleminden ötürü tazminat almışlardır.⁶ Birkaç mahkeme isten-

meyen bir çocuğun gereksiz bir stres kaynağı olduğunu belirterek, ebeveynlerin gebelik, emosyonel sıkıntı ve çocuğun yetiştirilme masraflarını alması gerektiğine karar vermiştir.^{7,8} Bir mahkeme ise ebeveynlere sadece genel bir tazminat ödenmesine karar vermiştir.⁹ Bununla birlikte, hemen hemen tüm mahkemeler çocuğun yetiştirilme masraflarını kabul etmemekte fakat gebelik ve doğum masraflarının tazminat olarak verilmesini benimsemektedirler. İkiz gebeliğin atlanması durumunda ilave gebelik ve doğum masrafları verilmemektedir. ^{10,11,12,13}

Haksız fiile bağlı gebelik davaları, sözleşme ve teminat teorilerine dayanılarak ta açılmıştır. Hekimin sterilizasyonun irreversibl olduğunu söylemesine ve hastanın artık çocuğunun olmayacağını ve sterilizasyonun başarılı olduğunu belirtmesine dayanılarak davalar açılmıştır. Çoğu olgularda, ihmal dışındaki bu tür iddialar reddedilmiştir. Çünkü mahkemeler mutad hekim ücretlerinin dışında ayrı sözleşmeler yapılmadan bu tür teminat teorilerini kabul etmeye karşı isteksizdirler. ⁶

Diğer haksız fiile bağlı gebelik davaları, hekimin sterilizasyon işleminin başarılı olamayacağını hastayı bildirmemesi ve aydınlatılmış onam teorisinin esas alınması sonucunda başarıya ulaşmıştır. Hekimin hastasına tubal ligasyon yapmanın çeşitli yöntemleri bulunduğunu, başarısızlık olasılığının olduğunu ve ameliyatın sezaryenle doğum sırasında yapılması durumunda başarısızlık oranının daha fazla bulunduğunu bildirmesi gerekir.

Davacı haksız fiile bağlı gebeliğin hekimin ihmali sonucu olduğunu ileri sürerse, görev ihlalinin bulunduğunu belirtmesi ve bunu ispatlaması gerekir. Sterilizasyon ameliyatının gerektiği şekilde yapılmaması, ameliyatın başarılı olup olmadığının postoperatif olarak anlaşılamaması, hastaya gebeliği önlemede usulüne uygun şekilde öneride bulunulmaması durumlarında ihmal konusu ileri sürülebilir. Ameliyatın ihmal unsuru içerecek şekilde yapıldığı durumlarda ihmalin ispatlanması zor olabilir. Bunun nedenleri şu şekilde açıklanabilir: Birincisi ameliyatlara iç organlarda yapıldığından bunların ihmal unsurunu içerecek şekilde yapıldıkları çoğu kez ilk bakışta aşikar değildir. İkincisi hastanın tuba uterinalarının rekanalizasyonu sonucunda gebelik ve doğum olasılığı söz konusudur. Herhangi bir tubal ligasyon işlemi başarısızlık riski taşır. Nihayet, hekim bilirkişi ifadesiyle yapılan işlemin uygulanabilen tıbbi bakım standartlarına uygun olduğunu gösterebilir. ⁵

Bununla birlikte, ispatla ilgili olan bu sorunların üstesinden gelinebilir. Haksız fiile bağlı gebelik olgusunda sezaryen ameliyatını yapan hekim veya gerçekte bağlanmamış tubaları görebilen ve ikinci sterilizasyon ameliyatını yapan bir hekim kanıtlayabilir. Hastada tuba uterinaların radyolojik incelemesi yapılarak ihmal delili ortaya çıkarılabilir. Bundan başka, çıkarılmış olan oluşumları değerlendiren patoloji raporuyla gerçekten tuba uterina segmentlerinin olup olmadığı ortaya çıkarılabilir. Bazı mahkemeler sadece daha sonraki gebeliğin ihmalin kanıtlanması için yeterli olduğunu kabul etmektedirler. Nihayet, bazı mahkemeler rekanalizasyon olasılığını, başarısız sterilizasyonun muhtemel açıklaması olarak kabul etmemişlerdir. Çünkü bu olay düşük oranda meydana gelmektedir.⁵

İhmal teorisi uygulandığında haksız fiile bağlı gebelik davasında

nedensellik durumunun gösterilmesi gerekir. Böylece hastanın tazminat alabilmesi için, usulüne uygun olmayarak yapılmış olan sterilizasyon işlemi hastanın zararının (planlanmamış çocuğun doğumu), müessir sebebi (en yakın nedeni) olmalıdır. Meydana gelmiş olan zarar da ihmalin makul derecede önceden sezilebilir bir sonucu olmalıdır. Haksız fiile bağlı gebelik davalarında bazı hekimler-davalılar hastanın gebelik nedeninin sterilizasyon işleminden sonraki cinsel ilişki olduğunu ve bu nedenle gebeliğin direkt nedeninin sterilizasyonun başarısızlığı olmayıp cinsel ilişki olduğunu ileri sürerler. Bu iddia çoğu mahkeme tarafından reddedilmiştir. Çünkü ameliyatın amacı kadının gebelik korkusu olmaksızın cinsel ilişkiye girebilmesine olanak sağlamaktır. Bunun sonucu olarak cinsel ilişkiler doğal olarak hem hekim hem de hasta açısından önceden sezinlenebilir nitelikte olup, hekimi sorumluluktan kurtarmaya yeterli olan ve araya girebilen ayrı bir neden sayılamazlar. Bu şekilde ihmal teorisine göre davacı-hastanın tazminat alabilmesi için hekimin görevini ihlal ettiğini, bu ihlalin zarara neden olduğunu göstermesi gerekir.⁵

HAKSIZ FİİLE BAĞLI DOĞUM

“Haksız fiile bağlı doğum davaları” ya sağlıklı ancak istenmeyen ya da planlanmış fakat özürlü bir çocuğun doğumu nedeniyle ebeveynlerin tazminat istedikleri davalardır. Kuşkusuz, hem planlanmamış hem de özürlü bir çocuğun doğması da mümkündür.¹⁴

Planlanmış ancak özürlü bir çocuğun doğumu, genellikle ebeveynlerdeki veya fetüsteki bazen de özürlü çocuğun büyük olan kardeşindeki genetik bir bozukluğun teşhis edilememesi sonucunda meydana gelir. Ebeveynler, tipik olarak eğer böyle bir bozukluktan haberdar edilmiş olsalardı, gebe kalmama veya düşük yaptırtma yolunu seçmiş olacaklarını ileri sürerler.¹⁴

Haksız fiile bağlı doğum davalarında özürlü bir çocuğun doğmasına ihmal durumunun yol açtığı ileri sürülmektedir. Burada hekimin ihmali fetüsteki bozukluğun meydana gelmesine neden olmamaktadır.¹⁵ Hekim, bozukluk önceden sezinlenebilir veya anlaşılabilir nitelikte olduğunda, bunu önceden sezemezse veya bu bozukluk için gerekli testleri yaptırmazsa sorumlu duruma düşebilir.⁶

Bir çocuk hereditör bir hastalık veya fiziksel ya da mental bir sakatlık gibi konjenital malformasyonla doğduğunda, hekim aşağıdaki nedenlerle haksız fiile bağlı doğumdan ötürü sorumlu tutulabilir: genetik anamnezi almak ve genetik hastalık yönünden tarama yapmamak, ebeveynleri genetik bozukluğu bulunan bir çocuğu doğurma ihtimalinden haberdar etmemek, genetik hastalığı veya teratojenik riski teşhis edememek ve bunların muhtemel sonuçlarından ebeveynleri haberdar etmemek, gerektiğinde prenatal testleri yapmamak, testlerin sonuçlarını yorumlayamamak, muhtemel prenatal testlerden ebeveynleri haberdar etmemek veya amniosentezi önermemek, düşük yaptırmamak.

Fetüsün sağlığı üzerinde önemli derecede etkisi olabilen annedeki bir

tıbbi durumun teşhis edilememesi veya bundan hastanın haberdar edilmemesi durumunda hekim haksız fiile bağlı doğum davası ile karşı karşıya kalabilir. Kızamıkçığın tanısı konusundaki ihmal bu duruma örnek olarak verilebilir.

Elektif düşüğe imkan verecek dönemde iken gebeliğin teşhis edilememesi sonucunda özürlü olmayan normal bir çocuğun dünyaya gelmesi haksız fiile bağlı doğum davasına yol açabilir. Birçok mahkeme normal sağlıklı bir çocuğun doğumunun tazminat hakkı doğuran zararlar aynı şey olmadığını belirterek bu durumda davacının önemli miktarda tazminat alamayacağı görüşüne varmıştır.⁵

Bir düşüğün yapılışındaki ihmal de haksız fiile bağlı doğum davasına yol açabilir. Özürlü bir çocuğun doğumu daha fazla tazminata yol açabilir ancak bazı mahkemeler çocuk normal olsa dahi çocuğun yetiştirilmesi ile ilgili tüm masrafların davacıya ödenmesini benimsemiştir.⁵

Bir çocuğun hekimin veya genetik danışmanın ihmalkar bir davranışı sonucu sakat doğması durumunda çocuğun anne ve babası “haksız fiile bağlı özürlü çocuğun doğumu” nedeniyle yargıya başvurabilirler. Buna bir örnek olarak bir kadın-doğum hekiminin bir gebede ultrasonografik muayenede ciddi bir fetal defekt saptadığını ve ihmalkar bir davranışla bu konuda kadına bilgi vermediğini düşünelim. Bu defekt hakkında zamanında bilgi edinilmesi durumunda kadının yasal bir düşük yaptırma imkanı bulunduğundan, anne ve babanın bu kadar ciddi defektlerle doğan çocuğun getireceği mali ve emosyonel sorunlar ve diğer masraflar nedeniyle tazminat davası açması söz konusu olabilir. Bu nedenle, hekim ihmalkar bir davranış sonucunda prenatal defektleri zamanında saptayamazsa veya annede mevcut bir hastalığı ya da toksik maddelere maruz kalmanın gelişmekte olan fetus üzerindeki etkileri hakkında gerekli uyarıları yapmazsa, tazminat hukuku açısından sorumlulukla karşı karşıya kalabilir. Genetik danışmanlık, ultrasonografi, anne kanında fetal hücrelerin aranması, annede alfa fetoprotein tayini, amniosentez ve koryon villüslerinden histolojik inceleme yöntemlerinin günümüzde çok gelişmiş olması nedeniyle bu tür sakat bir çocuğun doğumu nedeniyle açılan tazminat davalarında hekimin sorumluluktan kaçınma olasılığı daha da azalmaktadır.¹⁶

Haksız fiil sonucunda doğum davalarında özel tazminat (genellikle, özürlü çocuğun bakımı ile ilgili tıbbi masraflar ve diğer özel masraflar) ve genel tazminat (çocuğun yetiştirilmesi ile ilgili tüm masraflar) istenebilir. Mahkemeler özel tazminatları benimseme eğilimindedirler.

Çocuğun mahkeme genel tazminatlar konusunda isteksizdir. Bazı mahkemeler ise ebeveynlere hekimin zamanında bilgi vermemesi veya durumdan onları haberdar etmemesinden kaynaklanan ihmalkar davranışı nedeniyle tazminat verilmesi görüşündedir.^{17,18}

Ultrasonografi uzmanı bu tür durumlar açısından her zaman bir dava açılması riski ile karşı karşıyadır. Burada “eğer malformasyonun tanısı ultrason incelemesi sırasında koyulmuş olsaydı, o zaman hasta düşük yaptırma yolunu seçmiş olacaktı” görüşü gündeme gelebilir. Malformasyon teşhis edilememiş ve düşük de yaptırılmamış olduğundan, ultrason incelemesini yapan kimse özürlü doğan çocuğun tıbbi bakım masraflarından sorumlu olur.¹⁹

Bu özellikle fetal anomalilerin gözden kaçtığı veya yanlış yorumlandığı durumlar için söz konusudur. Böyle bir davada hekimin aleyhine bir kararın çıkması durumunda, özürlü çocuğun bakım masraflarının özellikle yüksek olması nedeniyle, hekimlerin ödemek zorunda kalacakları tazminat miktarları da çok yüksek olabilir.

Fetüs ve çocuk hakları üzerinde odaklaşan tartışmalar, ultrasonografi uygulayan hekimler açısından büyük önem taşımaktadır. Günümüzde bu konunun hukuki boyutları tam olarak saptanmamış bulunduğundan, olay daha da karmaşık bir hale gelmektedir. Haksız fiil sonucunda sakat bir çocuğun doğumu ile ilgili olan davalarda genel olarak haksız fiiller ile ilgili yasal düzenlemeler uygulanır. Bu tür bir davada en önemli nokta yükümlülük kavramı ile ilgilidir. Tıptaki teknolojik gelişmelerin paralelinde konsepsiyon sonrasında çocuğun özürlü doğup doğmayacağını saptayan araştırma yöntemleri gündeme gelmektedir. Burada şöyle bir soru da ortaya çıkmaktadır: Hekimin konsepsiyon sonrası bir defekti saptama sorumluluğu, defektli bir çocuk doğurma riski altındaki ebeveynlerin saptanması zorunluluğu ile eş değerli midir? Buna paralel olarak ultrasonografi uygulayan hekimin ve genetik danışman görevini üstlenen bir doktorun sorumluluklarının derecesi gündeme gelmektedir.

Biomedikal görüntüleme tekniklerinde elde edilen ilerlemeler sayesinde günümüzde intrauterin defektlerin saptanması olanaklı hale gelmiştir. Bununla birlikte, hastaların ve genel olarak toplumun beklentileri de artmıştır. Bu konuda yapılan tartışmalar sonucunda ultrasonografi ve manyetik rezonans yöntemlerinin geniş kapsamlı ve rutin olarak kullanılması yönünde olumlu bir yaklaşım söz konusu olmuştur. Fakat bu gelişme, diğer taraftan da bu üstün teknolojik imkanların hiçbir yanığıya yol açmayacağı şeklinde yaygın bir kanı oluşturmuş ve dolayısıyla artan bu beklentilerin ışığında hekimin sorumluluklarının da aynı şekilde artmasına neden olmuştur. Günümüzde teknolojik gelişmelerin ışığında dopler ultrasonografisi, bilgisayarlı tomografi, dijital radyoloji ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemlerinin kullanılmasıyla ebeveynlerin özürlü bir çocuk doğurmayı önleme hakkını elde edip etmedikleri sorusu ortaya çıkmıştır. Yine bu tıbbi gelişmelerin özürlü çocukların yol açtığı ekonomik ve emosyonel stresi ortadan kaldırmak için topluma ne derecede yardımcı olacakları noktası da ayrı bir konudur. Bu konu ile ilgili olarak bazı mahkemeler, tıbbi teknolojideki bu gelişmelerin yararını göz önünde bulundurarak, ebeveynlerin özürlü çocukları doğurmaktan kaçınma hakları bulunduğu ve hekimlerin de bu kapsamda sorumlulukları olduğu yönünde kararlar vermişlerdir. Hekimlerin bu sorumlulukları, ebeveynlerin bir kürtaj yaptırap yaptırmama konusunda verecekleri kararı etkileyebilecek bilgileri de onlara vermesini kapsamaktadır.

HAKSIZ FİİLE BAĞLI ÖLÜM

Amerika birleşik Devletleri'nde eyaletlerin çoğunda canlı doğan bir çocuk ihmalkar bir davranış sonucunda intrauterin oluşan hasara bağlı olarak

ölürse, bu durum haksız fiile bağlı ölüm nedeniyle tazminat davası açılmasına olanak sağlar. Buna karşın, intrauterin meydana gelen bir hasar sonucu fetüsün ölü doğması durumunda ölü doğan fetüsün haksız fiil sonucu ölüm davaları kapsamında birey olarak sayılıp sayılamayacağı konusunda ayrılıklar bulunmaktadır.²⁰ Doğum öncesi bir hasara maruz kalan fakat canlı doğan çocuğun aksine, ölü doğumlar doğrudan doğruya fetüsün tazminat hukuku açısından yasal konumu sorusunu ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle, Amerika Birleşik Devletleri'nde eyaletler arasında ölü doğan çocuğun yasal konumu açısından hukuk diline de yansıyan farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin, North Carolina eyaletinde yaşama yeteneği olan bir fetüsün intrauterin bir hasar sonucu ölü doğması durumunda bu fetüs North Carolina yasaları çerçevesinde bir birey olarak kabul edilmektedir. Buna karşın, Texas Yüksek Mahkemesi böyle bir değerlendirmenin yerinde olmayacağı konusunda karar vermiştir.²¹

Buna karşın, eyaletlerin çoğunluğunda yaşama yeteneği olan bir fetüsün haksız bir fiil sonucu ölümü durumunda mahkemeler tazminat hakkını kabul etmektedirler.²³ Az sayıdaki eyalette ise fetüsün yaşayabilme yeteneğini kazanmasından önce ölmesi durumunda bile tazminat davası açılması olanağı bulunmaktadır. Yaşama yeteneğinin kazanılmasından önceki ölümlerde tazminat davası açılması hakkını savunanlar, bu görüşlerini yaşayabilme yeteneği kavramının müphem olması ile açıklamaktadırlar. Buna karşın, yine de birçok hukuk sisteminde yaşama yeteneğini kazanmadan önce meydana gelmiş hasarlar nedeniyle tazminat davaları açılmamaktadır. Bu tür tazminat davalarının açılmasını reddeden eyaletlerin çoğunluğunda mahkemeler bu yöndeki olumsuz kararlarını kişi kavramının fetüse uygulanamayacağı gerekçesine dayandırmaktadırlar. Yine bu ret gerekçelerinden biri, olası bir tazminatın kapsamı ve özelliğinin spekülatif nitelikte bulunması ve zor değerlendirilebilir özellikte olmasıdır. Az sayıda eyalette haksız fiil sonucu ölüm davalarında tazminata hak kazanılması çocuğun canlı doğup sonradan ölmesi şartına bağlanmaktadır. Bununla birlikte, antenatal meydana gelmiş bir hasarın tazminata olanak sağlaması için çocuğun canlı doğmuş olması koşulunun koyulması yine bazı çevrelerce bir haksızlık olarak kabul edilmektedir.²¹

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki eyaletlerin büyük bir bölümünde yargı organları doğmamış çocuğun haksız fiil sonucu ölümü nedeniyle tazminatı reddetmelerine karşın, annenin maruz kaldığı ıstırap ve emosyonel stres nedeniyle tazminat ödenebileceğini kabul etmektedirler. Burada sonuç olarak mahkemeler çocuğun uğradığı hasar nedeniyle tazminattan çok gerçek anlamda ebeveynlerin kayıplarının tazminine olanak sağlamaktadır. Yine bir başka görüşe göre, fetüsün potansiyel bir yaşam olasılığı ifade etmesi nedeniyle, ebeveynlerin haksız fiil sonucunda prenatal travmanın yol açtığı fetal ölüm nedeniyle tazminat talep etme hakları bulunabilir.

Obstetrikte ultrasonografik incelemeden kaynaklanan haksız fiil sonucunda ölüm iddiaları ortaya çıkabilir. Bir örnek verecek olursak aslında fetüs normal olduğu halde yanlışlıkla bir anomali durumu teşhis edilirse, böyle bir durumda ebeveynler elektif düşük yolunu seçerler. Bu gibi durum-

larda haksız fiile bağı fetüs ölümü iddiası ortaya atılabilir. ²⁴

Bazen fetüsün yanlış olarak postmatür veya matür olduğu belirlenerek travayı uyarıcı intravenöz ilaçlarla doğum yaptırılabilir. Gebelik yaşı yanlış olarak belirlendiğinde fetüs prematüre olarak doğurtulabilir. Bu gibi durumlarda fetüs yaşayamayabilir. Bu tür olgularda haksız fiile bağı fetüs ölümü davası açılabilir. ²⁵

Ultrason kılavuzluğunda yapılan rahim içi fetal girişimler ve cerrahi işlemler sırasında fetüs ölümcül bir şekilde yaralanabilir. Böyle bir durumda haksız fiile bağı ölüm davasının açılması muhtemeldir. ²⁵

HAKSIZ FİİL SONUCUNDA ÖZÜRLÜ DOĞAN ÇOCUĞUN MANEVİ İSTIRAPLA SÜREN YAŞAMI

Haksız fiil sonucunda özürlü doğan çocuğun manevi ıstırapla süren yaşamıyla ilgili olarak aşağıdaki gerekçelerle davalar açılabilir. Dava en sıklıkla genetik danışmada ihmal bulunduğu iddiasıyla açılır. Bu tür iddialarda ebeveynlerdeki genetik hastalığın teşhis edilememesi veya ebeveynlere özürlü bir çocuğun doğma riski konusunda öneride bulunulmaması noktaları yer alır. Ayrıca fetüsteki defektleri tespit edebilen testlerin (örneğin, amniosentez) varlığından annenin haberdar edilmediği veya bu testlerin anneye önerilmediği de ileri sürülebilir. ⁵

Annedeki tıbbi bir durumun teşhis edilememesi veya bu durumun fetüsün sağlığı üzerine olan etkilerinden bahsedilmemesi de söz konusu olabilir. Örneğin, hekimin kızamıkçığın tanısı veya değerlendirmesi konusundaki ihmali sonucunda özürlü bir çocuğun doğması durumunda dava açılabilir. Bu tür davalar, ihmal unsuru içerecek şekilde yapılan düşük veya sterilizasyon ameliyatından sonra özürlü doğan çocuklar namına da açılmıştır. ⁵

Bir çocuğun hekimin veya genetik danışmanın ihmalkar bir davranışı sonucunda sakat doğması durumunda günümüzde bazı mahkemeler çocuk lehine “haksız fiil sonucu özürlü doğan çocuğun manevi ıstırapla süren yaşamı” davası açılmasını kabul etmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde birçok eyalette anne-baba “haksız fiile bağı özürlü çocuk doğurma” nedeniyle dava açma olanağı bulmasına karşın, sadece birkaç eyalette doğan çocuğun adına “manevi ıstırapla süren yaşam” nedeniyle yargıya başvurma mümkün olabilmektedir. Böyle bir yaşam davasında çocuğun ebeveynleri veya vasisi çocuk adına dava açmakta ve bu kadar ağır defektleri bulunan bir çocuğun hiç doğmaması gerektiği gerekçesini öne sürmektedir. Söylendiği gibi mahkemelerin çoğunluğu bu tür açılan davalarda gerekçelerin geçerliliğini reddetmektedir. Bu mahkemelerin görüşüne göre, insan yaşamının varlığı, her zaman için yaşamın olmamasına tercih edilmektedir.

Bu tür bir yaşam nedeniyle açılan bir davada, ebeveynler tarafından planlanmamış veya istenmeyen ya da her ikisi için geçerli olacak şekilde bir çocuğun doğumuna yol açan bir ihmalkar davranış söz konusudur. İnsan yaşamına temelde duyulan saygı ve sahip olunması planlanmamış veya isten-

meyen ya da özürlü bir çocuğun tazminata konu olması hakkında mahkemelerin olumsuz tavırları, bu davaların genelde başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olmaktadır. Çok az sayıdaki istisnaların dışında haksız fiil sonucunda özürlü bir çocuğun doğumu nedeniyle açılan ve tazminat hakkının mahkemelerce kabul edildiği davalar, ihmalkarca yapılan bir sterilizasyonun sonrasında planlanmamış bir çocuğun doğumu ile ilgilidir. Bu davaların bazıları hasta-hekim arasındaki mukavelenin ihlali teorisine dayandırılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde açılan bir davada erkek üzerinde yapılan sterilizasyona rağmen hamile kalıp mental retardasyon gösteren bir çocuk doğuran kadın, hekimler hakkında kocanın sterilizasyonu için yapılan sözlü bir anlaşmanın ihlal edildiği gerekçesi ile dava açmış ve bu tazminat davası kadının lehine sonuçlanmıştır. Bu davada verilmesi kararlaştırılan tazminat, bu özürlü çocuğun gerekli özel bakım ve tedavisi için gereken masrafları karşılayacak şekilde planlanmıştır. Bu açıdan değerlendirildiğinde, mahkemenin mukavelenin ihmalkar bir davranış sonucu ihlalin yol açtığı zararların tazminine yönelik olarak davacı lehine karar vermesi, uygun bir davranış olarak görülmektedir.

Mahkemeler açısından açılan tazminat davasında bir karara varılmasının en güç olduğu durumlar, iddia edilen ihmalkar davranışın yalnızca annenin kürtaj yaptırmasına engel olduğu hallerdir. Genelde bu tür olgularda davacı tarafın tazminat istekleri kabul edilmemektedir. Sonuç olarak açılan bu tür davalarda verilen kararlara temel olan düşünce, gelecekte planlanmamış veya istenmeyen ya da özürlü doğacak bir çocuğun ebeveynlere vereceği güçlükler ile doğmamış olan çocuğun yaşama hakkı arasında sağlıklı bir denge kurmaya yönelik çabalar şeklindedir.

KAYNAKLAR

1. Schmidt SM. Wrongful Life. JAMA 1983;250: 2209-2210.
2. Pelias MZ. Torts of wrongful birth and wrongful life - a review. Am J Med Genet 1980; 25:71-80.
3. Christensen v. Thornby, 192 Minn. 123, 255 N.W. 620, 1934.
4. Terrell v. Garcia, 496 S.W. 2d 124 (Tex. Civ. App. 1973), cert. denied, 146 U. S. 927, 1974.
5. Fineberg KS, Peters JD, Willson JR, Kroll DA. Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, 1984: 92-108.
6. Cardwel MS, Kirkhope TG. Reproduction patients. In : Sanbar SS, Gibofsky A, Firestone MH, eds. Legal Medicine. Fourth Edition. Mosby, 1998: 390-391.
7. Bowman v. Davis, 3d 133, 356 N. E. 2d 496, 1976.
8. Greenfield VR. Wrongful births:What is the damage ? JAMA 1982; 248: 926-927.
9. Jones v. Malinowski, 299 Md. 257, 473 A. 2d 429, 1984.
10. Flowers v. District of Columbia, 478 A. 2d 1073, D. C. 1984.
11. Morse v. Soffer, 101 A.D. 2d 856, 476 N.Y.S. 2d 170, 1984.

12. Custodio v. Bauer, 251 Cal. App. 2d 303, 59 Cal. Rptr. 463, 27 A.L.R. 3d 884, 1967.
13. Troppi v. Scarf, 31 Cal. Sup. Ct. 3d 220.180 Cal. Rptr. 337, 643 P2d 954, 1982.
14. Taub S. The Current Status of Actions for Wrongful Life and Wrongful Birth. In: Wecht CH, editor. Legal Medicine. New York: Praeger Publishers, 1985: 180-195.
15. Lenke RR, Nemes JM. Wrongful birth, wrongful life : The doctor between a rock and a hard place. Obstetrics and Gynecology. 1985; 66 (5) : 719.
16. Soysal Z, Albek E, Eke M. Fetüs Hakları. İçinde : Soysal Z, Çakalır C, editörler. Adli Tıp, Cilt III. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınlarından, Rektörlük No. 4165, Fakülte No. 224, İstanbul, 1999: 1640- 1641.
17. Charo RA. Legal and Regulatory Issues Surrounding Carrier Testing. Clinical Obstetrics and Gynecology. 1993; 36 (3): 582.
18. Mandell MS. Medicolegal Problems and Responsibilities. In : Nichols DH, Evrard JR, editors. Ambulatory Gynecology. Philadelphia: Harper and Row Publishers, 1985: 513.
19. Sanders RC. The Effect of Malpractice Crises on Obstetric and Gynecologic Ultrasound. In : Chervenak FA, Isaacson GC, Campbell S, editors. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Volume 1, Boston, Toronto, London. 1993:263-276.
20. Paola FA. Fetal interests. In : Sanbar SS, Gibofsky A, Firestone MH, eds. Legal Medicine. Fourth Edition. Mosby,1998 : 317-318.
21. Goldsmith LS, Cohen IA. The Law of Prenatal and Perinatal Injuries. In : Tedeschi CG, Eckert WG, Tedeschi LG, editors. Forensic Medicine, Vol 1, Philadelphia. London, Toronto: W. B. Saunders Company, 1977: 487-494.
22. Smith DR. Fetal Rights. In : Eden RD, Boehm FH, editors. Assessment and Care of the Fetus. USA: Prentice-Hall International Inc, 1990: 931-937.
23. Frankel CJ, Patterson RM. Lawyers' Medical Cyclopedia... of Personal Injuries and Allied Specialties, Revised Volume Five, Part B. Indianapolis, Indiana: The Allen Smith Company, 1972: 118-119.
24. Macones AJ, Lev-Toaff AS, Macones GA, Jaffe JW, Williams VB. Legal Aspects of Obstetric Sonography. AJR. December 1989; 153: 1251-1254.
25. Bundy AL, James AE. The lawyer's perspective on the use of ultrasound in obstetrics and gynecology. Law Med Health Care. Oct 1985; 13(5) : 219-24.

11

Çoğul Gebelikle İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Sadi Çağdır / Murat Eke

Rahim içindeki fetüslerin sayısı arttıkça, komplikasyonların da sayısı artar. Tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %1 inde ikiz gebelik söz konusu olmasına rağmen, tüm obstetrik malpraktis iddialarının yaklaşık olarak %10 u çoğul gebelikten kaynaklanan sorunlar ile ilgilidir.

İkizleri veya üçüzleri taşıyan bir hasta, aşağıdaki durumların sıklığındaki artıştan dolayı “yüksek risk ” grubu içine girer:

1. Konjenital fetal defektler
 2. Fetüste gelişim geriliğine karşı yüksek eğiliminin bulunuşu
 3. Prematüre doğumun sık olarak meydana gelmesi
- Aşırı gergin uterusu çoğu kez travay erken başlar ve su kesesi de erken açılır.

4. Preeklampsiye karşı eğilim
 5. Kordon sarkması
- Önde gelen kısmın yüksekte bulunması sonucu kordon sarkması olur.
6. Yüksek sıklıkta malprezentasyon
- Yerden en iyi yararlanma zorunluluğu ve fetüslerin küçük olması situs ve prezentasyon bozukluklarına neden olur.

7. İkinci ikizin doğumu ile ilgili güçlükler
- İkinci çocuk için tehlike daha çok uterusun küçülmesi sonucu hipoksik nedenlidir.

8. Postpartum kanamaya karşı eğilim
- Aşırı gergin uterusun doğum sonu sıkışma yeteneği iyi olmadığından postpartum kanama olur.

Çoğul gebelik durumu ele alınırken aşağıdaki önlemlere uyulmalıdır:

1. Çoğul gebeliği bulunan hastalar, yüksek riskli olgular konusunda eğitim görmüş olan hekimlere gönderilmelidir.

2. Çoğul gebeliği bulunan hastaların doğumu yüksek riskli olguların ele alındığı merkezlerde yaptırılmalıdır.

İkizlerden ikincisinin doğumu önemli zorluklar gösterdiğinden ve plasantanın ayrılmasından sonra fetüste hızla kötüleşme hali meydana gelebildiğinden, vaginal yolla ikiz doğum acil ameliyathanesi bulunan yüksek riskli merkezlerde gerçekleştirilmelidir.

Birinci ikiz vertex prezentasyonu gösterdiğinde, doğum genellikle

vaginal yolla yapılabilir. İkizlerden ikincisi genellikle ya dış sefalik versiyon ya da makat ekstraksiyonu ile doğurtulabilir.

3. Gelişim geriliğinin erkenden tespiti için üçüncü trimestirde seri ultrasonografik incelemeler yapılmalıdır.

4. Gelişim geriliği durumunda her fetüsün sağlık durumu ile ilgili incelemelerin yapılması gerekir.

5. Çoğul gebeliğin etkin bir şekilde ele alınmasında erken tanı şart olduğundan, gebeliğin erken döneminde sonografik değerlendirme yapılmalıdır.

ÇOĞUL GEBELİKLE İLGİLİ DAVA KONULARI

İkiz gebelik olgularında uterusun ve fetüsün büyüklüğü veya prezantasyonu gibi ayrıntılara dikkat edilmemesi çoğu kez incelemelerde ihmal unsurunun delilini oluşturur. İkiz gebeliğin, gebelik sırasında tanısı koyulmadığında, ikizlerin doğumu sırasında komplikasyonlar ortaya çıkar.

Doğum ile ilgili en sık görülen sorun çoğul gebelik ile ilgili olan 'kötü haldeki bebek' durumudur. Çoğu kez ultrasonogramlarda ikizlerin tespit edilmediği ancak bunun doğumda ortaya çıktığı birçok durum söz konusudur. İkizlerden ilkinin doğumundan sonra ikinci fetüs tespit edilemez ise, bu fetüs yetersiz kan akımı ve asfiksi tablosu ile birkaç saat uterus içinde kalır. 'Res ipsa loquitur' doktrinine göre, ikizlerin tespit edilememesi bakım standardının altında bir uygulama yapıldığının işaretidir. Real-time ultrasonu bulunmadığında, bu olguların bazıları ortaya çıkmasına rağmen, günümüzde hâlâ çoğul gebeliğin tespit edilememesi sorunu ile karşılaşmaktadır. Üçüz gebelik nadir görülür ancak üçüz gebeliğin atlanmasına bağlı olarak da davalar açılabilir. Fetüsler hareketli olduğundan bunların sayılmasındaki güçlük nedeni ile böyle bir hata oluşabilir.

Davacı, hekimin çoğul gebeliğin erken tanısını koyamamasının ihmal unsurunu içeren muayenelerden kaynaklandığını iddia edebilir. Bu gibi koşullarda, hekimin, ikizlerden birisinin veya ikisinin rahim içinde ölmesinden veya belirgin gelişim geriliği gibi çoğul gebelikten kaynaklanan fena komplikasyonlardan sorumlu tutulabilmesi muhtemeldir.

Gözden geçirilmiş olan malpraktis olgu serilerinde, 100 iddianın 10'unun çoğul gebelik ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Bunların yarısında travayın başlangıcına kadar ikizlerin varlığı tespit edilememiştir. Bu olgularda uterusun gelişiminin, fetüsün büyüklüğünün ve prezantasyonunun belirlenmemiş olduğu belirtilerek, doğru tanının koyulamamasında ihmal unsurunun söz konusu olduğu ileri sürülmüştür. Çoğul gebeliklerin, tekil gebeliklere nazaran yaklaşık olarak 10 misli daha sık malpraktis davasına yol açtığı saptanmıştır.¹

Geri kalan ikiz gebelik olgularında, hekimlerin çağdaş obstetrik uygulamasında standard bir gereksinim olan ultrasonla fetüsün gelişimini izlememiş ve fetüsün durumu ile ilgili incelemeleri ihmal etmiş oldukları belirlenmiştir. İkizlerde gelişim geriliğinin 30 uncu gebelik haftası civarında meydana geldiği saptanmıştır. Gelişim geriliğinin saptanabilmesi

için haftalık sonografik incelemelerle gelişim hızının değerlendirilmesi ve fetüsün durumunun belirlenmesi gerekir.

Aşağıdaki durumların varlığında malpraktis iddiaları ortaya çıkabilir:²

1. Gebeliğin hesaplanan süresi ile uterusun büyüklüğü arasında uyumsuzluk bulunduğunda, tanı testlerinin uygulanmaması

2. Tanısı koyulmuş ikiz gebelik olgularında, fetal kalp hızının izlenmesi ve ultrasonografik inceleme de dahil olmak üzere fetüsün yakından gözlenmemesi

Benzer şekilde, eksik prenatal incelemeler nedeniyle ikiz gebeliğin teşhis edilememesi.

3. Seri sonografik incelemelerle fetüsün gelişiminin araştırılmaması

4. Gelişim geriliği bulgularına rağmen, fetüsün durumu ile ilgili incelemelerin yapılmaması

5.Önemli derecede gelişim geriliğinin varlığında gebeliğin sonlandırılmaması

6. Çoğul gebelik bulunan hastaların travay ve doğum için yüksek riskli olgu merkezlerine gönderilmemesi

7. İkiz doğumu ile ilgili olarak travayın gerektiği gibi izlenebilmesi ve fetüsün canlandırılması işlemleri için gerekli olan önlemlerin alınmaması.

Günümüzde ikinci ikizin doğumu ile ilgili çeşitli iddialar ortaya çıkmaktadır. Literatürde kayıtlı bulunan tüm veriler, ikinci ikizlerin anlamlı derecede mortalite ve morbidite oranları gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. Bu durum, plasentanın ayrılması veya kordon prolapsusu sonucunda oluşan intra-partum asfiksiye veya ikinci ikizin travmatik doğumuna bağlıdır.³

Yine burada yasal süreç makul obstetrik uygulama olarak neyin kabul edilebileceği noktası üzerinde odaklanmaktadır. Örneğin, ikizlerin doğumu arasında ne kadar bir sürenin bulunması makul olarak kabul edilir? Hangi prezentasyonlar vaginal yoldan doğum için güvenli olarak kabul edilebilir? Bu soruların kesin cevapları yoktur. Eğer hekim doğumun yönetiminden kaynaklanacak dava riskinden kaçınmak istiyorsa, burada kesinlikle söylenebilecek olan nokta, bütün çoğul gebeliklerin elektif sezaryen ameliyatı ile doğurtulmasıdır. Zaten prezentasyon bozukluğu bulunan durumlarda ikinci ikizin sezaryen ile doğurtulması eğilimi artmaktadır. Genç hekimlerin, iç versiyon ve makat ekstraksiyonu gibi manevraları uygulama konusunda deneyimleri ve güvenleri bulunmaz. Bu nedenle, ikinci ikizin sezaryenle doğurtulması eğilimi bulunmaktadır.³

KAYNAKLAR

1. Goldsmith, L.S : Medical Malpractice : Guide to Medical Issues, Matthew Bender, 1989, pp. 98/24-98/26.

2. Iffy, L : Obstetrics, In : Wecht, C.H., Preiser, S.E., Preiser, M.L (Editors) Preparing and Winning Medical Negligence Cases, Second Edition, Volume 2, The Michie Company, Law Publishers, Charlottesville, Virginia, 1989, pp. 278-280.

3. Symonds EM: Obstetrics and gynaecology, In : Varian JPW (Editor) : Handbook of Medicolegal Practice, Butterworth / Heinemann, 1991, pp. 104 - 105.

Gebelikte Rh Sensitizasyonu ile İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Murat Eke / Sadi Çağdır

Ciddi bir fetüs hastalığının nedeni olan Rh faktörünün bulunuşu ve rolünün anlaşılması modern tıpta bir devrim yaratmıştır. 1940 ila 1970 yılları arasında Rh isoimmünizasyonunun nedeni bulundu, tedavisi aydınlatıldı ve bunu önleme yolları daha mükemmel hale getirildi. Günümüzde eritroblastosis fetalis denilen ve yeni bebeklerde görülen bu hastalığın belirtileri Hippocrates zamanından beri bilinmesine rağmen, bu bebeklerin niçin bu kadar ciddi bir şekilde etkilendiklerinin belirlenmesi Landsteiner ve Wiener'in Rh faktörünü bulmasıyla mümkün olmuştur. Rh veya D faktörü bu hastalıktan sorumlu olan antijendir. Eritrositin üzerinde bulunan birçok antijenden birisidir. Diğer antijenlerle sensitizasyon mümkün olmasına rağmen, isoimmünizasyona neden olması en muhtemel olanı D faktörüdür. Tüm olguların %90 ından sorumludur.

D faktörü beyaz ırktaki kimselerin yaklaşık olarak %85 inde bulunur. Eritrositleri D faktörünü ihtiva eden bu kimseler Rh-pozitiftir. Eritrositlerinde D faktörü bulunmayan kimseler ise Rh-negatiftir. Rh-negatif olan bir kadın Rh-pozitif olan bir erkekle evlendiğinde gebe kalabilir. Fetüs babasından kalıtım yoluyla D faktörünü alırsa, Rh-pozitif olur. Böyle bir durum fetomaternal Rh uyumsuzluğuna yol açar.

Fetüsün eritrositlerindeki D antijeni gebelik sırasında plasenta yoluyla anne dolaşımına geçer. Böyle bir olay meydana geldiğinde, antijen annede isosensitizasyonu uyandırabilir. Anne bu duruma anti-Rh (veya anti-D) antikor yaparak cevap verir. Bu antikor IgG çeşidindedir. Plasentadan fetüse geçecek kadar küçük olan bir antikordur. Antikor anne tarafından yeterince fazla miktarda yapılırsa, fetüsün dolaşımına geçip fetal eritrositler üzerindeki Rh faktörü ile reaksiyona girerek eritrositleri tahrip eder.

Fetüsün eritrositlerinin tahribatı eritroblastosis fetalis hemolitik hastalığına neden olur. Eritroblastosis fetalis fetüste derin anemi ve şiddetli yaygın ödem (hidrops) ile karakterize olan bir sendromdur. Ayrıca, eritrosit hücrelerinde bulunan hemoglobinin yıkım pigmentinin (bilirubin) birikimi

de söz konusudur. Bilirubin dokularda toksik etki gösterir. Yaşayan yeni doğan bebekte sarılığa ve beyin hasarına neden olabilir. Hiperbilirubinemi olgularında bilirubin pigmentinin birikimi sonucunda bazı beyin merkezlerinde dejenerasyonla birlikte kernikterus durumu oluşur.

Fetomaternal Rh uyuşmazlığı nispeten sık olmasına rağmen, her olguda sensitizasyon meydana gelmez. Sensitizasyonun sıklığı ilk gebelikte yaklaşık olarak %7-8, ikinci gebelikte ise yaklaşık olarak %15 dir. İkinci ve daha sonraki gebeliklerde daha sık olmasının nedeni, ilk sensitizasyonun ilk gebelikte ya da daha sık olarak doğumda veya doğumdan sonra meydana gelebilmesidir. Bu durum daha sonraki gebeliklerde çok daha şiddetli bir hal alır. Tipik olarak, fetüsteki hastalığın şiddeti daha sonraki her gebelikte gittikçe artar.

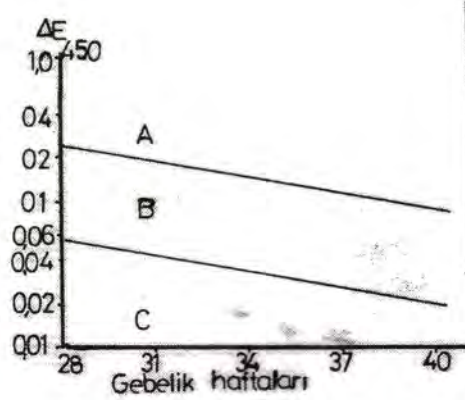
Belirgin fetomaternal Rh uyuşmazlığı risk faktörüne ilaveten, bir kadının Rh-isoimmün hale gelme olasılığı ile ilgili birçok risk durumu söz konusudur. Örneğin, daha önce özellikle Rh-pozitif veya Rh tipi bilinmeyen kan olmak üzere, kendilerine uyuşmayan kan transfüzyonu yapılmış olan kadınların duyarlı hale gelmiş olma riski büyüktür. Benzer olarak, spontan veya herhangi bir şekilde oluşturulmuş olan düşük ve dış gebelik, Rh negatif olan kadını isoimmünizasyon durumuyla karşı karşıya bırakır. Bu durum özellikle sensitizasyonu önlemek amacıyla profilaktik önlemler alınmamışsa söz konusudur. Bu nedenle, tıbbi geçmişin ve obstetrik anamnezin ayrıntıları önem taşır.

Rh-negatif olan gebe bir kadının değerlendirilmesinde kanındaki anti-Rh antikor düzeyinin belirlenmesi önemlidir. Bu ölçüm, sensitizasyonun fetus üzerine olan etkisini belirlemede sınırlı bir değer taşır ancak annenin eskiden Rh faktörüne maruz kaldığını ve isoimmünizasyon durumunun geliştiğini gösterir. Bundan başka, gebelik sırasında tekrarlanan antikor titreleri sorunun ilerleyişinin gösterilmesi açısından yararlı olabilir. Sensitizasyonun meydana gelmiş olduğunu düşündüren düzey belirlenir. Çoğu laboratuvarıda bununla ilgili kritik düzey 1:16 dir.

Fetüsün babasının Rh tipinin belirlenmesi de yardımcı olabilir. Baba Rh-negatif ise, D faktörü ile sensitizasyon meydana gelemez. Baba Rh-pozitif ise, zigotla ilgili test değerli olabilir. Bu test onun genlerinin ya Rh-pozitif ya da Rh-negatif faktörü yavrusuna geçirme potansiyeline sahip olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılır. Homozigot (zigotta gen çiftini oluşturan iki genin birbirinin aynı oluş hali) onun sadece D genlerini taşıdığı anlamına gelir. Eğer heterozigot (gen çifti birbirinden farklı iki genden oluşan) ise, fetüsün %50 oranında Rh-negatif olma ve etkilenmeye olasılığı bulunur.

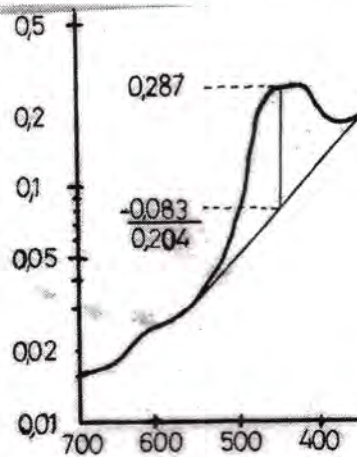
Rh isoimmünizasyonunun değerlendirilmesinde Liley tarafından geliştirilen amnion sıvısının spektrofotometrik analiz yöntemi önem taşımaktadır. Bu test, fetüsteki hemolizden kaynaklanan hemoglobin yıkım pigmentinin konsantrasyonunun belirlenmesini sağlar. Amniosentez genellikle üçüncü trimestirin erken döneminde yapılır. Seçilecek zaman, antikor titresinde görülen değişikliğe ve hastanın geçmişi ile ilgili anamneze bağlıdır. Hastalık önceki gebelikte ne kadar erken ve ne kadar şiddetli olarak

ortaya çıkmışsa, mevcut gebelikte amniosentezin o kadar erken olarak yapılması zorunluluğu vardır. Amnion sıvısında bilirubin pigmentinin varlığı, sadece annedeki isoimmünizasyonu doğrulamaz fakat aynı zamanda da mevcut miktarı fetusteki eritroblastozis ile ilgili olayın şiddetini göstermeye de yarar (Şekil 12- 1).



Şekil 12- 1 ΔE 450 değeri ve gebelik haftasına göre ağır, orta ve hafif derecedeki hastalığı gösteren bölümler (Liley). Üst bölgede: ağır hastalık, orta bölgede: orta derecede hastalık (Bu tür çocukların yoğun tedavi gerektirip gerektirmeyeceğinin belirlenmesi için dikkatlice izlenmeleri gerekir.), alt bölgede: hafif hastalık (Bu tür çocuklarda tedavi gerekmez.) ya da sağlıklı çocuk.

Alınan amnion sıvısının optik yoğunluğu spektral fotometreyle 350-600 $m\mu$ arasında çeşitli dalga boylarında ölçülerek tipik eğri seyri elde edilir. Eritroblastozis fetaliste 450 $m\mu$ da bir zirve oluşur (Şekil 12- 2).



Şekil 12- 2 Morbus hemolitikus fetaliste amnion sıvısının extinktion eğrisinin 450 $m\mu$ de tepe yapması.

Amniosentezin genellikle 1-2 haftalık aralıklarla tekrarlanması gerekebilir. Düzey ne kadar yüksekse ve ne kadar hızlı yükseliyorsa, müdahale gereksinimi de o kadar fazladır. Fetüsün durumu ultrasonografik inceleme ve biofiziksel test ile doğrulanabilir. Hidrops (fetüste asit, plevra ve perikartta efüzyonlar) gelişmesi durumun kötüye gittiğini gösterir. Kordosentez (deriden girilerek fetüsün göbek kordonundan kan örneği alınması) fetüsün kan grubunun belirlenmesini ve hematokrit derecesinin ölçülmesini sağlar. Bu yöntemin fetüsün durumunun değerlendirilmesinde çok daha doğru ve hassas olduğu kanıtlanmıştır.

Amnion sıvısında yüksek düzeylerde bilirubin yıkım pigmentlerine dayalı olarak ağır eritroblastosis bulgusu gösteren fetüsler açısından iki seçenek bulunmaktadır. Fetüs miadına yakınsa, doğum tercih edilebilir. Gebelik yaşı nispeten küçükse (30 haftadan az) veya fetüsün akciğerleri yeterince gelişmemişse, doğum tercih edilmez. Çünkü bebeğin yeni doğan bakım servisinde yaşama şansı, uterus içindeki yaşama şansı kadar kötüdür. Fetüsün periton boşluğuna intrauterin transfüzyonla kan nakli yapılarak, uterus dışında yaşayabilecek bir düzeye gelinceye kadar doğum ertelenir. Bazen fetüse yeterli derecede yaşama şansı sağlayabilmek için uzun bir süre canlı olarak tutulabilmesi amacıyla seri transfüzyonlar yapılması gerekebilir. Fetüsün periton boşluğuna nakledilen kan absorbe olarak dolaşımına geçebilir. Bu teknikte, ağır eritroblastosis olgularında rahim içindeki fetüs kurtarılamayabilir. Çünkü intraabdominal kan iyi bir şekilde absorbe olmaz. Bu teknik günümüzde de kullanılmaktadır. Günümüzde bazı merkezlerde kordosentez ile doğrudan fetal intravenöz transfüzyon uygulanmaktadır.

Günümüzde pasif immünizasyon ile annede Rh isoimmünizasyonunun önlenmesi mümkündür. Anneye yüksek dozlarda anti-D uygulayarak, bu durumun gelişmesi önlenabilir. Rh- pozitif bir bebeği doğuran Rh-negatif kadına anti-D uygulanır. Bu şekilde annenin doğum sırasında bebeğinden almış olabileceği Rh-pozitif fetüs kanı nötralize edilir. Böylece, Rh isoimmünizasyonu önlenmiş olur ve sonraki gebelikte fetüs korunur.

Bu yöntem, gebe popülasyonda hemen hemen tüm Rh sensitizasyonunu önlemede başarı sağlamıştır. Hepsini önlememesinin nedeni, bazı kadınların fetüsten plasenta yoluyla periyodik olarak kan almasıdır. Günümüzde bunu önlemek için gebeliğin geç döneminde (28-30 haftalar) henüz sensitizasyon bulgusu göstermeyen kadınlara profilaktik olarak immünglobulin uygulanmaktadır. Beklentilerin aksine, gebelik sırasında anneye anti-D immünglobulin verilmesi fetüsü ters yönde etkilemez. Bazen fetomaternal kanama olasılığının artmış olduğu durumlarda (örneğin, düşük, dış gebelik, koryon villüs biyopsisi, amniosentez, uterus manipülasyonu), anti D-immünglobulin uygulanabilir.

Doğum hekiminin malpraktis iddialarıyla karşı karşıya kalmaması için aşağıdaki noktalara dikkat etmesi gerekir:

Eşler farklı Rh faktörlerine sahiplerse, bunları belirlemek için özen gösterilmelidir. Yeterli ve doğru bir anamnez alınmasının yanı sıra uygun

doğrulayıcı testlerin yapılması önemlidir. Anne ve babaya, hemolitik hastalık ve bu hastalığın çocukları üzerine olan etkisi ile ilgili ayrıntılar konusunda açıklamalarda bulunulduktan sonra rızalarının alınması şarttır. ²

Doğum hekimi, annenin sensitizasyon durumunu dikkatle değerlendirmesinin yanı sıra gebelik sırasında amnion sıvısı pigmenti ve annedeki titreler ile ilgili izleme testlerini de yapmalıdır.

Rh isoimmünizasyonu açısından risk altında bulunan kadınlara özellikle 28-30 haftalarda ve doğumdan sonra yeterli dozda RhoGAM uygulanmalıdır. Fetüs yeterli derecede olgunsa, doğumla zamanında müdahale edilerek veya intrauterin fetal transfüzyonla intrauterin fetüs ölümü önlenabilir.¹

Çocuk hekimi, doğumdan önce haberdar edilmelidir. Bu sadece iyi bir uygulama olmayıp aynı zamanda tam zamanında yapılan transfüzyon ve fototerapinin çocuğa olan zararlarını ortadan kaldırabilir veya azaltabilir. Davalı hekimin, anne ve babayı riskler konusunda gerektiği şekilde haberdar etmemiş veya usulüne uygun bir anamnez almamış olması nedeniyle ihmali bulunuyorsa, çocuk hekiminin başarılı bir şekilde müdahalede bulunması durumunda, hekime karşı taktir edilecek olan tazminat miktarı azalabilir.²

Bu durumdan etkilenmiş olan bebeklerin zamanında tedavisi ile kalıcı nörolojik hasarlar önlenmelidir. Fototerapi veya yeni doğan bebekte kan değişimini hedef alan transfüzyonla kernikterus önlenmelidir.¹

KAYNAKLAR

1. Friedman, E.A : Rh Sensitization in Pregnancy, In : Borten, M., Friedman, E. (Editors) : Legal Principles and Practice in Obstetrics and Gynecology, Volume II, Year Book Medical Publishers, pp.147-173.
2. Mandell, M. S : Medicolegal Problems and Responsibilities, In : Nichols, D.H., Evrard, J.R (Editors) : Ambulatory Gynecology, Harper and Row, Publishers, Philadelphia, 1985, p. 510.

Gebelikte Hipertansif Hastalıklarla İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Sadi Çağdır / Murat Eke

Hekimin annedeki hipertansif hastalığı dikkate almaması, fetüste hasar veya ölümle ilgili malpraktis davalarının üçte birinden fazlasında önemli bir faktördür.

Gebelik sırasında hipertansif hastalıklar, ya gebelik sonucunda hipertansif hale gelen normal tansiyonlu kadınlarda ya da daha önceden kardiovasküler veya renovasküler hastalığa bağlı hipertansiyonu bulunan kadınlarda görülebilir. Gebelikte ilgili hipertansiyon, ödem ve proteinüri ile birlikte olmayan kan basıncı yükselmesi ile kendini gösterir. Gebeliğin son aylarında gelişebilen kan basıncının yükselişi, proteinüri ve yaygın ödeme belirgin olan duruma preeklampsi denir. Eklampsi ise konvülsiyonlar ve koma ile belirgin olan ve yaşamı tehdit eden bir durumdur.

Anne ölümü, beyin kanaması, solunum yetmezliği veya kardiovasküler kollaps sonucunda meydana gelebilir. Fetüs, akut veya kronik hipoksi nedeniyle tehlike altındadır.

ANNEDEKİ HİPERTANSİYONUN ADLİ TIP AÇISINDAN ÖNEMİ

Annedeki hipertansiyon, fetüsteki hasarla ilgili malpraktis davalarında önemli bir faktördür. Tedavi edilmemiş olan hipertansiyonun, fetüsün ölümünün veya fetüsteki hasarın nedeni olduğu iddia edilebilir. Hipertansiyonun ilerleyişi, fetüste ve annede tehlike olasılığını artırır.

Hekimler genellikle ileri derecedeki hipertansiyonu dikkate aldıklarından, bu tür bir tansiyonu tedavi etmeden kaynaklanan davalar nadirdir. Çoğu malpraktis iddiası, sonunda annede ve fetüste kötü sonuçlara yol açan orta derecedeki hipertansiyonun erken bulgularının hekim tarafından dikkate alınmaması ile ilgilidir.

ANNEDEKİ HİPERTANSİYONUN FETÜS ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Akut veya kronik hipoksi durumu hızla ilerleme gösterirse, annedeki hipertansiyon fetüste gelişme geriliğine yol açar. Non-stres testi veya oksitosin stres testi, muayene sırasında rahim içindeki fetüsün durumunun doğru olarak değerlendirilmesine olanak sağlar. Bununla birlikte, bu testler hastalığın ilerleyişi hakkında önceden bilgi vermeyebilir. Gebeliğe bağlı hipertansiyon, ilerleyici bir hastalıktır. Bununla birlikte, hastalık hafif şekline denilen ileri şekline oldukça hızlı olarak ilerleyebilir.

HİPERTANSİYONUN ANNE ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Gebelikte ihmal edilen hipertansif komplikasyonlardan kaynaklanan en sık iddialar fetüsteki hasarla ilgili olmasına rağmen, annedeki hasardan (beyin kanaması sekeli ve plasenta dekolmanının komplikasyonları) kaynaklanan davalar da asla nadir değildir.

BELİRTİLER VE SEMPTOMLAR

1. Ödem ve Kilo Alma

Gebelikte ödem ve kilo alma beklenmesine rağmen, bunlar ayrıca preeklampsinin gelişimini haber verebilirler. Bu konudaki şüphe, her gebelik muayenesinde bunların ilerleyişinin ve derecesinin doğru bir şekilde değerlendirilmesine dayanır. Preeklampsiye bağlı ödem, kendisini sıvı retansiyonuna bağlı ani kilo alış ile gösterebilen merkezi bir ödemdir. Haftada yaklaşık olarak 1 kg veya dört haftada 3 kg dan fazla kilo alma önemlidir. Yüzde, bacakların alt kısımlarında ve ellerde şişme oluşur. Ödemin derecesi, pretibial bölgede deriye bastırıldığında dokularda oluşan gode durumu ile belirlenebilir.

Tamamen doğru olmamasına rağmen, çevirme testi, preeklampsinin gelişimine eğilimli olan kadınların belirlenmesinde yardımcı olabilir. Bu test gebeliğin 28 ila 32 inci haftaları arasında yapılır. Bu testle hasta bacaklar dizden hafif bükülü iken yan olarak sırtüstü yatma pozisyonundan sırtüstü pozisyonuna dönderilir. Diastolik basıncı en azından 20 mmHg değerinde yükselme gösteren gebe kadınların çoğunda hipertansif komplikasyonların geliştiği gösterilmiştir.

2. Kan Basıncı Yükselmesinin Yorumlanması

Gebelikte hipertansif bozuklukların tedavisi, antepartum bakım

sırasındaki kan basıncı yükselmelerinin doğru bir şekilde yorumlanmasına bağlıdır. Kan basıncının yanlış yorumlanması ile ilgili malpraktis olgularının büyük çoğunluğu kolayca önlenabilir.

Annenin kan basıncındaki yükselmelerin yorumlanması konusunda ki standartların ihlali ile ilgili iddialar, kabul edilmiş aşağıdaki temel prensiplere uyulduğu takdirde önlenabilir: 3,4

1. İlk prenatal muayenede belirlenen diastolik kan basıncı düzeyleri baseline değerleri olarak kabul edilir. Bazı uzmanlar söz konusu gebelikten önce elde edilmiş olan kan basıncı düzeylerinin ortalamasını kullanarak, bu baseline değerinin düzeltilmesini yaparlar.

2. Baseline değerlerinin üzerinde sistolik kan basıncında 30 mmHg yükselme veya diastolik kan basıncında 15 mmHg yükselme anlamlı bir hipertansiyonun varlığını gösterir. Böyle bir durumda gestasyonel hipertansiyon veya preeklampsi akla getirilmelidir.

3. Baseline kan basıncı ne olursa, sistolik 140 mmHg, diastolik 90 mmHg değerindeki kan basıncı hipertansiyonu (esansiyel hipertansiyon, gestasyonel hipertansiyon veya diğerleri) gösterir.

4. Bu kriterlerin geçerliliği sadece aşağıdaki durumların varlığında ekarte edilebilir: a. yaklaşık olarak 30 dakikalık bir istirahat döneminden sonra hem sistolik hem de diastolik kan basınçlarının normal sınırlar içine dönmesi; veya b. ilk bulguyu izleyen altı saat içinde kan basıncının normal sınırlar içine dönmesi ve yükselmenin daha sonra tekrarlamaması. Bir gebe kadında altı saat arayla yüksek kan basıncının bulunuşu hipertansiyon tanısını koydurur.

Yukardaki kriterler isteğe bağlı gibi görünmekte ise de, bunlar, bu kan basıncı yükselmelerinin gebe kadın ve onun doğmamış olan çocuğu açısından büyük risk oluşturduğunu gösteren klinik tecrübeye dayanmaktadır. Ne yazık ki, birçok hekim, hatta doğum hekimleri bile, annedeki kan basıncı yükselmeleri ile ilgili riskler konusundaki bu kriterleri bilmemektedir.

Bununla birlikte, malpraktis konusuyla uğraşan hukukçuların ve uzmanların hipertansiyon için kullanılan kriterleri iyice bilmeleri gerekir. Ayrıca bunlar, doğum hekimi uygun bir şekilde hareket etmediğinde normalin üst hududundaki kan basıncı değerlerinin bile perinatal mortalitede anlamlı bir artışa neden olduğunu bilmelidir.

Hekimin konu ile ilgili başka bir ihmali (kusuru), hastanın kan basıncını doğru bir şekilde tespit etmek için yeterli çaba göstermeyen eğitimsiz bir kimseye kan basıncını ölçme görevini vermesidir. Bu gibi durumlarda prenatal kayıtlar sıklıkla antenatal muayenelerde aynı sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinin kaydedilmiş olduğunu gösterir.

3. Proteinüri

İdrarda proteinin (albuminin) bulunuşuna proteinüri (albuminüri) denir. Proteinüri ister preeklampside isterse böbrek hastalığında görülsün, kan basıncındaki yükselmelerde olduğu gibi, perinatal mortalite artışı ile bir-

liktedir. Albumin idrarda eser miktarlarda bulunduğunda dahi, önemli bir bulgudur. Çünkü bazen geçici olmasına rağmen, çoğu kez hastalığa işaret eder. Genellikle preeklampside ortaya çıkan önemli bir bulgudur. İdrarda albuminin varlığını belirlemek için her prenatal muayenede idrar analizi yapılmalıdır.

4. Diğer Belirtiler

Şiddetli baş ağrısı, görme bulanıklığı, epigastrium bölgesinde ağrı preeklampsinin geç belirtileri olup konvülsiyonların yakında meydana geleceğini gösterirler. Preeklampsinin ağır şeklinde “HELLP” sendromu denilen bir durum görülebilir. Bu sendromda hipertansiyon, karaciğer enzim seviyelerinde yükselme ve trombositopeni söz konusudur. Bilirubinemi ve pıhtılaşma mekanizmasının bozukluğu da dahil olmak üzere karaciğer fonksiyonlarının bozulması, çoğu kez bu sendromu karakterize eder.

FETÜSÜN DURUMUNUN İZLENMESİ

Annede hipertansiyonun varlığı, fetüsün durumunun incelenmesini gerektirir. Bu amaçla non-stres testi veya oksitosin stres testi yapılabilir. Sonografi özellikle fetüsün yaşının ve büyüklüğünün doğrulanmasında önem taşır. Bu nokta doğum düşünüldüğünde önemlidir. Seri halde yapılan sonografi ve fundus yüksekliğinin ölçümü de fetüsün büyüklüğü ve intrauterin gelişim geriliği hakkında bilgi verir.

Seri halde sonografi yapılması değerli bilgi vermesine rağmen, bu tür incelemenin her gebelikte yapılması gerekli değildir. Seri halde sonografi sadece potansiyel sorunlar bulunduğu yapılır.

Son yıllarda, bu testlerin hipertansif komplikasyon tanısının koyulduğu zaman ile doğum arasında periyodik olarak yapılması gerektiği konusu yaygın şekilde kabul görmüştür. Bu testler pratik yorumlamaya ve tedavi ile ilgili girişimlere olanak sağlar.

2 değerindeki lesitin / sfingomiyelin (L/S) oranı fetüsün akciğerinin olgunluğunu gösterir. Bu test amnion sıvısında yapılır. Yeterli sürfaktanın varlığında alveoller kollabe olmazlar.

Amnion sıvısında 2 mg ve daha fazla değerde kreatinin tespit edilişi, 36 ncı gebelik haftasının tamamlandığını gösterir.

Amnion sıvısında fosfatidilgliserolün varlığı, akciğerlerin olgunluk durumunu ve gebelik süresinin de 35 haftayı aştığını gösterir.

Ultrasonografik incelemede “üçüncü evredeki plasenta” bulgusunun varlığı, gebeliğin miadına ulaşmış olduğunu gösterir.

Teorik olarak, doğum hekimi aşağıdaki konularda yanılığa düşebilir: 1. Çok erken müdahale sonucunda prematüre doğum ile fetüste hasar oluşur. 2. Gebeliğin gereksiz yere uzatılması sonucunda fetüs hipertansiyona bağlı değişikliklerle etkilenir.

Malpraktis iddialarının gözden geçirilmesi bir bakıma hekimlerin

genel tutumunu gösterir. Yapılan incelemeler yukarda belirtilen basit kuralların sıklıkla ihmal edildiğini göstermiştir. Çoğu olgularda bu tür ihmaller, davacının lehine kararın verilmesine yol açar.

HİPERTANSİF HASTALIĞIN TEDAVİSİ

Birçok kimse hafif derecede hipertansiyonda hekimin hemen harekete geçmesi gerekmediğini sanır. Bununla birlikte, tıp literatürü tedavi edilmeyen hipertansiyonun perinatal ölüm veya hasar olasılığını önemli derecede artırdığını göstermektedir.

1. Hastaneye Yatırma ve Poliklinik Tedavisi

Bazı uzmanlar fetal distres (fetüste sıkıntı hali) bulunmadığında, hafif veya orta derecedeki hipertansif hastalığın poliklinikte tedavisini benimsemektedir. Bununla birlikte, çoğu çağdaş tıp kitabında preeklampsi veya gestasyonel hipertansiyon tespit edilir edilmez hemen hastaneye yatırılma gereksinimi bulunduğu vurgulanmaktadır.

Hipertansif olgu poliklinikte ele alındığında, fetüsün durumu ile ilgili incelemeler sık olarak (haftada iki kez) yapılmalıdır. Annenin durumu hekim tarafından yakından izlenmelidir. Hastalıkta ilerleme olduğunda, hasta hastaneye yatırılmalıdır. 150/95 veya daha yüksek değerlerdeki hipertansiyonun ya da 24 saatlik idrarda 1 g/L veya daha fazla seviyede proteinürinin bulunuşu hastaneye yatırılmanın gerekliliğini gösterir. Bir gebe kadında +1 değerinde proteinüri, ilerleyici ödem, baş ağrısı, idrar çıkışında azalma ve görme bulanıklığı bulunuyorsa, hafif derecelerdeki hipertansiyon da hastaneye yatırılmayı gerektirir.

Çoğu hekimler, ilk gözlemleri izleyen altı saatte yüksek kan basıncının bulunuşu ile preeklampsi veya gestasyonel hipertansiyon kriterleri kanıtlandıktan sonra, hastanın gebeliğinin geri kalan süresi boyunca hastanede yatması gerektiği konusunda fikirbirliği içindedir.

2. Yüksek Riskli Olgu Merkezlerine Nakil

Günümüzde gebeliğin hipertansif komplikasyonlarının tedavisi, bu hastalığın tedavisi konusunda eğitim görmemiş ve tecrübesi bulunmayan hekimlere yaptırılmamaktadır. Hipertansif hastalıklı gebelerin erkenden yüksek riskli olgu merkezlerine nakledilmesi büyük önem taşımaktadır. Günümüzde preeklampsi ve gestasyonel hipertansiyon olgularının tedavisinin küçük bölge hastanelerinde yapılması haklı görülemez. Hastanın perinatal merkezlere naklinin güçlük gösterdiği durumlar buna istisna oluşturur.

Hastaneye yatırılmış preeklampitik hastaların arzulanan tedavisi ile ilgili yanlış düşünceler sıktır. Ağır maternal veya fetal komplikasyonlar gelişmeden önce tedbirli bir yol izlenmelidir. Bu tür hastaların tedavisi

doğru karar verilmesini ve büyük bir tecrübeyi gerektirir. Yüksek riskli olgu merkezlerinde çalışan hekimlerin, kendi başına çalışan hekimlere nazaran hipertansif hastalıkların tedavisi konusunda hünerleri daha fazladır.

Preeklampsi annede diabet, çoğul gebelik veya anormal fetüs prezentasyonları gibi gebeliğin diğer komplikasyonları ile birlikte olduğunda özel güçlükler ortaya çıkar. Bu gibi durumlarda ortaya çıkan karmaşık sorunlara standard ders kitaplarında cevap bulunamaz. Bunun için tecrübe gerekir. Çünkü açık örnekler veya yayınlanmış standard kurallar bulunmadığında, hekimin karar vermesi gerekecektir. Bu gibi durumlarda orta derecede tecrübesi bulunan hekimlerin önemli bir karar verirken şaşkınlıkları çoğu kez malpraktis iddiasına yol açar. Tecrübeli uzmanlarla konsültasyon, uygun olmayan sonuçların meydana gelme olasılığının azalmasına büyük ölçüde katkıda bulunur.

3. Konservatif ve Agresif Yaklaşımlar

Çoğu uzmanların görüşüne göre, olgunun ele alınışı, hastaneye yatırılma zamanında hastalığın şiddetine, gebeliğin süresine ve dolayısıyla fetüsün olgunluk durumuna, fetüsün durumunu gösteren incelemelerin sonucuna ve hastaneye yatırılmadan sonra hastalığın izlediği seyre bağlılık gösterir. Genelde, tedavi planı fetüsün akciğerinin olgunluk durumu belirlenmeden önce konservatif niteliklidir. Fetüs olgunluk durumuna ulaştıktan sonra ve bazen annenin ya da fetüsün yaşamı tehlikeye girdiğinde, tedavi şekli agresif (acil doğum) olmaya eğilim gösterir.

Konservatif Tedavi

a. Hafif Preeklampsi

Hafif şiddetteki olgularda konservatif tedavi, fetüsün akciğer olgunluk testlerine dayanılarak yaşayabilme yeteneğine sahip olan bir fetüs doğacağına karar verinceye kadar, yatak istirahati, yüksek sodyum alımından kaçınılması, annenin kan basıncının ve fetüsün durumunun sık olarak izlenmesinden oluşur. Oliguri bulunmadıkça, diüretikler kullanılmaz.

Konservatif tedavi ile ilgili önemli bir sorun, gebe kadınlarda esansiyel hipertansiyon, gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi kriterlerinin sıklıkla bilinmemesidir.

b. Şiddetli Preeklampsi ve Eklampsi

Gebelikte hipertansif hastalık ve çeşitli tedavi yöntemleri ile ilgili pek çok sorun bulunmaktadır. Gestasyonel hipertansiyonun en önemli mekanizmasının vazospasm, damar direncinin artışı, annede hipovolemi (kan miktarında azalma) ve uterus dolaşımındaki azalma olduğu söylenebilir. Tedavi bulguların (kan basıncının azalması, konvülsiyonların kontrolü, elektrolit denge bozukluklarının ve kan hacminin düzeltilmesi) düzeltilmesine

yöneliktir.

Tedavide kullanılan magnezyum sülfat eklamptik konvülsiyon olasılığını azaltır ve kan basıncının düşmesi üzerine etki eder.

4. Fetüsün Doğumu

Preeklampsia veya gestasyonel hipertansiyon hafif olduğunda ve fetüs akciğer olgunluğuna ulaşmadığında, doğum konusunda karar verilirken belli ölçüde değerlendirme serbestisi bulunur. Bununla birlikte, hipertansif bozukluk hatta fetüs akciğer olgunluğuna ulaşmadan önce dahi birçok durumda doğuma endikasyon oluşturur. Östriol seviyelerinde düşme, fetal distress ve konvülsiyonlarla eklampsinin gelişimi acil doğuma işaret edebilen bulgulardır.

İlerleyici eklampsia olgularında yaşayabilme yeteneğine sahip olabilen bir fetüsün doğurtulabileceği zamana kadar gebeliğin devam etmesine olanak sağlamasından az yarar beklenebileceği genellikle kabul edilmektedir. Klasik obstetrik kitaplarında gestasyonel veya esansiyel hipertansiyonlu hastaların, fetüs akciğeri olgunluğa eriştikten sonra doğurtulması gerektiği ve artık beklenen doğum tarihinin beklenmemesi noktası bildirilmektedir.

Modern neonatal teknoloji, akciğer olgunluğuna ulaştıktan sonra doğurtulan bir fetüse %100 oranında yaşama şansı sağlamaktadır. Bu nedenle, 170/110 mmHg ya yaklaşan kan basıncı yükselmeleri ile birlikte olan ilerleyici preeklampsia karşısında doğumun ertelenmesi tamamen haklı görülemez. Ne yazık ki, doğum hekimleri hemen hemen daima miadından önce doğan ve prematüre olan fetüslerin yaşama olasılığını küçümsemektedir. Doğum hekimi her yüksek riskli gebelik olgusunda karar verirken, acil doğuma karşılık gebeliğin devam ettirilmesi konusunda risk / yarar oranını doğru bir şekilde değerlendirmesi gerekir. Bu gibi durumlarda perinatolog ve neonatolog gibi uzmanlarla konsültasyon yapılması gerekir. Tüm konsültasyonlar belgelenmeli ve kaydedilmelidir.

Gebeliğin beklenen doğum tarihinin ötesine uzatılması fetüs açısından yarar sağlamaz. Bu nedenle, bu gibi durumlarda hipertansiyon bulunuyorsa gebeliğin devam ettirilmemesi temel bir kuraldır. Gebeliğin beklenen doğum tarihinin ötesine kadar uzatılmasının haklı görülemeyeceği konusunda tıbbi görüş birliği bulunmaktadır. Bu şekilde, gebeliğin 40 haftanın ötesine uzamasına izin verildiğinde ve hipertansif duruma bağlanabilen komplikasyonlar ortaya çıktığında, komplikasyonların beklenen doğum tarihinde veya daha önce yaptırılacak olan bir doğumla önlenmiş olabileceği anlaşılar. Bu tedavi prensibi gebeliğin tüm hipertansif komplikasyon çeşitlerine uygulanabilir.

Tüm preeklampsili veya gestasyonel hipertansiyonlu hastalar doğum için hastaneye yatırıldığında belgelenmiş fetal distress bulguları bulunmuyorsa, bazı hekimlerin gerekli hareket şekli konusunda belirsizlik içinde bulundukları görülür. Hastaneye yatırılma zamanında, hasta önemli derecede dolaşım bozukluğu ve metabolik dengesizlik içindedir. Bu durum

hastanede 12 ila 24 saatlik bir yatak istirahatinden sonra hemen hemen daima düzelir. Hastanedeki tedavi ile ödemin bir kısmı drene olur, böbrek fonksiyonu düzelir ve kan basıncı düşer. Hastanın dolaşım ve metabolizma durumu düzelir. Fetüsteki hipoksi durumu ile uterus dolaşımı, patolojik olaya eşlik eden metabolik asidoz düzelir. Tedavi ile uterus dolaşımında %50 oranında artış meydana geldiği belirlenmiştir.

Hastaneye yatırılmayı izleyen ilk 12 ila 24 saat zarfında fetüsün ve annenin durumunda düzelme meydana gelmesi beklenir. Bunun sonucunda, doğum 24 saat ertelenirse ve fetüs daha iyi bir metabolik denge içine girerse, annede ameliyat riski daha iyi bir şekil alır. Fetüsün kalp hızının izlenmesi ilerleyici fetal hipoksiyi göstermedikçe, hastaneye yatırılmayı izleyen 12 ila 24 saatte uygulanacak tedavi konservatif niteliktedir. Bununla birlikte, daha fazla bir süre erteleme durumunda ilk düzelme hali tersine dönebilir. Çok sayıda malpraktis davası, ağır preeklampsinin varlığında 24 saatlik yatak istirahatından sonra fetüsün yaşaması tama yakın bir kesinlikle garanti edildikten sonra doğumun ertelenmesinden kaynaklanmıştır.

ESANSİYEL HİPERTANSİYON

Esansiyel hipertansiyonun tedavisi gestasyonel hipertansiyondan farklıdır. Anlamlı derecedeki esansiyel hipertansiyon ilaç tedavisine gereksinim gösterir. Buna karşın, genel tıbbi kanıda gestasyonel hipertansiyonun ilaçlarla tedavisi benimsenmemektedir. Bunun yegane istisnası, ikinci trimestirde gelişen hipertansif komplikasyonlardır. Esansiyel hipertansiyonun gebeliğin erken döneminde başlanan Aldomet gibi ilaçlarla tedavisi konusunda genel bir görüş birliği bulunmaktadır. Bununla birlikte, bu iki durumun ele alınışı büyük ölçüde birbirine benzerlik gösterir : fetüsün durumu ile ilgili incelemeler ve doğumun mümkün olduğunca erken yapılması

Esansiyel hipertansiyonda etkin tedavi programının sağlanması, çoğu kez gebeliğin fetüsün yaşama yeteneğini ve hatta olgunluğunu kazanacağı zamana kadar devamına olanak sağlar. Bununla birlikte, etkin kontrolün devam ettirilmesi güçtür. Kan basıncının kontrol altına alınamaması fetüs açısından hızla uygun olmayan uterus ortamı oluşturur. Buna karşın, hipotansiyona yol açan aşırı kontrol da hipoksiye bağlı olarak fetüsün tehlikeye girmesine neden olur. Bu nedenle, fetüsün gelişiminin sonografik olarak düzenli bir şekilde incelenmesi gerekir. Bu önlemler, iyi eğitim görmüş uzmanların incelemesini ve hastaların iyi aygıtlara sahip olan yüksek riskli olgu merkezlerine yatırılmasını gerektirir

KABUL EDİLEN STANDARTLARDAN SAPMA DURUMLARI

Fetüste hasarı ilgilendiren malpraktis davalarının hemen hemen

yarısında annede hipertansiyon durumu söz konusudur. Gebelikte bu komplikasyonun bulunuşu, malpraktis riskini yaklaşık olarak on misli artırır.

Preeklampsinin tanısı için testler uygulanırken, standard obstetrik uygulama yapılmazsa, uygulanan tedavi standard uygulamaya uymazsa ve böyle bir tedavi sonucunda hasta zarara uğrarsa, hekim sorumlu duruma düşebilir.²

Gebelikte hipertansiyonun olumsuz etkilerinin genellikle önlenememesi nedeniyle, preeklampsi ve eklampsinin erken belirti ve semptomlarının aranması konusunda özel bir dikkat gösterilmelidir. Davacı hasta, hekimin ihmali ile ispatlayabildiği takdirde, hekimin savunması geçersiz olur.²

Preeklampsi olgularında iyi bir prenatal bakım şarttır. Hekim hastayı kilo alışı, hipertansiyon, proteinüri ve ödem yönünden sık aralıklarla muayene etmelidir. Bu semptomların belirlenmesi için gereken testleri uygulamayan bir hekim malpraktis davası ile karşı karşıya kalabilir.

Preeklampsi ve eklampsinin tedavisinde ihmali bulunan bir hekim hakkında dava açılabilir.²

Gebelikte ilgili hipertansif hastalıklara ilişkin kabul edilmiş uygulama standartlarından sapmaların malpraktis davasına yol açması muhtemeldir. Uygulama standartlarından en sık sapma durumları şunlardır:

1. Hastanın baseline kan basıncını gerektiği şekilde belirleyememe ve preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon ve esansiyel hipertansiyon durumları ile ilgili kriterleri uygulayamama.

2. Ani ve aşırı kilo alımı, orta derecede ve şimdiye kadar önemsiz olan kan basıncı yükselmeleri ve hafif proteinüri gibi preeklampsinin prodromal bulgu ve semptomlarına dikkat edilmemesi.

3. Prenatal muayenelerde sınırdaki bulunan ancak sıkıca izlenmesi önem taşıyan kan basıncı yükselmelerine aldırılmaması.

4. Hafif hipertansiyonu bulunan hastaların hastaneye yatırılmaması ve fetüsün durumunun sık aralıklarla izlenmemesi.

5. Baseline kan basıncı değerinin uygun bir şekilde seçilmemesi.

6. Minimal kan basıncı yükselmelerinin iki kez kontrol edilmemesi (Böyle bir ihmal erken tanı koyma veya tanıyı ekarte etme olasılığını ortadan kaldırır).

7. Gebeliğe bağlı hipertansiyon tanısının koyulması için hem sistolik hem de diastolik kan basınçlarının yükselmesi gerektiği şeklindeki yanlış düşünce.

8. Sistolik basıncın 140 mmHg'nın, diastolik basıncın ise 90 mmHg'nın altında olduğu kan basıncı seviyelerinin hipertansiyon kriterleri olarak tanımlanmadığı şeklindeki yanlış düşünce.

9. İkinci trimestirdeki hipertansiyonun hastaneye yatırılmayı gerektirmediği şeklindeki yanlış düşünce.

10. İlerleyici özellikteki gestasyonel hipertansiyonun varlığında, fetüs akciğer olgunluğuna ulaştıktan sonra doğumun yaptırılmaması.

11. Kanıtlanmış esansiyel hipertansiyonun varlığında fetüsün gelişiminin değerlendirilmesi için seri halde ultrason incelemelerinin

yapılmaması.

12. İleri dönemdeki gebelik sırasında esansiyel hipertansiyonun varlığına rağmen, fetüsün olgunluk durumu ile ilgili incelemelerin yanı sıra kalp hızının elektronik izleme teknikleri ile izlenmemesi.

13. Anlamlı hipertansiyonun (esansiyel veya gestasyonel) varlığında gebeliğin miadın ötesine kadar devam etmesine izin verilmesi.

14. Preeklampsili olguların yeterli yoğun bakım ve neonatal bakım imkanları bulunmayan hastanelerde ele alınması.

15. Hipertansif hastalıkların yüksek riskli obstetrik olguları konusunda yeterli tecrübesi olmayan hekimler tarafından ele alınması.

16. Görevli hekimin deneyimini aşan karmaşık klinik durumlarda konsültasyon istenmemesi.

MALPRAKTİSLE İLGİLİ DAVALARDAN KAÇINMA YOLLARI

Hipertansiyonlu olgularda sorumluluğun doğum hekimi ile iç hastalıkları uzmanı arasında karşılıklı paylaşılması arzulanır. Gebeliğe bağlı hipertansiyonda sorumluluk genellikle doğum hekimine aittir. Bu çeşit olgularda genç hekimlere yol gösterici nitelikte olan tedavi protokolleri düzenlenmelidir. Bulguların kaydı yapılmalı ve alınan kararlar yazılmalıdır.

İyi bir antenatal bakım, erken ve yeterli tedavi, tecrübeli uzmanların görüşlerine başvurma, hastaya ayrıntılı açıklamalarda bulunulması, kayıtların doğru bir şekilde tutulması ve imzalanması gerekir. Bu çeşit bir tutum şikayetleri önleyecek, doktorları ve ebeleri davalardan koruyacaktır.

KAYNAKLAR

1. Anderson, M : Medico-Legal Problems in Obstetrics, In : Lewis, T.L.T., Chamberlain, G.V.P (Editors) : Obstetrics by Ten Teachers, Edward Arnold, London, Melbourne, Auckland, 1990, pp. 333-344.
2. Fineberg, K. S., Peters, J. D., Willson, J. R., Kroll, D. A : Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan, 1984, pp. 369-374.
3. Goldsmith, L. S: Medical Malpractice : Guide to Medical Issues, Matthew Bender, 1989, pp.100/1-100/35.
4. Iffy, L : Obstetrics, In : Wecht, C. H., Preiser, S.E., Preiser, M. L (Editors) : Preparing and Winning Medical Negligence Cases, Second Edition, Volume 2, The Michie Company, Law Publishers, Charlottesville, Virginia, 1989, pp.251-258.
5. Mandell, M. S : Medicolegal Problems and Responsibilities, In : Nichols, D. H., Evrard, J. R (Editors) : Ambulatory Gynecology, Harper and Row, Publishers, Philadelphia, 1985, p. 510.

Obstetrikte İlaç Uygulaması ile İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Murat Eke / Sadi Çağdır

Gebelik sırasında ilaç veren veya yazan bir hekime, 1. ilaç yazmadan önce ilaç hakkında bilgisinin olmaması, 2. ilacı yazmadan önce gebeliğin tanısını koymaması, 3. hastayı muayene etmemesi, 4. ilaç yapımcısının uyarılarını göz önünde bulundurmaması nedenleriyle sorumluluk yüklenebilir.

Hekimin ilaç yazımı ile ilgili sorumluluğundan genel olarak kısaca bahsedilmesi, konunun anlaşılabilmesi açısından yararlı olacaktır. Hekimin ilaç yazımı konusunda sorumluluğu, esas olarak, uygun bakımla ilgili genel standartlara göre belirlenir. Hekim ilaç yazma ve reaktif semptomların üstesinden gelme konularında gerekli olan beceri, dikkat ve bilgiyi gösterdiği taktirde, sorumlu tutulamaz. Hekim uygulayacağı ilaçların özelliklerini, yan etkilerini ve bunlarla ilgili tehlikeleri bilmek ve anlamak zorunluluğundadır. Sorumlu duruma düşmemesi açısından ilaç imalatçısı tarafından bildirilmiş olan uyarıları bilmesi gerekir. Kullanılacak ilaçla ilgili uyarılar bulunduğu, hastaya ortaya çıkabilecek riskler konusunda aydınlatma yapılmalı ve ona tedaviyi kabul edip etmeme konusunda seçim hakkı verilmelidir. Bununla birlikte, bir reaksiyon olasılığının bilinmemesi, ihmal ile ilgili açık bir delil niteliğindedir. Ters reaksiyonları olan bir ilacın yazımının sürdürülmesi, hekimin suçlanmasına yol açabilir. Bir hastalık için verilen ilacın uygunluğu göz önüne alınmalıdır. Hastalığın tedavisinde ters reaksiyon veren bir ilacın kullanılması halinde, ilacın uygunluğu ile ilgili bir sorun ortaya çıkar. Verilen ilaç, gerekli bakım standardına göre, teşhis edilen hastalık için uygun bir ilaç değilse, ihmal suçu yüklenebilir. Hastalığın belirtilerini hafifletici olabilen daha az toksik özelliği bulunan veya allerjik bir reaksiyon meydana getirmesi daha az muhtemel olan başka bir ilaç varsa, bu alternatif ilacın yazılması daha akıllıca bir tutumdur. ^{2,5}

Hekim, ilaç yazarken, tedavi ile ilgili aksiliklerden kaçınmak için, aşağıdaki noktalara dikkat etmelidir : (1) Bir hekim ters reaksiyona yol açması olasılığı bilinen bir ilacı yazmadan önce, ters reaksiyonun meydana gelmesinin muhtemel olup olmadığını belirlemek amacıyla yeter derecede çaba göstermesi yasal açıdan bir görevdir. (2) Bir ilaca karşı ortaya çıkan allerjik durum için bir deri testi genel olarak ön bir tedbir şeklinde önerilmiş

ise, testin yapılmaması veya sonuçlarına aldırış edilmemesi halinde, ters reaksiyondan hekim sorumlu tutulabilir. (3) Hekimin ilaç reçetelerinin yazılması ve ilacın uygulanması ile ilgili olarak yeter derecede ustalık ve ihtimam göstermesi gerekir. Bütün ilaçlar "kaçınılmaz olarak tehlikelidir", yani, bütün ilaçların kabul edilmiş yan etkileri bulunmaktadır. Sadece yan etkilerin ortaya çıkması bir ihmalkarlık durumunun doğmasına neden olmaz. Fakat hekimin, hastanın kabul edilmiş riskler hakkında dikkatini çekme, avantajlar ve risklerle ilgili önerilerde bulunma yükümlülüğü mevcuttur. İlaç alınırken meydana gelebilecek yan etkiler konusunda hastayı uyarmayan hekim sorumlu tutulur. Hekimin sürekli özellikteki yan etki olasılıklarını hasta ile tartışması gerekir.²

Hekim kullandığı ilacın hastalığın etkin tedavisinde uygun olduğundan emin bulunduğu sürece, ters reaksiyon olasılığının bulunduğunu bilmesine, riskleri göze almanın gerekli olduğunu hissetmesine rağmen, kararını hastaya bildirmeli ve yasal açıdan korunabilmesi amacıyla ilacın yazılması konusunda hastanın rızasını almalıdır. Şiddetli ters reaksiyon oluşturduğu bilinen bir ilaç, önemsiz bir şikayet için kullanılmamalıdır.²

Hekim hastanın kabul edilmiş risklere karşı duyarlılık durumunu araştırmalıdır. Aşırı duyarlılık ile ilgili uygun testlerin yapılması gerekli olabilir. Hastanın belli ilaçlara karşı daha önceden gösterdiği tepkiler ile ilgili anamnezi araştırılmalıdır.^{1,4}

Reçete yazılırken hastanın tedavisine yönelik ilaçlar ve bunların ne şekilde ve ne kadar süre ile kullanılacağı belirtilmelidir. İlaçların yan tesirleri varsa sağlık karnesine yazılmalıdır. Yan tesirleri olan bir ilacın kullanılmasından doğan zarardan hekim de sorumludur. Bu sorumluluktan ancak hastaya yan etkilerin anlatıldığına ispat edilmesiyle kurtulmak mümkündür. Bu husus reçete veya sağlık karnesine yazılmamış ise ispatı zorlaşacaktır.^{1,4}

İlacın kullanılması eksik ve hatalı olarak hastaya aktarılmış ya da reçete yazılmasında hata yapılmış ise, hekimin kusurdan doğan bir sorumluluğu ortaya çıkacaktır. Ayrıca ilacın yan tesirleri veya yapım hatası varsa ve hekim tarafından bilinmesine rağmen hastaya anlatılmamış ise yine sorumluluğu ortaya çıkacaktır.^{1,4}

Bazı yazarlar kadınların gebelikleri sırasında fazla ilaç kullandıklarını bildirmişlerdir. Doğum hekimi belki de araştırmacı farmakolog ile tedavi eden hekim arasındaki bilgi alışverişindeki kopukluk nedeniyle muhtemel konjenital defektleri göz önüne almayabilir. Bununla birlikte, suç sadece klinisyene ait değildir aynı zamanda baş ağrısından siyatige ve ayak bileğindeki ödeme kadar olan her şikayet için ilaca gereksinim duyan gebe kadın tarafından da paylaşılmalıdır. Gebelik sırasında en sık olarak ağrı, enfeksiyonlar, midede hiperasidite ve ayak bileğindeki ödem nedeniyle ilaç alınır. Bu şekilde bir gebe kadının gebeliğinin dokuz ayında dört farklı ilacı kullanması mutadır. Bunlar genellikle analjezikler, trankilizanlar, antibiotikler, antiasitler ve diüretiklerdir.

Hekimin, üreticinin ilaç hakkındaki literatürü "Hekimin Başvuru Kaynağı" ve diğer kaynakları gözden geçirdikten sonra, ilacın belli bir has-

taya güven içinde verilir verilmeyeceğini saptaması gerekir. Yararlar ters bir etki riskinden daha mı ağır basmaktadır? Burada hekim hastanın olası yararları elde etmesi için, kabul edilmiş olan risklere razı olup olmaması konusunda karar verirken yardımcı olan ehil bir uzman durumundadır. "Ehil uzman" sıfatıyla hekim önerilerde bulunur. Bununla birlikte, tedavinin seyrini belirlemede son hak hastaya aittir. Sık olarak, hekim hastanın karar verme hakkı yerine, kendi şahsi değerlendirmesini ortaya koymaya çalışır. Böyle bir hareket, hekim-hasta ilişkisinin sınırlarını aşarak gerçek dava konusunu oluşturacak durumlar yaratabilir. Hekim önerilerde bulunmalı ve hasta, karşılıklı görüş - alışverişi sonucunda bir karar vermelidir.^{1,4}

Belirli bir ilacın yazılması ve uygulaması konusundaki üretici talimatından sapma durumunun savunulması son derece güç olup bundan kaçınılmalıdır. Bir ilaç, belirlenmiş amaçlar dışında veya aşırı miktarda yahut üreticinin tavsiyesinden değişik bir şekilde kullanılırsa, hastanın rızasının alınmasına, gerekçenin ve rızanın belgelenmesine ve yakın bir gözlem durumunun sağlanmasına azami özen gösterilmelidir.^{1,4}

Annenin ilaçla tedavisinin, hem anneye hem de fetüse birçok yönden zarar vermesi muhtemeldir. Doğum hekimliğinde ilaç yazmadan önce, anneye ve fetüse olacak muhtemel yararlar ve zararlar göz önüne alınmalıdır. Yararların, zararlara daha ağır bastığı konusunda karar verilmelidir. Ne yazık ki, bu şekilde karar verdirecek verilere çoğu zaman sahip olamamaktayız. Bundan başka, bazı durumlarda annenin sağlayacağı muhtemel yarar, fetüste oluşacak muhtemel zararlar karşılaştırılmalı ve yararın fazla olduğu durumlarda ilaç kullanılmalıdır. Bu konu hekimi zor etik sorunlarla karşı karşıya bırakır.

Bazı tedavilerin fetüs açısından riskleri bulunduğu unutulmamalıdır. Gebelikte ilaç kullanımı minimum düzeyde tutulmalıdır. Hekim, gebelikte ilaç kullanımı konusunda tedbirli olmalıdır.¹

Hekimler, genellikle bir ilacın teratojenik etkilerine ilişkin bilgileri yapımcısından elde ederler. İlaç yapıcıları, bu çeşit etkiler konusunda hekimlerin uyarılmasından yasal olarak sorumludur. İlaç yapımcısının uyarılarının aksine uygulama yapan hekim malpraktis suçu işlemiş sayılır. Aynı durum, ilaç yazmadan önce hastayı muayene etmeyen, mevcut bir gebeliğin tanısını koymayan ve ilacın kullanımı gebelikte kontraendikasyon oluşturduğu halde onu yazan hekim için de geçerlidir. Hekim ilaç kutusunun içindeki prospektüs bilgilerini bilmekle yükümlüdür. ve bu bilgilere uygun olarak hareket etmemesinden dolayı sorumlú tutulabilir.¹

Birçok obstetrik hastası, kontrasepsiyon amacıyla her gün düzenli olarak bir doğum kontrol hâpı alır. Bu ilaç, gebelikte kontraendikasyon oluşturur. Bu nedenle, kadın gebe kalmayı arzuluyorsa, böyle bir uygulama içinde bulunan hastaya tehlikeleri bildirilmelidir. Oral kontraseptiflerin hastanın bebeği üzerinde teratojenik etkisi bulunduğu iddiasıyla davalar açılmıştır. Bütün kontraseptif ilaçlar veya kontraseptif araçlar konusunda, gerekli açıklamalardan sonra rızanın alınması noktası çok büyük önem taşır. Hasta karşılıklı görüş-alışverişine dayanan bir karara varabilmek için, her türlü gebeliği önleyici önlemlerle ilgili olan bütün riskler hakkında bil-

sonuçlanmış gebelikleri sırasında D.E.S ile tedavi edilmiş olan yaşları 14-25 arasında bulunan kadınlarda vaginada 100'den fazla berrak hücreli adenokarsinom, çok sayıda adenozis, servikal lezyonlar, transvers vaginal septum teşhis edilmiştir.³

Davalarda D.E.S nin imalatçıların aşağıdaki nedenlerle sorumlu tutulmasının gerektiği ileri sürülmüştür.³

1. ön raporlar muhtemel tehlikeleri gösterdiği halde ilacı yeterli olarak denememe,

2. bu amaçla ilacı piyasada satmak için bu çeşit sonuçları örtbas etme,

3. kullanımında mevcut bulunan tehlikeler konusunda uyardırma.

Günümüzde sorumluluk davalarının çoğunluğu davayı açan kişinin annesinin kullandığı D.E.S. preparatlarının imalatçısını kapsamaktadır. Bu davaların hemen tümünde suçlanan taraf preparatı yazan hekim değil fakat ilaç imalatçısıdır. Bununla birlikte, düşüklerin önlenmesinde DES un değerini belirlemek amacıyla gebe hastalara bilgileri olmaksızın DES ilacını verenler, hastanın aydınlatılmış rızasını almadıkları için suçlu bulunmuşlardır. Fiziksel bir hasarın olmadığı durumlarda ise hastaların kızları hakkındaki endişelerinden kaynaklanan ruhi bozukluklarla ilgili davalar ise kabul edilmemiştir. Birçok obstetrik hastası düzenli olarak oral kontraseptif kullanır. Bu uygulama hamilelik sırasında kontrendikedir. Bu nedenle, oral kontraseptif alan kadınlar bu preparatların kullanımındaki riskler hakkında bilgilendirilmeli ve eğer hasta hamile kalmak isterse ne şekilde ilaç alımının bırakılacağı açıklanmalıdır. Oral kontraseptiflerin fetüs üzerinde teratojenik etkide bulunduğu iddiası ile davalar açılmıştır.

Obstetrikte ilaç yazma ile ilgili sorunlar aşağıdaki durumlarla ilgili olabilir : 1. teratogenez, 2. fetüs üzerine olan diğer etkiler (kısa süreli ve uzun süreli), 3. fetüsün uterus içinde tedavisi, 4. gebeliğe özgü anne ile ilgili sorunlar, 5. ilaçların meme sütüne geçişi.

TERATOGENEZ

Birçok ilacın konjenital anormalliklere neden olabildiğine yaygın bir şekilde inanılmasına rağmen, nispeten az sayıdaki ilacın fetüste zarara yol açması muhtemeldir. Bu ilaçlar gebe olan veya gebe olabilen bir hastaya hiçbir zaman yazılmamalıdır. Yakın zamanlarda yayınlanmış olan bir kitapta ele alınan 600 ilaç arasından yalnızca beş tanesinin gebelikte kullanılmamasının gerektiği belirtilmiştir. Bu beş ilaçtan ikisi, phencyclidine ve clomiphen'dir. Bunların teratojenik olabildiği konusunda endişe mevcuttur. Gebelikte kullanımları klinik açıdan haklı görülemez. Phencyclidine'in Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı bölgelerinde gebe popülasyonun % 1-12 si tarafından alındığı bildirilmiştir. Stilboestrol de bu kategoride ele alınmalıdır. Çünkü düşüğün önlenmesinde eskiden kullanılan bu ilaçtan artık vazgeçilmiştir. Stilboestrol fetüs ölüm oranını arttırmaktadır. Trimethadione ve paramethadione grubu ilaçlar gebelikte kullanılmamalıdır. Çünkü bunların konjenital anormallik oluşturma riski (% 69 oranında) iyice belirlenmiştir.

gilendirilmelidir. Her türlü kontrasepsiyon yöntemiyle birlikte gebeliğin oluşma sıklığı bir risk olarak kabul edilmelidir. Hekim gebeliği önleyici belirli yöntemlerin, hasta açısından uygulanmaya engel teşkil eden bir durum oluşturup oluşturmadığını hastaya belirtmelidir.¹

Aşağıda gebelikte anneye ve çocuğuna zarar verebilecek olan ilaç yazımı ile ilgili çeşitli noktalar tanımlanacaktır. Bu noktalar ilaç tedavisinden kaynaklanan dava sorununun anlaşılmasında yardımcı olacaktır.

YORUMLAMA VE ALIŞILMIŞ UYGULAMA

Gebelik sırasında verilen ilaçların fetüs üzerinde teratojenik etkileri olabildiği genellikle bilinmesine rağmen, birçok hekim h(1(gebe olan hastaları için ilaç yazdığında embriyonun gelişimini bozma olasılığı konusunda çok az düşünür. Genellikle ne kadar zararsız olduğu düşünülürse düşünülün, eğer kullanımı için özel bir endikasyon yoksa ve kullanılmaması halinde hasta zarar görmeyecekse gebelik sırasında ilaç kullanılmamalıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir incelemede kadınların gebelik sırasında ortalama olarak 4 çeşit ilaç aldıkları belirlenmiştir. Bu durum kişinin bozukluğunun tıbbi nedeninin belirlenmesini güçleştirmesine rağmen gebelik sırasında kullanılan maddelerin bazılarının fetüsün gelişimi üzerine olan etkilerinin bilindiği sanılmaktadır. Bu nedenle, hem tıbbi açıdan, hem de verilen ilaçların neden olduğu zararlarla ilgili yasal noktaların bilinmesi açısından, hekimlerin bu maddeleri ve etkilerini bilmeleri gerekir.³

Hekimler sıklıkla bir ilacın muhtemel teratojenik etkileri konusunda-ki bilgiyi, bu çeşit etkiler konusunda tıp toplumunu yasal olarak uyarmadan sorumlu olan yapımcısından elde ederler. İlaç konusunda, kendinin inandığı bilgiyi esas alarak imalatçının uyarısını kasten göz önünde bulundurmayan bir hekim malpraktisten suçlu sayılır. Aynı şekilde bir ilacın gebelikte kontrendike olduğunu bilen, fakat ilacı yazmadan önce hastayı muayene etmeyen veya onun hastalığını teşhis etmeyen hekim de sorumlu duruma düşer. Bununla birlikte, ilaç üreticisinden elde edilebilen literatürde mevcut bilgidei haberi olmayan ve gebe olduğu bilinen bir hastaya bu ilacı yazan hekimin durumu yukarıdaki kadar kesin sınırlarla çizilmemiştir. Buna karşın, genel bir kural olarak hekim ambalaj içindeki prospektüsün içerdiği bilgiye sahip olmakla sorumlu olup, bu bilgi ile uyumlu hakeret etmemesi nedeni ile sorumlu duruma düşebilir.³

Gebe hastanın muhtemelen fetüs üzerine zararlı etkileri bulunan ilaçlardan korunması amacıyla bir hekimin alabileceği önlemler mevcut bilgilerle sınırlı kalmasına rağmen, hekim gebe bir hastaya bir ilacı yazmadan önce bu tür bilgiyi elde etmek amacıyla her türlü çabayı göstermelidir.³

Bazı durumlarda ilaç sanayisinin kendisi belirli bir ürünün gebe kadına yapacağı riskleri bilmeyebilir. Eğer ilaç endüstrisi daha sonra bu riskler konusunda tıp toplumunu uyarmazsa, bu ürün yazıldığı zaman meydana gelen zarardan hekim yasal olarak sorumlu olamaz. Böyle bir durum D.E.S ilgilendiren birçok davada söz konusu olmuştur. Doğumla

Epilepsinin petit mal şekli için sodium valproate ve ethosuximide gibi daha iyi olan ilaçlar bulunmaktadır.⁶

Habis hastalık tedavisinde kullanılan folik asit antagonisti olan aminopterin ve onun türevi methotrexate gebelikte hiçbir zaman kullanılmamalıdır. Gebeliğin 40'ıncı gününden önce alındıklarında, kaçınılmaz bir şekilde düşük meydana gelir. 40 günden sonra ise yüksek sıklıkta birden fazla organı ilgilendiren malformasyonlar oluşur. Alkolizmin tedavisinde kullanılan Disulfiram (Antabuse)'un etkisine maruz kalmış olan 8 fetüsün yarısında konjenital malformasyonlar görülmüştür. Disulfiram'ın kendisinin veya alkol ile etkileşimi suretiyle oluşan acetaldehyde'in fetüste zarara yol açıp açmayacağı noktası aşikar değildir. Thalidomide artık imalatçıları tarafından yapılmamaktadır. Ancak bu ilaç 12 gebelik haftasından önce alındığında % 30 sıklığında malformasyonlara (uzuv azalması şeklinde deformiteler) yol açmaktadır. Ayrıca Etnetinate (A Vitamin preparatı) gebelerde hiçbir zaman yazılmamalıdır. Bu ilacın düşük veya konjenital malformasyon oluşturma riski çok yüksektir. Şimdiye kadar sözü edilen ilaçlar, fetüs açısından risk taşıyan ve gebelikte kullanılmaması gereken ilaçlardır. Diğer bütün ilaçlarda ise, kullanım riskinin fetüse olan riske karşı dengelenmesi gerekir. Böyle bir ifade, hemen çözümlenemeyen felsefi bir sorun özelliği taşır. Fetal ve maternal riskleri nasıl karşılaştırmalıyız? ⁶

Warfarin ile teratogenez riski, belki maruz kalmış olan 20 fetüste 1 dir. Warfarin tedavisi görmeyen risk altındaki hastalarda meydana gelebilen protez kapak trombozu ve sistemik embolizasyon riski yaklaşık olarak on gebelikte birdir. Bu riskleri nasıl denkleştiririz? ⁶

Teratogenez gebelikte ilaç yazma açısından ele alındığında, bu bölüm ilaç tedavisi yönünden klinik endikasyonun kuvvetli olduğu ve bu nedenle anne ile fetüs riskleri arasında dengeli bir seçim yapılmasının gerekli bulunduğu durumlarla sınırlı kalacaktır. Gebelikte kimyasal endikasyonların pek kuvvetli olmadığı ancak ilaçların kullanıldığı diğer birçok durum bulunmaktadır.⁶

Heparin venöz tromboembolizmin tedavisinde warfarine tercih edilen bir alternatiftir. Ancak bu durum, artifisyonel kalp kapakları olan hastaların yanı sıra mitral kapak hastalığı ve atrial fibrilasyona bağlı arteriyel tromboembolizm riski bulunan hastalar açısından böyle değildir. Burada derialtı yoluyla uygulanan heparin yeterli bir alternatif değildir. Çünkü tedavinin bu şekli uygulanırken, artifisyonel kalp kapakları solid haldeki maddeyi pıhtılaştırabilir. Warfarin tedavisi ile chondrodysplasia punctata bilinen riski bir tarafa bırakılırsa, 14 haftalık gebelik süresinden sonra warfarine alan kadınlarda mikrosefali ve optik atrofi meydana gelmesi ihtimali vardır. Fetüste kanama problemi daha sonra ele alınacaktır. Bütün bu riskler gebelik durumundan önce artifisyonel kalp kapağı bulunan hastalar ile tartışılmalıdır. Asıl ideal olanı, bunların ameliyat olmadan önce hastalarla tartışılmasıdır. Çünkü alternatif doku kapakları antikoagülasyon gerektirmez. Ne yazık ki, bunlar artifisyonel kalp kapakları kadar uzun süre dayanmazlar. Çünkü sıkıntısız gebeliklerin avantajları, erken reoperasyon ihtimaline karşı dengelenmek zorundadır.⁶

Epilepsili hastaların konvülziyon önleyici ilaçlarla tedavisi gerekir. Konvülziyon önleyici ilaçların tümünün malformasyon meydana getirici olarak kabul edilmesi gerekir. Yukarda işaret edildiği gibi, trimethadione özellikle tehlikeli olup kullanılmamalıdır. Yoksa herhangi bir konvülziyon önleyici ilacın nispeten emin veya tehlikeli olduğuna dair fazla deliller bulunmamaktadır. Bununla birlikte, phenobarbitone'ın diğer konvülziyon önleyici ilaçlardan daha az tehlikeli ve muhtemelen de daha az etkili olduğuna genellikle inanılmaktadır. Çoğu araştırmalarda konvülziyon önleyici ilaçların kullanımı ile ilgili konjenital anormallik riski, geri plandaki riske göre iki mislidir. Epilepsisi bulunan ancak herhangi bir konvülziyon önleyici ilaç almayan hastalar malformasyonlu bir fetüs doğurma açısından risk artışı altında bulunduklarından ve epileptik bir babanın konjenital malformasyon riskini de arttırdığından durum daha karmaşık bir hal alır. En sık rastlanan anormallikler dudak yarığı ve konjenital kalp hastalığıdır. Yakın zamanlarda sodyum valproate'ın nöral tüp defektlerine neden olabildiği ve bu malformasyon riskini on misli arttırdığı düşünülmektedir. 6

Çoğu kadınlar konvülziyon önleyici ilaçların malformasyon meydana getirme riskini bilirler. Bununla birlikte, elbette kantitatif yönlerini bilmezler. Özellikle, konvülziyonları önleyici bir ilaç alma ile normal bir çocuk sahibi olma şansının yaklaşık olarak % 97'den % 94 ' e kadar azaldığını anlamazlar. Konvülziyon önleyici ilaçların kesilmesi ile status epileptikus riskinin çabuklaşması ve krizlerle ilgili hafif derecede morbidite nedeniyle, fetüse olan riskine rağmen, gebeliğin erken döneminde de bu ilaçlara devam etme durumu savunulmaktadır.6

Genelde ilaçların kullanıldığı birçok durumda teratogenesisitenin önemini saptamak güçtür ve araştırmalar nonspesifik etkilerde hafif bir artış olduğunu göstermiştir. Bu şekildeki bir ilaca diazepam örnek oluşturur. Bu ilacın etkisine uğrayan bir fetüste dudak yarığı gelişmesi ile ilgili olarak az bir risk bulunduğu gösterilmiştir. Ancak konjenital anormalliğin birçok diğer şekli ile ilgili olan önemsiz derecede risk artışı da bildirilmiştir. Bundan başka, dudak yarığı ile ilgili risk artışında dahi tartışma söz konusudur. Bunun aksine, lityum manik depressif psikozlu çok özel bir hasta grubunda kullanılır. Lityum alan hastalarda Ebstein malformasyonu gelişme riski düşüktür. Ayrıca, konjenital kalp hastalığının tüm şekillerinin gelişme riski % 8 ve malformasyonların tüm şekillerinin gelişme riski ise % 11 dir. 6

Teratogenetik riskteki önemsiz artışları ekarte etmedeki güçlükler malarya açısından chloroquine profilaksisinin emniyetine ilişkin olarak yayınlanan bir yazıda iyi bir şekilde gösterilmiştir. Gebeliğinde chloroquine maruz kalmış olan kadınların 169 bebeği, böyle bir etkiye uğramayan kadınlara ait 454 bebekle karşılaştırılmıştır. Maruz kalmış olan grupta iki bebekte (% 1.2), kontrol grubunda ise dört bebekte (% 0.9) konjenital defekter saptanmıştır. Bu fark açık olarak önemli değildir. Fakat % 95 lik güven sınırları, doğum defektlerinde bu araştırma ile tespit edilemeyen 5.7 misli bir artış olabileceği şeklindedir. Bir ilacın dudak yarıklarının yaygınlığını iki misli yaptığı varsayılan bir olguda, aynı yazarlar ilacın etkisine maruz kalmış olan 11535 hastanın yanı sıra aynı sayıda kontrollerin incelenmesinin gerekeceğini,

toplam 23070 hastanın uygun sonucu sağlamada güvenli olacağını hesaplamışlardır.⁶

İLAÇLARIN FETÜS ÜZERİNE AKUT VE UZUN SÜRELİ DİĞER ETKİLERİ

Endişe konusu oluşturan bir başka durum da, gebelikte yazılan ilaçların fetüs üzerine olan doğrudan etkileridir. Bu etkiler akut olabilir veya sadece birkaç yıl sonra aşikar bir hale gelebilir. Örneğin, anneye verilen warfarin fetüste kanamaya neden olabilir. Bunun warfarin'in plasentadan serbest olarak geçişine ve fetüsün pıhtılaşma sisteminin nispeten olgunlaşmamış olmasına bağlı olduğu sanılmaktadır. Bu durum, genellikle fetüsün doğum travmasına dayanmak zorunda kaldığı gebelik döneminin sonunda bir sorun oluşturur. Bununla birlikte, ilk trimestirden sonra warfarin alan kadınların fetüslerinde mikrosefali ve optik atrofi tanımlanmıştır. Bunlar tekrarlanan küçük intraserebral kanamalara bağlanmıştır.⁶

Anneye verilen sülfonamidlerin plasentayı geçeceği ve bilirubinin, bağlayıcı protein olan albuminden uzaklaşacağı ve bu nedenle, kernikterus riskinin artacağı konusu uzun zamandan beri endişe yaratmaktadır. Bu teorik olarak düşünülen ve yalnızca uzun etkili sülfonamidlerin sadece doğum zamanına yakın verildiklerinde oluşabilecek olan bir risktir. Gebelikte sülfonamid verilen annelerin bebeklerinde kernikterus olduğu gösterilmemiştir, ancak bu durum doğrudan sülfonamid verilen yeni doğan bebeklerde gösterilmiştir. Bu yanlış kavram bu ilaçtan yarar görebilecek olan kadınları sülfonamid tedavisinden yoksun bırakmıştır. Ayrıca yakın zamanlara kadar, gebelikte ülseratif kolitin profilaksisi için salazopyrine sulphonamide, sulphapyridine ve 5-amino-salisilik aside metabolize olmaktadır. Bununla birlikte, yakın zamanlarda yapılan bir araştırma, gebelikte salazopyrine alan kadınların yeni doğan bebeklerinde sarılık riskinin artmadığını göstermiştir. Böyle bir tedavi bugün emin olarak kabul edilmektedir.⁶

İlaç tedavisinin hastanın yavrusunda en iyi bilinen uzun süreli yan etkisine örnek olarak, düşüğü önleyeceği yanlış inancı ile stilboestrol verilmiş olan kadınların kız çocuklarının vaginalarında görülen clear cell carcinoma-berrak hücreli karsinom verilebilir. Bu nadir görülen lezyonun sıklığı 0,14-1,4/1000 dir. Bu değer stilboestrol almamış kadınlardan 4,5-14 misli fazladır. Kadın ve erkek genital sistemlerinde diğer anormallikler de tanımlanmıştır.⁶

Antenatal dönemde stilboestrole maruz kalma riskinin aydınlatılması konusunda kesinlik sağlamak için , maruz kalmış olan fetüslerin kaydının bulunması şarttır. Çünkü anormallikler çoğu kez birkaç yıl kadar ortaya çıkmazlar.⁶

Benzer sorunlar annede azathioprine tedavisi ile ilgilidir. Azathioprine' in gebelikte kullanılacak en emin immunosupressif ilaçlardan biri olduğuna genellikle inanılmaktadır. İlaç böbrek nakli yapılmış olan hastalarda yaygın olarak kullanılmıştır. Bununla birlikte, uterus içinde iken aza-

thioprine maruz kalmış olan yeni doğmuş bebeklerin periferik kan yayması kromozom parçalanmaları ile lökosit hücrelerinin sayısında artma oluştuğunu göstermektedir. Bunlar birkaç haftalık bir dönemden sonra kaybolurlar ve muhtemelen de önemi yoktur. Bununla birlikte, aynı hızdaki kromozom parçalanması, germ hücrelerinde de meydana gelmekte olabilir. Kız çocuğu doğduğunda ovaryum tüm üreme hücrelerini ihtiva eder. Eğer bu hücrelerde yüksek oranda kromozom parçalanması oluyorsa, azathioprine alan annenin kız yavrusunun üreme fonksiyonunun yerine getirilmesinde bozulma söz konusu olabilir. Hayvanlarda yapılan deneysel araştırmalarda bunu destekleyecek bazı deliller bulunmaktadır. Erkek yavrularda daha az sorun olması muhtemeldir. Çünkü erkek gametlerin öncüleri doğumdan sonra bölünmeye devam ederler ve gametlerin bizzat kendileri birkaç haftadan daha fazla yaşamazlar. Bu nedenle, uterus içinde iken azathioprine maruz kalma sonucunda ortaya çıkan anormal gametlerin doğumdan sonra hızla elimine edilecekleri ancak kadında bu riskin derecesini belirlemek için birçok yılı içeren dikkatli bir izlemenin gerekeceği ümit edilmektedir. Etkisini yavruda anlayamadığımız ve sadece daha sonraki dönemde belirgin olan zararlara yol açan ilaçlar nelerdir? Buna verilecek yegane cevap, riskin farkında olmadan birçok etkilenmiş kişinin olabileceği şeklindedir.⁶

FETÜSÜN UTERUS İÇİNDE TEDAVİSİ

Gebelikte ilaç yazma ile ilgili olan bu nokta hızla ilerleme göstermektedir. Çünkü metabolik defektlerin prenatal tanısı ve fetüsü izleme metodları ilerleme göstermektedir. Fetüste in utero olarak tedavi edilmiş olan metabolik anormallikler arasında carboxylase eksikliği (anneye ağızdan verilen biotin), Cobalamin E eksikliği (anneye intramusküler olarak verilen B¹² vitamini) ve hipotiroidizm yer almaktadır. Tiroksin plasentayı geçmediğinden, tanısı en iyi şekilde amnion sıvısında T³ seviyelerinin belirlenmesi ile koyulan fetal hipotiroidizm, fetüse intramuskuler enjeksiyonlar şeklinde tiroksin uygulanmasıyla (her 10-14 günde 500 mikrogram) tedavi edilmelidir. Bunun aksine, carbimazole plasentayı geçmez ve intrauterin hipertiroidizmin tedavisinde başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Annedeki warfarin tedavisine karşı fetüse K vitamini zerki uygulanmaktadır. Fetoskopik tedavinin diğer şekilleri sırasında fetüsü paralize etmek için kürar enjeksiyonları da yapılmıştır. Belki de fetal ekokardiyografi ile tespit edilen ve izlenen fetal aritmilerin tedavisinden en fazla deneyim kazanılmıştır. Digoxin, propranolol ve procainamide başarılı bir şekilde kullanılmıştır. Bunlar anneye verilebilirler. Verepamil'in plasentayı geçmemesi nedeniyle, doğrudan fetüse veya amnion sıvısına uygulanma zorunluluğu vardır.⁶

Şimdiye kadar bu tedavi şekillerine bağlı fena etkiler bildirilmemiştir. Bununla birlikte, intrauterin tedavinin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için, fetüse verilen ilacın ve eğer fetüs doğrudan tedavi edilecekse, cerrahi tekniklerin bilinmesi gerekir. İlacın kendisine, ilaç fetüse doğrudan uygulanıyorsa, uygulama sistemine, çeşitli izleme tekniklerine

(örneğin, amniosentez, koryon villüs biyopsisi) bağlı olarak hem annede hem de fetüste zarar oluşması muhtemeldir.⁶

ANNEDE GEBELİKLE İLGİLİ AŞIRI DUYARLIK REAKSİYONLARI

Bazı olgularda, gebelik dışındaki dönemlerde ilaçlara karşı görülmeyen reaksiyonlar gebelikte görülür. İntavenöz tetrasiklin tedavisi, mikrovesiküler yağ hastalığının bir şekli olan akut karaciğer yağlanması neden olabilir. Akut karaciğer yağlanmasında ölüm oranı çok yüksektir. Ancak bu durum hemen hemen yalnızca gebelikte görülür. Gebelikteki akut karaciğer yağlanması, ilaç dışındaki nedenlere de bağlı olabilir. Tetraksiklinler fetüsün dişlerini ve kemiklerini de zarara uğratabilir. Bu ilaç gebelik sırasında sadece başka emin alternatifin bulunmadığı bazı ekzotik enfeksiyonlarda kullanılmalıdır. Bunlar bruselloz, kayalık dağlar lekeli humması ve Riketsia hastalıklarıdır.⁶

Bazı ilaç komplikasyonları yönünden gebeliğin sadece zemin hazırlayıcı bir faktör olduğundan emin olamayız. İlaçların gebelik sırasında yoğun ve uzun süreli bir şekilde kullanıldığı durumlar olabilir. Birinci duruma örnek olarak beta sempatomimetik ilaçlar ile oluşan akciğer ödemi verilebilir. Bu durum, sıvı tedavisi ile birlikte en azından 24 saat intravenöz olarak yüksek dozda salbutamol gibi bir beta sempatomimetik ilaçla başarısız bir şekilde tedavi edilmiş olan bir hastada, karakteristik olarak meydana gelir. Benzer şekilde, fetüsün akciğerlerini olgunlaştırmak için glukokortikoidler uygulandığında, damar kompartımanında genişleme yapan antihipertansif bir ilaç alan, sonra doğuran ve kendisine ergometrin verilen hastalarda da oluşabilir. Bu şekilde faktörlerle ilgili bir kombinasyonun, gebeliğin dışında herhangi bir durumda görülmesi muhtemel değildir. Bununla birlikte, akciğer ödeminin kesin mekanizması bilinmemektedir. Akut ağır astımın tedavisinde parenteral olarak beta sempatomimetik ilaçlar ve steroidler de kullanılmıştır. Ancak akciğer ödemi, gebelik ve prematüre doğumun tedavisine spesifik olduğu düşünülen bu şartlarda nadir bir olaydır.⁶

Benzer sorunlar, gebelikte uzun süreli heparin tedavisi ile ilgili olarak da ortaya çıkar. Heparinin derin ven trombozu veya akciğer embolüsüne karşı bir profilaktik önlem olarak derialtı yoluyla verilmesi muhtemeldir. Annede ve fetüste kanama ve teratogenez riskleri, yegane diğer etkili alternatif olan warfarinin kullanımına engel oluşturur. Heparin genellikle fetüs üzerinde risk oluşturmaz. Çünkü plasentaya önemli miktarda geçmeyen az sayıdaki ilaçtan biridir. Bu durum, muhtemelen onun yüksek molekül ağırlığının yanı sıra lipidlerde düşük erirliğine yol açan çok kuvvetli polar özelliği ile de ilgilidir. Bazı araştırmacılar, artifisyel kalp kapakları bulunan hastaların tedavisinde derialtı yoluyla heparin uygulamasını da önermişlerdir. Ancak başka araştırmacılar ise heparinin bu şartlarda yetersiz kalacağını ileri sürmüşlerdir. Gebelik dışında heparin kullanımı ile ilgili olarak

annenin kemiklerinde demineralizasyon olduğunu bildiren bazı yayınlar bulunmaktadır. Ancak böyle bir tedavi, genellikle yan etkiler klinik olarak belirgin oluncaya kadar, en azından 3 ay süreyle uygulanmalıdır. Gebelik böyle uzun süreli tedavinin savunulmasının mümkün olduğu bir durumdur. Bu nedenle, kemikte demineralizasyon bulunan olguların büyük çoğunluğu, gebelikte yapılan tedavi ile ilişkili bulunmuştur. Heparinin dozu günde 10000 ünite kadar düşük olmalıdır. Hastalar genellikle ya kaburga kırığına bağlı göğüs ağrısı ya da vertebraların çökmesine bağlı ıstırap verici sırt ağrısı ile başvurlar. Ayrıca semptom göstermeyen hastalarda dikkatli radyolojik incelemelerle kemikte demineralizasyon bulguları tespit edilebilir. Bu hastaların menopoza sırasında daha fazla kemik dokusu kaybı göstermeleri muhtemel olduğundan, bu durum özellikle endişe vericidir. Osteoporozun diğer şekillerine benzer olan bu durumun tersine dönebileceğine dair deliller bilinmemektedir. Heparinin D vitamini metabolizmasını bozabileceği ileri sürülmüştür. Uzun süreli heparin tedavisinde ayrıca annede trombositopeni oluşabilir.⁶

EMZİRME ŞEKLİNDE BEBEĞİ BESLEME

Hemen hemen bütün ilaçlar meme sütüne geçer. Bununla birlikte, ilaçların büyük çoğunluğu meme sütü ile küçük miktarlarda atıldığından, yeni doğan açısından önem taşımazlar. Yeni doğanın 24 saatte kilogram başına aldığı doz, genellikle anne dozunun yüzde biridir. Carbimazole süte önemli miktarlarda geçen az sayıdaki ilaçtan biridir ve yeni doğanda hipotiroidizme neden olabilir. Bu konudaki seçenekler arasında böyle miktarlarda süte geçmeyen propil tiouracil kullanılması, carbimazole'in dozunun minimum dereceye kadar azaltılması ve bebeğin tiroid fonksiyonunun kontrol altında tutulması yer alır. Emziren bir anneye radyoaktif iyot hiçbir zaman verilmemelidir. Çünkü meme sütüne geçer ve yeni doğanda hipotiroidizme ve daha sonra tiroid bezinde kansere yol açabilir. Sitotoksik tedavi uygulaması, meme ile beslemeyi kesme yönünden bir endikasyon oluşturur. Yaygın olan kanının aksine, warfarin önemli miktarlarda meme sütüne geçmez. Annenin protrombin zamanı tedavi hudutları içinde ise, yeni doğanda kanamaya neden olmaz. Aksine süt veren bir anne tarafından alınan dindevan, yeni doğanda önemli kanamalara neden olur. Normalde, bir hekim, hastanın açığa vurmadığı veya gizlemeye çalıştığı bir durumu teşhis veya tedavi etmemesi nedeniyle sorumlu tutulamaz. İki tarafın müşterek kusuru veya nispi kusur nazariyesi doktrinlerinde, malpraktis suçlamalarına karşı hekimler yönünden olumlu savunmalar bulunmaktadır. Bununla birlikte, alışkanlık durumu aşikar iken, hastanın söylememesi veya gizlemeye çalışması halinde, hekimin tedavi yükümlülüğü bulunmaktadır. Hekimin fetüse karşı sorumlu olup olamayacağı noktası cevaplandırılmamıştır.⁶

Bundan başka, diğer durumlarda, yasa hekimin hastayı başka bir merkeze gönderme görevini kabul etmektedir. Alkol veya uyuşturucu madde

alışkanlığı bulunan bir hasta sağlığı için bir doğum ve kadın hastalıkları uzmanına başvurduğunda, kadın- doğum hekimi hastanın durumunu tedavi etme konusunda hüner veya imkanlara sahip değilse, hastayı başka bir hekime veya yeterli tedavi imkanları bulunan bir hastaneye göndermemesi durumunda ihmal unsuru oluşabilir.⁶

KAYNAKLAR

1. Collins, H. B : The Borderland of Law and Medicine, In : Pernoll, M.L., Benson, R.C (Editors) : Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, Appleton and Lange, Libraire du Liban, Lebanon, 1987, pp.1077-1078.
2. Ficarra, B. J : Therapeutic Misadventures : Drugs prescribed, Tried and Decried, In : Tedeschi, C. G., Eckert, W.G., Tedeschi, L.G (Editors) : Forensic Medicine, Vol.III, W.B.Saunders Company, Philadelphia , London, Toronto, 1977 pp.1208-1209.
3. Fineberg, K. S., Peters, J. D., Willson, J. R., Kroll, D. A : Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan, 1984, pp.384-387.
4. Niles, S. E : The Borderland of Law and Medicine, In : Pernoll, M.L (Ed.) : Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, Seventh Edition, Prentice Hall International Inc., U.S. A, 1991, p.1174.
5. Raines, E : Professional Liability of the Gynecologic Surgeon, In : Mattingly, R. F., Thompson, J.D (Editors) : Te Linde's Operative Gynecology, Sixth Edition, J.B.Lippincott Company, Philadelphia, Toronto, 1985, p.29.
6. Swiet, M : Problems of Prescribing in Obstetrics, In : Chamberlain, G.V.P., Orr, J.B., Sharp, F (editors) : Litigation and Obstetrics and Gynaecology, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, 1985, pp.41-47.

15

Obstetrikte Analjezi ve Anestezi ile İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Sadi Çağdır / Murat Eke

Obstetrikte analjezik ve anestetik maddeleri uygulayan bir hekim, ilaç yapımcısının kullanım talimatlarına uymama, uygulama konusunda ihmal veya hastayı gerektiği şekilde izlememe nedenleriyle sorumlu duruma düşebilir.

TEMEL BAKIM STANDARDI

Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği, obstetrikte genel anestezi uygulamasını, sadece bu konuda gerekli eğitim görmüş ve hünere sahip olan kimselerin yapmasını önermektedir. Bu kimseler genellikle anesteziyologtur. Genel anestezi vaginal doğumlarda nadiren gereklidir ancak sezaryen ameliyatları için gerekli olabilir.²

Doğum hekimi tarafından spinal veya lomber epidural blok gibi önemli bölgesel anestezi işlemi uygulanacaksa, bu işi yapacak hekimin muhtemel komplikasyonları ve bunların üstesinden gelmeyi bilmesi gerekir veya bir anesteziyolog hemen bulunabilmelidir. Genellikle, doğum hekimleri bölgesel anesteziye bağlı olan yaşamı tehdit edici önemli komplikasyonları tedavi edecek niteliktedir.²

Gerekli eğitimi görmüş olan doğum hekimi pudendal ve paraservikal blokları yapabilir veya sedatif ve analjezik ilaçları uygulayabilir. Doğum hekimleri inhalasyon analjezisinden kaçınmalıdır. Çünkü anestetik maddenin derinliğini artırma olasılığı bulunabilir. İlaçlar kullanıldığında, en küçük miktarda etkili olan dozlar uygulanmalıdır.²

Genel olarak, obstetrik hastalarda en emin ve en etkili olan anesteziyi sağlamak amacıyla, obstetrik anestezisinin şartları hakkında yazılı tedbirler ortaya koyulmalı yani kimin neyi ve hangi şartlarda yapabileceği belirlenmelidir.

YORUMLAMA VE ALIŞILMIŞ OLAN UYGULAMA

Doğumla ilgili ağrının hafifletilmesi konusunda pek çok tartışma olmuştur. İlk itirazlar dini nedenlerle yapılmıştır. Bununla birlikte, ondokuzuncu yüzyılın ortasında kloroform obstetrikte ağrıyı yatıştırmak amacıyla ilk defa kullanılmıştır. Kraliçe Victoria sekizinci çocuğunun doğumu sırasında kloroform kullanılışını kabul ettikten sonra, bu uygulamaya karşı koymalar yavaş yavaş kaybolmuştur. Obstetrikte anesteziye karşı çıkma durumu, özellikle ilaçların bebeğe zarar verebileceği korkusuna dayanmaktadır. Bu nedenle, birçok kadın doğal şekilde çocuk doğurmayı istemektedir. Bazı kadınlar da spinal anestezi nedeniyle felç olacaklarından korkar.²

Obstetrik amaçlı analjezi ve anestezinin tehlikeleri bulunmaktadır. Bu amaçla sistematik olarak uygulanan ilaçların çoğu, sinir sisteminin çalışma temposunu yavaşlatır. Bu ilaçlar plasenta bariyerini geçtiklerinden, fetüsün beynini de etkiler. Solunum gazlarının plasentadan değişimi normal olarak devam ettiğinde, fetüs beyni üzerine olan etkinin önemi azdır. Bununla birlikte, doğumda bebeğin kendiliğinden nefes alması gerekir. Bebeğin solunum merkezinin depresyonu, spontan solunumu geciktirebilir.²

Anestezi ve analjezi terimleri farklı durumları anlatır. Anestezi durumunda his veya duyguların kaybı söz konusudur. Böyle bir durum, ameliyat veya diğer ağırlı bir işlemin uygulanışına imkan vermek amacıyla oluşturulur. Analjezi, ağrıyı hissetme yeteneğinin bulunmayışı durumudur. Analjezide özellikle şuur kaybı olmaksızın, ağrının hissedilmemesi durumu söz konusudur.

Doğum sırasında analjeziklerin uygulanması, rutin bir işlem olarak kabul edilmemelidir. Tek bir metot bütün kadınlara uygulanamaz veya uygulanmamalıdır. Çünkü bazı kadınlar analjezik ilaç uygulamasını istemezler, bazıları da buna gerek duymazlar. Bundan başka, bazı kadınlarda bu çeşit ilaçların kullanılması kontraendikasyon oluşturur. Doğum ağrıları iyice yerleşinceye kadar, analjezik ilaçlar kullanılmamalıdır. Bu nedenle, ilk çocuğuna gebe olan bir kadında, analjezik verilmeden önce, kontraksiyonların iki ila üç dakika aralıklarla düzenli olarak oluşması ve serviksin genellikle 4 ila 5 cm ye kadar genişlemiş olması gerekir. İki veya daha fazla doğum yapmış olan kadınlarda, doğum daha hızlı ilerlediğinden, bunlara analjezikler biraz daha erken olarak verilebilir. Sistemik analjezikler, rahatsızlık durumunu hafifletmek ve hissedilen ağrıyı dayanılabilir bir seviyeye indirmek için uygulanır. Phenergan ve Demerol bu amaçla sık olarak kullanılan iki ilaçtır. Ağrıyı dindiren ve antispazmodik olarak etki yapan Demerol plasentayı geçer. Aşırı dozda verildiğinde, yeni doğanda depresyona neden olabilir. Çok yüksek dozda uygulanan Phenergan hipotansiyona yol açabilir. Sistemik analjeziklerin aşırı dozlarda uygulanması ile ilgili olan diğer muhtemel komplikasyonlar arasında uterus kontraksiyonlarının etkinliğinde azalma, hastayla işbirliği kurmada yetersizlik ve yeni doğanda solunumun yokluğuna yol açan solunum merkezi depresyonu yer alır. Bu kom-

plikasyonlardan kaçınmanın yolu, analjeziklerin küçük dozlarda verilmesi ve son enjeksiyonun doğumdan iki saatten daha geç olmayacak bir şekilde planlanmasıdır. Bundan başka, Narcan ve Nalline gibi nötralize edici maddeler, bu analjeziklerin yeni doğan üzerine olan etkisini gidermek amacıyla kullanılabilir. Nalline, morfine benzer ilaçlara nazaran oldukça etkilidir ve barbitüratların meydana getirdiği depresyonu artırabilir.^{1,2}

Bölgesel analjezikler, ağrılar ve doğum sırasında sinir impulslarının geçişini bloke etmek için kullanılabilir. Bu şekilde annenin şuuru etkilenmeden ağrı kontrol altına alınabilir. Anne uyanık ve rahat olarak kalır. Fetüs nadiren depresyona uğrar. Önemli sinir bloku tekniklerinin dikkatsizce uygulandığı durumlarda, yüksek oranda mortalite söz konusu olduğundan; tecrübeli bir kimsenin anesteziği vermesi ve doğum sırasında hastayla ilgilenmesi gerekir. Paraservikal blok ile analjezi, doğumun ilk döneminde ağrının giderilmesi için kullanılan en popüler metotlardan birisidir. Çünkü metoda hakim olmak kolaydır ve teknik açıdan duyulan gereksinim asgari düzeydedir. Serviks 10 cm veya daha fazla genişlediği zaman uygulanır ve fetüsün prezante olan kısmı vaginanın alt bölümüne ulaşınca kadar ağrıyı giderir. Paraservikal blokun başlıca avantajları basitliği, uygulama kolaylığı, etkinliği ve nispi güvenliğidir. Bu yöntemin eleştirilen yönü, anesteziik maddenin uygulanmasından kısa bir süre sonra fetüste oluşan bradikardinin sıklığı ile ilgilidir. Bazı yayınlarda fetal bradikardi sıklığı % 20-25 olarak gösterilirken, diğerlerinde bu oran % 8-18 olarak belirtilmiştir. Bununla birlikte, fetal bradikardi, kullanılan ilacın dozunu azaltmak ve ilacı vagina duvarına yüzeysel olarak zerketmek suretiyle önemli ölçüde azaltılabilir. Diğer dezavantajları arasında annede travma, kanama, fetüste travma ve blokun kısa süreli oluşu yer alır.^{1,2}

Epidural analjezi teknikleri obstetrik anestezi için elverişlidir. Sabit bir kateter yoluyla tek veya birden fazla sayıda enjeksiyon uygulanabilir. Hastanın emniyeti ikinci durumda daha fazladır. Çünkü küçük dozlar arzulanan etkiyi sağlamak için kullanılabilir. İki lomber vertebra arasındaki ekstradural aralığa iğne sokulur. Tecrübeli bir kimse iğneyi sokmadıkça ve tüm doğum süresince hazır bulunmadıkça, genelde uygulanan sinir bloklarında olduğu gibi, anestezi yapılmamalıdır. Çünkü komplikasyonlar gelişebilir.^{1,2}

Epidural anestezi için hastanın rızası alınmalıdır. Bir komplikasyon meydana geldiğinde rızanın yokluğu bir sorun halini alabilir. Müdahalesiz bir doğum planlandığı ve bu planların ortaya çıkan olaylarla bozulduğu durumlarda, hastalardan rıza alınması özellikle önem taşır.^{1,2}

Epidural blok ile ağrının yetersiz bir şekilde giderilmesi şikayet kaynağı olabilir. Doğum ağrısı çekmekte olan bir hastaya etkin bir epidural blok sağlanması her zaman kolay bir iş değildir. Hastaya ne tür bir işlem uygulanacağını bildirmek ve onunla kooperasyon sağlamak şarttır. En iyi ellerde dahi işlem kolay olmayabilir. Epidural blok uygulanmış olan hastaları anesteziyolog doğumdan sonra izlemelidir. Gerekirse, önlemler alınmalı, hastaya açıklamalarda bulunmalı ve ilave analjezi sağlanmalıdır. Özellikle başağrısı şikayeti devam eden hastalar taburcu olduktan sonra da görülme-

lidir. Yetersiz epidural anestezi uygulanmış olan hastaların izlenmemesi, şikayetlere ve muhtemel iddialara yol açabilir. Hastaya işlem hakkında açıklama yapılırsa, düşünmeden söz verilmezse ve rızası alınır, daha sonra ortaya çıkabilecek sorunlardan kaçınılabılır.^{1,2}

Ağrısız operatif vaginal doğum açısından yeterli olan epidural analjezi, perine onarımını ağrısız bir şekilde yapılmasına imkan vermez. Bu nedenle, epidural analjezi ile birlikte perine infiltrasyonunun yapılmaması, kaçınılamayan şikayetlere ve en azından iddialara yol açabilir.^{1,2}

Bölgesel anestezi için devamlı kateterizasyon kullanılması, büyük ölçüde kolaylık sağlar. Kateter doğumun erken döneminde yerleştirilebilir ve hastanın gereksinimine paralel olarak anesteziik maddenin dozu ayarlanabilir. Bundan başka, epidural blok doğumun ikinci dönemini kapsayacak şekilde genişletilebilir. Bununla birlikte, zamanlama dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Çünkü enjeksiyon yapıldıktan sonra iyi bir sinir blokunun meydana gelmesi için on ila oniki dakika gerekir. Gerekli önlemlere sıkı bir şekilde uyulması ile komplikasyonlardan kaçınılabılır. En ciddi komplikasyonlar arasında yaygın spinal anestezi, menenjit, epidural abse oluşumu, intravenöz enjeksiyon, iğne veya kateterin kırılması yer alır. Kontraendikasyonları ise şunlardır : planlanan alana yakın deri enfeksiyonu, sinir veya omurilik hastalığının bulunuşu, şiddetli kanama veya şok. Eğer anesteziyolog derideki sepsis alanından iğnesini yönlendirirse hematogen yayılım sonucunda epidural apse meydana gelir. Bu nedenle, belirgin septisemisi bulunan bir hastada epidural anestezinin uygulanması kontraendikedir. Viremiyi düşündüren bulgular benzer bir kontraendikasyon oluşturmazlar.^{1,2}

Olguların yaklaşık olarak % 10'unda kanın epidural aralıkta birikmesi durumu oluşur. Eğer koagülasyon bozukluğuna bağlı olarak kanama devam ederse ve oluşan gerginlik laminektomi ile giderilmez ise, epidural hematoma paraplejiye neden olabilir. Bu nedenle, antikoagülan tedavi uygulanan hastalarda ya da koagülopatisi olan hastalarda epidural anestezi uygulaması akla yatkın değildir. Obstetrikte preeklampsisi durumu koagülasyon bozukluğunun muhtemel bir nedenini oluşturur. Bu nedenle, 30 ila 60 dakika önce alınan kanın incelenmesinde koagülasyon normal olarak belirlenmedikçe, orta derecede veya ağır preeklampsisi bulunan bir anneye epidural anestezi uygulanmamalıdır.^{1,2}

Doğumun ikinci döneminde ağrı, epidural blok, subaraknoidal blok ve pudendal blok gibi sinir bloku teknikleri ile en iyi bir şekilde kontrol altına alınır. Subaraknoidal blok ya hasta otururken ya da yana doğru yatar durumdayken yapılabilir. Bu ikinci şekil hasta açısından çok daha rahattır. Anesteziik madde verildikten sonra duyuşal ve motor sinir impulsları hızla bloke olur. Duyusal seviyedeki ve kan basıncındaki değışiklikler dikkatlice izlenmelidir. Hipotansiyon durumunun gözden kaçmaması için, anesteziik madde verildikten sonraki ilk on dakika zarfında her iki ila üç dakikada bir kan basıncı belirlenmelidir. Daha sonraki belirlemeler 30 dakika zarfında her beş dakikada yapılmalıdır.^{1,2}

Subaraknoidal bloğun, epidural bloka göre bazı avantajları vardır. Anesteziik madde etkisini hemen gösterir. İlaç subaraknoidal mesafede küçük

miktarlar halinde biriktiğinden, fetüse geçmez. Ayrıca tekniğin uygulanması basittir. Dezavantajları arasında daha hızlı ve belirgin sıklıkta hipotansiyon ve daha sık bulantı ve kusma yer alır. ^{1,2}

Önemli ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlar lokal anesteziğin genellikle bir epidural ven içine kaza ile verilmesi veya nispeten yüksek dozdaki ilacın serebrospinal sıvı içine enjeksiyonu sonucunda meydana gelir. Hastada konvülsiyonlar, derin hipotansiyon, solunum paralizi, beyin ölümü ve neticede de ölüm meydana gelir. Bu tür kazalar dikkatli önlemler alınarak önlenebilir. Enjeksiyondan önce aspirasyon yapılması, tek bir büyük dozdan ziyade küçük gittikçe artan doz uygulaması, enjeksiyondan önce hastanın pozisyonuna dikkat edilmesi önlemler arasındadır. Bununla birlikte, iş yükü fazla olan bir klinikte her yıl bir veya iki olguda bu tür kazaların meydana gelmesi muhtemeldir. Eğer durum hemen teşhis edilir ve uygun şekilde tedaviye başlanır ise söz konusu olay felaket ile sonuçlanmayabilir. Hastanın bu gibi bir komplikasyonun meydana geldiğinin farkında olmaması muhtemeldir. Eğer hasta bu gibi durumu tekniğin biraz mutadın dışındaki bulgusu olarak kabul ederse, bu gibi durumda hastaya sempatik bir şekilde yaklaşımın önemi büyüktür. ^{1,2}

Bütün bunlardan sonra şu sonuçları çıkartabiliriz: Bu önemli komplikasyonlarla ilgili tehlikeleri ve dava olasılığını azaltmak için bu gibi durumlarla ilgili tedavi protokolleri geliştirilmeli ve bu protokollere uyulmalıdır. Canlandırma girişimleri yetenekli hekimler tarafından uygulanmalı ve gerekli aygıtlar bulunmalıdır. Bu tür önlemlerin alınmasındaki eksiklikler sonucunda meydana gelen kötü sonuçların savunması yapılamaz.

Bütün bölgesel anestezi şekillerinde annede hipotansiyon oluşması bir sorun yaratır. Bu teknikler, sempatik sinirleri bloke ederek, periferik vazodilatasyona, venöz dönüş ve kan basıncında azalmaya yol açar. Bu durumlar hemen tespit edilip tedavi edilmez ise, hem anne hem de çocuk açısından tehlikeli olabilir. İntravenöz olarak 10-20 mg efedrin uygulaması, genellikle benimsenmiş olan bir tedavi şeklidir. Hipotansiyon riski, anestezi madde uygulanmadan önce, 500 ila 1000 ml miktarında dengeli bir elektrolit solüsyonunun verilmesi ve sırtüstü yatar pozisyonda oluşan hipotansiyon sendromundan kaçınılması ile en aza indirilebilir. ^{1,2}

Önemli ancak yaşamı tehdit etmeyen komplikasyonlar yanlış bir ilacın enjeksiyonu ile oluşur. Bunun sonucunda parapleji ya da daha sınırlı nörolojik hasar meydana gelebilir. Bu durum mazur görülemez. Enjeksiyon için amaçlanan ampul içeriği enjektöre çekilirken başka bir gözlemci tarafından kontrol edilmeli, içerik ampulden şırıngaya ve şırıngadan uygun olan alana nakledilirken gözlenmelidir. ^{1,2}

Kauda ekina da dahil olmak üzere sinir köklerinin direkt travmasına bağlı olarak sinir hasarının oluşması çok seyrek olan bir olaydır. Omuriliğin direkt olarak hasara uğraması da son derece nadir olarak görülür. Sinir kökünde hasarın meydana geldiği olgular anesteziyolog yönünden hüner ya da bakım eksikliğini yansıtmazlar ancak suçlamaların bulunduğu inkar edilemez. ^{1,2}

Pudental sinir bloku, en basit olan bir işlemdir. Anesteziyolog gerek-

tirmez, işlemin uygulanışı emindir, öğrenilmesi kolaydır. Pahalı aletlere gereksinim göstermez. Çoğu normal doğumlar için uygundur. Bununla birlikte, hekim, yetersiz perine analjezisinden kaçınmak için, perinedeki duyu sinirlerinin dağılım şeklini bilmelidir. Normal bir doğum için iki taraflı iyi bir pudendal blok uygulaması, genellikle perinede tam bir analjezi oluşturur. Perinede tam bir analjezi sağlamak için, semfiz pubisin ortasından dikensi çıkıntıya kadar olan kısmın arasındaki üçgen şeklindeki alana yüzeysel bir enjeksiyonun yanısıra pudendal blok uygulanmalıdır. Hekimin forsepsle rotasyon gibi daha geniş işlemler yapabilmesi için inhalasyon analjezisi blokla birlikte uygulanabilir.^{1,2}

Doğum ağrısı ve doğumun üçüncü dönemi bir spinal anestezi ile de hafifletilebilir. Obstetrik amaçlı uzun süreli spinal anestezi önerilmez. Kısa bir süre veya minimal dozda bir anestezi kullanılmalıdır. Spinal anestezinin, kan kaybının minimal oluşu, hipotansiyon oluşmadığında fetal hipoksinin olmaması, inhalasyon anestezi ve analjeziklerine gereksinim göstermeyişi, hızlı etkinliği ve az sayıda komplikasyonun olması gibi birçok avantajı bulunmasına rağmen, teknik, usulüne uygun olarak tatbik edilmediğinde, yüksek mortalite oranı nedeniyle tehlikeli olarak kabul edilmektedir. Spinal blokla ilgili başlıca komplikasyon baş ağrısıdır. Hastaların % 5-10 unda oluşur. Daha ciddi komplikasyonlar arasında araknoidit, sinir kökü yaralanması ve solunum yetmezliği yer alır. Solunum yetmezliği, hızlı enjeksiyona veya hastanın ıkınması nedeniyle anestezi maddenin omurilikte yukarı doğru çıkmasına bağlı olarak meydana gelebilir. Hekim doğum esnasında veya doğumdan sonra bu tür komplikasyonlar yönünden uyanık olmalıdır.^{1,2}

Önemsiz fakat muhtemelen dava konusu olabilen komplikasyonlar çok sayıdadır: epidural kanülün kırılması, basınç ile oluşan yaralar, iğnenin sokulma yerinde sürekli ağrı, yatağın kenarından bacağın düşmesi ile oluşan yaralanma, iyot yanığı, spinal anestezi sonrası altıncı kranial sinir felci ve hatta doğum için epidural anestezinin oluşturulmaması.

Bu gibi durumlarda anesteziyolog ile hasta arasında sempatik ve uygun bir ilişki kurulması önem taşır. İşleme başlamadan önce anesteziyologun uygun bir süre hasta ile konuşması gerekir.

Anestezi öncesinde yapılan görüşmede işlem ve amaçları ayrıntılı bir şekilde tanımlanmalıdır. Anestezi sonrasında hasta ile bir görüşme yapılmalıdır. Anesteziyolog hastasını sempatik bir şekilde dinlemeli, meydana gelmiş olan komplikasyonu açıklamalıdır.

Önemsiz ve çabuk ortadan kaybolan komplikasyonlar arasında spinal baş ağrısı, çok sayıda iğne sokulmasına bağlı sırtta ağrı, intravenöz infüzyon yerinde inatçı ağrı, epidural kanülün yanlış yerde bulunmasına bağlı olarak uzun süreli tek bir sinir kökü bloku sayılabilir. Bunlar genelde dava nedeni olmazlar.

Bölgesel anestezi konusunda tecrübesi bulunan her anesteziyolog sorumlu olduğu işlemle ilgili olmayan post-operatif veya bir doğum sonrası komplikasyonu nedeni ile suçlanabilir. Boğaz ağrısından, psoriazise hatta anal yetmezliğe kadar pek çok durumda anesteziyologlar suçlanabilir. Sırt ağrısı, sakroiliak eklemden zorlanma, mesane bozuklukları, düşük ayak, ense ağrısı

gibi durumlarda da anesteziyologların suçlandığı dörölmüştür. Bu gibi durumlarda da sempatik bir yaklaşık önem taşır.^{1,2}

Sezaryen ameliyatı sırasında ağrıyı gidermek için lokal veya bölgesel analjezi, lokal veya genel anestezi uygulanabilir. Seçim birçok faktöre bağlıdır. Bu hususta hastanın tercihi, annenin midesinin dolu olup olmadığı, fetüs veya annede sıkıntıya bağlı hızlı doğum gereksinimi ve hekimin tercihi gibi faktörler göz önüne alınmalıdır.^{1,2}

Hasta epidural anestezi altında sezaryen yapılırken dokunma duyusunun muhafaza edileceğı, parietal peritonun manipölasyonu sırasında bir miktar ağrı hissedilebileceğı ve gerçek bir ağrı algılanması halinde hemen genel anesteziye geçilebileceğı konularında haberdar edilmelidir. Doğum hekimi ile anesteziyolog bir ekip halinde çalışmalıdır. Bu şekilde hareket edilmemesi hastanın gereksiz ağrı çekmesine yol açabilir.^{1,2}

Bir lokal analjezik ensizyon hattı boyunca enjekte edilir. Lokal uygulama için yeterli zaman bulunduğunda, sağlanacak olan başarının derecesinde, teknik ekspertiz, hastaların dikkatli seçimi ve titiz bir şekilde hazırlama etkili olan faktörlerdir.

Uteroplasental açıdan hafif veya orta derecede bir tehlikenin bulunduğu hastalarda bölgesel tekniklerin sezaryen ameliyatı için uygun olup olmadığı konusunda bazı tartışmalar bulunmaktadır. Sezaryen ameliyatının yapılması için daha geniş sempatik ve analjezik blok uygulanması gerektiğinden, annedeki hipotansiyon riskinin artarak, fetüs açısından tehlikeye yol açtığı ileri sürölmüştür. Esas olarak, fetüs zaten tehlikede ise, hekim bu riski artırabilecek herhangi bir tekniğı kullanıp kullanmayacağını dikkatlice düşünmelidir.^{1,2}

GENEL ANESTEZİ İLE İLGİLİ SORUNLAR

1984 yılında Boston'da yapılan bir sempozyumda anestezi ölümi ve anesteziye bağlı morbidite terimlerinin açıklaması yapılmıştır. ²

Anestezi ölümi, yapılacak olan bir işlemi (girişimi) kolaylaştırmak veya bir rahatsızlığa bağlı olan ağrıyı gidermek için verilen bir veya birden fazla sayıdaki ilacın etkisinden kurtulmadan önce meydana gelen yahut ilaçlar etkili olurken oluşan bir olaydan kaynaklanan ölüm şeklinde tanımlanır.

Anesteziye bağlı morbidite ise, anestezinin düşünölmeyen, istenmeyen, hoş olmayan sonucu şeklinde tanımlanabilir. Üç derecesi bilinmektedir: 1. Kalıcı maluliyete neden olan önemli derecede morbidite, 2. Ciddi şekilde sıkıntıya ve / veya hastanede kalış süresinin uzamasına yol açan ancak kalıcı sekillere neden olmayan orta derecede morbidite, 3. Orta derecede sıkıntıya yol açan ancak hastanede kalış süresini uzatmayan ve kalıcı sekillere neden olmayan önemsiz derecede morbidite.

Gebe kadınlarda anestezi ile ilgili ölümler, genel cerrahi girişimleri sırasında veya daha sonra meydana gelen ölümlerden farklı değildir. Bununla birlikte, obstetrik hastaları, kısmen gebe uterusun karın boşluğu içindeki

oluşumlar üzerine baskısıyla mide içi basıncının artışı, kısmen de progesteronun özofagus ile mide arasındaki sfinkter mekanizmasında meydana getirdiği gevşeme nedeniyle mide içeriğinin akciğerler içerisine girmesine aşırı derecede yatkınlık gösterir. Bundan başka, doğum anesteziyi iki özellik daha gösterir: a. Gebelikte midenin boşalma zamanı uzadığından travaydaki bütün kadınlar aç değilmiş gibi kabul edilmelidir, b. Olguların çoğunda anestezi acil koşullarda uygulanmaktadır. Yani çoğunlukla hastanın öyküsü, klinik ve biyolojik tablo hemen hemen hiç bilinmez. Hastanın anamnezinin alınması, ağrı ve acil ortam gibi koşullardan ötürü değişime uğrayabilir. Bu durum anesteziyi daha karmaşık bir hale sokar ve riski artırır. Selektif olma zorunluluğu obstetrik anestezinin bir başka zorluğudur. Çocuğa zarar vermeden anne uyutulmalıdır. Gebe kadının sırtüstü yatar pozisyonda bulunması ile oluşabilecek vena kava basısı anesteziyi daha da karmaşık bir hale sokar. Ameliyat raporunda bebeğin çıkarılma süresinin belirtilmesi önemlidir. Tüm obstetrik ameliyat raporlarında anestezinin başlangıcı ile kordonun bağlanması arasında geçen süre ve fetüsün son oskültasyonu ile kordonun bağlanması arasındaki süre belirtilmelidir.

Anestezi ile ilgili ölümlerdeki ana nedenler mide içeriğinin aspirasyonu, solunum yolu ile ilgili sorunlar ve anestezi aygıtının bozukluğudur. Ölüm olgularının 1/3 ünde kusmuğun aspirasyonu veya hipotansiyon söz konusudur.

Olguların büyük bir kısmında ileri sürülen iddialar arasında ölüm veya ağır beyin hasarı söz konusudur. Solunum güçlükleri, entübasyon başarısızlıkları gibi nedenler bulunur.

Mide içeriğinin regürjitasyonu sıklıkla hatalı entübasyon işlemi sırasında meydana gelir.

Gebeliğin erken döneminde başlayıp en azından doğumdan sonraki altıncı haftaya kadar olan sürede asit özellikteki mide içeriğinin regürjitasyonu bir tehlike oluşturur. Bu nedenle, ilk trimestirde gebeliğin sonlandırılması veya doğumdan sonra uterusun boşaltılması gibi işlemler sırasında verilen anestezipler de bu tehlikeyi taşır.

Akciğer aspirasyonu ile ilgili klinik ve patolojik özellikler, aspire edilen maddenin sıvı veya katı halde bulunup bulunmamasına göre büyük değişiklikler gösterir. Sıvı maddelerin aspirasyonu daha sık görülür.

Asit Özellikteki Sıvının Aspirasyonu

Asit özellikteki mide özusunun akciğerler içerisine aspirasyonu ile oluşan klinik özellikler ilk defa Mendelson tarafından tanımlanmış olup bu duruma Mendelson sendromu adı verilmiştir. Aspirasyon sessizce meydana gelebilir. Nispeten önemsiz miktarlarda sıvının inhalasyonu ile oldukça ciddi semptomlar meydana gelebilmesine rağmen, aspire edilen sıvı miktarı 25 ml'yi aştığı taktirde hasta yönünden ciddi bir tehlikenin ortaya çıktığı belirlenmiştir. Akciğerlerde, aspirasyondan hemen sonra veya iki ila beş saat geçmesini müteakip asiditesi fazla olan mide sıvısına karşı reaksiyon belirebilir. Bu durum hasta anestezinin etkisinden belirgin olarak çıktığı zaman

aşık bir hal alabilir ancak bazen akut bir astım krizini taklit edecek kadar belirgin olabilir. Hastaların çoğunun iyileştiği görülür ancak az sayıdaki hastada konvülsiyonlar, koma ve ölüm gelişir.⁴

Aspire edilen sıvı akciğerin damar epitelini hasara uğratar ve bunun sonucunda intra-alveoler kanama ve akciğer ödemi meydana gelir. Sürfaktan maddeleri meydana getiren hücreler tahrip olur. Alveollerin içerisinde ödem sıvısı, eritrositler, parçalı çekirdekli lökositler ve fibrinden oluşan eksüda bulunur. Çoğu zaman hiyalen membran oluşumu da görülür. Bu değişiklikler alveollerde büzüşmenin yanı sıra önemli derecede şant ve hipoksiyi başlatan sertleşme ile sonuçlanır. Ölümle sonuçlanmış olan olgularda akciğerler ağır, aşırı derecede kanlanmış ve ödemlidir. Plevra altında kanamalar ve plevra boşluklarında kanla karışık bir sıvı bulunabilir. Kalp genişlemiştir. Karın organları aşırı derecede kanlanmış olmasına rağmen, kalpte perikart altında kanamalar görülebilir. Histolojik olarak, yukarıda anlatılan alveoler değişiklikler bulunur. Geniş nekroz ile bronş epitelinde dökülme de görülebilir.⁴

Bu değişikliklerin akciğerlere giren sıvının asit niteliğine doğrudan bağlı olduğu düşünülmektedir. Gerçekten mide sıvısı aspirasyonunun etkileri bir yanı sıra benzetilmiştir. Bu görüş, akciğer lezyonlarının şiddeti ile sıvının pH'sı arasında ilişki bulunduğunu ve aspirasyon materyalinin pH'sı 2,5'in altında iken akciğer ödeminin kaçınılmaz olacağını gösteren deneysel araştırmalara büyük ölçüde dayanmaktadır. Bununla birlikte, Alexander akciğerlerde ödem gelişmesinin akciğere giren sıvının pH'sı ile bağlantılı olmadığını bildirerek, sıvının sadece alveoler-kapiller membranı hasara uğrattığını ve asiditenin eksüdatif reaksiyonu hızlandığını ileri sürmüştür. Bu tartışmalı durum, pH'sı 5,9 olan mide suyunun köpeklerin akciğerleri içerisine damla damla akıtılmasıyla, tıpkı pH'sı 1,8 olan sıvının verilmesiyle oluşan kadar şiddetli değişiklikler meydana getirdiğini gösteren Schwartz ve arkadaşları tarafından desteklenmiştir.⁴

Dışkı Özelliğindeki Sıvının Aspirasyonu

Travayı uzun süren hastalarda, barsak peristaltizminin azalması, intra-abdominal basıncın artması ve mide boşalmasında gecikme söz konusudur. Bu nedenle, mide içeriği barsak tıkanması durumunda görülene benzer bir hale gelir ve sadece yüksek bir pH 'a sahip olmayıp aynı zamanda pek çok organizmaları da iktiva eder. Bu materyalin aspirasyonu derin hipotansiyon ile birlikte olabilen akut solunum güçlüğü meydana getirebilir. Bu ikinci durum, mühtemelen bakterilerin akciğerlerden dolaşıma girmesi ile oluşan toksik şoka bağlıdır.⁴

Katı Maddelerin Aspirasyonu

Katı maddeler, akciğere giren parçacıkların büyüklüğü ve kıvamına

bağlı olarak solunum yollarında çeşitli derecelerde tıkanmaya neden olabilir. Parçacıkların yeterli derecede büyük oldukları durumda bir lop veya onun bir bölümünde büzüşme meydana gelirken hastada asfiksi hali gelişebilir. Küçük parçacıklar akciğere giren sıvının etkilerini artırır ve daha sonra granülatöz bir yapıya dönüşen akut peribronşiyal iltihabi reaksiyonu başlatır.⁴ İhmal konusunda ileri sürülen bir iddiaya karşı yapılan savunmanın başarılı olabilmesi için anesteziyoloğun aşağıdaki önlemleri alması gerekir:³

1. Travay sırasında ağız yolu ile gıda alımı ileri derecede kısıtlanmalı, gerektiğinde intravenöz tedaviye başlanmalıdır.

2. Mide asiditesini ve salgıların toplam hacmini azaltmak için bir düzenleme yapılmalıdır. Böyle bir düzenlemeye travayın erken döneminde başlanmalıdır. Bu konuda mevcut olan birçok yöntem bulunmaktadır. Bunlardan en iyisi şudur : ağız yolundan her 6 saatte bir H_2 reseptör antagonisti olan ranitidin-anesteziden 15 dakika önce 50 mg intramuskuler olarak ranitidin. Acil durumda bu madde intravenöz olarak da uygulanabilir. Bunun yarı ömrü 2 saattir. Buna ilaveten anesteziden 1 saat önce 30 ml molar sodyum sitrat ve anestezide başlandıktan itibaren 15 dakika içinde yeniden verilebilir. Elektif işlemler için ranitidin ameliyattan önceki gece ve ameliyatın sabahında verilebilir.

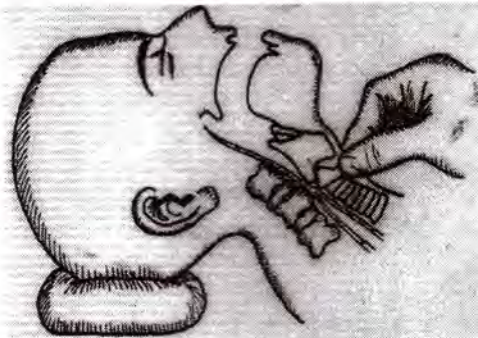
3. Uygun bir aspirasyon aygıtı bulundurulmalıdır. Bu aygıt acil kullanımı için hazır olmalıdır.

4. Hastaya anestezide başlamadan önce yeniden oksijen verilmelidir. Paraliziden sonra maske ile oksijen uygulaması kontraendikedir.

5. Tüp manşeti güvenli bir şekilde şişirilerek, yerinde güvenli olarak duruncaya kadar kriko-tiroide basınç uygulanmalıdır.

6. Eğer entübasyon başarısız olursa hasta güvenli bir pozisyona getirilinceye kadar kriko-tiroide basıncın devam ettirilmesi gerekir (Şekil 15- 1).

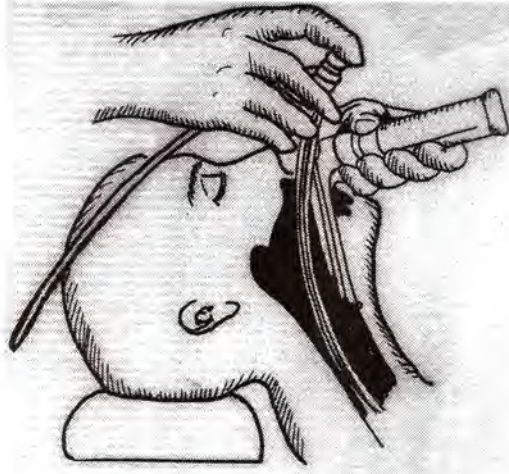
7. Uygulanabilen ilave önlemler arasında postür ve özofagusun alt kısmındaki sfinkterin tonusunun artırılması yer almaktadır.



Şekil 15- 1 Sellick Manevrası. Özofagusu tıkamak için krikoida basınç uygulanır. Bu manevra özellikle genel anestezinin induksiyon safhasında değerlidir. Çünkü regürjitasyon halinde mide içeriğinin aspirasyonunu önler. Bu manevra, anestezi uzmanı induksiyon işlemini yaparken, bir asistan veya bir hemşire tarafından uygulanabilir.

Hatalı Entübasyon

Hastada hatalı entübasyona bağlı regürjitasyonun yanı sıra hipoksi durumu oluşur. Entübasyon tüpünün özofagusu sokulması (Şekil 15- 2) veya entübasyonun başarısız oluşuna bağlı olarak gelişen hipoksik beyin zararı veya ölümle ilgili çok sayıda iddia ortaya çıkabilir.



Şekil 15- 2 Entübasyon tüpünün yanlışlıkla özofagusu sokulması.

En tecrübeli anesteziyologlar dahi hatalı entübasyon yapabilir. Obstetrik olgulara uygulanan 300 anestezi işleminin 1'inde entübasyonun hatalı bir şekilde yapıldığı belirlenmiştir. Asit regürjitasyonunun tehlikeleri solunum yolunun hızla sağlanamama korkusunu meydana getirmiştir. Ayrıca bu sırada bebeğin hızla doğumunun yapılması gereksinimi de paniğe yol açmaktadır. Kuşkusuz gebe kadınlar özellikle hipoksiye karşı hassastır. Bunların büyük bir kısmının derisinde oluşan renk değişikliği siyanozun tanınmasını güçleştirebilir. Son olarak modern anesteziyologların nadiren anestezi uygulamasının uygun şekli olarak maskeyi düşündükleri söylenebilir.⁵

Anestezi ile şuur kaybının meydana getirilişi sırasında hastada oluşan hasarın nedeni entübasyon hatası ise, bu durumda bir savunmanın yapılamayacağı söylenebilir. Anesteziyoloğun maske ile oksijenasyonu sağlayabilmiş olması gerektiğinden, artan regürjitasyon riski söz konusudur. Hastanın gerçekten entübe edilmesi imkansız ve işlem acil ise, o zaman maske ile anestezi uygulaması veya bölgesel anestezi yapılması düşünülmelidir. Son çare olarak tüm doğum hekimlerini sezaryen ameliyatını infiltrasyon bloku uygulayarak yapabilmesi gerekir.

Entübasyon işleminde uyulması gereken noktalar şunlardır:³

1. Anestezinin uygulanacağı odada her türlü olanak mevcut olmalıdır.
2. Entübasyona başlamadan önce yeterli olarak oksijen verilmelidir. Eğer ilk girişim başarısız kalırsa o zaman hastaya yeniden maske ile oksijen verilmelidir. Daha fazla uygulanan suxamethonium dozları ile tekrarlanan entübasyon girişimleri çoğu kez entübe edilmeden kalan hastayı daha ileri derecede anoksik hale getirir. Entübasyon tüpünün özofagus içine sokulması daha kötü bir hatadır.

3. Tüp yerinde olduğunda pozisyonu göğüs hareketlerini izleyerek kontrol edilmelidir. Ayrıca hastanın rengine dikkat edilmeli ve bir stetoskop ile göğsün her iki yan kısmı dinlenmelidir. Bazı yazarlar özofagus entübasyonunu ekarte etmek için güç bir entübasyondan sonra karnın üst kısmı üzerine stetoskopu koyarak dinlemeyi önermektedir.

4. Eğer tüpün pozisyonu hakkında bir şüphe bulunuyorsa veya hasta pembe renkte kalamıyorsa tüp çıkartılmalıdır.

Hipotansiyon

Anestezi sırasında kan basıncındaki değişikliklerin birçok durumda önemi yoktur. Bu durum, böyle bir değişikliğin fetüsün oksijen sağlaması üzerine şiddetli bir etkisinin olabildiği olgularda doğru değildir. Hipotansiyona karşı önlemler alınmalıdır.

Aşağıdaki kurallara uyulmalıdır:³

1. Entübasyon gibi kritik bir dönemde hipotansiyonun gözden kaçmaması için kan basıncını monitörlerle sürekli bir şekilde izlemelidir. Hastanın rengine dikkat edilmelidir. Kan basıncındaki bir düşmenin ilk belirtisi çoğu kez hastanın rengine ani bir değişiklik ile kendini gösterebilir.

2. Sırtüstü yatar vaziyette oluşan vena kavanın kompresyonuna bağlı hipotansif sendrom hastayı sol tarafa döndürerek önlenabilir. Böyle bir manevra ameliyat masasını döndürme ile sağlanabilir.

3. İndüksiyondan önce yeterli bir kanül ile intravenöz enfüzyon seti takılmış olmalıdır. Serviste iken damlalar akıtılmaya başlanmalıdır.

4. Ameliyathanede hemen kan takılmasını gerektiren bir ameliyat belki de sezaryendir. Ameliyathanede yeterli miktarda kan bulundurulmalıdır.

Anestezi Sırasında Anafaktik Reaksiyon

Nadir olarak anestezi ilaçlarına karşı gelişen ve ölümle sonuçlanan anafaktik reaksiyonlara ilişkin iddialar ortaya çıkar. Uzmanlar, entübasyon hataları kesin olarak reddedilebildiği sürece, bu çeşit iddiaların savunmasını desteklerler.⁵

Farkında Olma Durumu

Anestezi sırasında, özellikle sezaryen ameliyatı esnasında farkında olma durumu ile ilgili iddialarda bulunulabilir. Farkında olma hali, anestezi ile ilgili hatalardan kaynaklanır. Bu hatalar iki ana gruba ayrılır : aygıttaki arızalanma ve anestezi maddenin yetersiz olarak verilmesi. Bu nedenlere bağlı iddialara karşı savunma yapılamaz. Bazı olgularda ise bu durumun aşikar bir nedeni bulunmaz.⁵

Farkında olma konusundaki iddiaya karşı, hastanın gereksinimini karşılayacak yeterli dozda ilaçların kullanıldığı orthodoks tekniği uygulanmışsa, bu tekniğin uygulandığı kaydedilmişse ve anesteziyolog şuurun açıklık durumuna uygun olarak hareket etmişse, savunma yapılması daha mümkündür.⁵

Farkında olma durumu, kuşkusuz, bir anestezi sorunudur. Bunu önlemenin yegane yolu, anestezi sırasında tüm vital bulguların eksiksiz olarak izlenmesidir. Tecrübeli bir anesteziyolog doğum servisinde her zaman hazır bulunmalı ve kullanılmış olan anestezi maddeler ile ilgili bütün ayrıntılar kaydedilmelidir. İdeal olanı, bütün hastaların doğum servislerinde anesteziyolog tarafından izlenmesidir. Hasta farkında olma ile ilgili bir şikayette bulunduğu, anesteziyolog hastayı görmeli, onu cana yakın bir şekilde yaklaşım göstererek dinlemeli, ne şekilde farkında olduğunu dikkatlice kaydetmeli ve dikkatli bir açıklamada bulunmalıdır. Anesteziden çıkma hali çoğu kez farkında olma durumu ile karıştırılabilir. Şartlar ne olursa olsun, hastanın dikkatli bir şekilde dinlenmesi ve sempatik şekilde açıklamalarda bulunulması, bir şikayeti veya iddiayı önleyebilir.^{3,5}

Diğer Sorunlar

1. Aygıtın bozukluğu, beyin sapı ölümüne yol açan önemli anoksinin nedeni olabilir. Mekanik ventilasyon, el ile yapılan ventilasyonun hemen hemen tamamen yerini aldığından, bu tür kazalar daha siktir. Bu bozukluklar kötü bakım, dikkatsizlik, bilgisizlik gibi nedenlerle aygıtın herhangi bir kısmından kaynaklanabilir. Bu nedenle, anestezi aygıtları, vantilatörler ve monitörler gözden geçirilmelidir. Anesteziyolog ameliyathanede Boyle aygıtına, tüplere, rakam ekranlarına, borulara ve diğer kısımlara bakmalıdır. ³

2. Dişlerle ilgili zararlar sürekli olarak dava konusunu oluşturur. Anesteziyolog hastanın dişlerinin, kuron ve köprülerin durumunu bilmeli ve bunları korumak için uygun önlemler almalıdır. Dişlerinde hasar meydana gelen çoğu hastalar açıklamalarla yetinirler. Bu gibi hastalara hastanede iken tedavi için bir diş hekimine başvurmaları önerilmelidir.³

3. El sırtındaki damarlara sokulan sert, sabit iğneler önemli sayıda soruna neden olur. Tahriş edici solüsyonlar damar dışına kaçtığına, deride ve tendonlarda hasar oluşabilir. Yegane emin işlem, lokal anestezi altında sokulan bir kanülün kullanılmasıdır. El sırtına son çare olarak başvurulmalıdır. ³

4. Küçük cerrahi işlemlerin, büyükler kadar sorunlara yol açması muhtemeldir. Vücut boşluklarına veya kanallara uygun basınç altında hava veya gaz verme işlemi, laparoskopiler ve gebeliğin sonlandırılması bu çeşit

ameliyatlara örnekler oluşturur. Bu durumlar hiçbir zaman hafife alınmamalıdır.³

Son olarak, açıklanmamış veya beklenmedik aksiliklerin dava konusu olabileceği söylenebilir. Belgeleme eksikliği savunma imkanını engeller. Tüm anesteziik maddeler uygun bir kayıt kartına kaydedilmelidir.

Anestezi ile İlgili Ölümelerde Post-mortem İncelemeler

Anestezi ile ilgili ölümelerin araştırılması adli hekimin görevleri arasındadır. Çoğu kez post-mortem tanı ölüm nedeninin saptanmasında yardımcı olmaz. Eğer ölüm ile ilgili raporlar ve olgu ile ilgili notlar tecrübeli anesteziyologlar tarafından değerlendirilirse, ölüm nedeni belirlenebilir.⁴

Otopsiyi yapan hekim akciğerlere mide içeriğinin kaçıp kaçmadığını, larenks ve trakeada entübasyona bağlı hasar olup olmadığını, respiratör akciğerinin bulunup bulunmadığını belirlemeli ve diğer muhtemel ölüm nedenlerini ekarte etmelidir. Ölümden sonra cesedin hareket ettirilmesi durumunda gıda materyali solunum yollarına girebilir. Bu nedenle, sadece otopsi bulgularına dayanılarak ölümün mide içeriğinin aspirasyonuna bağlı olduğunu iddia etmemek gerekir. Öğürme ve kusmanın varlığının klinik olarak veya tanıklar tarafından doğrulanması önem taşır. Çünkü otopside larenks, trakea ve bronşlarda sık olarak mide içeriğinin bulunduğu görülür. Ölümden sonra midenin içerisine baryum koyulan olgularda daha sonra alınan radyografilerde baryumun bronş dallarında görüldüğü bildirilmiştir. Anestezi ile ilgili ölümelerde morfolojik bulgular çok az olabildiğinden, doğru ve tam klinik verilere gereksinim duyulur. Özellikleri nedeniyle bu hastaların canlandırma aygıtlarına bağlanmış olmaları ve ölümden önce asıl olayın etkilerinin kaybolmuş olması mümkündür.⁴

Anestezi ile ilgili tüm ölümlerden kaçınılabileceği hususu ileri sürülebildiğinden, bütün alternatif açıklamaların ekarte edilmesi büyük önem taşır. Adli hekim veya patolog yeterli ölüm nedeninin gösterilemediği olgularda, bu durumu açıkça belirtmelidir. Çünkü yetersiz sonuçlar ölümle ilgili önlenebilirlik durumunun yanlış olarak değerlendirilmesine yol açabilir. Açıklanamayan ölümelerde otopsi raporu yetersiz ise, adli hekim veya patolog kısmen suçlanabilir. Anne ölümlerinde histolojik inceleme için yeterli materyal alınması halinde bu tür suçlamaların sıklığı azalır. ⁴

KAYNAKLAR

1. Crawford, J. S : Regional Anaesthesia in Obstetrics and Gynaecology, In : Chamberlain, G.V.P., Orr, C. J. B., Sharp, F (Editors) : Litigation and Obstetrics and Gynaecology, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, 1985, pp.59-64.

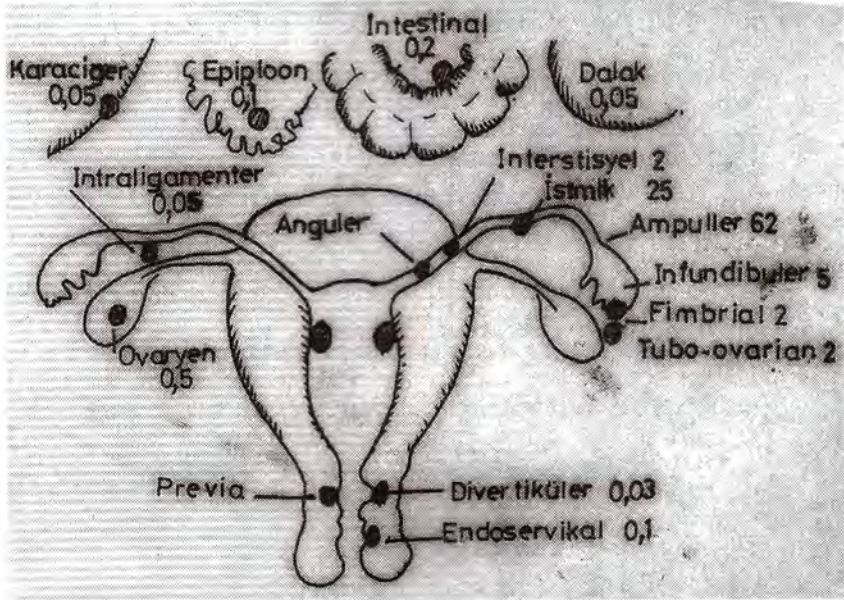
2. Fineberg, K. S., Peters, J. D., Willson, J.R., Kroll, D. A: Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan, 1984, pp.450-459.
3. Orr, C., Davies, J. M:Obstetric Anaesthesia and Analgesia, In : Chamberlain, G., Orr, C (Editors) : How to Avoid Medico-Legal Problems in Obstetrics and Gynaecology, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, 1990, pp.49-54.
4. Soysal, Z : Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Anne Ölümleri, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, Volüm 3, Sayı 2, Haziran 1989, s.81-82.
- 5.Taylor, T. H : Mishaps in General Anaesthesia, In : Chamberlain, G.V. P., Orr, C. J.B., Sharp, F.L (Editors) : Litigation and Obstetrics and Gynaecology, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, 1985, pp. 65-74.

16

Dış Gebelikle İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Murat Eke / Sadi Çağdır

Dış gebelik, döllenmiş olan yumurtanın uterusun dışındaki herhangi bir yere implante olması durumudur (Şekil 16). Dış gebelik periton boşluğunda görülebilmese de, bunun sıklığı son derece azdır. Dış gebeliklerin en az % 90 ı tuba uterinada oluşur. Bu duruma ektopik veya tubal gebelik adı verilir. Dış gebeliğin sıklığı yaklaşık olarak 200 gebelikte birdir. Dış gebelik menarştan menopaza kadar olan herhangi bir dönemde meydana gelebilir. Fakat 20-29 yaşlar arasındaki kadınlarda % 40 oranında görülür.



Şekil 16 Dış gebelik çeşitleri

Dış gebelik, infertil olan kadınlarda, sosyo-ekonomik düzeyleri düşük olanlarda, daha önce dış gebelik geçirmiş olan kadınlarda daha sık olarak görülür. Salpenjit tedavisi görmüş olan veya bir tuboplasti ameliyatı geçirmiş olan kadınlar dış gebeliğe daha fazla eğilimlidir.

Dış gebeliği gösteren spesifik semptom ve bulgular mevcut değildir. Fakat bulguların birarada bulunuşu dış gebeliği düşündürülebilir. Bir kadın bir adetinin atladığını söylemese dahi karın ağrısı ile birlikte kanama gösterdiğinde dış gebelikten şüphelenilmelidir. Dış gebelik tuba uterinanın yırtılmasına, akut karın içi kanamasına ve tuba düşüşüne yol açabilir. Karın içi kanaması birkaç gün hatta haftaları içine alan bir süre devam edebilir. Tuba yırtılmasına yol açmamış olan dış gebelikler çoğu kez teşhis edilmez.

Bir dış gebelik olgusunda aşağıdaki semptom ve bulguların ikisi veya daha fazlası genellikle mevcuttur:^{1,4}

1. Menstruasyonda gecikme veya sekonder amenore
2. Östrojen ve progesteronun yetersiz miktarda salgılanışından kaynaklanan anormal uterus kanaması
3. Gebelik ilerledikçe tubaların gerilmesi veya intraperitoneal kanama ile birlikte pelviste veya karının alt kısmında ağrı
4. Aşırı miktardaki intraabdominal kanama ile birlikte subdiyafragmatik veya şiddetli omuz ağrısı
5. Douglasta veya adnekte kitlenin palpe edilmesi. Bununla birlikte, belirgin bir kitle çoğu kez muayenenin ağırlı olması ve hastanın gevşeyememesi nedeniyle hissedilemeyebilir.
6. Kan kaybı nedeniyle hemoglobin ve hematokrit değerlerinde düşme görülür. Lökosit sayısı normal veya hafifçe yükselmiştir.

Dış gebeliğin tanısında standard gebelik testlerine güvenilemez. Çünkü bunlar olguların % 35-40'ından daha fazlasında pozitif değildir. Az miktarlardaki HCG yi, RIA (radyoimmunessey) yöntemiyle belirlemek mümkündür. Bu yöntemle hatta gebelik ürünü tubadan atılmış olsa dahi hemen hemen (+) netice elde edilir.

Dış gebeliğin tanısını doğrulamak için çeşitli işlemler uygulanmalıdır:

1. Hastanın anestezi altında muayene edilmesi, kitlenin tespitinde daha doğru sonuç verir. Çünkü anestezi altında hastada ağrı bulunmaz.
2. Küldosentezde Douglasta serbest kan belirlenebilir. Bununla birlikte, serbest kanın tespit edilemeyişi dış gebelik tanısını ekarte ettirmez. Eğer karın boşluğunda önemli miktarda kanama bulunuyorsa abdominal parasetez yardımcı olabilir. Kanın bulunuşu mutlak bir ameliyatın gerekliliğini doğurur.
3. Laparoskopi veya küldoskopi tubaların doğrudan görülmesine olanak sağlar.
4. Posterior kolpotomi doğru tanıya olanak sağlar hatta erken dönemdeki dış gebeliklerin ortaya çıkartılmasını olanaklı hale getirir.
5. Sonografi tubada gebelik kesesinin görülmesini sağlar. Uterusta gebeliğin bulunmadığını ortaya çıkarabilir.
6. Bol miktarda ve uzun süreli vaginal kanama meydana gelmişse,

dilatasyon ve kürtaj yapılmalıdır. Bu anestezi altında dikkatli pelvis muayenesi için fırsat sağlar ve endometrium boşluğunda plasenta dokusu elde edilirse, dış gebelik durumunu ekarte ettirebilir. Eğer kürtaj materyali normal endometriuma çok benzerlik gösterirse, daha ileri araştırmaların yapılması gerekir.

7. Dış gebeliğin bulunup bulunmadığını tespit etmede tanı amacıyla laparoskopi veya laparotomi yapılması en özel tanı işlemlerini oluşturur.

Dış gebeliğin ihtimali tanısı periton boşluğunda kanın varlığına dayandırıldığında veya hastanın aşırı intraperitoneal kanaması bulunduğu aşikar olduğunda laparotomi yapılması zorunludur.

Yırtılmış bir dış gebeliğin yeterli bir kesinlik oranı ile teşhis edilmesi genellikle mümkün olmasına rağmen, yırtılmamış bir dış gebelik aşağıdaki durumlardan ayırt edilmesi gereken çeşitli klinik tablolar oluşturur:

1. Düşük tehdidi veya eksik düşük: Az veya fazla miktarda vaginal kanamanın izlediği semptomların başlangıcından önce genellikle uzun süreli bir amenore dönemi bulunur. Düşük tehdidinde ağrı genellikle daha az şiddettedir, orta hatta meydana gelir ve krampları andırır. Hassasiyet bulunur ancak adnekte bir kitle genellikle bulunmaz. Ayırım konusunda güçlükle karşılaşıldığında hekimin teşhis koymak için küretaj, laparoskopi veya kolpotomi yapması gerekli olabilir.

2. Salpenjit: Salpenjite eşlik eden semptomlar genellikle amenore döneminden sonradan ziyade menstruasyon sırasında ortaya çıkar. Ağrı, hassasiyet ve tubaların palpe edilecek derecede büyümesi genellikle çift taraflıdır. Salpenjitte 37.7°C - 38.3°C lik vücut sıcaklığı tespit edilir. Fakat dış gebelikte böyle bir ısı artışı söz konusu değildir. Salpenjitte lökositoz çok daha fazladır. Gebelik testleri negatiftir.

3. Apandisit: Apandisitli bir hastada genellikle epigastriumda sağ alt kadrana kayma gösteren bir ağrı anamnezi bulunur. Bu ağrıya bulantı ve kusma gibi sindirimle ilgili bozukluklar eşlik eder. Ne amenore ne de kanama bulunur. Apandikte apse gelişmedikçe adnekte kitle bulunmaz. Gebelik testi (-) tir.

4. Korpus luteum kistleri: Korpus luteum beklenen sürede gerileyemezse kistler gelişir. Kistler genellikle daha büyük ve dış gebelikte görülen kitleden daha yuvarlıktır. Daha az hassastır. Bununla birlikte, korpus luteum kistlerine karnın alt kadranda hafif ağrı ve adnekte kitle eşlik edebilir.

5. Aşırı kanama ile birlikte bulunan graff folikülünün yırtılması: Graaf folikülü yırtılmasına amenore genellikle eşlik etmez. Graaf folikülü en sıklıkla ovulasyon sırasında yırtılır. Gebelik testi (-) tir.

Yırtılmış bir dış gebeliğin tedavisi o taraftaki tuba uterinanın hemen ameliyatla çıkarılması ve kaybedilen kanın yerine koyulmasından oluşur. Unilateral salpenjektomi her zaman yapılan bir ameliyattır. Bununla birlikte, bazı hekimler dış gebeliğin bulunduğu taraftaki tubayla birlikte ovaryumun da çıkartılmasını önermektedir. İstmustaki erken gebelik (tuba yırtılmadan önce) salpingostomi ile tedavi edilebilir. Bu işlemde tubada yapılan lineer bir kesiden gebelik ürünü boşaltılır.

Dış gebeliğin tanısı ve tedavisinde acil davranma gereksinimi küçüm-

senemez. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl meydana gelen anne ölümlerinin yaklaşık olarak % 11 i dış gebeliğe bağlıdır. Ölümler genellikle dış gebeliğin teşhis edilmemiş veya acil cerrahi girişime başlanmamış olması nedeniyle meydana gelir. Tedavi edilmemiş olan tuba uterina rüptürü aşırı kan kaybına ve ölüme yol açabilir.

Dış gebelik geçirmiş olan kadınların yaklaşık % 10 unda bu durum yeniden tekrarlar. Dış gebelik ameliyatı geçiren hastaların yaklaşık yarısı infertil olarak kalır. Dış gebelik geçirmiş olan hastaların yaklaşık yarısı normal şekilde gebe kalabilir.

DIŞ GEBELİKLE İLGİLİ DAVA KONULARI

Dış gebelik önemli sayıda davanın açılmasına yol açan gebeliğin erken bir komplikasyonudur. Önemli bir anne ölüm nedeni olduğundan, dış gebeliklerin adli tıp açısından özel bir önemi vardır. Dış gebeliğin acil özelliğinin bulunması nedeniyle, tuba gebeliği ile ilgili en küçük bir şüphe halinde dahi, bakım standardı ayrıntılı test girişimlerinin uygulanmasını öngörmektedir.

Hekim; dış gebelik semptomları gösteren bir hastada uygun tıbbi kanıyı düşünmemesi ve kabul edilmiş tanı testlerini ve işlemlerini uygulaması nedeniyle sorumlu duruma düşebilir.^{2,5,6}

Bir hastada dış gebeliği düşündüren semptomlar bulunduğunda, kabul görmüş olan tanı testlerini ve işlemleri uygulamayan bir hekim adli açıdan sorumluluk durumu ile karşı karşıya kalabilir. Hekim kaç tane test veya muayene yaparsa yapsın, hastanın gösterdiği semptomlar esas alınarak dış gebelik olasılığı düşünülmezse veya böyle bir tanının doğrulanmasında yahut ekarte edilmesinde yeterli derecede hüner ve bakım gösterilmezse sorumluluk durumu ortaya çıkabilir.

Kuşkusuz, fena bir sonucun varlığında, hekimin sorumlu tutulup tutulamayacağı konusunda karar verilirken uygun bir tıbbi kanının düşünülüp düşünülmediği, gerekli dikkatin gösterilip gösterilmediği noktaları göz önünde bulundurulmalıdır.

Dış gebelik tanısının ekarte edildiği durumlarda, bu tanıyı gerçekten ekarte edecek tatmin edici bir metodun uygulanması hakkındaki prensibi tekrarlamak gerekir. Ultrasonografi ve radyoimmunessey ile duyarlı gebelik tanılarının koyulmasını sağlayan noninvazif tekniklerdeki son zamanlarda elde edilen ilerlemeler, bu konuda bir yandan kolaylık sağlarken, diğer taraftan bu testlerin yapılmaması veya bir dış gebeliğin diğer bir şekilde ekarte edilememesi sorumluluk kapsamını daha da genişletmiştir. Geleneksel olarak dış gebeliğin yanlış teşhis edilmiş olduğu olgularda elde edilen tazminat; ölüm veya diğer komplikasyonlar meydana gelmedikçe, genellikle sınırlı kalmaktadır. Çünkü tubanın yırtılmasından önce dış gebelik doğru olarak teşhis edilmiş olsa dahi, cerrahi girişim gerekli olarak düşünülmektedir. Dış gebeliğin tanısının koyulmasındaki gecikme veya dış gebeliği teşhis ede-

memeden kaynaklanan çok sayıda dava söz konusudur. Örneğin, bir hekim dış gebelik açısından tipik veya atipik anamnezi bulunan bir hastayı gördükten sonra evine gönderirse ve hasta semptomları ağırlaştığında başka bir hastaneye yatırılırsa; hasta iyileşse ve sadece basit bir salpenjektomi geçirse bile, erken bir müdahalenin tubasını kurtarabileceğini ileri sürebilir. Ayrıca bazen dış gebelik durumu erken teşhis edildiğinde de iddialar ileri sürülebilir. Bu koşullarda hastayı hastalığın tabiatı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmediği için hekim sorumlu tutulabilir.^{2,6}

Eskiden cerrahlar dış gebelik için yapılan cerrahi eksplorasyonda negatif bulgularla oldukça sık karşılaşılıyorlardı. Günümüzdeki uygulamada seyrek olmasına rağmen, negatif bulgular yine de bulunmaktadır. Cerrahi eksplorasyonun davaya yol açmasına rağmen, 'akut karını' gösteren bulgu ve semptomlar bulunduğu, laparotomi (karının cerrahi eksplorasyonu) hâlâ tanı açısından tercih edilen bir yaklaşım olarak göz önüne alınmalıdır. Laparoskopik 'karın duvarından sokulan bir alet ile karın boşluğunun gözle incelenmesi' tanıda kullanılabilmesine rağmen, basit eksploratris laparotomi ile karşılaştırılabilir özellikle mortalite ve morbidite oranı gösterir. Bundan dolayı, eksploratris laparotomi makul derecede dış gebelik şüphesine dayanılarak yapıldığında, bunun ihmal unsuru içeren bir seçim olmadığı kabul edilebilir. Öte yandan, dış gebeliği düşündüren klinik bulguların varlığında ayrıntılı bir araştırmanın yapılmaması, malpraktis iddiası için geçerli bir gerekçe olabilir. O halde, akut karının klinik bulgularına rağmen, eksploratris laparotomi yapılmaması ihmal olarak yorumlanabilir.^{3,4}

Tanı amacıyla sonografiden yararlanılmamasına bağlanan teşhisteki gecikme nedeniyle malpraktis iddiasında bulunulabilir. Bu tür iddialar, ultrasonun her zaman dış gebeliğin doğrulanmasında veya ekarte edilmesinde önemli bir tanı aracı olduğunun zannedilmesine dayanmaktadır. Ancak bu gerçekte böyle değildir. Dış gebeliğin tanısı, hâlâ testlerin birlikte kullanılmasını gerektirir. Laparotomi veya laparoskopinin dışında, hiçbirisi aşikar bir şekilde tanı koydurucu nitelikte değildir.³

Gebeliği teşhis edememe iddiasında olduğu gibi, dış gebeliği teşhis etme imkanına sahip olan ancak bunu teşhis edememiş olan bir hekime, ihmal söz konusu olmasa dahi, mahkeme tarafından olumsuz gözle bakılabilir. Çünkü böyle bir tanının atlanabileceği hususu, hekimlik mesleğinden olmayan bir kimse açısından inanılmaz gibi görünür. Dış gebeliğin teşhis edilememesi çok daha önemlidir. Bu durum, özellikle tanıdaki gecikme sonucunda hasta ciddi bir şekilde zarara uğradığında söz konusudur. Bu ciddi durum aynı zamanda hepatit riski taşıyan kan transfüzyonlarına olan gereksinim ve kan kaybına bağlı ölüm olasılığını kapsar. Böyle bir durumla karşılaşıldığında hekim dış gebelik tanısına yeterli önemi vermemiş olduğu iddiasına karşı kendini savunmada sıkıntı içine düşer. Böyle bir olguda kayıtların yeterli ve tam olarak tutulması, sadece gerekli olan tüm testlerin yapılmış olduğunu ispatlamaya değil aynı zamanda yetersiz bir uygulamanın ortaya çıkmasını bertaraf etmeye de yarar. ⁶

KAYNAKLAR

1. Borten, M: Ectopic Pregnancy, Medical Aspects, In : Borten, M., Friedman, E. A. (Editors) : Legal Principles and Practice in Obstetrics and Gynecology, Volume II, Year Book Medical Publishers, 1989, pp. 203-212.
2. Fineberg, K. S., Peters, J. D., Willson, J.R., Kroll, D. A: Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan, 1984, pp. 359-363.
3. Goldsmith, L.S : Medical Malpractice : Guide to Medical Issues, Matthew Bender, 1989, pp. 97/1-97/13.
4. Iffy, L : Obstetrics, In : Wecht, C.H., Preiser, S.E., Preiser, M.L. (Editors) : Preparing and Winning Medical Negligence Cases, Second Edition, Volume 2, The Michie Company, Law Publishers, Charlottesville, Virginia, 1989, pp. 242-246.
5. Mandell, M. S : Medicolegal problems and responsibilities, In : Nichols, D.H., Evrard, J.R (Editors) : Ambulatory Gynecology, Harper and Row Publishers, 1985, p. 510.
6. Shane, J. A : Common Errors and Prevention, In : Roberts, D. K., Shane, J. A., Roberts, M.L (Editors) : Confronting the Malpractice Crises, Guidelines for the Obstetrician Gynecologist, Eagle Press, Kansas City, 1985, pp. 127-128.

17

Adli Tıp Açısından Travma ve Gebelik

Zeki Soysal / Sadi Çağdır /

Çetin L. Baydar /Murat Eke

GİRİŞ

Günümüzdeki sosyal değişiklikler çok sayıda kadının iş hayatına atılmasına, araba kullanmasına ve spor faaliyetlerine katılmasına yol açmıştır. Bunun sonucunda kadınlar kaza riskleri ile gittikçe artan bir şekilde karşı karşıya kalmışlardır. Bu nedenle, gebe kadınlar da dahil olmak üzere kadınlar arasında travmanın sıklığı, eskisinden daha yüksek bir hale gelmiştir.

Genellikle gebelik hassas bir durum olarak kabul edilmesine rağmen, modern kadınlar gebelik sırasında faaliyetlerini azaltmazlar. Gerçekte bunun aksi doğru gibi görünmektedir. Bebek için yer hazırlanır veya bütün aile yeni bir eve taşınır. Gebelik sırasında akraba ve arkadaşlar çok sayıda ziyaret yaparlar. Misafirler için hazırlanırken, evin temizlenmesi ve düzeltilmesinde zorunlu bir artış meydana gelir. Gebeliğin erken döneminde kadınlar kolayca yorulurlar, bayılma nöbetleri sık görülür. Hiperventilasyon ve emosyonel durumun değişmesi, gebe kadını yaşamın diğer zamanlarına nazaran daha fazla etkilenebilir hale sokar. Gebeliğin daha sonraki zamanlarında pelvis eklemlerinin gevşemesinin ve karnın öne doğru çıkıntı yapmasının sonucunda vücudun ağırlık merkezinde oluşan değişiklik kişinin dengesinin daha kolay bozulmasına yol açar. Gebelik sırasında küçük kazalar sonucunda oluşan yaralanmalar diğer zamanlardakine nazaran daha sıktır. Gebe kadınlar seyahatten sakınmazlar. Amerika Birleşik Devletlerinde özellikle otomobil kazaları olmak üzere travma obstetrik kökenin dışındaki anne ölümlerinin en sık rastlanın nedenidir. Ayrıca gebe kadınlar gebe olmayan kadınlar gibi dövülme ve ırza geçme olaylarına maruz kalabilir.^{1,2}

Gebe kadınlar gebe olmayan kadınlarla aynı travma riski ile karşı karşıyadır. Ancak gebe kadınlarda gebeliğin tehlikeye girmesi durumu söz konusudur. Örneğin bu durum karın veya vücudun diğer bölgeleri yaralandığında oluşabilir. Merkezi sinir sisteminin yaralanmasına yol açan kafa travması gebelikte sorun yaratabilir.

Gebeliğin geç döneminde öne doğru çıkıntı yapan karın, gebe kadına yöneltilen travmaya bir hedef oluşturur.

Doğum hekimleri genellikle gebelik sırasında seyahatin en az düzeyde tutulmasını önerir. Bunun da nedenleri şu şekilde belirtilebilir. Bu sırada bulantı veya senkop sık görülür. Gebe kadın taşıtı kullandığı sırada senkop nöbeti geçirirse travmaya uğrama riski artar. Gebeliğin erken döneminde hastaların % 15 ila % 20 'sinde spontan düşük meydana gelir. Bu olaya ağrı ve kanama eşlik eder ve kişi aniden güçsüz kalabilir. Böyle bir durum kendisinin tamamen yabancı olduğu veya tıbbi bakım ve müdahale olanaklarının bulunmadığı bir yerde meydana gelebilir.

Gebeliğin daha sonraki bir döneminde travay evden uzakta bir yerde başlayabilir. Kadın duruma aşına olmayan ve daha önceki kayıtlara ulaşamayan bir hekime gittiğinden dolayı endişeleri artabilir. Gebeliğin geç döneminde kanın pıhtılaşmasındaki ve venöz hemodinamik olaylardaki değişiklikler de seyahat eden gebe kadınlarda tromboflebitin gelişimine katkıda bulunur. Ancak görünüşte seyahatin gebelik üzerine ters etkisi bulunmaz. Yapılmış olan kotrollü araştırmalarda gebelikleri sırasında seyahat etmiş olan kadınların çoğunun üzerinde seyahat etmenin zararlı etkisinin bulunmadığı görülmüştür. Diddle iç ve dış faktörler bulunmadıkça modern taşıtlarda seyahat etmenin nadiren gebeliğin sonlanmasına yol açtığını bildirmiştir. Guildeau gebelik sırasında seyahat etmiş olan 2000 kadını araştırmıştır. Bu ayrıntılı analiz sonucunda seyahatin süresi ile gebeliğin kaybının sıklığı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.²

Gebelik durumunda hemen hemen bütün organ sistemlerinde fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler gebe bir hasta tedavi edilirken göz önünde bulundurulmalıdır. Doğum uzmanlarının dışındaki hekimler genellikle gebelik durumu ve gebeliğe eşlik eden fizyolojik değişikliklere pek fazla aşına değildir. Bu nedenle, travmaya uğramış olan kişi gebe olduğunda, muhtemel bir dava durumu ile bekenmedik bir şekilde karşılaşılır. Bundan dolayı gebe bir kadını ameliyat etme konusunda genel bir isteksizlik içinde bulunurlar. Bu durum travayı uyarma korkusundan veya daha sık olarak erken doğum ya da düşük ile suçlanma endişesinden kaynaklanır. Bu korku nedeni ile hekim aşına olmadığı gebelik durumunu dikkate almayabilir ve dikkatini daha yüzeysel yaralar üzerinde toplayabilir. Bu yaralar ise gebe uterusu ilgilendiren iç yaralanmalardan daha az önem taşıyabilir.

Fiziksel veya emosyonel travmanın gebelik üzerine olan etkisini değerlendirmek çok güçtür. Bazen belirlenmiş psişik bir şok veya fiziksel bir yaralanmayı takiben gebeliğin zarar görebildiği bir gerçektir. Ancak ilk bakışta travmatik olayın bir düşük veya erken bir doğuma yol açan bir neden şeklinde belirlenmesinin de güç olduğu noktası aynı derecede doğrudur. Üstelik iyice belgelenmiş olduğu zaman bile, bu faktörlerin son derece seyrek oldukları görülür. Doğal nedenlere bağlı olan bu çeşit durumların sayısının çok daha fazla olduğu görülmektedir. Beraberinde fiziksel bulguların mutad olarak bulunmayışı nedeniyle, daha sonra gebelikte görülen aksi bir durumun sebebi olarak gösterilen emosyonel bozuklukların, bir etyolojik neden şeklinde belgelenmesi hemen hemen imkansızdır. Birçok olguda uğranılmış olan fiziksel veya emosyonel travmanın gebelik üzerine

kanıtlanmış bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, gebeliğin geç döneminde, uterusu rastlayan direkt fiziksel travmalar nadir olarak plasentanın uterus duvarından ayrılmasına ve bu nedenle fetal distrese yol açar. Bununla birlikte, plasenta ayrılmasının sadece % 5 i travmaya bağlıdır. Bunların çoğunda bebeğin sağlığı üzerine çok az bir etki söz konusudur.

Gebelik sırasında fetus travmadan çok iyi bir şekilde korunur. Travmaya bağlı uterus rüptürüne az rastlanır. Bununla birlikte, gebeliğin ilk aylarından sonraki herhangi bir zamanda uğranılan bir darbe veya karın üzerine düşme ile uterusu rüptür meydana gelmesi mümkündür. Travmatik olayların çoğunda, darbelerin şiddeti uterusu azaldığından bir hasar oluşmaz ancak bazı olgularda şiddetli olmayan bir travma bile uterusu rüptüre ve fetüste ise çok kötü sonuçlara yol açabilir.

Fetus, gebeliğin ilk aylarında pelvisin koruyucu duvarları içinde kendi pozisyonu ile korunur. Daha sonraki aylarda ise bu korunma amnion sıvısının koruyucu tempon özelliği sayesinde sağlanır. Fetüste doğrudan travmatik yaralanmalar nadir olarak oluşur. Yaralanmadan sonra annenin ölmesine rağmen, fetüsün post-mortem sezaryen ile kurtarıldığı olgular da literatürde bulunmaktadır.

Gebelikteki anatomik ve fizyolojik değişiklikler, künt travmaya bağlı olarak oluşan yaraların niteliğini etkiler. Daha belirgin şekilde ortaya çıkan ve daha az mobil olan gebe uterusun yırtılması veya yaralanması daha muhtemeldir. Bu durum da fetüsün ölümüne yol açar.

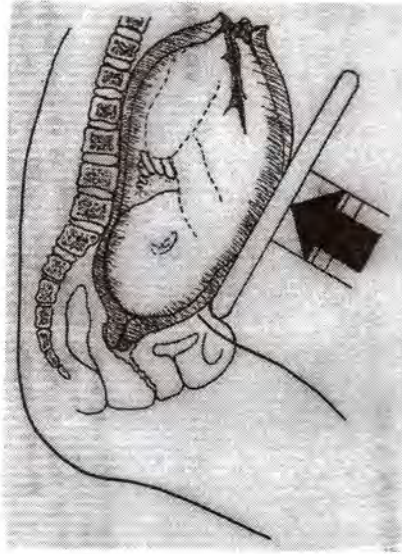
KÜNT KARIN TRAVMASI

Gebe kadının karnına isabet eden künt travma çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir. Bunların çoğu merdivenden düşme veya karına hafif bir darbenin isabet edişi gibi önemsiz niteliktedir ve gebelik açısından sonuçları pek fazla önem taşımaz. Gebelikte pelvis ligamentlerinin gevşekliği ve karnın çıkıntılı oluşu yürüme sırasında dengesizliğe ve düşmeye katkıda bulunur. Ciddi yaralanmanın en sık görülen nedenini otomobil kazaları oluşturur. Griswold ve Collier genel toplumda delici özellikte olmayan karın yaralanmalarının hemen hemen % 50'sinden otomobil kazalarının sorumlu olduğunu tespit etmişlerdir. Gebelik sırasında annede önemli yaralanmaya ve / veya fetusu tehlikeye sokmaya yeterli olacak kadar şiddetli künt travmalar otomobil kazaları ile oluşmasına rağmen, dövme, ezici travmaya maruz kalma veya yüksekten düşme sırasında da ciddi yaralanmalar meydana gelir. Son yıllarda gebe kadınların yaşam şekillerinin değişmesi ve hareketliliklerindeki artma nedeniyle otomobil çarpışmalarına bağlı obstetrik kökenin dışındaki anne ölümlerinde artış meydana gelmesi şaşırtıcı değildir.

Travma sırasında gebeliğin yaşı önemli bir ilave faktördür. İlk trimesterde uterus kemik pelvis içinde iyice korunmuş bir pozisyonudadır ve sadece çok nadiren künt travma sonucunda yaralanır. Yaralanması ağır travmalarda söz konusudur. Gebelikteki anatomik ve fizyolojik değişiklikler künt trav-

maya bağılı oluşan yaralanmaların niteliğini etkiler.

Gebelik ilerledikçe uterus büyük bir hedef haline gelir. Uterus üçüncü trimestirde en fazla büyüklüğe sahiptir. Bu dönemde karındaki en yüzeysel organdır. Travmatik uterus rüptürü nispeten seyrek görülen bir olaydır. Weinstein 1968 yılında literatürden elde ettiği bilgilere göre uterus rüptürü sıklığının % 0,06 olduğunu kaydetmiştir. Bununla birlikte belgelenmiş olan 324 olgudan sadece 2 tanesinin dış travma ile ilgili olduğu saptanmıştır. Uterus arabanın direksiyonu ile hastanın omurgası arasında sıkışarak yırtılabilir (Şekil 17). Uterusta oluşan yırtılma hastada kan kaybı ve şoka neden olabilir.



Şekil 17 Uterusun arabanın direksiyonu ile hastanın omurgası arasında sıkışarak yırtılması

Gebe bir kadında travmadan sonra meydana gelen komplikasyonlar anneyi, fetüsü ya da her ikisini birden ilgilendirebilir.

Araba çarpışmasına uğrayan gebelerde gizli kanamanın meydana geldiği yer retroperitoneal bölgedir. Gebe kadında pelvis venleri miadde ileri derecede dolgun bir hale gelir ve çok sayıda büyük venöz anastomozlar oluşur. Uterusun veya bağlarının şiddetli bir şekilde torsiyona uğraması kopmaya neden olur. Pelvis kemiği kırıklarına bağlı yırtılmalar önemli derecede kanamaya yol açabilir.

Gebeliğin son döneminde maruz kalınan travma ile büyümüş olan uterusun şiddetli bir darbeye uğramasına rağmen, diğer karın organları da yaralanabilir. Gebelikte karaciğer ve dalak travmaya karşı daha hassas bir hale gelebilir.

Gebe kadınlarda dalak en sıklıkla yaralanan organdır. Hatta önemsiz

bir travma durumunda bile dalağın yırtılabileceği bildirilmiştir. Dalağın spontan yırtılması da bildirilmiştir. Gebe kadınlarda karaciğerin travmatik ve spontan olarak yırtılması durumları da kayıtlıdır.

Künt travma durumunda fetüste doğrudan hasar oluşması şaşırtıcı derecede nadirdir. Fetüs esnek uterus içinde iyi bir şekilde korunur. İçinde bulunduğu amnion sıvısı dıştan gelen kuvvetleri azaltır. Bununla birlikte özellikle yandan uğranılan pelvis travmalarında yaralanmalar meydana gelebilir. Gebe uterus ne kadar belirgin ve ne kadar az mobil ise fetus ölümüne yol açan ezilme ve yırtılma olasılığı da o kadar fazladır. 1,2,9

Trafik Kazaları ve Gebelik

Otomobil çarpışmasına uğrayan kimselerdeki yaralanmanın sıklığı ve meydana gelen yaraların niteliği birçok faktör nedeniyle önemli farklar gösterir. Bu faktörler arasında kişinin oturma pozisyonu, çarpışmanın şekli, taşıtın büyüklüğü, ağırlığı ve yapısı ile fren sistemi sayılabilir. Modern otomobillerde şiddetli hasar olmadıkça, içinde oturan gebe kadında önemli veya yaşamı tehlikeye sokan bir yaralanma ihtimalinin az olduğu belirlenmiştir. Hastanın sürücü ya da ön veya arka koltukta oturan yolcu olup olmaması, çarpmanın yandan, arkadan veya önden olup olmadığı ve gebeliğin dönemi de önemlidir.

Birinci trimestirde uterus pelvisin içinde bulunur. Anne ağır bir şekilde yaralanmadıkça fetüsün ciddi bir travmaya uğraması nadirdir. Gebeliğin daha sonraki dönemlerinde uterus büyüdükçe, yaralanmaya karşı daha hassas bir hal alır. Şiddetli çarpışma uterusun yırtılmasına neden olabilir. Daha sonra fetus karın boşluğu içine atılır ve ölür. Uterus kasılarak daha fazla kanama meydana gelmesi önlenemez veya aşırı kanama ve şok oluşabilir. Bereket versin ki bu çeşit yaralanma oldukça nadir görülmektedir.

Bununla birlikte, bir kazada direksiyona çarpma gibi annenin önemsiz bir travmaya maruz kalması durumunda bile fetüs ölebilir.

Gebe sürücülerin sağ- ön veya arka koltuklarda oturan yolculara nazaran daha az fırlatıldıkları ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte daha az sıklıkla ölmelerine rağmen, oturma pozisyonu ne olursa olsun toplam yaralanma olayı birbirine benzerlik gösterir. Ayrıca emniyet kemeri takan gebe yolcular arasında taşıttan fırlatılma oranının da önemli derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, gerek gebe yolcular gerekse gebe olmayan yolcuların emniyet kemeri kullanmaları önerilmektedir.

Crosby ve Costiloe tarafından otomobil çarpışması sonucu ölmüş olan 15 gebe kadından 7 tanesinin kafa travması sonucunda, 6' sının ise pelvis kırıkları veya önemli kan damarı yırtıklarına bağlı kanamadan ölmüş olduğu bildirilmiştir. Vücudun üst yarısından yaralanmaya uğrayan kimselerin, özellikle karın organları etkilenmeksizin kafadaki yaralar sonucunda, diğerlerinin ise kafada yaralanma olmaksızın kanamadan ölmesi önemli olabilir. Öldürücü olmayan ancak yaşamı tehdit eden yaralanmalar arasında pelvis kırıkları, karaciğer ve dalak yaralanmalarından bahsedilmiştir.

Gebe uterus karın ön duvarına isabet eden kuvvetler açısından hidrolik bir tampon görevi görür. Bu kuvvetleri dağıtır. Bu şekilde karnın diğer organları için bir korunma sağlar. Uterus ne kadar büyük ise korunma da o kadar fazladır. Gebe olmayan kimselerde taşıt çarpışmasına bağlı olarak dalak, böbrek, karaciğer ve barsaklar hemen hemen aynı sıklıkta yaranılır. Karın duvarı, mezenter, pankreas ve diyafragma yaralanmaları seyrekler. Retroperitoneal kanama da seyrekler. Bununla birlikte bazı olgularda hasta farkına varılamayan retroperitoneal kanamadan ölebilir. Otomobil çarpışmasına uğrayan kimse gebe ise, kanama morbidite ve ölümden önemli derecede rol oynar. İncelenen olgularda retroperitoneal veya intraperitoneal bölgelere kontrolü mümkün olmayan bir kanamanın olduğu veya plesantada erken ayrılma durumunun bulunduğu belirlenmiştir. Gebelik sırasında pelvis organlarının damarlanmasındaki artış kanamaya bağlı ölümlerin sayısının daha fazla olmasına yol açar. Sparkman gebelik sırasında 16 travmatik dalak rüptürü olgusu bildirmiştir. Gebe kadınlarda dalağın yırtılması için gerekli olan travmanın nispeten önemsiz derecede bulunabilmesi nedeniyle, Sparkman gebeliğin dalak yırtılmasına zemin hazırladığı sonucuna varmıştır. Diğer hastalıklarda dalağın spontan yırtılışı ile ilgili olan olguların sıklığı konusunda yapılan karşılaştırmada gebelikteki sıklığın sıtmadakinden sonra ikinci sırada olduğu belirlenmiştir.

Kadın gebe olduğunda pelvis halkasının kırılması daha büyük sorunlar ortaya çıkartır. Gebelik sırasında pelvisin damarlanmasının artışı pelvis kırığına bağlı retroperitoneal kanamadan ölüm riskini arttırır. Retroperitoneal mesafenin pelvis venlerinde normalde bulunan basınç durumunda, 4000 ml. lik bir kapasiteye sahip olduğu belirlenmiştir. Gizli kanama yönünden bu büyük kapasitenin yanı sıra gebelik sırasında kanama olasılığının artışı nedeniyle pelvis kırığı gebe olmayan bir kişiye nazaran gebede daha ciddi bir yaralanmaya yol açar.

Gebelik sırasında pelvis kırığının iyileşme olayını bozmaya yeterli olacak kadar büyük pelvis deformitesi meydana getirmesi seyrekler. Yakın zamanda kırılmış olan bir pelviste doğuma ciddi komplikasyonlar eşlik etmez. Bununla birlikte, yakın zamanlarda meydana gelmiş olan pelvis kırığı bulunan bir kadında doğumda mesane ve üretra yaralanması meydana geldiği bildirilmiştir.

Otomobil içinde bulunanların yaralanması taşıt ile içindeki kişi arasında bir çarpışma sonucunda meydana gelir. Annede en sık görülen yaralanmalar başta ve ekstremitelerde oluşur. Bu kısımların taşıtın iç kısmına çarpması, çarpışma kuvvetinin bir kısmını dağıtır. Doğrudan bir çarpma olmadıkça, uterus ve plasenta anne vücudunun diğer kısımları tarafından şiddeti azaltılan kuvvetin etkilerinden korunur. Kişi bir emniyet kemeri taktığında deselerasyon kuvveti pelvis doğru yönelir. Bu şekilde kemer fırlatılmayı önleyerek ve taşıtın içerisinde sekonder çarpmaları sınırlandırarak annedeki yaralanmaları azaltır. Fakat gebe uterusu yönelen kuvvetin miktarı, annenin vücudu kemer üzerinde ortadan büküldüğünde, kemer takmamış gebelerde görüleni aşabilir. Bu şekilde bükülmüş olan annenin fetüsü her şiddetli çarpışmada kuvvetin bir kısmına maruz kalabilir. Halbuki kemer tak-

mamış olan gebe kadınlarda bu kuvvetin önemli bir kısmı sadece bazen gebe olan uterusu yönlendirir. Böylece emniyet kemeri ile gebe kadına sağlanan genel yarar, anne vücudunun emniyet kemeri üzerine bükülmesi ile fetüste oluşan yaralanmanın artışı ile denkleşebilir. Emniyet kemerinin annenin karnının alt kısmına basısı ile basınç artışına ve uterusun yırtılmasına neden olduğu bildirilmiştir. Trafik kazalarında uterus emniyet kemerinin varlığında veya yokluğunda yırtılabilmektedir. Emniyet kemerinin varlığında deselerasyon kuvvetinin bir kısmı pelvis organları üzerine, özellikle anne vücudunun öne doğru eğilmesi durumunda emniyet kemeri ile uyluklar arasındaki uterusu baskı yaptığına rüptürler meydana gelebilir. Ayrıca emniyet kemeri kullanmayan gebe kadınlarda vücudun taşıtın iç kısmına çarparak ezilmesi sonucunda da meydana gelebilir. Ayrıca orta kısımda bulunan emniyet kemeri tokasının dar bir alanda basıncı artırması eğilimi söz konusudur. Daha önce geçirilmiş olan uterus ameliyatı uterusdaki basıncın ani artışı sırasında yırtılma tehlikesini artırabilir. Bununla birlikte, emniyet kemerinin takılışı ile taşıtan fırlatılma önemli derecede azalır veya ortadan kalkar ve kazanın anne üzerinde olan riskleri azalır. Crosby ve Costiloe emniyet kemerinin bu iki farklı etkisini değerlendirdiklerinde fırlatılmanın önlenmesinin hem annede hem de fetüste ölüm oranını azalttığını göstermişlerdir. Bu araştırmalar çarpışmanın fiziksel şiddeti ne olursa olsun emniyet kemerinin anne veya fetus yönünden ölüm oranını artırdığına dair delilleri ortaya çıkartmamıştır.

Gebe kadınların hareket eden taşıtlarda emniyet kemeri kullanıp kullanmaması sorunu, çarpışma sırasındaki kuvvetlerin fetüse nakli olasılığının düşünülmesini gerektirmiştir. Bununla birlikte, belden ve omuzdan geçen kemerlerle yapılan araştırmalar, bunların fetus üzerine ilave bir mortaliteye neden olmadığını ve annelerin yaşamını kurtardığını göstermiştir.

Önemli olan nokta, emniyet kemerlerinin doğru bir şekilde takılmasıdır. Kemerin bel kısmı karnın altından, omuz kısmı ise memeler arasından geçmelidir. Crosby ve arkadaşları hem insanlarda ve hem de hayvanlarda araba çarpışmasına bağlı yaralanmaları incelemişlerdir. Şiddetli çarpışmalarda anne mortolitesi üzerine bel kemerinin etkisini incelediklerinde, emniyet kemerlilerde ölüm oranının % 3.6, emniyet kemeri bulunmayanlarda ise % 7.8 olduğunu tespit etmişlerdir.

Hayvanlarda yapılan çalışmalarda emniyet kemeri bulunan gebe sebekler kontrollü bir çarpışmaya maruz bırakıldıklarında intrauterin basınçta bariz bir artış meydana geldiği gözlenmiştir. Ölçülen en yüksek basınç değerlerinin (550 mmHg), normal doğum kontraksiyonları sırasında ölçülenin 10 misli olduğu bildirilmiştir. Crosby deselerasyon ile uterusu uzama ve yassılaşma şeklinde bir şekil bozukluğu tarif etmiştir. Daha sonra bu durum tersine döner, uterus kısalır ve karşı planda yassılır. Belki de bu aşırı şekil bozuklukları hastalarda plasenta ayrılmasının meydana gelişine katkıda bulunur. Bu araştırmacılar gebe yolculara emniyet kemerini önermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde imal edilen otomobillerde belden geçen emniyet kemerine, omuzdan geçirilen bir parçanın ilave edilmesi, artık standard hale gelmiştir. Böyle bir sistem, deselerasyon kuvvetini daha düzgün bir şekilde dağıtarak ve ileriye doğru fleksiyonu önleyerek, anne ve fetüsteki

yaralanmanın sıklığını daha fazla azaltır. Gebe insanlarda bu yeni sistemin yararlı etkileri konusunda veriler eksik olmasına rağmen, Crosby ve arkadaşları gebe iri maymunlarda yaptıkları deneyler sonucunda bu yeni sistemin sadece belden geçirilen emniyet kemerlerine göre fetüsün yaşamasını önemli derecede artırdığını istatistiksel olarak göstermişlerdir.^{1,2,9}

Pelvis Damarlarının Yaralanması

Retroperitoneal bölgede böbrekler, üreterler ve çeşitli büyük kan damarları bulunur. Bu damarlar gebelik sırasında dolgun bir haldedir. Uterusun veya bağlarının bükülmesine bağlı olarak veya pelvis kırıklarında kırık parçacıkları ile zedelenebilirler. Böyle bir yaralanma durumu şiddetli kanamaya yol açabilir.⁹

Yaygın Damar İçi Koagülasyonu

Tüketim koagulopatisi de denilen bu durumda sürekli kanamaya yol açan kan koagülasyon mekanizmasında bir bozulma söz konusudur. Gebe kadınlarda yaygın damar içi koagülasyonu plasenta ayrılması durumunda oluşur. Bu durum şoka neden olabilir veya mevcut olan şoku ağırlaştırabilir.⁹

Pelvis Kontraktürü

Pelvis kırığı, pelvisin açıklığını azaltan pelvis kaslarının sürekli bir şekilde kasılmasına yol açabilir. Bu şekilde doğum sırasında fetüsün çıkması mümkün olmayabilir. Böyle bir durumda sezaryen ameliyatı gerekir. Belirli bir hastada hatta pelvisin radyolojik incelemesi yapılsa dahi doğumun vaginal yolla mümkün olup olmayacağını önceden belirlemek son derece güçtür. Bu nedenle, bazı gebelik komplikasyonları veya daha önceki bir sezaryen ameliyatı gibi bir kontraendikasyon bulunmadıkça, pelvis kırığı geçirmiş olan bir kadında vaginal doğum genellikle düşünülebilir.⁹

DELİCİ VE KESİCİ - DELİCİ ALETLERLE YARALANMALAR

Çeşitli cisimlerin gebelik sırasında karında delici tipte yaralanma meydana getirdiği bildirilmiştir. Delici yaralanmaların iki ana nedenini bıçak ve ateşli silah yaraları oluşturur. Yaralanmanın şiddeti kullanılan cismin tipine, onun ne kadar derine nüfüz ettiğine ve yaralanma yerinde hangi organların bulunduğuna bağlıdır. Gebeliğin ileri döneminde karnın alt kısmındaki bir bıçak yarısı sadece uterusu etkileyebilir. Çünkü bu organın kas duvarı korunma sağlar. Fetüs etkilenebilir veya etkilenmeyebilir. Karnın üst

bölümünde özellikle diğer organların bilhassa barsakların yaralanması daha muhtemeldir. Gebeliğin geç döneminde uterusun büyüklüğü karın organlarını sık bir şekilde yaralar hale getirir. Aynı zamanda uterusun kitlesi annenin barsaklarını ve önemli kan damarlarını yaralanmaktan korur. Bu nedenle, anne önemli yaralanmalara maruz kalmaz. Öte yandan fetüs daha yaralanabilir bir hal alır.

Bu yaralanmalarda annenin mortalite oranı, yaralanan organların sayısına bağlıdır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde gebe kadınları ilgilendiren kesici-delici alet yaralarının hayret edilecek derecede az olduğu bildirilmektedir. Dyer ve Barclay Louisiana'daki Charity Hastanesindeki 25 yıllık deneyimleri sonucunda gebe uterusu ilgilendiren 8 olgu bildirmişlerdir. Badia ve Charltona gebe uterusu bıçak yarası bulunan bir olguyu tanımlayarak, bu olguda uterusu yırtığın ameliyat ile onarılmasından 3 ay sonra fetüsün canlı bir şekilde doğduğunu bildirmişlerdir. Fetüsün yaşadığı benzer olgular da bildirilmiştir. McNabney ve Smith fetüsün de yaralanmış olduğu uterusu bir bıçak yarası olgusunu bildirmiştir. Hem fetüs hem de anne laparotomi yapılarak incelenmiş ve her ikisi de yaşamıştır. Bununla birlikte, fetüsün prognozu sıklıkla kötüdür. Dyer ve Barclay bir olguda göbek kordonunun kesilmesi başka bir olguda ise annedeki şok nedeni ile fetüsün ölmüş olduğunu bildirmişlerdir.⁹

İNTRAUTERİN ATEŞLİ SİLAH YARALANMALARI

Ateşli silah yaraları bıçak yaralarından daha siktir. Gebe uterusun ateşli silahla yaralanması nispeten seyrek. Koback ve Harwitz 1964 yılından önce 31 olgu bildirmişlerdir. Bu olgularda anne ölümü de son derece nadirdir. Buchsbaum fetusun mortalite oranını % 75 olarak bildirmiştir.

Dyer ve Barclay gebelik sırasındaki delici karın yaralanmalarında gebe uterusun hemen hemen daima etkilendiğini belirtmişlerdir. Ancak diğer karın organları yaralandığı halde gebe uterusun istisna olarak yaralanmadığı olgular da literatürde kayıtlıdır. Alt karın yaralanmaları genellikle sadece uterusu ilgilendirir de üst karın travması çok daha ciddi bir özellik taşıyabilir. Çünkü mide, barsaklar ve büyümüş olan uterus nedeniyle küçük bir alana sıkışır.

Fetüs veya plasentanın ateşli silahla yaralanması intrauterin ölüme, bebekte yaralanma bulgusu ile birlikte veya yaralanma olmaksızın erken doğuma yol açar.

Gebe uterusun ateşli silahla yaralanmasına bağlı fetüs ölümünden kaynaklanan en önemli sorun, ölüm tarzının belirlenmesidir. Amerika Birleşik Devletleri'nden Di Maio aşağıdaki noktaları bildirmektedir. Eğer çocuk uterus içinde ölürse, gelişim dönemi ne kadar ilerlemiş olursa olsun, vuran kişiye çocuğun ölümü nedeni ile suçluluk yüklenmemelidir. Yasal olarak çocuk canlı doğuncaya kadar bir birey olarak kabul edilmez. Bununla birlikte, eğer çocuk canlı doğarsa ve daha sonra ölürse yaşama süresi sadece

birkaç dakika olsa bile, ölüm bir cinayet olarak kabul edilir. Hatta mermi çocuğa çarpmasa fakat prematüre doğumuna yol açsa dahi, bu son durumda ölüm nedeni "uterusun ateşli silahla yaralanmasına bağlı prematürite-cinayet" şeklinde kabul edilmelidir.⁴

ELEKTRİK AKIMI VE GEBELİK

Literatürde elektrik şoku veya yıldırım çarpmasına maruz kalmış olan gebe kadın sayısı azdır. Rees 1930 yılından beri elektrik şoku ve yıldırım çarpmasına maruz kalıp da kendileri kurtulmalarına rağmen, çocuklarını kaybeden beş olgu tespit etmiştir. Baldi 220 Voltluk elektrik akımına maruz kalan 8 aylık bir gebe kadının kazadan 5 gün sonra spontan olarak masere bir fetüs doğurmuş olduğunu bildirmiştir. Samsvenarjo yıldırım çarpmasına maruz kalmayı müteakip bilinç kaybı ve batin duvarının alt kısımlarında şiddetli yanıklar gösteren 6 aylık bir gebe kadının laparotomisinde uterusu rüptür ile uterus içindeki fetusun ölmüş olduğunu tespit edildiğini kaydetmiştir.

Akımın tipi, şiddeti ve temas süresine bağlı olarak gebelik esnasında maruz kalan elektrik şoku aşağıdaki neticelerin herhangi birisine yol açabilir:

- a. Hem annenin hem de gebelik ürününün ölümü,
- b. Annenin hayatta kalmasına karşın fetüsün ölmesi,
- c. Hem anne hem de fetüsün hayatta kalması yani gebeliğin devam etmesi,
- d. Annenin ölümü, fetüsün yaşaması. Bu durum ancak elektrik şokuna maruz kalan termine veya termine yakın gebe kadının süratle hastaneye yetiştirilerek çocuğun alınması halinde mümkün olabilir.
- e. Kazadan saatler, günler hatta haftalar sonra (spontan düşük olsun veya olmasın) fetüsün ölümü.

Elektrik şoku ile gebelik ürününün ölümü arasında pozitif bir nedensellik (illiyet) bağı aşağıdaki durumların mevcut olması halinde kurulabilir:

1. Annenin daha önceki gebelik ve doğumlarının normal olduğu tespit edilmektedir.
2. Kazanın meydana gelişine kadar gebeliğin seyri normal olarak devam etmiş olmalıdır.
3. Kazanın meydana geldiği tespit edilmiş olmalıdır.
4. Annenin veya fetüsün ölümünün açıklanmasında başka faktör veya faktörler elimine edilebilmektedir.
5. Ölü fetüsün gelişim safhası gebelik süresine uymalı, maserasyonun derecesi ve genişliği, fetüsün ölümü ile kaza arasında geçen zamanla orantılı olmalıdır.

Gebelik sırasında elektrik çarpmasına maruz kalmanın fetüste önemli morbiditede ve mortaliteye yol açtığı bildirilmiştir. Fetüsün uğradığı travmanın şiddetinin mutlaka annedeki yaralanmanın derecesine uyum göstermesi gerekmez. Fetüs elektrik şokuna karşı anneden daha az dirençlidir.

Hiperemik gebe uterus ve amnion sıvısı elektrik akımını fevkalade iyi iletir. Bu nedenle, fetüse ulaşan akım kalbin durmasına yol açabilir.

Fetüsün derisi, akımın geçişine karşı postnatal deriden 200 defa daha az direnç gösterir. Dordelmann'a göre fetüsün 100 ila 380 Voltluk, 25 mA şiddetindeki bir akıma 0,3 sn maruz kalışı ölümü için yeterli olarak kabul edilmektedir.

Fetüsün post-mortem muayenesinde kalp boşluklarında dilatasyon, karaciğer, böbrekler ve beyinde kanamalar tespit edilir.

Uterusun elektrik ile uyarımı kontraksiyonlara sebep olarak doğumun başlamasına yol açabilir.

Gebeliğin beşinci ayında uygulanan elektroşok tedavisini müteakip fetüsün ölümü ile sonuçlanan olgular bildirilmiştir. Elektroşok tedavisinden sonra fetüsün kalp ritminde geçici bozukluklar meydana geldiği de kaydedilmiştir.

Elektroşokun fetüs üzerine etkileri deneysel olarak incelenmiştir. Ancak, hayvan deneyleri ile elde edilen sonuçların insana uygulanması şüpheli görülmektedir. Mevcut bilgilere göre, gebe kadının elektrik kazasına maruz kalışı, fetüsün hayatını tehlikeye sokabilmektedir. Eğer fetüs elektrik kazasından sonra ölmeyip yaşarsa, fetüste geç fena etkilerin meydana gelmesi beklenebilir.¹⁵

YANIK TRAVMASI

Bir yanık travmasından sonra prognoz, gebe olanlarda gebe olmayanlara nazaran farklılık göstermez. Genel olarak anne yaşarsa, fetüs de yaşar. Eğer yanık ölüme yol açarsa, fetüs anneden daha önce ölür. Bu nedenle, annenin terminal dönemde bulunduğu, fetüsün ise yaşama olasılığının olduğu durumlarda bebeğin doğurtulmasına yönelik bir girişim düşünülebilir.⁹

İATROJENİK YARALANMALAR

Bir hekim tarafından yapılan veya bir tedavi sırasında kaza sonucu meydana gelen bir yaralanma gebe hasta açısından bazı sorunlar ortaya çıkarır.

1. Cerrahi İşlemler

Özellikle eksploratris laparotomi olmak üzere, gebe hastalarda yapılan önemli ameliyatlarda spontan düşük ve prematüre doğum riski bulunur. Genelde bu riskten, uterus kontraksiyonlarını önleyerek veya durdurmada Terbutaline ve Ritodrine gibi çeşitli uterus gevşetici ilaçlar kullanılarak kaçınılabılır.

Bununla birlikte, birinci trimestirde bu tokolitik maddelerin verilmesi uygun görülmemektedir. Çünkü bu dönemde spontan düşüğün travmadan

ziyade kromozom anomalileri sonucunda meydana gelmesi daha muhtemeldir. Bu maddeler, 2. ve 3. trimestirlerde sadece uterus kontraksiyonları ve serviks dilatasyonu ile birlikte prematüre doğum kesin olarak teşhis edildiğinde verilmelidir.

Tokolotik ilaçlar ameliyat sırasında kullanılabilir. Gerektiğinde anne ve fetus izlenerek yatak istirahati verilerek ve sıvı uygulanarak ameliyattan sonra da devam edilebilir. Kalp hastalığı bulunan hastalara dikkatle verilmelidir.⁹

2. Prenatal Tanı Testleri

Modern tıptaki en önemli gelişim, prenatal tanı testlerinin fetüste genetik hasar bulunup bulunmadığının araştırılması için kullanılmasıdır. Gebeliğin çeşitli dönemlerinde uygulanabilir. Bu test için endikasyonlar arasında anne yaşının ilerlemiş olması, hem annenin hem de babanın ailesinde genetik olarak belirlenmiş olan hastalığın yüksek sıklıkta bulunuşu ve daha önce doğum defekti bulunan bir çocuğun doğmuş olması sayılabilir.⁹

a. Amniosentez

Amniosentez fetüsteki kromozom anomalilerini ve hastalıkları tespit etmek için gebeliğin 15 ile 17. haftaları arasında yapılan bir işlemdir. Amniosentezden hemen önce ve amniosentez sırasında fetusun ve plasentanin yeri ve büyüklüğünü belirlemek için ultrasonla değerlendirme yapılır. Sonra karın ve uterus duvarından amnion kesesine uzun bir iğne sokulur ve bir şırınga ile amnion sıvı örneği alınır. Daha sonra bu sıvı Down sendromu gibi durumlar yönünden teste tabi tutulur. Bu işlem sırasında iğne ile plasentanin delinmesinden kaçınılması önemlidir.

Amniosentez ile annede oluşan riskler hafiftir ve en sıklıkla geçici vaginal kanama, amnionda iltihaplanma ve minimal miktarda amnion sıvısı sızıışı görülür.

Fetüste oluşan yaralanmalar iğnenin sokuluşu ile ilgilidir. Placentada delinme oluşabilir. Fetus ölebilir ve spontan düşük oluşabilir. Amniosenteze bağlı komplikasyonların genel riski % 1'den azdır. Bu işlemden sonra düşük meydana gelmesi riski ise 200 de 1 civarındadır.⁹

b. Koryon Villus Biyopsisi

Bu işlem de kromozom anomalilerini tespit etmek için yapılır. Bunun avantajı birinci trimestir sırasında da yapılabilmesidir. Koryon villusları plasentayı oluşturan küçük oluşumlardır. Koryon villus biyopsisinde ultrason kılavuzluğunda bir kateter serviks yoluyla villüs alanına sokulur. Daha sonra şırınga içine villuslar aspire edilir. Koryon villus biyopsisi ayrıca karın duvarından bir iğne sokulması şeklinde de yapılabilir.

Koryon villus biyopsisi komplikasyonları ile ilgili veriler henüz tamamen anlaşılmayacak kadar yenidir. Kısa süreli riskler arasında annede

kanama ve kramp şeklinde ağrılar, amnion sıvısında sızma, enfeksiyon ve fetüsün ölümü yer alır. Bir çalışmada koryon villus biyopsisi ile ilgili spontan düşük oranı % 6, başka bir araştırmada % 1 ila % 2, Dünya Sağlık Örgütü ise % 3 ila 4 arasında olduğunu bildirmektedir. Çoğu araştırmacıların fikirbirliği içinde olduğu konu, koryon villus biyopsisi yapılmasının bir gebeliğe % 1 oranında spontan düşük riskini ilave etmesidir.⁹

c. Kontraksiyon Stress Testi

Bu testle fetüsün, kontraksiyonların neden olduğu plasenta kan akımındaki kısa dönemli azalmaları tolere edip edemeyeceğini anlamak için uterusu kontraksiyonlar oluşturulur. Kontraksiyonlar ya aralıklı olarak kadının meme başını uyararak ya da oksitosin infüzyonu uygulayarak oluşturulur ve bu sırada fetüsün kalp hızı izlenir.

Bu işlem ile ilgili risksler arasında travayın provoke edilmesi ve hastanın uterusunda daha önce bir kesi yapılmışsa kontraksiyonlarla uterusu rüptür meydana gelmesidir.⁹

d. Radyografi

Ultrasonografinin güvenlik ve doğruluğu nedeniyle günümüzde obstetrik tanıda radyografi nadiren kullanılmaktadır. Yegane istisnayı kesin tanımlamayı gerektiren fetüsten kemik anomalileri bulunan olgular oluşturur.⁹

TRAVMANIN GEBELİĞİN PROGNOZU ÜZERİNE OLAN UZUN SÜRELİ ETKİLERİ

Fetüsün doğrudan yaralanmadığı durumlarda dahi, ileri derecede yaralanmış olan gebe kadınlarda tıbbi işlemler etki yapabilir. Diğer muhtemel sorunlar arasında bulunan annedeki şok ve hipoksi, fetüsün kan akımını azaltır. Kan transfüzyonları fetüste eritroblastozise yol açan antikorların meydana gelmesine neden olabilir. Bu nedenle, anne antikor gelişimi yönünden izlenmelidir. Ameliyat için gerekli olan genel anestetikler fetüse giden oksijeni azaltabilir.

Asidoz fetüse zarar verebilir. Bu nedenle asidoza neden olan elektrolit denge bozukluğu hemen düzeltilmelidir. Travmaya bağlı böbrek yetmezliği fetüste azotemiye yol açar. Bundan kaçınmak için anne diyaliz işlemine tabi tutulabilir.

Travma olgularında gebeliğin prognozu hakkında daima endişeler bulunmasına rağmen, annenin ve fetüsün kazayı atlatabileceği, düşük veya yaşayamayacak derecede bir erken doğum yapmayacağı ve fetüsün kendisinin doğrudan yaralanmayacağı konusundaki iyimserlikler araştırmacılar tarafından ifade edilmektedir.

Fetüsün yaşayabilme yeteneğinde bulunduğu bir zamanda, gebe

kadının merkezi sinir sistemini ilgilendiren şiddetli yaralanma durumlarında annenin vital fonksiyonlarının mekanik olarak desteklenmesi sonucunda gebeliğin miada kadar ulaşması mümkün olabilir.⁹

GEBELİK SIRASINDA UĞRANILAN MÜESSİR FİİLLERİN TÜRK CEZA KANUNU AÇISINDAN YORUMU

Adli makamlar, gebelik sırasında uğranılan travmatik bir olayın (trafik kazası, düşme, dövülme) Türk Ceza Kanunu'nun müessir fiillerle (etkili eylemlerle) ilgili maddelerinden hangisine göre işlem göreceğini belirleyebilmek amacıyla hekimlerin raporlarına başvururlar. Adaletin doğru bir biçimde gerçekleşmesi, olayla ilgili görüşlerini objektif ve bilimsel olarak sunabilen bilirkişilere bağlıdır. Objektif ve bilimsel olmayan bir bilirkişi raporuna göre kişi hemen tutuklanabilir, gereğinden fazla bir biçimde cezalandırılabilir ya da ağır bir arıza bırakan eyleminin karşılığında çok hafif bir ceza ile kurtulabilir.

Genital organlar ve fetüsle ilgili müessir fiiller konusunda gerek adli makamların sordukları sorulara cevap verebilmek, gerekse bu konuyla ilgili adli raporları hazırlayabilmek için kadın genital sisteminin travmatik lezyonlarının özelliklerini ve Türk Ceza Kanunu'nun müessir fiiller hakkındaki maddelerini iyice bilmek gerekir.

Genel anlamda, vücuda ağrı-acı veren ya da verebilecek olan, sağlığı bozan ve akıl fonksiyonlarında bozukluk meydana getiren travmatik zararlar kanunumuzun deyimi ile müessir fiiller (etkili eylemler) adı verilir.

Gebelik sırasında uğranılan travmalar ile ilgili durumlarda abortus (düşük), erken doğum, fetüs ölümü ve plasentanın erken ayrılması gibi olaylar meydana gelebilir. Öte yandan, anne ciddi bir şekilde yaralansa bile, gebeliğin sonlanması durumu ortaya çıkmayabilir. Bazı küçük travmalarla aynı zamana rastlayan gebeliğin kendiliğinden (spontan olarak) sonlanması olayı hekimi yanıltabilir.

Türk Ceza Kanunu'nun 456, 457 ve 458 inci maddeleri müessir fiiller ile ilgili olan ve adli tıp uygulamasında en çok kullanılan maddelerdir.

Aşağıda gebelik sırasında uğranılan travmatik olaylar nedeniyle genital organlarda oluşan lezyonların ve fetüsü ilgilendiren durumların Türk Ceza Kanunu'nun 456, 457 ve 458 inci maddeleri açısından yorumlanması yapılacaktır.

Türk Ceza Kanunu'nun 456 ıncı maddesi: Türk Ceza Kanunun'un 456 ıncı maddesinde müessir fiiller ile ilgili cezalar dört bölüm halinde ele alınmıştır.

1. "Her kim katil kasdıyla olmaksızın bir kimseye cismen eza verir veya sıhhatini ihlale yahut akli melekelerinde teşevvüş husulüne sebep olursa 6 aydan 1 seneye kadar hapsolunur (Asliye Ceza) ".

Müessir fiile uğrayan kişinin günlük yaşamındaki uğraşlarına (yemek yemek, oturup kalkmak, soyunup giyinmek, tuvalete gitmek, traş olmak, saç taramak, v.b.) tekrar başlayabilmesi için geçecek olan zamana adli

şifa süresi denir. Buna uygulamada mutad iştigalden (güncel uğraşılardan) kalma süresi diyoruz.

Hekimin elinde mutad iştigalden kalma süresini saptayacak kesin kriterler yoktur. Genellikle travmanın ağırlığına ve bu ağırlığa bağlı olarak organizmada meydana gelen arızaya göre gün tayini yapılır. Hafif travmalar 10 güne kadar, orta ağırlıktakiler 11-19 gün, çok ağır olanlar ise 20 gün ve daha fazla bir süre kişinin mutad iştigaline engel teşkil ederler. Bu noktadan hareket ederek hekim, her olguda mümkün olduğunca, kesin gün tayini yapmalıdır.

11-19 gün mutad iştigale engel teşkil edecek özellikte olan travmatik genital sistem lezyonları 456 ıncı maddenin bu kısmına göre işlem görürler.

Perinide meydana gelen derin lezyonlara ve damar hasarlarına, rekto-vaginal veya vesiko-vaginal fistüllere yahut 3. derece (enkontinans ile birlikte) anüs sfinkter yırtıklarına yol açan travmatik değişiklikler şahsın 15 gün mutad iştigaline engel teşkil edecek niteliktedir.

2. "Fiil, havastan veya azadan birinin devamlı zaafına yahut söz söylemekte devamlı müşkülata veya çehrede sabit bir eseri yahut 20 gün veya daha ziyade akli veya bedeni hastalıklardan birini veya bu kadar müddet mutad iştigallerine devam edememesini mucip olmuş veya hayatını tehlikeye maruz kılmış veya gebe bir kadın aleyhine işlenip de vaktinden evvel çocuk doğmasını intaç etmiş ise ceza 2 seneden 5 seneye kadar haptistir (Asliye Ceza)".

Pratikte bir organın fonksiyonunun veya bütünlüğünün devamlı olarak yarıya yakın bir oranda kaybolması ve bir sakatlık halinde kalması uzun zaafi şeklinde değerlendirilir. Travma neticesi meydana gelen ve ameliyatla düzeltilmesi mümkün olmayan rekto-vaginal, vesiko-vaginal fistüller ve anüs sfinkter yırtıkları uzun zaafi niteliğindedir.

Türk Ceza Kanunu'nun 456/2 inci maddesinde hayati tehlike terimi geçmektedir. Travma bazen kişide hayat için tehlikeli sonuçlara (hayati tehlikeye) yol açabilir. Travmadan sonra kişinin hayatının tehlikede olduğu durumlarda hayati tehlike terimi kullanılır. Bu kelimenin anlamında, hayatın mutlaka tehlikeye uğraması esas olup, tehlikenin gerçekleşmesinin şart olmadığı prensibi bulunmaktadır. Öldürücü nitelikte olan bir travmanın etkisi, tıbbi tedavi veya ameliyatla ve hatta kendiliğinden geçse dahi, kişinin hayatını tehlikeye uğrattığı kabul edilmelidir. Hekimlerin, rapor hazırlarken, hayati tehlike deyimini hayatın gerçekten bir tehlikeye uğradığını tıbbi teşhis araçları ile saptadıktan sonra kullanılmaları gerekir.

Uterus ve adnekslerde (yumurtalık ve yumurtalık borularında) yaralanmaya sebep olan durumlar şahsın hayatını tehlikeye sokarlar.

Vagina ve uterustan karın boşluğuna giren aletlere bağlı yaralanmalar, travmatik uterus ve adneks lezyonları hayati tehlike özelliği taşımalarının yanı sıra 25 gün mutad iştigale engel teşkil ederler.

Hekimin karşılaştığı en güç sorunlardan bir tanesi yasal makamlar tarafından kendilerine sorulan düşme, otomobil çarpışması ve dövme gibi travmatik bir olayın düşük, fetus ölümü, erken doğum veya plasentanın erken ayrılmasına yol açıp açmadığıdır. Bu konudaki tecrübeler azdır. Sorun gebe-

liğin kararsız bir durum olmasından kaynaklanır. Düşük veya prematüre doğum meydana gelebilir. Fetüs ölebilir veya plasenta ayrılabilir. Bütün bu olaylar bilinen bir neden olmaksızın da oluşabilir. Ayrıca hatta annede ciddi bir yaralanmaya neden olsalar dahi travmatik olaylardan sonra seyrek olarak gebelik kaybı meydana gelir. Bütün bu durumları akılda tutarak, hekim çoğu kez hasta tarafından ileri süren iddiaları göz önünde bulundurur. Aşağıda anlatılacak olanlar, travmatik olay ile gebeliğin kaybı arasında muhtemel ilişkiyi kurma veya reddetme konusunda yol gösterici bir özellik taşırlar.^{5,7,13}

Erken Doğum

Kanunun bu maddesi, gebe bir kadına müessir fiil uygulayarak çocuğun zamanından önce doğmasına neden olan kişiye 2-5 yıl hapis cezası verilmesini öngörmektedir. Prematüre doğum, yaşama yeteneği gösteren bir fetüsün uterustan erkenden atılarak doğması anlamına gelir. Burada kadının sağlık durumunda herhangi bir bozukluk düşünülmemiştir. Yalnız çocuğun zamanından önce doğumu annenin sağlığını bozabileceği gibi, bu durumdan çocuğun yaşama yeteneği ve gelişimi de etkilenecektir. Bu cezasal kuram gebe kadını ve çocuğu koruma bakımından çok önemlidir.

Suç işleyen kişinin bu kanun maddesine göre cezalandırılabilmesi için, kadının gebe olduğunu bilmesi şarttır. Eğer fail kadının gebe olduğunu bilmiyor idiyse, meydana gelen netice failin kastını aşmış olacaktır. Fiil netice olarak failin asıl maksadını aşmış ise müessir fiil cezası indirilir. Bu nedenle fail, mağdurenin gebe olduğunu bilmiyor idiyse hakkında TCK 456/2 maddesine göre tayin olunacak cezanın TCK 458 inci maddesine göre indirilmesi gerekir. Zamanından önce doğmuş olan çocuk, annesinin maruz kaldığı müessir fiil yüzünden bir süre yaşadktan sonra ölürse, sanık ağırlaştırıcı nedenleri olan müessir fiilden ve taksirle ölüme neden olmadan sorumlu tutulur. Failde öldürme veya çocuğu zarar verme kasdı bulunmadığından, kasten adam öldürme veya kasdın aşılması sureti ile adam öldürme durumu söz konusu değildir. Faile yüklenebilecek yegane fiil, taksirle adam öldürmedir. Ölüme neden olan fiil, çocuk henüz kişi sıfatını kazanmadığı bir zamanda meydana gelmiştir. Fakat çocuk müessir fiilden kaynaklanan ölüm sebebine sahip olarak doğmuş ve bu sebep dış yaşam ile anne rahmindeki yaşam arasındaki geçiş döneminde netice oluşturmıştır. Eğer bu durum bu şekilde kabul edilmez ise, çocuğun ölümü ile neticelenmiş olan müessir fiilin neden olduğu erken doğuma, çocuğun düşmesi ile neticelenen müessir fiile verilen cezadan daha az ceza verilmiş olacaktır.

Erken doğum spontan olarak meydana gelebilir. Sosyo-ekonomik durum ve ırka bağlı olarak sıklığı % 6.69 ila % 14.18 arasında değişmektedir. Erken doğumların % 40'ından az bir kısmında etyolojik faktörler belirlenebilir. Bununla birlikte, travma uzun bir süreden beri muhtemel bir neden olarak kabul edilmiştir. Bazı olgularda zarların yırtılması veya plasentanın erken ayrılması doğrudan travmaya bağlanmıştır. Eğer travma bu iki olayın nedeni olarak belirlenirse, meydana gelen erken doğum aşikar bir şekilde

travmaya bağlanabilir.

Gebe kadına isabet eden travmadan sonra oluşan erken doğum bebeğin ölümünün indirekt nedeni olabilir. Birçok hasta travmadan veya hemen hemen herhangi bir çeşit emosyonel şoktan sonra uterus kontraksiyonlarının başladığını bildirir. Eğer bu çeşit bir olayı izleyen herhangi bir sürede bebek prematüre olarak doğarsa, travmatik olay sıklıkla bebeğin prematüre doğumundan ve onun daha sonraki sonuçlarından veya ölümünden sorumlu tutulur. Travmadan sonra meydana gelen gerçek prematüre doğum sıklığı konusundaki verilerin sayısı azdır.

Annenin uterusundaki myom ve konjenital deformite erken doğumdan sorumlu olmuş olabilir.

Günümüzde doğum sancısının normal başlangıcının nedeni veya nedenleri henüz iyi bilinmediğinden kişinin doğum sancılarına ek faktörlerin etki edip etmediğini kesinlikle söyleyebilmek mümkün değildir. Bu gerçek göz önünde tutulduğunda, travma ve prematür travay arasında doğrudan bir nedensellik bağıni varsaymak için plasentanın erken ayrılması, annede şok veya fetüsün hasar ile veya hasar olmadan ölümü gibi hem travmaya hem de prematür travay başlangıcına ilişkin saptanabilir bir lezyonun mevcudiyetinin gerekli olduğu açıkça ortaya çıkar.

Erken doğumu gösteren unsurlar şunlardır:

-Miadına göre erken gebelik anamnezi,

-Normal pozisyonda bir fetüsün varlığı,

-Annede erken doğuma yol açan durumların fizyolojik delillerinin bulunmayışı,

-Yaralanmaya şokun eşlik etmesi,

-Kaza sırasında veya kazadan hemen sonra amnion sıvısının sızması ile kendini gösteren amnion kesesinin yırtılması,

-Kazadan kısa bir süre sonra doğum ağrılarının başlaması ve prematüre bir bebeğin doğumuna kadar devam etmesi,

-Gebelik süresi ne olursa olsun bebeğin doğumdaki ağırlığının 2500 gr'ı aşmamış olması.

Travmatik olay ile erken doğumun başlaması arasındaki muhtemel ilişkiyi düşündüren kriterler şunlardır: 1. Travmatik olaydan sonra veya olayı hemen müteakip zarların yırtılması, 2. Travmatik olayı izleyen bir hafta içinde doğumla sonuçlanan ağrıların başlaması, 3. Annede erken doğumla sıklıkla ilgili bulunan durumların bulunmayışı.^{2,5,7,13}

Plasenta Travması

Travma ile plasentanın erken ayrılması sık olarak meydana gelmez. Fetüsü öldürmeye yetecek kadar şiddetli olan plasentanın erken ayrılması ile ilgili 201 olgunun incelenmesinde travmanın sadece ikisinde plasentanın ayrılmasının nedeni olduğu kabul edilmiştir. Paintin 213 olgu arasında düşme, dövme veya bir taşıt çarpışmasının yol açtığı plasentanın erken ayrılması bulunan herhangi bir hasta bulamadığını bildirmiştir. Bununla bir-

likte, bu araştırmacı olguların % 1.3 ünün travma ile ilgili olduğunu, bunların anestezi altında dış versiyon, koitus, polihidroamnios ile aniden amnion sıvısı sızması gösterdiklerini belirtmiştir. Bununla birlikte, ağır yaralanma gösteren hastalar açısından plasentanın erken ayrılması daha önceden tespit edilenlere nazaran önemli ölçüde daha siktir. Örneğin Louisiana'daki Charity hastanesinde Dyer ve McCaughey 10 yıllık deneyimlerini incelemişler ve 39.076 doğumda 214 plasenta dekolmanı olgusunu tespit etmişlerdir. Bunların hiçbiri travmaya bağlanmamıştır. Crosby ve Costiloe otomobil çarpışmasına uğrayarak ağır bir şekilde yaralanmış olan 41 olguyu belirtmişlerdir. Bunların 20 tanesinde plasentada erken ayrılma gelişmiştir (%29.2). Bu şekilde otomobil çarpışmasına uğrayarak ağır bir şekilde yaralanmış olan kadınlarda plasentanın erken ayrılma sıklığı % 6 ile 30 arasında değişmektedir. Henüz bildirilen 14 olgunun 13'ünde gebelik travmatik olayı izleyen 48 saat içinde sonlanmış. Dyer tarafından bildirilen bir olguda ölmüş olan fetus 2 aydan fazla bir süre uterus içinde kalmıştır. 48 saat içinde fetüsün ölümüne veya doğuma yol açmayan travmaya bağlı plasenta ayrılması durumu son derece seyrek. Travma ile plasentada erken ayrılma meydana gelebilir. Bu da fetüsün ölümüne yol açabilir. Bir çarpışma veya başka bir olay sırasında uterusu kuvvet isabet ettiğinde sıvı mekanığı prensiplerine göre uterus duvarı şeklini değiştirir. Duvarı elastik olduğundan uterus uzayabilir veya kısalabilir. Bu sırada plasentanın tutunma yeri etkilenir. Uterus duvarının aksine plasenta elastik değildir. Uterus duvarı ile aynı ölçüde büzülüp genişleyemez. Çarpma sırasında plasentanın tutunma yerinde ayrılma meydana gelir. Bu nedenle, gebeliğin geç döneminde şiddetli karın travmasının sonucunda plasentada erken ayrılma meydana gelmesi beklenebilir. Bununla birlikte, şiddetli otomobil çarpışmasına maruz kalmış olan gebelerin % 6'sından daha az bir kısmında plasenta ayrılmasının klinik olarak farkına varılabilen derecede meydana geldiği belirlenmiştir.

Plasentanın tutunma yerinin ayrılmasından sonra intervillöz aralığı drene eden venler ve arteriollerden desiduanın içine kanama meydana gelebilir. Kan pıhtılaşabilir ve hematoma kendi kendini sınırlayabilir. Eğer pıhtı sınırlı bir şekilde kalırsa ve dış kanama olmazsa, hematoma organize olarak plasentanın anne yüzeyinde bir çöküntü meydana getirir. Bunun yerini daha sonra fibröz bir doku alır (plasenta enfarktı). Plasenta enfarktleri siktir fakat plasentanın küçük derecedeki ayrılmalarına bağlı olarak ne kadar sıklıkta meydana geldikleri bilinmemektedir. Küçük plasenta enfarktlerinin klinik açıdan önemi azdır. Plasentanın erken ayrılması olgularının % 80 'inde bir dış kanama bulunur. % 20'sinde ise plasentanın arkasında gizli bir kanama meydana gelir. Klinik semptomların şiddeti ve fetüsün prognozu ayrılan plasenta alanının büyüklüğüne bağlıdır. Miada yakın bir gebelikte plasenta yüzeyinin % 25' inden daha az bir kısmı ayrıldığı zaman dış kanama ve erken doğum meydana gelir fakat fetüsün yaşaması beklenebilir. Bunun aksine, plasentanın % 50 sinden daha fazla bir kısmı ayrıldığında fetüsün yaşaması muhtemel değildir ve genellikle annede şok, tetani ve uterusu hassasiyet mevcuttur. Bu sendromu yaygın damar içi koagülasyonu izleyebilir. Klinik olarak farkına varılabilen plasentanın erken ayrılması olgularında anne ölüm oranı % 1 veya

daha azdır. Fetüsün ölüm oranı ise tanı koyma kriterlerine bağlı olarak % 30 ile % 68 arasında değişir.

Travmanın ne kadar sıklıkla plasentada ayrılma meydana getireceğini doğru bir şekilde tespit etmek güçtür. Fakat travmanın plasentada erken ayrılmanın birçok nedeninden biri olduğu kabul edilmektedir. Pritchard fetüsün uterus içinde ölümüne neden olacak kadar şiddetli plasenta erken ayrılmasının nedeni olarak travmanın sıklığının % 1 olduğunu bildirmiştir.

Yukarıda bildirilen araştırmalara dayanarak, bir travmatik olayın plasentada erken ayrılmaya neden olduğunu ileri sürebilmek için aşağıdaki kriterler gösterilmelidir:

1. Gebelik travmatik olaya kadar normal bir şekilde ilerlemiş olmalıdır.

2. Plasentanın erken ayrılmasına zemin hazırlayan daha önceki vaginal kanama, hipertansiyon, gebelik toksemisi, konjenital septum veya myom gibi uterus anormallikleri bulunduğu dair deliller olmamalıdır.

3. Vaginal kanama, uterusta tetani, fetüs ölümü ve uterusta hassasiyet gibi plasenta ayrılmasının belirti ve semptomları travmatik olayı izleyen 48 saat içinde başlamalı ve gebelik bundan kısa bir süre sonra sonlanmalıdır.

4. Tanı plasenta yüzeyine yapışık bir pıhtı veya plasenta yüzeyindeki bir çöküklük alanının varlığı ile doğrulanmalıdır.

Ani doğum olmaksızın plasenta ayrılmasının fetüsün ölümüne yol açması mümkün olmasına rağmen, nedensellik ilişkisinin gösterilebilmesi için aşağıdaki faktörlerin varlığı gereklidir:

a. Kazadan hemen önce fetüsün yaşadığına ve hemen sonra yaşamadığına dair deliller bulunmalıdır.

b. Doğumdan sonra patolojik olarak incelendiğinde, plasenta ayrılmasının organizasyon derecesinin travmatik olaydan itibaren geçen zaman uzunluğu ile uyum göstermesi gerekir.¹

3- "Fiil, kat'i veya muhtemel surette iyileşmesi kabil olmayacak derecede akıl veya beden hastalıklarından birini yahut havastan veya el veya ayaklardan birinin veya söylemek kudretinin yahut çocuk yapmak kabiliyetinin ziyasını mucip olmuş veya azadan birinin tatilini yahut çehrenin daimi değişikliğini veya gebe bir kadına karşı ika olup da çocuğun düşmesi-ni intaç eylemiş ise ceza 5 seneden 10 seneye kadar ağır hapistir (Ağır Ceza)".

Travmaya bağlı olarak uterus, ovaryumlar veya tuba uterinaların her ikisinin birden çıkarılması, tıkanmaları, kesilmeleri veya kopmaları ile çocuk yapma gücü kaybolur. Bu maddenin nüfus politikası bakımından önemi vardır.²

Travma ve Düşük

Düşük fetüsün yaşama yeteneğini kazanmadan önce gebeliğin sonlanması şeklinde tanımlanır.

Spontan düşüğün amaçlarından birisi, anormal fetüslerin gelişimini sonlandırmaktır. Travmatik olmayan spontan düşüklerin sıklığının yüksek ve

travmatik düşüklerin sıklığının ise düşük oluşu yüzünden, birçok araştırıcı kaybedilmiş olan gebeliğin normal olduğunun kanıtlanması mümkün olmadıkça, travmanın düşük nedeni olarak suçlanmaması gerektiğini bildirmiştir. Diğer bir deyimle eğer söz konusu düşük normal bir gebeliğe ait değilse, travmadan sonra meydana gelse veya travma ile kolaylaştırılsa bile, muhtemelen travmaya bağlı değildir.

Düşüğün Patolojik Açıdan İncelenmesi

Bilinen gebeliklerin % 10 ila 20' si düşük şeklinde sonlanır. Hertig ve Sheldon düşüklerin % 61.7' sinin ovumdaki defektler (embriyo defektleri, embriyonun bulunmayışı, plesenta anormallikleri) ile ilgili olduğunu bildirmişlerdir. Böyle bozuk bir gebelik anneye ne olursa olsun düşük ile sonuçlanacaktır. Bu nedenle, bozuk bir ovumun düşüğü, hatta düşük travmatik olayı yakından izlese dahi travmaya bağlanmamalıdır. O halde, bir olguda travmanın etyolojik rolü belirlenecek ise, düşük ürününün histopatolojik incelemesinin dikkatli bir şekilde yapılması gerekir.

Her mümkün olduğunda düşük materyali patolojik incelemeye tabi tutulmalı ve bulgular düşük nedeni olarak travmayı suçlamak veya ekarte etmek için kullanılmalıdır. Burada yine düşüğün patolojik olmadığını kanıtlanması önemlidir. Hertig ve Sheldon'a göre eğer düşüğün normal olduğu ispatlanamazsa, travmatik açıdan nedenselliğin dellileri tahmini ve spekülatif olarak kabul edilmelidir. Bu durumda düşüğün patolojik nedenlere bağlı spontan bir düşük olması daha muhtemeldir. Bazen fetüsün travma ile hasara uğramış olduğunu gösteren bulgular bulunabilir. Travmanın rolünün belgelenmesine yardımcı olmak amacıyla patolojik örneklerin kullanılması, travmatik düşük olasılığı konusundaki şüpheleri ortadan kaldırmak ve olguyu bir esas üzerine dayattırmada iyi bir yoldur.

Ne yazık ki atılmış olan doku her zaman inceleme için mevcut değildir. Bu nedenle düşük materyalinin incelenmesi çoğu kez mümkün değildir. Özellikle çok erken düşüklerde bu doku dejenere olmuş ve birçok günden beri küçük parçalar şeklinde dışarı atılmış olabilir. Bununla birlikte, 10 uncu hafta civarında fetüsün çoğu kez bozulmamış ve hatta bazen canlı olması nedeni ile doku incelemesi kolay olabilir. Hatta burada da düşüğe neden olan anormallikler veya belirgin yaralar arasında ayırım yapılması güç olabilir.

Düşüğün travma sonucunda meydana gelmiş olduğu iddiasının ispatlanmasında önemli olan nokta, düşük materyalinin incelenerek embriyonun travma sırasında canlı olduğunun saptanmasıdır.

Gebelik sırasında düşükten önceki bir zamanla ilgili travma anamnezi veren olgularda gebelik ürünü yeterli bir şekilde araştırıldığında embriyonun bulunmadığı, ölü olduğu veya travma sırasında malformasyon bulunduğu ortaya çıkarılırsa, travma düşükten sorumlu tutulamaz.

Düşükler için özel olan ve bazıları travma bulgularını gösterebilen 6 çeşit anormal durum bulunur.¹⁰

a. Sadece koryon vilusları ihtiva eden ovum: Burada sadece koryon villuslarını ihtiva eden ovumlar incelenen dokuları oluşturur. Bu gibi doku nadiren düşüğün nedeninin belirlenmesinde kullanılabilir. Travmayı, izleyen 42 ila 72 saat içinde dejenere olmuş halde atılan plasenta villuslarının, travmanın bir neden olmadığını gösteren delil niteliğinde olduğu ileri sürülmüştür. Çünkü bu doku bu kadar kısa bir sürede dejenere olmuş olamaz.

b. Boş koryon kesesi: Boş olan ve iç kısmında hücre kitlesi bulunmayan bir koryon kesesi, eğer kese sağlam ise kesin bir şekilde patolojik bir durumu gösterir. Eğer kese yırtılmış ise, normal bir embriyon ve amnion (fetüsü çevreleyen en içteki zar) düşük sırasında kaybolmuş olabilir. Eğer travma bu yırtıktan sorumlu ise bir merkezden çıkan damarları ihtiva eden normal göbek kordonunun yırtılmış ve geride kalmış olan kısmının bulgusu bulunmalıdır.

c. Embriyonun bulunmaması: Embryosuz, boş, sağlam bir amnion ihtiva eden bir koryon patolojik bir ovumdur. Bununla birlikte, eğer amnion yırtılmış, embriyo bulunmuş ve normal olarak kabul edilmişse, travma bir neden olmuş olabilir.

d. Nodüler embriyo: Koryon ve amnion bir nodüler embriyo veya embriyonik hücrelerin düzensiz bir grubunu ihtiva edebilir. Göbek kordonu diğer yönlerden normal olduğu takdirde, embriyonik kalıntılar masere ise (dejenere olmuşsa) burada travma söz konusu olabilir. Amnion yırtılmış veya yırtılmamış olabilir.

e. Silindirik embriyo: Koryon veya amnion silindirik embriyo ihtiva ettiğinde bu bulgu kesin olarak patolojiktir. Nedensellik açısından travma söz konusu değildir. Silindirik embriyo başı tanınabilen ancak diğer özellikleri olmayan bir embriyodur.

f. Gelişmemiş embriyo: Bu da rüptür bulgusu ile birlikte olan veya olmayan patolojik bir durumdur. Amnion ve koryon tanınabilen gelişmemiş bir haldeki bir embriyoyu ihtiva eder. Ancak bu embriyo gebelik yaşına göre küçüktür. Çoğu kez deforme, atrofik veya dejenere olmuştur.

Fetüsün Ölümünün Tanısı

Travma tarihi ile fetüsün ölüm zamanı veya düşük zamanı arasında yakın ilişki bulunuyorsa, düşüğün nedeninin travmatik olması daha muhtemeldir. Ağrı ve kanama gibi düşük semptomları, eğer travma gerçekten neden olan bir unsur ise, travmanın 24 ile 48 saati içinde başlaması gerekir. 7 günlük bir ara ile bu ilişki mümkündür. Ancak bu sürenin dışında bu nokta gittikçe olanak dışına çıkar. Eğer travma gerçekten etken bir unsur ise düşüğün, post-travmatik semptomları kısa bir süre sonra izlemesi gerekir.

Travma ile fetüs ölümü arasındaki zaman yönünden ilişkinin saptanmasında fetüsün ölüm zamanı önemli bir faktör olabildiğinden, fetüs ölümünün tanısı travmatik düşük olgularında adli tıp açısından büyük önem kazanabilir. Fetüsün ölümünden sonra uzunca bir süre gebelik ürünü uterus içinde kalırsa, buna missed abortion denir.

a. Gebeliğin erken aylarında tanı

Gebelikten sonraki ilk birkaç ay içinde fetüs ölümünün kesin tanısının koyulması güç olabilir. Bununla birlikte, seri halde klinik muayeneler yapıldığında uterusun büyümesinin durması ve uterusu küçülmenin başladığı belirlenirse, fetüs muhtemelen ölmüştür. Fetüsün ölümünden sonraki ilk birkaç haftada gebelik testleri yalancı olarak pozitif kalabilir. Çünkü HCG hormonu hâlâ anne tarafından yapılmaktadır.¹⁰

Günümüzde ultrasonografik inceleme ile fetüs ölümünün kolayca belirlenmesi imkan dahilindedir.

b. Fetüsün hareketlerinin durması

Fetüs gebeliğin ikinci yarısında ölürse, hasta fetüsün hareketlerinin durduğundan şüphelenebilir. Fetüsün kalp faaliyetinin bulunup bulunmadığını belirlemek için fetüsün kalp atımları dinlenmelidir. Ne yazık ki hidroamnios veya annenin şişman oluşu fetüs hâlâ canlı olsa bile kalp atımlarının tespitini imkansız hale getirebilir.

Gebeliğin 3 ncü ayından sonra kalp faaliyetinin bulunup bulunmadığının doğrulanmasında ultrason kullanılabilir. Uterusun küçülmesi annenin kilo kaybı ve memelerde gerileyici değişiklikler tanının doğrulanmasında yardımcı olabilir.¹⁰

c. Kollabe olmuş fetüsün kafatasının palpasyonu

Bazı durumlarda serviks yoluyla yapılan fetüsün kafatasının palpasyonu ile fetüs ölümü klinik olarak teşhis edilebilir. Eğer ölüm meydana gelmişse, fetüsün gevşek olan kafatası kemikleri yumuşak olan uterus içinde hissedilir.¹⁰

d. Radyolojik tanı

X-ışınları kullanılırsa fetüs ölümü ile ilgili üç önemli radyolojik bulgu saptanabilir. Bunlardan birincisi Spalding bulgusu olup, kafatası kemiklerinin birbiri üzerine binmesidir. Bunun belirgin hale gelmesi birkaç gün alır. Çünkü bu, fetüs beyнинin sıvı hale dönüşüne bağlıdır. Spalding bulgusu, yaşayan bir fetüsün başının annenin pelvis duvarına dayanması durumunda görülen benzer bir radyolojik görüntüden ayırt edilmelidir.

İkinci radyolojik bulgu omurgadaki anormal eğriliktir. Bu bulgu ölümünden birkaç gün sonra belirgin hal alır. Çürümüş olan ligamentlerin artık fetüsün omurgasını destekleyememesi nedeni ile omurganın eğriliği bariz bir hal alır. Eğer sınırlı bir omurga eğriliği, ölümle birlikte olan aşırı derecedeki bir anormallik şeklinde sanılırsa, yanlış bir belirtilimde bulunmuş olunur.

Son olarak radyolojik incelemede fetüsün içinde gaz oluşumu tespit edilirse, fetüsün ölmüş olduğuna karar verilebilir. Gazın varlığı ölümün güvenilir bir göstergesi olarak kabul edilir.¹⁰

Gebeliğin Yaşının Belirlenmesi

Birinci trimestir sırasında fetüsün çok şiddetli travmanın dışında zarar görebilmesi muhtemel değildir. Çünkü kendisi darbelerin şiddetini azaltıcı bir ortamda bulunmaktadır. Uterusun sıvı ortamı içinde yüzmesi, kendisine korunma sağlar. 10 ila 12 nci haftadan önce fetüs bu şekilde travmadan iyi bir şekilde korunur. Ancak fetüs ateşli silah yaraları veya mesane ya da rek-

tumda yaralanma ile birlikte olan pelvis kırıklarında yaralanabilir.

Gebelik kesesinin büyüyerek pelvisten çıktığı ve uterusun gelişen fetüsle birlikte büyüdüğü ikinci trimesterde, karın ile aynı şekilde travmaya maruz kalır ve travmaya karşı daha yatkın hale gelir. Tekme atma, vurma, düşme veya otomobil kazası gibi uterus ve onun içeriğine olan direkt travma gebeliğin kaybına neden olabilir. Travma sırasında fetüsün gebelik yaşının bilinmesi, travmatik olayın uterus içeriğinin durumunu değiştirme veya onu kuvvetle etkileme olasılığını değerlendirmede yardımcı olabilir. Fetüs dışarı atılmışsa ve inceleme için bulunuyorsa, fetüsün yaşının belirlenmesi özellikle önemlidir. Örneğin, eğer fetüs taravmadan hemen sonra dışarı atılırsa, ancak belirtilen yaştan daha küçükse, travmadan önce ölmüş olduğu ileri sürülebilir. Öte yandan, eğer fetüs travmadan birkaç hafta sonra atılırsa, vücut ölçülerine dayanarak gerçekten travma esnasında öldüğü fakat ayrılmanın ve atılmanın tamamlanması için bir süre geçmiş olmasının gerektiği kanıtlanabilir.

Fetüsün yaşını ölçülerinden belirlemede kullanılan formüller aşağıda açıklanacaktır. Beşinci aya kadar, embriyonun santimetre olarak boyu, gebelik ayına ait sayının karesine eşittir. Bu şekilde, üç aylık bir fetüs yaklaşık olarak 9 santimetre boyundadır. Gebeliğin beşinci ayından sonra, embriyonun boyu gebelik ayına ait sayının beş ile çarpılmasıyla elde edilen değere eşittir. Örneğin, altı aylık embriyonun 30 cm boyunda olması beklenir.

Hastanın son menstruasyon tarihi ve siklüsünün normaldaki süresi fetüsün gebelik yaşının tartışılmasında büyük önem kazanır. Kadınlarda genellikle menstruasyondan 14 gün önce ovulasyon olayı meydana gelir. Bu şekilde, menstrüel siklüsü 28 gün süren ve son adet tarihi 1 Mart olan bir hastanın en erken olarak 14 Mart'a kadar ovulasyon göreceği ve gebe kalacağı beklenir. Öte yandan, menstrüel siklüsü 40 gün süren ve son adet tarihi 1 Mart olan bir kadının yaklaşık olarak 27 Mart'a kadar gebe kalması beklenir. Son menstruasyonları aynı tarihte meydana gelmesine rağmen bu kadınlar aynı günde düşük yapsalar bile fetüslerinin yaşları bakımından 3 haftalık bir fark olacaktır. Fetüs gebelik sırasında hızla büyüdüğünden bu iki hastanın fetüslerinin büyüklükleri bakımından önemli bir farkın olması gerekir. Bu şekilde dışarı atılmış olan fetüsün yaşı ile ilgili olarak söylenenler kabul edilmeden önce her mümkün olduğunda kadının son menstruasyon tarihinin ve siklüsünün uzunluğunun belirlenmesine çalışılmalıdır.

Fetüsün yaşı ile ilgili değerlendirmelerin birçok faktör tarafından etkilenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Birincisi, ovulasyon her zaman beklenen tarihte meydana gelmez. Bazen dört haftalık bir yanılğı ortaya çıkar. Çünkü kadın ovulasyon olmadan ve gebe kalmadan önce bir mestruasyonu atlamıştır. Hasta ayrıca son adeti ile ilgili gerçek tarih konusunda yanılğı içinde bulunabilir. Çünkü gebeliğin erken dönemindeki kanamayı kadın son adeti olarak zannetmiş olabilir. Örneğin endometriumdaki bir kan damarı açıldığı zaman klinik olarak bir kanama meydana gelir. Bu da menstrüel dönem ile karıştırılabilir.

Ayrıca bazı yazarlar fetüsün büyüklüğü ile yaşının tespiti konusunda kuşkuludur. Pritchard ve MacDonald bu iki faktör arasında çoğu kez bir ilişki

bulunmasına rağmen, fetüsler arasında büyüme ve olgunlaşma bakımından farklar bulunduğundan, hatalı sonuçlara varılabileceğini belirtmişlerdir. Bazı fetüslerin gelişmesi daha uzun zamanı alırken, bazıları daha hızlı gelişirler.¹⁰

Gebeliğin geç döneminde gebelik yaşının belirlenmesi ile fetüsün travma zamanında uterus dışında yaşayabilme yeteneği hakkında fikir ileri sürülebilir. Bununla birlikte, hangi kriterlerin tam miadındaki bir fetüsü gösterebileceği kesin olarak belirlenmemiştir. Belirtilen gebelik yaşının dışında genellikle kullanılan iki karakteristik değer onun ağırlığı ve boyudur. Fetüsün kafa çapı kemiklerdeki kemikleşme merkezleri, sinir sisteminin gelişimi gibi unsurlar belirleyici faktörler olarak kabul edilmiştir.

Travma ile Düşük Arasında Nedensellik Bağı Kurulurken Dikkat Edilecek Noktalar

Annenin travmaya uğramasından sonra düşük meydana gelebilir. Ancak travma ile düşük arasında nedensellik bağının kurulması çoğu kez güçtür. Çünkü travmatik olayı izleyen birkaç gün içinde meydana gelen düşük zaten travmanın meydana geldiği sırada ilerleme göstermiş olabilir. Diğer taraftan travma ile embriyoda meydana gelen zarar birkaç hafta hatta olaydan aylarca sonra dahi düşüğe yol açmayabilir. Embriyonun ve plasentanın hatalı gelişimine bağlı spontan düşük, gebeliklerin % 10-20 sinde gebeliğin 20. haftasından önce meydana gelir. Spontan olarak atılmış olan fetüslerin yaklaşık olarak 1/3 ünde normal gelişim görülür. Uterustaki anormallikler ve annenin hastalıkları bu düşüklere bazılarında sorumlu olabilir. Fakat bunların çoğunluğu bilinmeyen nedenlerle meydana gelir. Birçok araştırma travma olmaksızın seyahat etmenin düşük sıklığını artırmadığını göstermiştir. Javert 2000 spontan düşük örneğini incelemiştir. Hastalardan 7 tanesinin anamnezde travmadan bahsettiği, bu 7 hastanın her birinde travmayı izleyen birkaç saat içinde kanama bulunduğu ve iki hastanın bundan sonraki 24 saat içinde düşük yaptığı bildirilmiştir. Bu da travmanın düşüğe neden olduğunu fakat desidua ve villuslardaki dejenerasyonun böyle kısa bir süre içinde mümkün olmayacak kadar ilerlemiş olduğunu düşündürmektedir. 5' inde düşüğün travmadan sonraki 1 ay gibi bir sürede meydana geldiği bildirilmiştir. Bu durum düşük ile travma arasında bağlantı kurmayı imkansızlaştırır. O halde, eğer gebelik travmadan sonra birkaç hafta normal bir şekilde devam ederse ve daha sonra düşük veya erken doğum meydana gelirse, bunlar muhtemelen travmaya bağlı değildir. Fort, Harlin, Crosby, ve Costiloe travmadan sonraki düşük oranının normal popülasyonda beklenilenden anlamlı derecede fark göstermediğini tespit etmişlerdir. Bununla birlikte travmadan sonraki düşüğün travma ile bağlantılı olabileceği Hertig ve Sheldon tarafından ileri sürülmüştür. Bunlar inceledikleri birbiri ardısıra 1000 düşük örneğinin sadece 9' unun anamnezinde travma bulmuşlardır. Her bir olguda embriyo veya plasentada bozukluk tespit edilmiştir. Bu durum da travma olmaksızın düşüğe yol açabilir. Bununla birlikte, bu yazarlar iki olguyu bildirmişlerdir. Bir otomobil çarpışmasından kısa bir süre sonra kanama ve daha

sonra normal plasenta ve fetüsün çıkışından bahsedilmiştir. Bu son olgularda çarpışma ile düşük arasında nedensellik bağı bulunduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu araştırmacılar böyle bir nedensellik bağı kurmak için normal bir gelişim gösteren fetüsün dışarı atılmasına yol açan olaylar dizisinin travmayı izleyen saatler içinde meydana gelmiş olması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Bu iki olgu travmatik olay ile sonradan meydana gelen düşük arasında nedensellik bağı bulunduğunu gösteren yeterli delilleri ihtiva etmektedir.

Travmatik düşüklerin belirlenmesine olanak sağlayan genel kurallar bulunmamaktadır. Her olgu kendi özelliğine göre değerlendirilmelidir.

Bununla birlikte, travma ile düşük arasında bir nedensellik bağı kurulurken birkaç faktörün göz önünde bulundurulması gerekir. Aşağıdaki kriterler travmatik olay ile daha sonra meydana gelen düşük arasında nedensellik bağı bulunduğunu gösterir:

1. Düşüğün travmatik olayı izleyen 24 saat içinde meydana gelmiş olması,
2. Fetüsün ve plasentanın patolojik açıdan incelenmiş ve normal bulunmuş olması,
3. Fetüsün ve plasentanın görünümünün travmatik olayın meydana geldiği gebelik dönemine uygun olması,
4. Uterusun gelişimine ait kongenital defektler, myomlar, endometriyum polipleri, serviks uteri yetersizliği, geniş laserasyonlar, pelvise ait iltihabi durumlar gibi düşüğe neden olan faktörler, tekrarlayan düşük anamnezi, annede frengi, tüberküloz, toksoplazmozis gibi kronik enfeksiyonlar, gebelik toksemileri, annenin düşük yapmaya giriştiğini gösterecek deliller ile röntgen ışınları, kurşun ve folik asit antagonistleri gibi düşüğe yol açan unsurların bulunmaması.

Düşük ile travmatik olay arasında bir nedensellik ilişkisi kurmanın güç olduğu aşikardır. Bunun da nedeni travmatik olaylardan sonra çok sık olmayarak düşüklerin meydana gelişidir. Düşük meydana geldiğinde gebeliklerin genellikle kusurlu olduğu görülmüştür. Nedensellik bağı gösterecek delillerin ortaya çıkartılması için sıkı bir inceleme yapılmalıdır. Travma ile daha sonra meydana gelen düşük arasında bir nedensellik bağı bulunduğunun ispat yükümlülüğü, böyle bir ilişkinin varlığını iddia eden kişiye aittir. Eğer bu kriterler gösterilir ise düşüğün travmatik olarak meydana gelmiş olduğunun gözden kaçırılması olası değildir. Benzer şekilde travmanın yokluğunda düşüğün meydana gelmiş olduğu söylenemez. Nadir durumlarda bir missed abortion'un travmatik bir olaya bağlı olabileceği bilinmektedir.

Gebe rahim üzerine direkt olarak isabet eden bir darbe implantasyon (yerleşme) yerinin altında endometriyumda kanamaya ve bunun neticesinde de plasentanın ayrılmasına ve embriyonun ölümüne yol açabilir.

Eğer embriyo gebeliğin erken dönemlerinde hasara uğrarsa veya ölürse, plasenta genellikle gelişmeye devam eder. Embriyonun ölümünü veya mevcut olmayışını anne organizmasının algılamasından ve bozuk olan yumurtanın atılmasından önce bir ay veya daha fazla bir süre geçer. Düşmüş fakat normal olarak gelişmiş ölü ceninlerin anatomik ve menstrüel yaşları arasındaki ortalama farkın 6 hafta olduğu bildirilmiştir. Travma ile düşük

olayı arasındaki bu süre gebeliğin son ayları için mutlaka geçerli değildir. Gebeliğin son aylarında rahimin travmaya uğramasını izleyen birkaç saat içinde erken doğum meydana gelebilir.

Gebelikleri kendiliğinden sona ermiş olan olguların büyük bir kısmında, embriyonun ölümü ile onun rahimden atılmasına eşlik eden vaginal kanamanın ortaya çıkışı arasında günler veya haftaları içeren bir süre bulunabilir.

Travmatik etki ile daha önceden rahimde ölmüş olan embriyo dışarı atılabilir ve bu esnada da vaginal kanama meydana gelebilir. Eğer bu durum gebelikte erken olarak meydana gelirse, düşük ürününün histopatolojik incelenmesi ile embriyonun daha önceden ölmüş veya kusurlu olduğu ve travmanın primer defekt ile ilişkisi bulunmadığı ortaya çıkarılacaktır.

Travmatik olaylardan sonra çok sık olarak düşüklere meydana gelmez. Bu nedenle, çok dikkatli bir inceleme ile pozitif illiyet bağının (neden-sonuç ilişkisinin) varlığını kanıtlayacak deliller aranmalıdır.

Eğer rahime direkt bir travma isabet etmişse ve düşük ürününün incelenmesi önceden mevcut olan patolojik bir durumu ortaya çıkaramıyorsa, travma ile düşük olayı arasında nedensellik bağı kurulabilir. Rahimin şiddetli direkt bir travmaya uğramış olduğu gösterilmedikçe, iddia edilen travmayı izleyen ilk birkaç hafta içinde meydana gelen düşüğün bu etki ile oluştuğu kabul edilmemelidir. O halde, şiddetli karın travmasının gebeliğin sonlanmasından sorumlu olabileceği konusunda kuşku bulunmaz. Bununla birlikte, travmatik bulgular aşıkardır değilse veya hastanın gebeliğinin normal olup olmadığı konusunda bir şüphe bulunuyorsa, travma ile düşük arasında bağlantı kurulması çok daha güçtür. Bu çeşit olgularda kadının gebe olduğunun ve gebeliğin normal olup olmadığının tespiti gereklidir. Travma sırasında fetüsün gebelik yaşının belirlenmesi ve gebeliğin sonlanma tarihinin doğru olarak saptanması, travma ile düşük arasında bağlantı kurulurken önemlidir.

Ceza kanunumuz müessir fiillere bağlı çocuk düşürme olaylarını, kasden çocuk düşürmelerden ayrı olarak ele almaktadır. TCK'nun 456/3 maddesinde müessir fiil neticesinde meydana gelen ve kast unsuru bulunmayan çocuk düşürme olayları incelenmektedir. Buna karşın, TCK'nun 468-472'nci maddelerinde söz konusu edilen düşük olaylarında eylem doğrudan doğruya çocuğun düşürülmesine yöneliktir.

Müessir fiile bağlı çocuk düşürülmesi suçunun kabulü için failin gebelik durumunu bilmesi gerekir. Bir kadının gebe olduğu bilinmeden dövülmesi ile düşük veya zamanından önce doğum meydana gelmiş ise, kasdı aşan bir durum söz konusu olacağından TCK'nun 458'inci maddesi gereğince cezada hafifletici bir sebebin bulunduğu kabul edilir. Eğer fail mağdurenin gebe olduğunu önceden bilmiyorsa ve çocuk müessir fiil sonucunda düşmüş ise, bu takdirde müessir fiilin neden olduğu mutad iştigalden geri kalma süresi göz önüne alınarak 456'ncı maddenin diğer fıkralarının uygulanması gerekir. Çocuk düşürmede toplumun bir ferdinin kaybı ve kadın hayatının daha fazla tehlikeye düşeceği hususu gözönüne alınarak ceza ağırlaştırılmış ve 5-10 senelik bir hapis cezası öngörülmüştür.^{2,5,7,12,13}

Fetüsün Yaralanması ve Ölmesi

Travma fetusun yaralanmasına veya ölümüne neden olabilir. Kazalarda fetus ölümünün en önde gelen nedeni annenin ölmesidir. Annedeki önemsiz derecedeki yaralanma seyrek olarak fetüste ölümüne neden olur.

Kırıklara veya beyin hasarına neden olan direkt fetüs travması, fetusun ölümüne veya yeni doğmuş bir bebekte çeşitli anormalliklere yol açabilir. Fetüsdeki bu hasarlardan çoğu artık ultrason ile teşhis edilebilmektedir.

Fetüs ölümüne yol açan diğer bir faktör de annedeki şoktur. Annedeki hipotansiyon durumunda fizyolojik vazospazm mekanizması ve kalp hızında artış meydana gelerek annenin hayati organları korunabilir. Ne yazık ki annenin damar ekonomisinde uterus hayati bir organ olarak kabul edilmez. Bu nedenle fetus sıklıkla ölür. Bunun sonucunda anne organizması fetüsünkünden önemli derecede uzun bir süre şoka dayanabilir. Benzer bir stres cevap mekanizması da fetal distresten sorumlu olabilir. Akut yaralanma stresinde salgılanabilen katekolaminler uterusun kan akımında belirgin bir azalma meydana getirebilir. Gebe uterusun kan akımındaki azalma fetusun ölümüne yol açmaya yeterli olacak kadar şiddetli olabilir. Bu hipotez deneysel araştırmalarla desteklenmektedir.

Annedeki travmadan sonra fetüsün ölüm nedeni olarak direkt travmaya uğraması durumu bildirilmiştir. Fetüsün direkt travmaya uğraması ile klavikula, kafatası, skapula, ekstremiteler, omurga, çene, kaburga kırıkları meydana gelebilir. Kırık olmaksızın intrakraniyal kanama oluşabilir.

Fetüste en sık olarak bildirilen hasar doğum sırasında kafatasının kırılmasıdır. Bu durumların hepsinde annede pelvis kırığı söz konusudur, fetus miadına yakın gelişimdedir ve başla geliş pozisyonu gösterir. Fetüs kafatasının pelvis kırığı ve pelvis kemiklerinin çıkığı ile ezildiği sonucuna varılmıştır. Fetüsün kafatasındaki kırığa intrakraniyal kanama eşlik edebilir. Anne pelvisinde kırığın bulunmadığı durumda emniyet kemeri de fetüsün kafatasında hasara neden olabilir. Emniyet kemerinin üzerinde anne vücudunun fleksiyonu durumunda, fetüsün kafatası emniyet kemeri veya onun tokası ile sakrumun promontoryumu arasında ezilebilir. Genel olarak travma ile fetüste yaralanma meydana gelebileceği söylenebilir. Yaralanmanın genişliği ve lokalizasyonuna bağlı olarak fetüs ölebilir veya ölmeyebilir. Fetüsün yumuşak doku yaralanmaları doğumdan sonra meydana gelen benzer lezyonlara nazaran daha yavaş olarak iyileşebilir.

Uterusta ve plasentada önemli hasarlar olmaksızın fetüs ölürse meydana gelen maserasyon olayı fetüsteki hasarı maskeleyebilir ve bu şekilde bunlar gözden kaçırılabilir. Fetüsteki hasarın mutlaka ölümüne yol açması gerekmez. Uterus içinde yumuşak doku hasarları onarılabilir ve bunlar doğumda teşhis edilemeyebilir. Kırıklar röntgen incelemesi ile ortaya çıkartılabilir. Kırığın yaşı travmatik olaydan beri geçen zaman ile uygunluk gösterirse sebep - sonuç ilişkisi kurulabilir. Kemiklerin kolayca kırılacak şekilde gevrek oluşu ile belirgin olan ve kalıtsal bir nitelik gösteren osteogenezis imperfekta olguları dışında doğumdan önce fetüsün kemiklerinin kırılması son derece nadir bir olaydır. Literatürde kırığın röntgendeki görünümünün travmatik olaydan

itibaren geçen zamanla uyumlu olduğu en azından 14 olgu bildirilmiştir.

Yasada prenatal yaralanma ile ilişkili olarak yine karşımıza “ yaşama yeteneğine sahip olma- yaşama yeteneğine sahip olmama “ noktası çıkmaktadır. Daha yakın zamanlardaki olgular kaza sırasında fetüsün yaşayabilirlik durumu ne olursa olsun canlı doğduğu taktirde prenatal hasarlar nedeniyle tazminat eldesine olanak sağlamıştır. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri’nde bazı mahkemeler kaza sırasında yaşayabilme özelliğine sahip fetüs olgularında sınırlı bir tazminat durumunu kabul ederken, bazıları ise bu durumu kabul etmemektedirler.

Travmatik olay ile in utero meydana gelen fetüs hasarı arasında sebep- sonuç ilişkisi kurulurken aşağıdaki kriterler gösterilebilmelidir:

1. Gebeliğin travmatik olayın meydana geldiği zamana kadar normal bir şekilde ilerlemiş olması,

2. Fetüsteki hasarın görünümünün travmatik olaydan beri geçen zaman ile uyumlu olması. Kırıkların bulunması halinde kırığın yaşı röntgen incelemesi ile doğru bir şekilde saptanmalıdır. Doğum olayı sırasında kafatasında çökme kırığı, klavikula ve uzun kemiklerde kırık meydana gelebilir. Doğumdan önce uğranılan travma ile doğum travmasını birbirinden ayırt etmek ve hasarın gerçek nedenini bulmak için bu lezyonların radyografideki görünümlerine dikkat etmek gerekir.^{2,5,7,13}

Ölü Doğan Bebekler

İleri derecede masere olmuş bir bebeğin doğumu çocuğun rahim içinde uzun bir süreden beri ölü bulunduğuna işaret eder.

Masere bir bebeğin doğumu rahim içi ölümünün kesin delilidir. Fetüs rahim içinde ölürsa, sağlam amnion kesesi içindeki steril sıvıda kalır. Bu durumda maserasyon denilen aseptik otolitik değişimlere uğrar. Bu değişiklikler uygun vücut ısısında bebeğin dokuları ve hücre enzimlerinden kaynaklanır.

Fetüs ölümü meydana geldiği zaman dokular hızla tonuslarını kaybeder. Otoliz ve maserasyon başlar. En erken bulgulardan biri deride görülür. 4-8 saat sonra damar permeabilitesi artar. Bunun sonucunda deride hafifçe haşlanma görünümü meydana gelir. Deri soluk, yumuşak, nemlidir. Basınç uygulandığında kayar. Hafif bir travma epidermisin, altındaki dermisten ayrılmasına neden olur. Bu şekilde parlak, nemli ve kırmızı bir yüzey ortaya çıkar. Epidermis altında kısa bir süre içinde sıvı birikimi meydana gelir. Bu şekilde içi sıvı ile dolu kabarcıklar oluşur. Bunlar konjenital büllöz dermatozlar veya herpes enfeksiyonlarına bağlı kabarcıklar ile karıştırılmamalıdır. Büller birbirleri ile birleşerek daha büyük bülleri oluşturabilirler. Bunların yırtılmadan önceki çapları 8-10 cm.’ye ulaşabilir. Kanın hemolizi ve hasara uğramış olan kapillerler ve venüllerden kan ve plazmanın sızması sonucunda yumuşak dokularda kırmızı- kahverengi renk değişikliği meydana gelir. Eklemles gevşer ve kısa bir süre içinde eklem dokuları dağılır. Ölü sertliği, kas tonusunun kaybolması ve eklem dokularının dağılması sonucunda ortadan kalkar.

Beyin yarı sıvı bir kıvam alır. Kafatası sütürleri birbirinden ayrılır.

Eğer beyin sağlam olan duranın içinde dikkatli bir şekilde diseke edilirse, beyin kıvrımlarının şekli incelenebilir. 4-5 gün sonra kafatası kemikleri birbiri üzerine biter. Asidozun beyinde daha hızlı bir şekilde erimeye neden olduğu noktası unutulmamalıdır. Birkaç gün sonra saçlı deri, içinde yarı katı haldeki beyini ve kafatası kemiklerini ihtiva eden ve fluktuasyon gösteren bir kese halini alır. Bu değişiklik bazen hidrosefalus ile karıştırılır. Omurgadaki yumuşak dokuların dağılması sonucunda hamur kıvamındaki sinir sistemi dokusu göğüs boşluğuna geçebilir. Göğüs boşluğunda görülen bu doku yanlışlıkla nekrotik hal almış nörojenik tümör zannedilebilir. Sinir sistemi dokusunun bütünlüğünün kaybolmuş olmasına rağmen mikroskopik incelemede hücre ayrıntıları belirgin bir şekilde görülebilir.

Fetüsün kemik iliği kahverengi çamur kıvamını alabilir. Orta derecede bir bası ile kaburgalardan kolayca dışarı çıkar. Buna rağmen hematopoetik elemanların sitolojik ayrıntıları iyi bir şekilde korunabilir.

Karın organları safra kesesinden safra pigmentlerinin sızması veya mekonyumun dokulara bulaşmasına bağlı olarak yeşilimsi bir renk alır. Fetüs uterus içerisinde bir hafta veya daha uzun bir süre kalırsa, barsak duvarının erimesi sonucunda mekonyum periton boşluğu içine geçebilir. Mekonyum enzimatik olarak parçalanır. Fetüsün uterus içinde kalma süresine uygun olarak daha az yapışkan bir hal alır.

Karaciğer hızla otolize uğrar. 48-72 saatte histolojik ayrıntıları kaybolur. Karaciğerdeki eritropoietik doku hepatosellüler dokuya nazaran otolize karşı biraz daha fazla dirençlidir.

Fetüs uterus içinde bir hafta veya on günden daha fazla bir süre kalırsa derinin rengi yavaş yavaş solar. Deri açık kahverengi bir görünüm alır. Fetüs ne kadar küçükse bu değişikliğin meydana gelmesi de o kadar hızlıdır. Bunun nedeni eritrositlerin daha az konsantrasyonda bulunuşu ve fetüsteki yağ dokusunun azlığıdır. Bununla birlikte, küçük olan veya yağın ödem bulunan daha büyük fetüslerde, örneğin kistik higroma ve hidropslu fetüslerde, hızla kırmızı- vişne çürüğü rengi meydana gelebilir. Bu renk ölümünden sonra birkaç hafta devam edebilir. Küçük fetüslerde karın duvarında açılma meydana gelebilir. Bu omfalosel ve gastroşizis ile karıştırılmamalıdır.

Çoğu organların ağırlığı, doku sıvısının kaybı nedeni ile gittikçe azalır. Her orguda tüm organlarda histolojik inceleme yapılmalıdır. Karaciğer, barsak ve pankreas dokuları 1-3 gün içinde otolize uğramasına rağmen, kas liflerindeki çizgilenmeler belirgin bir şekilde görülür. Akciğerin yapısı birkaç gün iyi bir şekilde korunur. Asfiksi olgularında amnion kesesinden aspire edilmiş olan mekonyum ve artıklar belirlenebilir. Böbrekteki histolojik özellikler 48-96 saat içinde bozulma gösterebilmesine rağmen, böbreğin olgunluk derecesi nefrojenik alanın altında bulunan glomerülleri sayarak hâlâ değerlendirilebilir. Kronik stresin etkileri timusta tespit edilebilir. Hatta ileri derecede masere dokularda medullada kan hücreleri tespit edilebilir. Otolize rağmen kalpte rabdomyom ve sakrum-koksikte teratom gibi tümörler oldukça doğru bir şekilde teşhis edilebilir. Konjenital lösemi de belirlenebilir. Otolize uğramış olan fetüslerde dalağın kollagen yapıdaki iskeleti belirgin bir hal alabilir.

Özel boyaların yararlı olduğu bildirilmiştir. Elastik doku boyaları ve trikrom boyalar, elastik ve kollagen lifleri görünür hale getirebilir. Sudan boyaları kullanılarak rahim içindeki ölümden önceki fetal distresin süresi ile bağlantılı olabilen adrenal kortekste lipit dağılımı belirlenebilir. Akut asfiksidede lipide yaygın şekilde tükenme durumu görülür. Buna karşın kronik distresde fetüsün korteksinin derininde bulunan hücrelerde lipit kalır ve yüzeyel kortekste tükenme görülür.^{3,14,16}

Doğumdan Önce Meydana Gelen Fetüs Ölümünün Süresi

Fetüs ölümlerinin yaklaşık olarak % 50'si doğumdan önceki 24 saat içinde meydana gelir. Ölü doğmuş fetüslerin % 20'den daha az bir kısmı, rahim içindeki ölümü izleyen bir haftadan daha uzun bir süre taşınırlar ve doğumların büyük bir kısmı fetüsün ölümünü izleyen iki hafta içinde meydana gelir. Fetüsün ölümünden sonra rahim içinde kalma süresini makroskopik veya mikroskopik incelemelerle belirlemek son derece güçtür, sadece kaba belirlemeler yapılabilir. Potter fetüsün ölümünden sonra rahim içinde sadece birkaç saat kalmadan sonra deride soyulma meydana geldiğini bildirmektedir. 8-10 günden sonra deri kuru kahverengimsi bir renk alır. Langley maserasyonun 4 derecesini tanımlamıştır.

Langley ve Bain'nin maserasyonla ilgili olarak belirttikleri özellikler aşağıdaki tabloda (Tablo 17) gösterilmektedir.

Tablo 17 Masere bebeklerde fetüsün ölümden sonra rahim içinde kalma süresi.

Maserasyonun derecesi		Fiziksel özellikler	Doğumdan önce fetüsün ölüm süresi	
Langley	Bain		Langley	Bain
0	Hafif	Hafifçe haşlanmış görünümde kırmızı deri	(8 saat	0-48 saat
1	Hafif	Deride sıyrılma ve soyulma	> 8 saat	0-48 saat
2	Orta derecede	Deride yaygın soyulma, göğüs ve karın boşluklarında kırmızı renkte seröz effüzyonlar	Daha geç	2-7 gün
3	Ağır derecede	Karaciğerin sarımsı kahverengi derecede renk alması bulanık effüzyonlar	Uzun süre	> 8 gün

Langley ileri derecede neonatal ödemle yaşayan bazı bebeklerde deride kabarcık oluşumu ve soyulma bulunabileceğini ancak bunun sık olmadığını bildirmiştir. Bain maserasyonu derecelere ayırmıştır. Hafif derecede maserasyonda fetüs uterus içinde ölümden sonra 48 saate kadar kalmıştır. Orta derecede maserasyonda ise ölümden sonra uterus içinde 2-7 gün kalma durumu söz konusudur. Bunun özelliği kanlı, sulu, seröz sıvıların bulunuşudur. İleri derecede maserasyonda ise ölmüş olan fetüs uterus içinde 8 gün veya daha uzun bir süre kalmıştır. Bu dönemin özelliği ise seröz boşluklarda kanlı sıvının bulunmayışı ve dokularda yaygın otolizin varlığıdır. Fetüsün ölüm süresinin kesin olarak belirlenmesi aşağıdaki faktörler nedeni ile güçtür: annenin vücut ısısı, enfeksiyonun, oligohidroamniosun, fetüste ödem veya dehidratasyonun varlığı veya yokluğu. Plasenta ölümden sonraki birinci haftada ilave bilgiler verebilir. Fox fetüsün muhtemel ölüm süresi 7 günden az olduğunda sitotrofoblastlarda sayıca artış bulunduğunu ancak diğer değişikliklerin çok belirgin olmadığını belirtmiştir. Öte yandan fibrozis, fibrin, kalsiyum birikimleri, sinsisiyal düğümlerde artış, kalın bazal membran ve fetüsün arterlerinde sklerotik bulgular mevcutsa, fetüs öleli muhtemelen 7 günü aşan bir süre söz konusudur.^{14,16}

4. "Eğer fiil, hiç bir hastalığı veya mutad iştigallerden mahrumiyeti mucip olmamış yahut bu haller 10 günden ziyade uzamamış ise takibat icrası mutazarrırın şikayetine bağlı olmak üzere fail hakkında 2 aydan 6 aya kadar hapis ve 200 liradan 2500 liraya kadar ağır para cezası hükmolunur (Sulh Ceza). Bu fiil, 457 inci maddede yazılı vasıtalarla işlenirse takibat icrası şikayete bağlı değildir".

Kişinin vücudunda meydana gelen travmatik lezyon büyük damarları kesmemişse, büyük sinirleri zedelememişse, kemiklerde kırık- çatlak oluşmamışsa, iç organlarda zedelenme olmamış ise, kişinin arızası 1-10 gün arasında mutad iştigaline engel teşkil eder niteliktedir.

O halde, kadın genital sisteminde travmaya bağlı olarak oluşan sıyrıklar, ekimozlar ve basit yaralar Türk Ceza Kanunu'nun 456/4 üncü maddesine göre işlem görürler.

Bu çeşit lezyonlar şahsın 1-10 gün mutad iştigalden kalmasına neden olurlar. Bu lezyonlara ait cezai sorumluluk mağdurun şikayetine bağlıdır.

Türk Ceza Kanunu'nun 457 inci maddesi: "456 inci maddede yazılı fiillere 449 uncu maddenin birinci ve üçüncü bentlerinde yazılı hal inzıam eder yahut fiil gizli veya aşık bir silah ile veya aşındırıcı ecza ile işlenmiş olursa asıl ceza üçte birden yarıya kadar artırılır. Eğer fiilde 450 inci maddenin 5 inci bendinde yazılı hal müstesna olmak üzere diğer bentlerdeki hallerden biri ile birleşirse bu birleşen fiil 78 inci madde hükmü cari olmak şartıyla ceza yarı nisbetinde çoğaltılır".

Türk Ceza Kanunu'nun 456/4 maddesine giren suçlar gizli veya açık bir silahla veya aşındırıcı bir madde ile işlenmişse, savcılık mağdurun şikayetini beklemeksizin kovuşturma yapar ve asıl ceza miktarı da üçte birden yarıya kadar artırılır.

Türk Ceza Kanunu'nun 458 inci maddesi: "Geçen maddelerde beyan olunan ahvalde fiil, netice itibariyle failin asıl maksadını tecavüz etmiş olduğu takdirde ceza üçte birden yarıya kadar eksiltilir".

Bir kadının gebe olduğu bilinmeden dövülmesi sonucunda düşük veya zamanından önce doğum meydana gelmiş ise, kasdı aşan bir durum söz konusu olacağından Türk Ceza Kanunu'nun 458 inci maddesi gereğince cezada hafifletici bir sebep bulunmuş kabul edilir.

Bir kadında tuba gebeliği bulunuyorsa, fiziksel travma perforasyon veya kanamayı hızlandırabilir. Bu tür bir olgunun sanığı da ceza indiriminden yararlanabilir.⁹

KAYNAKLAR

1. Crosby, W. M : Trauma during pregnancy: Maternal and Fetal Injury, Obstet Gynec Surv. 29/10, 1974, pp.638-699.
2. Crosby, W. M : Trauma and Pregnancy, In : Tedeschi, C.G., Eckert, W.G., Tedeschi, L.G (Editors):Forensic Medicine, Vol.1, W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, 1977, pp.424-433.
3. Di Maio, D. J., Di Maio, V. J. M : Forensic Pathology, Elsevier, New York, Amsterdam, Oxford, 1989, pp.429-431.
4. Di Maio, V.J. M : Practical Aspects of Firearms, Ballistics, and Forensic Techniques, Elsevier, New York, Amsterdam, Oxford ,1993, p.220.
5. Dönmezer, S : Ceza Hukuku, Özel Kısım, Kişilere ve Mala Karşı Cürümler, Onbirinci Bası, İstanbul Üniversitesi Yayınlarından No. 2804, Hukuk Fakültesi No.629, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1981 , s.124,128.
6. Eckert, W.G : Medicolegal & Forensic Investigation Series:Investigation of Deaths and Injuries, For Law Enforcement, Lawyers, Coroners and Medical Examiners, The International Reference Organization in Forensic Sciences, Kansas, 1987, pp.127-129.
7. Erem, F : Ümanist Doktrin Açısından Türk Ceza Hukuku, Cilt IV, Özel Hükümler, Üçüncü Baskı, Seçkin Kitabevi, Ankara, 1985, s.425-427.
8. Frankel, C.J., Patterson, R. M : Lawyers' Medical Cyclopedia of Personal Injuries and Allied Specialties, Revised Volume Five, Part B, The Allen Smith Company, Indianapolis, 1972, pp.114-120.
9. Gray, R. N : Attorneys' Textbook of Medicine, Matthew Bender Company, New York, 1989, pp.41/1-41/31.
10. Houts, M., Haut, I. H : Courtroom Medicine, Volume 3B, Death, Matthew Bender, New York, 1989, pp.28/11-28/18.
11. Maull, K. I., Pedigo, R. E : Injury to the Female Reproductive System, In : Moore, E.E., Mattox, K.L., Feliciano, D.V (Editors) : Trauma, Second Edition, Appleton & Lange, Connecticut, California, 1991, pp.587-595.
12. Moritz, A. R., Morris, R.C., Hirsch, C. S : Handbook of Legal Medicine, Fourth Edition, C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1975, pp.70-71.
13. Özen, C : Kısa Adli Tıp Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Yayınlarından, Rektörlük No.2227, Fakülte No.111, Sermet Matbaası, İstanbul, 1976, s.199-200.
14. Singer, D.B., Macpherson, T : Fetal Death and the Macerated Stillborn Fetus, In : Wigglesworth, J.S., Singer, D. B (editors) :Textbook of Fetal and Perinatal Pathology, Blackwell Scientific Publications, Oxford, London, Edinburgh, Melbourne, Paris, 1991, pp.270-279.
15. Soysal, Z., Kulusayın, Ö : Gebelik sırasında uğranılan müessir fiil (etkili eylem) nedeniyle genital sistem ve fetüste oluşan lezyonların adli tıp açısından değerlendirilmesi, Adli Tıp Dergisi, 1(2):201-209, 1985.
16. Yudkin, P.L., Wood, L., Redman, C.W.G : Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages, The Lancet, May 23, 1987, pp.1192-1194.

Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Anne Ölümleri

Zeki Soysal / Murat Eke / Sadi Çağdır

GİRİŞ

Anne ölümlerinin düşük bir seviyeye incek kadar azalma göstermesi nedeniyle hekimlerin böyle olgularla ilgili otopsiler konusunda çok sınırlı bir tecrübeye sahip olacakları bir gerçektir. Bu nedenle, birçok anne ölümü olgusunda ölüm nedeninin kesin olarak belirlenebilmesinde yardımcı olabilen post-mortem incelemeler tam olarak yapılamamaktadır. Anne ölümlerinin sayısındaki azalmada ölüm nedeninin doğru olarak saptanmasının önemi gittikçe artmaktadır. Otopsi raporlarında ayrıntıların belirtilmeyişi veya post-mortem incelemelerin yetersiz oluşu, ölüm nedeninin doğru bir şekilde belirlenmesini güçleştirir. Bu konuda değerlendirme yapan kimselerin post-mortem ve histolojik incelemelerle ilgili ayrıntıları bilmeleri gerekir. Ölüm nedeninin araştırılması sırasında otopsiyi yapan hekimlerin doğum hekimleriyle fikir alışverişinde bulunmaları konuyla ilgili bazı sorunların aydınlatılmasında yardımcı olabilir. Burada önemli anne ölüm nedenleri, otopside aranması gereken bulgular, histolojik inceleme için yeterli materyal alınmasının önemi üzerinde durulacak ve bazı önemli histolojik bulgular belirtilecektir. Bu nedenle, yazılanlar otopsi ile uğraşan hekimlere ve doğum uzmanlarına anne ölümlerinin esasını daha iyi kavramaları, böyle olgulara daha kesin bir bakış açısı ile yaklaşmaları ve daha sonraki anne ölüm araştırmalarında bilgilerini verimli bir şekilde kullanmaları bakımından faydalı olacaktır.

TANIMLAMA

Bir kadının gebe iken veya gebeliğin bitimini izleyen belirli bir süre içinde, gebeliğin yeri veya süresine bakılmaksızın, herhangi bir nedenle

yaşamını kaybetmesi durumunda anne ölümünden söz edilir.

Gebeliğin bitimini izleyen süre genellikle 42 gün olarak kabul edilmektedir. Anne ölümleri, Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu tarafından gebelik sırasında veya doğumu izleyen altı hafta içinde meydana gelen ölümler şeklinde tanımlanmaktadır.⁴

İngiltere ve Galler'de anne ölümlerinin araştırılması ile ilgili olan bir raporda post-natal dönem doğumu izleyen bir yıla kadar uzatılmakta ve tedavi ile anesteziye bağlı komplikasyonlar üzerinde durulması önerilmektedir.⁴

Anne ölümleri etyolojilerine göre üç gruba ayrılır:

1. Direkt anne ölümü. Gebelik durumu, doğum ve lohusalıkla ilgili obstetrik komplikasyonlar, girişimler, gerekli olan tedavi konusundaki ihmaller, yanlış tedavi veya bu nedenlerin birkaçı yüzünden meydana gelen ölümlerdir.

2. İndirekt anne ölümü. Önceden mevcut olan veya gebelik sırasında gelişen bir hastalık nedeniyle meydana gelen ölümlerdir. Bu hastalıklar, obstetrik nedenlere doğrudan bağlı olmayıp, gebeliğin fizyolojik etkileri ile ağırlaşma gösterirler. İndirekt anne ölümlerinin büyük bir çoğunluğu kardiyovasküler, karaciğer, böbrek veya nörolojik hastalıklar nedeniyle meydana gelir. Bazen indirekt anne ölümleri Addison hastalığı, yaygın lupus eritematosus, orak hücreli anemi ve ülseratif kolit gibi hastalıklarla ilgilidir.

3. Nonmaternal ölümler. Gebelik veya lohusalık sırasında meydana gelen ancak gebelik veya komplikasyonları ya da bunların tedavisi ile ilgili olmayan nedenlere bağlı ölümlerdir. İngiltere ve Galler'de nonmaternal ölümlerin en sık görülen nedeninin ncoplazik hastalıklar olduğu bildirilmiştir.⁴

Jinekolojik ölümler, büyük bir kan damarının tümör tarafından aşınmasına veya uterus duvarındaki submukozal fibroid tümörün ülserasyonuna bağlı olarak gelişen kanamanın sonucunda oluşabilirler. Geç dönemde bulunan serviks kanseri ve konsantre haldeki kimyasal madde uygulamasına bağlı aşınmalar ölüme yol açabilir. Büyük bir pelvis tümörüne bağlı bası ve staz nedeni ile bacakların veya pelvisin derin venlerinde oluşan trombusların embolizasyonu sonucunda beklenmeyen ölümler meydana gelebilir.

Pankreas nadir olarak ani ölüme yol açar ancak biyokimyasal olarak aktif olan Langerhans adacıklarından kaynağını alan tümörler veya inaktif haldeki insülin salgılamayan adacık hücreli tümörler ölüme yol açabilir. Tirotoksikoz veya miksödem durumlarında kalp üzerine olan etkilerle beklenmeyen ölüm meydana gelebilir. Tiroiddeki bir kistin veya nodülün kanaması sonucunda trakeaya bası olabilir. Habis tümörlerin aşındırması da söz konusu olabilir.

Sürrenal bezlerinde kanama ile birlikte olan meningokok septisemisi ani ölüme yol açabilir (Waterhouse-Friderichsen sendromu). Addison hastalığında sürrenal dokusunun yerini tüberküloz veya mantar enfeksiyonu alır. Bu gibi durumlarda beklenmeyen ölümler meydana gelebilir. Ayrıca adrenal akciğer veya mideden çok sık olarak kaynağını alan bir tümör tarafından tutulabilir. Şiddetli karın travması geçiren olgularda travmadan birkaç gün sonra adrenalde yaygın kanama oluşarak ölüm meydana gelebilir.

Feokromositomaya bağı olan paroksizmal hipertansiyon sonucunda beyin kanaması veya hızla gelişen kalp yetmezliği ölüme neden olabilir.

Fizyolojik ölümler, otopside, toksikolojik ve mikroskopik incelemelerden ya da olgunun anamnezinin dikkatli bir şekilde gözden geçirilmesinden sonra patolojik durumun gösterilemediği ölümlerdir. Bu çeşit ölümler Amerika ve diğer ülkelere göç eden Güneydoğu Asya'lı mültecilerde bildirilmiştir. Bazı olgularda ağır bir öğle yemeğinden sonraki uyuma sırasında meydana gelen ölüm olguları bildirilmiştir. Spor faaliyetleri sırasında genç kimselerde de ölümler meydana gelebilir. Kalbin iletim sisteminin dikkatlice incelenmesi bazı olgularda konjenital defektleri ortaya çıkartabilir.

Belirtilen bir dönem sırasındaki 100000 doğumda meydana gelen ölümlerin (direkt, indirekt veya nonmaternal) sayısı anne ölüm oranı ile ifade edilir. Obstetrik veya diğer nedenlere bağı anne ölümlerinin sayısında azalma görülmüştür. Halen Amerika Birleşik Devletleri'nde obstetrik mortalite (direkt anne ölümü) oranı yaklaşık olarak 11/100000 dir. Obstetrikteki gelişmeler anne ölüm oranının belirgin derecede düşmesinde önemli bir rol oynamıştır. Bu oran 1930'dan beri 30 misli azalma göstermiştir. Batı ülkelerinde de anne ölümleri çok düşük bir düzeye inmiştir (Tablo 18 - 1).⁴

Tablo 18-1 İngiltere ve Galler'de 1952-1978 yılları arasında doğum ve anne ölüm oranları ile ilgili değerler.

Yıllar	Toplam doğum sayısı	1000 doğumda meydana gelen anne ölüm oranı (düşükler hariç)
1952	689371	0.54
1955	683640	0.50
1958	757003	0.35
1961	827008	0.27
1964	920518	0.20
1967	844692	0.16
1970	794831	0.14
1973	633889	0.11
1976	589979	0.12
1978	601526	0.10

Obstetrikteki gelişmelere bağı olarak anne ölümlerinin seyrek görülmesine rağmen, İngiltere ve Galler'de yılda yaklaşık olarak 120 civarında anne ölümü meydana geldiği bildirilmektedir. İngiltere'de 1973 - 1975 yıllarını kapsayan yayınlanmış bir raporda 390 olgu kayıtlıdır. İngiltere ve Galler'de bu konuda yapılan bir araştırmada 1976-1978 yılları arasında 427 anne ölümü meydana geldiği, bunların 227 (% 53) sinin direkt anne ölümü, 97 (% 23) sinin indirekt anne ölümü ve 103 (% 24) ünün ise nonmaternal ölüm olduğu saptanmıştır. 1976-1978 yılları arasında İngiltere ve Galler'de

anne ölümlerinin başlıca nedenleri ve bunlarla ilgili değerler Tablo 18-2'de gösterilmiştir.

Tablo 18-2 1976-1978 yılları arasında İngiltere ve Galler'de direkt anne ölümlerinin başlıca nedenleri.

Akciğer tromboembolizmi	% 19.8
Gebelikte hipertansif hastalıklar	% 12.8
Kanama	% 11.4
Anestezik maddeler	% 10.6
Dış gebelik	% 9.7
Düşük	% 8.4
Sepsis	% 7.5
Uterus rüptürü	% 6.1
Amnion sıvı embolizmi	% 4.8

Bazı obstetrik hastalar yine de önlenemeyen hastalıklar yüzünden ölmektedir. Ayrıca sosyo-ekonomik durumları bozuk olan ve yeterli prenatal bakım uygulanamayan toplumlarda mortalite oranı daha yüksektir. Başka birçok faktörün anne ölüm oranı ile ilgisi vardır. Anne yaşının fazla oluşu gebelikte ölüm tehlikesini artırır. 30 yaşından sonra bu tehlike gittikçe artar. 45 yaşın üstündekilerde ölüm tehlikesi, 20-24 yaşındaki kadınlara nazaran yaklaşık olarak 9 defa daha fazladır. Doğum sayısının artması da ölüm tehlikesini arttıran bir faktördür.

Obstetrik nedenlere direkt olarak bağlı olan anne ölümlerinin sayısındaki giderek azalma nedeniyle otopsi ile uğraşan hekimler genellikle anne ölümüyle nadiren karşılaşır. Bu nedenle, çok az sayıdaki hekimin dışındakilerin böyle olgularla ilgili otopsiler konusunda son derece sınırlı tecrübesi vardır.

Bu çeşit ölümler genellikle akut bir olayı müteakip uzun bir süre canlandırma aygıtlarına bağımlı kalan hastalarda meydana geldiğinden dolayı otopsiyi yapan hekimler yönünden güçlükler gösterirler. Ölüm meydana geldiği zaman asıl patoloji çoğu kez kaybolmuş veya değişmiştir. Yeni faktörler işe karışmış olabilir. Bu ölümlerin çoğu adli hekime bildirilir. Tüm adli otopsilerde olduğu gibi, burada da asıl önemli olan nokta ölüm nedeninin belirlenmesidir.

OLGU İLE İLGİLİ KLİNİK AYRINTILARIN İNCELENMESİ

Otopsiye başlamadan önce, ayrıntılı bir anamnez elde etmenin önemi büyüktür. Her türlü bilgi kaynağı saklanmalıdır. Olgu hakkındaki bilgiler otopsiyi yapacak olan hekim tarafından incelenmeli ve kaydedilmelidir.

Otopsi ile uğraşan bazı hekimlerin klinik verilerin bazılarının uzmanlık niteliği taşıması nedeniyle, fetüse ait kalp atım hızı traselerini, ultrasondaki görünimleri, biokimyasal verileri ve diğer doğum öncesi ve sonrası kayıtlarını yorumlama konusunda tecrübeleri bulunmayabilir. Ancak bunlar yorumlanamadıkları için ihmal edilmemelidir. Gerekli zaman bir doğum hekiminin görüşüne başvurulmalıdır.

Anestezi uzmanı, çoğu kez tıbbi bakım ekibinin en önemli üyesi pozisyonundadır. Uygun olduğu takdirde bir anestezi uzmanı otopsiye katılmak üzere davet edilmelidir. Bu durum otopsi hastahane yapılığında genellikle bir sorun yaratmaz. Otopsi ölümün meydana geldiği hastanede yapıldığında doğum ve anestezi uzmanlarının veya anne ölümüyle ilgisi bulunan hekimlerin hazır bulunması arzulanır. Ancak uzakta bulunan bir morgta otopsileri yapılan bazı adli olgularda güçlükler ortaya çıkabilir.

Birçok olguda klinik ve patolojik verilerin birleştirilmesi durumunda bile ölümün yeterli bir şekilde açıklanması yapılamaz. Örneğin, candandırma aygıtlarının geçici olarak başarılı olduğu durumlarda şüpheli mide aspirasyonu bulgusu kaybolmuş olabilir. İçinde sentetik oksitosin solüsyonu bulunan veya bulunmayan % 5-10 luk glukoz eriyiğinin verilmesinden sonra su zehirlenmesi meydana gelebilir. Kanda sodyum miktarında meydana gelen ileri derecedeki azalış otopside gözbebeğinin arkasındaki sulu şeffaf maddenin ve beyin-omurilik sıvısının analizi ile ortaya çıkarılabilir. Kalp fonksiyonları bozuk olan hastalarda doğumdan hemen sonraki dönemde meydana gelen hemodinamik değişiklikler ölümle sonuçlanan kalp yetmezliğini çabuklaştırabilir. Tüm anestezi ve analjezik maddeler dahil olmak üzere doğumun yönetimi sırasında uygulanan bütün ilaçların nitelik ve dozlarının belirlenmesine çalışılmalıdır. Anestezi ile ilgili teknik güçlükler, üst solunum sisteminde gösterilebilen bir travma bulgusu olmaksızın kalp durmasına neden olabilir. Kanama ve afibrinojenemide otopsi bulguları minimal olabilir. Erken doğumu önlemek amacıyla kullanılan ilaçlar, özellikle ritodrin ve betametazonun birlikte kullanışı akciğer ödemeine yol açabilir. Doğumdan sonra uterus kontraksiyonlarının uyarılması için ergometrin kullanılması astımlı hastalarda bronkospazma neden olabilir.^{4,15}

VÜCUT SİSTEMLERİNİN İNCELENMESİ

Bir anne ölümü için yapılacak olan otopside organların dış görünimleri tarif edilirken veya çıkarılmaları sırasında uygulanan standart tekniklerde geniş değişiklikler yapılması gerekmez. Ancak ölüme yol açabilen amnion sıvı embolizmi, eklampsi, hava embolizmi, hipofiz nekrozu gibi durumların ortaya çıkarılabilmesi için bazı tekniklerin uygulanmasının gerektiği unutulmamalıdır. Bazı spesifik anormal bulguların bulunmadığının kesinlikle bildirilmesi gerekir. Olguların bir bölümünde plasenta, fetus veya yeni doğanın incelenmesi söz konusudur. Mümkün olduğu takdirde, anne otopsisini yapan hekimin bunları da inceleyerek rapor hazırlaması gerekir. Ya da en azından bunlarla ilgili olarak yapılmış incelemelere ait raporları elde

etmelidir.

Çocuk doğurma çağında bulunan herhangi bir kadın öldüğü zaman ölüm nedeni ne olursa olsun, gebe olabilir. Bazen şüphelenilmeyen bir gebelik veya komplikasyonları beklenilmeyen ölüme katkıda bulunabilir. Gerek gebeliğe bağlanabilen gerekse gebelik ile ilgili olan birçok ölüm olgusunda altta yatan patoloji klinik durum esas alınarak akla getirilip uygun teknik ve araştırmalar planlanabilir. Her olgudan zorunlu olarak alınması gereken belirli miktardaki materyal blok şeklinde tespit sıvısı içine koyulur. Bu materyal daha sonra histolojik inceleme için gerekli olabilir. Hazırlanan bloklar ileride yapılabilecek incelemeler açısından daima hazır bulundurulmalıdır. Her olguda otopsinin başlangıcında kalp kanı, mide barsak içeriği ve idrar örneğinin alınması uygun olur. Gerekli olmadığı takdirde, daha sonra atılabilirler.

Merkez Sinir Sistemi

Doğumdan sonra ve lohusalıkta meydana gelen ölümlerde ve anamnezinde epilepsi krizi bulunan olgularda venöz sinüs trombozu yönünden araştırma yapılmalıdır. Hipertansiyonla ilgili olmayan olaylarda görülen beyin kanaması koryokarsinom metastazına bağlı olabilir. Bu nedenle, kanama tespit edilmiş olan tüm beyinlerden histolojik inceleme için materyal alınmalıdır. Hipofiz rutin olarak çıkarılarak bir fiksatif içinde saklanmalıdır. Spinal veya epidural anestezinin uygulanmış olduğu olgularda spinal kanal ve omurilik travma ve enfeksiyon açısından incelenmelidir.^{4,13}

Kardiyo-Vasküler Sistem

Trunkus pulmonalis sağ ve sol akciğer arterleri ve ana dalları açılmalı, trombus ve amnion embolizmi yönünden dikkatlice incelenmelidir.

Solunum Sistemi

Göğüs boşluğu açılmadan önce pnömotoraks bulguları aranır. Üst solunum sistemi travma bulguları ve özellikle anestezi altında iken veya anesteziden kısaca bir süre sonra ölen hastalarda mide içeriğinin aspirasyonu yönünden dikkatlice incelenir. Uygun olduğu takdirde, amnion sıvı embolizmini, şok akciğerini ve respiratör (ventilatör) akciğerini düşündüren makroskopik bulgular araştırılır.⁴

Şiddetli kanama, yaygın damar içi koagülasyonu, amnion sıvı embolizmi veya travmadan sonra şok akciğeri adı ile anılan patolojik bir durum meydana gelebilir. Gram-negatif septisemisi ile birlikte olabilen bu durum oksijen veya kontrolsüz sıvı verilmesi ile ağırlaşabilir. Akciğerler kesildiğinde ekseriya kanlı bir sıvı akar. Akciğerlerde özellikle kaidelerde

olmak üzere yer yer sert morumsu renkte alanlar görülür.⁴

Uzun bir süre pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmasından sonra meydana gelen respiratör (ventilatör) akciğerinde iki anormal bulgu aranmalıdır. Trakeostomi yapılmış ve trakeostomi tüpü sokulmuşsa, trakeada ülserasyon bulunabilir. Benzer şekilde, endotrakeal tüp kullanımı larenkste hasara yol açabilir. Ekseriya oksijenin verildiği pozitif basınçlı solunum işlemi intra-alveoler kanamaya yol açabilir. Makroskopik görünümler şok akciğeri tablosunu andırır. Her iki akciğerin bütün loplardan histolojik incelemeler için materyal alınmalıdır. Mikroskopik olarak akciğerlerde kapiller konjesyonunun yanı sıra kan ve kanlı ödem sıvısı ihtiva eden ya da kollabe olmuş alveoller tespit edilir. Şok akciğerinde kapillerde mikrotrombüsler, trombüs kümelenmeleri ve lokal polimorf birikimleri bulunabilir ancak akut iltihapta görülen yaygın nötrofil göçü görülmez. Bu akut değişiklikler yerini hiyalin membranına ve daha sonra bağ dokusuna bırakırlar. Respiratör akciğerinde intraalveoler kanama daha sık görülen bir bulgudur. Klinik olarak beklenmeyen veya açıklanamayan bütün ölümlerde yahut anestezi altında iken ölen olgularda bakteriyolojik ve viral araştırmalar yapılmalıdır.⁴

Sindirim Sistemi

Entübasyonla ilgili sorunların bulunduğu olgularda özofagusun üst kısmında travma bulguları aranmalıdır. Mide ve ince barsaklarda dilatasyon, ileus durumu veya perforasyonlar bulunup bulunmadığına dikkat edilmelidir. Karaciğerde yağlı dejenerasyon, nekroz veya kanama bulguları aranmalı, histolojik incelemeler için daima materyal alınmalıdır. Gebelikte akut yağlı dejenerasyon histolojik olarak daima aranması gereken özel bir hastalıktır.⁴

Üriner Sistem

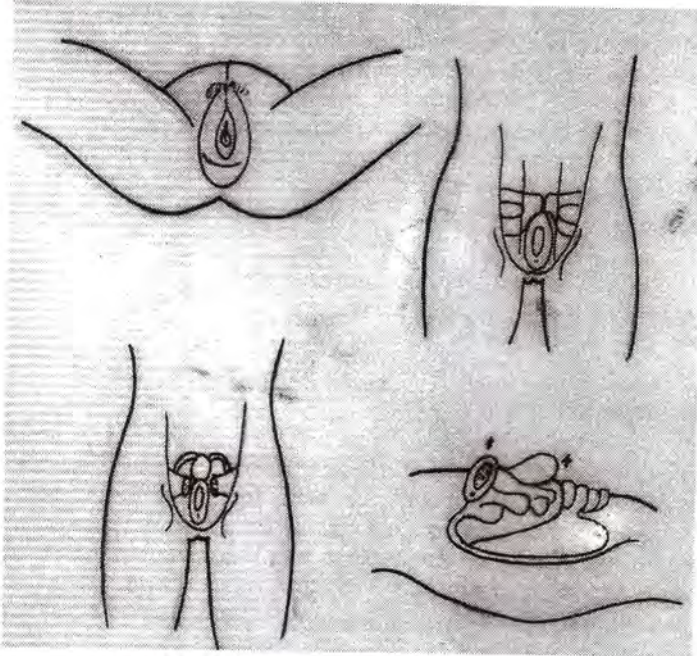
Mesane ve üretrada travma bulguları aranmalı, böbreklerden histolojik inceleme için materyal alınmalıdır.

Genital Sistem

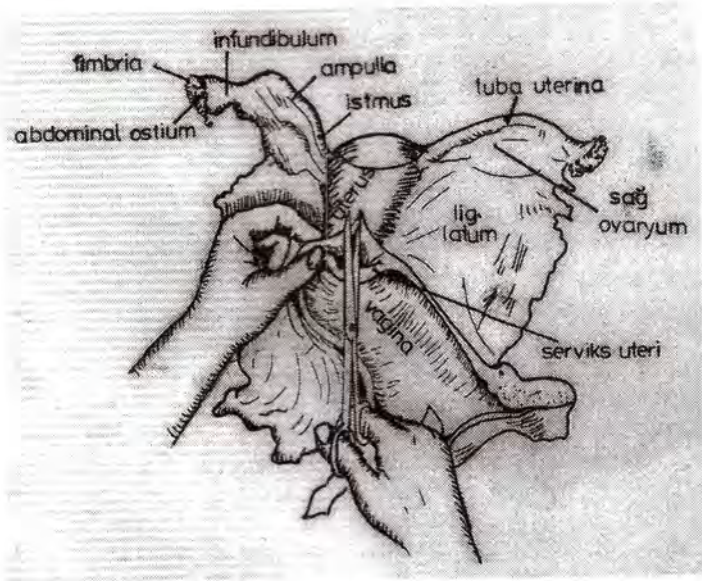
Kadın genital sistemi ile ilgili olarak bazen ani ölümler meydana gelir. Bunlar hemen daima gebeliğin komplikasyonları ile ilgilidir. Çocuk doğurma çağında yani yaklaşık olarak 14 ila 50 yaş arasında aniden ve beklenmedik bir şekilde ölen herhangi bir kadında en başta gelen ölüm nedeni olarak daima gebeliğin bazı komplikasyonları düşünülmelidir. Bu yaş grubunda böyle bir gebelik komplikasyonu nadir olarak gerçek ölüm nedenini oluşturmaya rağmen, otopsiye başlandığı zaman bu durumun ilk olarak akla getirilmesi gerekir.

Genital organlar çıkarılmadan önce vulva, vagina serviks ve uterusu travmatik bulgular ve yırtıklar ile perinede eski ve yeni yırtıklar bulunup bulunmadığı dikkatlice incelenmelidir.

Kadın genital organlarının diseksiyonu otopsinin daima bir bölümünü oluşturur. Özellikle düşüklerden sonra meydana gelen ölüm olgularında dış ve iç genital organların ayrıntılı olarak incelenmesi gerekir. Anamneze göre gebeliğin bir komplikasyonundan şüphelenilen ya da karın boşluğu açıldığında büyümüş gebe bir uterus ile karşılaşılacak bütün olgularda özel bir teknik uygulanmalıdır. Bu işlem için çoğu kez semfiz pubisi ayırmak gerekir. Karın kesisinin alt ucunda semfiz pubis ortaya çıkarılmalı ve ramus pubis her iki tarafta üst ve alt kenarlarından geçilecek şekilde testere ile kesilmelidir. Bu işlem, semfizin etrafındaki merkezi kemik parçasının serbestleştirilerek çıkarılmasını sağlar. Mesane semfiz pubisten yukarı doğru kaldırılır ve ön duvarı kesilerek toksikolojik ve bakteriyolojik incelemeler için idrar örneği alınır. Vagina, uterus, tubalar ve ovaryumlar ramus pubis kesildikten ve pelvis organları ile perine eksize edildikten sonra kesilmiş olan pubisten bir organ topluluğu şeklinde önden çekilmek suretiyle sağlam olarak çıkarılmalıdır (Şekil 18-1). Genital organların açılmasına vaginanın ön duvarından başlanır. Uterus servikal kanal yoluyla ön orta çizgi boyunca açılarak incelenir (Şekil 18-2). Uterus kornları ön duvardaki ilk kesiye dik olarak yapılacak olan bir kesi ile açılabilir. Vagina, yan duvarları bıçak veya makasla kesilerek de açılabilir. Kesi daha sonra serviksten ve uterusun yan duvarlarından kornlara kadar ilerletilir.



Şekil 18-1 Pelvis organlarının çıkarılışı.



Şekil 18- 2 Uterusun açılışı.

Vagina duvarları, serviks ve uterusu bulunan lezyonlar dikkatlice kaydedilmelidir. Daha önceki nedbeler aranır ve içteki yırtıklar yönünden dikkatli bir araştırma yapılır. Plasenta artığı ve anormal miktarda kan pıhtısı bulunup bulunmadığı kaydedilmelidir. İnversiyon uteri ve dış gebelik durumları araştırılmalıdır. Endometriumun durumu, amnion sıvı embolizmi ve gebelik ile ilgili diğer anormal bulgular yönünden değerlendirme yapılmalıdır. Açılmış olan uterusu fiksasyon işleminden sonra yırtıklar incelenmelidir. Enfeksiyondan şüphelenildiğinde, genital sistemin çeşitli yerlerinden diseksiyon sırasında mikrobiyolojik incelemeler için materyal alınmalıdır. Mümkünse, tüm genital sistem bir fiksatif içinde saklanmalıdır. Mümkün olmadığı takdirde inceleme için uygun doku örnekleri alınmalıdır. 2,6

Plasenta ve Gebelik Ürünleri

Birçok anne ölümü olgusunda plasenta genellikle üstünkörü bir inceleme yapıldıktan sonra atılır. İster plasantanın yerinde durduğu isterse dışarı çıkmış olduğu olgularda özellikle annenin ölüm nedeniyle ilgili olabilen lezyonlara önem vererek ayrıntılı bir şekilde incelenmesi önerilmektedir. İncelenmesi önerilen durumlar aşağıda belirtilmiştir: 1. Anormal olarak yapışık plasenta, 2. Amnion sıvı embolizmi, 3. Retroplasental kanama, 4. Uteroplasental iskemi, 5. Doğumdan önce embriyo veya fetus ölümü, 6. Gebelik ürünlerinin içeride kalması, 7. Enfeksiyon ve kriminal düşük,

8.Trofoblastik hastalıklar.

Anne ölümlerinde göbek kordonundan, zarlardan, plasentanın merkezi ve kenar kısımlarından ve plasentada makroskopik olarak görülen lezyonlardan histolojik inceleme için örnek alınmalıdır.

Anormal Plasentasyon (Plasentanın Anormal Oluşması)

Anormal plasentasyon, kanamaya bağlı ölümlerin büyük bir kısmında önemli bir faktördür. Bu durumun iki önemli şekli vardır. 1. Dış gebelik ve plasenta previa da olduğu gibi yerleşim anormalliği 2. Plasenta akreta, inkreta ve perkretada olduğu gibi yapışma anormalliği.

Plasenta previa daima klinik olarak teşhis edilir. Bazen ölümle sonuçlanmış olan antepartum kanama nedeninin otopsiyi yapan hekim tarafından belirlenmesi gerekebilir. Bu nedenle doğumun yapılmamış olduğu olgularda incelemenin sağlıklı olabilmesi için uterusun vagina ve serviksle birlikte çıkartılması önemlidir. Plasentanın alt segmente implantasyonunun düşünüldüğü olgularda uterus fundustan açılmalıdır. Böylece alt segmentte yerleşmiş veya serviksin iç deliğini kapatmış olan plasentayı bulunduğu yerde göstermek mümkün olabilir. Plasentayı yerinde göstermek için uterus açılıp fetus dışarı çıkarıldıktan sonra uterus ve plasenta bir fiksatif içinde tespit edilebilir. Postpartum olgularda serviks ve alt segmentteki damarların incelenmesi ile villüs ve trofoblast artıklarının yanı sıra karakteristik uyum değişiklikleri de ortaya çıkarılabilir. Plasenta previanın çok ender bir şekli tüm koryon plağının villüs dokusu ile kaplı olduğu plasenta membranasea ile birlikte görülür. Plasenta previa da anormal olarak yapışma durumu da görülebilir. Fox literatürden topladığı 622 anormal olarak yapışık plasenta olgusunu incelemiştir. Görülme sıklığının 1/540 ile 1/93000 arasında değiştiğini bildirmiştir. Etiyolojisi bilinmemektedir ancak implantasyon yerinde endometrium eksikliği muhtemel bir sebep olarak düşünülmektedir. Olguların yaklaşık olarak üçte biri plasenta previa ile birlikte bulunur. Olguların yarısından fazlasında uterus ta önceden geçirilmiş müdahale (dilata-syon ve kürtaj, sezaryen) anamnezi vardır. Çoğu kez tam olmayan plasentanın çıkışında güçlük bulunduğunu gösteren deliller vardır. Uterusun dikkatli bir şekilde incelenmesi gerekir. İçerde kalmış olan parçalarla ilgili dokuların yanı sıra kabarık görünümlü tüm lezyonlar histolojik olarak incelenmelidir. Karakteristik bulgu, villus ve trofoblastların arada normal desidua tabakası bulunmadan miyometrium ile doğrudan doğruya karşı karşıya gelmesidir. En ağır şekli olan plasenta perkretada villüsler serviks veya myometriuma tüm kalınlığı boyunca girebilir, mesane gibi komşu organları istila edebilir. Kesin kanama kaynağının makroskopik olarak gösterilemediği tüm olgularda plasenta yatağından hazırlanan çok sayıdaki preparata anormal olarak yapışmış plasenta dokusu yönünden inceleme yapılmalıdır. 4,7,10

Gebelikte Özel Histopatoloji

Bazı lohusalar doğumdan kısa bir süre sonra şok, hipotansiyon, yaygın kanama diyatezi veya kanın pıhtılaşmaması gibi durumlardan birinin daha hakim olduğu bir klinik sendromu göstererek ölürlür. Ayrı olarak teşhis edilebilmesine rağmen, amnion sıvı embolizmi, yaygın damar içi pıhtılaşma ve Gram-negatif septisemisi gibi çoğu kez birbiriyle ilişkili olan bu durumların hepsi düşünölmeli ve destekleyici deliller aranmalıdır.

Diğer dokular

Anamnezin gerektirdiğı olgularda omurganın servikal kısmı (entübasyon zorluğu), pelvis (doğumu güçleştiren kemik anormalliğı) ve kosto-kondral birleşim yerleri (raşitizm) incelenmelidir. Bu gibi komplikasyonlardan şüphelenilen olgularda gerekli röntgen grafileri alınmalıdır.

Histolojik İnceleme İçin Materyal Alınması

Anne ölümlerinin araştırılmasında histolojik inceleme büyük önem taşır. Bu nedenle, bir anne otopsisinde histolojik inceleme için çeşitli organlardan doku örnekleri alınmalıdır.

Açıklanamayan bir ölüm durumunda gebeliğın meydana gelmiş olduğundan şüphelenilirse veya böyle bir durumda fetus bulunmasa dahi, makroskopik bulgular düşündürüyorsa, aşağıdaki histolojik incelemelerin yapılması önerilir: Özellikle fundus bölgesinde ve tuba uterinaların uterus ile yaptığı açılarda olmak üzere uterusun iç yüzeyi plasenta kalıntıları yönünden kontrol edilir. Temel kural vagina, parametriumlar, adneksler de dahil olmak üzere bütün uterustan çok miktarda örnek alınmasıdır. Plasenta artıklarına yapışmış olan şüpheli materyal ilk önce yeri ve büyüklüğü olmak üzere ayrıntılı bir şekilde tanımlanmalıdır. Plasenta artıkları ve koryon villüsleri şüpheye yol açmayacak şekilde histolojik olarak kanıtlanmakla birlikte, bu oluşumların sıklıkla kan pıhtıları, fibrin ve iltihabi materyal ile belirgin ölçüde büyümüş olabilecekleri noktası göz önünde bulundurulmalıdır. Plasenta artıkları ile sekonder artıklar arasındaki ilişki makroskopik ve histolojik inceleme raporlarında açıkça belirtilmelidir. Bu ayrıntılar önemli morfolojik delilleri oluştururlar ve daha sonra adli hekimin görüşünün gerekli olduğu yasal süreçte bunlara ilişki açısından başvurulabilir. Plasenta artıklarını göstermek amacıyla kesitler uterusun iç yüzüne dik olarak seri halde yapılmalıdır. Myometrium medial kısımlarında mümkün olduğunca uzaktan kesilmelidir. Aksi takdirde plasenta inkreta olgularında uterusun duvarında derinde yerleşim gösteren koryon villüsleri gözden kaçır. Daha eski plasenta artıklarında plasentanın kısımlarının önemli derecede regresif değişikliklere uğrayabilecekleri ve fetusün ölümünden sonra geçen zamana uyan dejenerasyon bulguları gösterebilecekleri noktası unutulmamalıdır. Belirli derecede bir tecrübesi olan hekimler bu zaman süresi hakkında kabaca bir tahminde bulunabilirler. Koryon villüslerinin artıkları gebelikten iki üç ay sonra

bile Giemsa boyası ile tespit edilebilir. Henüz histolojik yöntemlerle süre belirlemesine ilişkin sistematik incelemeler mevcut değildir.¹³

Gebelikten sonra uterus kasında ve bazen parametriumdaki lenf damarlarında sık olarak koryal hücreler tespit edilebilir. Bunlar villüslerin sinisyal yüzey tabakasından kaynağını alan özellikle mononükleer iri hücrelerdir. Ayrıca normal gebelikte uterus duvarında da görülürler. Giemsa boyası kullanılarak nispeten iyi bir şekilde myometriumdan ayırt edilebilirler.¹³

Gebelik korpus luteumu ile ilgili histolojik araştırmalar adli açıdan genellikle çok yarar sağlamazlar. Gebeliğin erken dönemlerinde sekresyon ve deskuamasyon safhalarında veya korpus luteum persistansı durumunda korpus luteumun histolojik olarak tespiti kesin olarak yapılamayabilir. Üçüncü-dördüncü ayı geçmiş olan ileri dönemdeki gebelikte olguların çoğunda dış tabakasındaki tipik yapısı ile gebelik korpus luteumu kesin olarak belirlenebilir. Hatta gebelikten sonraki birkaç günde bile doğumdan veya fetüs ölümünden hemen sonra başlayan regresif değişikliklerle histolojik olarak saptama olasılıkları büyük ölçüde kısıtlıdır.¹³

Bir başka olasılık da hipofiz ön lobunun gebelik hücreleri açısından histolojik olarak incelenmesidir. Bu hücreler gebeliğin sonunda ve laktasyon sırasında ortaya çıkarlar. Bu hücrelere özel olan sitoplazmadaki ince granüller performik asit- alsiyan mavisini ve periyodik asit- Schiff (PAS) turuncu boyalarının kullanımı ile görünür hale getirilebilirler. Bu hücreleri sayarak ve hipofiz ön lobundaki normal hücre oranı ile bu sayıyı karşılaştırarak gebeliğin tanısı güvenilir bir şekilde koyulabilir. Yine burada gerileyerek kaybolma ile ilgili bulguların özellikle doğumdan, fetüs ölümünden ve laktasyonun sona ermesinden sonra görüldüğü noktası göz önünde tutulmalıdır.¹³

Diğer spesifik bulgular olmadan meme guddelerinin laktasyon bulguları yönünden histolojik olarak araştırılması sadece gebeliği gösterici bir değer taşıyabilir. Bir kadında çeşitli hormonal etkilerle örneğin hormon salgılayan tümörler ve hormon tedavisi ile gebelik olmasa dahi süt salgılanması başlayabilir.¹³

Eklampside karaciğerdeki histolojik değişikliklere özel bir dikkat gösterilmelidir. Genel olarak kabul edilen yorumlamaya göre gebelik intoksikasyonu ile karaciğer parenkiminde akut hasar oluşur. Lobülün merkezinden kaynağını alan karaciğer hücrelerinde hızla tahribat oluşur. Kısmen nekrobiotik olan karaciğer epiteli çok yağlıdır. Parenkimin hızla ortadan kalkması karaciğer sinüzoidlerinde genişlemeye ve kan ile dolu olan nekrotik bölgelerin ortaya çıkmasına yol açar. Histolojik olarak semptomlar akut hepatozisi andırırlar. İltihabi değişiklikler belirli bir süre geçinceye kadar ortaya çıkmazlar. Ayırıcı tanıda karbonditetraklorür veya fosfor zehirlenmesi gibi eksojen zehirlenmeler göz önünde bulundurulmalıdır. Gebelik toksikozunda böbreklerde yapılan çeşitli araştırmalarda proteine benzer çöküntüler ve fibrinöz madde çökmesi ile birlikte glomerüllerde yaygın spesifik olmayan değişiklikler ortaya çıkartılmıştır.¹³

Gebeliğin komplikasyonlarında ve komplikasyonlu doğumlarda hipofizin ön lobunda oluşan nekrozun yayılması konusu bir süreden beri bilinmektedir. Bu önemli endokrin organı geniş alanlar şeklinde tahrip eden

spontan nekrozlar, gebeliğin terminal döneminde meydana gelebilir. Böyle doku tahribatı ayrıca diabette metabolik bozukluklar veya intravasküler fibrin trombüsleri ile de oluşabilir. Benzer hipofiz bulguları Sheehan sendromunda da görülebilir.

Malign dejenerasyona uğrayan plasentadan (mol hidatiform) kaynağını alan habis tümörler gebelik sırasında veya gebelikten sonra ölüm nedeni olabilir. Çok habis özellik gösteren koryokarsinom koryon villüs epitelinden çıkar ve kısa bir süre içinde çeşitli organlara metastaz yapabilir. Tanısı tipik histolojik bulgularla doğrulanabilir.

Dış gebelikte kanamaya bağlı ölümlerde makroskopik bulgular genellikle çok belirgindir. Bununla birlikte burada da plasentanın belirli kısımlarında fetus ile ilgili delillerin yanı sıra implantasyon yerinin periferik kısımlarından kesitler yapılarak, ölüm nedeninin histolojik olarak belgelenmesi önerilmektedir.

DİREKT ANNE ÖLÜMLERİNİN ÖZEL NEDENLERİ

Akciğer Tromboembolizmi

Obstetrikte ölümle sonuçlanan akciğer tromboembolizmi olgularının yaklaşık olarak 1/3 ü gebelik sırasında, 2/3 ü ise lohusalık esnasında görülür. Lohusalıkta tromboembolizme bağlı ölümlerin yaklaşık olarak yarısı doğumdan sonraki ilk iki hafta (özellikle ilk 7 gün) sırasında, diğer yarısı da doğumdan sonraki iki ila altı hafta arasında meydana gelir. Bazı olgularda embolizme bağlı olarak doğumu izleyen 6 haftadan daha fazla bir süre sonra ölüm meydana geldiği bildirilmiştir.⁴

Gebelik ve lohusalık esnasında tromboembolizme zemin hazırlayan faktörler arasında ileri yaş, doğum sayısının fazla oluşu, şişmanlık ve sezaryen ile doğum yer alır. Lohusalık sırasında Fallop tüplerinin bağlanması gibi bir cerrahi girişim geçiren kadınlar ile laktasyonu östrojenlerin verilmesi ile baskı altına alınanların belirli bir risk altında bulundukları düşünülmektedir.

Ölümle sonuçlanmış akciğer tromboembolizmi bulunan obstetrik olgularda görülen patolojik bulgular gebe olmayan akciğer tromboembolizmi olgularındakinden farklı değildir. Bununla birlikte, tromboz bulgusu yönünden sadece bacak venleri değil ayrıca pelvis ve ovaryum venleri de dikkatlice araştırılmalıdır.⁴

Kanama

Kanamaya bağlı anne ölümleri genellikle plasenta dekolmanı, plasenta previa, postpartum kanama veya dış gebelik rüptürü nedeniyle meydana gelir. Bu gibi olguların çoğunda patolojik bulgular ender değildir. Bununla birlikte, obstetrikte kanama nedeniyle ölen bir kadında otopsi yapılırken

birkaç nokta akıldan çıkarılmamalıdır:

1. Bilinen veya şüpheli plasenta previa olgularında uterus ve vagina tek bir blok halinde çıkarılmalıdır. Uterusun fundustan itibaren açılması, alt segmenti veya iç servikal deliği kapatan plasentanın görülmesine imkan verir. Fetüs ve plasenta doğmuş ise, uterusun alt segmenti, plasenta yerindeki reaksiyon bulguları yönünden histolojik olarak dikkatlice incelenmelidir.

2. Plasenta dekolmanı nedeniyle öldüğü düşünülen kadınlarda retroplasenter kanamanın varlığının doğrulanması gerekir. Plasenta dışarı çıkmış ise, anne yüzeyinde yapışık bir trombüs veya krater şeklinde boş bir çöküntü alanı bulunup bulunmadığı incelenmelidir. Plasentanın uterus içinde kalmış olduğu olgularda kan retroplasenter bölgeden myometrium içine doğru yayılma gösterir. Kanın myometrium içine yayılması durumunda "Couvelaire uterusu" meydana gelir.

3. Plasenta retansiyonuna bağlı postpartum kanama olgularında plasentanın implantasyon bölgesi plasenta akreta bulgusu yönünden histolojik olarak incelenmelidir.

4. Plasenta çıktıktan sonra görülen postpartum kanama ekseriya uterus atonisine bağlıdır ve uterus içinde kalmış olan küçük plasenta parçalarının bulunuşuna aşırı önem verilmemelidir.

5. Postpartum kanama koagülopatiye bağlı olabilir. Olguların çoğunda bu durum gebeliğin komplikasyonunun bir sonucu olarak gelişir fakat bazen postpartum kanama von Willebrand hastalığı veya trombositopenik purpuraya bağlı olabilir.

6. Vaginal yoldan nispeten önemsiz miktardaki postpartum kanama geniş pelvis hematomlarına bağlı olabilir. Genellikle iç kanama geç olarak teşhis edildiğinden, sık olarak ölümlerle karşılaşılır.

7. Teşhis edilememiş olan amnion sıvı embolizmi şiddetli postpartum kanamadan sorumlu olabilir. Aynı zamanda plasenta dekolmanı da bulunursa kan kaybı artabilir. Bu nedenle, obstetrik kökenli bir kanama nedeniyle ölen bir kadında akciğer damarları amnion sıvı embolizmi bulguları yönünden histolojik olarak dikkatlice incelenmelidir.

8. Yaygın damar içi koagülasyonu ile ilgili anne ölümleri özellikle preeklampsi, amnion sıvı embolizmi, Gram- negatiflerle oluşan septisemi durumlarında ve kan uyumsuzluğu reaksiyonlarında görülür. Yaygın damar içi koagülasyonu, plasenta dekolmanının komplikasyonu olabilir ve bu nedenle kanamanın şiddeti artar.

Yaygın damar içi koagülasyonunda küçük damarlarda, özellikle kapillerler ve küçük arteriollerde fibrinojen miktarında değişme ile yaygın trombosit birikimi söz konusudur. Yeterli normal koagülasyon faktörleri tükenir veya organlarda kan akımının azalması suretiyle hasar meydana gelirse kanama, şok ve ölüm oluşabilir. Yaşam sırasında yapılan hematolojik tetkikler ile teşhise varılması mümkündür ancak otopside saptanabilen bazı noktalar vardır. Makroskopik olarak geniş dağılım gösteren purpura ve ekimozlar görülebilir. Histolojik olarak küçük damarlarda mikrotrombüsler tespit edilebilir. Martius'un Scarlet Blue boyası çoğu kez yararlıdır. Trombüslerin bulunmayışı tanıyı ekarte ettirmez. Çünkü bu hastalıkta yaşam

sırasında fibrinolitikler sıklıkla bulunur.

Sepsis

Sepsis, abortus, vaginal doğum veya sezaryen ameliyatında komplikasyon olarak meydana gelebilir. Son zamanlara kadar obstetrikte ölümlerin yaklaşık olarak % 60'ı sepsise bağlanmıştı ancak son 20 yılda septik abortus ve bu nedenle gelişen sepsise bağlı abortus sonrası ölümlerin sıklığı önemli derecede azalmıştır. Günümüzde İngiltere ve Galler'de abortus, vaginal doğum ve sezaryen ameliyatlarını izleyen septik nedenli obstetrik ölümler arasında yaklaşık olarak aynı dağılım görülmektedir. Bununla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri'nde sepsise bağlı anne ölümleri vaginal doğuma nazaran sezaryenden sonra iki misli kadar sık olarak meydana gelmektedir.⁴

Sepsise bağlı birçok anne ölümü olgusunda otopsi bulguları aşikardır. Bunlar arasında septik endometrit, myometriumda abseler, pürülan salpenjit, pelviperitonit ve sepsis yer alır.

Bununla birlikte, obstetrikte sepsisin bazı özel şekillerinin açıklanmasında yarar vardır.

1. Puerperal Sepsis

Batı ülkelerinde klasik şekliyle gebeliğin nadir görülen bir komplikasyonudur. Bazen streptokokların neden olduğu puerperal sepsis olgularına hâlâ rastlanmaktadır. Enfeksiyon vaginal doğumun bir komplikasyonu olarak meydana geldiği zaman doğum kanalından yukarıya çıkan organizmalar sepsise yol açar. Böyle birçok olguda membranların uzun süreden beri yırtılmış olduğu belirlenmiştir. Bu durum yukarıya doğru seyir gösteren enfeksiyona zemin hazırlar. Bu nedenle, ölümle sonuçlanmış bütün puerperal sepsis olgularında iltihabi olayın delili yönünden plasenta ve zarların incelenmesi gerekir. Puerperal endometrit teşhis edildiğinde, çoğu komplikasyonsuz doğumdan sonra desiduada aşikar fizyolojik lökosit infiltrasyonu meydana geldiği akılda tutulmalıdır.⁴

Birçok fatal-puerperal sepsis olgusunun Gram- negatif bakteri enfeksiyonuna bağlı olmasına rağmen, az bir kısmından da klostridiumlar sorumludur. Bu organizmalar uterusu gazlı gangrene yol açabilirler. Kan akımına girmeleriyle sarılık, hemoglobinüri ve böbrek yetmezliğine yol açan akut hemolitik anemi meydana gelebilir.⁴

2. Pürülan Pelvik Flebit

Bu hastalıkta yüksek mortalite söz konusudur. Puerperal sepsisten ölen kadınların önemli bir kısmında tespit edilir. Bacak venlerinde flebit, flebotromboz veya pelvis venlerindeki tromboza bağlı olmayıp bakterilerin pelvis venöz pleksusuna doğrudan yayılmasına bağlıdır. Bakteriler venaların intima tabakasını hasara uğratar. Bu durum trombozla sonuçlanır. Daha sonra

bakteriler trombusa yerleşerek kısmen sıvılaşmasına neden olurlar. Enfeksiyon vena duvarları ve perivenöz lenfatikler boyunca ilerleyerek hızla yayılım özelliği gösteren pürülan flebit ve pelvik sellülite yol açabilirler. Enfekte olan pelvis venleri kısmen sıvı bir hal almış olan trombüs, doku artıkları ve iltihabi hücrelerin karışımı ile dolar. Küçük septik emboluslar yerlerinden ayrılarak çok sayıda metastatik abse odakları meydana getirebilir. Akciğer damarlarında küçük ve çok sayıda embolus odağı bulunduğundan, tipik akciğer infarktından ziyade pürülan pnömoni meydana gelir.⁴

Klinik olarak, pürülan pelvik flebit çoğu kez ya o zamana kadar normal bir lohusalık geçiriyor gibi görünen ya da doğumdan sonra inatçı bir enfeksiyon hali gösteren kadınlarda doğumu izleyen 7 ila 21 inci gün arasında ortaya çıkar. Hastada ani başlangıçlı titremeler, taşikardi ve inip- çıkan ateş vardır. Bu semptomlardan hemen sonra çok sayıda akciğer embolisine bağlı olan solunum şikayetleri ortaya çıkar. Bununla birlikte, bazı hastalarda doğumdan sonraki 2 ila 5 inci günler arasında genellikle karnın alt kısmında akut başlangıçlı ağrı vardır. ⁴

3. Yüzeyel Fasya Nekrozu

Epizyotomi yerindeki enfeksiyonun son derece tehlikeli bir komplikasyonudur. Enfeksiyona yol açan organizmalar genellikle ya hemolitik streptokoklar ya da anaerobik bakterilerdir. Bazı olgular ise bu iki grup organizma ile enfekte olur. Epizyotomi bölgesindeki yüzeyel fasya karın duvarı, kalçalar ve bacaklardaki fasyalar ile devam eder. Bundan dolayı, yüzeyel fasyanın enfeksiyon ve nekrozu bu bölgelerin herhangi birine veya tümüne yayılabilir. Bu durum, şiddetli toksik semptomlarla birlikte olup, sık olarak ölümlü sonuçlanır. Yüzeyel fasya nekrozunun bulunduğu alanlar ileri derecede ödemlidir. Üstündeki deride renk değişikliği ve gangren görülür. Nekrotik fasya donuk görünümde ve gri renktedir.⁴

4. Septik Şok

Puerperal sepsis, gebelik pyelonefriti veya septik abortus olgularında meydana gelebilir. Gram-negatif organizmaların kana geçişi ve endotoksinlerin salgılanışına bağlıdır. Bu endotoksik maddelerin, bakteri hücrelerinin duvarından kaynağını alan polisakkarit-lipit-protein kompleksleri oldukları sanılmaktadır. Gebe uterus, septik şokun gelişimi yönünden son derece uygun koşulları sağlar. Genişlemiş olan uterus ven ve sinüsleri organizmaların anne kan dolaşımına girebilmeleri bakımından kolayca ulaşılabilen bir giriş kapısını oluştururlar.⁴

Septik şokun fizyopatolojisi tam olarak anlaşılamamıştır ancak bu hususta iki önemli mekanizma sorumlu gibi görünmektedir. 1. Yaygın vazokonstriksiyon ve bölgesel doku perfüzyonunda bozulma vardır. Bu durum muhtemelen biyogenik amin ve kininlerin açığa çıkmasına bağlıdır. 2. Yaygın intravasküler koagülasyon. Klinik olarak yüksek ateş ve şok bulunur. Erken dönemlerde hastanın şuuru yerinde olup yüzü kızarmıştır. Daha sonra

deri soğuk ve nemli bir görünüm alır. Hastada zihin karışıklığı gelişir. Bu durum ilerleyici özellikteki kalp yetmezliği ile sonuçlanır.⁴

Otopside tespit edilen başlıca bulgular arasında pelvik sepsis, renal glomeruler kapillerlerde fibrin trombüsleri, bilateral adrenal kanamaları (sık görülür ancak sabit bir özellik değildir) ve sentrilobüler hepatik nekrozlar yer alır. Bu olgularda vaginal doğumu müteakip ekseriya koryoamnionit meydana gelmiştir. Studdiford ve Douglas bakteri kümeciklerinin vilüsler arasında görüldüğü karakteristik plasental bakteremi durumunu tanımlamışlardır.⁴

Bazı hastalar şok devresini atlatmış gibi görünürler ancak daha sonra ilerleyici solunum zorluğu meydana gelebilir. Bu durum şok akciğerinin gelişimine bağlıdır. Ölümle sonuçlanan olgularda akciğerlerin ağırlıkları artmış olup sınırları belli havasız alanlar ve açık kırmızı renk değişikliği gösterirler. Histolojik olarak, akut safhada akciğer kapillerlerinde yoğun konjesyon, fokal olarak alveollerde büzüşme ve küçük alanlar halinde ödem tespit edilir. Akciğer kapillerlerinde hayatiyetini kaybetmiş parçalı çekirdekli lökositler ve trombositler bulunur, çoğu kez mikrotrombüsler görülür. Akciğerlerde şokun daha sonraki dönemlerinde hiyalen membran oluşumu ve ödemle birlikte yaygın alveol hasarı tespit edilir. Hasta yaşadığı taktirde, alveol ve bronş epitelinde proliferasyonla birlikte intertisyel fibrozis meydana gelir. Akciğerdeki bu değişikliklerin patogenezi tam anlamıyla anlaşılamamıştır ancak kan hücrelerinin akciğer kapillerleri içinde hayatiyetini kaybetmesinin serbest köklerin açığa çıkmasına (daha sonra lipid peroksidasyonu ile) ve lizozomlarda granül kaybına yol açtığı ileri sürülmüştür.⁴

Gram-negatif organizmalara bağlı enfeksiyon olgularında küçük damarlarda oluşan endotel hasarı şok ve yaygın damar içi koagülasyonu sendromuna yol açabilir. Gerçekten, septisemi ve amnion sıvı embolizminin yaygın damar içi koagülasyonu ile yakın bağlantısı vardır. Bu nedenle, yaygın damar içi koagülasyonu, septisemi veya amnion sıvı embolizminin söz konusu olduğu bütün ölüm olgularında post-mortem kültür için kan alınmalı, akciğerlerde amnion sıvı embolizmi açısından dokularda ise mikrotrombüsler yönünden yeterli araştırma yapılmalıdır.⁴

Pre-eklampsi, Eklampsi ve Hipertansiyon

Gebelikte hipertansif hastalık sık görülür. Anne ölümlerine yol açan önemli bir nedendir. Klinik olarak gebelikten önce aşikar bir durumda olabilir veya gebelik sırasında belirgin bir hal alabilir. Pre-eklampsi ve eklampsi, esansiyel hipertansiyonun bir komplikasyonu olabilir. Her iki durumda da uterus damar yatağında çoğu zaman patolojik bulgular bulunur. Tüm anne ölümlerinde bu bulgular araştırılmalıdır. Hipertansif hastalık birçok organda yaygın lezyonlar meydana getirebilir.¹³

Ölümle sonuçlanmış olan pre-eklampsi ve eklampsi olgularında görülen başlıca bulguları kısaca özetlemek uygun olacaktır. 1. Beyin korteksi, serebellum ve ponsa peteşiyal kanamalar bulunabilir. Yaygın intraserebral

kanamalar sık görülür. Bunlar en önemli ölüm nedenini oluştururlar. 2. Karaciğerde kapsül altında kanama ve nekroz alanları görülür. Bunlar genellikle sağ lobta belirgindir. Bazen karaciğerde subkapsüler bir yırtığın yanı sıra periton boşluğuna kanama görülür. Histolojik olarak karaciğerde periportal nekroz ve kanama tespit edilir. 3. Kalpte özellikle interventriküler septumun sol tarafında endokart altında kanamalar bulunur. 4. Akciğerlerde karakteristik olarak bilateral hemorajik pnömoni vardır. 5. Özofagus, mide ve duodenumda akut ülserler sık olarak görülür. 6. Böbreklerde glomerul bozuklukları görülür. Aşağı nefronlar çoğu kez protein kümeleri ile tıkanmıştır. Böbreklerde nekroz bulunabilir. 7. Dalak pulpasında kanamalar vardır. Dalaktaki arter dalları etrafında bulunan lenfoid dokuda çoğu kez nekroz görülür. Adrenal kortekste genellikle çizgi şeklinde kanamalar tespit edilir. Bazen bilateral yaygın intra-adrenal kanama görülür.

Akut Karaciğer Yağlanması

Gebeliğin geç dönemlerinde akut karaciğer yağlanması kendisini karın ağrısı ve herhangi bir ön belirti ve sarılık olmaksızın tekrarlayan kusmalar ile gösterebilir. Viral hepatit ve pre-eklampsiden ayırt edilmelidir. Portal sistemler etrafında normal hepatosit halkası kalmasına rağmen, sentrilobüler hepatositlerde küçük vakuoller halinde yağın bulunuşu göze çarpan bir özelliktir. Nekroz bir özellik oluşturmaz. Ekseriya tubuler nekroz ile böbrek yetmezliği beraber bulunur. Benzer bir tablo uzun süre tetrasiklinlerin alınması ile de oluşabilir.¹³

Amnion Sıvı Embolizmi

Normal gebelik ve doğum sırasında anne dolaşımına sıvı geçişi olmaz ancak az sayıda hastada amnion sıvı embolizmi meydana gelir. Hastada kalp ve akciğer yetmezliğinin yanı sıra pıhtılaşma bozukluğu nedeniyle kanamaya eğilim hali söz konusudur. Amnion sıvısının anne dolaşımına giriş yolu tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Olguların bir kısmında uterusun bulunan bir yırtık alanının giriş kapısını oluşturduğu sanılmaktadır. Attwood alt segmentteki tam ya da tam olmayan küçük yırtıkların sağlam ancak şişmiş haldeki ligamentum latum ile birlikte bulunmasının büyük uterus yırtıklarına nazaran öldürücü amnion sıvı embolizmine yol açması ihtimalinin daha fazla olduğunu vurgulamıştır. Zarların yırtılmış olduğu durumda amnion sıvısı alt segmentteki küçük bir yırtıktan içeri girer, taçlanma devrinde baş bir tıkaç oluşturur, bunun arkasında her uterus kontraksiyonu ile sıvı anne kan dolaşımına pompalanır. Bunun aksine, uterusun büyük bir yırtık olduğu zaman amnion sıvısı uterus kontraksiyonlarının durmasına rağmen, damarlardan ziyade genellikle periton boşluğuna sızma eğilimi gösterir. Uterusta belirgin bir yırtığın bulunmadığı olgularda girişin normalde servikal dilatasyon sırasında endoservikal venlerde meydana gelen küçük yırtıklardan olduğu ileri sürülmüştür. Amnion sıvısı anne dolaşımına girdikten sonra partiküller hızla akciğerin distal bölümünde süzülürler. Bu maddelerin etkisiyle akciğer

damarlarında akut pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale gelişir. Bu duruma kalbin dolaşıma sevkettiği kan miktarında belirgin derecede bir azalma ve bazen de ağır bir şok tablosu eşlik eder. Bu hemodinamik değişiklikler akciğer damarlarının mekanik olarak tıkanmasına, akciğerde refleks vazokonstriksiyona, anafilaktik reaksiyona veya embolide vazoaktif maddenin bulunmasına bağlanmıştır. Anafilaksin bu sendromun meydana gelişinde rol oynadığını gösteren gerçek deliller bulunmamaktadır. Hayvanlarda yapılan deneysel araştırmalar konuyu tamamen açıklığa kavuşturamamıştır. Bu sendromla ilgili mekanizmalar konusunda da fikirbirliğine varılamamıştır. Bazı araştırmacılar enjekte edilen sıvıdaki tanecikli maddelerin miktarı ile ölüme götüren etkiler arasında açık ve doğrudan bir ilişki tespit etmişler ve akciğer damarlarındaki tıkanmanın büyük önem taşıdığını ispatlamışlardır. Bununla birlikte, bunun aksine diğer araştırmacılar kalbin dolaşıma sevkettiği kan miktarındaki düşüşün ve akciğer arter basıncındaki sekonder artışın süzülmemiş ve süzölmüş haldeki amnion sıvısı enjeksiyonu ile meydana getirilebildiğini ve akciğer damarlarındaki hemodinamik değişikliklerin tamamen mekanik olarak açıklanamayacağını göstermişlerdir. Bununla birlikte, deneysel araştırmalar vazoaktif bir faktörün amnion sıvı embolizminin komplikasyonu olan dolaşım yetmezliğine neden olduğunu düşündürmektedir. Embolüste fetüse ait mekonyumdan kaynağını alan tripsinin rolü bulunduğu ileri sürülmüştür ancak prostaglandin PGF_2 nin hemodinamik değişikliklere neden olduğu hakkındaki öneri akla daha uygun gelmektedir. Kitzmiller ve Lucas kedilerde meydana getirilen amnion sıvı embolizminde görülen vasküler değişikliklerin sadece travaydaki kadınlardan alınan sıvının enjeksiyonu ile meydana getirilebildiğini ve bu değişikliklerin doğum sırasında insan amnion sıvısında fazla miktarda bulunan PGF_2 nin enjeksiyonu ile iki kat daha şiddetli olabildiğini göstermişlerdir. Reeves ve arkadaşları amnion sıvısının buzağılara enjeksiyonunun hemodinamik etkilerinin güçlü bir prostaglandin sentezi inhibitörü olan aspirin ile önlenemediğini kaydetmişlerdir.⁴

Hipofibrinogemi ile birlikte olmasına rağmen, amnion sıvı embolizmi sendromunda belirgin bir özellik olan koagülasyon defektinin niteliği hakkında tam bir fikirbirliği yoktur. Birçok araştırmacı kanama diyatezinin embolusta bulunan tromboplastik madde nedeniyle meydana gelen yaygın damariçi koagülasyonuna bağlı olduğunu sanmaktadır ancak Attwood fibrin trombüslerinin amnion sıvı embolizminden ölen kadınlarda yapılan otopsilerde çok nadiren görüldüğüne işaret etmiştir.⁴

Yaşın ilerlemesinin, doğum sayısının fazla oluşunun, fetüsün iriliğinin, zor doğumun, intrauterin fetüs ölümünün ve uterus uyarıcılarının kullanılmasının amnion sıvı embolizmine zemin hazırladıklarına genellikle inanılmaktadır. Bununla birlikte, incelenen 272 amnion sıvı embolizmi olgusunda uterus uyarıcılarının kullanımı ya da iri bebeklerle gerçek bir ilişki bulunduğunun doğrulanamadığı bildirilmiştir. Attwood intrauterin fetüs ölümü ile amnion sıvı embolizmi arasındaki ilişkiyi gösterecek inandırıcı deliller de bulamadığını belirtmiştir.⁴

Klinik olarak, amnion sıvı embolizmine bağlı semptomlar ekseriya

ani olarak ortaya çıkar. Aniden başlayan dispne, siyanoz ve şok görülür. Konvülsiyonlar sık olup bazen göze çarpıcı özelliştir. Hasta genellikle birkaç dakika içinde ölür. Bu akut dönemden sağ olarak kurtulanlarda hemen sonra kanama eğilimi belirir. Bu durum, çoğu kez ağır, bazen de ölümlü sonuçlanan uterus kanamasına yol açar. Ölüm oranı yüksek olup % 90 civarındadır. Otopside makroskopik bulgular non-spesifiktir; akciğerler genellikle ödemlidir ve yer yer atelektazi alanları görülür. Sağ kalpte belirgin dilatasyon ve karaciğerde ağır konjesyon vardır. Bazen makroskopik olarak teşhis, kalp çıkarıldıktan sonra akciğer arterlerinden akan kanın perikart boşluğu içinde toplanmasından sonra koyulabilir. Tanı akciğer arter kanında çıplak gözle mekonyum, vernik ve lanugo kıllarının görülmesiyle koyulabilir. Mekonyuma bağlı yeşilimsi boyanma görülebilir. Bununla birlikte, aslında, amnion sıvı embolizmi tanısı akciğer damarlarında amnion sıvısında toplanmış olan parçacıkların histolojik olarak gösterilmesine dayanır. Steiner ve Lushbaugh tarafından tanımlanan amnion sıvı embolizmi ile ilgili histolojik görünüm arasında akciğerlerde fetüsün derisinden dökülmüş epitel hücreleri, lanugo kılları, yağlı vernik kaseosa, fetüsün barsağından kaynaklanan musin ve safra pigmentlerinin bulunuşu yer alır.⁴

Üzerinde önemle durulması gereken dört nokta vardır: 1. Histolojik inceleme için akciğer dokusundan çok sayıda parça alınmalıdır. 2. Akciğer damarlarında amnion sıvısında bulunan parçacıkların tespit edilemediği durumlarda amnion sıvı embolizmi tanısı doğrulanamaz. 3. Amnion sıvısındaki parçacıkların akciğer damarlarında görülmesi daima patolojik bir bulgudur ve fizyolojik bir olay şeklinde yorumlanamaz. 4. Akciğerlerde trofoblastik emboluslar sık olarak bulunur. Bunlar fizyolojik bir olayın bulguları olup amnion sıvısı embolizmine işaret etmezler.⁴

Attwood amnion sıvısındaki artıkların tespit edilebilmesi için hematoksilen ve eozin boyasının yetersiz bulunduğunu, embolustaki çeşitli elemanların gösterilmesi açısından Alcian mavisi Phloxine tekniği ile boyamanın daha uygun olduğunu ve bu teknikle musinin yeşil, epitel hücrelerinin ise kırmızı renge boyandığını belirtmiştir. Son zamanlarda, insan keratinine karşı oluşan antikor, amnion sıvı embolisindeki epitel hücrelerini tespit etmek için kullanılmıştır. Bu teknik hassas bir yöntem olup daha fazla bir değerlendirmeyi gerektirmektedir. Peterson ve Taylor, Attwood boyasını kullanarak amnion sıvı embolizminden ölen 40 hastayı inceleyerek olguların % 80 inde epitel hücrelerinin, olguların sadece % 20 sinde embolizmin ana elemanı olduğunu, diğer % 80 inde ise musinin en belirgin eleman niteliğini taşıdığını tesbit etmişlerdir. Epitel hücrelerinin arteriol ve kapillerlerde daha sık olarak görüldüğü, musinin ise özellikle küçük akciğer arterlerinde bulunduğu belirlenmiştir. Amnion sıvı embolisi, akciğerin dışındaki birçok organın kapillerinde de bulunabilir ancak genellikle az miktarda ve küçük olup klinik açıdan da pek fazla önem taşımaz.⁴

Uterustaki yırtığın ve komşu dokuların mikroskopik olarak incelenmesi ile amnion sıvısına ait elemanlar ortaya çıkarılabilir. Plasentada yapılan benzer araştırmalar amnion ile koryon arasını ayıran dökülmüş epitel hücreleri ve diğer artıkları ortaya çıkarabilir. Gerçek transplasental embolizm

çok seyrek görülür ancak teşhis amacıyla amnion kesesine ulaşmak için transplasental bir yaklaşımın uygulandığı durumlarda tehlike artabilir.⁴

Histolojik olarak amnion sıvı embolizminin tanısı genellikle koyulur ancak bazen akciğer damarlarından dökülmüş olan endotel hücreleri ile epitel hücreleri arasında karışıklık çıkabilir. Bununla birlikte, genellikle çekirdeksiz olan epitel hücrelerinin aksine endotel hücreleri ekseriya çekirdekli ve Alcian mavisi phloxine boyası ile boyanmazlar.⁴

Amnion Sıvı Embolizminin Tanısında Kullanılan Boyama Yöntemleri

1. Lendrum Boyası (Floksin-tartrazin)

Lendrum boyası, gebelikle ilgili ölümlerde amnion sıvı embolizminin saptanmasında kullanılır. Bu boya ile fetüse ait epitel hücreleri, hematoksilen-eozin boyasına nazaran çok daha kolayca görülebilir bir hal alırlar. Boyama işlemi aşağıdaki şekilde yapılır: a. Hematoksilen ile 6 dakika boyanır ve sudan geçilir. b. % 0.5'lik kalsiyum klorür solüsyonundaki % 0.5'lik floksin ile 30 dakika boyanır. c. Suda çalkalanır ve kurtulur. d. Üzerine tetrazinin etilen glikol monoetil eterdeki doymuş eriyiği dökülür. Bu işlem yaklaşık olarak 10 dakika sürer ve mikroskopik olarak takip edilmelidir. Bu şekilde kırmızı hücreler, kırmızı-kahverengi bir renk alırlar. e. Ksilole koyulur ve üzeri kapatılır. Bu yöntemle amnion sıvısında bulunan epitel hücrelerinin keratini kırmızı renge, çekirdekleri mavi renge, sitoplazması ise sarı renge boyanır.⁹

2. Dünya Sağlık Örgütü Tarafından Önerilen Yöntem

Bu yöntem, amnion sıvı embolizmi olgularında müesine benzer maddelerin ve keratinin gösterilmesi için kullanılır. Yöntem aşağıdaki yazıldığı şekilde uygulanır: a. Kesitler suya koyulur. b. Selestin mavisi ile Mayers sırasına göre boyanır ve çalkalanır. c. Hızla % 0.5'lik asit-alkol solüsyonuna koyulur. d. % 1'lik eritrosin ile 5 dakika boyanır ve çalkalanır. e. Hızla % 95'lik alkole koyularak çalkalanır. f. Alsiyan yeşili solüsyonu ile 5 dakika boyanır. g. Çalkalanır. Kesitin hafifçe pembe renk alması gerekir. h. Çalkalanır ve % 95'lik alkol ile muamele edilir. i. Etanolü safran ile 5 dakika boyanır. j. Sudan geçirilmeden üstü kapatılır.⁹

Alsiyan Yeşili Boyasının Hazırlanışı

% 1'lik alsiyan mavisinin sudaki solüsyonundan 50 ml alınır. 50 ml % 1'lik asetik asitle karıştırılır. Daha sonra 20 mg timol eklenir. Süzülür.

Etanolü Safranın Hazırlanışı

Safrandan kesilen şeritler % 95'lik alkolde ısıtılır. Elde edilen çözeltinin koyu sarı renkte olması gerekir.

Hava Embolizmi

Gebe uterusu plasentanın ayrılması ile ortaya çıkan büyük venöz sinüsler nedeniyle hava embolizmi oluşması mümkündür. Hava embolizmi abortusun özellikle kriminal abortusun, iç versiyonun, uterusun elle yoklanmasının, inversiyona uğramış olan bir uterusun yerine iadesinin veya plasentanın elle çıkarılmasının komplikasyonu olabilir. Uterus içi manipülasyonlarından sonra meydana gelen hava embolizmi havanın vaginayı kapatan operatörün kolları ile uterus içinde hapsedilmesine bağlıdır. Daha sonra uterus boşluğunda ani basınç artışı havayı venöz sinüsler içerisine doğru girmeye zorlar. Hava çok seyrek olarak normal vaginal doğum ve sezaryen ameliyatı sırasında da anne dolaşımına girebilir. Hava embolizmi doğumun başlamasından epeyce bir süre önce gebelik sırasında meydana gelebilir. Bu olay spontan olur, genellikle orogenital cinsel faaliyete bağlıdır. Vaginanın içine üflenmesi gebelik dışında tehlike arz etmez. Bununla birlikte, gebelikte vaginanın kapasitesi büyük ölçüde artmaktadır. Bu şartlar altında biraz mutadın dışındaki bu cinsel hareket ciddi bir hava embolizmi tehlikesi taşır.¹⁵

Lohusalık sırasında meydana gelen hava embolizminin özellikle hastanın yaptığı diz- göğüs hareketleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Lohusalıkta vaginanın hacmi yaklaşık olan 1000 ml civarındadır. Bu kadar miktardaki hava diz- göğüs pozisyonunda uylukların birbirine bitleştirilmesi ile vagina içinde tutulabilir. Daha sonra hasta bacaklarını yatay bir duruma getirdiğinde hava uterus venleri içine doğru zorlanır.^{8,9}

Hava sistemik venöz dolaşıma girdikten sonra sağ ventrikülün faaliyeti ile köpüklü bir hal alarak akciğer damarlarını mekanik olarak tıkar. Hava embolizminin klinik tablosu anne dolaşımına giren havanın miktarına bağlıdır. 500-600 ml havanın dolaşıma girişinin ekseriya öldürücü olduğu kabul edilmektedir. Bu olgularda ani başlangıçlı siyanoz, şok ve akut kor pulmonale gelişir. Hastada konvülsiyonlar, koma ve ölüm meydana gelebilir.

Ceset orta hatta sternum çentiğinden semfiz pubise kadar yapılan bir kesi ile açılır. Hava kesilen venlerin içerisine kolayca girebildiğinden boyun kısmı kesilmez. Daha sonra periton boşluğu açılarak vena kava inferior ve uterus venaları içinde hava kabarcıkları veya köpüklü kan bulunup bulunmadığı incelenir. Pnömotoraksın varlığı ekarte edildikten sonra büyük venaları kesmeden göğüs boşluğu açılır ve perikart kesilir. Vena kava superior ve sağ atrium dıştan köpüklü kan veya hava kabarcıkları yönünden incelenir. Koroner damarlarda segmentasyon bulgusunun bulunup bulunmadığı tespit edilir. Perikart boşluğu su ile doldurulduktan sonra sağ atrium ve ventrikül su altında kesilerek hava kabarcıklarının suyun yüzeyine doğru çıkıp çıkmadığına bakılır. Daha sonra kafatası kubbesi meninksleri zedelemekten dikkatlice çıkartılır ve beynin yan yüzünde seyreden kan damarlarını zedelemeksizin meninksler sıyrılır. Venalar ve bazal arterler, hava embolizmi bulgusu yönünden incelenir.¹⁵

Embolizme bağlı ölümler, dikkatli bir yorumlama ve teknik hünerleri gerektirebilir. Post- mortem diseksiyonda kafatası açılırken bir artefakt olarak

beyin dolaşımında hava kabarcıkları belirebilir. Bununla birlikte, tecrübeli bir hekim bu durumu bilir, lokalize özellik gösteren bu anormalliği hava embolizminden ayırabilir.

Otopsinin geç yapıldığı durumlarda, gaz oluşturan organizmaların üremeleri hava embolizmini taklit edebilir. Benzer gaz kabarcıkları ekseriya sol kalp, inen aort ve bunun ana dallarında bulunur. Embolizm havasını çürüme gazlarından pirogallol testi ile ayırma imkanı vardır.¹⁵

Akut Uterus İnversiyonu

Lohusalıkta seyrek görülen bir komplikasyondur. Özellikle plasenta akreta olgularında plasentanın elle çıkarılması girişimlerinden sonra oluşabilir ancak spontan olarak da meydana gelebilir. Akut uterus inversiyonu bulunan bir hastada şiddetli kanama ve şok gelişebilir. Ölüm oranının % 13 ila % 18 arasında değiştiği bildirilmiştir ancak daha yakın zamanlarda uterusun hemen yerine iadesinin ölüm oranını belirgin derecede azalttığına dair bir eğilim vardır.⁴

Akut Uterus Torsiyonu

Gebelikte görülen bu durum genellikle son derece nadir olup ölümlerle sonuçlanabilir. Gebe uterus sık olarak sağa döner ancak eksenini etrafında 45 dereceden fazla döndüğünde torsiyona uğrar. Torsiyon genellikle doğum sırasında meydana gelerek uterus rüptürüne neden olabilir. Patogenezi bilinmemektedir.⁴

Uterus Rüptürü

Gebelik sırasındaki uterus rüptürünün sıklığı kesin olarak bilinmemektedir. Batı ülkelerinde bunun sıklığının yaklaşık olarak 1/2000 ila 1/2500 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, dünyanın diğer kısımlarında uterus rüptürüne çok daha sık olarak rastlanmaktadır. Örneğin Güney Afrika zencilerinde 546 doğum olgusunda bir tane uterus rüptürüne rastlandığı bildirilmiştir.⁴

Uterus rüptürleri (Şekil 18- 3), travmatik, spontan ve nedbe ile ilgili olanlar şeklinde sınıflandırılabilir. Çoğu serilerde olguların % 30 ila % 60 ının uterustaki nedbe dokusunun yırtılmasına bağlı olduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların büyük çoğunluğunda nedbe dokusunun önceki sezaryen ameliyatı ile ilgili olduğu ancak daha önceki myomektomi veya korn rezeksiyonuna bağlı nedbelerin de yırtılabileceği bildirilmiştir. Klasik sezaryen nedbesi, alt segmentte yapılan sezaryene ait nedbeye oranla yırtılmaya daha çok yatkındır. Garnet klasik sezaryene ait nedbenin alt segment nedbesinden 10 defa daha fazla bir sıklıkla yırtıldığını bildirmiştir. O'Driscoll klasik sezaryeni müteakip

gebelikte uterus rüptürü sıklığının % 6.4 oranında bulunduğunu, halbuki bu oranın alt segment sezaryen ameliyatından sonraki gebeliklerde % 1.4 olduğunu tespit etmiştir. Bununla birlikte, bu durum günümüzde görülen çoğu nedbe rüptürlerinin klasik sezaryenden sonra meydana geldikleri anlamına gelmez. Zira bu ameliyat günümüzde o kadar seyrek yapılmaktadır ki nedbe rüptürlerinin büyük çoğunluğu alt segment ameliyatı geçirmiş olan kadınlarda görülmektedir.^{4,5}



Şekil 18- 3 Uterus rüptürü.

Bir nedbe rüptürü ele alınırken, ekseriya şiddetli kanama ile birlikte olan gerçek rüptür ile nedbe dokusunun basit ayrılması arasında ayırım yapılması önemlidir. Nedbenin basit ayrılması durumunda üstündeki periton sağlamdır ve ayırık nedbe dokusunun kenarları arasındaki açıklıktan çıkıntı yapan zarları periton boşluğundan ayırır. Ayrılma ekseriya kanama ve anne ölümüne yol açmaz.^{4,5}

Travmatik uterus rüptürünün en sık görülen nedenleri arasında iç versiyon ve serviks tamamen açılmadan gerçekleştirilen zorlu doğumlar sayılabilir. Bu duruma yol açan faktörler arasında kriminal abortus yaparken alet kullanılması, başarısız forseps doğumu, omuz distosisi, baş-pelvis uygun-suzluğu ve transvers duruş yer alır.

Spontan rüptür teriminden anormal olmayan bir gebelik veya doğum sırasında normal bir uterusun yırtılması anlaşılır. Ancak bu terimin kapsamı konjenital anormal uterus rüptürünü, korn gebeliği rüptürünü ve plasenta akretaya bağlı rüptürleri içine alacak şekilde genişletilebilir.⁴

Uterus rüptüründe oksitosin ile uyarımın rolü çok tartışmalıdır. Olguların bir bölümünde uterus rüptürünün oksitosin uygulanmasından sonra meydana geldiğine hiç şüphe yoktur ancak normal bir doğumda oksitosin kullanımının rüptür tehlikesi taşıyıp taşımadığı şüpheli olarak kabul edilmektedir. Zaten zor bir doğumda oksitosin uygulanırsa, rüptür ihtimali artmaktadır. Bununla birlikte, intrauterin fetüs ölümü olgularında doğumu başlatmak

için vaginal yolla prostalandin E₂ uygulamasını izleyen birçok uterus rüptürü bildirilmiştir.⁴

Klasik sezaryen nedbesi rüptürünün gebelikte herhangi bir zamanda meydana gelebilmesine karşın, alt segment sezaryen ameliyatına ait nedbe rüptürü ekseriya doğum sırasında oluşur. Myomektomi nedbe rüptürünün gebeliğin 16 ıncı haftası kadar erken bir dönemde meydana geldiği bildirilmiştir. Spontan rüptürlerin çoğunun doğum sırasında meydana gelmesine rağmen, gebeliğin herhangi bir döneminde de rüptür oluşabilir. Kayıtlı olan en erken olgu gebeliğin 19 uncu haftası kadar erken bir dönemde görülmüştür.⁴

Uterus rüptürüne bağlı ölüm oranının % 6.5 ila % 10 arasında değiştiği bildirilmiştir. Batı ülkelerindeki çoğu merkezde tahmin edilen ölüm oranı çok daha düşüktür. Ölüm oranının spontan uterus rüptürü olgularında en yüksek, nedbe rüptürlerinde ise en düşük olduğu hakkında genel bir fikirbirliği vardır. Bununla birlikte, bu sonuç yanıltıcı olabilir, aslında kaydedilen ölüm oranlarıyla ilişkisi olmayan ve nedbe rüptürü olarak sınıflandırılan pek çok durum nedbenin ayrılmasından ibarettir.⁴

Anestezi ile İlgili Ölüm

Gebe kadınlarda anestezi ile ilgili ölüm, genel cerrahi girişimler sırasında veya daha sonra meydana gelen ölüm, özel bir şekilde farklılık göstermez. Bununla birlikte, obstetrik hastaları kısmen gebe uterusun karın boşluğu içindeki oluşumlar üzerine baskısıyla mide içi basıncının artışı, kısmen de progesteronun özofagus ile mide arasındaki sfinkter mekanizmasında meydana getirdiği gevşeme nedeniyle mide içeriğinin akciğerler içerisine girmesine aşırı derecede yatkınlık gösterirler. Akciğer aspirasyonu ile ilgili klinik ve patolojik özellikler, aspire edilen maddenin sıvı veya katı halde bulunup bulunmamasına göre büyük değişiklikler gösterir. Sıvı maddelerin aspirasyonu daha sık görülür.^{1,4,5}

Asit Özelliğindeki Sıvının Aspirasyonu

Asit mide özsuyunun akciğerler içerisine aspirasyonu ile oluşan klinik özellikler ilk defa Mendelson tarafından tanımlanmış ve bu duruma Mendelson sendromu ismi verilmiştir. Aspirasyon sessizce meydana gelebilir. Nispeten önemsiz miktarlarda sıvının inhalasyonu ile oldukça ciddi semptomlar meydana gelebilmesine rağmen, aspire edilen sıvı miktarı 25 ml yi aştığı takdirde hasta yönünden ciddi bir tehlikenin ortaya çıktığı belirlenmiştir. Akciğerlerde, aspirasyondan hemen sonra veya iki ila beş saat geçmesini müteakip asiditesi fazla olan mide sıvısına karşı reaksiyon belirebilir. Bu durum hastanın anestezinin etkisinden belirgin olarak çıktığı zaman aşikar bir hal alabilir ancak bazen akut bir astım krizini taklit edecek kadar belirgin olabilir. Hastaların çoğunun iyileştiği görülür ancak az sayıdaki hastada konvülsiyonlar, koma ve ölüm gelişir.⁴

Aspire edilen sıvı akciğerin damar epitelini hasara uğratar ve bunun sonucunda intra-alveoler kanama ve akciğer ödemi meydana gelir. Sürfaktan maddeleri meydana getiren hücreler tahrip olur. Alveollerin içerisinde ödem sıvısı, eritrositler, parçalı çekirdekli lökositler ve fibrinden oluşan eksuda bulunur. Çoğu zaman hiyalin membran teşekkülü de görülür. Bu değişiklikler alveollerde büzüşmenin yanı sıra önemli derecede şant ve hipoksiyi başlatan sertleşme ile sonuçlanır. Ölümle sonuçlanmış olan olgularda akciğerler ağır, aşırı derecede kanlanmış ve ödemlidir. Plevra altında kanamalar ve plevra boşluklarında kanla karışık bir sıvı bulunabilir. Kalp genişlemiştir. Karın organlarının aşırı derecede kanlanmış olmasına rağmen, kalpte perikart altında kanamalar görülebilir. Histolojik olarak, yukarıda anlatılan alveoler değişiklikler bulunur. Geniş nekroz ile bronş epitelinde dökülme de görülebilir.⁴

Bu değişikliklerin akciğerlere giren sıvının asit niteliğine doğrudan bağlı olduğu düşünülmektedir. Gerçekten mide sıvısı aspirasyonunun etkileri bir yanığa benzetilmiştir. Bu görüş, akciğer lezyonlarının şiddeti ile sıvının pH'sı arasında ilişki bulunduğunu ve aspire edilen materyalin pH'sı 2,5 un altında iken akciğer ödeminin kaçınılmaz olacağını gösteren deneysel araştırmalara büyük ölçüde dayanmaktadır. Bununla birlikte Alexander akciğerlerde ödem gelişmesinin akciğere giren sıvının pH'sı ile bağlantılı olmadığını bildirerek, sıvının sadece alveoler-kapiller membranı hasara uğrattığını ve asiditenin eksüdatif reaksiyonu hızlandırdığını ileri sürmüştür. Bu tartışmalı durum, pH'sı 5.9 olan mide suyunun köpeklerin akciğerleri içerisine damla damla akıtılmasıyla, tıpkı pH'sı 1.8 olan sıvının verilmesiyle oluşanlar kadar şiddetli değişiklikler meydana getirdiğini gösteren Schwartz ve ark. tarafından desteklenmiştir.⁴

Dışkı Tabiatındaki Sıvının Aspirasyonu

Doğumu uzun süren hastalarda, barsak peristaltizminin azalması, intra-abdominal basıncın artması ve mide boşalmasında gecikme söz konusudur. Bu nedenle, mide içeriği barsak tıkanması durumunda görülüne benzer bir hale gelir ve sadece yüksek bir pH'a sahip olmayıp aynı zamanda pek çok organizmaları da ihtiva eder. Bu materyalin aspirasyonu derin hipotansiyon ile birlikte olabilen akut solunum güçlüğü meydana getirebilir. Bu ikinci durum, muhtemelen bakterilerin akciğerlerden dolaşıma girmesi ile oluşan toksik şoka bağlıdır.⁴

Katı Maddelerin Aspirasyonu

Katı maddeler, akciğere giren parçacıkların büyüklüğü ve kıvamına bağlı olarak solunum yollarında çeşitli derecelerde tıkanmaya neden olabilirler. Parçacıkların yeterli derecede büyük olduğu durumda bir lop veya onun bir bölümünde büzüşme meydana gelirken hastada asfiksi hali gelişebilir. Küçük parçacıklar akciğere giren sıvının etkilerini artırır ve daha sonra granüloamatöz bir yapıya dönüşen akut peribronşiyal iltihabi reaksiyonu

başlatırlar.

Anestezi komplikasyonlarından birisi de entübasyon yetersizliğidir. Bazı nadir durumlarda anestezi cihazının arızası ölümden sorumlu olabilir. Bazı hastalarda acil anestezi sırasında tespit edilemeyen ve araya girmiş olan bir hastalık bulunabilir.

Anestezi ile ilgili ölümlerin araştırılması genellikle zordur. Otopsiyi yapan hekim akciğerlere mide içeriğinin kaçıp kaçmadığını, larenks ve trakeada entübasyona bağlı hasar olup olmadığını, respiratör akciğerinin bulunup bulunmadığını belirlemeli ve diğer muhtemel ölüm nedenlerini ekarte etmelidir. Anestezi ile ilgili ölümlerde morfolojik bulgular çok az olabildiğinden, doğru ve tam klinik verilere gereksinim duyulur. Özellikleri nedeniyle bu hastaların canlandırma aygıtlarına bağlanmış olmaları ve ölümden önce asıl olayın etkilerinin kaybolmuş olması mümkündür.⁴

Pnömomediastinum

Doğum sırasındaki ıkınma ile ilgili şiddetli Valsalva manevrası akciğerlerde intra-alveolar basınçta geçici ancak belirgin bir artışa neden olur. Bu basınç artışı kenar kısımlarında yer alan alveollerde yırtılmaya yol açabilir. Bunun sonucunda hava perivasküler bir seyirle hilus ve mediastinuma doğru ilerler. Böyle olguların çoğunda hava birkaç günde rezorbe olur. Halbuki bazı olgularda havanın mediastinden derialtı dokularına sızmasıyla basınç azalır. Bununla birlikte, bazen tansiyon pnömomediastinumunu gelişerek ölümle sonuçlanabilir.⁴

Hiperemesis Gravidarum

Günümüzde hiperemesis gravidaruma bağlı ölüm olgularına son derece seyrek olarak rastlanmaktadır. Sheehan, hiperemesis gravidaruma bağlı ölüm olgularının daha sık olarak görüldüğü bir sırada otopsileri yapılmış olan 19 olguda patolojik değişiklikleri incelemiş ancak uzun süreli kusma ve açlığa doğrudan bağlanabilen herhangi bir bulgu tespit edememiştir. Tespit edilen en belirgin bulgular arasında karaciğerde sentrilobüler yağlı dejenerasyon, kalpte atrofi ve böbrek tubuluslarında yağlı dejenerasyon yer almaktaydı. Daha seyrek görülen bulgu Wernick ensefalopatisi idi. Bu olgularda nadiren bilateral retinal kanamalar ve periferik sinirlerde dejeneratif değişiklikler bulunabilir.⁴

Tuz Zehirlenmesi

Düşük yaptırmak amacıyla gebe uterus içerisine hipertonic tuzlu su verilmesini izleyen ölümlerin sayısı azdır. Böyle olgularda otopside karakteristik bulgular tespit edilir. Beyinde simetrik hemorajik nekroz alanları

görülür. Bu patolojik bulgu, özellikle nukleus amygdale bölgesinde ve pons-Y şeklinde bir alanda saptanır. Bu lezyonların ya serum fizyolojinin kazara intraperitoneal veya intravenöz enjeksiyonuna ya da tuz solüsyonunun amniondaki yırtıklardan anne dokuları içerisine sızmasına bağlı olarak plazma osmolaritesindeki ani değişiklikler nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir.⁴

Su İntoksikasyonu

Bazen oksitosinin verilmesinden sonra şiddetli sıvı retansiyonu ve su intoksikasyonu meydana gelir. Lilien bu komplikasyonunun sonucu olarak ölen bir hastanın otopsisinde sadece akciğer ve beyin ödemi tespit etmiştir.⁴

Dış Gebelik

Dış gebeliğe bağlı anne ölüm oranında azalma görülmektedir. May ve ark., 1960 ila 1975 yılları arasında ABD'nin güney- doğusunda dış gebeliğe bağlı anne ölüm oranının 1/10000'den 0.3/10000'e düştüğünü göstermişlerdir. Buna karşın İngiltere ve Galler'de dış gebeliğe bağlı anne ölüm oranı 1950-1954 yılları arasında 3.96/10000 oranında iken 1970-1973 yıllarında 1.38/10000 oranına düşmüştür.^{4,8,9}

Bununla birlikte günümüzde ABD'de anne ölümlerinin % 10'u dış gebeliğe bağlıdır ve güney eyaletlerinin bazılarında anne ölümlerinin en sık nedenini oluşturur. ABD'de gebeliğin ilk üç ayındaki anne ölümlerinin % 15'e kadar olan miktarı dış gebeliğe bağlıdır. 1976 ila 1978 yılları arasında İngiltere ve Galler'de tüm direkt anne ölümlerinin % 12.6'sının dış gebeliğe bağlı olduğu ve dış gebeliğin anne ölümlerinin dördüncü sık görülen nedenini oluşturduğu saptanmıştır. Anne ölümü gebeliğin ilk üç ayında, özellikle ilk iki ayı sırasında daha fazla görülmekte ve ekseriya tuba yırtılmasını izleyen kanamanın direkt bir sonucu olarak meydana gelmektedir. Post-mortem görünümüler tarifi gerektirmeyecek kadar belirgindir.^{4,8,9}

Düşük ile İlgili Ölümler

Birçok ülkede gebeliğin tıbbi gereksinimler ile sonlandırılması yasal olmakla birlikte, dünyanın pek çok kesiminde hâlâ gebe kadının yaşamının korunmasının dışında, düşüğün herhangi bir şekli yasaktır. Hatta yasal sonlandırmanın söz konusu olduğu yerlerde bile hâlâ küçük ölçüde de olsa kriminal düşüklere yer verilmektedir. Nedeni ne olursa olsun kriminal düşüğe, özellikle tıbbi ve sosyal bakım seviyesinin düşük olduğu ülkelere hem morbidite hem de mortalite riski önemli derecede yüksektir. Düşüğe bağlı ölüm olguları araştırılırken, olay yerinde yapılacak incelemelere, düşük metodunun belirlenmesine, ölüm nedeninin saptanmasına, kadının gebelik bulguları açısından,

düşürülmüş materyalin ise gebelik ürünleri yönünden incelenmesine özel bir dikkat sarfedilmelidir.

Ölüm şoka bağlı olarak ani bir şekilde, kanama ve embolizm nedeniyle kısa bir süre içinde ve enfeksiyona bağlı olarak birkaç gün sonra meydana gelebilir. Adli hekimi genellikle ani ve kısa bir süre içinde meydana gelen ölümler ilgilendirir. Birinci durumda ceset olay yerinde, ikinci durumda ise ölüm düşüğün yapıldığı yerden biraz uzakta meydana gelir. Halbuki üçüncü durumda ölümle abortus arasında ilişki kurulması güç bile olabilir.

Gebeliğin Yasal Olarak Sonlandırılması

Gereken imkanlarla yapıldığında yasal düşük son derece az mortalite oranı taşır. Mutad olarak kullanılan yöntemler vakum aspirasyonu, dilatasyon ve kürtaj ya da gebeliğin geç döneminde histerotomidir. Zaman zaman az sayıda ölüm olgusu bildirilmektedir. Bu ölümlerin nedenleri şunlardır; 8,9,11,12,15

- a. Bacak ven trombozundan kaynaklanan akciğer embolizmi,
- b. Anestezi ile ilgili aksilikler,
- c. 12 nci haftadan sonra hipertonic tuz solüsyonu veya glikozun intrakoryonik enjeksiyonu ile düşük meydana getirildiğinde yaygın intravasküler koagülasyon ve bazal ganglionlarda hemorajik infarkt da dahil olmak üzere beyin hasarı,
- d. Vakum aspirasyonunu müteakip hava embolizmi. Burada aspire edilmiş olan uterusun boşluğu içerisine havayı emmesi şeklinde bir teori ileri sürülmektedir.
- e. Tedaviye cevap vermeyen kanama veya enfeksiyon.

Yasal Olmayan Düşüğe Bağlı Ölümler

Bunun nedenleri çok sayıdadır. Riskler düşüğü yaptıran kişinin hüneri, tecrübesi ve olanaklarına bağlı olarak değişiklikler gösterir. Düşük bir hekim tarafından aseptik ve antiseptik yöntemlerle, gerektiğinde antibiyotik baskısı altında yapılırsa hekim olmayanların uyguladıkları kaba yöntemlere nazaran risk az olabilir. Sağlık ve yaşam açısından tehlike taşıyan en sık kullanılan yöntemler şunlardır:

a. Alet ile Müdahale

Bunun amacı gebelik kesesini bozmaktır. Gebelik kesesi bozulduğunda gebelik ürünü uterus kontraksiyonları ile dışarı atılır. Alet ile müdahalede sık olarak servikal kanalın genişletilmesi de söz konusudur. Böyle bir genişletme tek başına gebelik ürününün yerinden oynamasına yol açabilir. Cerrahi bujilerden bisiklet tekerlek teline kadar çeşitli aletler bu işte kullanılmıştır. Paramedikal düşük yaptırıcılar genellikle buji veya sert kateteri tercih ederler. Düşük anatomik bilgisi olan ve steril aletler kullanan doktorlar veya hemşireler tarafından yaptırıldığında risk azdır. Ancak tıp mesleğinden

olmayanlar çoğu kez uterusun vagina ile ilişkisini bilmezler. Alet, çoğu kez serviksin vagina ile aynı ekseninde bulunduğu yanlış inancına dayanılarak arka fornikse doğru itilir. Vaginanın kubbesi delinebilir. Alet hatta barsak kıvrımları ya da karaciğeri bile delebilir. Vaginanın aşağı veya orta kısmı delinebilir. Servikse girilirse kanal delinebilir ve alet yan taraftan çıkabilir. Genişletilmemiş olan bir kanala kalın bir cismin sokulması girişimlerinde uterusun dış deliği fena bir şekilde yaralabilir. Eğer alet uterusun boşluğu içine girerse fundustan dışarı çıkarak periton boşluğundaki organları zedeleyebilir.^{8,9,11,12}

Bu şekilde alet kullanmanın tehlikeleri arasında kanama ve enfeksiyon yer alır. Vagina veya uterus duvarının delinmesi şiddetli iç veya dış kanamaya neden olabilir. Ya kirli aletlerin kullanılması ya da vagina, deri veya barsaktaki organizmaların geçmesi sonucunda karın boşluğu veya pelvis dokularında sepsis meydana gelebilir.^{8,9,11,12}

Aletlerin kullanımı ile ilgili olan ve daha az sıklıkta oluşan bir tehlike de servikal şoktur. Anestezi uygulanmamış olan bir hastada bir alet ile serviks genişletilmesi vagal refleksi başlatabilir. Parasempatik sinir sistemi ile olan efferent yol kalp durmasına neden olabilir. Kriminal düşük olgularında korku, endişe veya sinirsel gerilim durumlarında bu mekanizma daha etkilidir.^{8,9,11,12}

b. Havanın İçeri Girmesi

Bu yöntem tarihi açıdan değerlidir. Ancak h(l(arasına uygulanmaktadır. Lastik bir pompa uterus boşluğu içerisine basınçla sıvı fışkırtmak için kullanılır. Fışkırtılan sıvı koryon kesesini uterusun duvarından ayırarak, plasenta yatağını ortaya çıkartır. Yeterli bir ayrılma oluşursa düşük meydana gelir. Bu işlemin başlıca tehlikeleri kanama enfeksiyon ve hava embolizmidir. Bir şırınga ağzı ile serviks yoluyla su, sabun solüsyonu veya bir dezenfektan içeri fışkırtılır. Böyle bir uygulama ölüme yol açan hava embolizmi meydana getirebilir. Burada hava plasenta yatağındaki açığa çıkmış olan damar kanalları içine girer. Venöz sinüsler ve pelvis venleri yolu ile kalbe kadar ulaşır.^{8,9}

Çoğu olgularda bu durum hemen hemen ani olarak meydana gelirse de bazı olgularda geç de olabilir. Bu ikinci şekilde içerde kalmış olan hava uterus kontraksiyonları ile damar sistemi içerisine zorlanır. Bazı olgularda embolizm meydana gelmeden önce kişi iki saat veya daha fazla bir süre yaşayabilir. Fenol, formalin, alkol ve turpentine gibi çeşitli maddelerin sıvı içerisine katılması durumunda vücuda toksik bir elemanın girmesi söz konusudur. Bazı olgularda bu sıvılar tuba uterinalar yolu ile karın boşluğuna geçerek, kimyasal peritonite yol açarlar.^{8,9,11,12}

c. Serviksin Dilatasyonu

Bir başka kaba yöntem bir sondanın servikal kanal içerisine sokulmasıdır. Eskiden, suyu absorbe ettikçe şişebilen laminaria digitale çubukları kullanılırdı. Bu bitkisel materyal suyu emmediği zaman sert ve kompakt bir

özellik gösterir. Çevre dokulardan sıvı absorbe edildikçe servikal kanal genişler ve düşük meydana gelebilir. Eğer çubuk dokuları yırtarsa servikte yırtılma ve enfeksiyon riski bulunur. Sık olarak kullanılan bitkisel materyal, anaeroplar da dahil olmak üzere enfeksiyona yol açan mikroorganizmaların kaynağını oluşturur.^{8,9,11,12}

d. Fiziksel Travma

Gebeliklerini sona erdirmek isteyen kadınlar fiziksel aktivitelere hatta zorlamalara baş vurabilirler. Karına vurulması yöntemine sık olarak başvurulur. Burada ölüm genellikle karaciğer, dalak, barsak gibi iç organların yırtılması sonucunda oluşabilir.^{8,9}

e. Şırınga ile Aspirasyon

Burada ucunda bir kateter bulunan büyük bir şırınga kullanılır. Yeterli bir şekilde emme ile koryon kesesi yırtılır ve düşük oluşur. Bu yöntem aseptik yöntemler kadar güvenlidir. Bununla birlikte boşaltma işlemi eksik olursa geride kalan gebelik ürünü enfeksiyon açısından bir odak oluşturabilir.^{8,9}

f. İntrauterin Enfeksiyon

Uterusu boşaltmak için hangi metod kullanılırsa kullanılsın her zaman kanama ve sepsis riski söz konusudur. Bir alet, kateter veya şırınga kullanıldığında geride kalan plasenta parçaları ve diğer gebelik ürünleri enfeksiyon için bir odak oluşturabilir. Sepsise yol açan organizmalar çeşitlidir. Sepsis koliform bakteriler ve stafilokoklarla meydana gelebilmesine rağmen, en tehlikelileri hemolitik olmayan streptokoklar ve Clostridium perfringens'dir. Clost. Welchii, Esh.coli, hemolitik streptokoklar da sepsise yol açarlar.^{11,12}

Bunlar arasından sadece Clost. Welchii'nin adli açıdan önemi vardır. 18 ila 24 saat içinde aniden belirip hızla ağırlaşan septisemiye yol açabilir. Olaydan böyle kısa bir süre sonra meydana gelen ölüm, bir dereceye kadar müphem ölümler arasında yer alır. Bu ölümlerin otopsi yapılmadan abortusa bağlı olarak meydana geldikleri kabul edilemez. Enfeksiyona yol açan organizmaların çeşidi her olguda belirlenmelidir. Böyle bir işlem sadece kökenlerini göstermek için değil aynı zamanda şüpheli aletlerden yapılacak olan karşılaştırmalar açısından da gereklidir.^{11,12}

Bu olgularda uterus şişer, sünger gibi bir durum alır ve rengi değişir. Otopside uterusun serozal yüzeyi özellikle clostridiumlarla oluşan enfeksiyonlarda kahverengimsi renktedir. Endometrium gayrimuntazam görünümde ve kötü kokuludur. Fetusa ait kalıntılar, zarlar, plasenta parçaları ve kan pıhtıları koyu kahverengi görünümde kötü kokulu bir kitle halini alır. Ligamentum latum ve pelvis bağ dokusunda da enfeksiyon meydana gelebilir. Uterus enfeksiyonu kendisini kötü kokulu bir akıntı ile gösterir. Düşükten itibaren geçen süre hakkında fikir edinebilmek amacıyla enfeksiy-

on olayının genişliği ve yayılımı kaydedilmelidir. Ölüm nedeni olarak sepsisten şüphelenildiğinde, kan örneği, serviks ve uterus boşluğundan bakteriyolojik kültür için materyal alınarak gönderilmelidir. Septisemi bulguları ile birlikte dalakta büyüme ve yumuşama, lenf bezlerinde şişme ve hepatorenal yetmezlik gelişebilir. Ağır olgularda böbreklerde çift taraflı korteks nekrozu görülebilir. Clostridiumlarla oluşan septisemilerde deride karakteristik olarak bronz rengi meydana gelebilir. Derideki bu görünüm yağmur damlası görünümü şeklindedir.^{11,12}

g) İlaçların ve Kimyasal Maddelerin Kullanımı

Düşük meydana getirmek için lokal olarak veya ağızdan çeşitli maddeler alınır. Lokal olarak uygulanan maddeler arasında fenol, lizol, civaklorür, potasyum permanganat, arsenik, formaldehit ve oksalik asit yer alır. Bu maddelerin kendine özel tehlikeleri vardır. Hem lokal aşınma yaparlar hem de absorbe oldukları takdirde sistemik etkilere yol açarlar. Vaginada nekrotik bir psödomembran meydana gelebilir, ayrıca servikte ağır hasar oluşabilir.

Kullanılan maddelerden bir tanesi de potasyum permanganattır. Vaginada lokal nekroza neden olabilir. Absorbe olduğu takdirde böbrek yetmezliği de dahil olmak üzere ölüme yol açan sistemik etkiler meydana gelir. Potasyum permanganat nekroz yaparak şiddetli vaginal kanamaya yol açabilir. Bu kanama hekimde düşük tehdidi izlenimi uyandırarak, onun kürtaj yapmasına neden olabilir.

Ardıç (jüniper), yarpuz (pennyroyal), karaardıç (savin), sedef otu (rue), acı elma (colocynth), ödağacı (aloes) gibi pek çok bitkisel madde kullanılmıştır. Güneydoğu Asya'da yetişen olgunlaşmamış haldeki ananasın düşük yaptığı ileri sürülmektedir. Bütün bu maddelerin uterus üzerine ya az etkisi vardır ya da hiç yoktur. Bu tür maddeler sıklıkla zor durumdaki kadınları sömürmek amacıyla satılmaktadır.^{11,12}

Diğer maddelerin teorik olarak başarı şansı daha fazladır. Bununla birlikte, bu durumun doğru olduğu uygulamada nadir olarak görülmektedir. Ergot, kurşun, hipofiz ekstrezi, kinin ve prostaglandinler obstetrikte bu amaçla yasal bir şekilde kullanılmaktadır. Bununla birlikte, yasal olmayan çoğu düşüklere gebeliğin erken döneminde başvurulur. Bu dönemde küçük, gelişmemiş haldeki uterusu uygulanan maddelerin uterus üzerinde spesifik ilaç etkisi bulunmamaktadır.^{11,12}

Olay Yerinde Yapılacak Olan İncelemeler

Olay yerinin düzeninin bozulmadan fotoğraflarının alınması veya kabataslak resminin çizilmesi önemlidir. İç çamaşırların durumu kaydedilmelidir. Elbiseler ıslak oldukları takdirde havada kurutulmalı, gerektiğinde daha ileri incelemeler için muhafaza edilmelidir. Aletler, enjeksiyon ampulleri, düşük yaptırıcı maddeler, haplar, şırıngalar ve benzerleri gibi kullanılmış olabilen materyal yönünden araştırma yapılmalı ve bunların tümü delil olarak saklanmalıdır.^{11,12}

Düşüğe Bağlı Ölümelerde Otopsi

Gebelikte veya lohusalıkta bir ölüm meydana geldiği zaman bu adli tıpla ilgili araştırma alanına girmese dahi otopsinin yapılması için her türlü çaba sarf edilmelidir. Kriminal düşüktən şüphelenildiğinde otopsinin yapılması gerekir.³

Mutad olarak tam bir otopsi yapılır. Bu çeşit ölümelerde anamnezin ve ölüm koşullarının öğrenilmesi önemlidir.

Dış muayenede özellikle aşağıdaki noktalar olmak üzere şunlar incelenir:

a. Derinin anormal bir renk almış olması. Deri clostridium sepsisemisinde bronz rengini alır. Karaciğer hasarında sararır.

b. Karında şişme ve meme değişiklikleri gibi gebeliğin bulguları ve süresi

c. Alet kullanılmasına bağlı vulvada ekimoz ve sıyrık da dahil olmak üzere yaralanma bulguları ve vaginal kanama. Uyluğun üst iç kısımlarında ve karındaki yanıklar, kadının yasal olmayan düşük sırasında aniden bayılması durumunda sıcak su şişeleri ile canlandırma çabalarını gösterebilir.

d. Vagina yakın zamanlarda veya halen mevcut olan gebelik bulguları, düşük girişimi veya yakın zamanda gerçekleştirilmiş düşükle ilgili bulgular yönünden incelenmelidir. Tespit edilen sıvı, sabun ve antiseptikler gibi kimyasal maddeler yönünden incelenmek üzere pipetle alınmalıdır. Mikrobiyolojik kültür için sürüntü materyali elde edilmelidir.

e. Hava embolizmi düşünüldüğünde otopsi öncesinde göğüs ve karnın radyolojik incelemesi yapılmalıdır. Bazı adli hekimler bu incelemenin gebelik ile ilgili ölümelerde mutlaka yapılmasını önermektedirler. Bu şekilde kalpte, göğüsteki büyük venlerde, vena kava inferiorda, periton boşluğunda ve pelvis venlerinde bulunan hava kabarcıkları görünür hale getirilir. Otopsi materyali için bilgisayarlı tomografinin bulunuşu damarlardaki havanın tespit edilme şansını büyük ölçüde artırabilir.

Radyolojik inceleme imkanları bulunmadığında pek fazla güvenilemeyen diseksiyon yöntemleri ile hava aranmalıdır. Göğüs dikkatlice açılır, kosta kırıklarının ve sternumun çıkartılmasının altındaki mediastene zarar vermediği ya da göğüs girişindeki venlerden herhangi birisini açmadığından emin olunmalıdır. İlk önce kardiyovasküler sistem havanın varlığı yönünden incelenir. Klasik yöntemde kalp boşlukları perikart kesesi içine doldurulmuş olan suyun altında açılır. Hava kabarcıklarının çıkması hava embolizmini gösterir. Post-mortem sürenin birkaç saat gibi kısa olması durumunda, kalp açıldığında sağ ventrikül içeriğinin köpüklü görünümde bulunması hava embolizmini düşündürür. Post-mortem süre uzun olduğunda hava absorbe olabilir ve diseksiyonda kalpte hava tespiti edilemeyebilir. Sıcak ülkelerde ölümden sonraki birinci günde bile tespit edilen çürüme nedeni ile oluşan gazlar, hava embolizmi tanısını geçersiz kılabilir.^{8,15}

Organların anatomik düzeni bozulmadan önce karındaki büyük venler ve pelvis venleri hava kabarcıkları yönünden incelenmelidir. Uterusta

krepitasyon tespit edilebilir. Uterusun seroza yüzeyinin altında, hatta pelvisin parietal peritonunun altında hava kabarcıkları görülebilir. Uterus açıldığında duvarında veya plasenta yatağında gaz kabarcıkları görülebilir.

Göğüs ve karnın üst kısmı özellikle enfeksiyon bulguları açısından olmak üzere incelenmelidir. Kandan ve periton boşluğundan inceleme için materyal alınmalıdır.

Vagina açılarak dikkatlice incelenir. Vaginadaki sıyrıklar ekimozlar, laserasyonlar ve yabancı maddeler kaydedilir. Kimyasal ve mikrobiyolojik incelemeler için örnekler alınır. Servikte özellikle tek dişli izi gibi alet izleri aranır. Servikal kanalın dilatasyon durumu kaydedilir.

Uterusun ağırlığı ve boyutları belirlenmelidir. Nullipar bir kadına ait uterusun ağırlığı yaklaşık olarak 40 gr. boyutları ise 7,5 x 5x 2,5 cm. 'dir Multipar bir kadına ait uterusun ağırlığı yaklaşık olarak 60 gram olup boyutları ise nullipardakinden 1 cm veya daha fazla büyüktür.

Uterus açılır. Uterusun rengi ve yapısı belirlenir, iç yüzü incelenir. Koryon kesesi mevcutsa bütünlüğü ve desiduaaya yapışma durumu kaydedilir. Fetüs bulunuyorsa ayrıca olgunluk derecesi ve hasarlar yönünden incelenir. Uterusun boşluğu, ihtihap bulguları, plasentanın yapışma yeri, fetusa ait artıklar, plasenta veya zarlar yönünden incelenmeli, ovaryumlarda korpus luteum bulunup bulunmadığı araştırılmalıdır. Plasentanın yapışma yeri olduğu sanılan kısımdan histopatolojik inceleme için doku parçası alınmalıdır. Bu şekilde villüslerin varlığı mikroskopik olarak belirlenebilir. Plasentanın yeri, ikinci ayın bitiminden sonra ayırt edilebilir. Uterusun iç yüzeyi koyu renkli ve düzensiz olarak görülebilir. Bu görünüm, menstrüasyon sırasında da görülebilir. Menstrüasyon sırasında tüm pelvis organlarında genel bir konjesyon durumu vardır, endometrium şiş ve ödemlidir. Uterus duvarları yumuşaktır. Ovaryumlarda konjesyon ile ovumun yakın zamanda atıldığına dair bulgular görülür. Endometritte uterus duvarlarında benzer görünüm bulunabilir.

Fetus bulunmuyorsa gebelik ürünleri ve plasenta yatağının durumları kaydedilir. Enfeksiyon, kanama ve havanın oluşturduğu krepitasyon bulguları aranır. Daha sonra tuba uterinalar açılır ve içlerindeki yabancı sıvı alınır. Ovaryumlar incelenir. Korpus luteumun durumu kaydedilir.

Bir kişide ölümün spontan veya artifisyonel düşük sonucu meydana gelip gelmediği belirlenirken aşağıdaki histolojik incelemeler göz önüne alınmalıdır: Enfeksiyonun ilerleme yolu ile ilgili bulgular (bu bulgular endometrium, myometrium, parametrium, adneksler, ovaryum venleri, akciğerler, karaciğer, dalak ve bölgesel lenf düğümlerinin sistematik kesitlerinde araştırılır), şokun histomorfolojik bulgularının araştırılması (özellikle yaygın intravasküler fibrin trombüsleri), bir düşüğün meydana getirilmesinde kullanılmış olan materyal ile ilgili histokimyasal bulguların araştırılması, ayrıca uterus, böbrekler, akciğerler ve beyinden kesitler yapılarak bunların Sudan siyahı, Sudan III ve Nil mavisi sülfat ile boyanması.^{8,15}

Morfolojik kriterlerin araştırılmasının yanı sıra genel Shwartzman fenomeninin varlığı yönünden anamnez, klinik, bakteriyolojik ve histomorfolojik bulgular göz önüne alınmalıdır.

Son yıllarda düşükten sonra ölüm nedenleri olarak bu sendromu ve böbrek komplikasyonlarında artış meydana geldiği görülmektedir. Daha önceki yıllarda piyogenik organizmalara bağlı enfeksiyonlar daha sık görülmüştür. Böyle bir değişiklik antibiyotiklerin kullanımının artışı ile ilgili olabilir. Kan akımına uygulanan yoğun antibiyotik tedavisi sırasında serbestleşen endotoksinler bu olayda söz konusu olabilirler. Düşükten sonra genel Shwartzman fenomeninin morfolojik bulguları ve gram negatif patojenlerle enfeksiyon temelde endotoksine bağlı şokun morfolojik özelliği ile belirgin olan diğer yaygın enfeksiyonlardan farklı değildir. Önemli bulgular arasında böbrek ve sürrenal dokusunda hasar, çift taraflı korteks nekrozunun gelişimi, kanın pıhtılaşmasında ve kan lipidlerinde değişiklikler Waterhouse-Friderichsen sendromu bulguları sayılabilir. Genç kadınlarda bu gibi bulgular her zaman daha önceki gebelik ve düşük ile ilgili müdahalelere bağlı bulguların aranmasının nedeni olmalıdır. 8.15

Lokal travma bulgularının bulunmadığı ancak ilaçların kullanılmış olduğuna dair şüphenin bulunduğu durumlarda çoğu ilaçların tahriş edici etkileri nedeniyle, sindirim ve üriner sistemler dikkatlice incelenmelidir. Özellikle rektum, üretra ve midede tahriş edici maddelere bağlı bulguların bulunup bulunmadığına dikkat edilmelidir. Arsenik veya kusturucu ilaçların alınmasına bağlı olarak mide duvarlarında tahriş bulguları görülebilir. Böbrekler de tahriş edici zehirler yönünden incelenmelidir. Kantaridler veya terebentine bağlı zehirlenme olgularında böbreklerde yoğun konjesyon görülebilir. Kimyasal analiz için organlar saklanmalıdır. Sabun kullanarak yapılan bir düşüğün tespitinde damar içinde yağ maddesinin bulunuşu yardımcı olabilir. Uzun süre yaşayanlarda yağlı maddenin atılmış olabileceği noktası unutulmamalıdır. 8.15

Düşüğe neden olabilen diğer hastalıklar da araştırılmalıdır. Karında meydana gelen çürüme gazlarına bağlı post- mortem doğum ihtimali unutulmamalıdır.

Düşük Materyalinin İncelenmesi

Düşük sırasında bütün ovum (gebeliğin erken dönemlerinde) veya ovuma ait kısımlar uterustan atılabilir. Ovuma ait küçük kısımlar kan pıhtıları içinde dışarı çıkabilir. Bu nedenle dışarı atılan tüm materyal mikroskopik olarak incelenmelidir. Uterustan atılan maddeler suda yıkandıktan sonra tetkik edilmelidir. Bunlar gebelik ürünü, kan pıhtısı, polip, fibroid ve dismenoreal membran olabilir. Gebelik ürününün ovuma dair bulguları göstermesi gerekir. Koryon villüslerinin bulunuşu düşüğün delilidir. Bir mol şekli bulunabilir. Karneos mol koryon içine kanama sonucu meydana gelir. Yağlı molde ise yapışmış, kuruyarak büzülmüş fetus ile plasentada yağlı dejenerasyon görülür. Mol hidatiformda villüslerde kistik dejenerasyon söz konusudur. İlk üç ayda, fetus genellikle zarlar yırtılmaksızın bir bütün olarak dışarı atılır. İkinci üç ayda, zarlar yırtıldığından önce fetus dışarı atılır ve bunu daha sonra plasentanın atılması izler. O zaman ilk üç ayda, fetus önce plaseenta sonra gelirse, muhtemelen bazı nedenler söz konusudur. Bu durum, annenin bazı

hastalıkları ile açıklanamazsa, artifisyel abortustan şüphelenilebilir.

Fetus düşük sırasında dışarı atılmazsa, yaşı yaklaşık olarak belirlenmeye çalışılmalıdır. Hess kuralına göre, gebelik ayına ait rakamın karesi, santimetre olarak fetusun tepe-topuk uzunluğunu gösterir. Örneğin, fetus 3 aylık ise, uzunluğu 9 cm. olacaktır. Bununla birlikte, beşinci aydan itibaren ayların sayısının 5 rakamı ile çarpılması suretiyle elde edilen değer, santimetre olarak fetusun boyunu gösterir. Örneğin 6 aylık bir fetusun boyu 30 cm. dir. 20 haftalık bir gebelikte fetusun kabul edilen ortalama ağırlığı yaklaşık olarak 400 gr. dır. Bu değer, ağırlığının 2 kg. olması gereken 36 ıncı gebelik haftasına kadar, her dört haftada yaklaşık olara 400 gr. kadar bir artış gösterir. Gebeliğin son dört haftasında fetusun ağırlığı her hafta yaklaşık olarak 200 gr. kadar artar. Böylece miadında bir fetusta ortalama ağırlık yaklaşık 3 kg. 'dır. Bununla birlikte, fetusun ağırlığından ziyade boyunun ölçülmesiyle gebeliğin süresi daha doğru bir şekilde tayin edilebilir. Uterus içinde bulunan materyal çıplak göz ve mikroskopla ayrıntılı olarak incelenmelidir. ^{11,12}

Aşağıdaki tabloda (Tablo 18-3) düşük ile ilgili ölümlerde yapılacak olan işlemler gösterilmiştir.

Tablo 18-3 Düşükle ilgili ölümlerde otopside yapılacak işlemler

	Koşullar / Yapılacak işlemler	Görülmesi mümkün olan veya beklenen bulgular
Dış muayene ve memeler	Göğüs ve karnın röntgen grafileri hazırlanır. Memelerin görünümü tanımlanır. Histolojik inceleme için örnek alınır. Dış genital organların görünümü kaydedilir.	Hava embolizmi Gebelikle ilgili değişiklikler Vulvada alet izleri
Olası gaz embolisi	Embolinin ispatlanması ve çürüme gazlarının eliminasyonu için inceleme yapılır. Şırınga (yağla birlikte) kullanılır. Alınan örnek biokimya laboratuvarına gönderilir. Havanın yeterli olduğunu ispatlamak için oksijen ve azotun yüzdelerine bakılır.	

Toksikolojik
inceleme için kan,
idrar ve iç organlar

Toksikolojik inceleme
düşük yaptırıcı ve diğer
zehirlerin aranması amacıyla
yapılır. Alınan örnekler tok-
sikoloji laboratuvarına gön-
derilir.

Uterustan korozif ve diğer
kimyasal maddelerin ab-
sorpsiyonu

Kan grupları

Olay yerinde bulunan kanla
karşılaştırma amacıyla kan
grubu belirlenir. Alınan kan
tüpe koyularak soğukta la-
boratuvara gönderilir.

Genetik izler

Hemokültür için
kan

Enfeksiyonun açığa çık-
tırılması amacıyla kan alın-
ır. Kan örneği otopsinin
başında steril olarak alınmalı
ve tüpe koyulmalıdır.
Bakteriyoloji laboratuvarın-
da hemen işlemlere başlan-
malıdır.

Septisemi

Vaginal kayıplar

Mikropların araştırılması ve
gebeliği ispat eden villüs-
lerin görülmesi amacıyla
inceleme yapılır. Örnekler
spatülle lam üstüne alı-
nır. Fikse edilir.

Değişik organların

histolojisi

Akciğerler

Amnion embolizminin aran-
ması. Alınan örnekler yeterli
miktarla %10 luk formole
koyulur.

Bakteriyolojik inceleme için
örnek gönderilir.

Histolojik inceleme için
örnek gönderilir.

Abse, bakteriyel pnömoni

Tromboembolizm, sabun ve
diğer kimyasal madde
embolizmi

Kan damarları ve kalp	Sağ atrium ve ventrikül incelenir ve su altında delinir. Retroperitoneal bölgedeki ve pelvisteki venler incelenir.	Hava embolizmi Karın ve pelvis venlerinde de hava bulunabilir.
Periton boşluğu	Pelviste ve karında peritonit veya septisemi bulguları aranır. Düşükten itibaren geçen süre hakkında bir fikir edinebilmek amacıyla enfeksiyonun kapsamı ve yayılımı kaydedilir. Bakteriyolojik inceleme için eksüda gönderilir.	
Pelvis organları, uterus, plasenta ve fetüs kalıntıları	Gebeliğin kesinleştirilmesi ve gebelik süresinin belirlenmesi için inceleme yapılır. Alınan örnekler yeterli miktarda %10 luk formol içine koyulur. Vagina mukozasında laserasyon, ekimoz ve kostik maddelere bağlı erozyon görülebilir. Porsiyö ve uterus dış deliği tek dişli pense ait izler ve alet bası izleri yönünden incelenir. Servikal kanal ve uterus boşluğu içeriye herhangi bir şey sokulup sokulmadığını ve uterus içinde sıvı ve laserasyonlar bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla incelenir. Servikste mukus tıkaçının yerinde durup durmadığı araştırılır. Damarlarda yırtıklar varsa tespit edilir. Uterusta tespit edilen yaranın yeri, büyüklüğü ve ilişkileri belirtilir ve bu kısımdan histolojik inceleme için örnek alınır.	Yırtılmış kan damarları, pelviste kanama, alet izleri, yabancı cisimler, delinmeler

Fetüsün ağırlığı, boyu ve yaşı belirlenir. Histolojik inceleme için plasenta ve fetüsten örnek gönderilir.	Plasenta, fetüs ve fetüsün kısımları, malformasyonlar
Toksikolojik inceleme için sıvı haldeki uterus içeriği gönderilir.	Sabun veya diğer toksik yabancı rahimiçi materyal
Histolojik inceleme için ovaryumdan örnekler alınır.	Gebelik korpus luteumu

KAYNAKLAR

1. Baggish, M.S., Hooper, S : Aspiration as a cause of maternal death, Obstet.Gynecol., Vol 43, No.1, January 1974, pp. 327-336.
2. Di Maio, D. J., Di Maio, V. J. M : Forensic Pathology, Elsevier, New York, Amsterdam, Oxford, 1989, pp. 424-432.
3. Eckert, W.G : Medicolegal & Forensic Investigation Series : Investigation of Deaths and Injuries, For Law Enforcement, Lawyers, Coroners and Medical Examiners, The International Reference Organization in Forensic Sciences, Kansas , 1987, pp.88-89.
4. Fox, H : Pathology of maternal death, In : Fox, H (Ed.) : Haines and Taylor Obstetrical and Gynaecological Pathology, Volume 2, Third Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, pp.1319-1331.
5. Golan, A., Sandbank, O., Rubin, A : Rupture of the pregnant uterus, Obstet. and Gynecol. Vol:56, No:5, November 1980, pp. 549-554.
6. Fisher, R. S : Abortion, In Fisher, R.S., Petty, C. S (Editors) : Forensic Pathology, A Handbook for Pathologists, National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, Law Enforcement Assistance Administration, U. S. Department of Justice, July 1977, pp. 100-103.
7. Janssen, W : Forensic Histopathology, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1984, pp.196-200.
8. Knight, B : The Coroner's Autopsy, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1983, pp.114-121.
9. Knight, B : Forensic Pathology, Edward Arnold, London, 1991, pp. 308-316, 394-400, 539.
10. Lewis, T.L.T., Chamberlain, G.V. P : Obstetrics by Ten Teachers,

Fifteenth Edition, Edward Arnold, London, 1991, pp.340-344.

11. Parikh, C. K : Medicolegal Postmortems in India, Medical Publications, Bombay, 1985, pp.104-106.

12. Parikh, C.K : Parikh's Textbook of Medical Jurisprudence and Toxicology for Classrooms and Courtrooms, Medicolegal Centre, Bombay, 1986, pp. 465-470.

13. Rushton, D., Dawson, I. M. P : The Maternal Autopsy, J.Clin.Pathol., Vol:35, May 1982 , pp. 909-921.

14. Schw(r, T.G., Loubser, J.D., Olivier, J. A : The Forensic ABC in Medical Practice, A Practical Guide, Haum Educational Publishers. Pretoria, 1988, pp. 294-295.

15. Soysal, Z : Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Anne Ölümleri, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, Volume 3, Sayı 2, Haziran 1989, s.68-89.

19

Fetüste Gelişme Bozukluğu ile İlgili Adli Tıp Sorunları

Bora Büken / Erhan Büken / Zeki Soysal

Matürite terimi, fetüsün rahim içi yaşamdan rahim dışı yaşam şekline geçişi için en uygun olan gelişim dönemi anlamına gelir. Rahim dışı yaşama geçiş doğum sırasında olur. Bu sırada sıvı içindeki yaşam sona erer ve solunum fonksiyonuna bağımlı olan bir yaşam şekli başlar.

Dismatürite terimi ile doğum açısından uygun olmayan gelişme süreci belirtilir. Dismatürite terimi, bebeğin, besin maddelerinin ve oksijenin plasenta yoluyla sağlandığı rahim içi döneminde veya besin maddelerinin sindirim sisteminden, oksijenin ise akciğerlerden absorbe edildiği dış ortamda yeterli metabolik dengeyi muhafaza etme yeteneğinin bulunmaması anlamına gelir.

Dismatürite terimi hem prematüriteyi hem de postmatüriteyi kapsar. Günlük uygulamada, genellikle fetüsün olgunluk dönemi, hesaplanan gebelik süresi ile uyumlu olmadığında dismatürite terimi kullanılır. Dismatürite durumunda fetüs, gebelik yaşına göre iri veya küçük olabilir. Prematürite terimi, fetüsün rahim içi ortamda gelişebildiği ancak uterusun dışında ise gelişemediği bir durumu belirtir. Postmatürite terimi, fetüsün rahim dışı ortamda gelişme için uygun olduğunu ancak rahim içinde ise aynı işi artık yapamayacağını belirtir.

Optimum koşullarda gelişim hızı, hayvanın türüne göre önceden tahmin edilebilir. Özellikle gebeliğin ileri dönemlerinde gelişim gereğinden daha hızlı veya yavaş olabilir. Gelişimin hızlı olması durumunda, fetüs hesaplanan gebelik yaşına göre iridir. Gelişimin yavaş olduğu durumda ise fetüs hesaplanan gebelik yaşına göre küçüktür.

Gelişimin hızlanması genellikle üçüncü trimestir sırasında olur. Çoğu durumlarda gelişim geriliği de bu dönemde meydana gelir. Bununla birlikte, olguların büyük bir çoğunluğunda gelişimin yavaşlaması gebeliğin erken döneminde başlar. Antenatal bakımın en önemli amacı gelişim bozukluklarını tespit etmektir.

Fetüsün gebelik yaşına göre küçük olmasında rol oynayan patolojik faktörler şunlardır: Annede hipertansiyon komplikasyonları, çoğul gebelik,

konjenital anomaliler, intrauterin enfeksiyon (TORCH sendromu), beslenme bozuklukları, annenin sigara içmesi ve yüksek irtifada yaşaması. Annede diabetes mellitusun bulunuşu ve hereditör faktörler sıklıkla fetüsün ileri derecede gelişmesine neden olurlar.

Yanlış hesaplama, amenore döneminden sonra döllenme veya döllenme sonrası oluşan kanama gibi faktörler fetüsün yetersiz gelişiminin tanınmasını engelleyebilir.

Dismatürite bulgularının gözden kaçırılması malpraktis iddialarına yol açabilir. Sonografik inceleme yapılmaması ve fetüsün elektronik aygıtlarla izlenmemesi durumunda erken girişim ile önlenebilen bir sonuç, fetüste irreversibl özellikte olan bir kötüleşmeye yol açabilir.³

Fetüsün hesaplanan gebelik yaşına göre iri veya küçük olduğu durumlarda perinatal mortalite ve morbidite oranlarında artış söz konusudur. Bu nedenle, dismatüriteden şüphelenildiğinde veya dismatürite durumu saptandığında, fetüsün sağlık durumunun belirlenmesi amacıyla incelemeler yapılmalıdır. Olguların yaklaşık olarak yarısında, gebelik sırasında uterusun gelişimi ile ilgili ölçümlerin dikkatlice yapılması, miaddan önce fetüsteki makrosomi veya gelişme geriliği durumunun saptanmasına olanak sağlar. Bu tür ölçümlerin yapılmamış olması veya fetüste dismatüriteyi gösteren bulgulara önem verilmemesi, karşılaşılan kötü sonucun tıbbi ihmalden kaynaklanmış olduğu şeklindeki iddiaya temel oluşturur.

Bütün olgularda fetüsün ve uterusun gelişiminin dikkatlice değerlendirilmesi, dismatüritenin tespitine imkan vermez. Bununla birlikte, belirlenen uterus büyüklüğü erken gebelikte beklenen ölçülerden iki haftadan daha fazla olduğunda ve ilerlemiş gebelikte ise üç haftadan farklı bulunduğu, hekimin dismatürite olasılığına yönelik olarak araştırma yapması gerekir. Yapılacak araştırma, fetüsün yaşının belirlenmesi amacıyla kullanılan mutad parametrelerin ultrasonografik incelemeyle seri şekilde değerlendirilmesini kapsamalıdır. Kanıtlanmış olan çelişki durumunda, fetüsün durumu ile ilgili incelemelerin yapılması gerekir. Çünkü fetüste hipoksik tehlikeler söz konusu olabilir.

Prematürite, postmatürite ve bunlarla ilgili sorunlar yüksek riskli gebelik durumunu oluşturur. Dismatürite olgularında bakım standartlarının iyice bilinmesi gerekir.

Prematür ve postmatür bebeklerin uygun intrapartum ve neonatal bakım koşullarına sahip olmayan hastanelerde doğurtulması, fetüste kötü sonuçlara yol açabilir.

Prematür fetüslerin zor doğum travayına bırakılması veya forseps ya da vakum ekstraktör uygulaması ile travmaya uğratılması durumları, malpraktis davalarında ileri sürülen konular arasındadır.

Belirgin derecede prematür veya postmatür fetüslerin doğumunun, neonatal canlandırma işlemlerini uygulayabilecek hekimin yokluğunda yaptırılması da malpraktis davalarında sıkça gerekçe olarak gösterilir.^{2,3}

Prematürite ve postmatürite olgularında travayı yönetme deneyimine sahip olmayan hekimlerin bu konuda ısrarcı olmaları ve bu gibi

durumlarda konsültasyon istememeleri, malpraktis davasının en sık nedenini oluşturur.

PREMATÜRİTE ⁵

Gebeliğin 28-37 inci haftaları arasındaki doğumlara erken doğum denir. Ağırlığı 2500 gramdan az olan bir bebeğin doğması durumunda prematür doğumdan bahsedilir. Prematür doğumda fetus rahim dışı ortamda yaşamaya hazır olmadığı bir dönemde dünyaya gelir. Fetus, gebelik yaşına göre iri veya küçük olabildiğinden, vücut ağırlığı, olgunluk dönemini mutlak bir şekilde gösteren bir göstere değildir.

Prematür doğumlar, bütün doğumların yaklaşık olarak %7 sini oluştururlar.

Perinatal mortalitenin %60-80 i, eksik kilolu çocuklarda görülür. Neonatal ölümlerin de büyük çoğunluğu prematür bebeklerde görülür.

Çok küçük bebeklerin yaşama oranlarında eskiye nazaran gittikçe artma görülmektedir. 1960 lı veya 1970 li yıllarda yaşatılması mümkün olmayan bu bebekler günümüzde özel bakım ve olanaklar sayesinde yaşatılabilmektedir. Günümüzde, 600-700 gram kadar ağırlığa sahip olan fetuslerin yaşatılması mümkündür. Bu kadar ağırlıktaki fetuslerin yaşı yaklaşık olarak 25 haftadır. İntrauterin yaşamın 25 inci haftasından sonra doğan bir bebeğin yaşama şansı %25 dir. Yaşama şansı 26 ıncı gebelik haftasından (850 gram ağırlığa sahip olan bebekler) sonra artış gösterir. Gebeliğin 30 uncu haftasının bitiminden sonra doğan bebeklerin çoğu yaşatılabilmektedir. Gebeliğin çeşitli dönemlerinde doğan fetuslerin yaşama şansları Tablo 19 da gösterilmektedir.

Tablo 19 Gebeliğin çeşitli dönemlerinde doğan fetuslerin yaşama şansları

Gebelik süresi (hafta olarak)	Ortalama doğum ağırlığı (gram olarak)	Canlı doğan fetuslerin yaşama şansları (% olarak)
22	460	0
24	630	10
26	850	30
28	1080	70
30	1400	90
32	1800	97
34	2250	99
36	2650	99.9
37-40		100 e yakın

Erken doğumla ilgili birçok sorun bulunmaktadır. Uygulanan bakımın

kalitesi ne olursa olsun, oldukça ağır komplikasyonlar meydana gelebilir. Prematür bebeklerin çoğunda akciğer, barsak ve sinir sistemi ile ilgili komplikasyonlar gelişir.

İleri derecede prematür olan bir bebeğin retinasında fibrozis gelişebilir. Retrolental fibroplazi adı verilen bu olay konjenital körlüğe yol açabilir. Bu durum, yüksek miktarda oksijen uygulaması ile ilgili toksik etkinin farkına varılmasından önceki zamanlarda sık görülüyordu. Retrolental fibroplazi, hiperoksijenasyondan kaçınılması sonucunda hemen hemen tamamen ortadan kayboldu. Bununla birlikte, yeterli ventilasyon sağlamak amacıyla bir ventilatör desteğine alınan 500-600 gramlık bebeklerde, oksijen saturasyonunun sabit tutulmasına rağmen, retrolental fibroplazi meydana gelmektedir.

Beyinde intraventriküler kanama, her prematür bebek açısından önem taşıyan başka bir risk faktörüdür. Bu tür kanamanın meydana gelmesinin birçok nedeni vardır. Bebeğin doğum ağırlığı ile intraventriküler kanama arasında sıkı bir bağlantı bulunur. Gebeliğin 34 üncü haftasından sonra doğan bebeklerde, intraventriküler kanama nadiren görülür fakat bu süreden önce doğanlarda ise sık olarak tespit edilir. Gebelik süresi ne kadar az ise intraventriküler kanamanın sıklığı da o kadar fazladır. İntraventriküler kanama, intraventriküler sıvının normal drenajını bozduğundan, hidrosefaliye yol açabilir. Hidrosefali çok küçük bebeklerde önemli bir sorundur. Prematür bebek ister vaginal yolla isterse sezaryenle doğurtulsun, intrakranial kanamanın sıklığı aynıdır.

Prematürite ile ilgili bir başka durum solunum sıkıntısı sendromudur. Akciğerin alveoler hücrelerinde fosfolipid niteliğindeki maddelerin yeterli miktarda yapılmaması sonucunda meydana gelir. Bu durumda dokular açısından gerekli olan kanın oksijenasyonu akciğerlerde sağlanamaz. Solunum sıkıntısı sendromu çok ciddi sorunlara neden olabilir. Bu tür bebekleri canlı tutabilmek amacıyla onlara mekanik yolla ventilasyon sağlanmalıdır. İleri derecede solunum sıkıntısı bulunan bebekler uzun süreli ventilasyon desteği ile yaşatılabilmektedir. Ancak bunlarda bronkopulmoner displazi gelişir. Bronkopulmoner displazi akciğerlerde fibrozis ve nedbeleşme ile karakterizedir.

Zeka geriliği riski prematüritenin derecesi ile artış gösterir. Zeka geriliğinin derecesi, en iyi tedavi uygulansa dahi, doğum ağırlığı çok düşük olan (1000 gramdan az) bebeklerde en yüksek seviyelere ulaşır.

Prematür bebeklerde malformasyonlar sık görülür.

Prematür Travayın Tokoliz ile Önlenmesi

Prematür travayı durdurmak için tokolitik denilen ilaçlar kullanılır. Bu ilaçlar uterusun kontraksiyonlarını inhibe ederek, prematür travayı baskılayarak erken doğumu engellerler. Bu ilaçlar ilerlemiş travaylarda her zaman etkili olmazlar.

Birçok farklı tokolitik madde vardır. En yaygın olarak kullanılanları

beta sempatomimetik aminler, ritodrin ve terbutalindir.

Ne yazık ki, bütün tokolitik maddelerin birçok metabolik yan etkileri vardır. Klinik olarak karşılaşılan sorunlar arasında taşikardi, hipotansiyon, tremor, bulantı, kusma, baş ağrısı, anksiyete, göğüs ağrısı ve kalpte aritmi bulunur. Laboratuvar değişiklikleri arasında kanda glukoz, insülin, serbest yağ asitlerinin seviyelerinde artma ve potasyum seviyesinde azalma sayılabilir. Bu ilaçların en ciddi yan etkisi akciğer ödemidir. Bazen kişi bu komplikasyon sonucunda ölür. Kalp atımının sürekli olarak dakikada 140 ın üzerinde olduğu taşikardi durumu, bu ilaçların kullanımına bağlı olan ve ölümlü sonuçlanabilen akciğer ödemi komplikasyonunun meydana gelebileceğini gösterebilir.

Prematür travaya girmesi muhtemel olan hastalarda glukokortikosteroidler kullanılabilir. Bunlar, doğumdan sonra bebekte solunum sıkıntısı sendromunun gelişmesini önlemesi amacıyla, yetersiz gelişme gösteren fetüs akciğerlerinin olgunlaşmasına yardımcı olmak gayesiyle, doğumdan önce kullanılırlar. Bu ilaçların da istenmeyen bazı yan etkileri vardır. Enfeksiyonu maskeleyebilirler. Su ve tuz retansiyonuna neden olabilirler. Anormal glukoz toleransına yol açabilirler.

Ritodrin, günümüzde prematür travayda uterus aktivitesinin baskı altına alınması için kullanılmaktadır. Bununla birlikte, ritodrin kullanılmasıyla ilgili tehlikeler de bulunmaktadır. Miyometrium aktivitesinde güçlü bir gevşetici etki göstermesinin yanı sıra güçlü bir vazodilatasyon etkisi de vardır. Annede hipotansiyon ve taşikardiye neden olabilir.

Plasentanın ayrılması, yanlış olarak prematür uterus aktivitesi şeklinde yorumlandığında, travayı durdurmak amacıyla yapılan tokoliz işlemi annede ve fetüste zarara yol açabilir. Plasentanın ayrılması sıklıkla prematür travaya neden olduğundan ve orta derecede bir ayrılma durumunda, doğru tanının koyulması zor olabildiğinden, plasenta dekolmanı ile birlikte tokoliz işleminin dikkatsiz bir şekilde uygulanması sıkır.

Zarların erken yırtılması, ritodrin kullanımına mutlak şekilde kontraendikasyon oluşturur. Bununla birlikte, son zamanlarda, fetüsün akciğerlerinin olgunlaşmasına yardımcı olmak amacıyla uterus aktivitesinin geçici bir süre baskı altına alınması geçerli bir tedavi şekli olarak kabul edilmiştir. Böyle bir durumda, koryoamnionit riski nedeniyle ritodrin veya diğer tokolitik maddeler uzun bir süre kullanılmamalıdır. Birçok olguda malpraktis iddiaları, zarların erken yırtılmasını müteakip uzun bir süre tokolitiklerin kullanımına dayandırılmıştır.

Magnezyum sülfatın prematür travayı önleyici etkisi vardır. Magnezyum sülfat yıllardan beri eklampsi tedavisinde kullanılmaktadır. Kabul edilen dozlarda kullanıldığında nispeten güvenlidir.

Malpraktis davalarında sıklıkla prematür travayın tokolitik maddelerin kullanımı ile baskı altına alınmış veya önlenmiş olması gerektiği iddiasında bulunulur. Tokolitik maddelerin kullanımı standart bir uygulama haline gelmesine rağmen, bunların prematürite oranı üzerine gerçek anlamda bir etkisi bulunmamaktadır. Bu nedenle, prematür travayın tokolitik maddelerle baskı altına alınamaması ile ilgili iddialar nadiren haklı bulunabilir.

Tokolitik ilaçları uygulamama kararını dikkatli bir şekilde belgeleyen bir hekim, malpraktis iddiası karşısında güçlü bir savunma yapabilir. Hekim kararının ardındaki nedenleri kaydettiği takdirde, ihmâl konusu genellikle tıbbi karar konusuna döner.

Prematür Travayda Doğum Şekli

Perinatal ve özellikle erken neonatal bakımın yeterliliği prematüre yeni doğanların akibetini önemli derecede etkiler. Bu nedenle, prematür fetüslerin gerekli olanaklara sahip olan yüksek risk merkezlerinde doğurtulması önemlidir. Bu kurala uyulmaması, malpraktis iddialarının en sık gerekçelerinden birini oluşturur. İyi donanımlı olmayan hastanelerde doğurtulan 1000-1500 gram ağırlığındaki bebeklerle ilgili mortalite oranı %50 iken, bu değer modern aletlere ve deneyimli personele sahip olan perinatal bakım merkezlerinde doğurtulan aynı özellikteki bebeklerde sadece %15 dir.

Prematürite olgularında doğum yöntemi çelişkilidir. Verteks prezentasyonunda vaginal doğum, sezaryenle doğuma nazaran fetüs açısından önemli derecede yüksek risk taşımaz. Travay ve doğum normal bir seyir izlediğinde vaginal doğum şekli tercih edilmelidir. Önemli komplikasyonlar bulunduğu anda, sezaryen ameliyatı yapılmalıdır.

Bir prematürite olgusunda vaginal yolla doğum şekli benimsendiğinde, fetüsün travaydan kolayca etkilenebilme durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Travayın uzaması veya durması durumunda travay konusunda ısrar edilmemelidir. Fetal distres ya da uterus fonksiyon bozukluğu durumunda uterusun uyarılmasından kaçınılmalıdır. Bu gibi durumlar fetüste ve yeni doğanda olumsuz etki yaratır. Prematür fetüs hipoksik streslere nispeten dirençli olmasına rağmen, fiziksel streslerden ve sıklıkla ileri derecede kordon basısı ile oluşan kan basıncındaki ani dalgalanmalardan kolayca etkilenebilir. Bu gibi durumlarda, uygun olmayan davranış tarzı, yeni doğandaki zararın nedeninin, prematüriteden ziyade travay ve doğumun yönetimi ile ilgili olduğu şeklindeki malpraktis iddialarına gerekçe oluşturur.

Prematür bebeklerde damar sisteminin kolayca yırtılma eğilimi göstermesi nedeniyle, intraventriküler kanama sık görülen bir komplikasyondur. Bununla birlikte, intraventriküler kanama miadındaki travmasız doğumlarda nadir görülen bir komplikasyondur. İntraventriküler kanamanın travay stresine bağlı olduğu ileri sürülmüştür. Ağırlığı 1500 gramdan az olan fetüslerin travay stresine karşı çok hassas olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle, gebeliğin 34 üncü haftasından önceki prematür doğumlarda, hekim, travayın uzaması veya durması durumunda, fetal distresin varlığında veya bu iki durumun kombinasyonu halinde, vaginal doğumda ısrar etmemelidir.

Makat prezentasyonu durumunda, fetüsün ağırlığı 1800 gramdan (32 hafta veya daha az) daha küçük ise, genellikle sezaryen ameliyatı tercih edilir. Alt segmentte transvers kesi yapılırsa önemli derecede güçlük ortaya

çıkabilir. Bu güçlük ters T şeklinde bir kesi ile giderilebilmesine rağmen, çoğu doğum hekimi alt segmentte primer vertikal kesi yapılmasının en uygun yöntem olduğuna inanmaktadır.

Prematürite Olgularında Kabul Edilen Bakım Standartlarından Sapma Durumları ²

1. Gebelik sırasındaki her muayenede uterusun büyüme durumunun değerlendirilmemesi veya beklenen ve kaydedilen fundus uteri yükseklikleri arasındaki çelişkiye dikkat edilmemesi

2. Uterusun veya fetüsün büyümesi büyük ölçüde yavaşladığında seri halde ultrason incelemelerinin yapılmaması

3. Uterusun veya fetüsün büyümesinin durduğu saptandığında fetüsün durumu ile ilgili incelemelerin yapılmaması

4. Prematür travay ve doğumun donanımlı ve deneyimli personele sahip olmayan bir hastanede yaptırılması

Prematürite ile ilgili obstetrik ve neonatal sorunlar ancak donanımlı ve deneyimli personele sahip olan yüksek risk merkezlerinde gerektiği şekilde ele alınabilir.

5. Beyin kanamasına ve sekellerine yol açan belgelenmiş fetal distressin varlığında vaginal doğum için ısrar edilmesi

6. İleri derecede prematür olan fetüse (ağırlığı 1500 gramdan az) vakum ekstraktör uygulanması

İkizlerden ikincisinin doğumu için vakum ekstraktörün kullanımında birçok farklı kurallar uygulanır. Böyle bir durumda, serviks tam açılmadan, baş angaje olmadan, pelotun tutunduğu bölgede geniş kaput suksedaneum gelişmeden prematüre bir fetüse (30-32 haftalık) vakum etkin bir şekilde uygulanabilir.

7. Prematür ancak yaşama yeteneğine sahip olan bir fetüsün zor doğum travayına maruz bırakılması

8. Fetüsün yaşama yeteneğine sahip olmadığı şeklindeki yanlış bir izlenim sonucunda doğumun yeterli önlemler alınmaksızın yaptırılması

9. Karar verme işleminden önce, hasta ile kendisini ve bebeğini ilgilendiren risklerin tartışılmaması

Fetüsle ve anneyle ilgili risklerin ve yararların dengesi belirsiz olduğunda, karar verme işleminde annenin tercihi önemli bir faktördür.

10. Doğumdan sonra etkili bir canlandırma işlemi uygulayacak olan yetenekli bir hekimin bulunmaması, prematür yeni doğanın doğumdan hemen sonra tecrübeli bir çocuk uzmanına sevkedilmemesi.

POSTMATÜRİTE ¹

Postmatürite obstetrikte ciddi nitelikte olan ve sık görülen bir sorundur. Gebelik süresinin 42 nci haftayı aşacak şekilde uzaması fetüste ciddi

riskler doğurur. Postmatürite, gebe kadınların bakımı ile ilgili olan konular arasında en fazla şaşkınlığa neden olanıdır. Gebeliğin bazı kadınlarda fetüsü tehlikeye sokacak şekilde uzaması konusu tam olarak anlaşılamamıştır. Postmatürite olgularında hekimin tehlikeye karşı uyanık olması gerekir. Bununla birlikte, postmatürite durumunda bütün fetüslerin gerçekten risk altında olmadıklarının ve mutlaka zarara uğramadıklarının bilinmesi önemlidir.

İnsan da dahil olmak üzere bütün hayvan türlerinde gebeliğin süresi değişiklik gösterir. Kadınlarda gebeliğin ortalama süresi, son adet başlangıcından itibaren 280 gündür. Çok az sayıda kadın gerçekten tam zamanında doğurur. Tam zamanında doğuran kadınların sıklığı sadece yaklaşık olarak %4 dür. Yapılmış olan araştırmalara göre, olguların %90'ından daha azında doğum gebeliğin ortalama süresine göre tahmin edilen tarihi kapsayan 2 hafta içinde meydana gelir.

Kadınlar, konsepsiyon öncesindeki son menstrüel periyodu izleyen beklenen zamanda düzenli bir şekilde gebe kalmazlar. Yani, hepsi son adetlerinin başlangıcından 14 gün sonra kesin olarak yumurtlamazlar. Düzenli bir şekilde 28 günde bir adet gören kadınlarda 14 üncü günde veya civarında yumurtlama eğilimi bulunur ancak siklüs aralıkları daha uzun olan kadınlarda menstrüel periyot ile ovulasyon arasındaki aralık daha uzundur. Bu nedenle, geç ovulasyon gören kadınların, erken ovulasyon gören kadınlarla aynı zamanda yumurtlamaları beklenemez. Diğer bir deyimle, onların gebeliklerinin daha uzun olması gerekir.

Beklenen doğum tarihinin hesaplanmasında Nägele kuralı kullanılmaktadır. Bu kural, son menstrüel periyodun başlangıcı ile doğum arasındaki ortalama sürenin 280 gün olmasına dayanır. Beklenen doğum tarihi, hastanın son adetinin başladığı tarihe 9 ay 7 gün ilave edilerek veya buna 7 gün ilave edip 3 ay geri gidilerek belirlenir. Örneğin, son adet başlangıcı 12 Haziran olan bir kadında Nägele kuralına göre beklenen doğum tarihi 19 Mart olacaktır. Gebeliğin erken veya orta dönemlerinde yaşını belirlemek için iki kez veya daha fazla ultrason incelemesinin yapılması daha güvenlidir. Beklenen doğum tarihi hesaplanırken gebelik süresi hakkında şüphe bulunduğunda, ultrason incelemesi yapılmalıdır.

Doğum tarihinin kesin olarak saptanamaması durumu birçok faktörle ilgilidir: Biyolojik varyasyon, ovulasyon ve gebe kalma zamanının kesin olmayışı ve birçok kadının son menstrüel periyot tarihini doğru olarak hatırlamaması. Örneğin, kadınların hepsi menstrüel takvimlerini aynı şekilde tutmazlar. Bununla birlikte, son adet periyoduna dayanılarak beklenen doğum tarihinin tahmin edilmesinin çoğu kadın açısından güvenilir bir yöntem olduğu anlaşılmaktadır. Bu yöntemin kullanılmasına istisna oluşturan kimseler arasında adetleri döllenmeden önce düzensiz olan kadınlar, son adet tarihini doğru olarak hatırlamayan kadınlar veya menstrüel periyotlarının arası her ay daha uzun olanlar sayılabilir.

Bundan başka, genellikle embriyonun implantasyonu ile ilgili olarak, kadınlarda gebeliğin erken döneminde bir miktar vaginal kanama sık olarak görülür. Bu kanama çoğu kez sonraki menstrüel periyodun mey-

dana geleceği zamanda oluşur. Bu tür bir kanama başka bir menstrüel peryot olarak zannedilebilir ve gebeliğin süresinin belirlenmesinde karışıklığa yol açabilir. Diğer birçok faktör de gebeliğin süresini uzatabilir. Anensefali ve Down sendromu gibi fetüsteki bazı anomali durumlarında karakteristik olarak postmatürite durumu ile karşılaşılır. Plasentadaki bazı enzim eksiklikleri (sülfataz eksikliği) gebelik süresinin uzamasına neden olabilir. Özellikle prostaglandin sentetaz inhibitörleri (örneğin, aspirin) gibi bazı ilaçların gebelikte uzun bir süre kullanımı da gebelik süresini uzatabilir.

Böylece, doğum hekimlerinin postmatüriteye muhtemel bir sorun gözüyle bakmaları uygun olmakla birlikte, bazı objektif endikasyonlar bulunmadan bu tür bütün olgularda agresif bir şekilde davranılması kabul edilemez. Kadınların %8-12 sinde gebelik durumu son adete göre beklenen doğum tarihinden 2 haftadan daha uzun bir süre varlığını sürdürür. Bu da postmatürite durumunun çok sık olduğu anlamına gelir. Kuşkusuz, postmatürite ile ilgili makul derecede bir endişe söz konusudur fakat bu olguların fetüslerinin çoğunda herhangi bir sorun ortaya çıkmaz. Ancak bu nokta, hekimlerin bu duruma ilgisiz kalmaları anlamına gelmez. Bunun aksine, plasentanın fonksiyon bozukluğu ile ilgili olan sorunları belirlemek amacıyla bu tür olgular dikkatle izlenmelidir.

Son menstrüel peryodun başlangıcından itibaren 294 günü veya 42 haftayı ve belgelenen konsepsiyon tarihinden itibaren 280 günü aşan gebeliklerle ilgili sorunlar, plasentanın fetüse yeterli besin ve oksijen sağlamaması ile ilgilidir. Fetüs kendisine yaşam desteği sağlayacak olan plasentaya bağımlıdır. Annenin uterusunun iç tabakasına yapışan plasenta her çeşit önemli maddeyi anne dolaşımından fetüsün kan akımına ve fetüsteki artıkları da ters yönde geçirebilir.

Gebeliğin ilerlemesiyle, plasenta yaşlanır. Yaşlanmış olan plasenta fetüsü yeterli derecede destekleme yeteneğini kaybeder. Genellikle, travay, fetüsün yeterli bir plasenta desteğine ihtiyacı kalmadan önce başlar ve fetüs doğar. Bununla birlikte, miadını aşan bazı gebeliklerde bu nokta geçerli değildir. Meydana gelen bu duruma plasenta yetmezliği denir. Plasenta yetmezliği gebelikte herhangi bir zamanda meydana gelebilir. Kronik hipertansiyon, gestasyonel hipertansiyon, böbrek hastalığı ve diabetes mellitus gibi bazı hastalıklar plasentanın yaşlanmasını hızlandırır.

Plasenta yetmezliği yeterince uzun bir süre devam ederse, fetüste rahim içi gelişme geriliğinin bulguları görülür. Plasenta yetmezliği durumunda fetüs normal büyüme ve gelişmesi için gerekli olan yapı unsurlarını (protein) alamayabilir. Bununla birlikte, beyin proteinleri bir dereceye kadar idareli kullanılabilir. Plasenta yetmezliğinin ters etkileri daha ziyade fetüsün dokularına gidecek olan oksijen üzerinedir. Hipoksi yeterli derecede şiddetli ise ve uzun bir süre devam ederse, merkezi sinir sistemi de dahil olmak üzere hayati önemi olan organlarda zarar meydana gelebilir veya fetüs ölebilir. Postmatürite olgularında perinatal mortalite oranı beklenilenden iki misli fazladır. Ayrıca, bebeklik çağının erken dönemindeki ölümlerin sıklığı artar ve geç nörolojik bozukluklar ortaya çıkar.

Bundan başka, travay başladığında, uterus kontraksiyonları durumu daha kötüleştirir. Uterus kasıldığı zaman, anneden uterus kası yoluyla plasentaya geçen kan akımı geçici bir süre aksar. Bu durum plasentaya gidecek olan oksijende geçici bir azalmaya yol açar. Normal koşullarda, zarar meydana gelmez. Bununla birlikte, plasentada fonksiyon bozukluğu söz konusu ise, aralıklı uterus kontraksiyonlarına bağlı oksijen azalması hipoksik ortamı artırarak fetüste zarara yol açabilir.

Bütün postmatürite olgularının, fetüste tehlike işaretlerinin gelişip gelişmediğini anlayabilmek için yakından izlenmeleri gerekir. Postmatürite olgularında fetüsün durumunu değerlendirmek için birçok protokol geliştirilmiştir. Bu protokoller geniş ölçüde kabul görmüş olup günümüzde bakım standardı olarak kabul edilmektedir. Postmatürite olgularının sık olarak değerlendirilmesi gerekir.

Postmatürite olgularında plasenta yetmezliğinin en önemli ters etkisi, fetusta oluşan hipoksiye bağlı nörolojik, kardiyak ve böbrek hasarı ya da ölümdür. İntrauterin gelişim geriliği sonucunda, bebek gebelik yaşına göre küçük olarak doğar. Postterm bebeklerin %5-40'ında vücutta yağ kaybı, deride buruşma, kuruluk ve soyulma, uzun parmaklar ve uzun başparmak tırnakları görülür. Bu tür bebeklerde neonatal ölüm oranı 7 misli fazladır.

Sıklıkla, amnion sıvısında, fetüs derisinde, göbek kordonunda ve zarlarda mekonyumla boyanma durumu görülür. Mekonyum fetüsün barsağının alt kısmında bulunan dışkı maddesidir. Genellikle, defekasyon olayı hipoksik bir olay ile uyarılmadıkça, mekonyum fetüs doğuncaya kadar amnion sıvısına geçmez. Amnion sıvısındaki mekonyum, aspire edilen miktar, yeni doğan bebekte solunumla ilgili sorunlara ya da tahrişe bağlı pnömoniye (kimyasal iltihap) yol açacak düzeylere ulaştığında bir sorun haline gelir.

Plasenta yetmezliği ile ilgili olan bir başka sorun oligohidramniosdur. Oligohidramnios durumunda fetüsün etrafındaki amnion sıvısının miktarı belirgin derecede azalır. Bu da göbek kordonunun baskı altında kalmasına, oksijenlenmiş olan kanın plasentadan fetüse geçişinde azalmaya ve fetal distrese yol açabilir. Sonografik incelemede 1 cm yi aşan bir cep görülmediğinde kordon basısı ile ilgili komplikasyonların meydana gelme olasılığının yüksek olduğu söylenebilir. Zamanında teşhis edilerek çabuk davranılmazsa, meydana gelecek olan olaylar fetüste zarara veya ölüme yol açabilir.

Postmatürite olgularında plasantanın yeterli fonksiyon göstermesi durumunda fetüs aşırı derecede büyüyebilir. Böyle bir fetüs travay sırasında annenin pelvisinden geçemeyebilir. Bu bakımdan, postmatürite olgularında iyi beslenmiş olan fetüsler travayın engellenmesine yol açabilirler. Postmatürite olgularında omuzların genişliği başın en büyük çapının ölçüsünü aşar. Böyle bir durum travayda omuz distosisine ve onun kötü sonuçlarına zemin hazırlar. Ayrıca, postmatür fetüslerin kafatası kemikleri miadadaki fetüslerin kafataslarına göre esnek değildir.

Postmatürite olgularında fetüsün durumunun izlenmesi önem taşır. Gebelik, kabul edilen zaman sınırlarını aştıktan sonra, fetüs dikkatlice ve sık olarak izlenmelidir. Günümüzdeki uygulama standardı haftada iki kez test

yapılmasını gerektirmektedir. Nonstress testi, kontraksiyon stress testi ve biyofiziksel profilin çıkarılması uygulanacak olan işlemlerdir. Biyofiziksel profilin en önemli unsuru amnion sıvısının hacmidir. Çünkü oligohidramnios, muhtemel rahim içi geriliğinin kordon basısına bağlı hipoksinin veya plasenta yetmezliğinin önemli bir göstergesidir.

Bu testlere genellikle 41 inci haftanın ortasında başlanır. Bu testlerin amacı, fetüsün iyi durumda olup olmadığının belirlenmesidir. Bu nedenle, nonreaktif nonstress testi, hemen kontraksiyon stress testinin yapılmasını zorunlu kılar. Bu gibi konularda obstetrik açıdan ispat yükümlülüğü hekime düşer. Gebeliğin devamına izin verebilmek için reaktif nonstress testi, negatif kontraksiyon testi veya biyofiziksel profilin iyi olduğunun gösterilmesi gerekir.

Fetüs plasenta yetmezliği bulgularını gösterdiği zaman müdahale etme gereksinimi doğar. Travayın indüksiyonuna başlanır. Fetüs oksitosinle uyarılan uterus kontraksiyonlarını tolere edebilirse, travayın vaginal yolla doğuma kadar ilerlemesine izin verilir. Fetüs bu kontraksiyonları tolere edemezse, yani fetüste distressin ilerleyici bulguları ortaya çıkarsa, sezaryen ameliyatının yapılması gerekir.

Postterm bir gebelikte fetüsün tehlikede olduğunu gösteren objektif bir bulgu bulunmadığında müdahale etmenin uygun olup olmayacağı noktası kesin olarak cevaplandırılmaz. Günümüzde birçok hekim gebelik 43 haftaya ulaştığında, fetüsün yakın gelecekteki bir zamanda tehlikeye girme olasılığı nedeniyle, indüksiyon veya sezaryen ameliyatı yapmaktadır.

Optimal koşulların varlığında, indüksiyon işlemi kolayca ve güvenli şekilde uygulanabilir. Suboptimal koşullarda indüksiyon yapılması durumunda, anne ve fetüs indüksiyonun tehlikeleri ile karşı karşıya kalabilir veya gerçekte zorunlu olmayan sezaryen ameliyatının yapılması gerekli olabilir.

Postmatürite olgularında fetüsler travayın ikinci döneminin uzaması, durması veya uterus aktivitesinde bozulma gibi komplikasyonlarla kolayca etkilenirler.

Fetal distressin varlığında veya travayın engellenmesi durumunda sezaryen yapılması gerekir. Postmatürite olgularında fetal distressin varlığına rağmen, doğumun vaginal yolla yaptırılması konusunda ısrar edilmesi, fetüste zarar meydana geldiğinde, sıklıkla ihmal iddiasına gerekçe oluşturur.

Postmatürite durumunda yeni doğanın bakımı için özel bakım imkanlarının ve personelin bulunması önemlidir. Bu tür olanaklar bulunmuyorsa, hekim anneyi doğumdan önce daha uygun bir merkeze göndermelidir.

Postmatüritenin adli tıp açısından önem taşıdığı bir konu da babalık davalarıdır. Bir koca, karısını terketmesinden itibaren 44 haftadan daha fazla bir süre geçtikten sonra doğan bir çocuğun babasının kim olduğundan şüphe edebilir. Ancak bu konu günümüzde DNA tipleme yöntemi ile çözüme kavuşturulabilmektedir.

Postmaturite Olgularında Kabul Edilen Bakım Standartlarından Sapma Durumları 2

1. Gebeliğin 42 nci haftasının bitiminden sonra fetüsün durumunun belirlenmemesi veya gebeliğin sonlandırılmaması

2. Postmatürite olgularında fetüsün kalp atım hızının izlenmesinde gereken dikkatin gösterilmemesi

3. Fetüsün tehlikede olduğunu gösteren delillere rağmen, postmatür bir fetüsün vaginal yolla doğurtulmasında ısrar edilmesi

4. Uzamış bir gebelikte fetüsün tehlikede olduğunu gösteren delillere rağmen, güçlüğün yenilmesi amacıyla oksitosin kullanımı

Amnion sıvısının mekonyumla boyanması tek başına son derece tehlikeli bir durum olmamasına rağmen, hipoksinin fetüste solunum çabalarına ve bunun sonucunda mekonyum aspirasyonuna neden olacağı noktası hatırlanmalıdır.

5. Sezaryeni gerektiren komplikasyonlara dikkat edilmemesi

Miadındaki bir gebede sezaryen için bir endikasyon bulunuyorsa, gebeliğin postmatürite durumuna kadar ilerlemesine izin verilmesi kabul edilecek bir konu değildir. Bu prensip günlük uygulamada şaşırtıcı sıklıkta gözardı edilmektedir ve sezaryen açısından belirgin endikasyonlar bulunan hastalarda gebeliğin çoğu kez 43-44 üncü haftaya kadar ilerlemesine izin verilmektedir. Yetersiz bir pelvisin varlığında, makat presentasyonu gösteren bir olgu buna tipik bir örnek oluşturur.

KAYNAKLAR

1. Friedman, E.A : Postterm Pregnancy. In : Borten, M., Friedman, E. A (Editors): Legal Principles and Practice in Obstetrics and Gynecology, Volume I, Year Book Medical Publishers, Inc., 1989, pp. 123- 147.

2. Goldsmith, L: Medical Malpractice, Guide to Medical Issues, Volume 5, Part VII, Matthew Bender, New York, 1986, pp. 101/1-101/15.

3. Iffy, L: Obstetrics. In : Wecht, C.H., Preiser, S.E., Preiser, M.L (Editors): Preparing and Winning Medical Negligence Cases, Second Edition, Volume 2, The Michie Company, Law Publishers, Charlottesville, Virginia, 1989, pp. 24.29/259 - 24.33/267.

4. Lewis, T.L.T., Chamberlain, G.V.P (Editors) : Obstetrics by Ten Teachers, Fifteenth Edition, Edward Arnold, London, Melbourne, Auckland, 1990, p. 133.

5. Sachs, B: Prematurity. In : Borten, M., Friedman, E.A (Editors) : Legal Principles and Practice in Obstetrics and Gynecology, Volume I, Year Book Medical Publishers, Inc., 1989, pp. 236-162.

20

Teratolojiyle İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Osman Çelbiş

GİRİŞ

Teratoloji, konjenital malformasyonları inceleyen bir bilim dalıdır. Bu kelime, genellikle konjenital sifilis ile oluşan fetopatiden ziyade anatomik defektler bağlamında kullanılır.

Talidomitin malformasyonlara yol açtığı anlaşıldığından, malformasyonların genetik dışındaki çevresel etkilerle de meydana gelebilmesi olasılığı konusunda kamuoyunun ve yasal makamların ilgisini artırmıştır. Kuşkusuz, malformasyonlu olgular basında da ilgi uyandırmaktadır. Bu durum, kamuoyunda ve yasal makamlarda, malformasyonlu olarak doğmuş olan çocuklardan bazı kimselerin sorumlu tutulabileceği düşüncesine yol açmıştır. Son yıllarda malformasyonlu bebekleri ilgilendiren birçok dava açılmıştır.

Teratolojinin adli tıbbi ilgilendiren yönleri, onları diğer adli tıpla ilgili sorunlardan ayıran bazı noktaları içermektedir. Bu noktalar şu özellikleri içermektedir: 1. Kimin davacı olabileceği sorunu, 2. Davalıların çokluğu, 3. Doğmamış fetüsün yasal hakları, 4. Konjenital malformasyonların muhtemel nedenlerinin çokluğu, 5. Hem ihmalin hem de nedenselliğin kanıtlanmasının gerekliliği, 6. Teratoloji konusundaki bilirkişilerin azlığı, 7. Hassas dönemin uygun olmayan bir şekilde kullanımı. Malformasyonların nedenlerinin adli tıp açısından sınıflandırılması bilimsel temellere dayanan davaların önüne geçilmesine ve haklı olan şikayetlerin ise desteklenmesine yardımcı olur. Malformasyonlu çocuğu ilgilendiren bir davanın önlenmesinde birkaç dönem bulunur. Hasta ile iyi bir bağlantının kurulması ve kayıtların düzgün bir şekilde tutulması ihmalle ilgili davaların açılmasında caydırıcı bir rol oynar. İleri sürülen nedenle malformasyon arasında bir bağlantı bulunup bulunmadığı bilirkişi raporuyla belirlenmelidir. Bu tür davalarda fetüsün hakları, ebeveynlerin, doktorların ve sanayi kuruluşlarının sorumluluğu ortaya koyulmalıdır.

TERATOLOJİYE ÖZEL OLAN YASAL SORUNLAR ¹

Teratolojiye özel olan ve adli tıpla ilgili diğer sorunlardan ayrılan birçok faktör veya sorun bulunmaktadır. Bu periferik yasal komplikasyonlar

sıklıkla mahkemenin çoğu zamanını alır. Bunun sonucunda önem taşıyan ihmal konusu ve nedenselliğin kanıtlanması noktası gözardı edilebilir. Malformasyonların nedeninin ve ihmalin belirlenmesinin yanı sıra mahkemenin karşılaştığı sorunlardan bazıları şunlardır:

1. Davacı Kim Olabilir?

Malformasyonlu bebek yaşarsa, ebeveynler, kardeşler ve malformasyonlu bebek, ailenin manevi ızdırabı, malformasyonlu çocuğun kazanma gücünün kaybı ve tıbbi masraflar nedeniyle dava açabilirler. Malformasyonlu bebek yaşamazsa, fetüsün bir zamanlar canlı olduğuna dair delillerin bulunması koşuluyla, ölmüş olan malformasyonlu bebeğin hakkının aranması amacıyla yine de dava açılması mümkündür. O zaman mahkemenin yaşayabilme yeteneğinin belirlenmesinde esas alınması gereken kriterlere göre karar vermesi zorunlu olabilir. Değişiklik gösteren bu kriterler gebelik yaşını, göbük kordonunun kesilmesinden sonra kalp atımı ve / veya solunumun delillerini içerebilir. Düşüğün ebeveynlerinin dava açma hakkı bulunmasına rağmen, kendisinin dava açamayacağına karar verilmiştir.

2. Davalı Kimdir?

Çocuğun malformasyonundan, hekimin, sanayi veya ilaçlarla ilgili bir kuruluşun ya da ebeveynlerin sorumlu tutulması mümkündür. Ebeveynlerin kalıtsal bozuklukların veya hatta konjenital sifilizin meydana gelişinden sorumlu tutulabilecekleri düşünülebilir. Sorumluluğun değerlendirilmesinde düşünülmesi gereken önemli bir konu, davalıdan beklenen davranışların düzeyi ile ilgilidir. Buna sadece mahkeme karar verebilir. Meslektan olmayan bir kimse kızamıkçığın teratojenik sonuçlarını bilir mi? Erişkin bir kimse gebe bir kadını kızamıkçık enfeksiyonuna bile bile maruz bırakmaktan sorumlu tutulmalı mıdır? Tıbbi düşükleri yasal olarak engelleyen bir hükümete karşı annesi düşük yapma hakkından mahrum edilen malformasyonlu bir bebek dava açabilir mi? Tıbbi düşüğe izin verilmemesi nedeniyle gayrimeşru çocuk tarafından ebeveynler veya hükümet aleyhine dava açılması mümkün müdür?

3. Bilirkişi Kimdir?

Mahkemenin karşılaştığı üçüncü sorun, bilirkişinin kim olacağı konusudur. Konjenital malformasyonun nedeni hakkında kim görüş bildirebilir? Bu çeşit bir davada görüş bildirecek olan hekimin azlığı nedeniyle bu nokta özellikle güçlük taşır. Bu nedenle, bilirkişi görüşünün kalitesi değişiklik gösterir. Çünkü bilirkişi bir aile hekiminden bir embriyoloğa kadar herhangi bir doktor olabilir. Aslında, hukukçunun tıbbi teratoloji alanında yetki sahibi olarak güvenle kabul edebileceği bir grup hekim veya uzman bulunmamaktadır. Hukukçular genellikle aile hekiminden konsültan olarak yararlanırlar. Çünkü mahkeme ailenin çocuk hekiminin ve doğum

hekiminin olgunun koşulları hakkında fazla bilgiye sahip olduğuna inanır. Avukat savunmasında, hukukçunun güven duyabileceği bir hekim veya bir uzman grubunun bulunmadığını ileri sürebilir.

4. Konjenital Malformasyonların Etyolojisi

Bilinen çevresel ve genetik faktörlerin tüm insan malformasyonlarının sadece küçük bir bölümünden sorumlu olduğunu gösteren yeterli sayıda delil bulunmaktadır. Tüm malformasyonların %60'ının nedeninin bilinmediği ve bunların %80.8'inde aile anamnezinin yararlı olmadığı bildirilmiştir. Kızamıkçık tüm malformasyonların %0.59'undan sorumludur.¹ Bundan, malformasyonların çoğunluğundan tek bir faktörün suçlanamayacağı ve bunların çevresel ve / veya genetik etkilerin kombinasyonundan kaynaklanabileceği anlamı çıkar.

Konjenital defektlerin nedenleri üç genel gruba ayrılır : a. Gen mutasyonunun etkisine bağlı olanlar (akondroplazi veya fenilketonüri), b. Çevresel bir etken sonucunda meydana gelenler (konjenital kızamıkçık enfeksiyonu veya aminopterin), c. Çeşitli genlerin ve çevresel etkenlerin kombinasyonu ile oluşanlar. Bu son grupta konjenital malformasyonların çoğunluğu yer alır. Bu gruptaki konjenital malformasyonlar arasında konjenital kalça çıkığı, yarı dudak ve yarı damak bulunur. Şimdiye kadar çeşitli teratojenlere karşı insanların genetik olarak duyarlılığının tanımlanmasında nispeten az ilerleme kaydedilmiştir.

Bilinen insan teratojenleri Tablo 20-1 de gösterilmektedir.

Tablo 20-1 İnsanlarda Teratolojik Maddeler

I. Bilinen Teratojenler

1. Radyasyon (Terapötik, radyoaktif iyot, atom silahları)
2. Enfeksiyonlar (Rubella virüsü, sitomegalovirüs, Herpes virüs hominis (I ve II) ?, toksoplazmosis)
3. Anade metabolik bozukluk (Endemik kretinizm, diabet, fenilketonüri, virilizan tümörler, alkolizm, hipertermi)
4. İlaçlar ve çevredeki kimyasal maddeler
5. Androjenik hormonlar
6. Aminopterin ve metilaminopterin
7. Siklofosamid
8. Bisulfan
9. Talidomit
10. Civa
11. Klorobifeniller
12. Dietilstilbestrol
13. Difenilhidantoin ve trimethadion
14. Komarin antikoagülanları
15. Valproik asit
16. Tetrasiklinler
17. Lityum

II. Muhtemel Teratojenler (Sigara içme?, Diazem ?, Çinko eksikliği ?, A vitamini fazlalığı ?, Suçiçeği virüsü ?)

Mongolism, anensefali, spina bifida ve talipes (yumru ayak) gibi anomaliler aile anamnezinden elde edilebilen durumlar arasındadır. Bu tür anomalilerin sonraki gebelikte tekrarlama olasılığı kabaca bilinmektedir. Bu nokta genetik danışmanın esasını oluşturur. Daha sonra prospektif ebeveynler riski kabul edip edemeyeceklerine karar verebilirler. Kadının kocasının dışındaki bir vericiden alınan meni ile suni olarak döllenmesinde özel bir sorun ortaya çıkar. Hekim, verici seçilirken açık bir aile anamnezinin elde edilmesi amacıyla, yeterli derecede soruşturma yapma yükümlülüğündedir.³

İnsan fetüsü iyonizan radyasyonla olumsuz yönde etkilenebilir. X ışınlarının teratojenik etkileri bulunmaktadır. İnsan fetüslerinde radyasyon ile oluşan malformasyonlar merkezi sinir sistemini ilgilendirir. Ancak iskelet ve göz deformiteleri de meydana gelebilir. Merkezi sinir sistemi deformiteleri arasında mikrosefali, hidrosefalus ve mental retardasyon yer alır.³

Progestogenlerin uygulanmasından sonra dişi fetüslerde virilizasyon meydana geldiği bilinmektedir. Gebelikleri sırasında stillbestrol ile tedavi edilmiş olan kadınların kız çocuklarının vaginalarında adenokarsinom olduğu bildirilmiştir. Oral kontraseptifler de dahil olmak üzere sentetik hormon kullanımı ile konjenital ekstremit deformiteleri arasında bir ilişkinin bulunduğu ileri sürülmüştür. Oral kontraseptif kullanımının bırakılması ile gebe kalma girişimi arasındaki 2 aylık sürede başka bir kontrasepsiyon yönteminin uygulanması önerilmiştir.³

Bazı olgularda kalıtsal karakterin tam bir kopyası çevresel olarak da meydana getirilebilir. Bu olaya fenokopi denir. Gebeliğin ilk trimestirinde kızamıkçık geçirmiş olan annelerin çocuklarında görülen sağır-dilsizlik durumu buna örnek olarak verilebilir. Fanconi miyelopatisi talidomit sendromunun bir bulgusu olarak ortaya çıkabilir. Bu durum, ayrıca başparmaklar ve radiusların bulunmayışı ile karakterize olan otozomal resessif bir bozukluktur.³

Bir bebekteki malformasyonun etyolojisini belirleme sorunu, diğer çoğu adli olgudaki nedenin saptanmasından daha karmaşıktır.

5. Hassas Dönem Kavramının Aşırı Derecede Basitleştirilmesi

Gebelik ürününün bir maddeye maruz kaldığı gelişim dönemi, onun teratogeneze ilgili hassasiyetini büyük ölçüde belirler (Tablo 20-2).

Tablo 20-2 İnsan Teratojenlerinin Etkili Olduğu Zaman 5

Teratojen	Fertilizasyondan itibaren gebelik yaşı (gün)	Malformasyonlar
Kızamıkçık virüsü	0-60 0 -120 +	Katarakt veya kalp hastalığı Sağırılık
Talidomit	21- 40	Ekstremitelerde sayısal azlıklar
Hipertermi	18 - 30	Anensefali
Erkek cinsiyet hormonları (androjenler, tümörler)	90 günden önce 90 günden sonra	Klitoriste hipertrofi ve labiumlarda birleşme Sadece klitoris hipertrofisi
Kumadin antikoagülanları	100 günden önce 100 günden sonra	Burun hipoplazisi ve epifizlerde nokta nokta görünümün meydana gelmesi Mental retardasyon
Dietillstillbestrol	14 günden sonra 98 günden sonra 126 günden sonra	Vaginal adenozis(%50) Vaginal adenozis(%30) Vaginal adenozis(%10)
Radyoaktif iyot tedavisi	65 - 70 günden sonra	Fetal tiroidektomi
Guatrojenler ve iyodürler	180 günden sonra	Fetal guatr
Tetrasiklinler	120 günden sonra 250 günden sonra	Süt dişlerinin mine tabakasında boyanma Kalıcı dişlerin taç kısmında boyanma

Son adet tarihinin ve maruz kalınan zamanın bilinmesi şarttır. İmplantasyondan önce ve pre-somit döneminde (fertilizasyondan sonraki 0-18 gün) teratojene maruz kalma morfogenezde az değişikliklere neden olur. Çünkü bu dönemde ovum ya ölür ya da tamamen rejenere olur. Organogenez sırasında (60 güne kadar) embriyo çok hassastır ve teratojene maruz kalınması önemli morfolojik değişikliklere neden olabilir. Bu dönemden sonra fetus morfolojik değişikliklere karşı daha az hassastır fakat fonksiyonel kapasite açısından teratolojik değişikliklerin meydana gelmesi muhtemeldir.

Konjenital malformasyonlar en kolayca birinci trimestirde meydana gelmesine rağmen, malformasyonların üç trimestirde de oluşabileceği unutulmamalıdır. Konjenital malformasyonların belirlenme dönemi ile bitim dönemi arasındaki fark vurgulanmıştır. Embriyo ne kadar küçükse, teratojenik etkilere karşı da o kadar hassas olduğu genellikle söylenmektedir. Gerçekte, memelilerde zigotun gebeliğin ilk haftasında teratojenik etkilere karşı oldukça dirençli olduğunu gösteren yeterli deliller bulunmaktadır. Bundan başka, sifiliz ve toksoplazmozisin gebeliğin geç döneminde embriyoda kalıcı hasara neden olması daha muhtemeldir. Ayrıca, fetüste iltihabi veya dejeneratif olayların meydana gelebileceği, bunların da birinci trimestirde oluşan malformasyonlara benzeyebilen tahrip edici lezyonlara yol açabileceği noktası da göz önünde tutulmalıdır. Bu nedenle, her olgu ayrı olarak değerlendirilmeli ve embriyolojik kaide haline gelen genelleştirmeye dayanılarak çözüme kavuşturulmamalıdır.

Hızla gelişen teratoloji bilimi, teratojenik maddelerin fetüs üzerine olan etkileriyle ilgili bilgilerimize önemli katkılarda bulunmaktadır. Günümüzde en fazla ilgi uyandıran bir konu postnatal dönemdeki psikolojik gelişimdir. Merkezi sinir sisteminin devam eden ve karmaşık nitelikte olan gelişimi nedeniyle, fetal yaşam sırasında ve erken bebeklik döneminde uzun bir süre normal gelişimde kesinti oluşur. Kronik alkoliklerin çocuklarının psikolojik fonksiyonu ile ilgili incelemeler, insan fetüsünde doz cevabının değerlendirilmesine iyi bir örnek oluşturur. Örneğin, prospektif anneler gebelik sırasında günde 60 ml den fazla etanol alırlarsa, yeni doğanda belirlenebilen özellikte psikolojik cevap oluşur.

Yeni teste tabi tutulan ilaçların anlama ve kavrama yeteneği üzerine olan etkilerinin yanı sıra diğer postnatal fonksiyonel etkileri de yakından bilimsel gözleme tabi tutulmalıdır. Prenatal olarak uygulanan ilaçların kardiovasküler, renal, pulmoner, gastrointestinal, dermatolojik ve endokrin sistemler üzerine olan etkilerinin postnatal fonksiyon açısından incelenmesi, gelecekte daha önemli bir duruma gelebilir.

6. İhmal Olgularında Sorumluluğun Mantiğa Aykırı Bir Şekilde Genişletilmesi

Birçok durumda, aşıkâr ihmal ile malformasyonlu bir bebeğin doğumu arasındaki bağlantı, etyolojik ilişkinin kanıtı olarak kabul edilir. Mahkemenin iki ayrı olayın (birincisi, çevresel olayın davalının ihmeline bağlı olduğu, ikincisi, malformasyonun bu çevresel olaydan kaynaklandığı) varlığını kanıtlaması zorunludur. Davalının suçunun kanıtlanması için her iki durumun da ispatlanması gerekir.

7. Konjenital Anomalili Olgularda Prenatal Tanı Konusundaki İhmaller

Tıbbi genetik alanının gelişmesinin yanı sıra bu tür konularda adli

tıpla ilgili sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda ortaya çıkan sorunlar gebeliğin sonlandırılması, prenatal testler, kontrasepsiyon ve sterilizasyon gibi konuları ilgilendirmektedir.

Genetik danışma konusunda hastalar mağdur duruma düştüklerinde yasal kanallarla tazminat isteyebilirler.

Doğum hekimleri bazen konjenital anormalliklerin meydana gelmesine neden olduklarında ya da konjenital anomalili bir çocuğun doğumunu önleyemediklerinde dava açılması riski ile karşı karşıya kalırlar. Aşağıdaki durumlar bu tür davaların açılmasına neden olabilir:

1. 35 yaşın üzerindeki veya önceden konjenital bozukluğu olan bir çocuk doğurmuş olan kadına amniosentez ve genetik danışma teklifinde bulunmamak

Risk grubunun içine giren kadınlara prenatal tanı incelemelerinin teklif edilmemesi veya uygulanmaması tıbbi malpraktis durumunu oluşturur.

2. Hastayı radyasyona maruz bırakmak veya radyasyonun muhtemel risklerini açıklamamak

3. Hastaya teratojenik etkisi bulunan ilaçları vermek

4. Konjenital anomalisi bulunan bir fetüsün varlığını belirleyememek veya konjenital anomaliiyi düşündüren bulguları (şüpheli sonografi gibi) gerektiği şekilde yorumlayamamak

Ultrasonografik incelemeyi yapan hekim, bu tür durumlar açısından her zaman dava açılması riski ile karşı karşıyadır. Bu özellikle fetal anomalilerin gözden kaçtığı veya yanlış yorumlandığı durumlar için söz konusudur. Böyle bir davada hekimin aleyhine bir kararın çıkması durumunda, özürlü çocuğun bakım masraflarının özellikle yüksek olması nedeniyle, hekimlerin ödemek zorunda kalacakları tazminat miktarları da çok yüksek olabilir.²

5. Tanısı koyulmuş konjenital anomaliiye rağmen, hastaya gebeliğin sonlandırılmasını önermemek

Hukuk sistemlerinin çoğunda anensefali gibi yaşamla bağdaşmayan çok ağır durumlarda travay 20-24 haftalık yasal sınırın ötesinde de başlatılabilmektedir. Benzer şekilde, her ne kadar gestasyon yaşı sınırının öncesinde herhangi bir gebeliği yasal yoldan sonlandırmak mümkün ise de, minör bir malformasyonu olan bir fetüsün hemen hemen normal olarak kabul edilmesi konusunda hem hukuki hem de etik yönden örnekler bulunmaktadır. Bununla birlikte, büyük bir meningomiyelose, mikrosefali veya 13-18 trisomileri konusunda büyük görüş ayrılıkları mevcuttur. Bu tür olguların hem tıbbi hem de hukuki açıdan her zaman dikkat çekici olacağının bilinmesi önemlidir. Bu nedenle, böyle bir hastanın bakımını üstlenen her hekimin davranışlarının kovuşturmayla yol açabileceğinin ve toplumda geçerli olan görüşlerin ışığında büyük tartışmalara neden olabileceğinin bilinmesi gerekir.

Memleketimizde Nüfus Planlaması Kanunu'nun 5/2 inci maddesine göre, doğacak çocuğun ağır maluliyete uğrama tehlikesi bulunduğu veya

çocuğun doğumu halinde gelecek nesiller için ağır maluliyet tehlikesi söz konusu olduğunda gebelik sonlandırılabilir.

Cinsiyet kromozomunun üzerindeki genlerle geçen bir hastalığı teşhis eden hekim, aileyi genetik danışma ve taşıyıcıların belirlenmesi amacıyla ilgili merkezlere göndermediğinde adli tıpla ilgili sorunlar ortaya çıkabilir.

Planlanmış ancak malformasyonlu olarak doğmuş olan bir çocuk nedeniyle ebeveynler tarafından tazminat istemi ile davalar açılabilir. Kuşkusuz hem planlanmamış hem de malformasyonlu doğmuş bir çocuk nedeniyle de davalar açılabilir. Bu tür davalar genellikle ebeveynlerdeki veya fetüste genetik bir bozukluğun teşhis edilememesinden kaynaklanır. Ebeveynler, böyle bir genetik bozukluktan haberleri olsaydı gebe kalmayacaklarını veya gebeliği sonlandıracaklarını ileri sürerler. 4,6

Bu tür kusurlu bir çocuğun doğduğu durumlarda tıbbi masraflar ve çocuğun bakımı ile ilgili özel masraflar (özel aygıtlar, özel eğitim, v.b.) nedeniyle tazminat isteminde bulunulabilir.

Bu tür davalarda diğer çeşit malpraktis olgularında olduğu gibi, ebeveynlerin hekimin ihmalkar davranışı ile görevini tam olarak yerine getirmemesinin, şikayetçi oldukları hasara neden olduğunu kanıtlamaları gerekir.

ADLİ TIP AÇISINDAN SINIFLANDIRMA

Bilimsel temele dayanmayan bir davaya engel olunması ve haklı olan şikayetlerin desteklenmesi amacıyla malformasyonların adli tıp açısından aşağıdaki şekilde sınıflandırılması önem taşır.

Belirli bir neden ile meydana gelen malformasyonlar arasındaki ilişki olasılığına dayanılarak, malformasyonlar, sendromlar ve insan malformasyonlarının nedenleri 4 kategoriye ayrılmıştır: 1. Kesin ilişki, 2. Muhtemel ilişki, 3. Muhtemel olmayan ilişki, 4. İlişkinin olmaması (Tablo 20-3).

Tablo 20-3 Gebeliğin birinci haftasından doğuma kadar olan sürede madde alınması veya meydana gelen olaylar ile teratogenez veya fetüste patolojik değişiklikler arasındaki ilişki ¹

Kesin İlişki

- Talidomit embriyopatisi
- Androjenik maskulinizasyon
- Fetüste ilaçlarla oluşan hemolitik anemi
- Tetrasiklinlerle dişlerde oluşan floresans özelliğindeki boyanma
- Toksoplazmozis ve sitomegalik inklüzyon hastalığından kaynaklanan malformasyon sendromu
- Konjenital sifiliz
- Antitiroid ilaçlardan kaynaklanan guatr
- Canlı virüs aşıları ile fetüste oluşan viral enfeksiyon

Muhtemel İlişki

- Kızamıkçık virüsü ile temas sonucu oluşan ancak virüsün izole edilemediği veya belgelenemediği kızamıkçık sendromu
- Streptomisinin gebe anneye verilmesine bağlı sağırılık
- Çeşitli progestasyonel steroidlerin verilmesine bağlı maskulinizasyon
- Kansere kemoterapisinde kullanılan bazı ilaçlar
- On ila kırkıncı günler arasında 30 r dan fazla radyasyon
- Hipoglisemi (insülin)

Muhtemel Olmayan İlişki

- Çoğu ilaçlar
- Hipoksik olay
- Annede fiziksel travma
- Tanı amacıyla kullanılan 25 rad dan az radyasyon
- Ölü aşılarla aktif immünizasyon

İlişkinin Olmaması

- Mongolizm
- Diğer trisomi sendromları
- Translokasyon veya kromozom değişikliği sendromları
- X,Y veya otosom kromozomlarında delesyonlar veya duplikasyonlar
- Herediter metabolik bozukluklar veya malformasyonlar

Kesin ilişki kategorisindekiler insan malformasyonlarının çok küçük bir yüzdesini oluşturur. Muhtemel ilişki kategorisi daha büyük bir oranı kapsar. Bununla birlikte, bu iki kategori, seyrek olarak mahkemeye getirilen sorunları içerir. Çünkü uygun bir karara varılabilmesi için, davacının ihmali delillerini ortaya koyması gerekir. Örneğin, bir bebekte konjenital guatr gebe anneye antitiroid ilaç verilmesinden kaynaklanmışsa, dava, malformasyonlu bebeğin namına açılabilir. Davalı hekim, 1. Antitiroid ilacın annenin sağlığı için gerekli olduğunu, 2. Annenin gebelik sırasında antitiroid ilaçların uygulanmasından kaynaklanabilecek komplikasyonlardan haberdar edildiğini, 3. Hekimin ve ailenin bu komplikasyonları bildiğini ve bunların tıbbi kayıta yazılı olduğunu kanıtlayabilmelidir. Bu gibi bir durumda, ihmali unsur söz konusu olmaz ve davacı taraf davanın açılması için bir neden bulamaz.

Muhtemel olmayan ilişki kategorisi, davada en sıklıkla söz konusu olan ilişkileri kapsar. En sık karşılaşılan üç sorun, aşağıdaki konularla ilgilidir: 1. Gebe annenin tanınan amaçlı radyasyona maruz kalması, 2. Gebe annenin ilaçların etkisine maruz kalması, 3. Gebe annenin psikolojik veya fiziksel travmaya uğraması. Bu olguların çoğunda bilimsel dayanağın bulunmadığı aşikardır. Bazı durumlarda, davacı başarılı olur. Çok nadir durumlarda gebe anneye gelen travmanın konjenital bir bozukluğa veya fetüsün ölümüne yol açtığına dair kuşku yoktur. Bu kategori muhtemel olmayan grubu

oluşturur. Çünkü bu çevresel faktörlerin insanda malformasyonlara neden olması muhtemel değildir. Bununla birlikte, adaletsizliği önlemek için, her olgunun ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekir.

İlişkinin söz konusu olmadığı kategoride bazı sendromlar veya malformasyonlar bulunmaktadır. Burada gebeliğin birinci haftasından doğuma kadar olan sürede ilaçların veya çevresel faktörlerin bu gruptaki hastalıklara neden olmadığı kolayca gösterilebilir.

ADLİ TIPLA İLGİLİ İNCELEME

Malformasyonlu bir bebeğin ele alındığı bir davada, hem davacının hem de davalının mahkemeye sunması gereken bazı bilgiler bulunmaktadır. Birçok durumda, mahkeme doğru bir sonuca ulaşılması için yeterli olan veriler bulunmadan, karar verir.

Gebeliğin birinci haftasının sonu ile doğum zamanı arasındaki sürede çevresel faktörlere bağlı olarak bazı malformasyonların veya malformasyon gruplarının meydana gelebildiği bildirilmiştir. Bu nedenle, davacı, davalının ihmalden kaynaklanan çevre ile ilgili bir olayın konjenital malformasyona yol açtığını kanıtlarken, malformasyonlu bebekte sitogenetik veya genetik bozukluğun bulunmadığını göstermelidir. Öte yandan, eğer genetik bir bozukluk gösterilebilirse, davalı aleyhine açılan dava yürütülemez.

Bu nedenle, mahkeme malformasyonlu bebeğin sitogenetik olarak incelenmesini ve ayrıntılı, iyice belgelenmiş genetik aile anamnezinin elde edilmesini istemelidir. Özellikle mental retardasyon hastanın sendromunun bir kısmını oluşturuyorsa, hastanın ve ebeveynlerinin serumunda ve idrarında amino asit analizleri gibi bazı tarama testleri uygulanabilir. Çocuktaki defektler, şiddet ve prognoz bakımından belgelenmelidir. Bu nokta özellikle mental retardasyon konusunda geçerlidir. Mental retardasyonun şiddetinin ve prognozunun mahkemeye bildirilmesi şarttır.

ADLİ TIPLA İLGİLİ SORUNLARIN ÖNLENMESİ

1. Uygun İletişimin Kurulması

Adli tıpla ilgili olan birçok olguda yapılan önemli yanlışlıklardan birisi iletişimin kurulmamasıdır. Aslında, birçok durumda, ihmal faktörüne hasta ile doktor arasındaki iletişimin yeterliliğine dayanılarak karar verilir. Teratoloji alanında, iletişim sorunu daha karmaşıktır. Çünkü doktor ile hasta, doktor ile doktor, doktor ile eczacı, v.b. arasındaki ilişkiler söz konusudur. Davalı ile davacı arasında uygun bir iletişimin kurulabilmesi için, çevresel teratoloji ile ilgili bilgilerin doktorlara yeterli bir şekilde ulaştırılması gerekir. Eğer bir ilacın fetüs üzerine zararlı etkileri olduğu biliniyorsa, bu nokta ilaç broşürünün özel bir kısmında açıkça belirtilmelidir. Aslında, her ilaç broşürünün gebelikteki kullanım kısmında açık ifadeler bulunmalıdır. Fetüsle ilgili bir zarar söz konusu ise, o zaman zarar ve ilacın veya işlemin

yararları aile ile tartışılabilir. Yapılan tartışma ve sonucu muayenehane ve hastane kaydında yer almalıdır. Durumun farkında olunması ve bununla ilgili iletişim, birçok asılsız dava girişimini önler.

İletişimle ilgili olarak düşünülmesi gereken başka noktalar da vardır. Kasdi olmamakla birlikte, yanlış bir şekilde iletişim kurulması mümkündür. Her hekim gebeliğin sonucunun garanti edilemeyeceğini bilir ancak istemeyerek böyle bir garantiyi verme tuzağına düşebilir.

2. Mahkemeye Yardımcı Olacak Bilgi Kaynağının Sağlanması

Dava açıldığında, mahkemenin amacı doğru bir karara varmaktır. Mahkemeye yanlış bilimsel bilginin ulaşması veya mevcut tıbbi verilerin ulaşmaması yanlış kararlara yol açar. Bu nedenle, teratoloji konusunda bilgi sahibi olan bilirkişilerin malformasyonların etyolojisini belirlemeleri gerekir. Diğer bir deyimle, teratojenik durumun ihmalen kaynaklanıp kaynaklanmadığı konusunda karar verilmelidir.

3. Yasalarda Değişiklik Yapılması

Malformasyonlu bebeklerle ilgili davalarda hakların korunması için yeni yasaların çıkarılması gerekli olabilir. Bir yasa çıkarılmadan önce, ebeveynlerin korunup korunmaması gerektiğine veya yavrularındaki malformasyonlardan sorumlu tutulup tutulmayacaklarına karar verilmelidir. Örneğin, dominant geçiş gösteren bir malformasyonu olan ebeveynler yeni yasalarla korunmalı mıdır? Sindaktili veya retinoblastomlu bir çocuğun, ebeveynleri aleyhine dava açması veya onlardan tazminat istemesi teşvik edilmeli midir yoksa bu konuda dava açılması önlenmeli midir? Kernikteruslu veya konjenital sifilizli bir çocuğun, bu bozukluklar nedeniyle tazminat istemesine olanak sağlanmalı mıdır?

Bu gibi durumlarda, bir kişinin ebeveyn olmadan önce ne kadar bilgi sahibi olması gerektiği sorunu gündeme gelir. Böyle bir olguda kabul edilebilen savunma bilgisizlik midir? Çocuğu veya ebeveyni korumak için değiştirilmiş sınırlandırma statüsü bulunmalı mıdır?

Bu konulardaki önemli noktalar şunlardır:

1. Tıbbi düşüğün endikasyonları
2. Öjenik amaçlarla istemli veya zorunlu aile planlaması endikasyonları
3. Malformasyonlu bir çocuğu ilgilendiren bir dava açılmadan önce, mahkemeye sağlanması gereken bilgi çeşidi
4. Fetüsün davacı haklarına sahip olması için düşünülen kriterlerin saptanması
5. Ebeveynlerin doğmamış çocuğun sağlığına karşı sorumluluğu
6. İlaçların güvenliği yönünden ilaç firmalarının sorumluluğu
7. Fetüse zararlı olabilen maddelerin veya çevresel faktörlerin kom-pütüre hızlı bir şekilde kaydını sağlayan yasa.

Doğmamış bir fetüsü ilgilendiren adli tıpla ilgili sorunların yasal ve

tıbbi makamların aktif bir şekilde katılımı olmadan çözümlenemeyeceği aşıkardır. İlgili yasalarla davaya yol açabilen durumlar önlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Brent R.L : Medicolegal aspects of teratology, The Journal of Pediatrics, August 1967, Vol 71, No.2, pp.288-298.

2. Bundy A.L : Legal Concerns in Diagnostic Ultrasound, An Overview. In : Fleischer A.C., Manning F.A., Jeanty P., Romero R (Editors): Sonography in Obstetrics and Gynecology, Principles and Practice, Fifth Edition, Prentice-Hall International Inc., 1996, p.1029.

3. Ford P.G.T: Teratology, In : Camps F.E., Robinson A.E., Lucas B.G.B (Editors) : Gradwohl's Legal Medicine, Third Edition, Bristol, 1976, pp.449-451.T: Teratology, In:G

4. Lenke R.R., Nemes J.M : Wrongful Birth, Wrongful Life : The doctor between a rock and a hard place, Obstetrics & Gynecology, Vol.66, No.5, November 1985, pp. 719-722.

5. Shepard, T.H: Prevention of Litigation Related to the Birth of an Infant with a Congenital Defect. In : Iffy, L (Editor) : Second Perinatal Practice and Malpractice Symposium, December 1984, Full Proceedings, Astra Pharmaceutical Products, Inc., 1985, pp. 3-10.

6. Taub S : The Current Status of Actions for Wrongful Life and Wrongful Birth.In: Wecht C.H (Editor) : Legal Medicine 1985, Praeger Publishers, New York, 1985, pp.180-195.

21

Mesleğe Bağlı Tehlikelerin Üreme Sistemi ve Gebelik Üzerine Etkileri

Zeki Soysal / Sadi Çağdır / Erdoğan İzler

GİRİŞ

Günümüzde iş kesiminde çocuk doğurma çağındaki kadınların sayısı gittikçe artış göstermektedir. Yapılmış olan bir araştırmada 18-64 yaş arasındaki kadınların %50 den fazlasının evinin dışında bir işte çalıştıkları belirlenmiştir. Kadın işçilerin sadece %8 inin herhangi bir zamanda gebe olmasına rağmen, birçok kadının gebelik sırasında çalışmaya devam ettiği ve doğumdan kısa bir süre sonra işlerine geri döndüğü belirtilmiştir.¹

Birçok gebe kadında çalışma kapasitesi, kilo artışı, vücudun duruş şeklindeki değişiklik, üriner ve kardiyovasküler sistemlerdeki fizyolojik değişiklikler ile etkilenir. Yorgunluk, sinir sisteminde dengesizlik durumuna ve yetersiz gıda alımı da aneminin meydana gelmesine eğilim yaratabilir.

Gebe kadın tozlar, bazı kimyasal maddeler veya laboratuvar virüsleri bulunan bir ortamda çalışmadığı sürece, gebelik komplikasyonları nadiren işin kendisi ile etkilenir. Ancak, gebelik konsantrasyon ve uyanıklılık durumunu azaltabilir. Gebelikte hemorajik komplikasyonlar gibi bazı durumlar sorunlar oluşturabilir.

Fetüste intrauterin yaşamın ilk birkaç haftasında radyasyona uğramanın etkileri görülebilir. Bu nedenle, tehlikeli işlerde çalışan kadınların mümkün olan en kısa sürede gebelik durumunu bildirmesi gerekir.

Geleneksel olarak kadınlar evde temizlik sıvıları, enfeksiyon gibi üreme ile ilgili zararların yanı sıra ağır kaldırma gerektiren işlerin etkisinde kalırlar. Tarlada çalışan kadınlar ise pestisitlerin etkilerine uğrarlar. Günümüzde kadın işçiler, ağır metaller, organik çözücüler ve radionüklitler gibi toksik maddelerin etkisinde kalırlar. Mikroelektronik sanayisinde toluen, aseton, trikloreten, galyum ve arsen kullanılmaktadır. Kuru temizleme kuruluşlarında 1,1,1-trikloretilen ve tetrakloroetilen kullanılmaktadır. Hemşireler ilaçların ve radyasyonun etkisinde kalırlar. Hem hemşireler hem de okuldaki öğretmenler enfeksiyon tehlikesi altındadır.

Üreme ile ilgili riskler arasında gebelik ve laktasyon sırasında fetal

ve neonatal dönemlerde etkilenmeler ve fertilité bozukluğu yer alır. Ayrıca işçilerin giysilerinin bulaşmasına bağlı ikinci derecede etkilenmeler de söz konusu olabilir. Bu faktörlerin tümü, kadın-doğum doktorunun, kadınların üreme ile ilgili sağlığı açısından iş yerlerindeki tehlike olasılığı bulunan koşulları bilmesini zorunlu hale getirir.

Bununla birlikte, insan topluluklarında ayrıca cinsel fonksiyon, hormonal regülasyon ve diğerleri gibi önemli etkilerin de göz önüne alınması gerekir. Kadınlar açısından toksik etkileri önleyecek önlemlerin alınması gerekir.

Çok farklı yapıdaki bileşikler üreme sistemini etkilerler. Bu sistemin toksik maddelere karşı çok hassas olması olasılığı vardır.

Toksik maddelerin etki yerleri çeşitli olabilir. Bazı ilaçlar ovulasyon ve spermiogenez ile ilgili normal hormonal fonksiyonu bozarak etki ederler.

Toksik maddelerin germ hücreleri üzerine olan özel etkilerinin incelenmesine ilaveten, ovulasyon ve spermiogenez toksik maddelerin biyolojik sistemler üzerine olan etki mekanizmasının genel olarak incelenmesi için uygun olan biyolojik sistemlerdir. Bunun da nedeni, germ hücrelerinin gelişiminin hücre gelişiminin temel safhalarından geçmesidir. Ayrıca gelişimin zamanla ilgili olan dönemleri kolayca tanınır. Örneğin, spermiogenezde gelişim zamanlarında DNA, RNA ve protein sentezi meydana gelir.

Böylece, eğer bir toksik madde spermatosit döneminden sonra spermiogenezi inhibe ederse, etkisini DNA sentezini inhibe etmek suretiyle göstermesi olası değildir. Ayrıca, inhibe olan spermiogenez safhası biliniyorsa, o zaman bazı temel biokimyasal olayların etki yerleri olarak ekarte edilebileceği belirgindir.

İnhibe olan spermiogenez dönemi hakkında bilgi verebilen nispeten basit bazı deneysel yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunun nedeni, belirli bir organizmada sperm gelişiminin her döneminin süresinin iyice belirli olmasıdır. Örneğin, spermiogenez olayı için 10 haftanın gerekli olduğu ve spermatogonium safhasının iki hafta olduğu bir deney hayvanını düşünelim. Spermiogenez söz konusu olduğu anda, morfolojik etki yerinin araştırılması için yapılacak bir deneyde, deney hayvanı çeşitli zaman sürelerinde ve farklı dozlarda toksik maddenin etkisine bırakılır. Olgun fertil bir spermin oluşumunun bir ölçüsü olan fertilité, sadece fertil dişi hayvanların kullanılması koşulu ile, etkilenmeden sonra yapılacak olan çiftleştirme deneylerinde belirlenir. Eğer belirli bir deneyde tam bir sterilitenin meydana gelmesi için kimyasal bileşiğin etkisinde kalma süresinin 8 haftayı gerektirdiği anlaşılsa, bu etkinin gelişimin son 8 haftasından önceki bir dönemde olduğu düşünülür. Bir başka deyişle, bu olgun bir spermin oluşmasından önceki 8 inci haftada meydana gelir. Spermatogoniumlar için ilave 8 haftalık bir dönem gerekir. Bu, diğer dönemlerin (yani spermatosit, spermatit ve spermatozoa) etkilenmediği anlamına gelir. Çünkü olgun bir sperm haline gelme için 8 haftadan daha az bir süre gerekir.

Ovulasyon ve spermiogenez olayları nispeten iyice anlaşılmış olan

hormonal kontrolün etkisi altındadır. Böylece, bu olaylar, reseptör proteinlerinin incelenmesi, hormonlarla sıklık nükleotitler arasındaki ilişkiler ve normal hücre olaylarını bozan toksik maddelerin etki mekanizmaları açısından ilginçtir.

MESLEKİ TEHLİKELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yetersiz Veri Sorunu

Ne yazık ki, insan üremesi üzerine olan mesleki etkilerin tespiti nispeten güçtür. Çünkü geçmiş ile ilgili veriler eksiktir. Kişinin kocasının veya ebeveynlerinin meslekleri ile ilgili veriler çoğu kez tıbbi anamnezlerde eksiktir ve üreme ile ilgili sonuçlar da düzenli bir şekilde değerlendirilmemektedir. Ne yazık ki, birçok ülkede doğumsal defektler veya üreme ile ilgili diğer sorunlar konusundaki verileri sistematik bir şekilde toplama sistemleri bulunmamaktadır. Yakın zamanlarda yapılmış olan girişimlere rağmen, fertilitate ve diğer üreme ile ilgili noktalar halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Ulaşılabilen verilerin eksikliği nedeniyle, ilgili klinisyen gözlemlediği etkilerin yanı sıra, bunların ilaçlar, mesleki ve çevresel etkilenebilirliklerle olan olası ilişkisinin önemini kolayca belirleyemez.

Hatta iyice belirlenmiş üreme ile ilgili toksik maddelerden etkilenme olgularında dahi, reversibl veya irreversibl kontrasepsiyonun kasdi bir şekilde uygulanması gibi diğer değişkenler, üreme ile ilgili bazı etkilerin tespitini bozmaktadır. İşin kendisinin (örneğin, bedensel uğraşı) spesifik etkilenme ve meslekle ilgili olanların dışında, üreme üzerine başka etkileri bulunabilir. Örneğin, bazı araştırmalarda gebelik sırasında evin dışında bir işte çalışan kadınlarda klinik olarak belirlenen spontan düşüklerin oranı yüksek bulunmuştur. Bundan başka, işsizlik de sağlık açısından bir tehlike oluşturabilir. Bazı araştırmalarda işsizlik durumunda ekonomik gerilemeden kaynaklanan beden ve ruh sağlığında bozulma meydana gelebilir. Ayrıca işsizlikte siroz, akıl hastanesine yatma, intihar ve benzeri gibi durumlarda artış görülür.

Mesleki etkilenmenin üreme ile ilgili sonuçlar üzerine olan önemi değerlendirilirken, bütün bu faktörler göz önüne alınmalıdır.² Alkol, sigara içme, beslenme, yaş, ırk ve sosyo-ekonomik durum göz önünde tutulmalıdır. Bununla birlikte, bunların bazılarının risk altındaki bazı topluluklarda meslekten ayırt edilmesi güç olabilir. Örneğin, yetersiz beslenen sosyo-ekonomik durumu düşük olan kadınlar daha zor koşullarda çalıştıklarında, gelir düzeyi yüksek olan kadınlara göre toksik maddelerden daha büyük ölçüde etkilenebilirler.

Babayla İlgili Risk Faktörü

Özellikle kadın-doğum hekimlerinin üreme olayında çiftleri göz önüne alması önemlidir. Çalışan kadınların %70 den fazlası, mesleki açıdan üreme ile ilgili risklere maruz kalabilen çalışan erkeklerle evlidir.¹ Ev hanımlarında üreme ise, eğer eşleri toksik tehlikeye maruz kalacak bir meslekte çalışıyorsa olumsuz yönde etkilenebilir. Bundan başka, uyuşturucu ve alkol kullanımı, sigara içme ve yaş gibi faktörler de üremenin erkeklerle ilgili yönünü etkileyebilir. Üreme sistemi üzerine toksik etkisi bulunan maddelerin söz konusu olduğu işlerde hem kocanın hem de kadının çalıştığı durumlarda spontan düşük oranı en yüksek değerde bulunmuştur. Ayrıca iş yerlerine yakın yerlerde yaşayan birçok aile sanayiden gelen çevresel bulaşmalara maruz kalır.

Üreme ile ilgili sonuçlar üzerinde koca ile ilgili etkilerin göz önüne alınmaması bazı verilerin yorumlanmasını karmaşık hale getirir. Örneğin, çevre ile ilgili ve diğer araştırmalarda annenin faaliyetleri ve gebelik sırasındaki maruz kalma durumları incelenir. Ayrıca, bulaşmış içme suyu, alkol alımı, metal sanayi ve benzeri gibi yerde çalışma veya yaşama gibi faktörlerle üreme sistemi üzerine olan kötü sonuçlar arasında bağlantı kurulur. Birçok durumda babalar da kontamine olmuş su içerler, alkol alırlar, metal sanayiinde çalışırlar veya buraya yakın yerlerde yaşarlar.

Erkeklerin maruz kalmaları infertiliteye, düşüğe, fetüs açısından genetik sonuçlara yol açabildiğinden; erkeklerle ilgili faktörleri kontrol edemeyen araştırmaların uygulaması sınırlıdır.

Gebe kadınların ve gebe olduğu düşünülenlerin üreme sağlığı ile ilgili tehlikelere maruz kalmalarını önlemek amacıyla işlerinden ayrılmaları gerektiğini kabul etmek akla yatkın olabilmesine rağmen, çoğu kadın açısından kısa veya uzun süreli işsizlik uygulanacak olan bir seçenek değildir.¹

Aynı sorun üreme ile ilgili toksik maddelerden şüphelenilen işlerde çalışan erkekler için de geçerli olabilir. Bu kişilerde ve çiftlerde maruz kalınan düzeylerin, maruz kalma sürelerinin ve etkiler ile ilgili bilgilerin bilinmesi makul kararlar alınabilmesi için şarttır. İş rotasyonu, biyolojik veya çevresel incelemeler, kişisel koruma aygıtları gibi işle ilgili modifikasyonlar üreme ile ilgili mesleki riskleri anlamlı derecede azaltabilir.

İşverenin Sağlıkla ilgili Tutumu

Fetüs açısından zararlı olabilen durumları veya kimyasal maddelere maruz kalmayı önlemek için, kadın-doğum hekiminin üreme sağlığı üzerine olan mesleki tehlikeleri bilmesi gerekir.

Bu gibi durumlarda hekim kadın işçiyi bilgilendirir. Özellikle sağlıkla ilgili tehlikelerin değerlendirilmesi ve tıbbi tutumun yerine getirilmesi bakımından işte cinsiyet ayırımı konusu ortaya çıkabilir ya da gebe işçi veya gelecekteki ebeveynlerin riskler konusunda ayrıntılı bilgi edinmeleri gereke-

bilir. Etkin bir tutum, hastanın işverene karşı lehte müdafasını ve yardım bakımından sağlık yetkilileri ile karşılıklı diyalogu gerektirebilir.

Yasal Standartlar

Birçok yasada üreme sağlığı ile ilgili mesleki tehlikeler yönünden işverenin ve işçinin hakları ve yükümlülükleri tanımlanmıştır.

Yasalarda her erkek ve kadın işçinin güvenli ve sağlıklı işyerlerinde çalıştırılması, işverenlerin ölüme veya ciddi bedensel hasara yol açan ya da açması muhtemel olan tehlikelere karşı önlemler alması gerektiği belirtilmektedir. Biyolojik ve çevresel izleme yapılması gerekir.³

Amerika Birleşik Devletleri'nde iş güvenliği ve sağlığı ile ilgili yasada üreme sisteminde zarar meydana getiren dibromokloropropan, kurşun ve etilen oksit'e mesleki olarak maruz kalma konusunda düzenlemeler bulunmaktadır.

Ülkemizde benzer düzenlemeler İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün çeşitli maddelerinde ele alınmıştır.

İŞ YERLERİNDE GEBE KADINLAR

Gebeliğin Fizyolojisi

Gebelik, gebe kadınların etkin bir şekilde hem çalışabilme yeteneğini hem de kapasitesini etkileyebilir. Çalışma da gebeliği etkileyebilir. Gebe bir kadın, gebelikle ilgili olarak fetüsün ve plasantanın gelişmesinin yanı sıra anne organlarındaki değişikliklere bağlı olarak 8-12 kg alır. Bu miktarın üzerinde alınan kilo genellikle annede aşırı yağ birikimine ve sıvı retansiyonuna bağlıdır. Kan hacmi birinci trimestirin sonlarına doğru genellikle yaklaşık olarak %20 kadar artar. Buna uygun olarak kalp atımı %30-40 oranında artış gösterir. Kalp atımı 28 inci haftada en yüksek değerine ulaşır. Genellikle alt ekstremiteler kan hacminin yaklaşık olarak %37 sini ihtiva ederler.⁷ Büyüyen uterus kitlesinin ilave olan ağırlığı alt ekstremitelerden kanın ve lenfin kalp istikametinde olan akımını bozar. Hidrostatik basınç artışı vücudun alt kısımlarında ödem oluşumuna neden olur. Bu şekilde uzun bir süre oturan bir hastada ayaklar ve bileklerde ödem sıvısının birikimine karşı eğilim vardır. Memelerin ağırlığı yaklaşık olarak 1.2 kg artar. Memelerde rahatsızlık oluşabilir. Memelerin özel olarak desteklenmesi gerekebilir. Gebelere sıkmayan fakat destekleyen bir sütyen önerilmektedir.

İlerlemiş gebelikte büyüyen fetüs karnın ön kısmına daha fazla etki yapar. Gebelikte vücudun ağırlık merkezinin yeri değişir. Son trimestirde gebe kadın öne doğru düşmeyi önlemek için omuzlarını geriye doğru çekme ve lumbosakral bölgede omurgasını öne doğru getirme eğilimi gösterir. Bu da

sırt kasları üzerinde germe etkisi oluşturur. Ayrıca pelvis ligamentlerinin ve fibrokartilaginöz birleşim yerlerinin hareket yeteneğinde artış olur. Bu değişiklikler sırt ağrısına neden olabilir.

Birçok gebe kadında sinir sistemi gebe olmayan kadınlara nazaran daha stabil halde değildir. Bu da işte konsantrasyonu bozabilir.

Çalışabilmek, sağlıklı kalmak ve enerjiye sahip olmak için gerekli beslenme çok önemlidir.

Gebelikteki Komplikasyonlar

Travma erken doğuma yol açabilir ancak travma erken doğumun seyrek bir nedenidir. Plasentanın ayrılması için darbenin genellikle plaseenta alanına isabet etmesi gerekir.

Hiperemesis gravidarum, sık sık idrara çıkma, baskı semptomları, kabızlık, aşırı vaginal akıntı ve fetüsün aktivitesi işte etkinliğe engel olur. Son trimesterde hastada hemorajik komplikasyonlardan biri ile birlikte olsun veya olmasın gebelik toksemisi bulunabilir. Bu da acil bir durum oluşturabilir. Bu hastalıkların gebe ev kadınlarına göre iş yerinde çalışan gebe kadınlarda daha sık olarak meydana geldiğini gösteren deliller bulunmamaktadır.

Forseps doğumu, sezaryenle doğum, doğum sonrası kanama veya şokun işçi kadınlarda daha sık olduğunu gösteren deliller de bulunmamaktadır. Öte yandan, çalışan kadınlarda kronik yorgunluk iştah üzerine kötü bir etkide bulunarak anemiye karşı eğilim yaratabilir. Megaloblastik gebelik anemisi daha çok 30 yaşın üzerindeki multiparlarda, barsak rezorpsiyon bozukluklarında ve sosyal koşulları kötü olanlarda (sebze ve meyvenin yetersiz yenmesi) görülür.

Gebe kadın, gebe olmayan kadına nazaran üst solunum yolu hastalıklarına daha yatkındır. Bu durum kadın özellikle virüsleri veya tahriş edici tozları ihtiva eden bir ortamda çalışıyorsa daha kolay olur.

Gebe Kadınların İşleri ile İlgili Tutumlar

Gebe kadınların doğuma hazırlanmaları için antepartum devrede, sağlıklarını tekrar kazanmaları, yeni doğan çocuğa intibak edebilmeleri amacıyla da postpartum devrede izinli olmaları öngörülmektedir. Çeşitli ülkelerde izin süreleri değişiklikler göstermektedir.

Ülkemizde İş Kanunu'nun 70 inci maddesi gebelik istirahatları ile ilgilidir.

Madde 70. Kadın işçilerin doğumdan önce 6 hafta ve doğumdan sonra 6 hafta olmak üzere 12 haftalık süre ile çalıştırılmaları yasaktır. Ancak bu süreler işçinin sağlık durumuna ve işin özelliğine göre doğumdan önce ve sonra gerekirse arttırılabilir. Bu süreler hekim raporu ile belirlenir. İsteği üzerine kadın işçiye, doğumdan sonraki 6 haftadan sonra 6 aya kadar ücretsiz izin verilir. Bu süre, ücretli izin hakkının hesabında dikkate alınmaz.

Radyasyon

Embriyonal doku radyasyona çok duyarlı olup organogenesis etkilebilir. Ayrıca fetüs gonadlarının ışınlanması gen mutasyonuna neden olarak genetik tehlike yaratır. Radyasyonun fetüsün hematopoetik sisteminde lösemiye götüren bir etkisi vardır.

Radyasyon ile oluşan anormallikler alınan doza ve fetüsün gelişim dönemine bağlıdır.^{5, 6} Mutasyonların spontan hızını iki misline çıkarmaya yeterli olan radyasyon dozu 30 - 80 R olarak belirlenmiştir. 200 Rad'ın üzerinde fetüste anomali meydana gelmesi hemen hemen kesindir. Konsepsiyon döneminden 30 yaşına kadar gonatlar için maksimum izin verilebilen dozun 10 R dan az olması gerektiği bildirilmiştir.

TOKSİK MADDELERİN ÜREME ÜZERİNE ETKİLERİ

Üreme Sisteminin Fizyolojisi

Spermiogeneze

Erkek üreme sisteminde spermiogeneze genellikle yaklaşık olarak 13 yaşında tubulus seminiferous'ların tümünde meydana gelir. Tubulus seminiferous'lar tubuler epitelin dış kenarı boyunca yer alan spermatogoniumları iktiva ederler. Bu germ hücrelerinin proliferasyonu ve farklılaşması sürekli bir şekilde meydana gelir. Bunlar spermatogonium, spermatosit, spermatit ve spermatozoa adını alırlar. Gelişim olayı sırasında her spermden her bir kromozom çifti bir parçasını kaybeder. Bu şekilde eşleşmemiş kromozomları bulunan olgun bir sperm oluşur. Tubulus seminiferous'lardaki oluşumdan sonra sperm epididime geçer, orada hareket kabiliyeti ve fertilizasyon yeteneği kazanır. Bu olay 74 günü gerektirir.

Spermatogeneze çeşitli hormonlar rol oynar. Folikül stimulan hormon spermatogoniumların olgun sperme dönüşümünü uyarır. Ayrıca işlemin tamamlanması gerekir. Testosteronun salgılanması luteinizan hormon ve folikül stimulan hormonun etkisi altında olduğundan, normal spermiogeneze için adenohipofizden hem luteinizan hormonun hem de folikül stimulan hormonun salgılanması gerekir. Leydig hücrelerinden salgılanan testosteron meyoza sonraki kontrolde veya spermatitlerin spermatozoaya dönüşmesinde rol oynar.

Ovulasyon

Kadında ovulasyon ovaryumlardaki primer foliküllerin gelişmesi ile olur. Primer foliküller FSH ın etkisi ile gelişirler. Bu gelişimin sonucunda

yumurtalıkta Graaf folikülü oluşur. Bunun içinde ovum bulunur. Adetin 14 üncü gününde pik yapan luteinizan hormonun etkisiyle folikülde çatlama olur ve ovulasyon meydana gelir. Ovulasyondan sonra Graaf folikülü korpus luteuma dönüşür. Korpus luteumdan hem östrojen hem de progesteron salgılanır. Korpus luteumun ömrü 14 gündür. Bu devrede gebelik oluşmazsa korpus luteumda gerileme olur. Kandaki hormonların seviyesi düşer ve menstruasyon başlar. Böylece siklus denen bu olay her ay devam eder.

Diğer Alanlar

Gonadların gametojenik ve sekretuar fonksiyonları hipofiz ön lobundan salgılanan folikül stimulan hormona ve luteinizan hormona bağlıdır. Bu sekresyonun kontrolü, hipotalamus yoluyla cinsiyet hormonları sayesinde feedback mekanizması ile oluşur. Erkekde folikül stimulan hormon spermatojenik epitelde spermiogenezi uyarır. Kadında ise foliküllerin gelişiminde rol oynar. Ovulasyon ve korpus luteumun oluşumunun ilk dönemi luteinizan hormonun etkisi altındadır.

Spermatogenez vücudun iç ısısından daha düşük ısıda oluşur. Eğer testislerin ısısı karın içinde kalma veya başka bir nedenle artarsa sterilite oluşur.

Ejekülat sperme ilaveten vesikula seminalis, prostat ve Cowper bezlerinin salgısını ihtiva eder. Ayrıca menide prostaglandinler de bulunmaktadır. İnsan menisinin bileşimi şu şekildedir: 1. Vesikula seminalislerden salgılanan fruktoz, fosforilkolin, ergotonin ve askorbik asit, 2. Prostattan salgılanan spermin, sitrik asit, kolesterol, fosfolipitler, fibrinoliz ve fibrinogenaz, 3. Prostaglandinler ve hiyaluronidaz.

TOKSİK ETKİLERİN BELİRLENMESİ

Spesifik bir maddeye maruz kalma ile ilgili olabilen ters etkilerin çeşitlerini belirlemek güçtür. Etkiler maruz kalınan doza ve maruz kalma süresine bağlıdır. Sonuçla ilgili olarak bir etkinin şiddeti büyük ölçüde değişiklik gösterebilir. Örneğin, mutasyon kendisini fetüste ölümle, yaşayan bebekte ise doğumsal defektler veya tespit edilebilen ters etkiler olmaksızın karyotip değişikliğiyle gösterebilir. Bazı maddelerin toksisitesi kendisini sadece fetal gelişimin oldukça sınırlı bir döneminde maruz kalma durumu söz konusu olduğunda gösterebilir. Tiroksine-triiodotiro-nine-bağımlı gelişmeyi engelleyerek etki eden bir insektisit olan nitrofen kemirgenlerde sadece bu hormonların kalbin morfolojik gelişimini kontrol ettiği zaman süresinde teratojenik etki gösterir. Uygun olan zamanda nitrofene maruz kalan kemirgenlerde insandaki Fallot tetralojisi sendromuna benzeyen bozukluklar oluşur.

Fetüsün gelişimini etkileyen bazı maddeler, postnatal gelişimin daha sonraki dönemlerinde belirlenebilirler. Prenatal veya hatta konsepsiyon öncesindeki etkileri, postnatal etkilerden ayırmak güç olabilir. Bu nokta özel-

likle nörotoksik bir metal olan kurşun ve muhtemelen kadmiyum açısından geçerlidir. Bunlar bebeğin altıncı ila onikinci aylarında belirlenebilen kognitif gelişiminde azalma oluşturur. Pediatri ve obstetrik ayrı tıp dalları olduğundan, üreme toksisitesinin belirlenebilmesindeki bu gecikme, etyoloji saptanırken önemli klinik ilişkileri gizleyebilir.

Üreme fonksiyonunun birçok yönüne ölçümle ulaşılabilir. Örneğin, hipotalamus-hipofiz-gonad ekseninin izlenmesi, hormonların ve gonadotropinlerin (folikül stimulan hormon, luteinizan hormon, insan koryonik gonadotropin-beta, progesteron ve östrojen) hassas RIA (radioimmünasay) ile ölçümünü gerektirir. Bu çeşit kapsamlı bir değerlendirme, infertilitede etyolojik faktörler aktif bir şekilde araştırılırken, üreme disfonksiyonu ile ilgili olguların dışında nadiren yapılır.

Adet anormallikleri ile ilgili de seyrek bir şekilde toplanmaktadır. Kromozom veya karyotip ile ilgili veriler rutin olarak toplanmaz. Amniosentez genellikle aile ve kişisel anamnezinde kalıtım ile ilgili doğumsal bozukluklar bulunan ya da yaşı 35 den fazla olan kadınlarda yapılır. Doğurganlık ve fertilite üzerine önemli etkiler bulunmadığında, gonadal etkilerin belirlenmesi güçtür. Kadın gonatlarına ulaşılabilir. İn vitro fertilizasyon için ovum örneklerinin alınması biyopsi veya toplama işlemini gerektirir.

Toksik maddelerin etkisi sonucunda fetüs ölümü meydana gelebilir.

Toksik maddelerin erkek üreme sistemi üzerine olan etkileri ele alınırken çeşitli etki yerleri olabileceği bilinmelidir. Toksik maddeler spermiogenezin belirli bir safhası üzerine doğrudan etki edebilirler. Örneğin, bu etki spermatogonium, spermatosid, spermatit veya spermatozoa üzerine olabilir. Toksik maddelerin başka bir direkt etkisi de tali üreme organları ile reaksiyona girmesidir. Genel olarak, toksik bir maddenin bu yerlerin her biri ile olan reaksiyonu, fertil olmayan spermin yapılmasına yol açan çoğu zararları açıklayabilir.

Spermiogenezde hormonların rolü olduğundan, göz önüne alınması gereken birçok indirekt etki söz konusudur. Toksik maddelerle intertisyal hücreler, Leydig hücreleri veya adenohipofiz etkilenecek infertilite meydana gelebilir. Radyasyon veya ısı gibi fiziksel etkenler de normal sperm yapımını etkiler.

Erkek üreme sisteminde olduğu gibi toksik maddelerin direkt etkisi ile kadında germ hücrelerinin yapımı engellenir. Kadın üreme sisteminde toksisiteye bağlı olarak birçok diğer fizyolojik ve fonksiyonel belirtiler oluşabilir. Ayrıca maruz kalma ile toksisitenin ortaya çıkışı arasındaki gecikmeler nedeniyle kadının üreme fonksiyonu üzerine olan ters etkiler fertilite yılları veya gebelikten çok sonraki zamanlarda ortaya çıkabilir (erken menopoz yılları). Üreme sistemi çeşitli organlardan oluşmaktadır-gonadlar, uterus, tuba uterinalar ve merkezi sinir sistemi. Bunların hepsi toksik etki açısından muhtemel hedeflerdir. Gebelik sırasında plasenta ve fetus intoksikasyona uğrayabilir. Üreme fonksiyonu üzerine olan etkiler şu şekilde belirtilebilir:

- Cinsel davranış veya libido

- Doğurganlık yeteneğinde azalma
- Kadın üreme sisteminde yapısal anormallikler
- Anormal puberte gelişimi
- Amenore ve diğer menstruasyon bozuklukları
- Konsepsiyonda gecikmeler
- Erken fetüs ölümü
- Geç fetüs ölümü
- Neonatal ölüm
- Fetüsün doğduğu sıradaki ağırlığında azalma
- Çoğul doğumlar
- Doğumsal defektler
- Kromozom anormallikleri
- Bebek ölümü
- Neonatal morbidite
- Çocukluk dönemindeki malign hastalıklar
- Erken menopo

Aşağıdaki tabloda çeşitli toksik maddelerin üreme üzerine olan etkileri gösterilmektedir (Tablo 21).

Tablo 21 Çeşitli toksik maddelerin üreme üzerine etkileri

Kimyasal Madde	Etki
Dioksinler, stiren, alfa-metildopa Kepen	Cinsel istek, cinsel güç Hormonal fonksiyon
Dibromokloropropan, kurşun, dietilstilbestrol	Sperm ile ilgili anormallikler: sayı, hareket, şekil
Halotan, eter, kurşun, PCBs, 2-4,5-T, vinil klorür, etilen oksit	Fetüs ölümü, düşük
Sentetik cinsiyet hormonları	Çoğul doğumlar
Talidomit, alkilleştirici maddeler, etanol, sodyum valproat, fenitoin	Doğumsal defektler
Kurşun	Fetüsün doğduğu sıradaki ağırlığı, morbidite, bebek ölümü
Heksaklorofen	Çocukluğun erken döneminde morbidite ve ölüm
Kurşun, dietilstilbestrol, dilantin	Transplasental karsinojenler
Warfarin, kurşun, dioksin, PCBs	Davranış şekli ile ilgili tera- toloji

Prenatal Gelişim

Bir kadının prenatal dönem, cinsel olgunluk dönemi ve yaşlılık dönemi de dahil olmak üzere bütün yaşam süresi boyunca ters etkilerle oldukça farklı ve spesifik şekilde etkilenme dönemleri bulunur. Kadın üreme sisteminin oluşumu prenatal dönemde başlar ve yine bu dönemde sonlanır. Erken gametogenez döneminde primordial germ hücreleri ürogenital kabartıya doğru göç ederler, çoğalırlar ve oogoniumlara farklılaşırlar. Folikül kompleksinin gelişimi (oosit, granuloza hücreleri, bazal membran ve teka hücreleri) önemlidir. Çünkü granuloza hücreleri ile birlikte bulunmayan oositler dejenere olurlar. Oluşan oositlerin yaklaşık olarak %85 i bu erken gelişim döneminde kaybolur. Doğumda normal insan ovaryumu yaklaşık olarak bir milyon oosit ihtiva eder ve üreme dönemi boyunca bu sayı sıfıra varıncaya kadar azalır. Bununla birlikte, bir kadının fertilite dönemi boyunca sadece yaklaşık olarak 400 adet oosit ovulasyon olayına maruz kalır. Büyük bir çoğunluğu atrezi sonucunda kaybolur. Kadınlarda siklofosamid ve bazı polisiklik aromatik hidrokarbonlar gibi maddeler kadının üreme dönemini büyük ölçüde kısaltırlar. Bunun mekanizması, oositleri tahrip etmek veya atrezinin hızını arttırmak şeklindedir.

Vagina, serviks, uterus ve tuba uterinalar da prenatal dönemde gelişir. Gelişimin bu döneminde herhangi bir bozukluk sonraki üreme kapasitesi üzerine önemli etkiye bulunabilir. Bu durum, prenatal dönemde sentetik hormon olan dietilstilbestrol maruz kalan kadınlarda görülmüştür. Bu kadınlarda dietilstilbestrol ile Müller sisteminde oluşan malformasyonlar başarılı gebeliği engeller gibi görülmektedir.

Postnatal Etkiler

Puberte sırasında karmaşık cinsel olgunlaşma olayı meydana gelir. Bu olayın büyük bir kısmı hipotalamus düzeyinde veya bunun üst kısmındaki merkezi sinir sistemi ile kontrol edilmektedir. Sentetik cinsiyet steroidleri, endojen serbestleştirici faktörler, nöropeptitler veya transmitter antagonistleri ya da agonistleri gibi maddeler hipotalamus üzerine feedback etkisi gösterirler. Gonadal reseptörün dolaşımdaki gonadotropinlere karşı cevaplarını etkileyen bileşikler cinsel olgunluğu da değişikliğe uğratırlar. DDT, lindan insektisitleri gibi östrojen reseptörüne bağlanan bileşikler gelişimin bu yönlerini etkileyebilirler ve deney hayvanlarında erken gelişim meydana getirdikleri belirlenmiştir.

Üreme döneminde merkezi sinir sistemi-gonadlar- uterus etkileşimleri başarı açısından şarttır. Ovulasyon, gonadal hormonların, gonadotropinlerin ve serbestleştirici faktörlerin doğru bir şekilde salgılanmasına bağlıdır. Döllenen yumurtanın implantasyonu progesteron-östrojenin karşılıklı ilişkilerindeki değişikliklerin zamanına bağlıdır. Gonadotropinlerin salınışını veya östrojenin gonatlardan salınışını değiştiren

barbitüratlar gibi kimyasal maddeler bozuk oositlerin ve anormal fetüslerin meydana gelişine neden olabilirler. Bazı antipsikotiklere (Haloperidol) bağlı olabilen hiperprolaktinemi fertilitede azalmaya neden olabilir. Kurşun progesteronun yükselmesini bloke ederek implantasyonu engeller.

Fertilizasyon ve erken blastosist gelişimi sırasında oositin karyotipik durumu üreme ile ilgili başarının önemli bir belirleyicisidir. Perinatal mortalite, embriyoletalite veya doğumsal defektlerle ilgili olabilen en sık görülen kromozom anormallliği çeşidi, aneuploidi oluşturan meyozyosundaki ayrılmama olayları ile ilgilidir. Birçok kimyasal maddenin aneuploidi meydana getirdiği bildirilmiştir. Oogenezye ve sonraki meyozyosundaki oluşan kromozom ve sitogenetik bozukluklar, gebeliğin kaybının önemli bir nedenini oluştururlar. Fertilize olmuş bütün ovumların %20 ila %60 ının canlı doğum dönemine ulaşamadıkları belirlenmiştir. Gebeliğin daha geç döneminde meydana gelen ve klinik olarak farkına varılan düşüklerin yarısında kromozom anormallliği bulunduğu belirlenmiştir. Bu, mutajenik etkiler (fertilizasyondan önce ovum veya sperm ile kazanılan) ile kendini gösterebilen bir dönemdir.

Hızlı hücre bölünmesinin ve primordial hücrelerin organ sistemlerine farklılaşmasının meydana geldiği embriyogenez dönemi, toksik etkilere karşı hassasiyetin arttığı bir dönemdir. Bu, teratojenlerin etkisini gösterdiği dönemdir. Teratojenisite durumu, gebelik sırasında maruz kalınan zaman ve doza bağlılık gösterir. Teratojenisite fokomeli veya nöral tüp defektleri gibi durumlarda olduğu gibi aşikar bir şekilde tespit edilebilir ya da farkına varılması daha güç olabilir. Örneğin, toksik etki dismorfogenez ile birlikte ise ya da bu durum olmaksızın nörolojik fonksiyon bozukluğunu ilgilendiriyorsa, farkına varılması güçtür. Bu durum ağır metallerle oluşabilir.

Prenatal toksisitenin postnatal olarak kendini belli ettiği bir durum, çocukluk dönemindeki kanserlerdir. Lösemi dışında puberte öncesinde görülen çoğu kanserlerin, fetüsün prenatal dönemde maruz kalışından ya da ebeveynlerin pregestasyonel olarak maruz kalışından kaynaklandıkları düşünülmektedir. Prenatal dönemde dietilstilbestrolle maruz kalmanın karsinogenik olduğu gösterilmiştir. Ebeveynlerin çözücülere ve metallere maruz kalması durumunda, bazı tümörlerin sıklığında artış görüldüğü belirtilmiştir.

Prematürite veya gebelik yaşına göre küçük olma durumu kolayca belirlenen parametrelerdir. Prematüre bebeklerin plasentalarında organik klorürlü insektisitlerin seviyelerinde artış bulunduğu bildirilmiştir. Gebelik süresinin kısalmasının da anne kanındaki kurşun konsantrasyonundaki nispeten küçük artışlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Neonatal dönemin başlangıcında mesleki maruz kalma durumu bebeği etkilemeye devam edebilir. Bu duruma, kanına nazaran sütü ile daha yüksek konsantrasyonlarda lipofilik bileşikler ve metalleri nakledebilen emziren anneler örnek olarak verilebilir. Mesleki olarak veya çevresel şekilde maruz kalan kadınların meme sütlerinde anlamlı miktarlarda klorlandırılmış hidrokarbonlu insektisitler ve klorlandırılmış veya bromlandırılmış bifeniller bulunur. Bazı olgularda annenin kemiğinde veya yağ dokusunda biriken maddeler, mobilize olarak sütle salgılanıp yeni

doğanda risk artışına neden olabilirler.

TOKSİK MADDELER

Steroidler ⁸

Kadın Üreme Siklüsü Üzerine Olan Etkileri

Kontraseptif ilaçların etki şekli çeşitli araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Kontraseptif etkinin söz konusu olduğu yerler arasında tuba uterinalar, ovaryum, serviks, endometrium, hipofiz bezi ve hipotalamus yer almaktadır. Genel olarak kullanılan bileşikler doğal olarak meydana gelen steroidler veya yapısal olarak bunlara benzerlik gösteren maddelerdir. Bunlar genellikle bir östrojen ve / veya bir progesterondan oluşurlar. Bunlar ovulasyonu inhibe ederek etkilerini gösterirler. Bu etki sonucunda korpus luteum oluşmaz ve folikül gelişimi durur. Overi küçültürler. Çünkü büyük foliküller ve korpora lutea bulunmaz. Germ hücreleri üzerine ters etkileri yoktur. Kombinasyon şeklinde kullanıldığında, endometriumdaki değişiklikler arasında proliferasyondan sekresyon şekline hızla ilerleme ve nihayet glanduler atrofi yer alır.

Östrojen siklik bir şekilde kullanıldığında (50-80 mg lık dozlar halinde mestranol), siklüsün ortasında LH sekresyonu ortadan kalkmaz. Eğer progesteronlar tek başına verilirse, genel olarak siklüsün ortasında LH pikini baskılarlar ancak bazal düzeydeki LH atılımı üzerine ya az etkileri vardır ya da hiç yoktur. Küçük miktarlardaki steroidler 0.5 µg lynestrenol, 0.25-0.5 mg ethynodiol diacetate) siklüsün ortasında LH pikini baskılamazlar. 50-150 µg mestranol progesteronlarla birlikte uygulandığında, siklüsün ortasında LH ortadan kalkar.

Küçük dozlarda mestranol (10-20 µg) folikül stimulan hormon salgılanmasını uyarır. Buna karşın, 80-100 µg lık dozlar ise folikül stimulan hormon salgılanmasını azaltır. Progesteronların folikül stimulan hormon salınımı üzerine etkileri değişkendir. Östrojenlerin ve progesteronların birlikte kullanımı folikül stimulan hormonun salgılanmasını baskılar.

Steroidlerin etki yerinin hipotalamus olduğu sanılmaktadır. Kastre edilmiş sıçanlarda FSH-RF ve LH-RF konsantrasyonu inhibe olur. Progesteron normal ve kastre edilmiş sıçanlarda LH-RF yi azaltır. Histolojik incelemeler folikül gelişimini erkenden durdurduğunu düşündürmektedir. Kadınlara günde 80 µg mestranol uygulanması foliküllerin olgunlaşmasını ve korpus luteumun oluşumunu önler. Bunun aksine, sürekli progesteron alan kadınlarda bu gibi değişiklikler dikkati çekmez.

Birçok steroid hipotalamo-hipofizer sisteme etki ederek ovulasyonu inhibe eder. Östrojen FSH yi azaltır, progesteronun ise LH nın bazal düzeydeki sekresyonunu etkilemeksizin siklüsün ortasında LH pikini baskılar. Meydana gelen diğer etkiler arasında overlerin gonadotropin uyarımına

cevap vermesinde değişiklik, FSH ve LH'nin yapımı ve katabolizmasındaki değişiklikler, spermin kapasitasyon ve implantasyon bozukluğu yer alır.

10^{-4} ve 10^{-5} M'lık konsantrasyonlarda östradiol segmentasyonu önleyebilir. Clomiphene de olduğu gibi, norethindione acetate, ethinyl estradiol ve 6α -methyl- 17α -hydroxyprogesterone acetate da segmentasyonu engeller. Östrojenlerin steroid yapısındaki modifikasyonlar, ovulasyon sonrasındaki olayları engelleyen antagonistleri meydana getirir. Bunlar sıçanların üreme sisteminden implantasyon öncesindeki dönemde ovumun atılımına neden olarak etkilerini gösterirler.

Çeşitli hayvan türlerinde estradiol cyclopentylpropionate'ın gebeliği aşağıdaki düzeylerde kesintiye uğrattığı belirlenmiştir: kobay (10 µg), hamster (25 µg), fare (1 µg), tavşan (50 µg) ve sıçan (10 µg). Türlerde görülen bu fark, klomifenin sıçanlarda ovulasyonu inhibe etmesi fakat insanlarda ise bu olayı stimüle etmesi ile gösterilmiştir.

Steroidler ayrıca ovulasyon sonrasındaki olayları da bozarlar. Örneğin, tavşanlarda günde 2mg'lık deri altına uygulanan progesteron, ovulasyondan önce ağız yoluyla verilen 6α -methyl- 17α -hydroxyprogesterone acetate ve ovulasyondan sonra uygulanan ethinyl estradiol yumurtanın nakil hızındaki artış nedeniyle yumurtaların dejenerasyonuna yol açar. Fare veya tavşan yumurtalarında in vitro segmentasyon 10^{-4} - 10^{-5} M östradiol ile inhibe olur.

İmplantasyon blastosistin uterusu varış zamanına bağlılık gösterir. Rhesus maymununda çiftleşmeden sonraki altı gün uygulanan diethylstilbestrol (1-25 mg) veya östradiol (günde 10 mg) gebeliği önler. Bu sonuçlar belki de östrojen ile progesteron arasındaki dengesizliğe bağlıdır.

Erkek Üreme Sistemi Üzerine Olan Etkiler

Spermiogenez de hormonal protagonistler ile inhibe olur veya değişikliğe uğrar. Dietilstilbestrol'ün implantasyonu ile hipofiz fonksiyonu inhibe olduğunda, spermatogonium safhasının ötesindeki gelişim inhibe olur. Bu etki belki de FSH ile yarışmaya bağlıdır. Çünkü spermiogenez bu hormonla tedaviyle düzelir. Spermiogeneze engel olan diğer steroid bileşikler arasında 16α , 17α , dihydroxyprogesterone acetophenide, 17α -ethinyl-19 nortestosterone acetat'ın enol etheri, 2α -hydroxymethyl- 17β -hydroxy 5α -androstane-3-1, 17α -methyl- 5α -androst-2-en- 17β -ol ve 2α -formyl- 5α -androse-2-en- 17β -ol yer alır.

Dietilstilbestrol'ün implantasyonu spermatosit gelişimini bozar. Dört ay sonra sadece A ve B tipinde spermatogoniumlar bulunur. Bu etki ICSH ile tersine dönmez fakat FSH spermatogenezi tamamen düzeltir. Etkinin hipofiz fonksiyonunun inhibisyonu şeklinde olduğu düşünülmektedir.

Köpeklerde 20-80 mg/kg/gün dozuyla 28 gün uygulanan methalibuse (1α -methylallylthio-carbamyl-2-methyl thiocarboxylhydrazine) primer spermatosit safhasında ve 8 inci dönemde spermatid metamorfozunu durdurur.

Sıçanlarda alphosone acetophenide (16 α ,17 α -dihydroxy progesterone acetophenide) 48 gün süreyle 1.65 mg/kg - 8.25 mg/kg/gün dozuyla uygulandığında, spermatogenez ve cinsel aktivitenin baskılandığı belirlenmiştir.

Clomiphene (1-p [β -diethyl-aminoethoxy]-phenyl-1,2-diphenyl-2-chloroethylene) primer spermatosit seviyesinde spermiogenezi etkiler. Bu etkinin hipotalamus-hipofiz eksenini yoluyla olan östrojenisiteye bağlı olduğu düşünülmektedir.

İnsanda testosterone enanthate (Delalestryl) haftada 250 mg uygulandığında spermatogenez baskılanır. 70 günden sonra sperm kaybı oluşur ancak tedaviden 75-100 gün sonra spermatogenez yeniden başlar.

Özet olarak, steroid bileşikler ile ovulasyon veya spermiogenezin inhibisyonu konusundaki araştırmalar çeşitli etki yerleri olduğunu düşündürmektedir. Üreme sistemi üzerine olan direkt etki olasılığına ilaveten, etkiler üreme sisteminin normal gelişimi için şart olan hormonları salgılayan diğer organlar üzerine de olabilir. Böylece, inhibisyon sadece hormonun hedef hücreleri ile değil aynı zamanda da oluşturan hücrelerle de ilgilidir.

Bu bileşikler ayrıca ovulasyon sonrasındaki dönemleri de etkilerler. Bu durum, belki de normal bileşiğin yerine kullanılan bir maddeye bağlı olarak östrojen-progesteron seviyelerindeki bozulmanın veya bu steroid bileşiklerin biogenezindeki veya katabolizmasındaki bir değişikliğin sonucudur.

Merkezi Sinir Sistemi İnhibitörleri ⁸

Reserpine, chlorpromazine, perphenazine ve promazine gibi merkezi sinir sisteminde depresyon yapan bileşikler olgun olmayan farelerde süper-ovulasyonu inhibe eder. Yapılmış olan deneylerde, epinephrine, amphetaminler ve serotonin çiftleşmeden sonraki bir dakika içinde uygulandıklarında ovulasyonda engellenme meydana geldiği belirlenmiştir. Bu etkilerin gonadotropik hormonların salınışının engellenmesi sonucunda oluştukları düşünülmektedir. Ayrıca, etkiler uygulanma zamanına da bağlıdır. Bu ilaçlar koitustan sonra gittikçe artan bir zamanda uygulandıklarında, oluşan etkiler de daha azdır. Bu engellenme, belki de sempatik sinir sistemi üzerine olan etki sonucudur. Bunun gonadotrop hormonun salınışı üzerine olan bir etkiyi içerip içermediğinin veya fertilizasyondan önce sperm veya ovum üzerine olan diğer bazı doğrudan etkiye bağlı olup olmadığının belirlenmesi önem taşır. Ovulasyon reserpine ile de inhibe olur. Bu etki DOPA ile antagonize olur. Bu ilaçlar ve diğer monoamine oksidase inhibitörleri belki de LH-RF veya FSH-RF yı kontrol eden yerleri bloke ederek ovulasyonu durdurmalarına rağmen, insanlarda infertilite ilaçları olarak kullanılmaları çok yararlı değildir.

Triphenylethylene ve İlgili Bileşikler ⁸

Sıçanlarda triphenylethylene bileşiklerinin etkisi postovulatuvar, preimplantasyon dönemi ile sınırlıdır.

U-11,100A ve U-11,555A (1-[2-(p-3-hydromethoxy-2-phenylbutyl)phenoxyethyl]-diethylamine) in sıçanlarda östrojene bağımlı implantasyonu engellediğine inanılmaktadır. Sıçanlarda koitten sonraki 0-8 inci günlerde günde 25 µg/kg dozda uygulanan nitrotriphenylethylene bileşiği (1-[2-(p-methoxyphenyl)-β-nitrostyryl]-phenoxy [ethyl] pyrrolidine) nin fertiliteye karşı etkili olduğu belirlenmiştir. Bu bileşiğin antiöstrojenik özellikleri bulunmaktadır. Clomiphene farelerde, sıçanlarda ve köpeklerde blastosiste zarar vermeksizin endometriumun iç ortamını bozar ve implantasyonu da önler.

Ferrosam bileşiği olan F 6066 nın gebe farelerin korpus luteumunda biriktiği ve 3β-hydroxy-steroid dehydrogenaze enzimini inhibe ettiği belirlenmiştir. Progesteronun endometrium üzerindeki etkisini önlediği anlaşılmıştır.

Çeşitli bileşiklerin preimplantasyon üzerine etkileri incelenmiştir. Preimplantasyon fazının ovulasyondan nidasyona kadar olan süreyi kapsadığı kabul edilmektedir. Tuba uterinada meydana gelen üreme ile ilgili olaylar koronal hücre dispersiyonu, sperm kapasitasyonu, yumurtanın fertilizasyonu, yumurtanın segmentasyonu ve yumurtanın gelişiminden oluşur. Triphenylethylene türevleri olan çeşitli bileşiklerin östrojenik özelliklerine ilaveten antifertilite etkisi bulunmaktadır. Etkili bir antifertilite özelliği olan U-11,634 bileşiği sıçanlarda çiftleşmeden sonraki dördüncü günde uygulandığında östrojenik değildir ve implantasyonu önleyerek etki ettiği sanılmaktadır.

DMS-MER-25, U-11,100A, U-11,555 A bileşikleri tuba ve uterusun motilitesini artırır.

MER-25 bileşikleri sitotoksik olup ovumun veya blastosistlerin yaşama yeteneğini etkilerler.

MER-25, MRL-41, U-11,555A, CN-55,945-27 bileşikleri östrojenin uterusta tutulumunu inhibe ederler ve desidua hücrelerinin cevabını engellerler.

U-11,555A,MRL-41 bileşikleri histaminin uterus üzerine östrojenle başlatılan etkisini inhibe edebilirler.

MER-25 bileşikleri östrojene bağımlı enzimleri, U-11,634 bileşikleri östrojene bağımlı DNA,RNA ve protein sentezini bloke ederek desidua hücrelerinin cevabını inhibe edebilir.

CN-55,945-27 bileşikleri LH salgılanmasını artırarak lutealize yol açarlar ve progesteronun düzeylerini düşürürler.

Rhesus maymunlarında çiftleşmeden sonra ağız yoluyla günde 40 mg dozla altı gün veya 2.5 mg/kg lık enjeksiyon dozuyla her dört günde uygulanan clomiphenin gebeliği önlemediği belirlenmiştir.

Genel olarak, bu gruptaki bileşiklerin ya östrojenik aktivite ya da

östrojenin reseptör proteini üzerindeki etkisini değiştirerek etki ettikleri sanılmaktadır.

Methanesulfonyk Asit Esterleri ⁸

Methanesulfonyk asit esterleri spermatogenezi etkiler. Örneğin, sıçanlarda ağız yoluyla 5 mg / kg / gün veya içme suyu içinde 7-10 mg/kg/gün seviyesinde uygulanan methyl ve ethyl methanesulfonate spermatidleri ve olgun spermi etkilemektedir. Ağız yoluyla 10 mg/kg/gün dozunda 80 hafta uygulandığında öncü hücrelerde gittikçe ağırlaşan bir hasar oluşmadığı belirlenmiştir.

Busulfan ve dimethyl-busulfan gibi bileşikler özellikle spermatogoniumları etkiler. Methylene-bis-methane sulfonate çoğu spermatogoniumlar ve epididimdeki spermatozoalar üzerinde inhibisyon etkisi yaparlar. Methyl-metsulfonate ise spermatozoa ve spermatidler üzerinde inhibisyon etkisi yapar. Spermatositler ve spermatogoniumlar üzerinde ise böyle bir etki görülmez.

Nitro Aromatik ve Dikloro Asetil Diaminler ⁸

Bu bileşikler primer spermatosit düzeyinde spermiogenezi inhibe ederler. Sıçanlarda ağız yoluyla günde 20 mg/kg düzeyinde uygulanan 1-N,N-diethylcarbomyl-methyl-2,4-dinitropyrole'ün 30 günde testislerin ağırlığını %50 civarında azalttığı belirlenmiştir. Dichloroacetyl diaminlerden bazıları karaciğerde aldehyde dehydrogenase'ı inhibe ederler.

Alkilleştirici Maddeler ⁸

Bu bileşiklerin de üreme sistemi üzerine etkileri olduğu gösterilmiştir. Procarbazine gibi antineoplastik maddeler erkeklerde steriliteye yol açar. Cyclophosphamide kadınlarda infertiliteye neden olur.

Kemirgen hayvanlarda özellikle spermatidlerin ve spermatozoanın aziridine bileşiklerine hassas olduğu gösterilmiştir. 0.25 mg/kg dozuyla intravenöz yolla dokuz hafta uygulanan 7,12-dimethylbenzanthracene'nin steriliteye yol açtığı görülmüştür. Bu etki spermatogoniumlar üzerine olmaktadır. Urea, carbamic asit ve phosphonic asit cinsel faaliyeti etkilemeksizin hücrelerin bütün spermatojenik dönemlerinde tahrip edici etki gösterirler. Spermatogoniumlarda devam eden hasar irreversibl sterilite ile sonuçlanır.

TEM spermatogoniumlar ve spermatidler üzerine etki eder. Kromozom anormallikleri oluşur.

Ağır Metaller 8

Üreme ve gelişim üzerine ters etkisi bulunan ağır metaller arasında kurşun, kadmiyum, civa, krom, nikel, selenyum, lityum, bakır, arsenik ve plutonyum yer alır. Bu metallere mesleki şekilde maruz kalma sadece primer madencilik ve metalurji sanayiinde değil aynı zamanda da pil ve akümülatör fabrikalarında (kurşun, kadmiyum, nikel), mikroelektronik ve elektrik gereçleri üreten fabrikalarda (kadmiyum, bakır, arsenik, lityum, civa), tıpta kullanılan kimyasal madde sanayiinde (selenyum, arsenik, bakır), boya sanayiinde (kurşun, civa, kadmiyum) ve plastik sanayiinde (kurşun, arsenik) meydana gelir.

Ağır metaller kadınlarda üreme sisteminin bütün alanlarına etki ederler. Kurşun, kadmiyum, civa, lityum ayrıca fetüs üzerine toksik etki gösterir. Bundan başka, kurşun ve kadmiyum erkeklerde gonadlar ve gametler üzerine toksik etki gösterir. Bu nedenle, bu iki metal hem ebeveynler üzerine hem de fetüse toksik etkide bulunur.

Kurşun 1, 8, 9, 10

Kurşunun 19 uncu yüzyılın son zamanlarından beri düşük yaptırıcı bir madde olduğu ileri sürülmektedir. Çanak - çömlek sanayiinde çalışan kadın işçilerin kurşuna maruz kalması sonucunda fertilitede azalma olduğu uzun zamanlardan beri bilinmektedir. Kurşun üreme sisteminin çeşitli unsurları üzerine etki eder. Bunlar arasında hipotalamus fonksiyonu, cinsiyet steroid reseptörleri, fertilizasyondan sonra progesteron yapımında azalma ve fetüsün yaşayabilme yeteneği yer almaktadır.

Kurşunun bir teratojen veya fetotoksin olması olasılığı çeşitli klinik araştırmalarda incelenmiştir. Kanında aminolevulinik asit dehidraz enziminin inhibisyonu söz konusu olan kurşun değerleri yüksek bulunan yeni doğan bebeklerde daha sonra mental retardasyon tespit edilmiştir. Son zamanlarda yapılmış olan bir araştırmada bebeğin 6 ay ve bir yılda zekasında dozla ilgili bir azalma meydana geldiği bildirilmiştir. Bu durum 12 (g /100 ml yi aşan kordon kanındaki kurşun konsantrasyonlarında görülmektedir.

Çocuk doğurma çağındaki Amerikalı kadınlarda kandaki ortalama seviyeler 10-15 (g/100 ml olmasına rağmen, kadın işçilerde bu düzeyin 30-50 (g/100 ml bulunduğu bildirilmiştir.¹¹ Dünya Sağlık Örgütü çocuk doğurmayı planlayan kişilerde kandaki kurşun seviyelerinin 30 (g/100 ml 'nin altında tutulması için bazı önerilerde bulunmaktadır.

Kurşunun mutajenik olduğu bildirilmektedir. Kurşuna maruz kalmış erkek işçilerin lenfositlerinde sitogenetik değişiklikler bulunmuştur. Anormal sperm morfolojisi ve oligospermi pil veya akümülatör fabrikalarında kurşuna maruz kalmış olan işçilerde bildirilmiştir. Ayrıca kurşuna maruz kalmış işçilerde endokrin fonksiyon değişikliği belirlenmiştir. Kadın gonadlarında mutajenik etkiler meydana gelir. Sperm morfolojisinde

görülen etkilerin üreme açısından önemli olup olmadığı belirlenmemiştir.

Kurşunun kalıtımsal bir karsinogen olabildiğini gösteren bazı deliller bulunmaktadır. Wilms tümörü bulunan çocuklarda yapılan bir araştırmada bu tümörle babalarının kurşuna maruz kalmaları arasında bir ilişki bulunduğu dikkati çekmiştir.

Civa ⁸

Organik civa insanlar için teratojen maddedir. Japonya'da Minimata'da civa ile bulaşmış balıkları yiyen gebe kadınların önemli doğumsal defektler bulunan bebekler doğurdıkları saptanmıştır. Hatta doğum sırasında doğumsal defekt saptanamayan olgularda postnatal incelemelerde ağır davranış bozuklukları bulunduğu bildirilmiştir. Civaya maruz kalmış olan gebe kadınların çocuklarında özellikle serebellumda tahribat oluşmaktadır. Bu çocuklarda hareket ve anlama kabiliyetinde anormallikler belirlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde prenatal dönemde metil civaya maruz kalmış olan çocuklarda nöbetler ve körlük de dahil olmak üzere ağır nörolojik bozukluklar belirlendiği bildirilmiştir.

Kadmiyum ⁸

Kadmiyumun deney hayvanlarında testiküler toksisiteye, doğumsal defektlere ve fetüs ölümüne yol açtığı bilinmektedir ancak bu konuda insanlarla ilgili veriler bulunmamaktadır.

Toksik etkiler seminiferous epitel ve Leydig hücreleri üzerinedir. Testislerde dejenerasyon oluşur. Kadmiyum testiste hemorajik nekroz, atrofi ve aspermi oluşturur.

Diğer Metaller ⁸

Bakıra, arseniğe ve diğer metallere maruz kalma ile üreme toksisitesi arasındaki ilişki epidemiyolojik araştırmalara dayanmaktadır. Epidemiyolojik araştırmalar, maden sanayiine yakın olarak yaşayan kadınlarda klinik olarak saptanan spontan düşük oranlarında artışlar bulunduğunu göstermiştir.

Çözücüler ⁸

Heksan, ketonlar, eterler, aseton, toluen ve butanol gibi yağ çözücü maddeler kimya ve üretim sanayiinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Kadınların çözücü maddelere en önemli maruz kalma kaynağı temi-

zleme ve elektronik sanayileridir. Elektronik sanayiinde bu kimyasal maddeler temizlik için kullanılırlar. Tetrakloroetilen ve trikloroetan kuru temizlemede kullanılan temizleyici maddelerdir. Bu alanlarda kadınlar sık olarak çalışırlar. Stiren, toluen ve alifatik hidrokarbon karışımları ile anensefali meydana geldiği bildirilmiştir. Bu tür sanayi kesiminde çalışan kadınlarda spontan düşük oranında artış meydana geldiği belirtilmiştir.

Ayrıca 1,1,1 trikloroetan, trikloroetilen, formaldehit ve etoksietanol'ün teratojenik ve fetotoksik etkileri bulunmaktadır. Tekstil sanayiinde yaygın bir şekilde kullanılan bir çözücü olan etoksietanol'ün deney hayvanlarında davranış bozukluklarına yol açtığı bildirilmiştir.

Polisiklik Aromatik ve Halojenli Hidrokarbonlar 8

Bu bileşiklerin çoğu monooksijenazlara bağlı olan mikrozomal sitokrom P-450 yi uyarırlar. Bunların bazıları ayrıca oositleri tahrip edebilirler ve ovulasyonu durdurabilirler. Bu ovotoksik etkinin sonucunda menopoz yaşında düşme meydana gelebilir.

Rahim içinde ve doğumdan sonra anne sütü ile dioksinlere veya dibenzofuranlara maruz kalmış olan çocuklarda deride esmerleşme, hirsutizm, anormal diş ve iskelet gelişimi meydana geldiği bildirilmiştir.

Kepon'un anlamlı derecede bir östrojenik etkisi bulunmaktadır. Kepon'a maruz kalmış erkeklerde spermatogenez baskılanır.

Kimyasal Mutajenler 8

Mutajenik bileşikler erkeklerde veya kadınlarda gonadları veya gametleri ve gebelik ürünlerini etkileyebilirler. Bu etki sonucunda infertilite, doğumsal defektler veya kanser meydana gelebilir. Doğumsal defektler letal olabilir. Vinil klorür'e maruz kalmış olan kadınlarda spontan düşük oranlarında artış meydana geldiği görülmüştür.

Üreme üzerine etki eden mutajenik zararlardan birisi de iyonizan radyasyondur. Yeterli şiddetteki iyonizan radyasyon oositlerin meiotik aktivitesini ve spermatogenezini bozabilir. Gamma radyasyonun fetüs gelişimi üzerine olan etkisinin 100 mrem/yıl maruz kalmış olan onbin canlı doğum başına 6 önemli defekt kadar fazla olduğu belirlenmiştir. Radyasyon gelişmekte olan organ sistemleri üzerine sitotoksik etkide bulunabilir. Gebeliğin 8 ila 15 inci haftaları arasında rahim içinde gamma radyasyonuna maruz kalmış olan çocuklarda mikrosefali sıklığında artış ve IQ değerlerinde azalma meydana geldiği bildirilmiştir.

Bazı kimyasal maddeler kromozomlarda anormalliklerin meydana gelmesine neden olur.

Anestetik Maddeler ve İlaçlar ⁸

Özel ilaçların üreme toksisitesi ile ilişkisi bulunmaktadır. İlaçlara ve kimyasal maddelere maruz kalmış olan işçilerin idrarında mutajenik maddeler bildirilmiştir. Anksiyeteye karşı kullanılan ilaçlar ve antineoplastik maddelerin üreme üzerine toksik etkileri bulunabilir. Antineoplastik kanser kemoterapisinde kullanılan maddeler çoğalan tümör hücreleri üzerine etkilidir ve bunlar selektif olarak hızla bölünen hücrelere toksik etkide bulunurlar. Oositlerin meiotik aktivitesi, spermatogenez ve konseptusun mitozu bu hücreleri bu tür maddelere karşı çok hassas kılar.

Siklofosfamidin gonadotoksisitesi bu maddeyi kullanan kadınlarda belirlenmiştir. Siklofosfamid overlerde fonksiyon bozukluğuna yol açabilir veya tam over yetmezliği ve infertilite meydana getirebilir. Düşük dozlarda her iki cinsiyette üreme ile ilgili geriye dönebilen fonksiyon bozuklukları oluşabilir. Bununla birlikte, daha yüksek dozlarda her iki cinsiyette tam sterilite hali meydana gelir. Siklofosfamid mikrozomal monooksijenazlar ile daha toksik reaktif bir metabolite dönüşür. Bu da gonad hücreleri ile reaksiyona girebilir ve oositleri tahrip edebilir. Bununla birlikte, siklofosfamide maruz kaldıktan sonra karaciğer metabolizması ovotoksitesinin derecesinde belirleyici bir faktör olmayabilir. Çünkü metabolizma bu dönüştürücü enzimleri ihtiva eden overde meydana gelebilir. Siklofosfamid ovotoksitesinin gerçek niteliği tam anlamı ile bilinmemektedir. Bunun mekanizmasında oositlerin kaybında artış söz konusu olabilir.

Sitotoksik maddelere ilaç sanayinde mesleki olarak maruz kalan kadınların üreme sistemleri risk altındadır. İlaç sanayiinde çalışan kadın işçilerde düşük oranı, perinatal ölüm oranı ve önemli malformasyonların oranı daha yüksektir.

Nitröz oksite (azot protoksit) ve halotana maruz kalma durumlarında konjenital anomalilerin sıklığında artış bulunduğu bildirilmiştir. Kadın anesteziyologların bebeklerinin ağırlıklarının tıbbın diğer alanlarında çalışan kadınlarınkine nazaran daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılmış olan bir araştırmada etilen okside maruz kalmış olan kadınlarda spontan düşük oranının bu maddeye maruz kalmamış olan hastane dışı personele nazaran daha yüksek olduğu belirlenmiştir.¹²

Çeşitli Bileşikler

Diğer çeşitli bileşikler de spermiogenezi etkilerler. Sıçanlara 0.29 g / kg dozuyla 220 gün uygulanan fenasetinin inhibitör etkide bulunduğu belirlenmiştir. Hexachlorophenin ağız yoluyla sıçanlara verilmesinin spermatogenezde dejenerasyona yol açtığı görülmüştür.⁸

Bazı insektisitlerin erkek veya kadın üreme sistemini etkilediği tespit edilmiştir.^{13, 14}

KAYNAKLAR

1. Silbergeld, E.K., Mattison, D.R., Bertin, J.E : Occupational Exposures and Female Reproduction, In : Evans, M.I., Dixler, A.O., Fletcher, J.C., Schulman, J.D (Editors): Fetal Diagnosis and Therapy: Science, Ethics and the Law, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1989 ;149-170.
2. Grandjean P. Individual susceptibility in occupational and environmental toxicology. Toxicology Letters, 1995; 77(1-3):105-108.
3. Taskinen E, Ahlborg G. Assessment of reproductive risk at work. Int. J. of Occupational Medicine and Environmental Health, 1996; 2 (1): 59-63.
4. Akbulut, T: İşçi Sağlığı, Prensipler ve Uygulamaları, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1996: 296-300.
5. Soysal Z, Çelbiş O. Teratoloji ile ilgili Adli Tıp Sorunları. Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 2000; 2(4): 83-89.
6. Ford P.G. T. Teratology. Camps E.E., Robinson A.E., Lucas B.G.B., Editors. Gradwohl's Legal Medicine, Third Edition. 1976: 449-451.
7. Didle, A.W: Gravid Women at Work, Fetal and Maternal Morbidity, Employment Policy, and Medicolegal Aspects, J Occup Med 12:10-5, Jan 70.
8. Newburgh, R.W: Toxicology of the Reproductive System, In : Casarett, L. J., Doull, J (Editors) : Toxicology, The Basic Science of Poisons, Macmillan Publishing Co., Inc., New York, 1973 ; 261-273.
9. Al-Hakkak, Z.S., Zahid, Z.R., Ibrahim, D.K : Effects of ingestion of lead monoxide alloy on male mouse reproduction, Arch.Toxicol.,1988; 97-100.
10. İzler, E : Atomik Absorpsiyon Spektrofotometresiyle Post-mortem Kan Örneklerinde Kurşun ve Bakır Düzeyleri, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Fen Bilimleri Anabilim Dalı, Adli Fen Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1989.
11. Varnagy, L., Budai, P., Molnar. E., Takacs, I., Karpati, A. Interaction of Dithane M-45 (mancozep) and Lead Acetate During a Teratogenicity Test in Rats. Acta Veterinaria Hungarica (Budapest) 1983; 48(1): 113-124.
12. Ahlborg, G., Hemminki, K. Reproductive Effects of Chemical Exposures in Health Professions. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 1996; 37 (8) : 957-961.
13. Eckrich, W. Toxic Pollutants and Fertility Disorders. Solvents and Pesticides. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1993;53(3): 147-160.
14. Kundiev Y.I. Actual Medical and Ergonomic problems in Agriculture in the Ukraine. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health. 1994;7 (1): 3-11.

Plasenta ve Adli Tıp Sorunları

Mehmet Korkut / Safa Çelik / Sadi Çağdır / Zeki Soysal

PLASENTANIN İNCELENMESİNDEN SAĞLANACAK YARARLAR

Plasenta, yaşam süresi yaklaşık olarak 9 ay kadar devam eden bir organdır (Şekil 22- 1). Bu süre zarfında bir enzim fabrikası, iç salgı organı, fetüsün büyüme ve gelişimi için bir nakil organı olarak fonksiyonunu sürdürür. Fetüsün gelişiminde plasentanın önemi iyice bilinmektedir. Plasenta annenin ve fetüsün hastalık durumlarını yansıtabilir.



Şekil 22- 1 Normal plasenta

Tıbbi kayıtlar genellikle mahkemede kullanılacak olan yasal belgeler olarak değil sağlık amacıyla muhafaza edilir. Plasenta perinatal dönemde zarara uğramış olan olguların incelenmesinde uygun olan bir organdır. Patologlardan çoğu kez plasenta ile ilgili patolojik bulguları yorumlamaları istenir. Özellikle fetüsteki hasarı veya neonatal dönemdeki patolojik durumu açıklayabilen bilgiler istenir. Bazı durumlarda veriler neonatal hastalığın

kaynağı olarak annenin durumunu gösterebilir. Plasentanın araştırılması ile neonatal mortalite ve morbidite ile ilgili olduğu bilinen birçok anormal durum belirlenir. Benirschke bebeğin gelişimi için plasentanın çok önemli bir organ olduğunu bildirmiştir. Dikkatli bir plasenta incelemesi ile yeni doğan bebek yönünden prognozla ilgili önemli bilgiler sağlanır. Birçok plasenta lezyonu ile fetüsün gelişimi arasındaki ilişki konusunda nispeten az şey bilinmektedir. Plasentanın makroskopik ve mikroskopik özellikleri anlamlı bir şekilde yorumlanmadan önce fazla miktarda veri toplanmalıdır.

Maternal, fetal ve neonatal durumlarda plasenta incelemesi ile ilgili bilgilerin elde edilmesi, neonatal dönemde tamamen normal görülen birçok bebekte daha sonra nörolojik bozuklukların görülmesi halinde önem taşır. Bu nedenle, retrospektif olarak bu duruma neden olan etyolojik faktörlerin saptanması girişimi, aşağıdaki durumlarla engellenebilir:

1. Bazı yüksek riskli faktörler söz konusu olduğunda, rutin olarak hem makroskopik hem de mikroskopik incelemelerin yapılmamış olması

2. Prenatal intrapartum ve neonatal seyirleri bu gibi faktörlerle ilgili bulunan ve plasenta bulguları anormal olan yeni doğan bebeklerin uygun bir şekilde izlenmemiş olması

Son yıllarda herkes koruyucu tıbbın yararlı sonuçlarını giderek daha iyi anlamaktadır. Plasenta incelemesi henüz anlaşılamamış nörolojik bozukluklarla ilgili etyolojik faktörlerin daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir. Bu nedenle, her hastanenin doğum ve patoloji bölümlerinin plasentanın incelenmesi ile ilgili bir protokolü birlikte geliştirmesi önerilir.

Plasentanın incelenmesiyle, birçok önemli patolojik bulgu elde edilebilir. Örnekler verecek olursak, transplasental kanamaya bağlı olabilen ve makroskopik olarak soluk görülen anemide çekirdekli eritrosit hücrelerinin tespiti, koranjiozis'in varlığı, perinatal asfiksi ile bağlantılı olabilen birçok lezyonların saptanması plasentanın incelenmesiyle mümkün olabilir. Doğum odasında plasentanın dikkatli bir şekilde incelenmesi ile klinik açıdan yararlı bilgiler edinilebilir. Böyle bir inceleme ile eksik bir kotiledon, ilave bir lob, plasenta dekolmanına ait taze retroplasental pıhtı, plasenta kenarında zar yırtılması (aşağı implantasyon tanısını doğrular), önemli enfarktler veya hatta nadir olan koryoanjiyom tespit edilebilir. Prematüre bebeklerde ve tüm ikiz doğumlarda plasenta mikroskopik olarak incelenmelidir. Çok prematüre olan bebeklerin plasentaları sık enfeksiyon bulgusu nedeniyle de incelenmelidir.^{1,2,3}

PLASENTA İNCELEMESİ İLE İLGİLİ NOKTALAR

Plasenta incelemesinin yapılmasında maliyetle ilgili faktörler söz konusu olabilir. Hekim sorumluluğu ile ilgili sigorta şirketleri, patoloğların bütün plasentaları incelemelerinden memnuniyet duyarlar. Bununla birlikte, bu sigorta şirketleri ve hastaneler tazminatla ilgili noktalardan ürkerler. Patoloğlar hasta yeni doğanların plasentalarının makroskopik ve mikroskopik incelemeleri için para alırlar. Ancak rutin doğumlarda makroskopik plasenta

incelemeleri, fotoğraf çekimi ve plasenta dokusunun saklanması için para almazlar. Genelde tüm doğumlara ait plasentalardan parafine gömülü üç blok ve tüm plasentalara ait dökümanlar saklanmalıdır. Bu işlem, yeni doğan bebekler, onların anne-babaları, üçüncü taraflar, sigorta şirketleri, hastaneler ve hekimler açısından toksoplazmozis, rubella virus, sitomegalovirus, herpes virüs, sifiliz testleri, serum immün globulin ve birçok rutin kan gazı belirlemelerine nazaran çok daha yararlı bilgiler sağlayabilir. Prematüre bebeklerle ilgili tıbbi kayıtlar, kan gazı belirlemelerinin sonuçları ile doludur. Hem optimal tıbbi bakım hem de sigorta kapsamı açısından öncelik taşıyan işlemlerin yeniden organizasyonu için çok gereksinim bulunmaktadır.

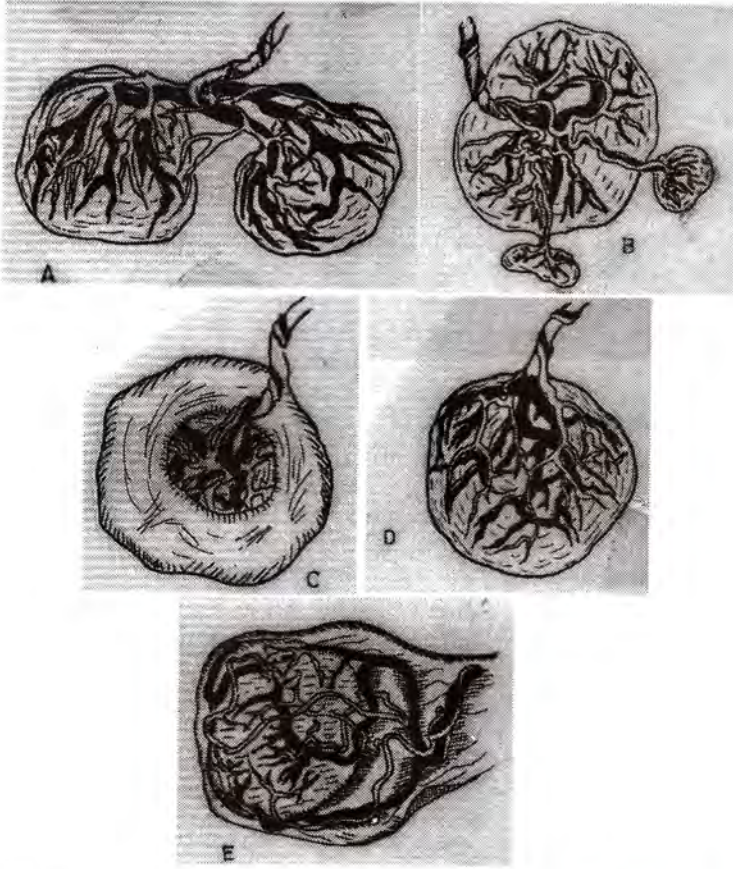
Plasantanın makroskopik olarak incelenmesi sadece birkaç dakika alır. Rutin olarak uygulandığında, hekim belli başlı makroskopik bulguları kolayca tanıyabilecek hale gelir. Tecrübesiz hekimlere yardımcı olmak amacıyla çeşitli kılavuzlar yayınlanmıştır. İdeal olanı, plasenta incelemesinin doğum sırasında yapılmasıdır. Bu bulgular daha sonra hastanın kartına kaydedilir. Bu mümkün olmadığında, bebeğin iyi olduğundan emin oluncaya (genellikle 2 ila 3 gün) kadar, plasenta saklanmalıdır. Plasenta etiketlenerek buzdolabına koyulur fakat dondurulmaz. Bu şartlarda morfolojik özellikler günlerce iyi bir şekilde korunur. Bununla birlikte, bir miktar sıvı kaybı meydana gelerek organın kalınlığı azalır.

Çoğul doğum, konjenital anomali, gebelik süresine göre ağırlığı az boyu kısa olan bebek, zor ve prematüre doğum olgularında bütün plasentalar rutin olarak incelenmelidir. Histolojik tanı gerektirenlerin seçilmesi tecrübeyi ve bir patoloğa kooperasyonu gerektirir. İyi bir tanımlama yapılmadığında, plasantanın usulüne uygun olarak çekilen fotoğrafları çok önemli bilgiler sağlar. Bu durum, özellikle çoğul doğumların plasentalarında geçerlidir.

Anamnezinde ölü doğum, spontan düşük veya bir ya da daha fazla gebeliğinde prematüre doğum, diyabet, dismorfizm, dismatürite, eritroblastozis veya hidrops, çoğul doğum, mekonyum çıkışı, klinik olarak akut veya kronik intrauterin enfeksiyon bulunan olgularda mikroskopik inceleme yapılmalıdır.

Makroskopik plasenta lezyonlarının göz önüne alınması, çoğu kez ışıık mikroskobunda görülen lezyonlar kadar önemlidir. Göbek kordonunun uzunluğu ve çapı önemlidir. Klinisyenler çoğu kez göbek kordonunun önemli bölümlerini kullandıklarından ve atıklarından dolayı, patoloğlar kısa göbek kordonlarının anlamlı olduğunu kabul etmeme konusunda dikkatli olmalıdır. Yaygın kordon ödemi nedeni çoğu kez bilinmediğinden her zaman anlamlıdır. Plasentada ne kadar belirgin makroskopik lezyonlar bulunursa, anomali veya yeni doğan bebekte kötü sonuç bulunması ihtimali de o kadar fazladır. Makroskopik plasenta anormallikleri arasında anormal loblara bölünme (aksesuar loblar ve bidiskoid örnekler), ekstrakoriyal plasantasyon (yassı fibröz doku kenarı ile birlikte olan plasenta sirkummarjinate ve villöz dokunun periferde çıkıntı oluşumu gösterdiği plasenta sirkumvallate, göbek kordonunun anormal yapışmaları, zarlara yapışan velamentoz kordonlar), tek göbek kordonu arteri veya çok küçük ya da çok büyük olan plasentalar yer alır (Şekil 22- 2). Göbek kordonunun uzunluğunun ölçülmesi, kordonun

yapışma yeri, kordonda üç damarın bulunuşunun doğrulanması, zarların renginin ve fetüs yüzeyinin parlaklığının değerlendirilmesi, villüs dokusunun renginin belirlenmesi, fetüste damar trombusu açısından inceleme yapılması, oluşmuş olan enfarktların yüzdesinin belirlenmesi, plasenta veya zarların arkasında pıhtılar yönünden inceleme yapılması, zarlar ve göbek kordonu dışında plasenta ağırlığının belirlenmesi gerekir. Çoğul gebelikte kordonlar, doğumun sırasına göre işaretlenmeli, kordonların pozisyonu bildirilmelidir. Ayıran zarlar incelenmelidir. İnterfetal anastomozlar araştırılmalıdır. İkiz plasentaların kabataslak resmi çizilmelidir. Patolog, yüzeyel plasenta damarlarının fibrin trombüsleri ihtiva edip etmediğini kaydetmelidir. Diğer yüzeyel damarlardan aşıkarak renk farkı gösteren damarlarda fibrin trombüsleri bulunabilir.



Şekil 22-2 Plasenta anormallikleri. A. Bipartite placenta- İki parçaya ayrılmış şekildeki plasenta. B. Succenturiate placenta- Kendisine kan damarları ile bağlı küçük ayrı bir loba sahip plasenta. C. Circumvallate placenta- Fetal yüzün çevreye yakın bir bölümünde koryon kıvrımından ibaret tümsek gösteren plasenta. D.

Battledore placenta- Göbek kordonunun plasentanın fetal yüzünde ortaya değil de kenara yakın tutunma gösterdiği placenta. E. Göbek kordonunun zarlara yapışması.

Plasentanın gebeliğin 20 inci haftasında tespit edilmemiş haldeki ağırlığının 150 gramı, gebeliğin 30 uncu haftasında 370 gramı ve miadında ise 600 gramı geçmemesi gerekir. Placenta büyümesinin nedeni genellikle bilinmemektedir. Sık görülen nedenler arasında annedeki anemi, diabet, kronik intrauterin enfeksiyon ve immunoheolitik anemi yer alır. Üçüncü trimesterde plasentanın ağırlığının az oluşu tipik olarak uteroplasental yetmezliğe bağlıdır. Bu olayda tespit edilmemiş haldeki plasentanın ağırlığı 350 gramdan az olabilir. Plasentanın büyük veya anormal derecede küçük oluşu fetüste kronik tehlike oluşturur.

Placenta ve pediatrik patoloji konularında tecrübesi bulunmayan patoloğlar anormalliklerin anlamları konusunda fikir yürütmemelidirler. Buradaki temel soru, mevcut olan patolojinin klinik tedaviden bağımsız olarak kötü sonucu doğurup doğurmadığıdır. Bu, klinik anamnez ile birlikte makroskopik ve mikroskopik placenta bulguları arasında dikkatli bir ilişki kurulmasını gerektirir.

Mikroskopik inceleme için en azından üç lam hazırlanmalıdır. Bunlardan birisi göbek kordonu ve zar kıvrımı ile ilgilidir. Diğer ikisi ise placenta kesitleri ile ilgilidir. Doku fetüsün placenta yüzeyini, anne yüzeyini ve en azından da yan taraftan olmayan iki placenta parçasını içermelidir. Makroskopik lezyonlar bulunduğu anda, patolog ilave olarak bunları temsil eden lamaları elde etmelidir.^{4,5,6}

NEDENSELLİK AÇISINDAN PLASENTADA GÖZ ÖNÜNE ALINMASI GEREKEN NOKTALAR

Doğumdan 20 yıl kadar uzun bir süre sonra bile serebral infantil spastik paralizi ve psikomotor retardasyon ile ilgili ihmal iddiası bulunan davalar açılabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nin değişik eyaletlerinde farklı zaman sınırlamaları söz konusudur. Bu davalar çoğu kez doğumun olduğu ve neonatal bakımın yapıldığı hastane, burada çalışan doktorlar, aile hekimi, doğum hekimi ve çocuk hastalıkları uzmanı aleyhine açılır. Mahkemeler plasentadaki bulguların sonucu olarak:

1. Hekimleri, hemşireleri ve hastaneleri ihmal veya kötü sonuçla ilgili nedensellik yönünden sorumlu bulmayabilirler.

2. Bunları ihmal veya kötü sonuçla ilgili nedensellik konusunda sorumlu bulabilirler.

3. Kötü sonuçla ilgili nedensellik konusunda sorumlu tutmayıp ancak ihmalkar olarak kabul edebilirler.

Mahkeme antenatal bakımı yapan hekimi suçsuz, ancak doğum ile ilgili bulunan hekim ve hastaneyi ihmalkar bulabilir. Pek çok nokta, kötü sonuçtan sorumlu olabilen anormal placenta ve davalıların biri veya daha fazlasını suçlamadan uzaklaştıran placenta lezyonlarının dereceleri ile ilgilidir.

Tablo 22-1 de örnekler gösterilmektedir.

Tablo 22-1 Plasenta patolojisi ve klinik sonuçlar ⁵

Plasenta patolojisi	Plasenta patolojisi ve klinik sonuç Klinik sonuç
1. Dar bir göbek kordonu ve amnion nodosum ile birlikte olan 450 gram veya daha fazla ağırlıkta kahverengimsi renkte plasenta	1. Böyle bir örnek, post-maturite ve oligo-hidramnioza bağlı göbek kordonu komp-resyonu şüphesini doğurmalıdır. 42 inci gebelik haftasından sonra gittikçe artış gösteren oligo-hidramniosis ve kordon kompresyonu ile ilgili risk söz konusudur. Amnion nodosum çoğu kez ağır oligo-hidramniosisden kaynaklanır.
2. Yan kısımda olmayan enfarktler ve artan sayıda sinsisyotrofoblastik düğümler, parenkimin yerini fibrinoid dokunun alması, fetusun plasenta kan damarlarında çok sayıda çekirdekli eritrosit hücrelerinin varlığı, göbek kordonu içinde derinlere ve plasentanın koryon kısmına geçen mekonyumla yüklü makrofajlarla birlikte büzülmüş villuslar gösteren bir plasenta	2. Bu durumda söz konusu yeni doğan bebekte doğumdan önce üç saat veya daha fazla bir süre mekonyum çıkışı, hipoksi bulguları (Apgar skoru düşüklüğü, post-natal asidoz, periferik kanda her 100 lökosit başına 15 den fazla çekirdekli eritrosit hücresi, hipoglisemi ve nöbetler) genel büyüme geriliği veya asimetrik büyüme geriliği (yeni doğanın boyundan orantısız olarak küçük olan baş çevresi ile ilgili klinik bir anamnez) bulunur. Anne muhtemelen preeklampsisi veya hipertansif bir hastalık geçirmiştir.
3. Tek göbek arteri ve ışık mikroskopunda yer yer villöz ödem bulgusu, koranjiosis (villöz kapiller hipervaskularite) ve fetüsün kan damarlarında birçok çekirdekli eritrosit hücresi ile birlikte büyük bir plasenta	3. Bu örnek çeşidi tipik olarak annede diabetes bulundugunu gösterir. Hatta antenatal kontroller sırasında annede glikozürinin bulunmayışı durumunda bile diabetes yönünden dikkatli bir araştırma gerekir.

Gebeliğin kötü sonuçları, çoğu kez plasenta incelemesinde aşikar olan hastalıklardan kaynaklanır. Bu nedenle mahkemelerin farklı tıbbi tedavilerin, sonucu önemli derecede değiştirip değiştiremeyeceğini bilmesi gerekir. Bu şekilde tecrübeli bir patoloğun düşüncesi son derece önemlidir. Plasenta patolojisi diğer dallardan farklılık gösterir. Plasenta ile uğraşan patolog anormallikleri bulunan iki kişi ile karşılaşır: anne ve çocuğu. Derin etkiler bırakan durumlar bulunduğu, konu daha karmaşık bir hal alabilir. Bunun sık rastlanan bir örneğini annenin sigara içmesinin önemli zararlı etkisi bulunup bulunmadığı konusu oluşturur. Avukatlar, çoğu kez patologların gebeliğin kötü sonucunu, plasenta anormalliklerinin muhtemel yaşına göre değerlendirmelerini isterler.⁵

PLASENTANIN ADLİ TIP AÇISINDAN İNCELENMESİNDE TARAFSIZLIK

Uzman başlangıçta makroskopik ve mikroskopik özellikleri yorumlarsa, daha sonra plasenta ile ilgili en etkili adli-tıbbi konsültasyonlar yapılabilir. Makroskopik ve mikroskopik plasenta bulguları, çoğu kez annedeki ve fetüsteki hastalıkların kötü gebelik sonucunu meydana getirip getirmediğini açıklar. Bu, plasenta ile uğraşan patoloğun olgu ile ilgili klinik bilgileri bilmesi gerekmeyeceği anlamına gelmez. Klinik kayıtların ayrıntılı olarak gözden geçirilmesi, son yorumlamanın yapılması için gereklidir. Patoloğun varacağı sonuç, bazen hekim kayıtlarından ziyade hemşirelerin notlarındaki gözlemlere dayanır. İdeal olanı, avukatın istediği konsültasyonların hasta veya hastanın sağlık bakımını sağlayanları temsil edip etmeyeceğini uzmanın başlangıçta bilmemesidir. Mahkeme yargıçları objektif yorumlamalara değer verirler. Plasenta ile uğraşan tecrübeli bir patolog, plasenta ile ilgili daha önceki klinik bilgileri bilmeksizin bu belirlemeleri güvenilir bir şekilde yapabilir.⁵

BİLİRKİŞİ OLARAK PLASENTA VE PERİNATAL OLAYLARLA İLGİLENEN PATOLOG

Spastik, kuadriplejik veya başka yönlerden hasara uğramış olan bir çocuğun görülmesi çok can sıkıcı olduğundan, perinatal olaylarla ilgili davalar emosyonel yönden travmatik özellik taşır. Ağır, anormal plasenta bulgularını açıklayan uzman, çoğu kez fetüsün hastalığının klinik bulgularından bağımsız olarak, bunun kötü gebelik sonucuna neden olduğunu kanıtlar. Uzmanın gerçeği tespit etme konusundaki sorumluluğu, tarafsızlık ve en yüksek etik standartları gerektirir.

Mahkemeler anormalliklerin anlamı ve beraberinde bulunan komplikasyonların uygunluğu konusunda karmaşık olmayan açıklamalar isterler.

Mahkemeler plasentayı gebelik dönemindeki yaşamla ilgili bir kayıt defteri gibi görürler. Bu defterde sonunda önem taşımayan noktalar bulunabilir. Bazen ise trajik sonuçla izlenen müphem bilgiler bulunabilir. Tipik örnekler arasında normal bir sonuçla birlikte olan yarı enfarktlı plaseenta ve fulminan grup B β -hemolitik streptokok enfeksiyonu ile birlikte olan ve kolayca fark edilmeyen koryoamnionit yer alır. Patologlar klinik tedaviyi gözden geçirmede önemli bir rol oynayabilir. Bununla birlikte, bakım standartları klinik uzmanın alanına girer. Patologlar kendilerini klinik tedavi konusunda ki uzmanlarla aynı görmemelidir. Bu, özellikle klinisyenlerin çoğu kez yeniden tanımlanmış bakım standartlarına sahip olduğu perinatal tıpta önemlidir.^{5, 7}

DAVA KONULARI

Plasenta birçok önemli prenatal olayı doğru bir şekilde yansıtır. Bu nedenle, incelenmesi önem taşır. Bu çeşit bir inceleme, özellikle ilerde ortaya çıkması muhtemel olan kusurlu bebekle ilgili davalarda yararlıdır. Plasentadaki patolojik bulgular, çoğu kez adli olguların doğru bir şekilde yorumlanmasında kesin bir rol oynamaktadır.

Malpraktis ile ilgili davaların sıklığında bir artış bulunduğu aşikardır. Bunun doğum hekimliğindeki uygulamalar üzerine önemli bir etkisi olmuştur. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği'nin 1985 ve 1987 yıllarında yaptığı iki incelemede, doğum hekimlerinin yaklaşık olarak % 70'i aleyhinde en azından bir defa dava açılmış olduğu görülmüştür. Davaların % 20'sinden daha fazlası bebekte beyin hasarının meydana gelişi ile ilgilidir. Aynı derneğin mesleki sorumluluk bölümünün 1992 yılına yaptığı bir araştırmada üyelerinin % 79.4'ü aleyhine en az bir defa dava açılmış olduğu ve davaların % 32.6'sının beyin hasarı bulunan çocuklarla, % 12.8'inin ölü doğum veya neonatal ölümle ve % 12'sinin de bebekle ilgili diğer önemli yaralanmalarla ilgili bulunduğu görülmüştür.⁸

1985 yılında Amerika Birleşik Devletleri Milli Sağlık Enstitüleri'nin beyin bozuklukları ile ilgili prenatal ve perinatal faktörler konusundaki raporunda mental retardasyonun 850.000 çocuğu ve serebral infantil spastik paralizinin ise 750.000 genç kimseyi ilgilendirdiği belirtilmiştir. Neredeyse Amerika Birleşik Devletleri'nde okul çağındaki tüm çocukların % 10'unda nörolojik ve iletişim bozuklukları bulunduğu ve bunun her yıl milyonlarca dolara mal olduğu belirtilmiştir.⁸

Son yıllarda araştırmalar mental retardasyonun ve serebral infantil spastik paralizinin intrapartum dönemden önce başladığını göstermiştir. Obstetrik bakımdaki devam eden gelişmelere rağmen, nörolojik bozuklukların sıklığının azalmadığı görülmektedir.⁸

Her kadın sağlıklı bir bebek doğurmayı arzular. Sağlıklı bir bebek doğmadığında doğumu yaptıran hekim çoğu kez hayal kırıklığı, üzüntü, suçluluk ve kızgınlık duygularına kapılır. Çoğu kez dava açıldığında gerçek olan nokta bulunamaz hale gelir ve sonuçta davayı kazanan taraf olmaz. Bu neden-

lerle, çok sayıda davanın açılmış olması şaşırtıcı değildir. Bu davalar genellikle serebral infantil spastik paralizi ve psikomotor bozukluklar ile ilgilidir. Bu konularda hemen hemen daima ihmal ve nedensellik unsurları bulunur. İhmal gebeliğin kötü sonuçlanmasının nedeni olarak kanıtlandığında, Amerika Birleşik Devletleri'nde maddi tazminat miktarı 15 milyar dolar kadar fazla olmaktadır.⁸

Çok sayıdaki dava klinisyenleri, paramedikal personeli, hastaneleri ve sigortacıları tehdit etmektedir. Placenta, fetusteki hasarın gebeliğin kötü sonucu üzerine klinik bakımdan bağımsız olarak neden olduğunu belirlemede önemli bir vasıta. Bütün patologlar, placentaldaki makroskopik özelliklerin belgelenmesinde ve ışık mikroskobu lamalarının elde edilmesinde önemli bir rol oynarlar. Patolojik placentalar sıktır. Sadece bir uzman, anormal bir placentalın gebeliğin kötü sonucu ile ilgili muhtemel nedeni temsil edip edemeyeceğini belirleyebilir.⁸

Mahkemesiz çözüme kavuşmuş olgularda, patologların düşünceleri çoğu kez karşılıklı görüşmelerde önemli bir faktör olmuştur. Tazminat istemleri genellikle davalı lehine sonuçlanır. Fakat patolojik placenta bulgularının bulunmaması çoğu kez davacı lehine karar verdirtir. Mahkemeler, placenta incelemesine dayalı olan deliller gebeliğin kötü sonucunun nedenini kanıtladığında, davalıya sorumluluk yüklememiştir. Bu şekilde bu konuda adli tıpla ilgili sorunlar ortaya çıkmıştır. Hekimlerin sorumlulukları ile ilgili sigorta şirketleri, prenatal risk bulunduğundan klinisyenleri placenta incelemeleri yapmaya zorlamaktadır. Bir doğum hekiminin adli tıp ile ilgili sorunlardan kaçınabildiği bir yol placentalın incelemesinin yapılmasıdır. Amerikan Patologlar Derneği placenta incelemesinin endikasyonlarını ve bunun yöntemlerini önermiştir. Placenta dokusu saklanmışsa örnekler bu konuda özel bilgisi ve yorumlama hünerleri bulunan kimselere gönderilebilir.

Günümüzde bazı sigorta şirketleri bazı koşullarda placenta incelemesini önermektedir. Zaten bazı hastanelerde de bu protokoller bulunmaktadır.

Bebekle ilgili beklenmeyen fena sonuçlar, bu davaların en sık nedenini oluşturur. Serebral spastik infantil paralizli çocuklar ve perinatal dönemde ölen bebekler, bu çeşit davaların konusunu oluşturur. Serebral spastik infantil paralizinin tek bir çeşit nedeninin olmamasından dolayı, mahkemelerde serebral spastik infantil paralizi olgularında gerçek malpraktis durumu veya uygulama standartlarından sapma konularında tartışmalar olmaktadır. Ayrıca birçok dava, kusurlu olan çocuğun doğumundan yıllarca sonra açılmaktadır. Bu durum, genellikle çocuğun doğumu sırasındaki uygulama standartlarının neler olduğunun doğru bir şekilde yeniden belirlenmesini güçleştirir. Nörolojik bozukluğun gelişiminde rol oynamış olan muhtemel perinatal asfiksini dışındaki hastalık faktörlerinin bilinmesi de çoğu kez imkansızdır. Örneğin, daha sonraki bir zamanda kızamıkçık virüsü, sitomegalovirüs veya toksoplazma ile olan muhtemel prenatal enfeksiyon hakkında doğru bir şekilde karar vermek imkansız olabilir. Daha sonra, çoğu kez bilirkişiden tıbbi düşüncesi sorulur. Sürecin mutlaka bütün olaylara ilişkin anlatımlarla ilgili olması gerekmez.

Bu akla gelenlere ilaveten, bilirkişi, az sayıdaki hekimin alışık olduğu mahkeme ortamı ile karşı karşıya kalır. Bazı hukukçuların rahat vermemesi, mahkemelerdeki ertelemeler, pek çok yazışma ve telefon konuşması, kapsamlı kayıtların gözden geçirilmesi gibi birçok faktör hekim açısından sıkıcıdır.

Perinatal bakım karmaşık olup, son yıllarda büyük ölçüde ilerleme göstermiştir. Anne serumunda α -fetoprotein, insan laktojen hormonu ve amniosentez gibi kimyasal testlerden birçok yeni bilgi elde edilmiştir. Ultrasonografi neredeyse tüm radyografilerin yerini almıştır. Neonatal bakım ve canlandırma önlemleri yıllar içinde büyük ölçüde değişmiştir. Serebral spastik infantil paralizinin, kompleks bir hastalık olmasaydı, ortadan kaybolacağı düşünülebilirdi. Akut hipoksiden ziyade, kronik hipoksinin anormal beyin gelişimi üzerinde daha fazla etkisi bulunduğu tespit edilmiştir. Diğer araştırmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Bu araştırmaların bazıları, fetusteki beyin zararının doğumdan önce meydana gelebildiğini açıkça göstermektedir.

Plasentanın ayrıntılı bir şekilde incelenmesi, perinatal hastalıkların anlaşılmasına çok katkıda bulunmuştur. Gerçekten, tüm plasentalar incelenmeli ve kayıtları tutulmalıdır. Kordondaki damarların sayısı belirlenmelidir. Plasentanın incelenmesiyle çok sayıda başka bilgi edinilebilir. Placenta annenin anamnezinin iyi bir göstergesidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde son 10 yıl zarfında, doğum hekimlerine karşı açılan malpraktis davalarının sayısında fazla bir artış görüldüğü bildirilmiştir. Bu davalarla ilgili olarak kusurlu çocuk olgularında çoğu kez placenta incelenmesiyle ilgili kayıtlar ve histolojik preparatların gözden geçirilmesi istenmiştir. Böyle bir inceleme, hastalığın niteliğinin değerlendirilmesi ve hastalığın muhtemel nedeni hakkında fikir verir. Bazen karmaşık olgularda karar verdirici bilgiler elde edilmiştir.

Perinatal dönemde fetüste oluşan zararların ve ölümlerin gerçek nedenlerinin anlaşılması, dikkatli bir şekilde yapılacak olan otopsinin yanı sıra, plasentanın laboratuvarındaki incelenmesine dayanır. Adli tıp açısından plasentanın dikkatlice incelenmesi zorunluluğu vardır. Hipoksinin fetüste hasar oluşturmuş olduğu birçok olguda etyopatogenez ile ilgili temel bilgiler yalnızca plasentanın ayrıntılı bir şekilde incelenmesi ile sağlanır. Bu nedenle, placenta doğumdan sonra atılırsa veya inceleme için laboratuvara gönderilmezse, fetal neonatal zararların nedeni anlaşılamaz. Bebeğin zarara uğraması veya ölümünden sorumlu olan olay gözden kaçır. Anne karnındaki bebeğin ölümüne neden olan koryoamnionit, plasentada yoğun fibrin birikimi, koryon villüslerinde nekroz ve bağ dokusu artımı durumları, plasentanın incelenmesiyle ortaya çıkarılır. Bundan başka, placenta obstetrik ve jinekolojide çeşitli hastalıkların tanısında yardımcı olur. Plasentanın, bebeğin gelişimi açısından fonksiyonu çok önemlidir.

Plasentanın ve fetüsün dikkatli bir şekilde incelenmesi ile, başlangıçta mevcut olan bazı şüpheli durumların asılsız olduğu ortaya çıkar. Koryon villüsleri ve fetüste saptanan nötrofil infiltrasyonu gibi önemli bir bulgu, akut placenta enfeksiyonunun fetüsün ölümüne yol açmış olduğunu

gösterir. Bazı olgularda plasentanın makroskopik ve mikroskopik incelemeleri, anormal doğumun normal implantasyon gösteren plasentanın erken ayrılmasını müteakip meydana gelmiş olduğuna işaret edebilir. Bu şekilde, bazı olgularda başlangıçta mevcut olan infantisid şüphelerinin temelleri bulunmadığı ortaya çıkar.

Plasentanın incelenmesi ile adli açıdan amaca uygun olan etkenin belirlenmesi sağlanabilir. Örneğin, ani fetüs ölümü ile birlikte olan intra-partum kanama durumunda, plasentanın anne yüzeyinde önemli derecede ayrılma ile ilgili olan kavitenin gösterilmesi, patogenetik açıdan sonucun anlaşılmasına temel oluşturur. Erken gestoz bulguları ile ilgili olan bir ihmal, muhtemel bir neden olarak gösterilirse, daha sonra yapılan plaseenta tanımlaması, normal seviyenin altındaki bakım (hekimin hareketi) ile sonuç arasındaki bağlantıya bir delil oluşturur. Plaseenta ile ilgili raporun rolü, tanımlayıcı sonuca (tanıya) ayrıntıları sağlamaktır. Patolog, raporu gözlemlerle desteklenebilen uygun tıbbi sonuçlarla sınırlandırmalıdır. Bir dava ortaya çıktığında, plaseenta delil olarak incelemeye gönderilir. Gerekli şekilde bir yorumlama yapabilmek amacıyla incelemeler ayrıntılı olmalı ve karşı tarafın ileri sürdüğü noktalar ile sınırlı kalmamalıdır.

ADLİ AÇIDAN ÖNEM TAŞIYAN PLASENTA BULGULARI

Perinatal ölüm ve serebral spastik infantil paralizi açısından açılan davalarda, plaseenta incelemesinin büyük yararı vardır. Plaseenta incelemesi özellikle çoğul gebelik, uzun süren gebelik, prematüre doğum ve gebelik süresine göre ağırlığı az boyu kısa olan bebek olgularında önem taşır.

Fetüsle ilgili fena sonucu açıklayacak önemli ilave pozitif bulgular şunlardır: damar trombozları, plaseenta dekolmanı, tek umbilikal arter, kordunun anormal yapışması, fetüsün damarlarında çok sayıda çekirdekli eritrosit hücrelerinin bulunuşu, kronik villit, enfarktlar. Böyle birçok olguda plaseenta incelemesinin yapılmamış olması, fetüsteki fena sonuç nedeniyle açılmış olan bazı davalarda doğru bir karar verilmesini ciddi bir şekilde etkilemiştir.

Plaseenta villöz kapillerlerinde hiperplazi, yeni doğan yoğun bakım birimlerine yatırılan yeni doğanların plasentalarının % 5 inde görülmektedir. Bu hastalarda mortalite, diğer hasta yeni doğanlara nazaran iki misli fazladır. Sağlıklı yeni doğanların plasentalarında villüs kapillerlerinde hiperplazi görülmez.

Hemorajik endovaskülopati, gebeliğin kötü bir şekilde sonuçlanmasına yol açabilir. Hemorajik endovaskülitin, hipoksi ve lokal vasküler spazmdan kaynaklandığı ileri sürülmüştür.

Fetüste Hipoksiye Bağlı Hasarlar ve Plaseenta

Asfiksili çoğu yeni doğan bebekte kalıcı beyin fonksiyon bozukluğu görülmez. Plasentadaki patolojik özellikler ile klinik tanısı koyulan neonatal

asfiksi arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu incelemelerde plasenta verileri 0 ila 3x arasında olmak üzere enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz özellikteki lezyonlardan oluşmuştur. Neonatal asfiksisinin tanı kriterleri arasında en azından aşağıdaki faktörlerden ikisi bulunmaktadır: Geç deselerasyonlar veya fetal distres ile ilgili diğer obstetrik bulgular nedeni ile yapılan sezaryen ameliyatı anamnezi, doğumdan sonraki 5 nci dakikada Apgar skorunun 3 veya daha az olması, post-natal hipoglisemi (glikoz seviyesi (1,7 mmol/l), yeni doğan bebekte yaygın intravasküler koagülasyon, post-natal asidoz (pH = 7,2) ve doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde yeni doğan bebekte nöbetlerin bulunuşu.

Fetal yaşam sırasında hipoksiye bağlı hasara yol açan patolojik olayların doğru bir şekilde anlaşılabilmesi büyük ölçüde plasentanın incelenmesinden elde edilecek bilgilere bağlıdır. Biyolojik olarak anne ile fetüs arasındaki ilişki nazik bir denge halindedir. Plasentanın güvenlik sınırı dardır. Annenin hastalığı, plasentadaki ve diğer rahim içi bozukluklar hemen fetüsü etkiler. Fetüste bir sakatlık durumunun, özellikle bir beyin hasarının oluşmasında bu organın rolü gittikçe aşikar bir hale gelmektedir. Günümüzde bu konuda yapılan çalışmalar, özellikle fetüste plasenta bozukluğundan kaynaklanan hipoksik hasarlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Plasenta hastalığının fetüs beyninde hasara yol açma sıklığı, plasenta-beyin sendromunu açıklamaktadır. Yapılmış olan araştırmalarda plasentada önemli hastalığın bulunduğu durumlarda sinir sistemi etkilenmesini gösteren Apgar değerlendirmesindeki değerlerin çoğu olguda ağırlığa uyacak derecede azalma gösterdiği belirlenmiştir. Meydana gelmiş olan neonatal ölümler arasında olguların çoğunda beyinde yaygın hipoksik hasar bulunduğu belirlenmiştir. Beyin hasarı ile plasenta hastalığı arasındaki yakın bağlantı otopside tekrar edecek şekilde gösterilmiştir.

Birçok durumda fetüste hipoksik hasarın bulunduğu obstetrik olgularda etyopatogenezi ile ilgili temel bilgi sadece plasentanın ayrıntılı incelenmesinden elde edilebilir. Perinatal ölümün nedeninin tam bir tanımlamasını elde etmek için titiz olarak yapılan otopsi ile birlikte plasentanın laboratuvarda incelenmesi şarttır. Eğer plasenta inceleme için laboratuvara gönderilmez ise, doğumhanede atılırsa, gerekli olan bilgiler kaybolur ve birçok durumda yeni doğanda ve fetüste oluşan zararın nedeni muamma olarak kalır. Doğumda bulunan organik hasar ile birlikte neden olan mekanizma kesinlik kazanmaz ve altta yatan patolojik olaylar gözden kaçır. Bebekteki sakatlık veya ölümün sorumluluğu çoğu kez yanlış şekilde yorumlanır.⁵

Koryoamnionit

Ekstraplasental membranların plasenta yüzeyinin ve göbek kordonunun iltihaplanması, assendan intrauterin enfeksiyonu gösterir. İltihap hücreleri serviks ve vaginadan organizmaların yukarı çıkışı sonucunda oluşur. Enfeksiyon ajanlarının antijenleri amnion sıvısında bulunduğu anda, bunlar göbek kordonu damarlarından, plasentanın fetal yüzeyinden fetüsün lökositlerini çekerler. Koryoamnionit genellikle birden fazla ajan ile meydana gelen

bir enfeksiyondur. Buna yol açan organizmalar arasında aerobik ve anaerobik bakteriler, Mycoplasma ve Chlamydia trachomatis yer alır. Ayrıntılı mikrobiyolojik yöntemlerin uygulanmadığı durumlarda bir organizmanın tespiti başka birinin varlığını ekarte ettirmez.

Koryoamnionit ile ilgili kronolojik veriler bilinmemektedir. Deneysel patolojik incelemelerden edinilen bilgi, mekonyumun etkileri, maternofetal steroid düzeyleri ve ateş gibi etkileri ekarte ettirir. Membranit, koryonit, koryonik mikroapseler, amnionit ve göbek kordonu ile ilgili iltihaplanmanın kronolojik sırası bilinmemektedir.

Assendan intrauterin enfeksiyonlar, interlökin-1, fosfolipazlar ve prostaglandinlerin biyolojik aktivitelerine yol açarlar. Enfeksiyon doğumun erken başlamasına ve prematüriteye neden olabilir. Gram negatif bakterilerin endotoksini veya uyarılmış olan lenfositlerden salgılanan interferon-gamma uteroplasental makrofajları faaliyete geçirir. Bu aktivasyon monokinlerin ve prostaglandin E₂'nin sentezine ve salınımına yol açar. Monokinler, tümör nekroz faktörü, dönüştürücü büyüme faktörü-beta ve interlökin-1 prostaglandin E₂'nin sentezini hızlandırır. Prostaglandin E₂, miyometrium kontraksiyonlarını uyarır ve erken doğuma yol açar.

Fusobakteriumlar amnionit olgularının % 18' inde bulunur ve bunlar prematüriteye yol açar.

Koryoamnionite çoğu kez göbek kordonu ve yüzeyel plasenta damarlarındaki vaskulit eşlik eder. Amnion boşluğundan enfeksiyon ürünlerinin diffüzyonu, bu bulguların en akla yatkın açıklamasıdır. İltihaplanma damar kontraksiyonuna ve fetüsün beyin ve diğer organlarında hipoperfüzyona yol açar. Bazı araştırmacılar tarafından B grubundan beta hemolitik streptokokların umbilikal ven dokusunda vasokonstriksiyon meydana getirdiği belirtilmiştir. Bu olay, B grubundan beta hemolitik streptokok ve diğer perinatal enfeksiyonla ilgili birçok olguda ölüm nedeni konusundaki mantıksal açıklamayı temsil eder. Perinatal morbidite ve mortalite ile ilgili fizyopatolojik mekanizmalar gebeliğin kötü bir şekilde sonuçlanmasında önemli bir rol oynayabilir.⁵

Villit

Birçok organizma villit meydana getirir. İltihaba genellikle kanıtlanmış bir enfeksiyon eşlik etmediğinden, bu olaya etyolojisi bilinmeyen villit demek daha doğru olur. Literatürde villitin bir immünolojik lezyon olduğu iddia edilmektedir. Bu düşünce aktive edilmiş olan makrofajlarla dolu villitlerin görülmesinden kaynaklanmaktadır. Primer nedenin enfeksiyon olduğu hastalıklarda immünolojik olaylar çoğu kez mevcuttur.

Yeni doğan bebeklerde yapılan araştırmalarda etyolojisi bilinmeyen villitin yaygınlığı % 12'den daha az olarak belirlenmiştir. Bu olay fetüste gelişme geriliği, perinatal morbidite ve mortalite ile daha sık olarak görülür. Yapılmış olan araştırmalarda etyolojisi bilinmeyen villitin şiddetinin fetüsün gelişme geriliğinin şiddeti ile bağlantısı bulunduğu ileri sürülmüştür. Bununla birlikte, bu araştırmacılar diyabet, sigara içilmesi ve preeklampsi gibi sebepleri

incelememişlerdir. Bu nedenle onların iddiası temelsiz gibi kalmaktadır.^{4,5}

Prematüre Doğum ve Gebelik Süresine Göre Ağırlığı Az Boyu Kısa Olan Bebekler

Serebral spastik infantil paralizi, prematüre olarak doğan bebeklerde daha sık görülür. Bu durum, kısmen prematüre bebeklerde beyin kanamalarının çok daha sık oluşuna bağlıdır. Bununla birlikte, prematüre doğumu başlatan karmaşık nedenlerin sonucu da olabilir. Gebeliğin 20 ila 30 uncu haftaları arasındaki spontan doğumların plasentalarındaki en önemli bulgu koryoamnionittir. Birçok mikroorganizma, amnion kesesi enfeksiyonu sendromuna neden olabilir. İrin aspire edilerek sıklıkla fetal pnömoni ve sepsis oluşur. Zarlar yırtılmadan aşağıdan yukarıya çıkıcı özellikteki plaseenta enfeksiyonu doğuma neden olur. Bu durum fetüsün sağlığı üzerine kötü etkide bulunur. Perinatal yaşamdaki en ciddi komplikasyonlarından biri, B grubu β -hemolitik streptokoklarla oluşan enfeksiyondur. Fetusteki enfeksiyonun postnatal yaşamda fena sonucu bulunabilir. Bundan başka, göbek kordonu damarlarının iltihabı, damarların kontraksiyonuna ve böylece plaseenta venöz dönüşünün engellenmesine neden olabilir. Özellikle B grubu streptokoklar gibi bazı enfeksiyonlarda iltihap hücrelerinden ziyade bakteri toksinlerinin vazokontraksiyona yol açması da mümkündür. Plasentanın incelenmesiyle, zarlar ve kordondaki iltihabi durum kolayca tespit edilebilir. Bundan başka, fetüs damarlarında yüzeyel duvar trombozu sıktır.

Prematürite ile karıştırılmaması gereken gelişim geriliğinin plaseenta kaynaklı özel bir nedeni bulunabilir. Böyle bir neden, plasentanın incelenmesiyle en iyi bir şekilde belirlenir. Bu şekilde, preeklampside annedeki damar lezyonları ve lupus antikoagülanının neden olduğu benzer lezyonlar fetüsün gelişimini önemli derecede etkiler. Plasentanın anne tarafındaki alt iç yüzünde enfarkt oluşumu seyrek görülür. Ancak ağır fetal gelişim geriliğinin nedeni olabilir.⁹ Bu durum sadece plasentanın incelenmesi ile saptanabilir. Bu hastalığın nedeni bulunamamıştır. Son olarak da fetüsün yüzey damar trombuslarının genel olarak tahmin edildiğinden çok daha sık olduğu söylenebilir. Bunun nedeni çoğu kez belirlenmeden kalır, ancak tek umbilikal arterin bulunuşu gibi bazı antenatal bozukluklar fetüsün gelişiminde büyük öneme sahiptir.⁶

Gebeliğin Uzun Sürmesi

Serebral spastik infantil paralizi ile ilgili davalar, miadında doğmuş bebeklerden ziyade normal doğum tarihini aşmış gebeliklerde daha sık görülmektedir. Böyle durumlarda mekonyum aspirasyonu sorunu veya doğumda mekonyumun sadece bulunuşu noktası en önemli tartışma odaklarıdır. Mekonyum çıkışının nedeni tam olarak anlaşılamamıştır. Asfiksiden

ölmüş olan ancak mekonyum çıkışı görülmeyen, miadında ölü olarak doğmuş birçok bebeğin otopsi yapılmıştır. Ayrıca, rutin olarak incelenmiş olan tüm plasentaların % 17'sinden fazlasının mekonyum ile boyanmış olduğu, buna karşın serebral spastik infantil paralizinin ise nadiren görüldüğü belirlenmiştir. Olgun fetüsler mekonyumu endokrin sistemlerinin olgunlaşması sonucunda çıkarır. Motilin mekonyum yapımı yönünden en önemli bir madde olduğu izlenimi bulunmaktadır. Usher ve arkadaşları mekonyum çıkışının, fetal sıkıntıdan (distress) ziyade, matürite ile daha önemli derecede bağlantı gösterdiğini tespit etmişlerdir. Özellikle bu nedenlerden dolayı, normal doğum tarihini aşmış gebeliklerde miadındakilere nazaran mekonyum çıkışının çok daha sık görülmesi muhtemeldir. Prematür gebeliklerde mekonyum çıkışı son derece nadirdir. Zarların yeşil olarak görülmesi, genellikle hematoidinin parçalanmasına bağlıdır. Hematoidin spektroskopide aynı absorpsiyon bantlarını gösterir ve çoğu kez hemosiderin ile birleşik halde bulunur. Uzun süren mekonyum çıkışından sonra pigmentin rengi değişerek, çoğu kez kahverengimsi bir renk oluşur.

Mekonyumun kimyasal bileşimi konusunda az sayıda yayınlanmış bilgi bulunmaktadır. İmmatür fetüsler mekonyum çıkarmazlar. İmmatür bir fetüsün plasantasının subamniotik bağ dokusundaki pigment en muhtemel olarak plasantanın ayrılması ve kanamadan kaynaklanan hematoidindir. Hematoidin ve mekonyumun ışık ışınlarını kırıcı özelliği bulunmaz. Hemosiderinde ise bu özellik tersinedir.

Plasantanın mekonyumla akut olarak boyanması, yapışkan ve koyu yeşil renkte bir maddenin görülmesi ile teşhis edilir. Kronik olarak mekonyumla boyanma durumunda doku kahverengi ve ödemlidir. Mekonyum başlangıçta amnion epitelinde nekroza, daha sonra dejenerasyon ve vakuolizasyona neden olur.

Diğer önemli bir konu da anoksik olayın uterus içerisinde meydana geldiği zamandır. Bu değerlendirme, atılmış olan mekonyumun durumunun, amnion ve koryondaki makrofajlar ile dağılımının belirlenmesi ile kolaylaştırılabilir.

Mekonyumun davada önemli bir rol oynaması ve mekonyumun çıkış zamanının belirlenmesinin önemi olması nedeniyle, boyanma derecesinden çıkış zamanının belirlenebilmesi için araştırmalar yapılmıştır. ¹⁰ Mekonyum makroskopik olarak belirlenebilir. Mekonyumun bilirubin içeriği mikroskopik olarak amnion ve koryonda makrofajlarda görülebilir. Bir saat içinde amnionda sarı renge boyanmış makrofajların ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Böyle bir boyanma koryona ulaşmadan önce, en azından 3 saatlik bir süre geçer. Mekonyum amnion kesesinin içinde 3 saat veya daha fazla süreyle kaldığında, göbek kordonunda Wharton'un jeli ve plasantanın subamniotik bağ dokusu içine yayılır. Göbek kordonundaki ve plasenta yüzeyindeki damarlarda nekroz oluşur. Mekonyum birçok saat bulunduğu, damar hasarı o kadar şiddetli olur ki bu durum hematoksilen-eozin ile boyanmış lamalarda kolayca tespit edilebilir. Mekonyumla daha az derecede etkilenmiş olan dokuda, Luna-Ishak boyası, patoloğun damarın mediasındaki nekrozu ve mekonyumla yüklü makrofajları tespit etmesini kolaylaştırır. Genellikle ikin-

ci ve üçüncü günlerde toplandığı ve koryona taşındığı görülür. Üçüncü ve dördüncü günlerin sonlarına doğru histiositlerin sitoplazmasında lipofusin granülleri görülür. Bu nedenle, muhtemelen anoksik bir olay sonucu meydana gelmiş olan mekonyum atılımı ile doğum arasında en az 3 veya daha fazla günlük bir sürenin geçmiş olduğu düşünülmelidir. Bu da yaklaşık bir zaman çizelgesi oluşturur fakat kritik mahkeme olgularında bunun gerçek olarak yardımı azdır. Bazen asfiksi nedeniyle çıkmış olmasına rağmen, daha önceleri mekonyumun kendisinin toksik bir madde olabildiğinin farkına varılamamıştır. Mekonyum atıldıktan hemen sonra amnion epitelinde dejeneratif değişiklikler görülür. Mekonyumun damarlar üzerine olan etkisi, göbek kordonunda yapılan perfüzyon deneylerinde incelenmiştir. Mekonyumun damarlarda vazokontraksiyon etkisinin fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, mekonyumun çıkışı karmaşık bir olaydır. Asfiksiyi izleyebilir ancak asfiksiden sonra her zaman görülmeyebilir. Mekonyum bir kere çıktığında, vazoaaktif faktörler nedeniyle, daha fazla prenatal oksijen kısıtlamasının nedeni haline gelebilir. Deneysel araştırmalarda mekonyumun göbek veni segmentlerinde maksimal olarak serotoninle oluşan kontraksiyonun % 63 ünü oluşturduğu saptanmıştır. İnsan göbek damarlarında *Propionibacterium acnes*'den çıkan prostaglandine benzer maddeler güçlü vazokonstriktör etki gösterirler. Daha önceden kaynatılmış mekonyumla vazokonstriksiyon oluşmaz. Bu nedenle, vazoaaktif maddenin ısıya dayanıksız bir protein veya prostaglandin olması muhtemeldir. 6

Çoğul Gebelik

İkiz olgularında plasenta aşağıdaki görünümlerden birini gösterir. Tek bir boşluk durumunda plasenta monoamniotik, monokoryoniktir (MoMo). İki boşluk durumunda plasenta, 1. Diamniotik, monokoryonik (DiMo) (birleşik), 2. Diamniotik, dikoryonik (DiDi) (birleşik) veya 3. Diamniotik, dikoryonik (DiDi) (ayrı) şekillerde bulunur.

Dikoryonik ikizlerin büyük çoğunluğu dizigotiktir. Bu gebeliklerin çoğu miada kadar ulaşırlar. Dikoryonik ikizler, monokoryonik ikiz gebeliklere nazaran önemli derecede az obstetrik sorun gösterir. Gerçek olarak sorunlu olgular genellikle monokoryonik (DiMo veya MoMo) ikizler olmuştur. Bunların hepsi monokoryoniktir (birbirinin aynısıdır). Bundan başka, monokoryonik ikizlerdeki aşırı mortalite oranı plasantanın damar bağlantıları ile ilişkili olduğundan, yüzeydeki damar yapısı doğru bir şekilde değerlendirilmelidir. Ayrıca kordonun yapışma şeklinin kaydedilmesi de önemlidir. (Çoğul gebelikte velamentous- marginal kordonlar çok daha sıktır). Son olarak da ortadan kaybolan ikizlere ait boşluklar veya fetüs papyraceus'un bulunup bulunmadığı araştırılmalıdır. Çünkü bunlar erken gebeliğin bozulmasının bir belirtisi olabilir.

Davalarda sık olarak ortaya çıkan bir sorun, ikizlerin transfüzyon sendromundan etkilenmiş olup olmadığıdır. Klasik ikiz transfüzyon sendromu çok özel bir durumdur.¹¹ Plasenta bulguları bu sendromu göstermede

yardımcı olur. Hal(bu sendromda en iyi tanı koydurucu kriterler yönünden çelişkiler bulunmaktadır. Alıcının boşluğundaki hidramnion nedeniyle, çoğu kez prematüre doğum oluşur. Bu sendromdan sorumlu olan arteriovenöz anastomoz, damar sistemine dikkatli enjeksiyon yapmak suretiyle en iyi bir şekilde tespit edilir. Belki bu sendrom nedeniyle veya diğer nedenlerle, monokoryonik ikizlerin, prenatal olarak oluşan beyin lezyonları ile bilinen bir ilişkisi bulunmaktadır.¹² Benirschke ve Kim ve Benirschke bu tehlikeleri ayrıntılı bir şekilde tanımlamışlardır. Monokoryonik ikizler her zaman dolaşımlarını interplasental anastomozlar yolu ile paylaşırlar. Bazen bir ikizden diğerine olan derin arter-ven anastomozu ve transfüze edilen kanın yüzeyel plasenta damarlarından olan dönüş bozukluğu tabloya hakim olur. Monokoryonik ikiz plasentalarında büyük yüzeyel anastomozların yokluğu ikiz transfüzyon sendromu ile çoğu kez birlikte görülür. Sendromun belirtileri arasında ikizlerin büyüklükleri ve hemogloblin düzeyinde farklar bulunur. Kanı alan ikiz kalp yetmezliğinden kanı veren ise anemiden ölebilir. Benirschke, bir ikizden diğer ikize embolik materyalin ve tromboplastinin geçişi üzerinde durmuştur. Bu olay hidransefali ve diğer önemli sorunlara neden olur ancak bu durum nadir görülür. Monozigotik ikizlerin yaşayanlarında serebral spastik infantil paralizi durumları, yaygın trombotik lezyonlu yeni doğanın tanımından sonra saptanmıştır. Bu olayın mekanizması henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Tromboplastinin ölü ikizden yaşayana geçerek, yaygın intravasküler koagülasyonu başlatması mümkündür. Plasenta emboluslarının fetüste enfarktlara neden olduğu durumlar da görülmüştür. Bir başka durum da, ölü ikizden “karşıt basıncın” aniden ortadan kalkışı nedeniyle, yaşayan geçici olarak kansız kalabilir. Bu durum da hipotansiyon ve muhtemel merkezi sinir sistemi zararına neden olur. Ne olursa olsun böyle plasenta bulgularının sadece prenatal yaşamın anlaşılması için değil, aynı zamanda mahkemede karar verilmesi açısından da büyük önemi vardır. Doğumda kanın bir ikizden diğerine çok fazla miktarda geçtiği gözlenmiştir.

Çoğul gebelik plasentası dikkatli bir incelemeyi gerektirir. Aralarındaki fark, ikizler için hukuki bir eylem açısından potansiyel bir kaynak oluşturur. Burada monokoryal ikiz olgularında plasentaların nispi oranı, yüzey anastomozlarının sayısı ve tahmin edilen büyüklüğü veya spesifik bozuklukların (örneğin, plasenta dekolmanı) lokalizasyonu, mekanizmayı ya gösterebilir ya da onu ekarte ettirebilir. Bütün çoğul doğumlarda patolojik plasentanın ayırım yerine ait mikroskop lamalarını elde etmelidir. Dikoriyonik septumun belgelenmesi iki epitel amnion tabakası arasındaki koryon dokusunun gösterilmesine bağlıdır. Bu ayırım yeri iki farklı koryon tabakası veya iki koryonun birleşmesinden olan tek bir doku bandından oluşur. İnsanlarda bu dikoriyonik özellikler interplasenter anastomozların ve bu şekilde ikiz transfüzyon sendromu olmadığını ortaya koyar. 5, 6, 7, 13

Disk Şeklinde (Diskoid) Plasenta

Disk şeklindeki plasentanın incelenmesi ile plasenta previa, plasenta

dekolmanı, fetal subamniotik hematoma veya subkoryonik trombohematom gibi damar-kanama ile ilgili olaylar hakkında fazla bilgi edinilebilir. Mikrokopik olarak "assendan koryoamnionit" tanısı, neonatal sepsisin bazı çeşitlerinin anlaşılmasında yardımcı olabilir. Intervillöz aralığın orak şeklini alması durumunun, hafif ila orta derecede gelişim gecikmesi ile ilişkisi vardır. Orak şeklindeki sıkışma, fetüs ölümünün veya şiddetli akut distress'in nedenidir. Benzer şekilde, yüzey damar ilişkisi fazla anormal ise, yeni doğanın canlandırılması ile ilgili olan bazı noktaların açıklanmasına bir kaynak oluşturur. Bu durum, zarımsı (velamentous) bir yapışmayı kapsar fakat plasenta ekstrakoryalisin sirkumvallate şeklini kapsamaz. Bunlar nispi gelişime göre hemen her zaman yeterli ölçüde kompanse edilirler. Aslında nadir bir olay olan plasenta ekstrakoryaliste intrapartum kanama, vasküler-hemorajik olaylara ilişkin olan kısa listeye girer.

Mikroskopik incelemede plasenta parenkimindeki iltihabi hastalık, rutin olarak seçilen bloklarla kolayca gösterilemez. Plasenta anormalliklerinin nispi azlığı, patoloğu onları arayıp bulmaktan vazgeçirmemelidir. Adli açıdan kuşku götürmeyen tek bir lezyonun gösterilmesi, bir olgu için özellik potansiyeli çok yüksek olan reddedilemeyecek bir kanıt oluşturur.

Plasentanın olgunluk derecesi, oksitosinin etkileri, mekonyum ile boyanmanın derecesi ve genel plasenta fonksiyon yeterliliği önemli kriterlerdir. Örneğin özelliğini, olgu bağlamında göz önünde bulundurmamak akıllıca bir davranıştır.⁷

Travma

Önem taşıyan diğer bir nokta da travmadır. Amniosentezin, amnion yırtılmaları ve retroplasental kanamanın oluşumu ile ilgili olduğu bilinmektedir. Nadir durumlarda karına isabet eden direkt travma ile plasentada ayrılma tespit edilmiştir.

Travmatik düşük iddiası bulunan olgularda plasentanın histopatolojik incelemesinin yapılması şarttır. Böyle bir inceleme düşük ile travmatik olay arasında ilişki kurulurken büyük önem taşır. Çünkü plasenta anormallikleri gösteren kusurlu gebelikler düşükle sonlanır. Bu gibi olgularda düşük travmayı yakından izlese bile, travmaya bağlanmamalıdır. Bir düşük olayında, travmanın düşüğe yol açtığını söyleyebilmek için, plasentanın patolojik açıdan incelenmiş ve normal bulunmuş olması şarttır. Ayrıca plasentanın görünümü, travmatik olayın meydana geldiği gebelik dönemine uygunluk göstermelidir. Bu noktalar ancak plasentanın incelenmesi ile belirlenebilir.

Travmatik olayın erken doğuma yol açtığı iddiası bulunan olgularda da plasentanın incelenmesi önem taşır. Travma ile plasentanın erken ayrılması arasında bağlantı kurulurken, tanının yapışık bir pıhtının veya biriken kanın plasenta yüzeyinde oluşturduğu çöküntü alanının gösterilmesi ile doğrulanması şarttır.

Travmanın fetüs ölümüne yol açtığı durumlarda plasentadaki organizasyon derecesinin, travmatik olaydan sonra geçen zaman uzunluğu ile

uygunluk göstermesi şarttır. Bu da ancak plasentanın incelenmesi ile gösterilebilir.

Fetüsün Yaşı

Fetüsün yaşı da önemli bir konudur. Perinatal patolojide gebelik geliştikçe, koryon villüslerinin mikroskopik görünümünün değiştiği iyice bilinmektedir. Terminal villüslerin olgunlaşması, kapillerlerin sayısında artışı, çaplarında azalmayı ve bu kapillerin trofoblastik örtünün tabanına çok yaklaşmasını içerir. Trofoblast içinde Langhans hücreleri sayıca azalır. Daha sonra ise kaybolur. Bunların yerlerini yassı sinsityal dev hücreler alır. 7 haftadan daha küçük yaştaki bir gebelikte trofoblastik tabakada küçük aralıklar bulunabileceği unutulmamalıdır. 12 inci haftaya kadar villüsler aşağı yukarı karakteristik özellikler gösterir. Gebeliğin ilk üç ayında koryon villüsleri iki sıra hücre ile çevrilidir. Dışta sinsityal hücreler, içte ise Langhans hücreleri bulunur. Gebeliğin üçüncü ayından sonra Langhans hücreleri kaybolur. Villüsler tek sıra sinsityal hücrelerle çevrilidir. 16 ıncı hafta civarında aşırı derecede ödemlidirler. Damarlar küçük olup, merkezde bulunurlar. 22 inci hafta civarında anormal gebelik olgularının dışında sinsityal tomurcuklanmanın çoğu tamamlanmıştır ancak görülmez. Tarif edilen morfolojik özellikler esas alınarak, gebeliğin yaşı belirlenebilir. Gebelik zamanını kesin olarak belirlemek güçtür ancak gebeliğin son beş ayı boyunca gebelik süresi bir aylık bir sınır dahilinde tahmini olarak belirlenebilir. Gebelik süresinin belirlenmesi çocuk düşürme ve düşürtme suçlarında önem taşır.¹

Kıvrılmış Zarlar

Diskoid plasentada olduğu gibi, kıvrılmış zarlar o kadar geniş bir alan kaplarlar ki mikroskopik örneklemenin genellikle herhangi bir yardımı olmaz. Assendan (yukarı doğru çıkıcı) bir enfeksiyondan şüphelenilen olgularda zarların önceden fiks edilmesi daha yerinde bir davranıştır. Bazı durumlarda böyle bir yöntem, lokal bir iltihabın bulunmasında yardımcı olacak olan bir opasiteyi, gelişigüzel yapılan kesitlere nazaran, daha büyük bir olasılıkla ortaya çıkartır. Yırtığın yeri yeterince belirlenmişse, buradan ayrı bir blok hazırlanmalı ve gerektiği gibi işaretlenmelidir.⁷

Göbek Kordonu

Göbek kordonundaki değişikliklerin özel bir önemi vardır. Örneğin, gergin bir şekilde açılıp ihtiva eden bir segment, yeni doğanın canlandırılma işlemindeki güçlüğü'n nedeni olabilir. Adli açıdan obstetrik bakımın belirli yönlerine bağlanabilen daha sonraki tipik perinatal beyin hasarı (Little hastalığı), hipoksinin yol açtığı zararlara bağlanabilen bu spesifik lezyonu izleyebilir. Bunun gibi, hücrede normale nazaran bir kromozomun fazla

bulunuşu (trisomi) ile sıklıkla birlikte olan umbilikal arterin bulunmayışı, ya özel noktaların ya da erken neonatal ölümün veya her ikisinin anlaşılmasında çok yardımcı olacaktır. Benzer şekilde, yapışma yeri, tromboz, neoplazma ve vaskülit ile ilgili gözlemler adli açıdan önem taşır. Son olarak, kısa kordona bağlı fetal distress sendromu gözden kaçırılmamalıdır. Bu nedenle, kordon dikkatli bir şekilde ölçülmelidir. Etkilenmiş olan segmentte kordonun dejenereatif değişikliklerle zayıflaması, postmortem değişiklikler fetüsün herhangi bir kısmına veya boynuna dolanmış olan bir kordondaki değişikliklerden ayırt ettirebilir. Amniotik bantların kordona yapışma yerlerinin önemi bulunmaktadır. Bu nedenle, miktarı belirtilmelidir. Yırtılmış olan damarlar, özellikle gerçek rüptürler ile doğumun üçüncü döneminde kordonun çekilmesiyle (güçlü bir şekilde çıkarma ile) yırtılan varisler arasında ayırım yapılabilmesi amacıyla dikkatlice incelenmeli ve tanımlanmalıdır. 7

Plasenta Anomalileri

Hekime, standart uygulamadan aşağıda belirtilen sapmalar nedeniyle sorumluluk yüklenebilir:

1. Plasenta previa'nın varlığını hastaya haber vermemesi
2. Plasenta previa olasılığı ekarte edilmeden antepartum kanamalı olgularda vaginal muayenenin yapılması

Plasenta previa olasılığı ekarte edilinceye kadar, antepartum kanama vaginal muayene açısından mutlak bir kontraendikasyon oluşturur. Ne yazık ki bu kural hekimler ve ebeler tarafından sık olarak ihlal edilmektedir. Böyle bir uygulama nedeniyle kanama şiddetlenebilir.

3. Kanama durumunda hızla geri dönebileceği garanti edilmeden plasenta previalı bir hastanın hastaneden çıkmasına izin verilmesi

Aslında plasenta previa tanısı koyulduktan sonra hastanın doğuma kadar hastanede tutulması akıllıca bir iştir. Hastanede kaldığı sürece aniden kanamanın meydana gelmesi ihtimaline karşı uygun gruptan kan saklanmalıdır. Ameliyat için de 4 ünite kanın hazır bulundurulması akıllıca bir tedbirdir. Çünkü uterusun alt segmentindeki implantasyon yerinden plasentanın çıkarılmasını şiddetli bir kanama izleyebilir. Özellikle implanta-syon yeri arkada ise veya plasenta tüm servikal kanalı kapatıyorsa, ciddi kanama beklenmelidir.

4. Plasenta previalı olgularda 37 inci gebelik haftasından sonra doğumun gereksiz yere ertelenmesi

5. Histerektomi gibi olası geniş bir ameliyat düşünülmeden sezaryenin yapılması

Plasenta previa'nın nispeten sık olarak plasenta akreta ile birlikte bulunduğu unutulmamalıdır. Histerektominin yapılması için gerekli olan aletler, plasenta previa için yapılacak olan sezaryen ameliyatında hazır bulundurulmalıdır. Kanama sıklıkla uterusun çıkarılmasını gerektirdiğinden, sezaryen ameliyatından önce olası histerektomi için de hastanın rızasının alınması akıllıca bir iştir.

6. Doğum sırasında uygun olmayan tekniğin (örneğin, transvers duruş durumunda alt segmentte transvers kesinin yapılışı gibi) kullanılması
Böyle bir durumda fetüsün doğumunda önemli derecede gecikme ve fazla miktarda kan kaybı söz konusu olabilir.

7. Plasentanın doğumundan sonra implantasyon yerinden şiddetli kanama karşısında oyalanılması

8. Placenta previa veya placenta akreta durumunda plasentanın çıkarılması için uzun süreli ve zorlu girişimlerde bulunulması

9. İkinci ve üçüncü trimestirin erken dönemlerinde placenta previa'ya bağlı kanama durumunda hastaların yüksek riskli perinatal merkezlerde tedavi edilmemesi

10. Placenta dekolmanının ve placenta akreta'nın tanısında ve tedavisinde ihmal

a. Erken doğum semptomları bulunan hastalarda placenta dekolmanını düşünmeme

b. Annenin dolaşım durumunu, kanama ve pıhtılaşma faktörlerini değerlendirmeme

c. Placenta dekolmanının konservatif tedavisi sırasında fetal distres bulgusunu değerlendirmeme

d. Antepartum kanamanın ayırıcı tanısında muhtemel alternatifleri göz önünde bulundurmama

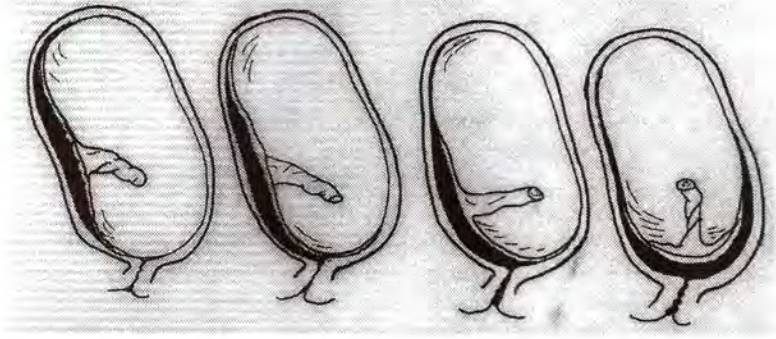
Temel Bakım Standardı

Placenta anomalilerinin tedavisine ilişkin talimatlar yayınlanmamıştır.

Yorumlama ve Alışılmış Uygulama

Normal bir doğum olayında travay başlar, bebek doğar ve en sonra da placenta çıkar. Plasentanın çıkışı, travayın son devresinin bittiğini gösterir. Bazen, placenta ile ilgili komplikasyonlar ortaya çıkar.

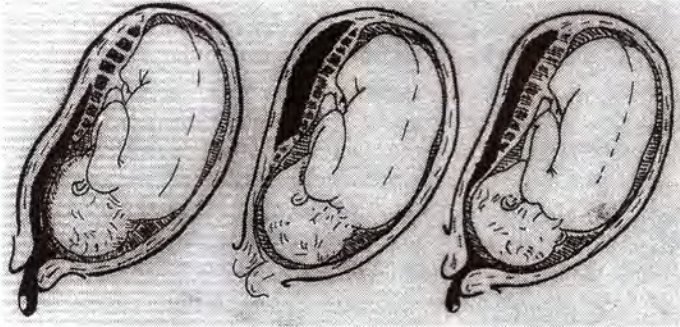
Placenta previa bu komplikasyonlardan birisidir. Placenta previa'da, plasentanın implantasyonu, uterusun üst aktif segmetine değil alt bölümüne olur (Şekil 22- 3). Placenta previa'nın en güvenilir yegane bulgusu, yaklaşık olarak gebeliğin otuzikinci haftasında oluşan ağrısız kanamadır. Plasentanın lokalizasyonu vaginal doğuma engel olur. Bu durumda genellikle sezaryen ameliyatı gerekir. Plasentanın aşağı seviyede implantasyonu, erken spontan düşüğe, doğum sonrası kanamaya ve lohusalık enfeksiyonuna neden olabilir. Uterusun alt bölümü, üst bölümü kadar etkin şekilde kasılmadığından, kanama oluşur. Bu nedenle, kanama kontrol altına da alınamaz. Plasentanın vaginaya yakın oluşu ve organizmaların vaginadan geçişi nedeniyle enfeksiyona karşı hassasiyet artışı söz konusudur. Prematürite, plasentanın ayrılmasına bağlı intrauterin anoksi veya solunum sıkıntısı nedenleriyle bebek yaşayamayabilir.



Şekil 22- 3 Plasenta previa

Plasenta previanın tanısı koyulur koyulmaz hekim hastayı durumdan haberdar etmelidir. Hem anne hem de çocuktaki riskleri azaltmak için sezaryen ameliyatı yeterli derecede çabuk olarak yapılmalıdır.

Plasenta dekolmanı, gebeliğin daha geç döneminde oluşan bir komplikasyondur. Böyle olgularda, plasenta, bebeğin doğumundan önce uterusun üst segmentindeki implantasyon yerinden ayrılır (Şekil 22- 4). Ayrılma tam veya kısmi olabilir. Kanama meydana gelir. Kanamaya değişik şiddette ağrı eşlik eder. Kan, plasenta previa'dakinden daha koyu renkte olabilir. Bunun nedeni, kanın vaginaya akmadan önce geçici bir süre uterus içinde kalmasıdır. Uterus sert olarak hissedilir. Hassastır. Fetüsün kalp sesi zayıf, düzensiz veya bulunmayabilir. Bu komplikasyonun tedavisi, sezaryen ameliyatının göz önünde tutulmasını gerektirir. Ağır olmayan şekillerde vaginal doğum uygundur. Kan transfüzyonu yapılan, koagülasyon bozukluğu teşhis edilerek düzeltilen hastalarda yaşama şansı en fazladır. Fetüs ölümü, plasenta ayrılmasına bağlı anoksi, prematürite komplikasyonları ve annedeki toksemi nedenleriyle meydana gelebilir. Uygun tedavide kanamanın kontrol altına alınması, kaybedilmiş olan kanın yerine koyulması ve uterusun boşaltılması yer alır. Bu tehlikeli komplikasyonu yeterli olarak tedavi edememe, dava konusu olabilir.



Şekil 22- 4 Plasenta dekolmanı

Davaya yol açan başka bir plasenta anomalisi plasenta perkreta'dır. Plasenta perkreta'da villüsler miyometriuma penetre olur. Plasenta akreta'da ise plasenta uterus duvarına anormal derecede sıkı olarak yapışır. Plasenta inkreta'da villüsler, plasenta perkreta'daki kadar fazla olmayarak miyometriuma penetrasyon gösterirler. Plasenta perkreta'da villüsler uterusu geçip periton örtüsüne kadar ulaşırlar. Bu durumlar, desidua elemanları yetersiz olduğunda oluşur. Çok sayıda plasenta villüsü uterus kasına penetre olur. Plasenta perkreta'da az kanama vardır. Plasenta el ile çıkartılmaz. Çünkü plasentanın anne yüzeyi, uterus duvarından ayrılamaz. Tedavide genellikle histerektomi gerekir.^{14, 15}

Teratojenlerin Fetüs Üzerine Olan Etkisi

Spesifik teratojenlerin fetüs üzerine olan etkisi göz önüne alınması gereken bir noktadır. Bazı olgularda teratojenler plasentayı kolaylıkla geçmezler veya etkileri bilinmeyebilir. Örneğin, ilk iki haftadan sonra, radyasyonun dozu 50 rad'ın üstünde olmadıkça, önemli etkisi bulunmayabilir. Plasentada radyasyona bağlı değişiklikler kolayca görülmez.

KAYNAKLAR

1. Ito Y, Tsuda R, Kimura H. Diagnostic value of the placenta in medico-legal practice. *Forensic Science International*, 1989; 40: 779-84.
2. Khong TY. From delivery suite to laboratory: optimizing returns from placental examination in medico-legal defence. *Aust.- NZ. J Obstet Gynaecol*, 1997; Aug: 37 (3) : 367-8.
3. Towbin A. Trauma in pregnancy-injury to the fetus and newborn, In : Tedeschi CG, Eckert WG, Tedeschi LGG. (Editors) : *Forensic Medicine*, W.B.Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, 1997; Vol 1: 483-484.
4. Altshuler G, Herman AA. The Medicolegal Imperative : Placental Pathology and Epidemiology, In : Stevenson DK, Sunshine P. (Editors): *Fetal and Neonatal Brain Injury, Mechanisms, Management, and the Risks of Practice*, B.C.Decker Inc., Philadelphia, 1989; 250-263.
5. Altshuler G. Placenta within the Medicolegal Imperative. *Arch Pathol Lab Med*, 1991; 115: 688-695.
6. Benirschke K. The placenta in the litigation process. *Am J Obstet Gynecol*, 1990; 162: 1445-50.
7. Shanklin DR, Perrin EVDK. Selected Medicolegal Problems and the Placenta, In : Perrin, EVDK (Ed.): *Pathology of the placenta*, Churchill Livingstone, New York, 1984: 211-215.
8. Roberts DK. A Guest Editorial : Medical -Legal Aspects of Placental Examination. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1993; Vol 48: No 12: 777-778.

9. Naeye RL. Maternal floor infarction. *Hum Pathol* 1985; 16: 823.
10. Miller PW, Coen RW, Benirschke K. Dating the time interval from meconium passage to birth. *Obstet.Gynecol*, 1985; 66 : 459.
11. Naeye RL. The fetal and neonatal development of twins. *Pediatrics*, 1964; 33: 546.
12. Bejar R, Wozniak P, Allard M, et al. Antenatal origin of neurologic damage in newborn infants. I. Preterm infants. *Am J Obstet Gynecol*, 1988; 159: 357.
13. Sander CH. Examination of the placenta. *The Journal of Reproductive Medicine*, September 1982; Vol 27: No9: 604-607.
14. Fineberg KS, Peters JD, Willson JR, Kroll DA. *Obstetrics / Gynecology and the Law*, Health Administration Press, Michigan, 1984; 427-430.
15. Iffy L. *Obstetrics*, In: Wecht CH, Preiser SE, Preiser ML (Editors) : *Preparing and Winning Medical Negligence Cases*, Second Edition, The Michie Company, Law Publishers, Charlottesville, Virginia, 1989; Vol 2: 270-274.

23

Fetüs Hakları

Zeki Soysal / Emre Albek / Murat Eke / Sadi Çağdır

GİRİŞ

Hak, hukuken korunan menfaat şeklinde tanımlanabilir.⁵⁵

Yasalarla korunan insan hakları kabaca iki gruba ayrılır : 1. rızaya dayalı haklar veya taraflar arasındaki sözleşmelere dayalı olan haklar, 2. mutlak haklar. Mutlak haklar bütün kişiler için ortaktır. İnsan olmaları nedeniyle, bütün kişiler mutlak haklara sahiptir. Mutlak haklar şunlardır: öldürülmeme hakkı, yaralanmama hakkı, malının veya mülkünün çalınmaması, tahrip veya istismar edilmemesi hakkı. Bu haklar ceza ve haksız fiil kanunları ile korunmaktadır. Haksız fiil, diğer bir kişiye veya onun malına bir zarar getiren ve mağdurun bu zarar nedeniyle maddi tazminat talebinde bulunduğu bir eylemdir. İhmal, malpraktis ve ürün sorumluluğu ile ilgili davalar, haksız fiiller için bilinen örneklerdir.⁵⁰ Haksız fiil sanığı hem yasalarla cezalandırılabilir hem de mağdura tazminat ödemek zorunda kalabilir.³¹

Mutlak veya devredilemeyen haklar arasında en önemlisi yaşama hakkıdır. Mutlak haklar bütün insanlara aynı şekilde uygulanır. Düşük yasaları doğmamış çocuğun yaşamının korunmasına yöneliktir. ³¹

Fetüse karşı olan etik ve hukuki yükümlülükler, hukuk ve tıp uygulamaları kapsamında birçok önemli soruyu da beraberinde getirmektedir. Doğmamış çocuğun konumu, annenin, hekimlerin ve üçüncü kişilerin fetüse karşı olan sorumlulukları günümüzde tartışmalara yol açmaya devam etmektedir. Fetüs haklarının gündeme getirilmesiyle birlikte anne ve babanın özel yaşamları ile ilgili hakları da bu bağlamda önemli tartışmalara konu oluşturmaktadır. Fetüs hakları kavramı aynı zamanda çocuk düşürme ile ilgili yasal düzenlemeleri ilgilendirmekte ve fetüsün yasal haklarının belirlenmesinde yaşayabilme yeteneğinin önemli bir faktör olarak altı çizilmektedir. Aynı konu insan yaşamının veya kişiliğin ne zaman kazanıldığı konusu için de geçerlidir.

Fetüs hakları konusunun içerdiği diğer durumlar aşağıda belirtilmektedir: a. Dondurulmuş embriyoların üretimi ve yok edilmesi, b. Diğer embriyoların yaşayabilmesi için, uterusu fazlalık olan embriyoların yok edilmesi, c. Abort olmuş ya da başka bir şekilde ölmüş olan fetüslerin

hücreleri, dokuları ve organlarının transplantasyon ve araştırma amaçlı olarak alınması, d. Gebelik esnasında izin alınmaksızın, fetal cerrahi ve sezaryen gibi tıbbi girişimlerin yapılması, e. 18 haftalık hamile iken, komada bulunan bir kadında, vasisi kadının iyileşme olasılığını artırmak için abort talep etmesine karşın, fetüsün gestasyon yaşının uzatılması.^{3,8,48}

Fetüs ve anne hakları arasındaki çelişkiye ilişkin tartışmalarda, fetal haklar ve fetüs konusu, ilgili taraflarca sıklıkla dile getirilir. Bu konu sıklıkla, perinatal madde bağımlılığı ve abort hakkı ile prenatal zarar nedeniyle sorumluluk kapsamında gündeme gelir ve tartışmada şu paradoks ortaya çıkar: Kadınların, ilk trimestirde devletin müdahalesi olmaksızın fetüslerini aldırma haklarının bulunması, buna karşın, aynı dönemde, madde kullanılırsa, cezai takibata uğramaları.

Amerika Birleşik Devletleri hukuku, geleneksel olarak, çocukların korunmasına büyük önem vermektedir. Çocuk istismarı ve ihmal, ağır suçlar olarak kabul edilmektedir. Çocuğun selametine yönelik bir tehlikenin varlığında, yasanın ebeveynlerin özel yaşamlarına müdahaleden genelde kaçınan tutumu değişmektedir.³⁴

Doğmamış çocuğun hukuki durumu ise daha az kesinlik taşımaktadır. Geçmişte, hukuk, doğum öncesi, çocukların korunması için birçok girişimlere sahne olmuştur. New Jersey'de bir mahkeme Hoeuer / Bertinato davasında, tanısı koyulan eritroblastozis fetalisi düzeltmek için, bir Yehova Şahidinin çocuğuna doğumdan hemen sonra kan transfüzyonu yapılmasını kararlaştırmıştır. Bu kadının daha önceki iki çocuğunun, kadının transfüzyonu reddetmesi nedeniyle öldüğü bildirilmiştir. Özellikle fetüsün yaşama şansı varsa, doğum öncesi fetüste oluşturulan hasarlar, tazminat hakkını doğurabilir. Aynı zamanda doğmamış çocuğun, miras hakkı gibi, korunmuş hakları da vardır. Normalde bu hak ve tazminatlar, canlı doğumla geçerlilik kazanır. Buna karşın, fetüse tam birey konumu veren bir düzenleme olmadığı gibi, yaşayabilme şansı öncesindeki dönemde fetüse doğrudan korunma sağlanmamaktadır. Buna karşın yaşayabilme yeteneğine sahip durumdaki fetüsün doğrudan yasal korunması vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1973'deki emsal niteliğindeki Roe / Wade davasında, Yüksek Mahkeme şu kararı vermiştir: Fetüs yaşayabilirlik özelliğine eriştikten sonra, yani, anne karnı dışında, anlamlı bir yaşam sürdürebilme yeteneğinde ise, devletin, bu yaşamı koruması yönündeki iradesi, anneye özerklik konusunda tanınmış hakları geri plana itmeye yetecek derecede olabilir. Devlet burada, annenin yaşam veya sağlığının tehlikede olduğu durumların haricinde, abortusu yasaklayabilir.³⁴

Bunun dışında, doğuma çok az kalmış veya doğum sürecinde bulunan fetüsleri tam birey olarak kabul etmeye yönelik görüşler de bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde devletin bu konulardaki durumu, fetüslerin selameti için tıbbi girişime tabi tutulan olgularda belirginlik kazanmıştır: 1. Raleigh Fithin / Paul Morgan Memorial Hospital / Anderson olgusu : Burada, Yehova Şahidi olan 7 aylık gebe bir kadında ağır kanama riski bulunuyordu. Kadının ve fetüsünün yaşamını kurtarmak için, gerçekten kanama başladığında, kan transfüzyonu yapılması kararı verilmişti. Fakat kadın, tıbbi öneriye karşın, hastaneyi terk ettiğinden, karar tatbik edilememiş ve

mahkeme, polise kadını arama görevini de vermiştir. Buna rağmen, 1964 tarihli bu karar, doğmamış çocuğun, yasal koruma hakkı olduğunu göstermiştir. 2. Daha yakın tarihlerde de, birçok mahkeme, gebe kadınların, tehlike altındaki fetüslerinin yaşamlarını kurtarmak için sezaryen yapılmasına karar vermiştir. 1980 yılında Colorado'da görülen bir olguda, patolojik derecede şişman bir gebe, hastaneye doğum sancılarıyla başvurmuştur. Fakat genel davranışı kooperatif olmayan hastada yatıştan 90 dakika sonra fetal distres bulguları ortaya çıkmıştır. Amnion sıvısında mekonyum, fetal kardiovasküler sistemde deselerasyonlar, baseline variabilitede kayıp, prezante olan kısmın yüksekte olduğu, distosi ve muhtemelen fetal hipoksi bulunduğu tespit edilmiştir. Hasta sezaryeni reddetmiştir. Hekim ve hastane yönetimi yargıya başvurmuştur. Hastanın yatağı başında acil bir hukuki işlem yapılmıştır. Hakim, fetüsün bağımlı ve ihmale uğramış bir çocuk olduğuna karar vererek sezaryen talimatı vermiştir. Kadın bunun üzerine daha koopere hale gelmiştir. Fetal distres tanısından yaklaşık olarak 10 saat sonra sezaryenle Apgar değeri 1 ve 5 dakikada 2 ve 8 olan bir çocuk doğurtulmuştur. Annede postoperatif komplikasyon gelişmemiştir. 3. Jefferson / Griffin Spalding County Hospital Authority davası : Doktorlar tam plasenta previa tanısı koydukları bir olguda sezaryen yapılmazsa fetal mortalite riskinin %90, anne mortalite riskinin ise %50 olacağını, sezaryen ile yaşam şansının hem anne hem de çocuk için yaklaşık olarak % 100 değerinde bulunacağını belirtmişlerdir. Hasta, dini nedenlerle sezaryeni reddetmiştir. Mahkeme fetüsün selameti için sezaryen ve diğer gerekli tıbbi girişimlerin yapılması kararını vermiştir.⁴³

En az 11 eyalette, mahkemeler kadının rıza göstermemesine rağmen sezaryen yapılması kararını vermiştir. 2 eyalette, mahkemeler, 3. trimestirde olup, tedaviyi reddeden diabetik gebelerin hastanede tutulmasını kararlaştırmışlardır. Bir başka olguda intrauterin transfüzyon yapılması kararı verilmiştir. Bu kararların çoğu alt mahkeme kararı olup, itiraz edilmemiş olduğu ve emsal özellikleri bulunmadığı, fakat her olguda bağlayıcı nitelikte bulunduğu bildirilmiştir.⁵⁰

EMBRIYO VE FETÜS (CENİN) KAVRAMLARI ³⁷

Yumurtanın döllenmesinden doğum anına kadar “doğmamış çocuk”un, ana rahmi içinde geçirdiği aşamalar bakımından çeşitli ülkelerde farklı çözümlerin benimsendiği görülmektedir.

İngiltere’de, 1990 tarihli “Human Fertilisation and Embriology Act” (İnsan Döllenmesi ve Embriyoloji Kanunu)nda, “canlı insan embriyosu” kavramı, ovumun sperm ile döllenmesi işleminin tamamlanması durumunda kabul edilmektedir.

Kanada’da, 1993 yılında “Yeni Üreme Teknolojileri” üzerinde çalışmalar yapan Kanada Kraliyet Komisyonu, döllenme anından aşağı yukarı 14 üncü güne kadar gelişen “döllenmiş yumurta”yı, “zigot” olarak tanımlamıştır.

Zigot, 14 . gününden 8. haftaya kadar olan dönemde “embriyo” ; 8. haftadan doğuma kadar geçen dönemde de “cenin” (dölüt, fetüs) olarak anılmıştır.

1996 yılında üreme ve genetik tekniklerine ilişkin bir tasarıda da “döllenme anı”ndan 14. güne kadar geçen dönem içindeki, “insan organizması”, “zigot” olarak nitelenmiştir.

Bu tasarıda, 15. gün 56. gün arasındaki dönemde gelişme gösteren “insan organizması”na embriyo adı verilmiş; 57. gün ile doğum anı arasında geçen sürede rahimdeki insan organizması “cenin” olarak nitelendirilmiştir. Tasarı, “insan organizması” kavramını, döllenmeden doğuma kadar ilerleyen tüm aşamalar bakımından muhafaza etmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde, insanlar üzerindeki araştırmalarda uygulanacak normları belirleyen 1991 tarihli İnsanın Korunması Hakkındaki Federal Politika’da (Federal Policy for the Protection of Human Subjects), implantasyondan rahimden çıkma anına kadar olan süredeki insan organizmasına “fetüs” adı verilmektedir. Amerikan Fertilite Derneği’nin 1994 tarihli Rehberinde ise, döllenme anından 14. günün sonuna kadar geçen dönemdeki insan organizması için “embriyo öncesi” terimi kullanılmıştır. “Embriyo öncesi” organizma, rahime nakledilmeye elverişli ve genetik bakımından özelliği bulunan bir varlıktır.

EMBRYONUN HAKLARI

Temel bir soru, in vitro konseptusun (gebelik mahsulünün), hukuki anlamda bir birey olup olmadığıdır. Amerika Birleşik Devletleri’nde eyaletlerin çoğunluğunda in vitro konseptusun haklarını düzenleyen bir kanun bulunmamaktadır. Buna karşın, in utero çocuğun haklarını düzenleyen çok kapsamlı kanunlar mevcuttur. Bu haklar, hem ilk saptanabilen fetüs hareketi öncesi, hem de yaşayabilme şansı (uterus dışında yaşayabilme) öncesi haklarla ilgilidir. Ayrıca, Illinois Eyaleti’nde yaşayan bir kadının vücudu dışında, bir insan ovumunun bir insan spermi tarafından isteyerek fertilizasyonunu sağlayan bir kişiye, konseptusun bakım yükümlülüğünü getiren bir yasa mevcuttur. Bu kişiye, Illinois’ta çocuk istismarı yasasının uygulanabildiği durumlarda, çocuğa bakım ve gözetim yükümlülüğü getirilmekte olup, yine bu yasaya göre, çocuğun tehlikeye maruz bırakılması yasaklanmıştır.¹²

Amerika Birleşik Devletleri’nde eski genel hukukta, çocuğun ilk hareketinin saptanması, doğmamış olan çocuğun belli haklarının tespiti için önemli bir olaydı. Embriyo, hareketleri saptanmadan önce, canlı olarak kabul edilmiyordu. Abort, bu hareketlerin saptanmasından önce, yasal olup, babanın rızası olmadan da yapılabilirdi. Bununla birlikte, yıllar içinde, çocuğun, birey olmasa da, konsepsiyon anından itibaren bir hukuki antite olduğu şeklinde bir hüküm oluşmuştur. Birçok anti-abortion yasasındaki görüş de bu yöndedir. Bu pozisyonun günümüzdeki gerekçesi, biyolojik bağlamda Krimmel ve Foley tarafından çok iyi bir şekilde açıklanmıştır. Bir zigot, tüm DNA konformasyonu, DNA’sı insan türünü belirlemesi ve insana özgü

olması nedeniyle, insandır. Tüm DNA konformasyonu, organizmanın yaşamı süresince tüm evrelerde aynı kaldığından, spesifik bir insandır. Amerika Birleşik Devletleri Üst Mahkemesi'nin birkaç yasal düzenlemesindeki değişikliklerle, bu görüşün tekrar geçerlilik kazanabileceği bildirilmiştir.¹²

Günümüzde embriyo hakları kapsamında güncellik kazanan konulardan birisi düşüktür.

En saf şekilde abortus tartışması, bir konseptusun doğması ile ilgili olup, abortustan kurtarılan bebeğin yaşam kalitesini ilgilendirmez. Buna karşın, fetal sağlık da dahil olmak üzere, yaşam kalitesi konusu da insan yaşamı bağlamında, tartışmaya girmektedir.

Ahlaki değerler, politik yaklaşımlar, tıptaki bilgi birikimi ve teknoloji, yıllar boyu, abortusu düzenleyen yasalarda değişikliklere yol açmıştır. Trimestir kavramı, yaşayabilirlik (yaşama şansı) konsepti, Roe / Wade davası, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1973 de abortu yasallaştıran girişim, Webster / Reprodüktif Sağlık Hizmetleri davasında, Missouri eyaletinde yapılan düzenleme, temelleri tıbbi ve hukuksal açıdan müphem olmaları nedeniyle, çelişkilidir. Bununla birlikte, sıklıkla tartışılıp sorgulanmaya başlanmış olmasıyla, Roe davasından beri, trimester ve yaşama şansı kavramları, ilke olarak kullanılmaya başlanmıştır. Webster davası, fetal hakların gestasyonun başlangıcına uzanması ve yaşamın konsepsiyon ile başladığı görüşü bağlamında çarpıcıdır. Çünkü burada, hem yaşama hakkının ne zaman elde edildiği kararlaştırılmakta, hem de yasa koyucu devlet, bu hakkı korumaya yönelik düzenlemeler getirmektedir. Webster davası, kadınların abort hakkını sınırlayan yasaları sorgulamasına karşın, annenin medeni hukuk ve ceza hukuku kapsamında sorumluluğunu ortaya çıkarmaya yönelik olmasa bile, tamamen insani olan, fizik ve mental özelliklerle birlikte doğma hakkı ve bu hakkın korunması lehine girişimler, abort tartışmasına artık girmiş bulunmaktadır.

Tartışma kapsamının bu şekilde genişlemesi şu soruyu gündeme getirmektedir: Konsepsiyon ve yasal abortustan önce, ne zaman, konseptus, düşünme yeteneği gibi insana özgü özellikleri tehdit eden toksik maddelerden korunabilir?

Hangi gestasyon döneminde olursa olsun, hakları ve yasal koruma olanakları vardır. Buna karşın, Amerika Birleşik Devletleri Üst Mahkemesi, 1973 yılındaki iki kararıyla, kadınların, en azından gebeliğin ilk 6 ayında abort yaptırımlarının anayasal hakları olduğu konusunda görüş belirtmişlerdir. Bu karar, eyaletlere 2 inci trimestirdeki abortusları düzenleme ve son trimestirde yasaklama olanağını vermekte ve kabaca, fetüsün yaşama şansı dönemine uymaktadır. Buradaki güçlük, fetüsün yaşama şansını elde edinceye kadar bir birey olarak kabul edilmemesidir.¹²

Çocuğun canlı doğması koşuluyla, doğmamış çocuğun, koruma ve vesayet altına alınması amacıyla konsepsiyon anından itibaren bir canlı olarak kabul edildiği açıktır. Ayrıca, eğer çocuk canlı doğarsa, suçlara karşı yasalarla korunmasının konsepsiyonla başladığı konusunda ciddi destekleyici görüşler vardır. Letal prenatal zarar meydana geldiğinde fetüsün yaşama şansı varsa, ölü doğan bebeğin vasisi, tazminat talep edebilir. Bazı

eyaletler, yasa ile açıkça, doğmamış bebeğin yasal haklarını kabul etmektedir.¹²

Doğmamış bebek, ayrıca ceza hukukunun belli koruyucu hükümlerinden de yararlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde genel hukuka göre, fetüsü öldürmek amacıyla gebe kadına yapılan saldırı, çocuk ölü doğsa bile, cinayet olarak kabul edilmiyordu. Buna karşın, California, yasal abort hariç, fetüsün ölümüyle sonuçlanan böyle bir saldırıyı, cinayet olarak kabul etmiştir.¹², 50

Genel adetlerden doğan hukuk kurallarını uygulayan ülkelerde, mahkemeler, dondurulmuş embriyolar üzerindeki hakları da ele almıştır. Embriyo üzerindeki hakkı, kural olarak kadının temel hakları arasında geliştirilen Amerikan mahkemeleri uygulaması, ilk 1992 tarihli Davis v. Davis Olayında dondurulmuş embriyo üzerinde erkeğin de hakkı olduğunu kabul etmiştir. Tennessee Yüksek Mahkemesi'nin önüne getirilen olayda, boşanmış olan eşler, dondurulmuş embriyoların kaderi üzerinde anlaşmaya varamamışlardı. Boşanan kadın, bunları, implantasyon amacıyla, başka bir çiftte vermek istemekteydi. Koca ise, buna razı değildi. Bu nedenle, Tennessee Yüksek Mahkemesi, konuyu, kocanın "özel yaşam hakkı" çerçevesinde ele almış; üreme teknolojisi alanında, dondurulmuş embriyoların, kocanın "özel yaşam hakkı"na ait olduğunu kabul etmiştir. Yüksek mahkemeye göre, "özel yaşam hakkı", "üreme hakkı"nı da içermektedir. Bu nedenle, boşanmış kocaya, dondurulmuş embriyoların imha edilmesini isteyebilme imkanı tanınmıştır.³⁷

Bir başka sorun da, eşlerin ölümü halinde, dondurulmuş embriyoların hukuksal durumuna ilişkindir. 1984 yılında meydana gelen bir olay, bu sorunun hukukçular tarafından ele alınmasını gerektirmiştir. 1984 Haziranında California'da oturan Şili'li Mario ve Elsa Rios çifti, Avustralya'da, Melbourne'daki Queen Victoria Medical Centre'de bir "tüp bebek" programına katılmışlardı. Ancak, Bayan Rios'a uygulanan embriyo implantasyonu başarılı olmadı. Kalan iki embriyonun ise, daha sonra kullanılmak üzere dondurulmasına ve saklanmasına karar verildi. Ancak, Rios çiftinin bir uçak kazasında ölmeleri üzerine, bu imkan da gerçekleşemedi. Eşlerin herhangi bir vasiyetnamesi mevcut değildi. California hukukuna göre de, eşlerin mirasçıları, Bay Rios'un ilk evliliğinden olan oğlu ile Bayan Rios'un annesiydi. Ortaya şu iki sorun çıktı: Embriyo, mirasçı olabilir mi? Embriyo, miras yoluyla mirasçılara geçebilir mi? ³⁷

Embriyonun mirasçı olup olamayacağı tartışmalıdır.

Dondurulmuş embriyoların miras yoluyla mirasçılara geçmesi konusunda da, farklı çözümlere rastlanılmaktadır. Örneğin, bu konuyu inceleyen Leyden Hukuk Fakültesi öğretim üyesi Broekhuisjen-Molenaar, Hollanda hukuku bakımından, dondurulmuş embriyoların eşlerin "ortak mülkiyet"indeki değerler olarak, miras yoluyla mirasçılara geçebilmesinin mümkün olduğu kanısındadır.³⁷

Saklanmış insan embriyolarında ise, Doe v. Shala Olayında, Amerika Birleşik Devletleri Bölge Mahkemesi, Yüksek Mahkemenin, embriyoların Anayasa'nın 14. Eki anlamında "kişi" sayılamayacağına ilişkin Roe v. Wade

Kararındaki görüşe katılarak, dondurulmuş ve saklanan embriyoların da “kişi” olarak kabul edilemeyeceği görüşünü açıklamıştır. Bölge Mahkemesi dondurulmuş embriyoların, hukuken korunacak menfaatleri olamayacağını belirtmektedir.³⁷

Kara Avrupası hukuklarında, rahim içindeki embriyonun da; rahim dışındaki embriyonun da hukuksal durumu tartışmalıdır.

Genel olarak, etik bakımından, rahim içindeki ve dışındaki embriyolar, “kişi” olarak kabul edilmişlerdir.

Buna karşı, pozitif hukuk bakımından, değişik görüşlerin benimsendiği görülmektedir.

Alman hukukunda, embriyo, hukuk süjesi olan “kişi” ile aynı statüye sahip sayılmış ve aynı korumadan yararlanması kabul edilmiştir.³⁷ Hollanda hukukunda ise, çeşitli görüşlere rastlanılmaktadır.

Bir görüşe göre, cenin bir hukuk süjesi “kişi” olarak kabul edilir. Ayrıca, rahim içi embriyo, ananın bedeninin bir parçası olduğundan, ananın kişiliğini koruyan normlardan da yararlanabilir. Sadece, rahim tahliyesine ilişkin durumlarda, ananın menfaati ceninin menfaatinden üstün tutulur: ana, gebeliğin sona erdirilmesi ve ceninin yokedilmesine karar verebilir.³⁷

Hollanda hukukunda, diğer bir görüş ise, embriyonun, bir hukuk objesi olduğunu ileri sürmektedir. Bu görüşe göre, embriyo, gametlerini verenlerin ortak malıdır. Embriyo üzerinde, birlikte maliklerin hukuksal durumu söz konusudur.³⁷

Broekhuijsen-Molenaar tarafından ileri sürülen bir görüş ise, embriyonun, hukuksal statüsü bakımından, “hukuk süjesinin yansıma etkisi”nden söz etmekte ve embriyo ile ilgili çeşitli sorunlara, “kadın ve erkeğin kişilik hakları” çerçevesinde çözüm bulunabileceğini savunmaktadır.³⁷

Broekhuijsen-Molenaar’a göre, embriyo, “kişi” değilse de, gelecekte “hukuk süjesi” olacağından “belirli bir saygı” ve korumaya layıktır. Bu bakımdan, hukuk süjesi olan “kişiye gösterilen saygı” embriyoya da yansıtılmalıdır. Yansıma etkisinin kapsamı ve derecesi, etik değerlendirme yargısıyla bağlantılıdır. Embriyoya, “olası hukuk süjesi” olarak ne kadar önem verilirse, ona daha fazla koruma sağlanmış ve embriyo üzerindeki tasarruf özgürlüğü de kısıtlanmış olur. “Hukuk süjesinin yansıma etkisi”, özellikle embriyo üzerinde yapılan bilimsel araştırmalar bakımından önem taşır. “Yansıma etkisi” görüşüne göre embriyo üzerinde, ancak onaylanmış bilimsel araştırmalar yapılabilir.³⁷

Broekhuijsen-Molenaar, ayrıca, embriyo ile ilgili çeşitli sorunlara, “kadın ve erkeğin kişilik hakları” çerçevesinde çözüm bulunabileceğini de ileri sürmektedir. Embriyo, eşlerin üreme malzemelerinden meydana geldiği için, eşler, embriyo üzerinde ortak malik durumundadır. Her birinin, embriyo üzerinde bölünmez bir payı mevcuttur. Embriyo, miras yoluyla başkalarına geçebilir; ancak, embriyonun mirasçı olabilmesi mümkün değildir. Embriyo, eşlerin “kişilik hakları”na da dahildir. Bu nedenle, embriyo üzerinde tasarrufta bulunurken, eşlerin birlikte karar almaları ve birbirlerinin kişilik hakkına saygı göstermeleri gerekir.³⁷

Dondurulmuş embriyoların mirasçı olup olmayacağı konusunda, aşağıdaki çözüm önerilebilir: Türk hukukunda, çocuk, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan itibaren hak ehliyetine sahip olur (MK 28/II). Medeni Kanun, ceninin sağ doğması halinde mirasçı olacağını; ölü doğan çocuğun ise, mirasçı olamayacağını kabul etmiştir.

Bu bakımdan, dondurulmuş embriyoların, bir başkasına implante edilmesi ve çocuğun sağ doğması halinde, onun, ölmüş ana veya babasının mirasçısı olabileceğini ileri sürebilmek mümkündür.³⁷

Ancak, çözümü gereken başka bir sorun da, dondurulmuş embriyoların, başkasına implante edilmesine kimin karar vereceği sorunudur. Bu konuda, önemli bir "gerçek hukuk boşluğu"yla karşı karşıya gelindiği açıktır. Bu boşluğun ortadan kaldırılması için, bu gibi durumlarda, "hukuku bulmak" ve "yaratmak"la görevli olan yargıcın, yabancı hukuk düzenlerinden ve bu alandaki çözümlerden yararlanmak suretiyle bir çözüm araması gerekir. Bu çözüm, dondurulmuş embriyoların korunması için bir kayyım atanması ve kayyım, dondurulmuş embriyolar üzerinde yetki tanınması çözümü olabilir.³⁷

Dondurulmuş embriyoların miras yoluyla edinilmesine gelince, Türk Hukuku'na göre, bunların miras yoluyla mirasçılara intikal edebilmesi mümkün değildir. Zira, Medeni Kanunumuz, kural olarak, malvarlıksal hakların miras yoluyla mirasçılara geçmesini kabul etmiştir. Oysa, dondurulmuş embriyolar, "eşlerin kişilik haklarına dahil değerler" olduğundan, bunların mirasçılar tarafından edinilmesi mümkün bulunmamaktadır.³⁷

GEBELİĞİN SONLANDIRILMASI VE FETÜS

Uterus içindeki canlının yaşamının sonlandırılması anlamında kullanılan abortus, çok eski dönemlerden beri yoğun tartışmalara konu olmuştur.

Hipokrat yemini, doktorun düşük yaptırmasını tamamen yasaklamıştır. Bu karar 1948'de Cenevre Bildirisi ile onaylanmış, ancak 1970 yılındaki Oslo Bildirisi'nde değişikliğe uğramıştır. Oslo Bildirisi'nde doktorların kendi ülkelerinin yasalarının izin vermesi durumunda, düşük yaptırabilecekleri belirtilmektedir.²⁴

Katolik Kilisesi gebeliğin sonlandırılmasına karşıdır. Bununla birlikte, çoğu dini kurallar, gebeliğin miadına kadar devam etmesi durumunda ölmesi muhtemel olan bir kadının gebeliğinin tıbbi gereksinimlerle sonlandırılması açısından engelleyici nitelikte değildir.³⁰

Ortodoks görüşüne göre, belirli durumlarda (hastalık, ananın hayatının kurtarılması, v.b.) gebeliğin sona erdirilmesine izin verilmelidir.³⁷

Kur'anda gebeliği durdurma ya da çocuk düşürmeye ilişkin bir hüküm bulunmamaktadır. Bugün için İslam'ın belirli koşulların yerine getirilmiş olması halinde, çocuk düşürmeyi kabul ettiği, buna cevaz verdiği görüşü ileri sürülmektedir. Bu Kur'andaki "Zaruret tereddüdü ortadan kaldırır" biçimindeki bir söze dayanmaktadır. Bu sözle tıbbi bakımdan bir

zaruretle karşılaşıldığında çocuk düşürmeye izin verilmesi gerektiği bildirilmiştir.⁵⁶

Abortusla ilgili olarak aşağıdaki etik sorunlara yanıt aranması gerekir:

1. Abortus bir aile planlaması ve doğum kontrol yöntemi olarak kabul edilebilir mi?

Türkiye’de nüfus planlamasının esasları, gebeliğin sonlandırılması, sterilizasyon uygulamaları, gebeliği önleyici ilaç ve araçların sağlanması, acil girişim gerektiren durumlarla ilgili konular 25 Mayıs 1983 tarih ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu’yla düzenlenmiştir. 14 Kasım 1983’de ise yasaya dayanılarak Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük çıkarılmıştır. Adı geçen yasal düzenlemelere göre, aile planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir. Aile planlaması gebeliği önleyici yöntemlerle sağlanabilir. Buradaki temel düşünce gebeliğin önlenmesidir. Bu nedenle, başlamış olan gebeliğin sonlandırılması aile planlaması kapsamında değerlendirilemez.³⁸

Yasanın 5 inci maddesine göre 10 uncu hafta doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca bulunmaması durumunda gebelik istek üzerine sonlandırılabilir. Altıncı madde ise gebeliği sonlandırmanın gebe kadının iznine, kadın evliyse erkeğin de iznine, küçüklerde ise küçüğün rızasıyla birlikte, velinin, vesayet altındaki kişilerde vasinin de iznine bağlı olduğu bildirilmektedir.

Türk hukukunda, gebeliğin sona erdirilmesi, kadının cinsel yaşamına ilişkin kişisel değerlerden biri olup, onun kişilik hakkına dahildir (T.M.K 24).³⁷

Gebeliğin, kadının isteği dışında ve aydınlatılmış rızası alınmadan sonlandırılması onun bedensel bütünlüğüne ve kişilik hakkına bir saldırı oluşturur.

Amerikan Yüksek Mahkemesi, ana rahmindeki çocuğun anlamlı bir hayata kavuşma yeteneğinin, gebeliğin üçüncü ayından sonra başladığı gerekçesiyle, ilk üç ay içinde, istek üzerine gebeliğe son verilebileceğini kabul etmiştir. Buna karşın, üç aydan sonraki dönemde gebeliğin sona erdirilmesi, ancak, kadının hayatının kurtarılması ya da sağlığı bakımından önemli bir nedenin varlığı halinde mümkün olabilir.³⁷

Alman Anayasa Mahkemesi, önceliği, doğmamış çocuğun korunmasına tanımıştır. Alman Anayasa Mahkemesi, doğmamış çocuğu, bağımsız bir insan olarak kabul etmiş ve insan hayatına saygı ilkesinin korunması altında olduğunu belirtmiştir. Anayasa mahkemesi, ayrıca, devletin doğmamış çocuk için yeterli korumayı sağlamakla yükümlü olduğunu da vurgulamıştır.³⁷

Gebeliği önleyici pek çok yöntemin varlığına karşın gerek bu konuda yeterli eğitimin olmaması, gerekse yöntemlerin gebelikten korumayı yüzde yüz sağlayamaması nedeniyle istenmeyen gebelikler ortaya çıkmaktadır. Bu durumda, abortusun yasallaşmış olması onun bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmasını kolaylaştırmaktadır. Öteki yöntemlerin doğru ve etkin

kullanımı için çaba göstermek yerine daha kolay olan ve kesin sonuç verdiği kabul edilen abortus bir yöntem olarak seçilebilmektedir.

2. Abortusun yasal düzenlemelerde "hak" olarak tanımlanması, etik açıdan doğru mudur?

Abortusun bir aile planlaması ve doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmasına karşın, etik açıdan savunulabilmesi pek olanaklı görünmemektedir. Bir başka deyişle, abortusun yasalarda "hak" olarak tanımlanmış olması, etik değerler bağlamında "doğru" olarak kabul görmesi için yeterli değildir. Konu ile ilgili yasal düzenlemeler incelendiğinde her devletin değişik dönemlerde abortusu yasaklayan ya da serbest bırakan yasaları gündeme getirmiş olduğu görülmektedir. Örneğin, Sovyetler Birliği'nde 1920'li yıllarda fazla nüfusa gereksinim duyulmadığı için sağlık kurumlarında gebeliğe ücretsiz olarak son verilirken, 1934'de çıkarılan bir yasayla abortus yasaklanmıştı. Bir canlının yaşamının sonlandırılması anlamına gelen abortusun, devlet ya da hükümet politikalarıyla belirlenmesi etik açıdan tartışılması gereken bir durumdur. Öte yandan dönemin toplumsal, ekonomik, sosyal ve kültürel koşullarından bağımsız

bir ahlak anlayışının varolamayacağı ileri sürülebilir. Her durumda abortusa ilişkin değerlendirmenin tıp, hukuk, felsefe, din gibi daha köklü alanlar temelinde yapılması bize ışık tutabilir.³⁸

3. Abortus nasıl bir ahlaki eylemdir?

Abortusla ilgili etik tartışmanın doğru bir zeminde yürütülebilmesi için öncelikle abortus eyleminin nasıl bir ahlaki eylem olduğuna karar verilmelidir. Abortusun, temelde bir canlının yaşamının sonlandırılması ya da yaşama şansının ortadan kaldırılması olduğu herkes tarafından kabul edilen bir görüştür. Tartışılan nokta, yaşamı sonlandırılan bu canlının bir insan olup olmadığıdır. Bu nedenle abortusun doğasına ilişkin değerlendirme kendi içinde iki soruyu barındırmaktadır. Bunlardan ilki fetüsün ne zaman insan olarak kabul edileceği, ikincisi ise insan olmanın ölçütlerinin neler olduğudur. Bu iki sorunun yanıtlanabilmesi, fetüsün moral statüsünün belirlenmesini de sağlayacaktır.³⁸

Abortus karşıtları döllenme anını insan yaşamının başlangıcı olarak kabul etmektedir. Çünkü döllenmiş yumurta, insan olarak gelişme potansiyeli taşıyan ilk yapıdır. Beslenme ve korunma bakımından tamamen annesine bağımlı olsa bile, gebelik ürünü konsepsiyon anından itibaren büyüyerek gelişen ve annesinden ayrı olan bir varlıktır. ³¹ Oysa döllenmemiş yumurta ya da sperm bu tür bir potansiyele sahip değildir. Onlara göre gebelik sürecinde ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin hiçbirisi fetüsün ahlaki statüsünde değişiklik yaratmaya yeterli değildir. İnsanın başlangıcı döllenme anı olduğu için gebeliğin her dönemindeki abortus insan öldürmekle eş anlamlıdır. Abortus karşıtları doğumdan önce fetüsün öldürülmesinin ahlak açısından yanlış ve suç olarak kabul edilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Abortus karşıtları doğumdan önce bebek öldürme ile doğumdan sonra bebek öldürmenin farklı olmadığı görüşündedirler.³⁸

Abortus karşıtı görüşün fetüsle doğmuş bebek arasında hiçbir fark olmadığı savı tartışmaya açıktır. Çünkü doğumla birlikte bebek, daha önce

bağımlı olduğu anne vücudundan ayrılarak farklı bir ortama girer. Bu ortamda anne ve babasıyla etkileşmeye başlar ve tepkisel ilişkiler geliştirir. Bebek doğumdan sonra gerek fiziksel özellikleri gerekse çevreye verdiği tepkiler nedeniyle annesinin dışında ayrı bir kimliğin karakteristik özelliklerini edinmeye başlar. Bu bağlamda bebeğin bir kişi olarak davranma sürecinin doğumla başladığı söylenebilir. Oysa fetüs bu tür bir özelliğe sahip değildir. Fetüsle anne arasındaki fizyolojik bağımlılığın sona ermesinin fetüsün ahlaki statüsünde değişiklik yaratan tek belirleyici olduğunun öne sürülmesi tartışılır olmakla birlikte, sözünü ettiğimiz kişilerarası etkileşimin başlangıcının ahlaki değerlendirmede bir ölçüt olarak alınması olanaklıdır. Bu noktada, etişin kişilerarası ilişkiden kaynaklandığının belirtilmesinde yarar vardır.³⁸

Gebeliğin sona erdirilmesine karşı olanlar doğmamış çocuğun yaşama hakkının, annenin seçim hakkından üstün olduğunu kabul etmektedirler.

Abortus yanlıları ise gebeliğin her aşamasında abortusa izin verilmesi gerektiğini savunurlar. Döllenen yumurta onlara göre kadın vücudunun bir parçasıdır ve gelişebilmesi için o vücuda gereksinim duyar. Bu nedenle, ayrı bir varlık olarak değerlendirilmemelidir. Yumurtanın döllenmiş olması başka bir organizmayı gerekli kılarsa da, döllenme sonrası yumurtada fizyolojik bazı değişiklikler söz konusu olsa da, bunların hiçbir hâlâ kadın vücuduna ait olan yumurtanın ahlaki statüsünde bir değişiklik yaratmamalıdır. Döllenne, iki haploid hücrenin bir diploid hücre oluşturacak şekilde birleşmesidir. Bu diploid hücre her ne kadar bir insana gelişme potansiyeli taşıyor olsa da, tamamlanmış bir kromozom setine sahip olduğu için o varlığın bir ahlaki geçerliliğinin olduğunu savunmak oldukça güçtür.^{38, 40}

Abortus yanlılarına göre bir canlının ahlak açısından değerlendirilebilmesi, dolayısıyla birey ya da kişi olarak kabul edilebilmesi için her şeyden önce bilinçlilik ve rasyonellik gibi iki önemli kapasiteyi taşıyor olması gerekir. Bir başka deyişle, birey olmak kendi bilinçliliğinin farkında olmayı, nesneleri ve durumları zamansal ve uzamsal olarak tanımayı, geçmiş anımsama ve geleceği öngörme yeteneğini gerektirir. Oysa fetüs gebeliğin hiçbir aşamasında bu kapasitelere sahip değildir. Ayrıca bir canlıya ahlak açısından hak tanıyabilmek, dolayısıyla fetüsün yaşam hakkından söz edebilmek için öncelikle onun kendisini zaman akışı içinde ayrı bir varlık olarak kavrayabilmesi gerekir. Kendisini bu şekilde kavrama kapasitesine sahip olmayan bir canlının varlığını sonlandırmanın onun çıkarlarına aykırı olduğunu öne sürmek oldukça güçtür, çünkü onun "çıkar" kavramı yoktur. Tüm bu nedenlerle doğumdan önce fetüsün ahlaki statüsünden söz edilemez. Doğum anı, fetüsün bir insan olarak değerlendirilmesi için tek geçerli ahlaki ölçüt olmalıdır ve insan bireyin başlangıcı olarak alınmalıdır.³⁸

Abortus yanlılarının ileri sürdüğü savların da tartışılır yanları vardır. Birey olmanın ölçütü olarak alınan bilinçlilik ve rasyonalite gibi yeteneklere sadece fetüsler değil, yeni doğanlar, küçük çocuklar, zeka özürllüler ve

bitkisel yaşam sürdürenler de sahip değildir. Böylesi yüksek bir standart sözü edilen grupların ahlaki geçerliliğini ortadan kaldırmaktadır. Bu ise abortusla infantisid arasında ahlaki bir sınır çizmenin olanaksızlığının yanı sıra insan öldürmenin anlamıyla ilgili daha ciddi ahlaki sonuçlara yol açabilecek bir tehlikeyi barındırmaktadır.³⁸

Abortus yanlısı ve abortus karşıtı görüşlerin taşıdığı ortak temel bir yanlışlıktan söz etmek yerinde olacaktır. Her iki yaklaşım da insanın varoluşunda bir süreklilik gösteren gebelik durumunu gözardı ederek bu sürecin iki ucunu-başlangıç ve sonunu- ahlaki ölçüt olarak belirlemektedir. Hem döllenme hem de doğum ahlaki bakımdan önem taşıyan noktalar olmakla birlikte bunlar basitçe insan yaşamının sonlandırılmasının kabul edilebilirliğinden kabul edilemezliğine geçişi belirten noktalar olarak görülmemelidir. Bir başka deyişle, döllenme ve doğum insanın üremesinde anlık birer kesintidir. Oysa bir varlığın ahlaki geçerlilik kazanması bu kadar ani gerçekleşemez. Döllenme ya da doğumu can alıcı ahlaki dönüm noktaları olarak alıp ya sadece tüm döllenmişlerin ya da sadece tüm doğmuşların yaşama hakkının varlığından söz etmek oldukça güçtür. Gebe kalma ve doğum gibi iki uç nokta arasında yer alan ara aşamaların taşıdığı kapasiteler ve süreklilik göz önüne alınarak fetüsün ahlaki statüsünün belirlenmesinde yarar vardır.³⁸

Gebeliğin sona erdirilmesini savunanlar kadının özel yaşamına, kendisi hakkında karar verme ve bedenini kontrol hakkına üstünlük tanımaktadırlar.

4. Fetüs ne zaman insan olarak değerlendirilmelidir?

Bu noktada “embriyo prenatal dönemin hangi aşamasında insan olmaya başlar?” sorusu gündeme gelmektedir. Nitekim bir grup yazar ve tartışmacı prenatal dönemin herhangi bir evresinden sonra uterus içindeki canlının bir birey olarak kabul edilmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Örneğin Ford, döllenmeden sonraki 14-15 inci günde oluşmaya başlayan primitif çizginin, insanın ontolojik ve biyolojik anlamda varolmasının başlangıcı olarak alınması gerektiğini, Moore ise embriyonun, insana özgü bazı ayırıcı fiziksel özellikleri kazandığı sekizinci hafta içinde, insan olmaya başladığını savunmaktadırlar. Bu durumda geç dönem fetüslerini erken embriyolardan ayıran bazı ortak özelliklerin potansiyel olarak varlığından söz edebiliriz. Bilinçlilik, rasyonalite, kendinin farkında olma, kendi hedeflerini ve bu hedeflere ulaşma yollarını belirleme, dilsel kapasite gibi potansiyel kapasiteler sosyal öğrenmeyle birlikte “kişi” kavramı için temel olan bir başka kapasiteyi olanaklı kılar. “Moral özerklik kapasitesi” olarak adlandırılan bu kapasite, empirik anlamda varolan canlıların ahlaki anlamda da kişi sayılması için gereksinim duyulan moral kodu oluşturabilir. Üstelik geç dönem fetüsleri erken embriyolardan farklı olarak nörolojik gelişmeyle birlikte çevresel uyaranlara yanıt verebilmekte, ağrı ve sıkıntı duyabilmektedirler. Bu gelişimin ikinci trimestirde başladığı bilinmektedir. Her ne kadar pratikte bu düşüncüyü yaşama geçirmek zor olsa da, insan türü olarak kendi haklarımızı yadsımadan tüm hissedilebilen varlıkları moral eğitimimiz olarak görme konusunda seçici davranmakta isek

de, ahlaki açıdan bu durumun önemli olduğu gözden uzak tutulmamalıdır.³⁸ Yeri gelmişken son zamanlarda gündemde olan viabilite (yaşayabilirlik) kavramı üzerinde de birkaç söz söylemek uygun görünmektedir. Yaşayabilirlik, fetüsün anneden ayrılabilmesi ve ondan bağımsız olarak canlı kalabileceği anı göstermektedir. Küvözde olduğu gibi, özel bir bakımı gerektirmeksizin canlı kalabilecek bir gelişim dönemine ulaşan bebeklerin yaşama yeteneğine sahip olduğu kabul edilmektedir. Bir fetüsün doğumdan sonra ayrı bir varlık olarak yaşamını sürdürebilme yeteneğidir.³⁸

Bir fetüs rahim içinde 210 günden veya intrauterin yaşamın yedinci ayından sonra yaşama yeteneğine sahip olur. Bu yetenek bazı olgularda 180 günden sonra kazanılabilir. 25.4 - 40.64 cm boyundaki bebekler yaşayabilirler ancak genel olarak yaşamaya devam edilebilecek gelişim dönemine ulaşmadıkları kabul edilmektedir. Gebeliğin 24 üncü haftasında doğan 630 gram ağırlığındaki bir fetüs soluk alıp vermeye teşebbüs eder fakat genellikle doğumdan kısa bir süre sonra ölür. 28 haftalık 1100 gram ağırlığındaki fetüsler doğumdan sonra hareket ederler ancak en iyi bakımla yaşayabilirler. 32 haftalık fetüsler ise yeterli bakımla yaşarlar.²⁸

Ronald Bolognese yaşayabilme yeteneğinin kazanılması açısından en erken sürenin gebeliğin 26 ıncı haftası olduğunu belirtmektedir. Gebeliğin 26 ıncı haftasında yaşama şansı %45 iken 28 inci haftada ise %92 oranındadır. Yasal açıdan, yaşayabilme yeteneği yeni doğan bir çocuğun yaşamını bağımsız olarak sürdürebilme yeteneğini belirtmek için kullanılan terimdir.²⁸

Tıbbi açıdan yaşayabilme yeteneği belirlenirken birkaç değişkenin göz önünde bulundurulması gerekir. Bazı yazarlar, fetüsün yaşayabilme yeteneğinin belirlenmesinde ağırlığın daha önemli bir parametre olduğunu belirtmişlerdir.

Günümüzde anne gebeliğin sekizinci ila onikinci haftaları arasında ultrason ile incelenirse (5 günlük hata payı ile fetüsün yaşı belirlenebilmektedir.

Prematüre bebeklerin tedavisindeki ilerlemeler küçük fetüslerin doğumdan sonra canlı tutulabilmelerine olanak sağlamaktadır.

Hukuksal bakımdan önde gelen tartışma konularından biri olan yaşayabilirliğin ahlaki öneminin olup olmadığı da tartışılmalıdır. Çünkü yaşayabilirlik genelde tıbbın gelişmişlik düzeyine, özelde de o zaman ve yerde tıbbi kaynaklara ulaşp ulaşamayacağımıza bağlıdır. Prematüre bebeklerde olduğu gibi gelecekte 3-4 aylık gebeliğin sonunda dünyaya gelen bebeklerin de yaşatılabilmesi söz konusu olabilir. Yaşayabilirliğin ahlaki açıdan tutunabilir bir argüman olarak görülebilmesi, erken abortusların "savunulabilir", geç dönem abortusların ise "savunulamaz" olduğu biçimindeki tartışmada somut bir dayanak aranmasına bağlıdır. Yaşayabilirlik noktası, bebeğin anne dışında varlık kazanabilmesinin olanaklı olduğu noktadır. Eğer kişi olmak, kişilerarası ilişkilere girebiliyor olmaksın, daha önce anne bedeninde yalıtılmış olduğu için bu tür etkileşimlere kapalı olan fetüsün anne bedeni dışında varoluşuyla birlikte, kişi olmasının önündeki

engellerden en az biri ortadan kalkmış olacaktır.³⁸

5. Abortus kararı bir kadın hakkı olarak kabul edilmeli midir? Gebeliğin sonlandırılmasında uterus içindeki canlının yaşam hakkının hamile kadının kişilik haklarına göre durumu nedir?

Abortusla ilgili yasal düzenlemelerin bulunması, konuya ilişkin moral sorunların çözümlenmiş olduğu anlamına gelmez. Ülkemizde anababanın isteğine bağlı olarak onuncu gebelik haftasının sonuna kadar rahim tahliyesi yasa koyucu tarafından belirlenirken, merkezde bulunan öge “ananın sağlığı” olmuştur. Günümüzde prenatal tanı yöntemlerinin kullanımında ve karar verme süreçlerinde annenin asıl belirleyici olmasını ön plana getiren öge “annenin hakları” başlığı altında biçimlenmektedir. Doğrudan fetüse yönelik girişimlerin, aslında onu vücudunda taşıyan anneye yapılan girişimler olarak ele alınması mümkündür. Annenin fetüs ile birlikte yaşayacağı, tıbbi girişimlerin ve buna bağlı olarak alacağı risklerin farkında olması gereklidir. Bu farkındalık bir yerde hasta ya da sakat olduğu saptandığı halde, o fetüsü doğurmaya karar vermeyi, tedavi ekibi olarak bu karara saygı duymayı da beraberinde getirecektir.³⁸

Kadın hakları ve özellikle kadının kendi bedeni üzerindeki hakları ile abortus arasında bağlantı kuran yazarlar, gebeliğin kadınla fetüs arasında kurulan özel bir ilişki olduğunu öne sürmektedirler. İyi bir benzetme olmakla birlikte, bir yönden parazit ile konak arasındaki bağımlılık türünden bir ilişkinin söz konusu olduğu bu özel durumda fetüs, geçici bir süre annesinin bedeninde, onunla bağlantılı olarak yaşamını sürdüren bir misafirdir. İntrauterin dönem insan yaşamının en erken dönemi olması nedeniyle kuşkusuz özel bir öneme sahiptir. Bu bağlamda fetüsün döllenmeyle başlayan ve doğuma doğru yönelen potansiyel bir insan olduğu söylenebilir. Ancak doğuma kadar kadın bedeninin bir parçası olarak gelişimini sürdüren fetüsün geleceğine ilişkin karar da o bedenin sahibi olan kadına ait olmalıdır. Bu durumda kadının abortus yaptırma hakkını elinden almak için hiçbir gerekçe ileri sürülemez. Döllenmiş yumurtanın taşıdığı potansiyel, uygun koşullar sağlandığı takdirde bir insana gelişebilme potansiyelidir. Bu uygun koşullar ise kadın bedeninden bağımsız düşünülemez.

Kadın hakları savunucuları arasında abortusun bir çeşit öz-savunma olduğunu ileri sürenler de vardır. İstenmeyen bir gebelikte fetüsün durumunu “bir dereceye kadar saldırganlık” olarak nitelendiren bu görüş “kadın mağdur olsa bile saldırgan ya da suçlu fetüs müdür?” sorusunu yanıtlamamaktadır. Abortus konusunda son kararı kadının vermesi gerektiğini savunan bazı yazarlar da soruna sosyal açıdan yaklaşmakta ve kadının değişik baskılar altında olduğunu ileri sürmektedirler. Onlara göre türün devamının sağlanması konusunda hem evlilik kurumu hem de toplum tarafından baskılanan kadın, sonuçta riskli bir eyleme zorlanmaktadır. Riski olmayan cinsel yaşam biçimleri (mastürbasyon, lezbiyenlik) ve alınan önlemler (sterilite) ise, toplum tarafından olumsuzlanmakta ve kadına bir anlamda “çocuk istemiyorsan cinsel ilişkiye girme!” denmektedir. Adı geçen toplumsal baskı göz önüne alınarak abortusun bir kadın hakkı olarak

savunulması gerekir.³⁸

Kadın hakları ile abortus olgusunu ilişkilendiren yazarlardan Thomson, embriyo ve fetüsün yaşama hakkının varolduğunu, ancak kadının da kendi bedeninde olanlara ve olacıklara karar verme hakkına sahip olduğunu ileri sürerek, “başka bir canlının hayatının söz konusu olmasının sonucu değiştirmeyeceğini, çünkü hiç kimsenin başka birisi için, onu hayatta tutmak adına bile olsa, büyük fedakarlıklar yapmaya ahlaki açıdan zorunlu olmadığını” savunmaktadır.

Gebe kadının fetüsle özel bir ilişkisi olduğunu kabul edecek olursak, bu ilişki aracılığıyla kadının fetüsle ilgili belli kararları verebilecek yetkiye sahip olduğunu da kabul etmemiz gerekebilir. Fetüsün potansiyel bir kişi olması normal gebelik, bebeklik ve çocukluk süreci bir veri olarak alındığında anlam kazanmaktadır ve ancak o zaman bir kişi haline gelecek olması önemlidir. Bu noktada değerlendirmenin vurgusu fetüsün “ne olduğu”ndan “ne olacağı”na kaydırılarak soruna yanıt aranabilir. Örneğin fetüsün normal bir çocuğa mı yoksa sakat bir çocuğa mı gelişeceği, sevgi dolu bir aileye mi yoksa bir olumsuzluklar ortamında mı doğacağı, istenip istenmediği gibi sorular abortusun ahlaki açıdan doğru ya da yanlış bir karar olduğuna ilişkin görüşümüzü belirleyebilecektir. Ayrıca annenin çocuğa karşı sorumluluklarını yerine getirip getiremeyeceğini değerlendirmesi ve ailenin öteki üyelerinin çıkarlarının gözetilmesi de belirleyiciler arasında sayılabilir. Bu bağlamda gerekli önlemleri almasına karşın gebe kalan ve istemeyerek abortusa başvuran kadınla, her zaman abortus yaptırabileceği düşüncesinin verdiği rahatlıkla gebeliği önleyici yöntemleri uygulamayan kadın arasında bir farkın olduğu açıktır.³⁸

Feminist bakış açısından anne adayının vücuduna yönelik böyle bir kararı tek başına alabileceği ve dolayısıyla babanın onayının aranmasına gerek duyulmaması gerektiği vurgulanırken, “değer harcama” açısından abortus olgusunun fetüsün manevi kişiliğine yönelik bir eylem olarak görülmesi de söz konusudur. Abortusla ilgili olarak kimilerince, “annenin özerkliği” ile “fetüs yararının karşı karşıya geldiği savunulsa da, burada sorunun bir başka düzeyi, “toplum yararının da önemli bir başka parametre olduğudur. Çünkü tam görünür olmasa bile, çağlar boyunca abortusa karar verdiren ve eyleme geçiren ögenin toplumların belirlediği “iyiye ulaşmak” yönünde olduğu kabul edilebilir. Bu nedenle, kimi toplumlarda örneğin kız bebek olmanın ya da çeşitli düzeylerde “malformasyonun” getirdiği abortus, sonucu üzerinde çok da fazla düşünülmeyen, çünkü o toplumlarda onaylanan ve vicdanların müsterih olduğu bir konumdadır.¹

6. Abortus konusunda babanın seçme hakkı var mıdır?

Abortusla ilgili olarak babanın hakları daha az tartışılan bir konudur. Türkiye’deki yasal düzenleme evlilik söz konusu ise anne ve babanın izni zorunlu kılmaktadır. Bir başka deyişle, babanın izni yoksa kadın karar verse bile abortus yaptıramamakta, istemediği bir gebeliği sürdürmek ve bebeği doğurmak zorunda bırakılmaktadır. Babanın kendi bedeninde gerçekleşmeyen bir süreçte bu denli belirleyici olması etik açısından kabul edilemez bir durumdur. Öte yandan babanın da çocuk sevmemek, babalık

rolünü reddetmek, doğacak sorumlulukları yerine getirecek durumda olmak gibi değişik nedenlerle bebeğin doğumunu istememe hakkı olmalıdır? Eğer böyle bir hak varsa ve anneyle baba farklı görüşlere sahipse gebeliğin sürüp sürmemesi konusunda karar kimin olmalıdır? Gebeliğin kadın bedeninde sürdürülüyor olması biyolojik bir rastlantıdan öte anlam taşımıyorsa, abortus konusunda tek karar vericinin kadın olması kabul edilebilir mi? Ahlaki değerlendirmelerimizi biyolojik bir temele dayandırmak ne karar doğrudur? Cinsiyetimizden dolayı varolan kazanımlarımız ve / veya kayıplarımız ahlaki seçimlerimizi ne ölçüde belirleyebilir? Görüldüğü gibi yasalar tarafından hakları tanımlanan babanın durumu, etik boyutlarıyla tartışılmalıyadır. 38

7. Üçüncü trimestirde gebeliğin sonlandırılması ne zaman haklı görülebilir? 9

Üçüncü trimestirde gebeliğin sonlandırılıp sonlandırılmayacağı sorusu etik açıdan bir çelişki oluşturur. Bu tür sonlandırmalar iki koşulda etik açıdan haklı görülebilir: a. Fetüsün doğumdan sonra birkaç haftadan daha fazla bir süre yaşamasını mümkün kılmayacak bir rahatsızlığa sahip olması veya kognitif fonksiyonun (anlama ve idrak yeteneği) tamamen ya da önemli derecede bulunmayışı ile karakterize olması, b. Fetüsteki bu durumları prenatal olarak belirleyebilecek ileri derecede güvenilir tanı işlemlerinin mevcut olması.

Günümüzde, bu iki durumu karşılayan bir olgu anensefalidir.

Günümüzde birçok hastanede gebeliğin birinci ve ikinci trimestirlerinde fetüsteki ciddi bir hastalık veya defekt nedeniyle selektif düşük işlemi uygulanmaktadır. Bununla birlikte, gebeliğin 24 üncü haftasından sonra ekstrauterin yaşama şansı arttığından, gebeliğin sonlandırılması bazen kabul görmez.

Obstetrik bakımın temel amacı hem gebe kadının hem de fetüsün yararına hizmet etmektir. Hem annenin hem de fetüsün yararları genellikle iki yaşamın aktif olarak desteklenmesi ile sağlanır. Bununla birlikte, gebeliğin kadının yararına olacak şekilde sonlandırılmasının gerektiği durumlar bulunabilir. Ciddi bir şekilde anormal olan bir gebeliğin miada kadar devam etmesine izin vermektense sonraki gebeliğin daha erkenden başlatılmasına olanak sağlanması amacıyla gebeliğin sonlandırılması ebeveynlere yarar sağlayabilir. Kuşkusuz, böyle bir karar aydınlatılmış rıza ile ilgili standard kriterlere uyularak verilmelidir. Gebeliğin devamının veya sonlandırılmasının muhtemel yararları ve zararları tamamen tartışılmalıdır. Bazı kadınlar açısından, gebeliğin sonlandırılması tercih edilen bir alternatiftir. Buna karşın, diğerleri gebeliklerinin devamını isteyebilirler.

Gebelik ilerledikçe, gebe kadının ve toplumun fetüse karşı olan yasal yükümlülükleri büyük ölçüde yavaş yavaş artar. Etik açıdan üçüncü trimestirde muhtemelen yaşama yeteneğine sahip olan fetüse karşı olan yükümlülüklerimiz, implantasyon öncesindeki embriyoya karşı olan yükümlülüklerimizden daha fazladır. Bu yükümlülükler genellikle faydalı olma prensibine dayanır ve fetüse zararlı olma yerine her mümkün olduğunda yararlı olmamız gerekir. Bununla birlikte, fetüse zarar verme veya yararlı

olma şeklindeki eylemlerin tartışılmasının güç olduğu durumlar bulunabilir. Bu gibi durumlar, fetüste doğumdan sonra birkaç haftanın ötesinde yaşamayı mümkün kılmayan ve tedavisi yapılamayan bir hastalık bulunduğunda ya da kognitif fonksiyon hiç olmadığında veya ileri derecede az olduğunda söz konusudur. Bu tür olgularda miada kadar gelişim ve doğum sonucunda neonatal ölüm veya vejetatif (bilinçli olmaksızın-bitki gibi-yaşama) yaşam söz konusu olacaktır. Bu alternatiflerle karşılaştırma yapıldığında, prenatal ölüm bir zarara neden olmaz. Ayrıca fetüsün yaşamının düşük ile sonlandırılması da bir zarara yol açmaz. Aksine, bu tür koşullarda fetal veya neonatal yaşamın devamına izin verilmesi veya yeni doğana bir yarar sağlamaz.

Bu genelleştirmeler, sadece fetüsün prenatal durumu kesin olarak belirlendiğinde uygulanır. Kuşkusuz, yanlışlıkla yukarda belirtilen durumlara sahip olduğu sanılan üçüncü trimestirdeki bir fetüs, gebeliğin sonlandırılmasından ileri derecede zarar görür. Bir kromozom testi veya kimyasal test güvenilir olarak kabul edilmeden önce birkaç kez doğrulanmalıdır. Ancak bu şekilde anormal sonuç, normal olan sonuçtan kalitatif olarak tamamen farklı bulunabilir. Anormal sonucun normal sonuçtan kantitatif ayırımının gerekli olduğu durumlar için diğer yöntemler hiçbir zaman kabul edilebilen bir düzeye erişemez. Günümüzde, antenatal tanıda önemli araçlardan birisi fetüsün anatomisinin ultrasonografik olarak görüntülendirilmesidir. Güvenilir sonografik tanı için farklı kuruluşlarda birkaç kez ultrason incelemesinin yapılması gerekir. Bu şekilde yalancı pozitif tanımlarla sağlıklı bir fetüsün düşürtülmesi önlenmiş olur.

Anensefali beyin yarı kürelerinin ve üzerini örten kafatası kubbesinin gelişmemiş olmasıyla belirgin olan bir malformasyondur. Nöral oluğun ön kısmındaki kapanma defektine bağlı olarak oluşur. Çoğu anensefalik fetüs ya ölü doğar ya da doğumdan kısa bir süre sonra ölür. Anensefalik bir fetüs için belgelenmiş olan en uzun yaşama süresi 5.5 aydır.⁶ Günümüzde tanı amaçlı ultrasondaki ilerlemeler, baş yeterli derecede görülebiliyorsa, anensefalinin güvenilir tanısına olanak sağlar.

Beta-talassemi, hemofili, Lesch-Nyhan sendromu, meningomiyelose, orak hücreli anemi, trisomi 21 ve Turner sendromu prenatal olarak teşhis edilebilir. Bu hastalıklara sahip olan fetüsler sıklıkla ikinci trimestirde düşürtülürler. Ancak, fetüsün annesinden bağımsız olarak yaşama yeteneğine sahip olabildiği üçüncü trimestirde bu tür rahatsızlıkları bulunan fetüslerin düşürtülmesi etik açıdan haklı görülemez. Bu rahatsızlıkları bulunan çoğu fetüs bebeklik döneminde yaşayabilir ve kognitif fonksiyonlara sahiptir. Bunlar ayrıca genellikle tahmin edilenden daha anlamlı bir yaşam olanağına sahip olabilirler.

Diğer birçok fetal rahatsızlık fetüse karşı yararlı olma yükümlülüğünün önem taşımadığı anensefali ile yararlılık yükümlülüğünün önem taşıdığı trisomi 21 gibi bozukluklar arasında yer alır. Renal agenezi, hipoplastik akciğerler ve Meckel sendromu ile birlikte olan infantil polikistik böbrekleri bulunan fetüsler doğumdan sonra birkaç haftadan daha fazla yaşayamazlar.

Trisomi 13, trisomi 18, alobar holoprosensefali ve hidranensefali olgularında kognitif fonksiyon ya bulunmaz ya da büyük ölçüde mevcut değildir. Trisomi 13 veya 18 in tanısı fetal amniositlerde karyotip belirlmesi ile güvenilir şekilde koyulabilir fakat alobar holopresensefali ve hidranensefalinin güvenilir tanısı kanıtlanmamıştır.

Tanısı güvenilir bir şekilde koyulabilen diğer durumlar arasında Tay-Sachs hastalığı yer alır. Bu hastalığın tanısı amniositlerin biokimyasal analizi ile güvenilir şekilde koyulabilir. Tay-Sachs hastalığı bulunan fetüsler hızla kötüleşme durumu başlamadan önce birkaç ay normal bir şekilde yaşam sürdürebilirler.

Eskiden tedavi edilemeyen ancak günümüzde tedavi edilebilen durumlar arasında safra yolları atrezisi ve sol ventrikül hipoplazisi yer almaktadır.

Memleketimizde Nüfus Planlaması Kanunu'nun 5/2 inci maddesine göre, doğacak çocuğun ağır maluliyete uğrama tehlikesi bulunduğu veya çocuğun doğumu halinde gelecek nesiller için ağır maluliyet tehlikesi söz konusu olduğunda gebelik sonlandırılabilir.

8. Çoğul gebeliklerde hangi fetüse yaşama şansı ya da önceliği tanınmalıdır? ¹

Prenatal dönemde biri sağlam, öteki / ötekiler hasta birden fazla fetüsün varlığının saptanması durumunda, hangi fetüsün yaşamına izin verileceği ya da hangilerine "fetosid" uygulanacağı sorusu ortaya çıkmaktadır. Maternal hakkın uterus içi mülkiyet hakkı gibi kavramı da armağan ettiği günümüzde, anne adayı kadın başta olmak üzere aile ile tedavi ekibinin iletişimi, durumdan kadın ve eşinin haberdar edilerek bilgilendirilmeleri son derece önemlidir. Çünkü daha sonra yapılacak girişimler için onların verecekleri aydınlatılmaya dayalı onam (rıza)ları gerekli ve belirleyici olacaktır. Zamanla yarışılan günlük tıp uygulamasında, tedavi ekibi kısa sürede bir karar vermek ve bunu uygulamak zorundadır. Bu sürece ailenin de katılması çizilecek sınırı onlarla belirlemekte yarar olacaktır. Bu konulara özgü etik kurulların oluşumu ve retrospektif olarak yapılacak etik olgu çözümlemeleri özel bilgi ve deneyim birikimini sağlayacaktır. Temel olarak abortusla ilgili tüm saptama ve düzenlemelerde, fetüse yönelik girişimlerin etik yönünün açıkta bırakıldığını ya da derinlemesine tartışıldığını vurgularken, bu yöndeki çabaları artırıcı bir yöntem geliştirmek ve bu motivasyonu çeşitli düzeydeki organizasyonlarla pekiştirmek mümkündür.

9. Abortusla ilgili olarak hekimin rolü nasıl değerlendirilebilir?

Abortus eylemi, kimin karar verdiğine bakılmaksızın yasalara gereği hekim tarafından gerçekleştirilen tıbbi bir işlemdir. Bu boyutuyla etik açısından hekimin de ilgilendirmektedir. Gebeliğin patolojik değil, fizyolojik bir süreç olduğu göz önüne alındığında hekimin bu uygulamadaki rolü, geleneksel "iyileştirici" ve "yaşatma" amaçlı rolüne aykırı düşmektedir. Aldığı eğitim ve yürüttüğü uğraş gereği yasalarca abortus yapmakla yükümlü kılınan hekim, bu eylemiyle etik açısından tartışılır bir konuma sahiptir. Kuşkusuz bu uygulamanın hekim tarafından gerçekleştiriliyor

olması, genel olarak toplumun, özel olarak da kadınların sağlığına olumlu katkılar yapmakta ve örneğin tıp dışı yöntemlerle çocuk düşürmeye bağlı anne ölümlerinin en aza indirilmesini sağlamaktadır. Ancak bu tür bir toplumsal yararın varlığı, abortus olayında hekimin rolünün tartışılabilirliğinden ortadan kaldırmamaktadır. Nitekim bu nedenle pek çok hekim, kendi değerlerinin doğrultusunda davranmakta ve isteğe bağlı abortus konusunda sorumluluk almayı reddetmektedir.³⁸

Başlayan bir yaşamın sürdürülme şansının ortadan kaldırılması anlamına gelen abortusla ilgili olarak doğru bir değerlendirmenin yapılabilmesi ve bir ahlaki yargıda bulunulabilmesi için konuya ilişkin bütün öğelerin göz önünde tutulması gerekmektedir. Abortus kararı ve bu karar doğrultusunda gerçekleştirilen abortus eylemi, en geniş anlamda üreme olgusu ile ilgili moral değerlerimiz temel alınarak irdelenmelidir. Odağında insanın değerinin ve yaşamın anlamının yer aldığı böylesi bir konuda yine de sorgulanmamış pek çok nokta ve yanıtlanamamış pek çok soru kalacaktır. Bu bağlamda abortusun taşıdığı etik sorunlara duyarsız kalmamak ve konuya yabancılaşmamak bile ahlaki açıdan yeterince "iyi" olarak görülebilir.³⁸

CANLI DOĞAN FETÜSTE ZARARA YOLAÇAN PRENATAL HASAR

Genel adetlerden doğan hukuk kurallarını uygulayan ülkelerde, ayrıca, rahimdeki çocuğun, belirli durumlarda, bazı kişisel haklardan yararlanabileceği de kabul edilmektedir. Örneğin, ceninin bedensel zarara uğraması halinde, sağ doğması ve yaşama yeteneğine sahip bulunması koşuluyla, haksız fiil failinden tazminat isteyebilmesi mümkündür. Genel adetlerden doğan hukuk kurallarını uygulayan mahkemeler, uzunca bir süreden beri, sağ doğma koşuluyla, çocuğa, "doğum öncesi zarar" için tazminat isteme hakkı tanıyarak, klasik haksız fiil ilkelerini genişletmişlerdir.³⁷

İngiltere'de 1974 yılında "Doğmamış Çocuğa Verilen Zararlar" hakkında inceleme yapmakla görevlendirilen hukuk komisyonu tarafından hazırlanan raporda, ister kasden; ister bir ihmal ya da yasal bir görevin ihlali sonucunda ortaya çıkmış olsun, doğum öncesi zararlar için hukuksal sorumluluğun bulunduğu belirtilmiştir. Bu görüş, daha sonra, 1976 tarihli "Congenital Disabilities (Civil Liability) Act" "Konjenital Maluliyetler-Hukuki Sorumluluk Yasası" ile pozitif bir hukuk kuralına dönüştürülmüştür.³⁷

Avustralya'da da, doğum öncesi zararlar için, zarara uğrayan çocuğun, doğumdan sonra tazminat isteyebilmesi mümkündür.³⁷

Kanada'da, Yüksek Mahkeme, "rahimde zarar gören" çocuğa, tazminat isteme hakkını ilk kez 1933 tarihli Montreal Tramways Co. v. Lèveille Olayında kabul etmiştir. Bu karar Quebec Medeni Kanunu'na dayanmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 1973 yılında ceninin haklarının varlığını sağ doğma koşuluyla kabul eden Yüksek Mahkemenin Roe v. Wade Kararından yirmi yıl sonra, bir California Mahkemesi, doğum öncesi ve sonrası meydana gelen zararlar için, çocuğun doğumundan sonra tazminat isteyebilme hakkını kabul etmiştir.³⁷

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1946 yılında, Boubrest / Katz davasında, mahkeme, açık şekilde, çocuğun doğum öncesi ve doğum esnasında maruz kaldığı hasarlar için tazminat talep edebileceğine karar vermiştir. Bu davada, mahkeme, çocuğun sadece annesinin bir parçası olduğu görüşünü reddetmiş ve doğmamış çocuğun veya fetüsün yasal haklara sahip olduğuna işaret etmiştir.⁵⁰

Annelerin ve fetal terapi uygulayan hekimlerin hukuki hakları ve yükümlülükleri, canlı doğacak fetüslere makul prenatal bakım yükümlülüğü getiren bir kanuni düzenlemeden doğar. Fetüslerin, konsepsiyondan sonra viabilite dönemine erişinceye kadar taşınmalarına yönelik hakları yoktur fakat miada kadar taşıyorlarsa, zarara veya makul olmayan bir riske maruz kalmama konusunda, anneye, hekime veya üçüncü şahıslara karşı hakları vardır. Fetüsün makul ölçülerde sağlıklı olarak doğma hakkı, doğum sonrasına kadar genelde sağlanamayacağından, anne ve hekimin doğmamış çocuğa karşı prenatal yükümlülüklerinden bahsetmek daha açık bir ifade şekli olur. Bu yükümlülükler, çocuğun canlı doğması koşuluna bağlı olup, doğum öncesi genel bağlamda öne sürülemezler. Eğer anne veya hekim bu prenatal yükümlülükleri ihlal ederek, yaşayabilme yeteneğine sahip olan fetüse zarar verir veya ihmalkar davranışla zararı önlemeye yönelik girişimlerde bulunmazlarsa, ceza veya hukuk davası açılabilir. Prenatal hasar açısından hukuki sorumluluğa doğru bir eğilim bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 50 eyalette haksız fiil sonucu ölüm nedeniyle tazminat davası açma hakkı tanınmıştır. Çoğu eyaletlere ölü doğumla sonuçlanan intrauterin yaralanmaya neden olan kimse açısından hukuki sorumluluk durumu söz konusudur.⁷ Eğer çocuk ölü doğarsa veya viabilite noktasından sonra in utero ölürse, anne ve / veya hekim, abortus veya fetisid kanunu hükümlerine göre yargılanabilirler. Eğer çocuk canlı doğar fakat sonra prenatal bakım kusuru nedeniyle ölürse, adam öldürme veya çocuk istismarı davası açılabilir. Çocuk zarar görmüş olarak doğar fakat yaşarsa, prenatal tutumları nedeniyle, anne veya hekime çocuk istismarı nedeniyle dava açılabilir. Burada tazminat davası açılması da mümkün olabilir. Tüm eyaletlerdeki yasal düzenlemeler, makul ölçüde ön görülebilen ve kaçınılabılır prenatal ve bazen de prekonsepsiyonel davranışlar, canlı doğan çocuğa zarar verir veya ölümüne neden olursa, dava açma hakkını vermektedirler.

Prenatal travma olgularında fetal yaşam kabiliyeti ve bunun değerlendirilmesi önemli bir faktördür. Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok eyaletin yasal düzenlemelerine göre, tazminat hakkı elde edebilmek için oluşan zararın yine fetüsün yaşama kabiliyetinin olduğu intrauterin bir dönemde meydana gelen bir travmaya bağlı olması gerekir.

Birçok eyalette fetüsün henüz yaşama kabiliyetinin bulunmadığı bir

dönemde meydana gelen bir travmanın yol açtığı fetal zararlar nedeniyle de tazminat hakkı tanınmaktadır. Bu yöndeki kararlar, fetüsün konsepsiyondan itibaren ayrı bir birey olduğu görüşüne dayandırılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde tazminat için yaşama yeteneğinin bulunması koşulu, ilk defa Kelly-Gregory davasında reddedilmiştir. Burada gebeliğin üçüncü ayında annenin geçirdiği bir otomobil kazası nedeniyle ağır defektlerle doğan bir çocuk söz konusu idi. Bazı eyaletlerde yaşama yeteneğinin olması koşulu, tamamen izafi bir kavram olduğundan reddedilmektedir. Burada yaşama şansı, üçüncü şahıslara karşı prenatal suç nedeniyle açılan davalarda, kullanılan standart olarak eleştirilmektedir. Çünkü bu kavram, değerlendirilmesi zor, nedensellik bağının kanıtlanması açısından yanlış ve hukuki sorumluluk için keyfi bir engel olarak görülmektedir. Kelly / Gregory davasında, mahkeme, bir çocuğun, konsepsiyon anında, annesinden ayrı bir biyolojik antite olduğu görüşüne vararak, üç aylık bir fetüse, suç ögesi bulunan bir zarar verme eylemini dava konusu olarak kabul etmiştir.

Prenatal kusur nedeniyle dava açılmasına olanak sağlayan eyaletlerin yalnızca 1/3 kadarı, çocuğun meydana gelen zarar nedeniyle tazminat alabilmesi için, zararın meydana geldiği zamanda çocuğun yaşama şansının olmasını şart koşturmamaktadırlar. Buna karşın, bu yaşam şansı standardının gittikçe daha yaygın olarak reddedilmesi, fetal hakları belirgin olarak arttırmaktadır.

Adli makamlar, genelde yaşama yeteneğinin tıbbi bilirkişi raporuyla saptanmasını isterler. Yaşama yeteneğinin tıbbi tanımı, fetüsün annesinden ayrı ve bağımsız olarak hayatta kalabilme yeteneği şeklindedir. Bu yeteneğin değerlendirilmesi için çeşitli parametreler bulunmaktadır. Öncelikle fetal akciğerlerin ve merkezi sinir sisteminin solunumu sağlamak için yeterince gelişmiş olması gerekir. İkinci bir parametre, fetüsün belli bir ağırlığa ulaşmış olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü yaşama yeteneği için asgari vücut ağırlığını 1.1 lb (500 gr) olarak saptamıştır. Buna karşın, çok sayıda tıp otoritesi fetüsün belli bir yaşama şansı olması için ağırlığının 2.2 lb (998 gr) olması gerektiğini belirtmektedir. Buna karşın, bugüne kadar canlı doğan en düşük ağırlıklı fetüsün vücut ağırlığı sadece 396 gram olarak belirlenmiştir. Yaşama kabiliyetinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer bir kriter gebelik süresidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konudaki alt sınırı 20 haftadır. Buna karşın, çoğu tıp otoritesi fetüsün hayatta kalma şansının olabilmesi için 24-28 inci hafta arasında olması gerektiğini söylemektedir. Buna karşın, literatürde 18 inci haftada doğup yaşayan bir olgu mevcuttur. Yaşama yeteneğine ilişkin kriterler zaman içinde değişmekte ve değerlendirme için değişik faktörlerin göz önüne alınması gerekmektedir.¹⁸

Bir hekim, ihmalkar bir şekilde, yaşayabilme yeteneği olan bir çocuğa gebe olan bir kadına bir ilaç kullanmasını önerir ve çocuk da bunun sonucu ciddi defektlerle doğarsa, bu durumda çocuğun bu hekime karşı dava açması olanağı vardır. Yine doğum işlemi esnasında hekimin ihmalkar davranışı nedeniyle çocukta bir hasar meydana gelirse, bu da prenatal zararların yol açtığı tazminat davalarına bir örnek olarak verilebilir. Bununla birlikte, ihmalkar davranışın veya hasarın meydana geldiği anda fetüsün henüz

yaşayabilme yeteneğinin olmadığı durumlar bu soruna başka bir boyut katmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde mahkemelerin çoğunluğu, prenatal hasarların meydana gelmesi durumunda tazminat hakkının doğması için fetüsün yaşayabilme yeteneğinin olmasını zorunlu bir koşul olarak öne sürmektedirler. Tıp ve tıbbi teknolojideki hızlı gelişmelerin ışığında fetüsün yaşama yeteneğini kazanmadan önce oluşan hasarlara ilişkin tazminat davaları giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Ayrıca artan sayıda mahkeme de konsepsiyon öncesi meydana gelen bir zararlı etki nedeniyle çocukta herhangi bir hasar meydana gelmesi durumunda tazminat davası açılmasına olanak sağlamaktadır. Buna bir örnek olarak aşağıdaki olgu verilebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Arizona eyaletinde bir hemşire Rh negatif olan bir annenin hasta kartına yanlışlıkla Rh pozitif yazmıştır. Birinci çocuğun doğumundan sonra immün supressif tedavi yapılmadığından, ikinci çocuk ölü doğmuştur. Bu olayda mahkeme ihmalkar davranışın ikinci çocuğun doğumundan beş yıl önce meydana gelmiş olmasına karşın, tazminat davasında anneyi haklı bulmuştur. Washington eyaletinde dört anne-baba, gebelik esnasında alkol kullanmanın zararlarına işaret eden ikazların yapılmaması nedeniyle, çocukların fetal alkol sendromu belirtileriyle doğduklarını iddia ederek, yedi alkollü içki üreticisi hakkında tazminat davası açmıştır. Doğmamış çocuklarda oluşan prenatal hasarlar nedeniyle dava açılması olanağı, fetüsün genel hukuk uygulamaları kapsamında muhakkak bir birey olarak sayılmasını gerektirmez. Mahkemeler ve hukuk yorumcuları prenatal hasarlar nedeniyle açılan tazminat davalarını çocuğun sağlıklı bir beden ve ruh ile doğma hakkının ihlali kapsamında değerlendirmektedirler.^{43, 50}

Annelerin prenatal dönemde çocuklarının sağlığından sorumlu tutulmaları konusunda gittikçe artan bir eğilim bulunmaktadır. San Diego'da gebelik sırasında kanaması başlayan ancak tıbbi yardım istemeyen bir kadın suçlanmıştır. Bu kadın kanamanın başladığı günün daha sonraki bir zamanında ağır beyin hasarlı bir çocuk doğurmuş ve çocuk bir ay sonra ölmüştü. Toledo'da gebeliği sırasında kokain kullanarak çocuğunu tehlikeye sokan bir kadına suçlamada bulunulmuştu. Doğumdan birkaç gün sonra çocukta yoksunluk semptomları geliştiğinde jüri ithamda bulunmuştu. Annede kokain testi pozitif çıkmıştı. Çocuk bir süt baba evine koyulmuş, anne ise uyuşturucu rehabilitasyonu programına alınmıştı. Uyuşturucu bağımlısı obstetrik hastalarının zorunlu tedavisi konusunda çok tartışmalar olmuştur. Bununla birlikte, çoğu yorumcular böyle bir tedavinin etkisiz olduğu görüşündedir.⁷

Öte yandan, prenatal dönemdeki ihmal sonucunda dişlerde zarara yol açan tetrasiklin kullanımı nedeniyle bir çocuğa annesi ve onun hekimine karşı hukuk davası açma olanağı tanınmıştır.⁷

Anne HIV pozitif ise ve zararlı yaşam şekline devam ediyorsa, fetüsün durumu mahkemeye götürülecek midir veya böyle bir annenin çocuğu doğumdan sonra bakım altına alınacak mıdır? Çocuk, gebelikten önce veya gebelik sırasında HIV ile enfekte olan annesinin düşüncesizce davranışından dolayı annesine karşı dava açabilir mi? Bu sorulardan

bazılarının günümüzde kesin cevapları bulunmamaktadır. Çünkü bunlar henüz mahkemeye intikal etmemiştir. Bununla birlikte, İngiltere'de AIDS' i ilgilendirmeyen bir davada Yargıtay doğmamış bir çocuk için mahkemeye başvurulamayacağına karar vermiştir. Bu karar, annenin hareketlerinin mutlak bir şekilde kontrol altına alınması zorunluluğunu doğuracağı, bunun da onun kişisel özgürlüğünü sınırlayacağı düşüncesine dayanılarak verilmiştir.⁵⁴

Kısacası, bütün bu örnekler, hekimlerin sadece fetüsün değerlendirilmesinde değil aynı zamanda çocuk doğurma çağındaki kadınların ve gebelerin tedavisinde de bebekte oluşabilecek zararlara karşı gerekli dikkati ve ihtimamı göstermeleri gerektiğini göstermektedir.⁵⁰

HAKSIZ FİİL SONUCUNDA SAKAT DOĞUM VE BU NEDENLE AÇILAN DAVALAR

Bir çocuğun hekimin veya genetik danışmanın ihmalkar bir davranışı sonucunda sakat doğması durumunda, günümüzde bazı mahkemeler çocuk lehine " haksız fiil sonucu özürlü doğan çocuğun manevi ıstırapla süren yaşamı " davası açılmasını, aynı şekilde mahkemelerin çoğunluğu da çocuğun anne ve babasının "haksız fiile bağlı özürlü çocuğun doğumu " nedeniyle yine yargıya baş vurmasını kabul etmektedir. Buna bir örnek olarak bir kadında doğum hekiminin bir gebede ultrasonografik muayenede ciddi bir fetal defekt saptadığını ve ihmalkar bir davranışla bu konuda kadına bilgi vermediğini düşünelim. Bu defekt hakkında zamanında bilgi edinilmesi durumunda kadının yasal bir düşük yaptırma imkanı bulunduğundan, Amerika Birleşik Devletleri'nde eyaletlerin çoğunda böyle bir " haksız fiil sonucunda özürlü bir çocuğun doğumu " halinde, anne ve babanın bu kadar ciddi defektlerle doğan çocuğun getireceği mali ve emosyonel sorunlar ve diğer masraflar nedeniyle tazminat davası açması söz konusu olabilir. Bu nedenle hekim ihmalkar bir davranış sonucunda prenatal defektleri zamanında saptayamazsa veya annede mevcut bir hastalığın ya da toksik maddelere maruz kalmanın gelişmekte olan fetüs üzerindeki etkileri hakkında gerekli uyarıları yapmazsa, tazminat hukuku açısından sorumlulukla karşı karşıya kalabilir. Genetik danışmanlık, ultrasonografi, anne kanında fetal hücrelerin aranması, annede α -fetoprotein tayini, amniosentez ve koryon villüslerinden histolojik inceleme yöntemlerinin günümüzde çok gelişmiş olması nedeniyle, bu tür bir sakat çocuğun doğumu nedeniyle açılan tazminat davalarında hekimin sorumluluktan kaçınma olasılığı daha da azalmaktadır. ⁵⁰

Çocuktaki defekt önceden sezilebilir veya farkına varılabilir nitelikte olduğunda hekim bu defekti önceden sezemezse veya onun tespiti için test uygulamazsa, sorumlu duruma düşebilir. Davacı ebeveynler, danışmada bulunulsaydı veya bilgilendirilseydiler kontrasepsiyon uygulayacaklarını veya düşük ile çocuğun doğumunu önleyeceklerini ileri sürerler.

Bir çocuk, hereditör hastalık veya bedensel ya da zihinsel özürlü olarak doğduğu zaman, hekim aşağıdaki nedenlerle haksız fiil sonucu

doğuma yol açtığından dolayı sorumlu tutulabilir:

- genetik anamnez almamak,
- genetik hastalık açısından tarama yapmamak,
- ebeveynleri kusurlu bir çocuğun meydana gelmesi olasılığından haberdar etmemek,
- genetik bir hastalığın veya teratojenik bir riskin farkına varamamak ve bu yüzden muhtemel sonuçlardan ebeveynleri haberdar etmemek,
- gerektiği halde prenatal test yapmamak,
- prenatal testin sonuçlarını gerektiği şekilde yorumlamamak,
- ebeveynleri prenatal testten haberdar etmemek veya amniosentez önermemek,
- düşük yaptırmamak.

Haksız fiil sonucunda doğumla ilgili ilk başarılı tazminat davası Texas'taki Jacobs v. Theeimer olgusu ile ilgiliydi. Bu dava gebeliği sırasında kızamıkçığa yakalanmış ve malformasyonlu bir çocuk doğurmuş olan bir kadın tarafından açılmıştı. Mahkeme kızamıkçığın fetüse olan muhtemel zararını bildirmemesi nedeniyle hekimin ihmalkar davrandığı görüşüne varmıştı. Bu karardan sonra, haksız fiil sonucu doğum iddiaları her mahkeme tarafından kabul edilmiştir.⁵⁰

“ Haksız fiil sonucunda özürlü bir çocuğun doğumu ” ile ilgili davalar kapsamında diğer önemli bir sorun fetüsün yaşama yeteneğini ne zaman kazandığının saptanmasıdır. Günümüzde tıptaki gelişmelere paralel olarak yaşama yeteneğinin kazanıldığı zamanın 24-23 ve 22 inci haftaya hatta daha da erkene inmesi söz konusudur.⁵⁰

Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok eyalette anne-baba “haksız fiile bağlı özürlü çocuk doğurma” nedeniyle dava açma olanağı bulmasına karşın, sadece birkaç eyalette doğan çocuğun adına “manevi ıstırapla süren yaşam” nedeniyle yargıya başvurma mümkün olabilmektedir. Böyle bir yaşam davasında çocuğun ebeveynleri veya vasisi çocuk adına dava açmakta ve bu karar ağır defektleri bulunan bir çocuğun hiç doğmaması gerektiği gerekçesini öne sürmektedir. Söylenildiği gibi mahkemelerin çoğunluğu bu tür açılan davalarda gerekçelerin geçerliliğini reddetmektedir. Bu mahkemelerin görüşüne göre, insan yaşamının varlığı, her zaman için yaşamın olmamasına tercih edilmektedir.⁵⁰

Haksız fiil sonucunda doğum iddialarının arkasındaki teori tartışmalıdır. Çünkü bu teori “anne zamanında böyle bir defektin riskleri konusunda uyarılmış olsaydı, fetüsü düşürecek” kavramına dayanmaktadır. Birçok eyalet fetüsün düşürülmesi açısından uygun olan zamanın geçirilmesinden dolayı tazminatı reddetmiştir. Minnesota'da bir yasa “başka bir kimsenin ihmalkar eylemi olmasaydı, çocuk düşürtülmüş olacaktı” şeklinde teoriyi ileri süren bir kimsenin haksız fiil nedeniyle tazminat talebini kabul etmemektedir. Diğer birkaç eyalette bu konuda benzer karşıt hükümler bulunmaktadır. California'daki ilgili bir yasa bir çocuk tarafından ebeveynleri aleyhine “gebe kalınmaması veya düşürülmüş olması gerektiği” şeklindeki teoriye dayanılarak açılan davayı kabul etmemektedir.⁵⁰

Düşük yapma zamanının atlandığı iddiasında bulunulan sorumlu-

lukla ilgili olgularda, ayrıca fetüsün yaşayabilme yeteneğinde olup olmadığının belirlenmesinde ve yaşayabilme yeteneği ile düşük yapma hakkı arasındaki ilişkinin saptanmasında güçlük bulunmaktadır. Tıptaki ilerlemeler sonucunda, yaşayabilme yeteneğinin kazanılma zamanı gebeliğin 22-24 üncü haftalarına kadar gerilere çekilebilmektedir. Annenin yaşamının kurtarılmasının dışında, düşüğü yaşayabilme yeteneğinin kazanılmasından sonra yasaklayan eyaletlerde, haksız fiil sonucunda doğum sorumluluğu hekimleri çoğu kez dar bir zaman aralığı içinde sadece fetüsün durumu ile değil aynı zamanda fetüsün yaşayabilme yeteneğini kazanıp kazanmadığı konusunda değerlendirme yaparken de zor bir duruma sokmaktadır. 1987 yılında Pennsylvania'daki bir davada jüri 24-25 haftalık gebe olan bir kadına, bebeğinin başının frontal kısmından çıkan ve ultrasonda görülen kistik bir kitleyi bildirmeyen hekimin lehinde karar vermiştir.⁵⁰

Eyaletlerin çoğunda haksız fiil sonucunda doğum iddiası ebeveynler tarafından gündeme getirilebilirken, sadece az sayıdaki eyalet "haksız fiil sonucunda yaşam" iddiasının çocuk tarafından gündeme getirilmesine imkan vermektedir. Haksız fiil sonucunda yaşam iddiasının sözü konusu olduğu bir davada ebeveynler sakat doğan çocuk namına dava açarlar ve "çocuğun durumu o kadar kötüdür ki, onun asla doğurtulmuş olmaması gerekir" savını öne sürerler. Burada da ileri sürülen teori, "hekimin veya genetik danışmanın ihmalkar eylemi olmasaydı, çocuk düşürülmüş olacaktı" görüşüne dayanmaktadır. Çoğu mahkeme haksız fiil sonucunda yaşam iddialarının geçerliliğini reddetmiştir.

"HAKSIZ FİİL SONUCUNDA ÖZÜRLÜ DOĞAN ÇOCUĞUN MANEVİ İSTIRAPLA SÜREN YAŞAMI" NEDENİYLE AÇILAN DAVALARIN GEREKÇESİ

Bu tür bir yaşam nedeniyle açılan bir davada, ebeveynler tarafından planlanmamış veya istenmeyen ya da her ikisi için geçerli olacak şekilde bir çocuğun doğumuna yol açan bir ihmalkar davranış söz konusudur. İnsan yaşamına temelde duyulan saygı ve sahip olunması planlanmamış veya istenmeyen ya da özürlü bir çocuğun tazminata konu olması hakkında mahkemelerin olumsuz tavırları, bu davaların genelde başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olmaktadır. Çok az sayıdaki istisnaların dışında, haksız fiil sonucunda özürlü bir çocuğun doğumu nedeniyle açılan ve tazminat hakkının mahkemelerce kabul edildiği davalar, ihmalkarca yapılan bir sterilizasyon sonrasında planlanmamış bir çocuğun doğumu ile ilgilidir. Bu davaların bazıları hasta-hekim arasındaki mukavelenin ihlali teorisine dayandırılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde açılan bir davada erkek üzerinde yapılan sterilizasyona rağmen hamile kalıp mental retardasyon gösteren bir çocuk doğuran kadın, hekimler hakkında kocanın sterilizasyonu için yapılan sözlü bir anlaşmanın ihlal edildiği gerekçesi ile dava açmış ve bu tazminat davası kadının lehine sonuçlanmıştır. Bu davada verilmesi

kararlaştırılan tazminat, bu özürlü çocuğun gerekli özel bakım ve tedavisi için gereken masrafları karşılayacak şekilde planlanmıştır. Bu açıdan değerlendirildiğinde, mahkemenin mukavelenin ihmalkar bir davranış sonucu ihlalinin yol aıtığı zararların tazminine yönelik olarak davacı lehine karar vermesi, uygun bir davranış olarak görölmektedir.¹⁸

Mahkemeler açısından aılan tazminat davasında bir karara varılmasının en güç olduğu durumlar, iddia edilen ihmalkar davranışın sadece annenin kürtaj yaptırtmasına engel olduğu hallerdir. Genelde bu tür olgular-da davacı tarafın tazminat istekleri kabul edilmemektedir. Sonuç olarak aılan bu tür davalarda verilen kararlara temel olan düşünce, gelecekte planlanmamış veya istenmeyen ya da özürlü doğacak bir çocuğun ebeveynlere vereceği güçlükler ile doğmamış olan çocuğun yaşama hakkı arasında sağlıklı bir denge kurmaya yönelik çabalar şeklinde-dir.²

HAKSIZ FİİL SONUCU ÖLÜM

Amerika Birleşik Devletleri'nde eyaletlerin çoğunda canlı doğan bir çocuk ihmalkar bir davranış sonucunda intrauterin oluşan hasara bağlı olarak ölüirse, bu durum haksız fiile bağlı ölüm nedeniyle tazminat davası aılmasına olanak sağlar. Buna karşın, intrauterin meydana gelen bir hasar sonucu fetüsün ölü doğması durumunda ölü doğan fetüsün haksız fiil sonucu ölüm davaları kapsamında birey olarak sayılıp sayılmayacağı konusunda ayrılıklar bulunmaktadır. Doğum öncesi bir hasara maruz kalan fakat canlı doğan çocuğun aksine, ölü doğumlar doğrudan doğruya fetüsün tazminat hukuku açısından yasal konumu sorusunu ortaya çıkarmaktadırlar. Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri'nde eyaletler arasında ölü doğan çocuğun yasal konumu açısından hukuk diline de yansıyan farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin, North Carolina eyaletinde yaşama yeteneği olan bir fetüsün intrauterin bir hasar sonucu ölü doğması durumunda bu fetüs North Carolina yasaları çerçevesinde bir birey olarak kabul edilmektedir. Buna karşın, Texas Yüksek Mahkemesi böyle bir değerlendirmenin yerinde olmayacağı konusunda karar vermiştir.^{18, 50}

Buna karşın, eyaletlerin çoğunluğunda yaşama yeteneği olan bir fetüsün haksız bir fiil sonucu ölümü durumunda mahkemeler tazminat hakkını kabul etmektedirler. Az sayıda eyalette haksız fiil sonucu ölüm davalarında tazminata hak kazanılması çocuğun canlı doğup sonradan ölmesi şartına bağlanmaktadır. Bununla birlikte, antenatal meydana gelmiş bir hasarın tazminata olanak sağlaması için çocuğun canlı doğmuş olması koşulunun koyulması yine bazı çevrelerce bir haksızlık olarak kabul edilmektedir.¹⁸

Genel hukuk çocuğun canlı doğup ölmesi durumunda, lehine olması kaydıyla, bu çocuğun mülkiyet hakkını tanımaktadır. Bazı hukuk yorumcuları, kürtaj ile ilgili olarak kürtajı düzenleyen yasaların ilk planda annenin korunmasına yönelik olduğunu ve fetüsün yaşamının annenin yaşam ve sağlığından sonra geldiğini belirtmektedirler. Bu görüşü desteklemek için de kürtaja genel olarak annenin yaşamını ve sağlığını korumak için izin veril-

diği belirtilmektedir. Buna karşın, kürtajı yasaklayan yaklaşımlar primer olarak doğmamış çocuğun haklarını korumaya yöneliktir. Ölü doğum bir çocuk için tazminat ödenmesine yasal bir zemin hazırlamak için, yargı organlarının haksız fiil sonucunda ölüm düzenlemeleri kapsamında fetüsün bir birey olarak mevcudiyetini kabul etmeleri gerekmektedir. Prenatal dönemde haksız fiil sonucunda ölüm nedeniyle tazminat ödenmesine karar verilen ilk olgular obstetrik malpraktis davaları ile ilgilidir. Burada hekimin veya hastanenin ihmalkar davranışı nedeniyle fetüs doğum sürecinde ölmüştür. Prenatal bir travma sonucunda ölü doğumlarda karşılaşılan önemli bir hukuki sorun, çocuğun ölümü ile sonuçlanan haksız fiilin ne zaman tamamlandığının saptanmasından kaynaklanmaktadır. Burada kabul gören bir görüş, haksız fiilin zararın gerçekleşmesine kadar tamamlanmış sayılmayacağıdır. Zararın gerçekleşmesi travmanın oluşması ile değil, fetal ölümün gerçekleşmesi ile eşanlamlıdır. Kabul gören hukuki bir görüşe göre, fetüsün anneden bağımsız bir kişiliği bulunmuyorsa, sadece bu fetüse yönelik bir travmanın meydana gelmesi söz konusu olamaz ve dolayısıyla haksız fiilin tamamlanmasından da söz edilemez. Diğer taraftan kabul gören başka bir görüşe göre, fetüsün anneninkinden bağımsız hukuki bir varlığı kabul edilirse, travma ile birlikte zarar meydana gelecektir ve travmanın sonucunda ölüm meydana gelirse, fetüs lehine haksız fiil nedeniyle tazminat hakkı doğacaktır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde bir ölü doğum olgusunda haksız fiil sonucu ölüm nedeniyle tazminat davası açılması hakkını veren eyaletlerde mahkemeler, büyük çoğunlukla ihmalkar davranış veya haksız fiilin olduğu anda fetüsün yaşayabilme yeteneğinin olmasını şart koştuklarıdır. Bu konudaki kararlar kısmen de olsa fetal kişilik kavramını, yaşayabilme yeteneğinin kazanılmasıyla eşdeğer tutmaktadırlar. Bu da Amerika Birleşik Devletleri Yüksek Mahkemesi'nin gebeliğin sonlandırılması ile ilgili olan kararlarına paralel bir görüş açısı oluşturmaktadır. Yine Amerika Birleşik Devletleri'ndeki eyaletlerin çoğunluğunda haksız fiil nedeniyle meydana gelmiş bir ölüm olayında tazminat davası açılmasının ön koşulu fetüsün prenatal hasarın olduğu anda yaşama yeteneğinin bulunması olmasına karşın, az sayıda eyalette fetüsün yaşayabilme yeteneği kazanmasından önce ölmesi durumunda bile tazminat davası açılması olanağı bulunmaktadır. Yaşama yeteneğinin kazanılmasından önceki ölümlerde tazminat davası açılması hakkını savunanlar, bu görüşlerini yaşayabilme yeteneği kavramının müphem olması ile açıklamaktadırlar. Buna karşın, yine de birçok hukuk sisteminde yaşama yeteneğini kazanmadan önce meydana gelmiş hasarlar nedeniyle tazminat davaları açılmamaktadır. Bu tür tazminat davalarının açılmasını reddeden eyaletlerin çoğunluğunda mahkemeler bu yöndeki olumsuz kararlarını kişi kavramının fetüse uygulanamayacağı gerekçesine dayandırmaktadırlar. Yine bu red gerekçelerinden biri, olası bir tazminatın kapsamı ve özelliğinin spekülatif nitelikte bulunması ve zor değerlendirilebilir özellikte olmasıdır.^{18, 50}

Buna karşın, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki eyaletlerin büyük bir bölümünde yargı organları doğmamış çocuğun haksız fiil sonucunda

ölümü nedeniyle tazminatı reddetmelerine karşın, annenin maruz kaldığı ıstırap ve emosyonel stres nedeniyle tazminat ödenebileceğini kabul etmektedirler. Burada sonuç olarak mahkemeler çocuğun uğradığı hasar nedeniyle tazminattan çok gerçek anlamda ebeveynlerin kayıplarının tazminine olanak sağlamaktadır. Yine bir başka görüşe göre, fetüsün potansiyel bir yaşam olasılığı ifade etmesi nedeniyle, ebeveynlerin haksız fiil sonucunda prenatal travmanın yol açtığı fetal ölüm nedeniyle tazminat talep etme hakları bulunabilir.^{18, 50}

FETÜSÜN TEDAVİSİ İLE İLGİLİ YASAL VE ETİK SORUNLAR

1952 yılında fetal Rh isoimmünizasyonunun şiddetini değerlendirmek amacıyla amnion sıvısında bilirubin ölçümü için amniosentez tekniği geliştirildi. 1963 yılından beri şiddetli Rh hemolitik hastalığında intrauterin transfüzyon önemli derecede başarıyla uygulanmaktadır. Bununla birlikte, Rh immun globulininin yaygın bir şekilde kullanımı sonucunda hastalık hemen hemen ortadan kalkmıştır.⁴⁷

Günümüzde fetüsle ilgili diğer durumlar da teşhis edilerek rahim içinde tedavi edilebilmektedir. Harrison ve arkadaşları,²¹ akciğer immatüritesi olgularında eksik olan akciğer surfaktanını arttırmak için gebe kadınlara glukokortikoidleri vermişlerdir. Bunlar şiddetli hidropsu intrauterin kan transfüzyonuna ilaveten dijital ve diüretikleri uygulayarak tedavi etmişlerdir. Bu araştırmacılar, fetüsü metilmalonik asidemisine B₁₂ vitamini ile cevap veren bir gebe kadına yüksek dozda B₁₂ vitamini vermişlerdir. Bu yazarlar konjenital hipotiroidizm ve guatrı tedavi etmek ve fetüsün akciğerinin olgunlaşmasına yardımcı olmak amacıyla intraamniotik tiroksin kullanılabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bundan başka, intrauterin gelişim geriliği bulunan fetüsler amnion sıvısına besin maddelerini uygulayarak ağız yoluyla beslenebilirler.⁴⁷ Bir başka araştırmacı grubu şüpheli konjenital adrenal hiperplazili bir olguda fetüsün sürrenal bezlerini baskı altına almak amacıyla ilaç tedavisi uygulamıştır.¹⁴ Diğer araştırmacılar fetüsteki konjenital kalp yetmezliğini anneye digoksin uygulayarak başarılı bir şekilde tedavi etmişlerdir.²⁰

Teorik olarak, doğuma kadar beklemektense, cerrahi yolla düzeltmelerin rahim içindeyken yapılmasının çeşitli yararları vardır. Amerikan Tıp Birliği Bilimsel Kurulu aşağıdaki üç noktayı belirlemiştir: 1. Defektin erkenden düzeltilmesiyle irreversibl hasardan kaçınılabilir. 2. Allogreflerin, fetüsün immün sisteminin az gelişmiş olması nedeniyle reddedilmesi ihtimali daha azdır. 3. Rahim içi ortamda ameliyat sonrası iyileşme hızlı bir şekilde seyreder.⁴⁷

İlk fetal cerrahi Nisan 1981'de San Francisco'da ağır bilateral hidronefrozu bulunan 31 haftalık ikiz fetüse uygulanmıştır.¹⁷ Bilateral hidronefrozu fetüse deri yoluyla suprapubik sistostomi yapılmıştır. Kateter iyi fonksiyon görmüş, her iki bebek başarılı bir şekilde doğurtulmuştur. Diğer yaklaşımlar arasında rahim içinde deri yoluyla nefrostomi,⁵³ birçok

kez transabdominal renosentez²³ ve histerotomi yoluyla hidronefrotik dekompresyon²¹ yer almaktadır. Daha yakın zamanlarda birçok olguda tıkalı fetal üriner yol ile amnion sıvısı arasında kateter şantları uygulanmıştır.

Boston'da⁴ ve Denver'de¹¹ ilk defa fetal hidrosefalus için dekompresyon işlemi uygulandı. Bunun için uzun süreli ventrikülo - amniotik şantlar oluşturmak amacıyla kalıcı bir kateter yerleştirildi.

Uluslararası Fetal Cerrahi Kayıt Bölümü 1982 ile 1985 yılları arasında fetal tıkalı üropati için 73 kateter şant uygulaması yapıldığını, tıkalı hidrosefalus için 44 drenaj işlemi uygulandığını bildirmiştir. 29 Tıkanmış olan fetal üriner yolda dekompresyon girişimleri sonucunda 30 fetüsün yaşatıldığı belirtilmiştir. Tedavi edilen ve tedavi edilmeyen fetüslerde başlıca ölüm nedeni akciğer hipoplazisi olmuştur.⁴⁷

Tıkalı hidrosefalus için uygulanan şant işlemlerinin sonuçları daha az umut verici olmuştur. 44 fetüsün 34 ünün (%83) yaşamasına rağmen, işleme bağlı ölüm oranı %10 bulunmuştur.⁴⁷

Rahim içinde ameliyatla düzeltilebilen üçüncü bir fetal anormallik diyafragma hernisidir. Bununla birlikte, bu fetüslerin çoğunda otopside akciğer dışı letal anomaliler de bulunmuştur.⁴²

Diğer fetal girişimler de mümkündür. Ultrason incelemesinde bilateral plevra efüzyonu bulunan bir fetüse intrauterin torasentez uygulandığı, vaginal yolla doğuncaya kadar sol plevra boşluğunda bir kateter bırakılmış olduğu bildirilmiştir.³⁹ Yakın gelecekte doğumdan önce spina bifidanın ve bazı konjenital kalp hastalıklarının cerrahi yöntemle düzeltilmesinin mümkün olabileceği muhtemel görülmektedir.⁴¹ Bazı yazarlar antenatal dönemde dudak yarığı ve el deformitelerinin dahi cerrahi yöntemle düzeltilebileceğini ileri sürmektedirler. 19, 51

Tıbbi teknolojiye ilerlemeler obstetrikte hekimin tanı koyma konusundaki başarısında devrim yaratmıştır. Rahim içindeki fetüsle ilgili olan önceden tespit edilemeyen sıklar artık bilimsel işlemlerle ortaya çıkarılabilmektedir. Son yıllarda, perinatologlar sadece fetüste nadir çeşitteki anormallikleri farketmemişler aynı zamanda rahim içinde bu defektlerin birçoğunu düzeltmede gittikçe başarılı bir hale gelmişlerdir. Fetal cerrahi kabul edilmiş bir tıbbi uygulama haline geldikçe, adli tıpla ilgili sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Fetal malformasyonların prenatal tanısı, anneye düşük yapma veya sakat bir çocuk doğurma konusunda seçim yapma olanağını sağlar.

Prenatal tedavinin varlığı, daha önceleri pek fazla incelenmemiş olan klinik ilişkiyle ilgili çelişiklere dikkati çekmiştir.

Fetüs tedavi edilebilirse, annesinden ayrı bir hasta olarak düşünülmeli midir? Bu şekilde düşünülürse, fetüs doğum sonrasındaki hastaların bütün haklarına sahip midir? Rahim içindeki bazı durumların tedavisini herkesçe bilinen bir şekil alırsa, annenin bu tür tedaviye izin vermesinin ne tür yasal sonuçları olabilir? Diğerini riske sokabilen bir ameliyata gereksinim duyulan çoğul gebelik olgularında karar verirken hangi standartlar uygulanmalıdır? Annenin ve hekimin, gelişmekte olan

fetüse karşı hakları ve yükümlülükleri nelerdir? Bu gibi durumlarda fetüsün hakları nelerdir?

Bu soruların temelini annenin ve fetüsün tek bir biyolojik varlık mı yoksa iki ayrı hasta mı olduğu konusu oluşturur. Birçok doğum hekimi "annenin ve fetüsün yararlarının çatışması" kavramı ile tedirgin olur. Fetal-maternal çatışma olasılığı obstetrikte fetüsün bakımıyla ilgili ilerlemeler sonucunda artmaktadır. Bu çatışmaların çözüme kavuşturulması, hem hukukla hem de tıpla ilgilenen toplumları ilgilendirmektedir.

Etik açıdan durum karmaşıktır. Konu etik açıdan annenin tedaviyi kabul edip etmeyeceği ikilemini ilgilendirir. Bundan başka, fetüsün yasal ve etik açılardan durumu kesin olmayıp çelişkilidir. Fetüsün yaşama yeteneğini kazandığı noktaya kadar olan yararları, annenin isteklerine göre ikinci planda kalır. Rahim içinde tedavi olasılığı, fetüsü bağımsız hakları ve yararları bulunan bir hasta haline getirmiş gibi görünmektedir. Fetüse yararı olacak tedaviler, annenin vücut bütünlüğüne müdahale edici niteliktedir. Bu şekilde fetal tedavi ile annenin vücut bütünlüğü hakkı arasında çelişki olasılığı ortaya çıkmaktadır. 2, 15, 33

Çocukların Prenatal Hakları

Fetal tedavi uygulanırken annelerin ve hekimlerin yasal hakları ve yükümlülükleri, canlı olarak doğacak fetüslere karşı prenatal olarak makul derecede bakım uygulama yükümlülüğünden kaynaklanmaktadır. Fetüslerin, yaşayabilme yeteneğini (gebeliğin 24-26 ıncı haftaları) kazanmadan önce miada kadar taşınma hakları bulunmamaktadır. Bununla birlikte, fetüsler miada kadar taşınacaklarsa, anneye, doktora veya üçüncü taraflara karşı hakları vardır. 43, 44, 46

Sağlıklı bir şekilde doğma hakkı nedeniyle, annelerin ve hekimlerin doğmamış çocuğa karşı prenatal yükümlülüğünden bahsedilebilir. Bu yükümlülükler çocuğun canlı olarak doğmasına bağlıdır ve genellikle doğumdan önce ileri sürülemezler. Eğer anne veya hekim, yaşayabilme yeteneğine sahip olan fetüse karşı olan prenatal yükümlülüklerini kasdi veya ihmal sonucu ihlal ederek ona zarar verirse, ceza veya hukuk davasının açılması mümkündür. Amerika Birleşik Devletleri'nde Eyalet yasası çeşitli suçlamaların gündeme getirilmesine imkan vermektedir. Böyle bir durumda bir çocuk ölü doğarsa veya yaşayabilme yeteneğini kazandıktan sonra rahim içinde ölürse, anne ve / veya hekim düşük veya fetisid yasalarıyla yargılanabilir. Çocuk canlı doğarsa fakat prenatal ihmal sonucunda ölürse, cinayet veya çocuk istismarı kovuşturması söz konusu olabilir. Eğer çocuk zarara uğramış bir şekilde doğduktan sonra yaşarsa, anneye veya doktora karşı prenatal eylemlerinden ötürü çocuk istismarı suçlaması yapılabilir. 43, 44, 46

Tazminat talebiyle hukuk davaları da açılabilir.

Amerikan yargı sisteminde, bazı olgularda makul derecede önceden sezinlenebilir ve kaçınılabilir nitelikte olan ve ölüme veya canlı doğan çocuğun zarar görmesine yol açan konsepsiyon öncesindeki bazı eylemler

davanın nedeni olarak kabul edilmektedir. Prenatal zararlar yönünden sorumluluğun yüklenme nedeni, annenin ihmal unsurunu içeren hareketi veya davranışdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Grodin v Grodin davasında gebelik sırasında ihmalkar bir şekilde tetrasiklin kullanan bir kadın, çocuğunun dişlerinde renk değişikliği oluşması nedeniyle yargılanmıştı. 43, 44, 46

Bu yasal doktrinler gebelik sırasında kadının kendi vücudu üzerindeki özgürlüğünü aşikar bir şekilde sınırlandırmaktadır fakat onun üreme konusundaki özgürlüğünü ise sınırlandırmamaktadır. Gebelik kararının istemli şekilde verilmiş olması, kadının fetüsü miada kadar taşıması görevini kuvvetlendirir. Bir kadın üreme için kendi vücudunu kullanmaya karar verdikten sonra çocuğun sağlığını garanti etmek için gebelik sırasında bedensel özgürlüğünü biraz kaybeder.

Yerleşik Prenatal Tedaviler

Bir tedavinin yerleşik olup olmaması ebeveynlerin ve hekimlerin yasal haklarını ve yükümlülüklerini etkilediği için, bu iki durumda prenatal fetal tedavilerle ilgili olarak ortaya çıkan yasal ve etik sorunlar arasında ayırım yapılması gerekir.

İşlemleri Uygulama Yükümlülüğü

Az sayıdaki fetal tedavinin güvenli ve etkili olduğu kanıtlanmıştır. Fetüsün rahim içinde iken ameliyatı, düşüğe bir alternatif oluşturarak fetüse muhtemel bir yarar sağlayabilir. Bununla birlikte, ebeveynler veya hekimler bu alternatifi deneme yükümlülüğünde değildirler. Amerika Birleşik Devletleri'nde Roe v Wade davasında Yargıtay kararına göre, eğer bir eyalet yaşayabilme yeteneğinin kazanılmasından sonra düşüğü yasaklamamışsa, anne ikinci trimestirin sonuna kadar ve hatta daha sonra bile düşük yapmakta serbesttir. Fetüs normal ve sağlıklı doğacak olsa bile, bu hak mevcut olduğundan; konjenital bir defekti kanıtlanmamış bir tedavi ile rahim içinde düzeltme olasılığı annenin düşük yapmasını önlemeyecektir. 43, 44, 46

Anne düşük yapmaya karar verdiğinde, kanıtlanmamış bir işlemin uygulanması konusunda yasal ve etik açılarından yükümlülüğü bulunmaz. Mantıklı kimseler kanıtlanmamış bir işlemin yararlarının risklerinden daha önemli olup olmadığı konusunda ayırım yapabileceklerinden, annenin böyle kanıtlanmamış bir tedavinin uygulanması konusunda karar verme hakkı bulunmaktadır. Annenin fetüse kanıtlanmamış nitelikteki bir tedavinin uygulanması konusundaki yükümlülüğü, bir çocuğa böyle bir tedavinin uygulanması konusundaki yükümlülüğünden daha fazla değildir. Örneğin, ebeveynler çocuklarının lösemisinin tedavisi için kanıtlanmamış bir kemoterapiyi reddetme konusunda serbesttirler.

Fetal tedavinin kanıtlanmamış durumu da doğum hekiminin yasal

yükümlülüğünü etkiler. Hekim in utero kanıtlanmamış bir tekniğin denenmesini teklif edebilir ancak kararı anneye bırakmalıdır. Anne bu teklifi reddettiğinde, hekim onun kararının aksine olacak şekilde basamakları izlemek yükümlülüğünde değildir.

İşlemlerin Uygulanmasında Taktir Hakkı

Anneler ve hekimler konjenital bir anomaliyi düzeltmek için prenatal cerrahiye uygulamakla yükümlü olmamalarına rağmen, gelişimin bu döneminde daha önemli olan sorun, böyle bir işlemin uygulanıp uygulanamayacağıdır. Çünkü rahim içinde kanıtlanmamış bir tedavinin uygulanması hiçbir şeyin yapılmamış olmasına nazaran, anneye ve fetüse daha fazla zararı olabilecek riskleri taşıyabilir. Hiçbir şey yapılmadığında fetüs yaşayabildiği halde yapılacak olan girişim prematüre doğuma ve bebeğin ölümüne neden olabilir veya girişimin yapılmamasına nazaran daha fazla zarara yol açabilir. Doğmamış çocuk rıza veremeyeceğinden, fetüsün bu risklere uğraması konusunda annesi karar verebilir mi? 43, 44, 46

Bir annenin yasal olarak rahim içinde kanıtlanmamış işlemlerin uygulanmasına izin vermesi konusunda pek az bir şüphe vardır. Anne ehil olduğu ve kanıtlanmamış haldeki ameliyatın kendisine ve fetüse olan riskleri, alternatif işlemlerin riskleri ve yararları konusunda tamamen bilgilendirildiği taktirde, sağlıklı bir bebek doğurmak için bazı tıbbi risklere uğrama konusunda yasal olarak özgürdür. İşlemin fetüs açısından riskleri bulunmasına rağmen, hiçbir şey yapılmaması daha fazla risklere, sakatlığa veya ölüme yol açabilir. Bu tür koşullarda kanıtlanmamış bir işleme rıza gösterilmesi makul bir hareket şekli olabilir. Uygulanacak tedavi, çocukta ameliyatın doğuma kadar ertelenmesinden daha fazla bir zarara yol açsa veya ameliyat ölümü önleyip ancak çocuğun zarara uğramış bir şekilde yaşamasına neden olsa bile, kanıtlanmamış tedavinin uygulanması makul bir hareket olabilir. O sırada akla yatkın olan bir dizi klinik karardan kaynaklanan kötü sonuç yasal yaptırımları haklı kılmaz. 43, 44, 46

Hekimin yasal yükümlülükleri bazı önemli farklarla birlikte anneninkileri yansıtır. Fetüsün rahim içinde tedavisi özel bilgiyi ve hünlerini gerektirdiğinden, doğum hekimlerinin bunu başarıyla uygulayabilmesi için eğitim ve tecrübeye sahip olmaları gerekir. Doğum hekimleri gerekli eğitim ve tecrübeye sahip olduklarında, anne tamamen bilgilendirildiği ve serbestçe rızasını verdiği süreçte, doğmamış çocuğun yararı için kanıtlanmamış teknikler yasal olarak uygulanabilir. Aksi taktirde ölecek veya ileri derecede sakat kalacak olan bir fetüsün yararına olması amacıyla doğruluğu kanıtlanmamış olan bir işlemin annenin rızasıyla uygulanması, onun yararlı olacağını düşündüren makul gerekçeler bulunması durumunda dava edilebilir bir ihmal durumunu oluşturmaz. Bununla birlikte, hekim hâlâ spekülatif ve riskli olan bir işlemin yararlarını mübalağa etmeme konusunda dikkatli olmalıdır.

Rahim içi cerrahi tekniklerini uygulayan bir hekimin, işlemin bir

araştırma mı yoksa kanıtlanmamış bir tedavi şekli mi olduğuna bağlı olarak, başka yükümlülükleri de bulunabilir. Eğer hekim fetüs ve anneye ilgili bir araştırma yapıyorsa, o zaman bunun uygun görülmüş olması gerekebilir. Faaliyetin amacı annenin ve fetüsün sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik olduğunda, fetüs ve gebe kadın üzerinde araştırma yapılmasına izin verilebilir. Hekimin araştırma amacı bulunmuyorsa ve kanıtlanmamış işlem bir tedavi şekli olarak kabul edilirse, bu konuda görüş alınması için yasal bir yükümlülük bulunmayabilir.^{43, 44, 46}

Onaylanmış İşlemlerle İlgili Yasal Sorunlar

Prenatal tedaviler, düşünülen amaçları yönünden güvenli ve etkili olarak kabul edildiklerinde; annelerin ve hekimlerin hakları ve yükümlülükleri önemli derecede değişir.

Gebeliğin Sonlandırılması

Konjenital bir defektin prenatal olarak tedavi edilebilmesi, annenin gebeliği sonlandırma hakkını değiştirmez. Düşük yapma hakkı gebeliğin dönemine ve annenin isteklerine bağlıdır. Fetüsün sağlığı veya görünüşüne bağlı değildir. Tıpkı normal bir fetüsün düşürülebileceği gibi, tedavi edilebilen defektli bir fetüs de düşürülebilecektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 20 eyalette yaşama yeteneği kazanıldıktan sonra düşük yaptırılması yasaklanmamıştır. Bu eyaletlerde gebeliğin herhangi bir döneminde fetüsün rahim içinde ölümü ve gebeliğin sonlandırılması yasaldir. Eğer eyalet yaşayabilme yeteneği kazanıldıktan sonra düşük yapılmasını yasaklamışsa, o zaman konjenital defektli yaşama yeteneğine sahip olan bir fetüsün düşürülmesi yasaklanabilir. Bu durumda, fetüsün prenatal tedavi görmesi gerekebilir veya anne dünyaya getireceği çocuğunu korumak amacıyla makul önlemler almaması nedeniyle cezai ve hukuki yaptırımlara uğrayabilir.^{43, 44, 46}

Onaylanmış Prenatal Fetal Tedaviyi Uygulama Yükümlülüğü

Prenatal fetal tedaviler kanıtlanmamış nitelikte ise, annenin ve hekimin onları uygulama yükümlülüğü bulunmamaktadır. Bir tıbbi işlem, makul düşünen hekimler tarafından uygun bulunuyorsa veya öneriliyorsa ve gebelik de miadına yaklaşıyorsa, işlemin uygulanması tıbbi açıdan iyi ve uygun bir davranış olur. Böyle bir durumda, doğmamış çocuğun müdahaleden edineceği yarar, müdahalenin risklerinden aşikar derecede daha önemlidir ve bu işlem annenin rızası ile yapılabilir. ^{43, 44, 46}

Prenatal fetal tedaviler tıbbi açıdan onaylandıklarında ortaya çıkan temel yasal konu, annenin onları reddedebilir reddedemeyebileceğidir. Eğer prenatal tedavi tıbbi açıdan kabul edilebilir nitelikte ise veya bir klinik

durum için gerekliyse, bunları uygulamayan ve onların varlığından ebeveynleri haberdar etmeyen bir hekim sorumlu duruma düşebilir. Çocuk zarara uğramış bir şekilde doğarsa, bakım masrafları talep edilebilir ve manevi tazminat istemi söz konusu olabilir. 43, 44, 46

En güç soru, annenin doğmamış çocuğa olan yükümlülüğünün kapsamı ile ilgilidir. Eğer anne düşük yapmama yolunu benimserse, çocuğun hasarlı veya sağlıksız bir şekilde doğmasını önleyecek olan mevcut tıbbi işlemleri yasal olarak uygulama yükümlülüğünde olabilir. Çocuğun canlı olarak doğması muhtemel ise, anne bütün makul önlemleri almakla yükümlüdür. Bu önlemler arasında çocuğa olacak zararı azaltmak için kanıtlanmış rahim içi tedavinin uygulanması da yer alır. Bu nedenle, ebeveynlerin çocuklara gerekli tıbbi bakımı sağlama yükümlülüğü arasında, canlı bir doğumun olması beklendiğinde, zorunlu olan prenatal tedaviyi sağlama yükümlülüğü bulunur. Yargı çevrelerine bağlı olarak, onaylanmış bir tedavinin reddedilmesi durumunda yaşayabilme yeteneğine sahip olan fetüs rahim içinde veya doğumdan sonra ölürse ya da önlenemez bir zararlı veya sakat bir şekilde doğarsa, fetisid, cinayet veya çocuk istismarı /ihmal yasalarına göre dava açılabilir. Ebeveynler, çocuğun zarara uğramasını önleyebilen düşük riskli rahim içi tedavisini uygulamadıklarında; çocuk da ebeveynleri aleyhine dava açabilir. Bu tür davalar nadir olabilmesine rağmen; ebeveynler kişisel sorumluluk sigortasına sahip iseler veya boşanmışlarsa ortaya çıkabilirler. 43, 44, 46

Miada kadar taşınan çocuğa zarar veren prenatal ihmal nedeniyle anneye karşı ceza veya hukuk davası açılması olasılığı da doğum hekiminin, annenin ihmalkar davranışını gerekli makamlara bildirme yükümlülüğünü doğurur. Annenin doğmamış çocuklara karşı zararı önleme konusunda prenatal yükümlülükleri bulunuyorsa, o zaman herhalde hekimlerin ve hemşirelerin bu durumu bildirmeleri gerekir. Bununla birlikte, bu bağlamda hekimlere karşı açılmış olan davalar bildirilmemiştir. Ancak bu durumun mantığı, böyle bir görevi hekime yükler. 43, 44, 46

Annenin Tedaviye Zorlanması

Anne-fetüs ilişkisi nedeniyle iki hastadan söz edilebilir. Diğer başka hiçbir durumda hekim başka bir hastanın vücudunun içinde bulunan bir hasta ile karşılaşmaz. Her birinin tıbbi bakımına, birbirinden bağımsız bir şekilde yaklaşım gösterilebilir ancak pratik olarak diğerini etkilemeksizin ötekisi tedavi edilemez. Bu ilişki nedeniyle, kadın fetüsün yararı için önerilen tedaviyi reddettiğinde veya sigara içme, alkol ve yetersiz gıda alma, işle veya eğlence ile ilgili faaliyetler gibi fetüse zararlı olabilen davranışlarını değiştirmede kadının ve fetüsün yararları arasında çelişkiler doğar.

Fetüsün yaşamının ve sağlığının korunması için gerekli olan tedaviyi kadının reddetmesine rağmen; obstetrik işlemlerin mahkeme kararıyla uygulandığı durumlar söz konusu olabilir. Mahkeme kararıyla uygulanan obstetrik tedavi, hekimler, gebe kadınlar ve toplum açısından

etik ve yasal sorunlar doğurur. 13, 22, 32

Doğum hekimleri açısından en üzücü olan olaylar arasında gebe kadının tedaviyi reddetmesi durumu yer alır. Özellikle fetüsün sağlığını izleme konusunda eğitim görmüş olan hekimler açısından bu tür reddetmeler duygusuzluk veya mantıksızlık şeklinde görülebilir.

Fetal tedavide en sıkıntı verici etik ve yasal konu, prenatal tedavinin annenin isteklerine karşı zorla yaptırılıp yaptırılamayacağıdır. Annenin prenatal davranışının fetüse zarar vermesi muhtemel olduğunda, anneyi rahim içi tedaviye zorlayıcı mahkeme kararı elde edilebilir mi? Bir yorumcu, mahkeme kararıyla yapılacak bir girişimin kadın açısından önemsiz derecede risk taşıması veya onun sağlığına tehlike oluşturmaması ya da onun yaşamı veya sağlığı konusundaki yararlarını destekleyici nitelikte olması ve kadının otonomisinin çiğnenmesi için zorlayıcı nedenlerin bulunması koşuluyla etik açıdan haklı görülebileceğini bildirmiştir.⁵²

Tipik pediatrik durumda, kanıtlanmış bir tedavi ebeveynlerin isteğiyle aşikar bir şekilde uygulanabilir. Çünkü ebeveyn otonomisi, genellikle çocuğun yaşamı ve sağlığındaki yarardan daha önemli değildir. “Vücut bütünlüğü” ve “kendi kendine karar verme” hakları aydınlatılmış rıza doktrininde açık bir şekilde yer almaktadır. Yargıç Benjamin Cardozo’nun belirttiği gibi, rızasız uygulanan tıbbi tedavi hastanın haklarına saldırı niteliği taşır. Çocuğun doğmamış olduğu durumlarda, annenin isteğine karşı çocuğun tedavi edilmesi onun vücuduna saldırı niteliğini taşır. Fetal tedavide göz önüne alınacak nokta, annenin vücut bütünlüğündeki yararının, doğmamış çocuğun sağlığından daha önemli olmaya yetecek kadar büyük olup olmadığıdır.²⁵

Bir kişinin rızası olmaksızın, başkası için onun vücuduna saldırıda bulunulması büyük ölçüde kabul görmez. Bununla birlikte, bir kişi kan nakli uygulamasına ve suç delilini ortaya çıkarmak için ameliyata zorlanabilir.

1964’de New Jersey’de bir hastane, şiddetli kanama tehlikesi altında bulunan sekiz aylık gebe olan 23 yaşındaki bir Jehovah Şahidinde kan transfüzyonu için mahkeme kararı talep etmiştir. Bidayet mahkemesinin olumsuz yöndeki kararını kaldıran New Jersey Yargıtay’ı doğmamış çocuğun yasal olarak korunma hakkına sahip olduğuna karar vermiş ve hekimlerin gerekli olduğunda anneye kan transfüzyonları uygulayabileceğine karar vermiştir.^{35, 43, 44}

1981’de Georgia Yargıtay’ı doğmamış çocuğun kurtarılması amacıyla sezaryen yapılmasına karar vermiştir. “Jefferson v Griffin Spalding County Hospital Authority” olgusunda 39 haftalık gebe bir kadında tam plasenta previa durumu söz konusu idi. Doktorlar doğumun vaginal yolla olması durumunda ne kadının ne de çocuğun yaşayabileceğini söylediler. Anne dini nedenlerle ameliyatı reddetmiş ancak gerek çocuk mahkemesi gerekse Georgia Yargıtay’ı kadının sezaryenle doğum yapmasına karar vermiştir.^{43, 44}

Annenin gebelik sırasında fetüse zararlı olan alkol ve diğer maddeleri alması yasaklanabilir veya annenin fetüs üzerine olan toksik etkiler nedeniyle iş yerinde çalışması engellenebilir. Diabet için insülin, fetüsteki

eksiklikler için ilaçlar alması veya fetal Rh isoimmünizasyonu için intrauterin kan transfüzyonları uygulanması emredilebilir. Amniosentezden sonografiye veya hatta fetoskopiye kadar prenatal tarama ve tanı işlemleri zorunlu hale getirilebilir. Güvenli ve etkili olduğu kanıtlanırsa, hidrosefalusu gidermek veya bilateral hidronefroza neden olan üretra obstrüksiyonunu ortadan kaldırmak için in utero fetal cerrahi de emredilebilir. Anne açısından riskler küçükse ve yaşama yeteneğini kazanmış olan fetüste ağır maluliyetin önlenmesi veya onun yaşamının kurtarılması için son çare ise ve işlem de kabul edilmiş nitelikte ise, intrauterin fetal cerrahi uygulanması istenebilir.

Anneyi fetüs için tedaviye veya diğer davranışlara zorlama konusunda önem taşıyan nokta, anneye olan risktir. Yaşayabilme yeteneğine sahip olan doğmamış bir çocuğun korunmasında uygulanacak işlemin annenin sağlığını veya yaşamını tehdit etmemesi kabul gören görüştür. Fetüsü kurtarmak için uygulanacak olan bir girişimin ortaya koyacağı sağlıkla ilgili riskler, minimal veya önemsiz derecede olduğunda; yaşayabilme yeteneğine sahip olan fetüse nazaran anneye öncelik tanınması görüşünün yetersiz olacağı muhtemeldir. Örneğin, zorla ilaç tedavisi veya intrauterin transfüzyonlar gibi birçok in utero fetal tedavi sağlık açısından çok küçük risk taşır ve bu nedenle tedaviye isteksiz olan anne için uygulanması istenebilir. Amniosentez veya hatta fetoskopi gibi invazif tanı teknikleri de anne açısından nispeten küçük risk taşır. Hatta fetoskopi yoluyla yapılan rahim içi cerrahi müdahale dahi yaşayabilme yeteneğine sahip olan fetüsün yaşamının ve sağlığının korunmasındaki yarardan daha önemli olacak kadar risk taşımayabilir. Kuşkusuz, annenin sağlığı için gerekli olan tıbbi işlemler (servikal kanser için radyoterapi gibi) doğmamış çocuğa zararlı olsalar dahi anne bu işlemleri uygulatıp uygulatmama konusunda serbesttir.

Annenin isteğine karşı tedavinin uygulanmasında en güç olan durum, ekstrauterin fetal cerrahi ve daha sık olarak sezaryen ameliyatı gibi önemli cerrahi müdahaleyi ve genel anesteziyi gerektiren işlemlerle ilgilidir. Annenin sağlığını tehlikeye sokan böyle durumlarda bu işlemlerden kaçınılabılır. Ameliyatın anneye olan riskleri, doğmamış çocuğun yararına göre değerlendirilmelidir. Her olguda verilecek karar tıbbi duruma ve anneye olan risklere bağlıdır. Örneğin, Colorado Bidayet Mahkemesi genel anestezi altında sezaryen ameliyatının anneye olan risklerinin, fetüsün yararlarını engelliettirecek kadar büyük olmadığına karar vermiştir. 43, 44

Ebeveynler fetüsün sağlığından sorumlu olan kişilerdir. Annenin fetüsün yaşamını kurtarmaya yönelik olan bir tedaviye izin vermediği durumlarda, hastaya yeterli açıklamalarda bulunulmalı ve iletişimle ilgili olan sorunlar çözümlenmelidir. Hasta açısından önemli bir risk taşımayan ve fetüsün yaşamını kurtarmaya yönelik olan işlemlere izin vermeyen bir hasta ağır bir suç işlemekte olduğu konusunda uyarılmalıdır.

Bowes ve Selgestad, anlama ve kavrama yeteneğine sahip olan bir kadının bebeğinin yararına olacak tıbbi tedaviyi reddetmesi durumuna saygı gösteren veya buna aldırmayan bir hekimin ceza veya hukuk açılarından

sorumlu tutulabileceğini bildirmişlerdir.⁵ Kuşkusuz, mahkeme kararı bulunmadığında, kadının itirazlarına rağmen onun tedavi edilmesi yasal açıdan tehlikeli olabilir.

Bir hekim gebe bir kadının tıbbi durumu konusunda doğru bir tanı koyarsa, önerilen tedavinin kabul veya reddedilmesinin riskleri ve yararlarından kadını haberdar ederse ve kadının anlama ve kavrama yeteneğini doğru bir şekilde değerlendirirse, hekimin kadının tedaviyi reddetmesine saygı göstermesi nedeniyle yasal açıdan sorumlu duruma düşmemesi gerekir. Mahkemeler, bir hekimin, anlama ve kavrama yeteneğine sahip olan ve konu hakkında aydınlatılmış olan erişkin bir kadının hatta yaşamı kurtarıcı tıbbi tedaviyi reddetmesine saygı göstermesi nedeniyle cezai ve hukuki açılardan sorumlu tutulabilmesi düşüncesini açık bir şekilde reddetmişlerdir.³⁶ Seçiminin sonuçları konusunda doğru bir şekilde aydınlatılan, anlama ve kavrama yeteneğinin tam olduğu belirlenen bir kadın, isteklerine uyan ve onun yasal haklarına saygı gösterenlerden şikayetçi olamaz. Kadının gizlilik, hür irade ve vücut bütünlüğü hakları anayasa ile korunduğundan, çocuğun babasının veya kendisinin doğum hekimine, hastaneye veya annesine karşı doğumdan sonra hukuk davası açması da başarısızlıkla sonuçlanabilir.

Aydınlatılmış rıza konusundaki ehliyet standartları, diğer erişkin hastalarda olduğu gibi gebe kadınlara da uygulanır. Hastanın hekimin önerisini kabul etmemesi, onun ehliyetsiz olduğu anlamına gelmez. Ayrıca, kadının travayda bulunması ehliyetini etkilemez. Hekimin gerekli olan tıbbi tedaviyi reddeden gebe bir kadını, kendisine ve fetüsüne olabilecek risklerden tanıkların önünde haberdar etmesi ve bu durumun belgelenmesi önem taşır.

Öte yandan, mahkeme kararı olmaksızın gebe bir kadını tedavi olmaya zorlayan bir hekim ciddi yasal sorunlarla karşı karşıya kalabilir. Zorla tedavi yasaya aykırı bir eylemdir. Hekim bu eylemi sonucunda oluşan bütün zararlar nedeniyle sorumlu tutulabilir. Bundan başka, doğum hekimi hakkında gizliliğin ihlali veya ruhsal sıkıntıya neden olması nedeniyle de dava açılabilir.

Zorla obstetrik işlemlerin hekimler açısından önemli sonuçları da bulunabilir. Hastalarla olan ilişkiler tehlikeye girebilir. Örneğin, doktorun önerilerine aldırmayan ve gebelik sırasında madde kullanan ve fetüsü zarara uğrayan kadın hakkında yasal işlem başlatılabilir. Öte yandan, mahkeme kararıyla uygulanan obstetrik işlemler daha sıklaşırsa, hastanelerin halkın gözündeki imajı ters yönde etkilenebilir ve kadınlar başka yerlerde doğum yapma (ev doğumu gibi) yolunu seçebilirler.²⁵

Kabul Edilmiş Prenatal Tedavinin Reddedildiği Durumlarda Çelişkilerin Çözümüne Kavuşturulması

Bir kadının yaşama yeteneğine sahip olan bir fetüsün korunması için prenatal tıbbi girişimlere zorlanması, işlemin gereksiniminin aşık

bir şekilde ortaya koyulmasından sonra yapılmalıdır. Gerçekten, çoğu anne çocuğunun muhtemel olan en sağlıklı durumda yaşamasını ister. Çelişki durumları ortaya çıktığında ve anne kabul edilmiş olan bir işlemi reddettiğinde, hekim bir ikilem durumu ile karşı karşıya kalır. Hekim annenin reddetme durumunu kabul ederse ve fetüs ölürse ya da sakat doğarsa, hekim fetisid veya çocuk istismarından sorumlu tutulabilir ya da canlı doğması muhtemel olan fetüse karşı yükümlülüklerini yerine getirmemesi nedeniyle çocuğa karşı hukuken sorumlu olabilir. Öte yandan, yasal sorumluluk korkusuyla veya doğmamış çocuk için duyduğu endişeyle ameliyatta ısrar eden hekim anneye karşı bir saldırı ile suçlanabilir. Hekim, eylemlerinin yasal olduğundan emin olmalıdır. Müdahalenin yapılabilmesi için fetüsün girişimden elde edeceği yararın, zorla müdahalenin annede yol açacağı zarardan daha önemli olması gerekir. Mahkeme tedavi kararı alırsa, hastanın ehliyeti sorun olabilir. Tutuklanmadan ve hakime karşı itaatsizlikten korkmayan bir hasta tıbbi tedaviye karşı hastaneyi terk edebilir. Bazı durumlarda hastane onu tutmak zorunda kalabilir. Hekimler inatçı bir hastayı tedavi etmede güçlük çekebilir. 10, 43, 44

İkiz Olgusu

İkizlerden birisi tedaviye gereksinim duyduğunda, fetal tedavi konusundaki hakların ve yükümlülüklerin analizi daha karmaşık bir durum alır. Hastalıklı ikizin rahim içinde tedavisini düşünen hekimler, buna yardımcı olurken sağlıklı ikizin risk altına sokulmasının kabul görüp görmeyeceği sorunu ile karşı karşıya kalırlar. Rahim içi işlemler, yanlışlıkla sağlıklı ikizde uygulanabilir veya sağlıklı fetüsün ölümüne ya da postnatal dönemde zarara uğramasına yol açan prematür doğuma neden olabilir. Hastalıklı ikiz tedavi edilebilir mi yoksa sağlıklı ikize olan risk durumu göz önüne alınarak girişim reddedilebilir mi?

Fetal cerrahi daha sık olarak uygulanan bir işlem halini aldıkça, yararların çatışması konusu gündeme gelmektedir. Bu durum, çoğul gebelik olgularında bir fetüs diğerini ters yönde etkileyebilen bir tedaviye gereksinim duyduğunda ortaya çıkar.²⁸

Çoğul gebelik olgularında uygulanacak olan ilk basamak, bebek namına tıbbi tedavi konusunda ebeveynlere karar verme yetkisini vermektedir. Bu konuda karar verilirken, her fetüse olan riskin ve yararın göz önünde bulundurulması gerekir.

Tek fetüslü olgularda olduğu gibi, verilecek cevap gebeliğin dönemine ve söz konusu olan tedavinin kanıtlanmış veya kanıtlanmamış niteliğine bağlıdır. Yaşayabilme özelliğinin kazanılmasından önce, tedavinin kanıtlanmış veya kanıtlanmamış niteliği önemli olmayacaktır. Her bir durumda anne diğerini zarara uğratabilecek olan bir fetüsün yararı için tedavi olma hakkına sahiptir. Çünkü onların sağlık durumunun veya defektlerinin düzeltilbilmesine rağmen, bir ya da iki fetüsü düşürebilir. Örneğin, bir ikiz yaşayabilme yeteneğini kazanmadan önce, selektif düşük

sağlıklı ikizi ölüm riskine soksa bile, yasal olarak yapılabilir. Çünkü anne her ikisini de düşürtme hakkına sahiptir. ⁴⁶

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayabilme yeteneği kazanıldıktan sonra, ikizlerde yapılacak rahim içi tedavinin yasallığı, yaşayabilme yeteneği kazanıldıktan sonra düşüklerin yasaklanıp yasaklanmamasına ve işlemin kanıtlanmış ya da kanıtlanmamış olup olmamasına bağlıdır. Eğer eyalet yaşayabilme yeteneğine sahip olan fetüsü korumak için yasalar çıkarmamışsa, o zaman durum yaşayabilme yeteneğini kazanmamış olan fetüsüne benzerlik gösterir. Anne ve hekim her ikisinin de sağlıklı bir şekilde doğumunu sağlamak için bir veya iki fetüsü riske sokabilir. Bu durumda, işlemin etkinliğinin onaylanmış olması, annenin onu uygulayıp uygulamama konusundaki karar hakkını değiştirmez. ⁴⁶

Eğer eyalet yaşama yeteneğinin kazanılmasından sonra düşüğü yasaklamışsa, o zaman rahim içi işlemine izin verilebilme durumu, onun kanıtlanmamış mı yoksa güvenli ve etkin olarak kanıtlanmış olup olmamasına bağlıdır. Sağlıklı fetüsü riske sokacak olan hastalıklı fetüsün tedavisi, aynı risk doğduktan sonra sağlıklı ikiz için de söz konusu olacaksa, haklı görülebilir. Bu sonuç, kardeşi için kemik iliği veya böbrek sağlayacak olan çocuğun donör olarak kullanımına izin verilen örneklerle dayanmaktadır. Bu olgularda, verici, kardeşinin yararı için riske girer. Riskin küçük, alıcı için beklenen yararın büyük olduğu ve vericinin de zararının olmayacağı gösterilebildiği takdirde, bağışın yapılması ebeveynlerin yetkisi kapsamındadır. Verici çocuğun bir kardeşi yaşatma konusundaki yararı, diğer koşullar karşılanırsa, bağışı haklı kılacak kadar yararlı olabilir. Birisinin yararı için öteki çocuğun istismarının önlenmesi gerekir. ⁴⁶

Bu konuda, rahim içi tedavinin kanıtlanmış veya kanıtlanmamış olması durumu önemli bir hal alır. Girişim hâlâ kanıtlanmamış ise, sağlıklı ve yaşama yeteneğine sahip olan fetüsün ölüm riskine sokulması veya hasara uğraması durumu haklı görülemez. Çünkü hastalıklı fetüse olan yararlar riski haklı kılmayacak kadar spekülatifdir. Fakat fetal tedavi kanıtlanmış bir uygulama haline gelmişse, anne ve hekim hastalıklı ikizin yararı için sağlıklı yaşayabilme yeteneğine sahip olan fetüsü riske sokup sokmama konusunda serbesttirler. Çünkü sağlıklı yaşayabilme yeteneğine sahip olan fetüsün riske sokulmasını haklı kılacak yarar olasılığı yeterli olacaktır. ⁴⁶

Bununla birlikte, böyle bir durumda onaylanmış bir işlemi uygulama konusunda (tek hastalıklı bir fetüste olduğu gibi) yasal bir yükümlülük bulunmaz. Gebeliğin geç döneminde hastalanmış tek bir fetüsün yaşayabilme yeteneğini kazanmış olan bir fetüse nazaran korunması gerektiği iddiası daha büyüktür. Bununla birlikte, ikizlerde, sağlıklı fetüsün de kuvvetli korunma hakkı vardır ve anne hastalıklı fetüsü kurtarmak için sağlıklı ikizi riske sokmak zorunda kalmayacaktır. İki ikizin de riske atılması ile sağlıklı olanın yaşamasının sağlanması arasındaki seçim anneye aittir. ⁴⁶

ANNE VE BABA İLE FETÜS ARASINDAKİ ÇELİŞKİLER

Hukuk ve tıbbi yakından ilgilendiren bir soru da annesinin davranışı nedeniyle yaşam veya sağlığı tehdiye maruz kalmış olan bir fetüsün yasalarca ne ölçüde korunacağıdır. Bu kapsamda şöyle bir soru akla gelebilir: Yaşama yeteneği olan bir fetüsün ölümünü veya bu fetüste ciddi bir defektin oluşmasını önlemek için sezaryen yapılması gereken bir kadının böyle bir cerrahi müdahaleyi reddetmesi durumunda olay nasıl değerlendirilecektir? Fenilketonürisi bulunan bir anne fetüste beyin hasarını önlemek için doktor tarafından kesinlikle uyulması gereken diyet önerilerini reddettiğinde, olaya ne şekilde yaklaşılmalıdır? Yine başka bir örnek olarak, 23 haftalık bir fetüste hekimlerin bir üriner tıkanıklık saptadıklarını ve fetüsün yaşamını kurtarmak amacıyla cerrahi girişimin gerekli olduğunu söylemelerine karşın, annenin ameliyata rıza göstermemesi durumunda hareket tarzı ne olacaktır? Tıbbi teknolojiye ve intrauterin cerrahide gerçekleşen büyük gelişmeler, fetal anomalileri düzeltme ve önleme olanaklarını arttırmıştır. Bununla birlikte, gebe kadınların böyle bir durumda gerekli tıbbi müdahaleyi reddetmeleri hem hukukçular hem de hekimler açısından yeni sorunlar ortaya çıkarmaktadır. 5. 49

Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Derneği Etik Kurulu, “ anne-fetüs ilişkisinin, annenin sağlığı, otonomi ve fetüsün gereksinimleri arasında dengeyi gerektiren bir durum olduğunu” belirtmiştir. Bu etik kurulun görüşüne göre, fetüsü korumak için her çeşit makul çaba sarfedilmelidir ancak gebe kadının otonomisine saygı gösterilmelidir. Uygun olduğunda etik kurullar ile konsültasyon yapılmalıdır. Bu sorunların çözümünde mahkemeler kullanılmamalıdır. 50

Anne ile fetüs arasındaki çelişki konusu hukukun birçok alanını (ihmalle ilgili ceza yasaları, haksız fiil hukuku, düşük yasaları, anayasa hukuku) ilgilendirir. Çoğu mahkemeler özellikle yaşama yeteneğine sahip olan bir fetüsün yararlarını benimsemeye istekli görünmekte ve bu yararları, annenin ve ailenin sağlık ve gizlilikle ilgili yararları ile dengelemektedirler. Örneğin, District of Columbia Yargıtay’ı bir duruşma yargıcının “ gebe kadının vücut bütünlüğü hakkının, canlı doğma şansı önemli derecede yüksek olan 26 haftalık bir fetüsün yaşamının korunması ile ilgili yarara nazaran daha az önemli olduğu “ şeklindeki kararını onaylamıştır. Temyiz mahkemesi, Bidayet mahkemesinin doğumun sezaryenle yapılması şeklindeki isteğini uygun bulmuştur. Mahkeme doğmamış çocukla ilgili olgularda, fetüsün sağlığının korunmasındaki yararın, kadının vücut bütünlüğü ile ilgili yarardan daha önemli olduğunu, bu koşullarda fetüsün canlı doğma şansının önemli derecede olup olmadığı, kadının vücut bütünlüğü hakkına müdahale edilmesinin onun sağlığını önemli derecede etkileyip etkilemeyeceği noktalarının değerlendirilerek yararların dengelenmesinin uygun olacağı görüşünü belirtmiştir. Çocuğun sakat doğabilme olasılığına rağmen, mahkeme sezaryen ameliyatının kadının durumunu anlamlı derecede etkilemeyeceği ve çocuğun doğumdan sonra yaşama şansına sahip olduğu sonucuna varmıştır.⁵⁰

Diğer mahkemeler bir kadının fetüsün sağlığı için gerekli olduğuna

inanılan tıbbi tedaviyi reddettiği durumlarda benzer kararlar almıştır. Bir araştırmada 11 eyalette mahkeme kararıyla sezaryen yapıldığı, 2 eyalette hastaneye yatırma işlemi, bir eyalette ise intrauterin transfüzyon uygulandığı kayıtlıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bazı mahkemeler fetüsle ilgili olarak ceza hukuku ihmal yasalarını uygulamıştır. Örneğin, San Diego'da uyuşturucu madde kullanması sonucunda beyin ölümü tablosu gösteren bir çocuk doğurduğu ve doğumdan önce tıbbi tedavide gecikme yaptığı iddiasıyla bir anne hakkında suçlamada bulunulmuştur. Pennsylvania'da bir kadın gebeliği sırasında sentetik eroin kullanması ve hekimin uyarılarını dikkate almaması sonucunda bebeğinin ölümüne neden olduğu iddiasıyla suçlandı.⁵⁰

Rahim içi yaralanmalar için prenatal haksız fiil sorumluluğu kavramının genişletilmesi sonucunda mahkemeler fetüste oluşan zararları önleme konusunda annenin yükümlülüklerini benimsemeye de başladılar. 1987 yılının Şubat ayında, Illinois'de bir kadın aleyhine prenatal dönemde taşıt sürme konusunda ihmali bulunduğu ve kazaya neden olduğu gerekçeyle çocuk namına dava açıldı. Benzer şekilde, Michigan'da gebeliği sırasında antibiyotik kullanması sonucunda çocuğuna zarar verdiği iddiasıyla bir kadın aleyhine dava açıldı.⁵⁰

Fetüsü zarardan ve istismardan koruma yükümlülüğünün ortaya çıkışı, etik ve yasal açılardan bazı sorunlara neden olmuştur. Bunlardan birincisi, böyle bir yükümlülük annenin düşük yapma hakkı ile ilgilidir. Zorla tıbbi tedaviyi veya annenin haksız fiil sorumluluğunu haklı kılan tüm durumlar yaşayabilme yeteneğine sahip olan fetüslerle ilgilidir. Bununla birlikte, fetüsün yaşayabilme yeteneğine sahip olmadığı durumlarda, kadın çocuğunu düşürme hakkına sahip olduğundan, annenin doğmamış çocuğun yararına yönelik olabilecek herhangi bir tedaviye rıza göstermeye zorlanamayabileceği düşüncesi ileri sürülebilir. Anne doğmamış olan çocuğunu miadına kadar taşımak istediğini bildirdiğinde, mahkeme anneyi düşük yapmak isteyen gebe bir kadın yerine prospektif bir anne olarak kabul edip tedavisini isteyebilir.

Fetüsün istismarı ve hasta olarak fetüse karşı yükümlülükler konularında annenin otonomi ve gizlilik haklarının doğacak olan fetüsün yararları ile nasıl dengeleneceği konusu gündeme gelmektedir. Bazı yorumcular anlamlı derecedeki dengelemenin yararsız bir girişim olacağı düşüncesindedirler. Onlara göre, fetüs, gebe kadının anayasal özgürlüğünü, gizlilik ve otonomi konularındaki haklarını ihlal ederek korunmamalıdır. Fetüsün ve annenin yaralarını dengeleme konusundaki olumsuz görüş, fetüs istismarı ve fetüs hakları şeklindeki kavramların sınırlandırılmayacak kadar güçlük göstermesinden kaynaklanan endişeye bağlı olabilir. Bazı yazarlar, gebe bir kadının bebeği üzerinde ters etkiye yol açan davranışlarından (usulüne uygun olmayarak yemek yemek, ilaç kullanmak, uyuşturucu madde almak, sigara ve alkol kullanmak, v.b.) sorumlu tutulabileceği görüşündedir.

Prenatal dönemde meydana gelen fetal hasarlar ile ilgili olarak Amerika Birleşik Devletleri'nin birçok eyaletindeki mahkemeler annenin fetüse yönelik zararları önleme yükümlülüğünü kabul etmektedir. Bu kap-

samda annenin makul ölçülerde fetüse yönelik zararları önlemek için gerekli önlemleri alma yükümlülüğü, doğal olarak kadın ve çocuğun bedensel bütünlüğü ile ilgili sorunları gündeme getirmektedir. Yine fetüsün herhangi bir zarardan korunması, birçok etik ve hukuki sorunu da beraberinde getirmektedir. Burada gündeme gelen bir soru, fetüste oluşabilecek bir zararı önlemek için annenin ne ölçüde tıbbi bir müdahaleye zorlanabileceğidir. Böyle bir soru fetüsün yaşama yeteneğinin bulunduğu durumlar için söz konusudur. Buna karşın, eğer fetüsün yaşama yeteneği bulunmuyorsa, kadının düşük yapma hakkı bulunduğundan, fetüsün sağlığını korumak için herhangi bir tıbbi müdahaleye zorlanamayacağı düşünülebilir. Fetal yaşamın korunması ve fetüse yönelik zararların önlenmesi kapsamında ortaya çıkan en önemli hukuki sorunlardan biri, annenin bedeni üzerindeki hakları ve özel yaşamının gizliliği ile doğacak çocuğun dünyaya sağlıklı bir şekilde gelmesi hakkı arasında makul bir dengenin sağlanabilmesidir. Bu bağlamda devletin de düzenleyici olarak rolü tartışma konusu olmaktadır. Bu konuda bazı yorumcular, devletin gebe kadının anayasa ile korunma altına alınmış özgürlükleri ve özel yaşamının gizliliği hakkına müdahale ederek böyle bir dengeyi sağlamaya hakkı olmadığını belirtmektedirler.⁵⁰

Gebe kadının hekim tarafından yapılan tıbbi önerileri reddetmesi durumunda doğacak olan çocuğun yaşamının veya sağlığının tehlikeye düşmesi söz konusu ise, bu durumda hekimin anne ve çocuk haklarını özenli bir şekilde değerlendirmesi zorunluluğu ortaya çıkar. Annenin doğacak çocuğun sağlığını tehdit edecek nitelikte bir karar alması karşısında suskun kalan hekim veya sağlık kuruluşu çocuğun bir defektle dünyaya gelmesi durumunda malpraktis kapsamında sorumlulukla karşı karşıya kalabilirler. Bir başka yazar da şu görüşü savunmaktadır: Anne, gebeliği esnasında, potansiyel olarak fetüse zarar verebilecek her türlü davranıştan sorumlu tutulabilir. Örneğin, iyi beslenmeme, gerekli ilaçları almama, sigara ve alkol kullanımı, uyuşturucu kullanımı, gebelerin çalışmaması gereken yerlerde çalışma, aşırı cinsel ilişki, uzun süre yüksek irtifada bulunma, hızlı doğum için ilaç kullanma gibi.

Burada ortaya çıkan bir ikinci sorun, annenin özgürlüğü ile ilgilidir. Annenin, fetüsün sağlığı bağlamında özgürlüğünü savunanlar, özgürlüğün sınırsız olmadığını gözdardı etmektedirler. İnsanlar savaşılmaya zorlanabilirler ve riski olmasına karşın hastalıklara karşı aşılanabilirler. John Stuart Mill, toplum tarafından, birey üzerinde yasal bir şekilde uygulanabilecek zorlamalardan söz ederken şu sonuca varmaktadır: Başkalarının haklarının korunması için önkoşul olduğu durumlarda, birey, toplum tarafından gerekli görülürse, bazı davranışlara zorlanabilir ve üzerinde cezai yaptırımlar uygulanabilir.

Tüm bu son derece hassas tıbbi, hukuki ve etik konularda, hekimin pozisyonu, daima tıbbi bağlamda olacaktır. Annenin davranışının fetüs üzerindeki riski ne derecededir? Fetüse yönelik tedavi girişimleri anneyi risk altına sokacak mıdır? Fetüse yönelik potansiyel bir riskin belirgin olduğu ve tedavinin annenin sağlığı için makul ölçüler dışında risk taşımadığı veya annenin özgürlüğünü ciddi ölçüde kısıtlamadığı durumlarda,

hekim veya hastane, mahkemeye başvurarak fetüste gerekli bir girişim için karar aldırma olanağını en azından düşünmelidirler.¹⁸

ANNENİN MADDE KULLANMASI DURUMUNDA FETÜSÜN VE İSTİSMARA UĞRAMIŞ OLAN ÇOCUĞUN HAKLARI

Amerika Birleşik Devletleri'nde madde yoksunluğu belirtileri bulunan yeni doğanlar devlet bakım kuruluşlarının himayesi altına alınırlar. Hekimlerden, hemşirelerden, sosyal hizmet uzmanlarından ve bakım kuruluşlarının görevlilerinden oluşan multidisipliner bir ekip çocuğun bakımı ve velayetinin belirlenmesi konuları ile ilgilenir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu sistemin amacı çocuğun evdeki koşullarının değerlendirilmesi, tıbbi bakımın sağlanması, annenin uyuşturucu bağımlılığından kurtarılmasına yönelik önlemler ve çocuğun tekrar çekirdek aile ortamına dönmesini kapsar. İntrauterin intoksikasyon ve bunu izleyen yoksunluk sendromlarının ortaya çıktığı olguların sayısındaki büyük artış, bu tür multidisipliner ekiplerin iş yükünü büyük boyutlarda artırmaktadır. Buna bir örnek olarak, bakıma muhtaç olguların sayısında 1984-1986 yılları arasında % 450'lik bir artış meydana geldiği belirtilmiştir.²⁶

New York'ta "sınırdaki bebekler" hastaneler için bakım açısından yeni bir sorun ortaya çıkarmışlardır. Bu olguların çoğunluğu kokain kullanan annelerin çocukları olup, önemli bir kısmı da hastanelerde yaklaşık beş aylık bir süre için bırakılmışlardır. Madde kullanan annelerin çocuklarında yaklaşık olarak % 50 oranında AIDS bulunduğu ve bu bebeklerin bakımı güç olduğundan, bu çocukların evlatlık verilmelerinde de güçlüklerle karşılaşmaktadır. İlgi çekici bir durum, Amerika Birleşik Devletleri'nin batı kıyısında madde bağımlısı annelerin bebeklerinin doğu kıyısındakilere oranla daha az sıklıkla AIDS gösterdikleridir.²⁶

Genel olarak bağımlılık yapan maddelerin etkisi altında doğan bebekler için devlet bakım kuruluşlarının ellerinde fazla yasal yaptırım olanağı bulunmamaktadır. Bu kapsamda mahkemelerin intoksikasyonun ebeveynler açısından bir suç oluşturmadığı yönünde kararları bulunmaktadır. Buna bir örnek olarak 1986 yılında California'nın San Diego eyaletinde 27 yaşında yoksul bir kadının fetüsü için kasden gerekli tıbbi bakımı sağlamadığı ve bu şekilde çocuğun daha sonra ölümüne neden olduğu gerekçesiyle cezai takibata uğradığı bildirilmiştir. Bunun nedeni olarak kadının hekiminin gebeliğin erken dönemlerinde kanaması olur olmaz bir sağlık kuruluşuna başvurması yolundaki uyarısını gözardı etmesi gösterilmiştir. Ayrıca kadına plasenta previa tanısı koyulduğundan, illegal madde kullanımından kaçınması uyarısında bulunulmuştur. Bebek doğduğunda beyin fonksiyonlarının olmadığı görülmüş ve çocuk doğumdan birkaç hafta sonra bronkopnömoniden ölmüştür. Çocuğun kanında doğumda amfetamin türevleri ve THC (cannabinoidler) bulunmuştur. Buna karşın mahkeme davayı yasal bir temeli olmadığı nedeniyle reddetmiştir. Buna rağmen bu olay kadınların özgürlük hakları konusunda büyük tartışmalara yol açmıştır.²⁶

California eyaleti ceza yasaları çocukların tehlikeye maruz bırakılmalarını yasaklamasına karşın, temyiz mahkemesi kararları günümüze kadar yargı organlarını gebe ve madde kullanmaya devam eden kadının bu drogların etkisini bildiğini kanıtlamaları gerektiğini belirtmektedir. Bu nedenle hukuk sistemi bu türden açılan davalarda genelde beraat kararı vermektedir. ²⁶

Birleşik Krallık'ta ceza hukuku açısından benzer bir olgu ile karşılaşılması bildirilmiştir. 1929 tarihli Çocuk Yaşamını Koruma Yasası uyarınca kasıt unsurunun kanıtlanması koşulunun bulunması nedeniyle, bu tür bir yasal takibat çok zor hatta imkansız görülmektedir. Yine de bu sorun bir olgu nedeniyle 1969 tarihli Çocuk ve Gençlik Yasası kapsamında ele alınmıştır. Bu olguda yerel mahkeme yoksunluk sendromu bulguları olan bir çocuğun doğumdan sonra eroin bağımlısı olan annesinden alınmasını kararlaştırmıştır. Konu ile ilgili olarak yapılan yasal tartışmalar kapsamında Lordlar Kamarası yasada geçen ihmal ve kötü muamele terimlerini yaşamın intrauterin dönemini de kapsadığı şeklinde yorumlamıştır. Bu yoruma göre, çocuk bakımı kesintisiz bir süreç olup konu hakkında kararı veren Gençlik Mahkemesi'nin çocuğun doğumu öncesi annesiyle ilgili koşulları göz önünde bulundurması son derece doğaldır. ²⁶

Bu konuda çok benzer bir görüş de Kanada'da benimsenmiştir. Bu ülkede fetüsün korunmasıyla ve bu korunmanın doğumdan sonraki devrede de devam etmesi hakkı olduğu konusundaki görüşler giderek daha çok taraftar toplamaktadır. Yine bu kapsamda yasanın alkol veya eroin bağımlısı bir annenin gebe kaldığı fetüsü koruduğu olgular da mevcuttur. Bu konuda öne sürülen bir gerekçe, madde bağımlısı olarak doğan bir çocuğun istismara uğramış olduğu ve bu istismarın gebelik esnasında meydana geldiği yönündedir. ²⁶

Washington eyaletinde çocuk hastanesinde her yıl bakıma alınan 600 den fazla çocuk istismarı olgusunun giderek artan bir bölümünü fensiklidin (PCP) entoksikasyonu olan anneler oluşturmaktadır. Bir olguda PCP entoksikasyonu olan bir anne intihara teşebbüs etmiş ve bu arada çocuğunu yaralamıştır. Diğer bir anne iki aylık bebeğine yüksek doz öksürük ilacı vermiştir. Yine başka bir olgu PCP entoksikasyonu olan babasının kendisini ayaklarından başaşağı tutması nedeniyle solunumu duran 21 günlük bir prematür çocuğa aittir. 1983-1986 yılları arasında Los Angeles'te PCP entoksikasyonu etkisi altında bulunan ebeveynleri tarafından ekmek bıçağı ile kafası kesilen 12 bebek olgusu bildirilmiştir. ²⁶

Amerika Birleşik Devletleri Federal Temyiz Mahkemesi yaşama yeteneği olan bir fetüsün madde kullanımı nedeniyle istismara uğrayıp uğramadığı konusunu ele almıştır. Fakat bu konuda fetüsün bir birey olmadığı ve bu nedenle çocuk istismarının ihbarı ile ilgili yasal düzenlemelere tabi bulunmadığı konusunda kararlar mevcuttur. ²⁶

Fetal ölümlerin yargı makamlarına ihbarı zorunluluğu bulunmamakta olup aynı şey Birleşik Krallık için de geçerlidir. Hem Amerika Birleşik Devletleri'nde hem de Birleşik Krallık'ta ölü doğum belgesi matür bir fetüs için verilmektedir. Matürite süresi Birleşik Krallık'ta 28 hafta, California eyaletinde ise 20 haftadır. Bu durumda fetal ölümün annenin madde kullanımına ilişkin olduğu konusunda kuşkular bulunsan bile, örneğin,

ölü doğan çocuk hiçbir zaman yaşamamış olduğundan, elinde yasal bir dayanağı bulunmaması nedeniyle İngiltere’de savcı yasal takibata geçemeyecektir.²⁶

Robertson annelerin bebeklerine ciddi bir şekilde zarar veren davranışlarından ötürü doğumdan sonra sorumlu tutulmalarını önermiştir. Çünkü gebe kadınların, aksi taktirde sağlıklı bir şekilde doğacak olan çocuklarına zarar verme hakları bulunmamaktadır.⁴⁵ Mahkemeler gebe kadının gebelik süresince tutumundan kaynaklanan kusurlu hareketlere bağlı zararlar kapsamına giren fetüs haklarını gittikçe daha sıkı koruma altına almışlardır. Kusurlu tutuma madde kullanımı da dahildir. Fetal hakların kulanılmasında, çocukların ebeveynlere karşı dava açmalarına giden yolda, ebeveyn dokunulmazlığı doktrininin konumunun sarsılması anahtar rol oynamıştır.¹⁶

FETÜS EX-UTERO -YENİ REPRODÜKTİF TEKNOLOJİLER

Günümüzde en çok tartışılan konulardan birisi, in vitro fertilize edilen bir ovumun fertilizasyon anında bir insan fetüsü ya da birey niteliğini kazanıp kazanmadığıdır. Burada da fetüsün hakları ile ilgili hukuki sorular kişilik sorunu ile iç içe girmektedir. Bu konuda Vatikan doktrin niteliğinde şöyle bir görüş savunmaktadır:İnsan, meydana gelişinin ilk anından itibaren bir kişi olarak görülmelidir. İn vitro meydana gelen insan embriyoları, hakları olan bireyler niteliğindedir. Bu embriyoların yaşam haklarına oluştukları andan itibaren saygı gösterilmesi gerekir. Bu nedenle, gerektiğinde atılabilecek bir biyolojik materyal şeklinde görülmesi ahlaka aykırıdır.⁵⁰

Bununla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri’ndeki bazı eyaletlerde özellikle in vitro fertilizasyon kapsamında embriyo üzerindeki girişimlere yönelik hukuki düzenlemeler de yapılmıştır.⁵⁰

In vitro fertilizasyon, AID, ödünç embriyo transferi, ödünç annelik, dondurulmuş embriyoların kullanılması gibi koit dışı reproduktif teknolojiler fetüs hakları ile ilgili olarak birbirine benzer olan fakat hepsi kendi içinde bir bütün oluşturan hukuki ve etik sorunlar doğurmaktadır. Hem canlı hem de ölü fetüsler üzerindeki girişimler, günümüzde Amerika Birleşik Devletleri’nde özel eyalet ve federal yasalarıyla düzenlenmektedir.⁵⁰

Fetal haklar ve fetüs istismarı konularına son bir çözüm getirmek belki de hiçbir zaman mümkün olmayacaktır. Fetüsün hakları ile ilgili görüşler büyük ölçüde insan gelişiminin yani fertilizasyon, implantasyon, ikizlerde segmentasyon, çocuğun karın içindeki ilk hareketleri, fetüsün acı duyması ve yaşayabilme niteliği kazanması evrelerine verilen değere bağlı olarak değişmektedir. Bu kapsamda Katolik Klisesi insan yaşamının konsepsiyonla başladığını kabul etmektedir. John Rawls ahlaki anlamda kişilik niteliğini kazanmış canlıların aynı haklara sahip olması gerektiğini söylemektedir. Jeremy Bentham ise korunma hakkının düşünme yeteneği ile değil acı duyma yeteneğinin kazanılmasıyla başladığını öne sürmektedir. Beyin ölümü ile insanın varlığının sona erdiği şeklindeki hukuki görüş göz önüne

alındığında, insanın kişilik kazandığı zamanın beyin oluşmasıyla başladığını savunan görüşler de mevcuttur. Burada yasa kişilik hakları ile ilgili olarak kesintisiz bir süreç bulunduğu noktasından hareket edebilir veya yine insanın gelişmesinde yaşamın korunması hakkının oluşması için yaşama kabiliyetinin elde edilmesi gibi belli noktaları esas alabilir. Yine de günümüzde fetüs hakları değişik yargı kararlarına karşın henüz tam anlamıyla açıklığa kavuşturulamamış bir konu olmaya devam etmektedir.⁵⁰

CİNSİYET SEÇİMİ VE FETÜS ¹

Cinsiyetlerimiz bizi insan kılan özelliklerimizin sadece küçük bir bölümüdür. Ancak kimi gerekçelerle, cinsiyetlerden birinin tercih edilen ve ötekine üstün tutulan cinsiyet olması etik açıdan, bireyler arasından varolan ayrımcılığı körükleyen bir öge olarak değerlendirilmektedir. Cinsiyet seçimi konusu akla üç farklı biçimi getirmektedir; cinsiyet seçimine yönelik abortus, cinsiyet seçimi embriyo transferi ve cinsiyet seçimine yönelik döllenme bu olgunun farklı biçimleridir. Tıbbi teknolojinin sözü edilen cinsiyetlerden birini doğum öncesinde belirleyebilmek ve istenmeyen ise fetüsü ortadan kaldırmak amacıyla kullanıldığı ülkeler bulunmaktadır. Özellikle geri kalmış ülkelerde, sosyo-kültürel tercihin erkek cinsiyeti olması son derece belirgindir. Ultrasonografi gibi nispeten kolay ulaşılır ve anne açısından da invazif olmayan bir girişimin, bu açıdan son derece yaygın bir biçimde kullanıldığı belirtilmektedir. Aynı araştırmacılar, toplam dünya nüfusundan 60 ila 100 milyon kadının bu yolla eksildiğini, bu rakamın 29 milyonunun Çin'e, 23 milyonunun ise Hindistan'a ait olduğunu belirtmektedirler. Cinsiyet seçimini etik açıdan onaylamayan görüşler, bu işlemlerin tümüyle ve son derece yoğun bir "değer yitimi" yaşanmasına neden olduğu noktasından hareket etmektedirler. Eldeki bilimsel ve teknik olanakların bu yönde taleplerin hizmetine verilmesi, aynı zamanda benzer başka anne-baba isteklerine de kapı açmaktadır. Dolayısıyla cinsiyet dışındaki öteki fenotipik özellikler de, zaman içinde birer "ismarlama konusu" olabileceklerdir. Bu durum, tıbbın günümüzde yüklendiği işlevin ne olduğunu yeniden gözden geçirmeyi sorgulatacak bir tablo yaratmaktadır. Oysa tek başına cinsiyetin bir hastalık olmadığı ve bu nedenle de prenatal dönemde belirlenmesine yönelik emek, para ve zaman harcamanın, bir başka deyişle tıbbın olanaklarını cinsiyet ögesine karşı seferber etmenin anlamsızlığı, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sınırlı kaynakların kullanımında etik dışı bir tercih olarak görülmektedir. Bu konuda ülke içinde çeşitli görüşler; Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu ve Türkiye Genetik Derneği tarafından ortaya konmuşken, Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşmesi Madde 14'de olduğu gibi, uluslararası düzeyde de etik açıdan cinsiyet seçimi ile ilgili metinlere rastlamak mümkündür.

FETÜS VE ULUSLARARASI DÜZENLEMELER ¹

Ülke düzeyinde genel olarak fetüsün sağlık ve tedavi haklarıyla ya da onlarla ilgili araştırmalardaki sürecin etik açıdan nasıl işleyeceğiyle ilgili herhangi bir yasal düzenleme yoktur. Ancak böyle bir eksikliğin varlığı, bir yandan etik tartışmaları daha da değerli kılmakta, öte yandan da ilerki yasal düzenlemelere temel oluşturmaktadır. Böyle geniş bir tartışma zemininde ortaya çıkacak mevzuatın da uluslararası düzeydeki sözleşme, bildirme ve benzeri metinlerden esinlendiğini ya da onlardan kaynaklandığını söylemek yanlış olmayacaktır. Bu bağlamda iki uluslararası metinden söz etmek yerinde olacaktır.

1. Dünya Hekimler Birliği'nin "Doğmamışın Hakları" Bildirgesi bu alandaki güncel metinlerden biridir. Bir tartışma platformu olan Dünya Hekimler Birliği, özellikle tıbbi etikle ilgili sorunlara yönelik çözüm önerilerinin üretilmesine ve mesleki uygulamaların daha nitelikli ve çağdaş yürütülmesine katkıda bulunmaktadır. Örneğin, Dünya Hekimler Birliği'nin yaygın olarak bilinen Helsinki Bildirgesi araştırma sürecinde karşılaşılan etik sorunları en aza indirmeye yönelik, araştırmacıları aydınlatıcı bir metindir. Dünya Hekimler Birliği'nin 48 inci Genel Toplantısı'nda Ekim 1996'da gündeme getirilen "The Rights of the Unborn" "Doğmamış Çocuğun Hakları" başlıklı bildirme ile öncelikle kimi kavramların altı çizilerek önemleri vurgulanmıştır. Buna göre; bildirme bir başlangıç bölümü ile, ilkeler bölümünden oluşmaktadır. Başlangıç bölümünde " ... hekimlerin temel etik görevleri yaşama saygı duymak ve insanlığa hizmet etmektir. Kimi durumlarda hekimler bu görevlerinin hasta istekleriyle ve / veya toplumsal tutumlarla çatıştığını gözleyebilirler. Embriyo/fetüsün yaşamı ve refahı söz konusu olduğunda da bu durum geçerlidir. Başta insan hakları olarak birçok kavramlar insanlığın binlerce yıllık gelişmesinin getirdiği kazanılardır ve bu yoldaki başlıca kilometre taşlarının 1776 yılında çıkarılan Birleşik Devletler Bağımsızlık Bildirgesi, 1948 yılında yürürlüğe giren İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve 1959 yılında yayınlanan Çocuk Hakları Bildirgesi olması gerekir" biçiminde bir saptama vardır. İlkeler bölümünün altbaşlıkları : Yaşamın Başlangıcı, Medeni Haklar, Yaşam Hakkı, İstenmiş Bebek Olarak Doğma Hakkı, Sağlıklı Gelişme Hakkı, Güvenli Doğum Hakkı ve Hekimin Görevleri'dir. Yaşamın başlangıcına ilişkin olarak: "İnsanoğlunun yaşamı konsepsiyonla başlar ve ölümle sona erer" ifadesi bulunmaktadır. Medeni haklarla ilgili olarak ; " Toplumlar kendi vatandaşlarının haklarını güvence altına alan kendi anayasalarını, yasal ve moral kanunlarını kendileri yaratırlar. Bütün toplum bu hakları savunmak durumundadır. Bu haklar yaşla birlikte artarak, toplumun genellikle güvence altına aldığı hakların tamamına birey ancak yasal yaşa ulaştığında sahip olur ". Yaşam hakkı; hakların en temelini oluşturmaktadır ve ana karnındaki fetüsün de sahip olduğu bir haktır. Hekim insan embriyosu da dahil olarak tüm yaşam biçimlerine saygı duymalıdır". İstenmiş bebek olarak doğma hakkı, " Bütün çocukların sosyal anlamda güvenli bir çevreye ve bir anne ile babaya sahip olarak doğma hakları vardır. İstenmeyen gebeliklerden korunmak, özellikle gençlere bir aile kurmanın sorumlulukları

da vurgulanarak öğretilmelidir. Üreme ile ilgili temel doğrular, aile planlaması ve kontrasepsiyon bilgileri verilmelidir. Bu konularda danışmanlık hizmeti herkes için kolay ulaşılabilir olmalıdır. Beklenen bebeğin sağlığı ile ilgili bilgiyi edinmek isterlerse, anne-babaya danışmanlık verilmesi önerilmektedir. Doğmamış bebeğin hastalığı ya da genetik “mirası” konusunda her zaman için bir uzmanın danışmanlık vermesi gereklidir. Aynı bildirgenin “hekimin görevleri”ne ayrılan son bölümünde “hekim bu bildirge ile doğmamışa tanınan hakların optimum biçimde gerçekleştirilmesi için tüm olası yolları kullanmayı denemelidir” denmektedir.

2. Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşmesi 1994’de taslağı hazırlanarak, üzerinde üye ülke görüşlerinin alındığı ve 1996’da son biçimi verilen bir metindir. Biyoloji ve tıbbın uygulanmasında insan haklarının ve onurunun korunması ile ilgili bu sözleşmede Genel İlkeler, Onam (Rıza), Özel Yaşam Yaşam ve Bilgi Hakkı, İnsan Genomu, Bilimsel Araştırma, Canlı Vericilerden Aktarım Amaçlı Organ ve Doku Alınması, İnsan Bedeninin veya Doku/ Organlarının Mali Kazanç Amacıyla Kullanımının Önlenmesi başlıca bölüm adlarıdır. Burada 18. Madde embriyo araştırmalarına ayrılmış olup, araştırmalar bağlamında embriyoları korumaya yönelik yasal düzenlemelerin bulunması ve araştırma amacıyla insan embriyosu üretilmesinin yasaklanması gerektiği dile getirilmektedir.

TÜRK HUKUKUNDA FETÜS İLE İLGİLİ YASALAR

Medeni Kanunumuzda, ceninin hukuksal durumu bakımından bazı çözümler öngörülmüştür. Embriyo ve cenin kavramlarıyla ilgili yeni sorunlar, gelişmeler ve çözümler karşısında, bu düzenlemenin yeterli olmadığı görülmekte ise de, Medeni Kanunumuzun, bazı temel sorunlara çözüm getirmiş olduğu açıktır. Türk Hukuk düzeni, insan hayatını, sadece doğum ile ölüm arasındaki süre için değil, fakat ana rahminde ilk hayat belirtilerinin başladığı andan itibaren korumuştur. Bununla beraber, ceza hukuku yönünden, ana rahminde bulunan çocuğa yapılan tecavüzler adam öldürme suçu olarak kabul edilmemiştir. Adam öldürme suçunun söz konusu olabilmesi için, mağdurun, bağımsız bir varlığa sahip olması öngörüldüğünden, ancak doğumun başlaması anından itibaren çocuk, adam öldürme suçunun konusu olabilmektedir.³⁷

Genelde, genel adetlerden doğan hukuk kurallarını uygulayan ülkelere, “doğmamış çocuğun” malvarlıksal haklara sahip olabileceği kabul edilmektedir. Sağ doğması ve yaşama yeteneğine sahip olması koşuluyla, doğmamış çocuğa, malvarlıksal kazandırmalar yapılabilmesi mümkündür.³⁷

• Medeni Kanun’un 28 inci Maddesi: “Şahsiyet, çocuğun sağ olarak tamamen doğduğu andan itibaren başlar.”

• Medeni Kanun’un 582 ve 583 inci Maddeleri: “Cenin, sağ

doğmak koşuluyla ana rahmine düştüğü andan itibaren mirasçı olur.”

Fransa’da fetüs, yaşayabilme yeteneğinin bulunması ve canlı doğması koşuluyla miras hakkına sahiptir. İsrail’de fetüsün sadece doğumdan sonra miras hakkı bulunmaktadır.²⁷

• Medeni Kanun’un 643 üncü Maddesi : “ Bir kişi ölür de, onun mirası açıldığı anda mirasçıları arasında bir cenin bulunduğu görülürse, mirasın paylaşılması onun doğumuna kadar ertelenir.”

Amerika Birleşik Devletleri’nde fetüsün hakları ilkönce mülkiyet hukukunda tanınmıştır. Fetüs, konsepsiyon zamanından itibaren ölenin malının mirasçısı olarak kabul edilmiştir. Doğmamış çocuğun mülkiyet hakları sadece onun canlı doğması koşuluna bağlanmıştır. Michigan yasası doğmamış çocuğun mülkiyet haklarını korumak amacıyla bir kayyım tayin edilmesi koşulunu koymuştur. Gerekliğinde kayyım danışma hizmeti verilmesi şartı getirilmiş ve kayyım doğmamış çocuğun menfaatlerinin korunması ve savunulması konusunda yetki verilmiştir.²⁷

• Medeni Kanun’un 303 üncü Maddesi: “Evlilik dışı hamile kalan bir kadın, babaya karşı babalık davasını doğumdan önce de, yani hamile iken de açabilir. Yine bu tür davalarda, davacı kadın, doğacak çocuğun tüm haklarının korunması amacıyla, mahkemeden bir kayyım tayinini isteyebilir.”

• Medeni Kanun’un 298 inci Maddesi : Kadın davacı olmasa dahi, mahkeme evlilik dışı bir doğumdan haberdar edildiği takdirde, çocuğun haklarını korumak için derhal bir kayyım tayin eder. Bu durumda mahkeme ana veya babanın velayeti iyi bir şekilde ifa edemeyeceği kanaatine varırsa, bu takdirde çocuğa bir vasi seçecektir.

• Medeni Kanun’un 427 inci Maddesi : “ Anne hamile iken baba ölürse, anne dilerse, çocuk doğuncaya kadar miras mallarının iyi bir şekilde muhafazası ve yönetimi için de mahkemeden bir kayyım tayini isteyebilir. Hatta, anne daha hamile iken, mahkeme taraflardan birine doğacak çocuğun velayetini vermek üzere bir karar da verebilir.”

• Borçlar Kanunu’nun 45 inci Maddesi : “ Cenin, ana karnında iken babası herhangi bir şekilde öldürülür ise, doğduktan sonra, babasının desteğinden mahrum kaldığından bahisle, sorumlu kişiye karşı dava açabilir. Bu dava elbette tazminat davası olacak ve bir temsilci vasıtasıyla açılacaktır.”

• Borçlar Kanunu’nun 47 inci Maddesi : “Cenin, 45 inci maddeye dayanarak doğduktan sonra maddi tazminat davası açabileceği gibi, babasız ve desteksiz büyümenin kendisine verdiği elem ve ıstıraba karşılık manevi tazminat davası da açabilir. ”

• Borçlar Kanunu’nun 111 inci Maddesi : “ Ana rahmindeki çocuğa, daha o doğmadan her türlü bağış yapılabilir, bunlar geçerlidir. Ancak, çocuğun bunları iktisabı için tam ve sağ olarak doğması icap edecektir. ”

• Ceza Kanunu’nun 468 inci Maddesi : “ Bir kadının rızası olmaksızın çocuğunu düşürten kimseye 7-12 yıl hapis cezası verilir. ” “Kadının rızası olup da çocuk eğer 10 haftadan fazla ise ve çocuğu düşürmede hiçbir tıbbi zaruret yok ise, düşürtene 2-5 yıl hapis cezası ve aynı ceza kadına da verilir. ” “ Eğer kadının rızası yokken, çocuk düşürtülür ve bu fiil sonucu kadın ölürse, düşürtene 15-20 yıl hapis cezası verilir. ” “ Aynı

şekilde kadının rızası olmaksızın çocuk düşürülür ve fakat kadın ölmeyip bir bedeni eksikliğe maruz kalırsa, çocuğu düşürtene 8-12 yıl hapis cezası verilir.”

• Ceza Kanunu’nun 469 uncu Maddesi : “ Eğer bir kadın, 10 haftadan fazla olan çocuğunu kendi isteği ile düşürürse, ona 1-4 yıl hapis cezası verilir. ” “Böyle bir kadına yardım eden, tahrik eden veya araç temin eden kişiye 6 ay-2 yıl hapis cezası verilir.”

• Ceza Kanunu’nun 470 inci Maddesi : “ Rahim tahliye etme yetkisi olmayan bir kimse gebelik süresi 10 haftadan az olan bir kadına kendi rızası ile düşük yaptırdığı taktirde 2-4 yıl hapis cezası ile cezalandırılır. ”

• 2827 sayılı özel bir kanunda gebeliğin annenin hayatına veya onun hayati organlarından birine tehlike oluşturduğu durumlarda, kadında gebe kalmamasını gerektirecek bir hastalık bulunduğu, annede veya babada kalıtım yoluyla geçen bir hastalık mevcut olduğunda ve annenin sağlığı ciddi bir şekilde tehlike altında bulunduğu anda çocuğun tıbben düşürülebileceği belirtilmektedir.

Hem Türk Ceza Kanunu’nda hem de Türk Medeni Kanunu’nda cenin hakları ile ilgili maddeler bulunduğu görülmektedir.

Medeni Kanun hükümlerine göre, hakların başlangıç anı “ceninin ana rahmine düştüğü an ” olarak kabul edilmekle beraber, Borçlar Kanunu’nun ilgili maddeleri ceninin haklarının iktisabı için “ tam ve sağ olarak doğması ” şartını da getirmiştir. Tam doğum ifadesiyle çocuğun ana bedeninden tamamıyla ayrılmış olması durumu anlaşılmaktadır. Göbek kordonunun kesilmiş olup olmaması veya plasentanın da ana bedeninden ayrılmış olması şartı aranmamıştır. Sağ doğumda ise çocuğun bir an bile olsa yaşamış olması gerekir.

2827 sayılı yasa ile gebeliğin tahliyesi konusu düzenlenmiş olup bunun ihlali ile ilgili olarak ceza kanununda da hükümler bulunmaktadır.

Sonuç olarak, çocuk ana rahmine düştüğü andan itibaren hukuk tarafından korunmaktadır. Cenin halinde iken onun bir kişiliği bulunmaz. Kişilik özelliğini ancak tam ve sağ olarak doğduğunda kazanır. Tam ve sağ doğduğu anda, ana rahmine düştüğü andan beri tüm hukuksal kazanımları ve borçları yürürlüğe girer.

KAYNAKLAR

1. Arda, B : Etik açıdan fetus ve yenidoğan, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 1998;41:395-402.

2. Barclay, W.R., McCormick, R.A., Sidbury, J.B., et al : The ethics of in utero surgery. JAMA 1981; 246:1551-1552, 1554-1555.

3. Bell, N.M. C : Regulating Transfer and Use of Fetal Tissue in Transplantation Procedures : The Ethical Dimensions, American Journal of Law & Medicine, Vol xx, No 3, 1994, pp. 277-294.

4. Birnholz, J. C., Friggoletto, F.D : Antenatal treatment of hydrocephalus. N Eng J Med 1981; 303:1021-1023.

5. Bowes, W.A., Selgestad, B : Fetal Versus Maternal Rights: Medical and Legal Perspectives, *Obstet Gynecol* 58:209-214, 1981.
6. Brackbill, Y : The role of the cortex in orienting: orienting reflex in an anencephalic human infant. *Dev Psychol* 1971; 5:195-201.
7. Cardwell, M.S., Kirkhope, T.G : Reproduction patients. In : *Legal Medicine*. American College of Legal Medicine Textbook Committee, Fourth Edition, Mosby, 1995, pp. 387-388.
8. Cefalo, R.C., Berghmans, R.L.P., Hall, S.P: The bioethics of human fetal tissue research and therapy: Moral decision making of professionals, *Am J Obstet Gynecol*, Volume 170, Number 1, Part 1, 1994, pp. 12-9.
9. Chervenak, F. A., Farley, M.A., Walters, L., Hobbins, J.C., Mahoney, M.J : When is termination of pregnancy during the third trimester morally justifiable? , *The New England Journal of Medicine*, Vol 310, No 8, Feb 23, 1984, pp. 501-504.
10. Chervenak, F.A., McCullough, L.B : Perinatal Ethics: A Practical Method of Analysis of Obligations to Mother and Fetus, *Obstet Gynecol* 66:442-446, 1985.
11. Clewel, W.H., Johnson, M.L., Meier, P.R., et al : Placement of ventriculoamniotic shunt for hydrocephalus in a fetus (letter). *N Eng J Med* 1981; 305:955.
12. Dixler, A.O : Legal Analysis. In : Evans, M.I., Dixler, A.D., Fletcher, J.C., Schulman, J.D (Editors) : *Fetal Diagnosis and Therapy: Science, Ethics and the Law*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1989, pp. 431-437.
13. Engelhardt, H.T: Current controversies in obstetrics : Wrongful life and forced fetal surgical procedures. *Am J Obstet Gynecol*, Volume 151, Number 3, February 1, 1985, pp. 313-318.
14. Evans, M.M.I., Chrousos, G.P., Mann, D.W, et al : Pharmacologic suppression of the fetal adrenal gland in utero. Attempted prevention of abnormal external genital masculinization in suspected congenital adrenal hyperplasia. *JAMA* 1985;253:1015-1020.
15. Fletcher, J.C : The fetus as patient: Ethical issues (editorial), *JAMA*, 1981; 246:772-773.
16. Garcia, S. A: Perinatal Drug and Alcohol Abuse: Rights, Laws, and Responsibilities. In Wecht, C.H (Ed): *Scalpel and Quill*, The Bulletin of the Pittsburgh Institute of Legal Medicine, Volume XXVIII, Nos.1 and 2, Pennsylvania, February and May, 1993, pp.16-19.
17. Golbus, M.S., Harrison, M.R., Filly, R.A., et al : In utero treatment of urinary tract obstruction. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142:383-388.
18. Goldsmith, L.S., Cohen, I. A : The Law of Prenatal and Perinatal Injuries. In : Tedeschi, C.G., Eckert, W.G., Tedeschi, L.G (editors) : *Forensic Medicine*, Vol.1, W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, 1977, pp.487-494.
19. Hallock, G.G : In utero cleft lip repair in A/J mice. *Plast Reconstr Sur* 1985; 75:785-790.
20. Harrigan, J.T., Kangos, J.J., Sikka, et al : Successful treatment of fetal congestive heart failure secondary to tachycardia. *N Eng J Med* 1981; 304:1527-1529.
21. Harrison, M.R., Golbus, M.S., Filly, R.A., et al : Fetal surgery for congenital hydronephrosis. *N Eng J Med* 1982; 306:591-593.

22. Jurow, R., Paul, R.H: Cesarean Delivery for Fetal Distress Without Maternal Consent, *Obstetrics & Gynecology*, Vol 63, No 4, April 1984, pp. 596-599.
23. Kirkinen, P., Jouppila, P., Twononen, S., et al : Repeated transabdominal renocentesis in a case of fetal hydronephrotic kidney. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142:1049-1052.
24. Knight, B : *Simpson's Forensic Medicine*, Tenth Edition, Edward Arnold, London, Melbourne, Auckland, 1993, p. 188.
25. Kolder, V.E., Gallagher, J., Parsons, M.T : Court-ordered obstetrical interventions. *N Eng J Med* 1987; 316:1192-1196.
26. Larson, E. J : Intoxication in utero, In : Mason, J. K (Ed.): *Paediatric Forensic Medicine and Pathology*, Chapman and Hall Medical, London, 1989, pp. 44-46.
27. Leiberman, J.R., Mazor, M., Chaim, W., Cohen, A : The Fetal Right to Live, *Obstetrics & Gynecology*, Vol 53, No4, April 1979, pp. 515-517.
28. Lenow, J.L : The fetus as a Patient: Emerging Rights as a Person? *Am J Law Med.*, Vol 9, No 1, 1983 Spring, pp. 1-29.
29. Manning, F. A., Harrison, M.R., Rodeck, C : Catheter shunts for fetal hydronephrosis and hydrocephalus. Report of the International Fetal Surgery Registry. *N Eng J Med* 1986;315:336-340.
30. Mason, J.K., Smith, R.A : *Law and Medical Ethics*, Third Edition, Butterworths, London, Dublin, Edinburgh, 1991, pp. 109-119.
31. McWhirter, W. W : Legal rights of the unborn; *Arizona Medicine*, December 1972, XXIX, 12, pp. 926-929.
32. Meeker, W.K : Court-ordered obstetrical interventions. *N Engl J Med* 1987;317:1224.
33. Mohaupt, S.M., Sharma, K.K : Forensic implications and medical-legal dilemmas of maternal versus fetal rights. *J Forensic Sci* 1998; 43(5):985-992.
34. Murray, T.H : Moral Obligations to the Not-Yet Born: The Fetus as Patient, *Clinics in Perinatology*, Vol 14, No 2, June 1987.
35. Murray, T.H : Ethical issues in fetal surgery, *Bull Am Col Surg* 70(6):6-10, 1985.
36. Nelson, L.J., Milliken, N : Compelled Medical Treatment of Pregnant Women: Life, Liberty, and Law in Conflict, *JAMA*, Feb 19, 1988, Vol 259, No 7, pp. 1060-1066.
37. Özsunay, E : Hayatın Başlangıcı ve Sonuna İlişkin En Önemli Hukuksal Sorunlar, *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Eğitim, Öğretim ve Yardımlaşma Vakfı Yayın No. 6*, Bülent Davran'a Armağan, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 1998, s.4-54.
38. Öztürk, H : Abortus ve Etik Sorunlar, Etik bunun neresinde ! Ankara Tabip Odası, Etik Bürosu, Funda Matbaacılık San ve Tic Ltd Şti., Ankara, Ekim 1977, s. 75-83.
39. Petres, R.E., Redwine, F.O., Cruikshank., D.P: Congenital bilateral chylothorax. Antepartum diagnosis and successful intrauterine surgical management. *JAMA* 1982; 248:1360-1361.
40. Portmann, J : *Abortion:Three Rival Versions of Suffering*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 1999, 8, 489-497.

41. Pringle, K.C: In utero surgery. *Adv Surg* 1986; 19:101-138.
42. Puri, P., Gorman, F : Lethal nonpulmonary anomalies associated with congenital diaphragmatic hernia: Implications for early intrauterine surgery. *J Pediatr Surg* 1984; 19:29-32.
43. Robertson, J. A : Legal Issues in Fetal Therapy, In:Evans, M.I., Dixler, A.O., Fletcher, J.C., Schulman, J.D. (Editors) : *Fetal Diagnosis and Therapy: Science, Ethics and the Law*, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1989, pp. 431-437.
44. Robertson, J.A: The right to procreate and in utero fetal therapy. *J Leg Med.* 1982 Sep;3 (3) : 333-66.
45. Robertson, J.A : Court-ordered obstetrical interventions (letter). *N Eng J Med* 1987; 317:1223.
46. Robertson, J.A : Legal Issues in Fetal Therapy, *Seminars in Perinatology*, Vol 9, No.2, July 1985, pp.136-142.
47. Rosner, F, et al : Fetal therapy and surgery, Fetal rights versus maternal obligations. *N Y State J Med*, 1989 Feb, pp. 80-84.
48. Shannon, M.A : Medical, Ethical, and Legal Considerations for Fetal Tissue Transplantation Research, *The Bulletin of the Pittsburgh Institute of Legal Medicine*, Volume XXXIV, No.4, December 1997, pp.1-26.
49. Shriner, T.L : Maternal Versus Fetal Rights - A Clinical Dilemma, *Obstetrics & Gynecology*, Vol 53, No 4, April 1979, pp. 518-519.
50. Smith, D.R : Fetal Rights, Eden, R. D., Boehm, F.H (Editors):*Assessment and Care of the Fetus*, Prentice-Hall International Inc., U.S. A., 1990, pp. 931-937.
51. Smith, R.J : Preventive surgery for congenital deformities of the hand. *Hand Clin* 1985;1:373-382.
52. Strong, C : Court-Ordered Treatment in Obstetrics : The Ethical Views and Legal Frameworks, *78 Obstet. Gynecol.* 861-868, 1991.
53. Vallencien, G., Dumez, Y., Aubry, M.C., et al: Percutaneous nephrostomy in utero. *Urology* 1982; 20:647-649.
54. Watson, J : AIDS - Legal and Ethical Aspects. In : Chamberlain, G., Orr, C (Editors): *How to Avoid Medico-Legal Problems in Obstetrics and Gynecology*, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, 1990, pp. 39-47.
55. Yılmaz, E : *Hukuk Sözlüğü*, 3. Baskı, Seçkin Kitabevi, Ankara, 1985, s. 266.
56. Yurtcan, E : *Türk Hukukunda Kürtaj ve Uygulaması*, Beta Basım, Yayım, Dağıtım A.Ş., İstanbul, 1985, s. 29-30.

24

Fetüsün Bilimsel Araştırma ve Transplantasyon Amaçlı Kullanımı: Tıbbi, Hukuki ve Etik Sorunlar

İmdat Elmas / Zeki Soysal / Birgül Tüzün

Hastalıkların tedavisi amacıyla fetal dokuların kullanımı, 1950'li yıllara kadar dayanmaktadır. İlk uygulama alanı, aşı ve ilaçların test edilmesi için gerekli olan insan virüslerinin çoğaltılması işlemi, fetus hücrelerinin kullanılmasıdır. Buna, insan fetal böbrek hücrelerinin polio aşısının geliştirilmesi amacıyla kullanılması örnek olarak verilebilir.¹ Son çeyrek asırda ise kullanım alanı genişlemiş, başta nörolojik hastalıklar olmak üzere birçok immunolojik, metabolik ve kan hastalığının tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır.² DiGeorge sendromunun tedavisi amacıyla fetal timus transplantasyon uygulamasında olduğu gibi, fetal dokuların kullanımı başlangıçta çok az etik tartışmalara yol açmıştır. Buna karşın özellikle fetus beyin hücrelerinin transplantasyon amaçlı kullanımı ve bu tür uygulamaların yaygınlaşması, önemli etik ve hukuki tartışmaları başlatmıştır.^{3, 4} Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 1987 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün talebi üzerine, İnsan ve Sağlık Servisi tarafından fetal doku araştırmaları için bir federal fon oluşturulmuş ve bu fonun etik ve hukuki boyutta uygunluğu, 1988 yılında yapılan ve birçok araştırmacı, hukukçu ve politikacı ile din adamının katıldığı İnsan Fetal Transplantasyon Araştırma Paneli'nde tartışılmıştır. Panel katılımcılarının genel eğilimi, fon kullanımının devam etmesi yönünde olmuştur. 1992'de Başkan Bush, bilimsel araştırmalarda kullanılmak üzere, fetal doku bankasının kurulmasını önerdi. Doku bankası sadece, ektopik gebelik ve spontan düşük ürünlerini toplayabilecekti. Elektif düşük ürünlerinin kullanılması ise, düşük girişimlerini artırabileceği ve düşük girişimini yasal hale getireceği gerekçesi ile kabul edilmemiştir.^{5, 6} 1994 yılında Başkan Clinton'un katkılarıyla, spontan düşüklerin yanı sıra elektif düşük ürünlerinin de kullanılmasına izin veren bir yasa kongreden geçti.^{7, 8} Günümüzde, ABD'nin birçok eyaletinde farklı uygulamalarla

karşılaşılmaktadır. Kalifornia ve diğer bazı eyaletlerde fetal dokuların toplanması ve kullanılmasına önemli kısıtlamalar getirilirken, Pensilvanya'da elektif düşük ürünlerinin de kullanılmasına olanak veren ve Federal yasalarla uyumlu olan kanunlar çıkarılmıştır. 9 Kasım 1996'da Strazburg'da toplanan Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Konvensiyonu'nda alınan kararda, in vitro embriyo araştırmalarında, embriyo için yeterli korumanın sağlanmasının yasal gerekliliği vurgulanmıştır.¹⁰ Fetal doku araştırmaları konusunda hukuki ve etik boyutta büyük tartışmalar olmasına karşın, tıbbi araştırmacılar arasında fetal doku transplantasyonunun insanlara sağlayacağı tıbbi yararlar konusunda çok az görüş ayrılığı bulunmaktadır. Tıbbi araştırmalarda alınan olumlu sonuçlar bu yaklaşımı destekler niteliktedir. Fetal dokuların, transplantasyonda tercih edilmesinin başlıca nedenleri:

- Fetal hücrelerin gelişme döneminde olmaları nedeniyle, konağa kolay uyum göstermeleri,
- Büyüme ve rejenerasyon kabiliyetleri sayesinde, konağın kaybolan fonksiyon ve kabiliyetlerini hızla yeniden kazandırmaları,
- Yabancı doku reaksiyonuna yol açmamaları ve ret edilme olasılıklarının oldukça düşük olmasıdır.

Bilim adamları transplantasyon araştırmalarında elektif abortus dokularını daha çok tercih ederler. Bunun nedeni, bu dokular steril laboratuvar koşullarında korunabilir, gelişim dereceleri bilinir ve hastalıklar içermezler. Oysa, spontan veya ektopik gebelik düşüklerinden elde edilen fetal dokular, çoğu kez infeksiyon veya genetik anomaliler taşırlar, sayısal olarak da ihtiyacı karşılamaktan çok uzaktırlar. Bu gerçek, araştırmacıları elektif abortuslardan fetal doku toplama yoluna iter.¹¹ Fetal doku transplantasyonunun en yaygın kullanım alanı dejeneratif nörolojik hastalıklardır. Bu grup hastalıklar içinde üzerinde en çok çalışılan ve en iyi sonuç alınanı, Parkinson hastalığıdır. Bu hastalığa, beyinde dopamin üreten nöronlardaki dejenerasyon yol açar. Hastalığın semptomları, kayıp dopaminin yerine konması ve dopamin yıkımını inhibe eden veya beyinde dopamin reseptörlerini stimüle eden ilaçların kombinasyonu ile kontrol edilmeye çalışılır. Ancak, bu ilaçların önemli yan etkileri vardır ve ilerlemiş olgularda etkileri azaltılabilmektedir. Deney hayvanları üzerinde yapılan birçok araştırmadan sonra, insan beyin dokusu içine fetal beyin doku transplantasyonu uygulanmış ve başarılı sonuçlar alınmıştır.^{12, 13, 14} Bu amaçla kullanılan fetal substantia nigra hücreleri dopamin için iyi bir kaynak oluşturmıştır.^{15, 16} Fetal doku transplantasyonunun uygulandığı diğer dejeneratif nörolojik hastalıklar, Alzheimer ve Huntington hastalığıdır. Bu hastalıklarla ilgili olarak insanlar üzerinde başarılı uygulamalar olmasına rağmen, deneysel çalışmaların devamına ihtiyaç duyulmaktadır.^{17, 18} Spinal kord ve beyin yaralanmalarının tedavisine yönelik çalışmalar ise tamamen deneysel aşamada olmasına rağmen umut verici sonuçlar alınmaktadır. Fetal doku transplantasyonunun uygulandığı diğer bir hastalık retinitis pigmentosis'dir. Bu hastaların retina fotoreseptör hücrelerinde yavaş bir yıkım vardır ve sonuçta tam görme kaybı gelişmektedir. Göz içine enjekte edilen fetal retina hücreleri, hastaların görme fonksiyonunda fark edilir düzeltilmeler sağlamıştır.¹⁹ İnsüline bağımlı diabetik-

lerde ise, deneysel olarak fetal pankreatik hücreleri uygulanmış, doğal insulin üretimi için ümit verici sonuçlar alınmıştır.^{20, 21, 22} İnfertil kadın overlerine transplante edilen fetal over dokusu fertilité kazandırmış ancak, çok ciddi etik ve hukuki tartışmalara yol açmıştır.²³ Fetal dokuların kullanıldığı deney aşamasında olan diğer araştırmalar ise, Down sendromu, Tay-Sachs, epilepsi, bazı kanser ve kan hastalıklarıdır.

Fetal doku kullanımına karşı çıkışın en önemli gerekçesi, düşük girişimini arttıracak ve onu yasal hale getirecek endişesidir.²⁴ Buna çözüm olarak, önce düşük kararının verilmesi ve düşük için onam alınması, organ bağı için onamın ise daha sonra alınması önerilmektedir. Ayrıca, annenin etki altında kalarak düşük yapmaması için, alıcının kimliğini bilmemesi bir tedbir olarak öngörülmektedir. Diğer bir karşı çıkış nedeni, annenin fetusa vekalet edemeyeceği ve onun adına karar veren bir anne adayının, fetusun çıkarlarını düşünerek hareket edemeyeceği ve bu nedenle de vekalet hakkını kullanamayacağı iddia edilmektedir. Fetusun "kişi" olarak kabul edilemeyeceği, bu nedenle onun adına vekalet kullanılamayacağı görüşünde olanlar da vardır. Sadece annenin onamının yeterli olmayacağı, aydınlatılmış onamın her zaman alınamayacağı gibi endişeler de bulunmaktadır.²⁵

Fetus hücre ve dokularının transplantasyonundan ayrı olarak, gelişmiş fetus organlarına da büyük gereksinim duyulmaktadır. Her yıl, yüzlerce çocuk yeterli sayıda organ bulunamaması nedeniyle kalp, karaciğer ve böbrek yetmezliği sonucu ölüme terk edilmektedir. Birçok araştırmacı, pediatrik transplantasyonda en uygun organ kaynağının anensefalik fetüsler olduğu görüşündedir.²⁶ Anensefalik çocuk organlarının küçük olması, özellikle küçük çocuklara yapılacak organ transplantasyonunda organın yerleştirilmesinde büyük kolaylık sağlamaktadır. Ayrıca daha az immüno-supresyona gereksinim duyulmakta ve daha uzun greft survisi elde edilmektedir. Yaşamla bağdaşmayan bir anomali olması nedeniyle, anensefalik fetusun tıbbi amaçlı kullanımına karşı çıkış daha azdır. Diğer çocukların yaşamını kurtarmayı amaçlayan bu girişim, anensefalik çocukların ebeveynleri tarafından da çoğu kez kabul görür. Tıp fakültesi öğrencileri ve hekimlere yönelik yapılan anketlerde, %80' ni aşan bir destek görmüştür.^{27,28} Anensefalik çocuklarda organların transplantasyon amacıyla alınmasında karşılaşılan asıl sorun, ölüm tanımı ve kavramıyla ilgilidir. Anensefalik fetüsler, kortikal olarak ölmüş olmalarına rağmen, bir kısmı beyin sapı fonksiyonları sağlam olarak doğarlar. Ciddi defekti olan olgularda ise, beyin sapı fonksiyonlarında değişen derecelerde yetersizlik vardır. Bu nedenle, genel olarak kabul gören Harvard komisyonunun tanımladığı beyin ölümü kavramı ya da Royal komisyonunun tanımladığı beyin sapı ölümü kavramı, bu çocuklar için geçerli olmamaktadır.^{29,30} Anensefalik fetüslerin ancak %50' sinden azının canlı doğabilmesi, canlı doğanların ise %60 kadarının ilk 24 saat içinde, geri kalanının takip eden günlerde ölüyor olması, bu çocuklarda ölüm kavramının yeniden tanımlanmasını zorunlu kılmaktadır.^{31,32} Anensefalik fetüslerin kullanılmasına karşı çıkanlar; tanı hatası olabileceğini, bir insanın yaşamını kurtarmak için, diğer bir insanın yaşamına son vermenin doğru bir karar olamayacağını, düşük girişimlerini artıracak, uygun onamların

alınamayacağı görüşünü savunmaktadırlar. 33-35 Ayrıca, organ maturasyonunun tamamlanması için, düşük girişiminin bilinçli olarak geciktirilebileceği, bu durumun ise annenin yaşamı açısından risk oluşturacağı ileri sürülmektedir. Organların ticari amaçlı kullanılabilmesi kaygıları da bulunmaktadır. Tanıya ilişkin endişelere rağmen, anensefaliğin fetüslerin tanısı ultrasonografik yöntemlerle güvenilir bir şekilde konabilmektedir. Ayrıca, anne serumunda ve amniotik sıvıda alfa-fetoprotein seviyesinde yükselme görülmesi, elektroforezde asetilkolin esterase tespiti ve %60-90 olguda hidramniosun birlikte bulunması tanıda önemli bulgulardır. 36 Anensefaliğin fetüslerin transplantasyon amaçlı kullanımını kabul eden araştırmacılar arasında, ölüm kavramı ve organların alınma zamanı konusunda bazı farklı yaklaşımlar vardır. Bu görüşler:

- Anensefaliğin fetüsa, annenin yaşamını riske sokmayacak bir dönemde düşük yaptırılarak doku ve organların alınması
- Normal doğumun beklenmesi, doğumdan hemen sonra beyin sapı fonksiyonlarını dikkate almaksızın, organların çıkarılması
- Beyin sapı fonksiyonları olan çocuklara tıbbi destek verilmesi, kalp ve solunum durmasından sonra resusitasyon uygulanması, yaşamsal fonksiyonlar tamamen duruncaya kadar tıbbi desteğin sürdürülmesi,
- Beyin sapı ölümü gelişen olgularda, organ donörü olacaklarsa organ alınması için gerekli olan süre kadar tıbbi desteğin sürdürülmesini içermektedir. 37-40

Ülkemizde halen yürürlükte olan 2238 sayılı Organ Yasası, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlarla doku ve organ alınmasının şart ve kurallarını belirlemiştir. Yasanın, yaşayan kişilerden organ ve doku alınmasını düzenleyen 2. bölümde, 18 yaşını doldurmamış ve mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınması yasaklanmıştır. 41 Anensefaliğin canlı doğan çocuklarda, beyin sapı fonksiyonlarının devam ediyor olması, onlara bitkisel yaşamda olan hastalara benzer özellikler kazandırmaktadır. Yasalarımıza göre bitkisel yaşamda olan bir hastanın yaşamına son vermek suçtur ve böyle bir eylem adam öldürme olarak kabul edilir. Ayrıca Türk Medeni Kanununun 27. maddesine göre, sağ olarak doğan çocuk doğum anından itibaren kişilik kazanır ve ana rahmine düştüğü andan itibaren medeni haklara sahiptir. Canlı doğan anensefaliğin çocukların kısa bir süre sonra ölecek olmaları, onların medeni haklarına sahip olmalarını engellemektedir. Canlı doğan anensefaliğin bir çocukta ölümün kaçınılmaz olması, insan yaşamının sadece orta beyin fonksiyonu ile varlığını koruyamayacağı gerçeği, ölüm kavramının bu çocuklarda yeniden tanımlanmasını gerekli kılmaktadır. Bu durum, transplantasyon girişimleri açısından da büyük önem taşımaktadır. Ancak mevcut yasalara göre, canlı doğan anensefaliğin bir çocukta, beyin sapı fonksiyonu devam ettiği sürece organlarının alınması mümkün değildir. Beyin sapı fonksiyonu durduktan sonra, artık ölüm hali olduğu için organlarının alınmasında hukuksal bir engelin kalmadığı düşünülebilir. 42 Bu durumda anne ve babanın onamı yeterli olacaktır. Spontan düşüklükler ve tıbbi bir endikasyon sonucu yapılan düşüklüklerde, fetal dokuların kullanılabilmesi için yeni yasal düzenlemelere gereksinim vardır.

Bilimsel araştırma ve transplantasyon amaçlı elektif düşük girişimleri ise ancak, konunun etik ve hukuki boyutuyla tartışılması ve üzerinde toplumsal bir konsensus oluşturulması ile mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Nadler HL. Fetal tissue transplantation. *Am J Dis Child* 1989; 143-149
2. Fine A. Human fetal tissue research: practice, prospects, and policy. *Cell Transplant* 1994; 3:113-45
3. Farnam CR. Fetal tissue transplant research: ethical dilemmas. *Today's Surg Nurse* 1996; 18:9- 15
4. Boer gj. Ethical issues in neurografting of human embryonic cells. *Theor Med Bioeth* 1999; 20:461-75
5. Maroney HM. Bioethical catch-22: the moratorium on federal funding of fetal tissue transplantation research and the NIH revitalization amendments. *J Contemp Health Law Policy* 1993; 485-519
6. Marwick C. With Fetal Tissue Moratorium lifted, applications begin reaching National Institutes of Health. *JAMA* 1993; 269:1086
7. Shorr AF. Abortion and fetal tissue research: some ethical concerns. *Fetal Diagn Ther* 1994; 196-203
8. Newman GH. Fetal tissue banking: standards and regulatory issues. *J Hematother* 1996; 5:189-93
9. Vawter DE, Gervais KG. Ethical and policy issues in human fetal tissue transplants. *Cell Transplant* 1995; 4:479-82
10. Council of Europe, Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine, Directorate of legal affairs. In: Article 18. (Research on embryos in vitro), Strasbourg, November 1996
11. Shannon MA. Medical, ethical, and legal considerations for fetal tissue transplantation research. In Wecht CH (ed). *Scalpel and Quil*, The Bulletin of the Pittsburgh Institute of Legal Medicine 1997; 44:1-26
12. Curt R, et al. Transplantation of human fetal dopamine cells for Parkinson's disease: Results at one year. *Arch Neurol* 1990; 47:505
13. Bain L. Fetal tissue transplantation in Parkinson's disease. *Br J Nurs* 1993; 2: 1012-6
14. Lindvall O. Cell transplantation: a future therapy for Parkinson's disease? *Neurologia* 1994; 9: 101- 107
15. Ugriumov MV, Shabalov VA, Fedorova NV, Popov AP, et al. Use of neurotransplantation in the treatment of Parkinson's disease. *Vestn Ross Akad Med Nauk* 1996; 40-51
16. Date I, Ohmoto T. Neural transplantation for Parkinson's disease, *Cell Mol Neurobiol* 1999; 67-78
17. Shannon KM, Kordower JH. Neural transplantation for Huntington's

disease: experimental rationale and recommendations for clinical trials. *Cell Transplant* 1996; 5: 339-52

18. Travis J. Fetal cells tried for Huntington's, Huntington's Chorea patients receive transplants of fetal brain cells. *Science News* 1996; 150:399

19. Travis J. Eyeing fetal cells to reverse blindness, fetal cell transplantation used to treat retinitis pigmentosa. *Science News* 1995; 48: 42

20. Tuch B, Beretov J. The lack of interaction between transplanted human fetal pancreas and liver. *Transplantation* 1994; 27;57:1427-32

21. Tuch BE, Madrid JC. Potential of the sheep fetal beta cell for reversal of diabetes. *Transplant Proc* 1994; 26: 715

22. Shauna SR. Potential cure, ethical question; Using fetal tissue transplantation as therapy for insulin-dependent diabetes. *Diabetes Forecast* 1995; 48 (8): 42

23. Berkowitz JM. Mummy was a fetus: Motherhood and fetal ovarian transplantation. *Med Ethics* 1995; 21: 298

24. Gillam L. The "more-abortions" objection to fetal tissue transplantation. *J Med Philos* 1998; 23: 411-27

25. Bell NMC. Regulating transfer and use of fetal tissue in transplantation procedures: The ethical dimensions. *Am J Law Med* 1994; 20: 278-94

26. Council Report: The use of anencephalic neonates as organ donors. *JAMA* 1995; 273:1614-8

27. Sözen MŞ, Elmas İ, İmrağ C, Akkay E. Düşüklerde ve tıbbi araştırmalarda fetüse hekim yaklaşımı- Ön Çalışma, 1. Adli Bilimler Kongresi. Adana, Kongre Kitabı 1994:222-3

28. Sözen MŞ, Elmas İ, Arıcan N, İnce H. Düşüklerde ve tıbbi araştırmalarda fetüse hekim yaklaşımı- Çalışma 2, 1. Ulusal Adli Tıp Kongresi, 1-4 Kasım 1994, İstanbul, Kongre Kitabı 1998: 241-2

29. Report of Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *Special Communication. JAMA* 1968; 205:85-8

30. Conference of Royal Colleges and Faculties of the United Kingdom, Diagnosis of brain death. *Lancet* 1976; 13: 1069-70

31. Pluechahn VD, Cordner SM. Ethics, Legal Medicine and Forensic Pathology. In: Definition of death in anencephalic infants. Second ed. Melbourne University Press, 1991:129-130

32. Zarcone R, Cardone G, Bellini P, Carfora E, Apuzzo N. Anencephaly: a still unresolved problem. *Minerva Ginecol* 1996; 48: 135-8

33. Medearis DN, Holmes LB. On the use of anencephalic infants as organ donors. *N Engl J Med* 1989; 391-3

34. Strong C. Fetal tissue transplantation: Can it be morally insulated from abortion? *J Med Ethics* 1991; 17:70-6

35. Diana WB, Merton B, David GN. A revived opportunity for fetal research. *Nature* 1993; 363:12

36. Harrison MR. Organ procurement for children: The Anencephalic fetus as donor. 1986; 13:1383-5

37. Beller FK, Reeve J. Brain life and brain death- the anencephalic as an explant example. A contribution to transplantation. *J Med Philos* 1989; 14:5-23

38. Cafelo RC, Engelhardt HT. The use of fetal and anencephalic tissue for transplantation. J Med Philos 1989; 14:25-43
39. Truog RD, Fletcher JC. Anencephalic newborns: can organs be transplanted before brain death? N Engl J Med 1989; 321: 388-91
40. David A, Ronald E, Sherman E, Norman C, et al. The infant with anencephaly. Special article, The Medical Task Force on Anencephaly. N Engl J Med 1990; 322:669-74
41. 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun. Resmi Gazete, 3 Haziran 1979:2-3
42. Sağlık Bakanlığınan; Organ Nakli Merkezi Yönetmeliği, Beyin Ölümü Kriterleri. Resmi Gazete, 20 Ağustos 1993:20

25

Obstetrikte AIDS ile İlgili Yasal ve Etik Sorunlar

Emine Küçükateş / Zeki Soysal

AIDS (Kazanılmış immün yetmezlik sendromu) yeni bir immün yetmezlik hastalığıdır. Bu hastalık ilkönce 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde *Pneumocystis carinii* pnömonisine yakalanmış olan homoseksüel erkeklerde belirlendi. Bunların hücresel bağışıklıktaki bozukluk sonucunda ölümle sonuçlanan fırsatçı enfeksiyon olguları olduğu tespit edildi. 1983 yılında bu duruma neden olan etkenin T helper lenfositlerinde çoğalan ve onları tahrip eden insan immün yetmezlik virüsü (HIV) olduğu belirlendi. Bugüne kadar dünyada 35 milyon kişinin enfekte olduğu tahmin edilmektedir.^{1,2,3,4,5}

Enfekte olma riski bulunan kimseler arasında homoseksüel ve biseksüel erkekler, heteroseksüel kişiler ve onların partnerleri, şırıngaları ve iğneleri ortak olarak kullanan intravenöz uyuşturucu madde kullanıcıları, HIV açısından test edilmeden kendilerine kan veya kan ürünleri nakledilenler ve enfekte olmuş anneden doğan bebekler yer alır. Elleri iğne batan sağlık personelinin de enfekte olduğu bildirilmiştir. Cinsel temasla geçen diğer enfeksiyonların varlığı (hepatit B, frengi, belsoğukluğu) seksüel yolla HIV geçişini 100 kat daha arttırmaktadır.^{3,4,5}

Doğum hekimi açısından, en önemli nokta HIV-pozitif olan kadınların hemen hemen tamamına yakın kısmının çocuk doğurma çağında bulunmasıdır.

ORJİN

HIV enfeksiyonunun nasıl başladığı bilinmemektedir. Hastalığın kaynağını Afrika'dan aldığı ve oradan Haiti'ye göçmen işçilerle taşındığı sanılmaktadır. Hastalık Haiti'den Amerika Birleşik Devletleri'ne, oradan da dünyanın başka kısımlarına yayılmıştır. Çoğu ülkede, bildirilen hastalıklı olguların sayısı her altı ayda yaklaşık olarak iki misline çıkmıştır.^{3,4}

Orta Afrika'dan gelen serumların retrospektif incelemeleri, hastalığın en azından 1975 yılı kadar eskilere dayandığını göstermiştir.^{3,4}

PATOLOJİ

HIV bir retrovirüstür. Reverse transcriptase'a sahip oluşu karakteristik özelliğini oluşturur. Bu enzim sayesinde RNA virüsü kendisinin DNA kopyasını yapar. Bu da konakçı hücrenin genomuna girebilir. Yüzeylerinde CD4 proteinine sahip olan hücreleri hedef alır. Bu nedenle, konakçıları arasında kişinin hücresel bağışıklığı ile ilgili olan makrofajlar ve T helper hücreleri yer alır. T helper hücrelerinin sayısı azalır ve T hücresinin fonksiyonu da anormal hale gelir. Otoimmün olay (trombositopeni) sıktır ve ölümle sonuçlanan olaylardan birçok farklı fırsatçı enfeksiyon sorumludur.^{3,4}

VİRÜSÜN GEÇİŞ ŞEKLİ

HIV virüsü, meniden, plazmadan, serumdan, enfekte doku örneklerinden, gözyaşından, tükürükten, beyin-omurilik sıvısından, idrardan, meme sütünden ve servikal mukustan izole edilmiştir. Bununla birlikte, meni, kan, servikal sekresyonlar ve anne sütü enfeksiyonu naklederler.^{1,2,3}

Anal yoldan cinsel ilişki enfeksiyonun en sık nedenidir. Bunu intravenöz yolla uyuşturucu alanlarda kontamine iğnelerin ortaklaşa kullanımı izler. Homoseksüel ilişkilerin enfeksiyona yol açması özellikle muhtemeldir. Çünkü anal ilişki rektum mukozasında travmatik etki yapar. Seminal sıvı immün sistemi baskılayıcıdır. Virüse karşı direnci azaltır.^{1,2,3}

Vaginanın yüzeyi ve serviks hasara uğramadıkça, vaginal ilişki ile hastalığın geçmesi çok daha az muhtemeldir.^{3,4}

Enfeksiyon, enfekte kanın alıcılara transfüzyonu ile veya hemofilinin tedavisi sırasında enfekte kan ürünlerinin nakli ile de oluşabilir. Yapay döllenme sırasında enfekte meni ile de geçiş olabilir. Bu nedenle, tüm vericiler AIDS yönünden taranmalıdır. Meni örneği alınır ve dondurulur. Kanda HIV antikorlarının ortaya çıkması birkaç ayı alabildiğinden, meninin verilmesinden üç ay sonra verici yeniden AIDS yönünden teste tabi tutulmalıdır. Eğer sonuç seronegatif çıkarsa, o zaman daha önce dondurulmuş olan örnek kullanılabilir.^{3,4}

HIV pozitif gebe kadının bebeğini rahim içinde, doğum sırasında veya meme ile beslerken enfekte etmesi muhtemeldir.³ Çoğu deliller HIV geçişinin çoğunlukla rahim içinde meydana geldiğini düşündürmektedir. Gebeliğin 9 uncu haftası kadar erken dönemde fetüsün dokularından ve organlarından virüsün izolasyonu, geçişin gebelik sırasında erken dönemde olduğunu akla getirmektedir. Bebekler, annenin kontamine olmuş kanı veya servikal akıntısı ile enfekte olabilirler. Fetüs bunları yutar ve kolayca ağız yoluyla virüsle enfekte olabilir. Göz ve akciğer yüzeyleri, virüsün diğer muhtemel giriş yerleridir. HIV ile enfekte annelerin ortalama %20 oranında bebeklerinde AIDS saptanabilmektedir.⁵

Virüsün geçişi, hastalığın doğal seyrinin erken ve geç dönemlerinde en fazladır.

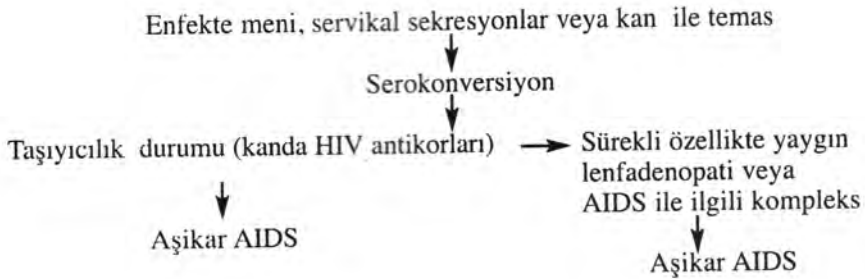
HASTALIĞIN SEYRİ

Virüs birçok bozukluğa yol açabilir. Antikorların oluşması için virüsle temastan itibaren üç ayın geçmesi gerekebilir. Az sayıdaki kişide, serokonversiyona ateş, kırıklık, letarji, anoreksi, baş ağrısı, boğaz ağrısı ve diyare eşlik eder. Yaygın lenfadenopati ve gövdede maküler döküntüler, lenfopeni ve trombositopeni vardır. Tablo, ensefalopati, menenjit, miyelopati ve nöropati ile karmaşık bir hal alabilir.

Çoğu enfekte kimseler asemptomatik olup taşıyıcılık yaparlar ancak bunların üçte birinde hastalık semptomatik hale gelir. Daha sonra *Pneumocystis carinii* pnömonisi gibi fırsatçı enfeksiyonlar veya Kaposi sarkomu gibi kanserler oluşur. Ölümün iki yıl içinde meydana gelmesi kaçınılmazdır.

Enfeksiyon, asemptomatik taşıyıcılık döneminde, cinsel faaliyet, iğne kullanımı ve kan verilmesi ile başka kimselere geçebilir. Bu latent asemptomatik dönem 1-10 yıl sürebilir.⁵

HIV enfeksiyonunun seyri aşağıdaki şekilde özetlenebilir:



HIV TAŞIYICILARI

Temas ve serokonversiyondan sonra, kanda HIV antikorları belirir. Bunlar laboratuvar testleri ile saptanırlar, Western blot doğrulama testi ve immüno Floresans ile doğrulanırlar. Anti- HIV antikorlarının taranmasında kabul gören test ELISA yöntemidir. ELISA testinde pozitif bir sonuç çıktığında Western blot testi ile doğrulanır. Sorun oluşturanlar henüz antikor oluşmamış yeni enfekte kişilerdir. Bunun önüne geçmek için son zamanlarda hem antikor hem de antijen içeren ELISA testi kullanılmaktadır. Son zamanlarda nukleik asid amplifikasyon tekniği (NAT) ile kan donörleri tarandığında, erken dönemde HIV virüsü saptanabilmektedir.⁶ Temastan

hemen sonraki negatif test, 3 ay sonra tekrarlanmalıdır. Çünkü serokonversiyonun oluşması 3 aya kadar olan bir süreyi alabilir. HIV-pozitif kimseler, rutin tarama ile belirlenebilir. Hastaya testin yapılacağı bildirilmelidir. Test pozitif çıktığında, kişi hastalığın önemi konusunda danışmada bulunmak isteyebilir. HIV taşıyıcısının tespiti, enfeksiyonun yayılması ile ilgili birçok etik soruna yol açar.^{3,4}

HIV İLE İLGİLİ BOZUKLUKLAR

Sürekli Özellikle Yaygın Lenfadenopati

Serokonversiyon sırasında iki veya daha fazla ekstrainguinal yerde ortaya çıkan büyümüş lenf nodülleri 3 aydan daha fazla bir süre devam ederse, sürekli özellikle yaygın lenfadenopati adını alır. Bu durum, yaklaşık olarak olguların üçte birinde görülür.^{3,4}

AIDS ile İlgili Kompleks

Bu, daha önemli semptomların ve bulguların ortaya çıktığı ara dönemdir. Bununla birlikte, bunlar AIDS'in tanısı için gerekli olan kriterlerin tümünü oluşturmazlar. AIDS ile ilgili komplekse sahip olan hasta HIV pozitifdir. Hastada kırgınlık, letarji, kilo kaybı ve ateş vardır. Yaygın lenf nodülü büyümesi ve hepatosplenomegali bulunur. Ağızda pamukçuk bulunabilir. Hasta anemik olabilir. Eritrosit sedimentasyon hızı artmıştır. Lenfopeni veya trombositopeni vardır. Bazı hastalar iyileşebilirler ancak prognoz kötüdür. Bu durumu genellikle aşık AIDS tablosu izler.^{3,4}

AIDS

AIDS, HIV enfeksiyonunun en son ucudur. Hücresel immün mekanizmalar iflas eder. AIDS ile ilgili kompleksin bütün özelliklerini gösteren hastada yaşamı tehdit eden fırsatçı enfeksiyonlar ve her zaman görülmeyen tümörler gelişir.

İmmün yetmezlik nedeniyle aşağıdaki durumlar meydana gelebilir:^{3,4}

Akciğerde: Pneumocystis carinii pnömonisi ve sitomegalovirüs, Toxoplasma, Mycobacterium veya Aspergillus enfeksiyonu.

Gastrointestinal sistemde: Candida, Cryptosporidium, sitomegalovirüs veya Herpes simplex enfeksiyonu.

Merkezi sinir sisteminde; virüs için bir hedef vazifesi gören T-4 reseptörlerine sahip olan mikrogliya hücreleri bulunur. En azından hastaların %10 unda ensefalit, menenjit, retinit, miyelopati ve periferik nöropati gibi nörolojik sorunlar görülür.

Deride: mantar enfeksiyonu, ekzema ve Herpes zoster.

Malign durumlar: Kaposi sarkomu, malign lenfoma, ağızda skuamöz karsinom ve rektal karsinom. Kaposi sarkomu, özellikle genç, erkek, homoseksüel AIDS hastalarında yaygındır. Damar endotelini andıran bu neoplazma deri yüzeyinde, gastrointestinal sistemde ve akciğerlerde görülür.

Aşkar hale gelmiş olan AIDS iki yıl içinde hastanın ölümüne yol açar.

TEDAVİ

Günümüzde AIDS hastaları özel AIDS birimlerinde tedavi edilmektedir.

HIV-pozitif kimseler her 2 veya 3 ayda bir olmak üzere düzenli aralıklarla izlenmelidir. Her muayenede hastanın kilosu kaydedilmeli, tam kan tablosu ve eritrosit sedimentasyon hızı belirlenmelidir. Kaposi sarkomu veya fırsatçı enfeksiyonu düşündüren semptomlar ve bulgular aranmalıdır. Kaposi sarkomunda deride morumsu lezyonlar bulunur. Nefes darlığı, öksürük, ileri derecede kilo kaybı, ateş, baş ağrısı, disfaji, diyare veya nörolojik bozukluklar fırsatçı enfeksiyonu düşündürür. Enfeksiyona yol açan organizmalar izole edilerek tedavi edilmelidir. Hastalığın bütün dönemlerinde hastaların, akrabalarının ve arkadaşlarının psikolojik açıdan ele alınması önem taşır.^{3,4,7}

AIDS'in spesifik tedavisi yoktur. Bu konuda çalışmalar devam etmektedir.

Spontan mutasyonlar ve çok sayıda suşun bulunuşu aşının gelişimini engellemektedir.

α - interferon, γ - interferon, interlökin-2 ve isoprinosine gibi immün sistemi uyarıcıların kullanılmasıyla immün sistemin rekonstrüksiyonuna çalışılmıştır fakat bunların şimdiye kadar devamlı yararı olmamıştır.^{3,4}

Bugüne kadar HIV enfeksiyonunda uygulanan tedavilerin hiçbirinde etki virüsün konaktan temizlenmesine yönelik değildir. Çünkü virus primer enfeksiyondan sonra replikasyon sırasında oluşturduğu proviral DNA'yı revers transkriptaz yardımıyla sentezleyerek hücre genomuna entegre etmektedir. Bu entegrasyondan sonra proviral DNA'dan viryon sentezi yapılmaktadır. Bunun için kullanılan tedavide viral sentez baskılanabilmektedir. Bu baskılamanın amacı ise plazmada mevcut viral yükü azaltarak yaşam kalite ve süresini arttırmak ve HIV enfeksiyonunun etkilerini azaltmaktır.⁵ Antiviral maddeler (Zidovudine, Didanosine, Zalcitabine, Stavudine, Lamuvudine), reverse transcriptase inhibitörleri ve proteaz enzimi inhibitörleri şeklinde etki ederler.^{3,4,5}

YAYILIMIN ÖNLENMESİ

Bu hastalığın tedavisi veya aşısı bulununcaya kadar, topluma sağlık

eğitimi verilmesi en önemli koruyucu strateji olmalıdır. Özellikle HIV taşıyıcılarına ve yüksek risk gruplarına (homoseksüel ve biseksüel erkekler, hayat kadınları, intravenöz uyuşturucu madde kullananlar) çok sayıda cinsel partnerin bulunması ve bariyer önlemlerinin kullanılmaması ile ilgili riskler bildirilmelidir. Yüksek risk grubundaki kimseler kan vericisi olarak seçilmemelidir. Kan alıcılarına kan verilmeden önce nakledilecek olan kan HIV antikorları yönünden incelenmelidir. Bu mümkün olmadığında ve bir ameliyatın yapılması bekleniyorsa, hastanın kendi kanı alınmalı ve gerektiğinde gelecekteki kullanım için saklanmalıdır.^{3,4,8}

Suni dölleme için kullanılacak olan meni dondurulmalı ve vericinin enfekte olmadığı kanıtlanıncaya kadar 3 ay süreyle saklanmalıdır. Meni verecek olan tüm kimseler AIDS yönünden taranmalıdır. Kanda HIV antikorlarının ortaya çıkması birkaç ay alabildiğinden, verici, meniye verdikten 3 ay sonra AIDS yönünden yeniden teste tabi tutulmalıdır. Seronegatif çıktığı taktirde, o zaman daha önceki dondurulmuş örnek kullanılabilir. Bu gerekli bir halk sağlığı önlemi olmasına rağmen, dondurulmuş meni ile başarı şansı daha azdır. Dondurulmuş menide başarı şansı %20-30 oranında azdır.^{3,4}

GEBELİK

Antenatal dönemde HIV için test yapılmadan önce hastaya açıklama bulundurulmalı ve rızası alınmalıdır.

Obstetrik hastalarına ve HIV'e spesifik olan en önemli sorun fetüsün de göz önünde bulundurulmasıdır. Ayrıca, HIV enfeksiyonunun gebeliğin sonucu üzerine ve gebeliğin de enfeksiyon üzerine olan muhtemel etkileri ile ilgili sorunlar da bulunmaktadır. Bu konu hâlâ tam anlamıyla çözüme kavuşmamıştır. CD4 lenfosit sayısı normal gebelikte düşme göstermesine rağmen, gebeliğin bu düşme hızı üzerine uzun süreli etkisi olduğu sanılmaktadır.

Ayrıca, gebeliğin AIDS'li hastaların yaşama süresini etkilemediği de bildirilmiştir.² Gebeliğin HIV'in ilerlemesi üzerine anlamlı şekilde ters etkide bulunmadığı konusunda fikirbirliği bulunmaktadır.

HIV'in de gebeliğin sonucu üzerinde önemli bir etkisinin bulunmadığı görülmektedir. Çeşitli araştırmalar spontan düşükle ilgili bir artışı düşündürmektedir fakat bunların tümünde metodolojik sorunlar bulunmaktadır.²

Akut HIV enfeksiyonu tanısında gecikme olabilir. Çünkü erken dönemdeki HIV enfeksiyonunun semptomlarından bazıları, gebeliğin birinci trimestirindeki semptomları taklit edebilir. Ayrıca, gebe kadınlar tedavi görmeyebilirler. Çünkü HIV enfeksiyonunu ve fırsatçı enfeksiyonları tedavi etmede kullanılan ilaçların birçoğu teratojeniktir. Son olarak, HIV enfeksiyonunun ilerleyişi nedeniyle gebeliğin terapötik amaçlı sonlandırılmasının etkisi bilinmemektedir. Virüsün anneden bebeğe geçiş oranı %0-65 arasında bulunmaktadır. Bu nedenle, riskler daha önce sanıldığı kadar ciddi değildir. Bazı durumlarda HIV pozitif olan ve çocuk isteyen bir kadına hastalığı, ken-

disi ve çocuğu açısından kesin olarak risk altına gireceği döneme ulaşmadan çocuk sahibi olması önerilmelidir.

Prenatal bakım kişiye göre yapılmalıdır. Cinsel ilişki ile bulaşan diğer hastalıkların (sifilis, gonore ve herpes simpleks virüs enfeksiyonu) taranması önemlidir. HIV ile ilgili diğer spesifik enfeksiyonlar (Pneumocystis carinii pnömonisi, mycobacterium tuberculosis, cytomegaloviral enfeksiyon, tokso-plasmosis ve kandidiaz) araştırılmalıdır. HIV ile enfekte olmuş hastalarda göğüsün röntgen grafileri çekilmeli, tüberküloz deri testi yapılmalı, tokso-plazmozis serolojik testleri uygulanmalıdır.

DOĞUM

Kan ve vücut sıvılarına maruz kalmayı önlemek için peripartum bakımda enfeksiyon kontrol kılavuzları uygulanmalıdır. Bu kurallar arasında hastalar ile temastan sonra ellerin yıkanması, sıçramalara karşı koruyucu gözlük takılması, eldiven, v.b. giyilmesi yer alır. İğneler yeniden kullanılmalıdır. Aletleri temizlemek için 1/10 luk sodyum hipoklorit solüsyonu kullanılmalıdır. Fetüsün saçlı derisinden kan örneği alınmasından ve saçlı deriye elektrot uygulanmasından kaçınılmalıdır. Çünkü burası enfeksiyonun giriş yerini oluşturur.

Postpartum bakımda kan ve vücut sıvıları ile ilgili önlemlere uyulmalı, bebeğın meme ile beslenmesi yasaklamalıdır.

SEZARYEN AMELİYATI

Sezaryen ameliyatı yapılacaksa, anne kanı ile fetüsün temasını azaltmaya yönelik bir teknik uygulanmalıdır. Böyle kansız bir teknik Towers ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Bu yöntemde alt segment ensizyonu için özel bir aygıt (vicryl stapling device) kullanılır, zarlar mümkün olduğu kadar uzun bir süre sağlam tutulur ve bebek masada dikkatlice yıkanır. Plasentanın ayrılması sırasında anne-fetüs transfüzyonundan kaçınılması amacıyla göbek kordonunun hızlı bir şekilde klampe edilmesi gerekir. Vaginal yolla doğurtulan bebeklere de aynı şekilde dikkat gösterilmelidir.⁹

BEBEĞİN BESLENMESİ

Bebeği meme ile besleme, başka bir yöntemle beslemeye nazaran HIV'in geçişim riskini iki misli artırır. Mama ile beslenmeye bağlı mortalitenin çok düşük olduğu gelişmiş ülkelerde, bu tür kadınlara bebeklerini meme ile beslememeleri önerilmektedir. Mama ile beslemeye bağlı önemli derecede mortalite riskinin söz konusu olduğu bazı gelişmekte olan ülkelerde, risk dengesinin kurulması daha güçtür. WHO / UNICEF, malnutrisyon ve

enfeksiyon hastalığına bağlı yüksek bebek mortalitesinin bulunduğu yerlerde, annenin HIV Jurumu ne olursa olsun, bebeğini memesiyle beslemesini desteklemektedir.¹⁰

YASAL VE ETİK SORUNLAR

AIDS nedeniyle çeşitli adli-tıbbi sorunlar ortaya çıkabilir.¹

1. Hastanelere karşı açılan davalar: Araştırılan ve tedavi edilen kişi veya ailesi, tanı koyulamadığında veya tedavide aksilikler çıktığında malpraktis gerekçesiyle hastaneye karşı dava açabilir. Tedavi eden hekim ve diğer personel hasta tarafından davaya katılabilir. Ayrıca, hastalığa yakalanan hastane personeli, hastalığı hastanede bakılan AIDS hastalarından kaptıklarını iddia edebilirler. Sorumlulukla ilgili sorunlar arasında hastaya uygun kaynaktan kan sağlanması ve onun aydınlatılmış rızasının alınması konuları da bulunur.

2. Kan transfüzyonundan kaynaklanan sorumluluk: Kan vericileri seçilirken özel bir dikkatin gösterilmesi gerekir. Bir kan vericisinin yetersiz bir şekilde taranması, kan alıcısında hepatit gelişimine yol açabilir. Bu da dava konusu olabilir. Aynı şekilde, kan transfüzyonuna bağlı AIDS geçişi de olabilir. Bu tür olgularda sorumluluk iddiaları kan bankalarını, laboratuvarları ve hastaneleri ilgilendirebilir. Böyle bir sorumluluk uygun kan vericilerinin seçilmesini, testlerin uygulanmasını ve uygulama standartlarına uyulmasını gerektirir.

3. Hastanenin sorumluluğu: AIDS'li bir hasta veya AIDS'li olduğundan şüphelenilen bir hasta hastaneye yatırıldığı zaman, protokollere uyulmadığı takdirde sorumlulukla ilgili birçok durum ortaya çıkabilir. Hasta ile yakın temas eden hemşireler, hekimler, diğer hastalar, laboratuvar personeli ve solunum terapistlerinde hastalığın gelişmesine bağlı sorumluluklar ortaya çıkabilir. Hastalığın yayılma olasılığını azaltmak veya ortadan kaldırmak için hastanelerin bu konuda kılavuzlar hazırlamaları gerekir.

4. Kan bankalarının sorumluluğu: Kan transfüzyonu AIDS'in önemli geçiş yollarından biridir. Bu nedenle, vericilerin taranması kan bankaları açısından çok önemlidir. AIDS'in gelişme riski yüksek olan kimselerin belirlenmesi için titiz bir şekilde anamnez alınmalı, dikkatlice muayene yapılmalı ve gerektiğinde laboratuvar araştırmaları uygulanmalıdır.

5. Hekimlerin sorumluluğu: Hekimler aşağıdaki durumlarda yasal açıdan sorumlu duruma düşebilirler:

- a. Hastanın tedavisi konusunda malpraktis
- b. Gerekli konsültasyonları sağlamama veya hastayı gerektiğinde havale etmeme
- c. Yetersiz araştırmalar ve / veya tanıda hatalar
- d. Kan veya plazma transfüzyonu uygulandığında, riskleri ve yaraları anlatmama, alternatif tedavileri teklif etmeme, hastanın aydınlatılmış rızasını almama
- e. AIDS'li hastayı terketme

6. Obstetrik açısından en önemli konulardan birisi de fetüs haklarıdır. Anne HIV pozitif ise ve zararlı yaşam şekline devam ediyorsa, fetüsün durumu mahkemeye götürülecek midir veya böyle bir annenin çocuğu doğumdan sonra bakım altına alınacak mıdır? Çocuk, gebelikten önce veya gebelik sırasında HIV ile enfekte olan annesinin düşüncesizce davranışından dolayı annesine karşı dava açabilir mi? Bu sorulardan bazılarının günümüzde kesin cevapları bulunmamaktadır. Çünkü bunlar henüz mahkemeye intikal etmemiştir. Bununla birlikte, İngiltere'de AIDS'i ilgilendirmeyen bir davada, Yargıtay, doğmamış bir çocuk için mahkemeye başvurulamayacağına karar vermiştir. Bu karar, annenin hareketlerinin mutlak bir şekilde kontrol altına alınması zorunluluğunu doğuracağı, bunun da onun kişisel özgürlüğünü sınırlayacağı düşüncesine dayanılarak verilmiştir.¹¹

HIV enfeksiyonu ve AIDS, doktorlar tarafından verilen kararlarla ilgili etik sorunlar ortaya çıkarabilir. Bunlar arasında HIV testi için kan alınması, HIV-pozitif hastaların tedavi edilmesi ve tanıdan sonra gizlilik konuları yer alır.¹¹

HIV testi için önceden izin alınmalıdır. Sadece çok istisnai koşullarda, hastanın dışındaki kimselerin güvenliğini sağlamak amacıyla test zorunlu olduğunda ve hastadan önceden rıza alınması mümkün olmadığında, açık bir şekilde rıza bulunmadan testin yapılması haklı görülebilir. Anti - HIV kan testi, AIDS virüsüne karşı gelişen antikorların bulunup bulunmadığını, diğer bir deyimle kişinin daha önce virüsle temas edip etmediğini belirler. Bu testin, hastalığın kendisi için yapılan bir test olmadığı açıklanmalıdır. Ayrıca, testin yalancı pozitif ve yalancı negatif sonuçlarının da olabileceği bildirilmelidir.⁷

Bir doktorun HIV-pozitif bir hastayı araştırmayı ya da testi reddeden bir hastayı tedavi etmeyi kabul etmemesi etik kurallara uymaz. Bununla birlikte, enfeksiyonun kişiden kişiye yayılmasına karşı önlemler alınması (örneğin, koruyucu elbiseler giyilmesi, ameliyat durumunda hastanın ameliyat listesinin sonuna yazılması) tamamen haklı görülebilir.

HIV hastasının gizlilik isteğine saygı gösterilmelidir. Sağlık yetkililerinin, cinsel ilişki ile geçen hastalıklar yönünden muayene ve tedavi olan kimselerle ilgili bilgileri, bu tür hastalıkların tedavisi ve yayılmasının önlenmesi ile ilgisi bulunan doktorun dışındaki kimselere açıklamaması gerekir. Hastanın hekimi, eşi veya cinsel partnerinin haberdar edilmesi için rıza elde edilmelidir fakat rıza elde edilemezse ve sağlık ekibinin bir bireyine veya cinsel partnere enfeksiyonun bulaşma riski varsa, bu tür bilginin enfekte olabilecek kişiye açıklanması uygun olur.

Dürüstlük, açıklık ve anlayışa dayalı olarak doktor ile hasta arasında serbestçe bilgi alış-verişi olduğu sürece güçlükler ortaya çıkmaz.

ADLİ TIPLA İLGİLİ SORUNLARDAN KAÇINMA YOLLARI

1. HIV testi teklif edilmeyen bir gebe kadın HIV ile enfekte bir bebek doğursa veya kadının rızası olmaksızın HIV testi yapılırsa, hekimin

yasal sorunlarla karşılaşması muhtemeldir.¹²

Sorumluluktan kaçınmanın en emin yolu, bütün gebe kadınlara HIV testini teklif etmek, teklifin yapıldığını ve iznin alındığını belgelemektir. Hastaya testin yararları ve riskleri bildirilmelidir. HIV enfeksiyonunun erken tanısı ve tedavisi bebeğin enfekte olma şansını azaltır. Tek bir negatif HIV testinin HIV enfeksiyonunu ekarte ettirmeyeceği hastaya bildirilmelidir. HIV enfeksiyonu için yapılan kan testinin diğer kan testleri ile aynı riskleri vardır. Bunlar kanın alındığı yerde ekimoz, hassasiyet, hafif ağrı ve bazen de enfeksiyonun oluşmasıdır. Hasta bu riskler konusunda da aydınlatılmalıdır.¹²

Hekim kadının testi reddetmesinin nedenlerini de kaydetmelidir. Bebekle ilgili bir dava açıldığında anne ölmüş olabileceğinden, hastanın kartında annenin testi reddettiğini gösteren bilgilerin ve annenin imzasının bulunması, açılan davada yapılacak savunma açısından önem taşır.¹²

2. Test sonuçları pozitif çıkan hastalara yeniden danışma hizmeti verilmelidir.

3. HIV pozitif çıkan bir hastanın gebe kalıp kalamayacağı veya gebeliğin devam ettirilip ettirilemeyeceği, gebeliğin enfeksiyonun ilerleyişi üzerine muhtemel etkisi ve fetüsün enfekte olma olasılığı konularında uygun bir öneride bulunulabilmesi için doğum hekimine bilgi verilmelidir.

4. Doğum ve lohusalık sırasında, HIV- pozitif kadınların, serolojik olarak negatif olduğu kanıtlanmamış olan kimselerin ve enfeksiyon riski yüksek olanların kanı ile temas edilmemelidir. Her iki grubun bebekleri doğumdan sonra dikkatle izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Fatteh, F, and Fatteh, A: " Medical and Legal Aspects of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ", Scalpel and Quill, The Bulletin of the Pittsburgh Institute of Legal Medicine 18 (3, October) : 1-24.
2. Johnstone, F.D : HIV and pregnancy, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, December 1996, Vol 103, pp.1184 -1190.
3. Lewis, T.L., Chamberlain, G.V.P : Obstetrics by Ten Teachers, Fifteenth Edition, Edward Arnold, London, 1991, pp.118-119, 326-327.
4. Lewis, T.L., Chamberlain, G.V.P: Gynaecology by Ten Teachers, Fifteenth Edition, Edward Arnold, London, 1991, pp.101-105, 231.
5. Ustaçelebi Ş. İnsan İmmünyetmezlik Virusları, HIV-1 ve HIV-2. İçinde : Ustaçelebi Ş. Editör : Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara, 1999, s. 987-999.
6. Bodur S. Transfusion Transmitted Virus. In : Bayık M, Editor. Blood Banking and Transfusion Medicine. Volume 1, Number 1, July 2003, pp. s 119-120.
7. Robertson, D. H. H., McMillan, A., Young, H: Clinical Practice in Sexually Transmissible Diseases, Churchill Livingstone, 1989, pp. 74-91.
8. Marco, C.H: " AIDS 1986: A Medico-Legal Explosion ", Scalpel and Quill. The Bulletin of the Pittsburgh Institute of Legal Medicine, Volume XX, No.3, August 1986, pp.1-20.
9. Towers, C. V., Deveikis, A., Asrat, T., et al : Role of bloodless caesarean

section to decrease maternal child HIV transmission:a pilot study (abstract). IX th International Conference on AIDS; Berlin, 1993. Abstract No. PO-C 162978.

10. Rossi, P., Moschese, V : Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus, The FASEB Journal, Vol.5, July 1991, pp. 2419-2426.

11. Watson, J : AIDS - Legal and Ethical Aspects, In : Chamberlain, G., Orr, C (Editors) : How to Avoid Medico-Legal Problems in Obstetrics and Gynaecology, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, 1990, pp.39-47.

12. Grimes RM, Richards EP, Helfgott AW, Eriksen NL. Legal considerations in screening pregnant women for human immunodeficiency virus. Am J Obstet Gynecol, Vol. 180, No. 2, Part 1, February 1999.

26

Doğum ile İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Murat Eke

GİRİŞ

280 günlük gebelik süresinden sonra meydana gelen doğuma miadında doğum denir. Doğum 38 inci gebelik haftasından önce olursa, prematür doğum adını alır. Gebeliğin 42 nci haftasından sonra gerçekleşen doğuma ise postmatür doğum denir.

Düşük, infantisid, çocuğun nesebinin gizlenmesi, meşruluk, miras, sahte çocuk, nesep tayini, kadının iffeti ile ilgili iftira ve şantaj gibi durumlarda bir kadının çocuk doğurmuş olup olmadığının belirlenmesi gerekebilir.

Kimi zaman hekimden, bir kadını doğum bulguları açısından muayene etmesi ve doğumla ilgili bulgular belirlediğinde, doğumdan itibaren geçen muhtemel süreyi bildirmesi istenir. Doğum ne kadar yakın bir zamanda olmuşsa ve çocuk da ne kadar olgun ise, doğumla ilgili bulgular da o kadar belirgindir. Bu nedenle muayenenin mümkün olan en erken bir zamanda yapılması önem taşır.¹⁰

Adli tıpta doğum ile ilgili yeni ve eski bulgular, yaşayan ve ölmüş olan kadınlarda ayrı başlıklar altında incelenir.

YAŞAYAN KADINDA DOĞUMUN TANISI

Infantisid iddiası bulunan olgularda kadının muayene edilmesi ve doğumdan sonra geçen sürenin bildirilmesi sık olarak istenir. Bundan başka, gebeliğin tam miadına ulaşmış ulaşmadığının ve doğumun hızlı ya da çabuk olup olmadığının belirlenmesi de istenebilir. Bu tür olgularda hekimin ölmüş çocuğu da muayene etmesi gerekir.

Yeni doğum ile ilgili bulguların incelenmesi, hızlı seyreden veya zor bir doğumla uygunluk gösteren bulguların araştırılmasını içermelidir.

Tam Miadındaki Bir Kadında Yeni Doğum Bulguları ^{3,10}

Hafif bir rahatsızlık hali bulunur. Doğumdan sonraki ilk iki- üç gün zarfında kadının alt göz kapakları civarında esmer bir renk değişikliğinin yanı sıra gözlerde çukura kaçma durumu görülür. Bu bulgular sağlıklı kadında bulunmayabilir. Bunlar başka hastalıkları bulunan kadınlarda veya adet dönemlerinde de mevcut olabilirler. Kadın özellikle ilk çocuğunu doğurduğunda, genel bir halsizlik durumu içinde bulunabilir. Soluk renkli, bitkin ve hasta görünüşlüdür. Nabız basınçla kolayca ortadan kaldırılabilir bir şekilde olup hızlıdır. Vücut ısısında hafif bir artış vardır. Uterusta genellikle ilk 4-5 gün zarfında doğum sonrası ağrıları şeklinde isimlendirilen aralıklı kontraksiyonlar bulunur. Bu bulgular, yeni doğum açısından tanı koydurucu özellikte değildir. Çünkü başka hastalıklarda veya adet zamanlarında da bulunabilirler. Doğumdan sonra kadının yatağa bağımlı kalacak kadar ağır bir kırıklık hali içinde bulunduğu sanılmamalıdır.

Genel görünümün dışında, gebelik maskesi (kloasma gravidarum) adı verilen yüzdeki pigmentasyon durumu çoğu zaman doğumu izleyen ilk haftada varlığını sürdürür (Şekil 26- 1). Yüzdeki bu pigmentasyon, lohusalığın ikinci haftasından sonra kaybolmaya başlar. Memeler büyümüş, gergin ve nodüllü bir hal almıştır. Yüzeyel venler genişlemiştir. Meme başlarının etrafında koyu renkli pigmentasyon bulunur. Memelerde çatlaklar ve Montgomery tüberkülleri görülür. Memeler doğumu izleyen yaklaşık on günlük süre içinde sıkıldığında, kolostrum denilen sıvı gelir. Kolostrumun varlığı, yeni doğuma işaret eden bir delil özelliği taşır. Daha sonra bu sıvının yerini süt alır.



Şekil 26-1 Gebelik maskesi (Cloasma Gravidarum).

Karın derisi gevşek ve sarkıktır. Üzerinde özellikle yan taraflarda olmak üzere stria gravidarum denilen kırmızımtrak- mavi refle veren gebelik çatlakları bulunur. Bunlar daha sonra beyaz bir renk alır. Tanı burada belirtilen genel görünümlere dayanmayıp, lokal incelemeye dayanır.

Vulvada ekimoz görülebilir. Vulva aralığı açılmıştır. Dudaklar şiştir. Vulva dudaklarının birleşim yerinde harabiyet bulunabilir. Perine bazen yırtılır. Perinedeki yırtığın yaşı, doğum tarihinin belirlenmesinde değer taşır.

Vagina genişlemiştir. Vaginada genellikle yedinci günde iyileşen taze yırtıklar bulunabilir. Vagina mukozasındaki kıvrımlar yaklaşık olarak üçüncü haftada yeniden belirmeye başlar.

Uterus büyüktür. Doğumdan sonra geçen süre kısa ise (örneğin, birkaç gün), büyümüş olan uterus karın ön duvarından palpe edilebilir. Doğum tamamlandığında, uterusun fundusu, göbeğin yaklaşık olarak 2.5 cm. altında bulunur. Uterusun fundusu ilk birkaç gün zarfında günde yaklaşık olarak 1.5 cm. aşağıya iner. Uterus yapılan karın palpasyonunda pubisin üstünde yaklaşık olarak iki ila üç gün süreyle sert bir kriket topu şeklinde hissedilir. 6 ncı günde göbek ile pubis arasındaki uzaklığın ortasındadır. Onuncu gün civarında pelvis girimi ile aynı seviyededir. Fundus 14 üncü güne kadar senfiz pubisin hemen üst veya arkasında hissedilir. Böylece uterus fundusunun yüksekliğinden doğumun yapılmış olduğu tarih belirlenebilir. 2-3 haftadan sonra fundus pelvis boşluğunda pubis seviyesinin altına iner. Normal boyutlarına yaklaşık olarak altı haftada ulaşır. Serviks yumuşak olup açıktır ve transvers olarak yırtılmıştır. İç ve dış delikleri ilk yirmidört saatte kapanmaya başlar. Dış deliği yumuşak ve açık olup, ilk birkaç gün iki parmağın girişine izin verir. Birinci haftanın sonunda bir parmak güçlükle girer. Dış deliği iki haftada kapanır.

Aşağıdaki tablolarda doğumdan sonraki değişik sürelerde uterusun ağırlığı ve uzunluğu gösterilmiştir (Tablo 26-1 ve Tablo 26-2).

Tablo 26-1 Doğumdan sonra geçen süreye göre uterusun ağırlığı

Doğumdan sonra geçen süre	Uterusun ağırlığı
Doğumdan hemen sonra	900 gr.
Doğumdan 1 hafta sonra	450 gr .
Doğumdan 2 hafta sonra	300 gr.
Doğumdan 6 hafta sonra	130 gr.'dan biraz fazla

Tablo 26-2 Doğumdan sonra geçen süreye göre uterusun uzunluğu

Doğumdan sonra geçen süre	Uterusun uzunluğu
Doğumdan 2 gün sonra	17 cm.
Doğumdan 7 gün sonra	12 cm.
Doğumdan 14 gün sonra	10 cm.
2 ayın sonunda	normal büyüklüğünde

Bu ölçümlerden doğum zamanı hakkında yaklaşık bir fikir edinilebilir.

Doğumdan sonra uterusun iyileşmesi sırasında görülen loşi akıntısı eritrositler, lökositler, desidua, vagina epitel hücreleri ve patojen olmayan bakterilerden oluşur. Loşinin hoş olmayan karakteristik bir kokusu vardır ve reaksiyonu alkalendir. Bu akıntı ilk dört gün zarfında kanlıdır ve bu nedenle loşi rubra adını alır. Daha sonraki dört günde rengi açılır ve seröz bir hal alır. Bundan dolayı loşi seroza şeklinde isimlendirilir. Sonra sarımsı veya grimsi ve daha sonra da beyazımsı bir renk alır. Buna loşi alba denir. Bu sıvı yaklaşık olarak onbeşinci güne kadar yavaş yavaş tüm rengini kaybeder. Loşi, doğumdan sonra uterustaki iyileşme süreci ile ilgili olan bir akıntıdır. Bu nedenle başlangıçta kanlı daha sonra ise beyazımsı renktedir. 2-3 hafta kadar devam eder.

- 1-4 gün - loşi rubra - açık kırmızı renkteki akıntı
- 5-9 gün - loşi seroza - seröz ve açık renkli akıntı
- 9 ncü gün - loşi alba - sarımsı - gri renkli akıntı.
- 15 nci günün sonuna doğru bütün bulgular kaybolur.

Yukarıda belirtilen bütün bulgular, prematür doğuma nazaran tam termindeki bir doğum olgusunda daha karakteristiktir. Bu bulguların özellikle multipar ve kuvvetli yapıdaki kadınlarda yaklaşık olarak on gün veya daha kısa bir süre içerisinde ortadan kaybolmaları muhtemeldir.

Genital organ kısımlarının gerilme derecesinin yanı sıra mevcut olan laserasyonlardan, fetüsün ölçüleri hakkında bir fikir edinilebilir. Fetüsün ölçüleri biliniyorsa, doğumun hızı tahmin edilebilir. Kadın ileri sürülen doğumdan ne kadar kısa süre sonra muayene edilirse, yararlı bilgiler edinme şansı da o kadar fazla olur. Doğumu izleyen ilk iki hafta içinde yapılan probe kürtaj materyalinin mikroskopik incelemesinde geçirilmiş olan gebeliğe işaret eden koryon villüsleri görülür. Bazı olgularda biyolojik testler yararlı olabilir. Bu testler doğumdan sonra yaklaşık olarak bir hafta kadar pozitif

kalır. İdrarda gebelik testinin pozitif çıkışı gebeliğin yakın zamanlarda sonlanmış olduğuna delil oluşturur. Doğum tarihini genellikle doğumdan iki ila üç hafta geçtikten sonra herhangi bir kesinlik derecesi ile belirlemek imkansız hale gelir.

Yaşayan Kadında Eski Doğumun Tanısı 3,10

Özellikle önceki gebeliğin tam miadına kadar ulaştığı olgularda doğum olayı kalıcı işaretler bırakır. Bu belirtilerin sayısı ve özellikleri, kadının primipar veya multipar olup olmadığına bağlıdır. Bununla birlikte, kadın bir kez gebe kalmışsa ve bu gebelik tüm süresini tamamlamamışsa buna ait ya hiç belirti kalmaz ya da çok az belirti kalır. Aşağıdaki bulguların tümü ya da büyük bir kısmı bulunursa, daha önceki bir gebeliğin tanısı koyulabilir.

Memeler gevşek, yumuşak ve sarkıktır. Kadın çocuğunu emzirmişse sıklıkla buruşukluk gösterir. Bazen memelerde deri altı dokusunda nedbe dokuları bulunur. Meme başları büyümüş, areola koyu renkli bir durum almıştır. Genellikle Montgomery tüberkülleri bulunur.

Karın duvarı gevşek ve sarkıktır. Beyaz sedefi renkte linea albikan-tesin varlığı dikkati çeker. Bu durum, derinin aşırı gerilmesi ile alt tabakalarının yırtılması sonucunda oluşan nedbe dokusuna bağlıdır. Bu çizgiler ayrıca asit, over tümörleri v.b. sonucunda da meydana gelir. Pubis ile göbek arasında genellikle koyu pigmentli bir çizgi (linea nigra) bulunur.

Forşet ve arka komissür hasar görmüş, perine yırtılmış olabilir. Fazla sayıda doğum yapmış olan kadınlarda genellikle anüs çevresinde ileri derecede hemoroid görülebilir. Vulvanın dudakları birbirinden az çok ayrık durumdadır. Doğurmuş kadında perine bölgesinde eski yırtıkların veya dikilmiş epizyotominin izi bulunur.

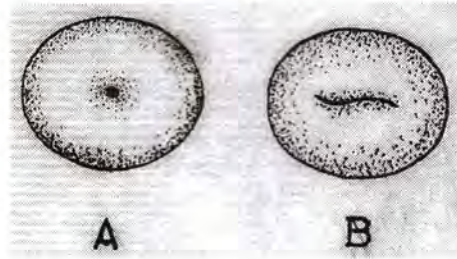
Kızlık zarında karunkula himenalis durumu görülür (Şekil 26-2).



Şekil 26- 2 Karunkula himenalis.

Doğum yapmış kadında vagina nullipara nispetle çok daha geniş olup duvarları gevşektir. Vagina duvarlarındaki belirgin mukozal plikaları kısmen düzleşmiştir. Bazı multiparlarda geçirilmiş doğumların yarattığı tonüs kaybına bağlı olarak sistosel ve rektoselin mevcudiyeti dikkati çeker. Nulliparda ise vagina duvarları belli bir tonüsü muhafaza ettiğinden daha gergin, plikalar daha belirgindir. Hacim ve genişlik bakımından da doğum yapmış kadın vaginasına oranla daha dardır. Bu farklar vaginal tuşe ve spekulum muayenesinde kolaylıkla anlaşılabılır.

Doğumu kanıtlayan yegane bulguyu uterusun deliğinde görmek mümkündür. Doğum yapmış olan kadınlarda uterusun iç deliği iyice belirli değildir. Buna karşılık, dış delik transvers ve düzensiz bir yarık şeklindedir. Parmak ucunun girişine izin verebilir. Hiç doğum yapmamış bir kadında, iç delik iyice belirgin olup, dış delik ise yuvarlaktır (Şekil 26-3). Merkezinde ufak bir çukurluk bulunup orifis kapalıdır. Doğum yapmış kadında servikal kanal 9-10 mm çapındaki Hegar bujisinin zorlamaksızın girebileceği bir açıklık kazanmıştır. Doğurmamış kadında servikal kanalın açıklığı ancak 3-4 mm çapındaki Hegar bujisinin kolayca girişine imkan verir.



Şekil 26- 3 A. Doğum yapmamış kadında uterus dış deliğinin görünümü, B. Doğum yapmış kadında uterus dış deliğinin görünümü.

Yukardaki bulguların çoğu büyük fibroid bir tümörün vagina yolu ile çıkışı sonucunda da meydana gelebilir. Bu bulguların çoğu birkaç yıl önce miadından küçük bir bebek doğurmuş olan kadında ortadan kaybolabilir. Vagina ve uterusun normal görünümüne kavuşması mümkündür. İstisnai durumlarda birkaç çocuk doğurmuş olan bir kadında dahi önceki doğumun izleri bulunmayabilir.

Doğum yapmış kadın ile nulliparın pelvis grafileri alındığı zaman senfiz pubis aralığının multiparda daha açık olduğu dikkati çeker. Gebelik ve özellikle doğum esnasında bir miktar açılan senfiz pubis, lohusalık devresinde eski haline dönerse de, doğurmamış kadına oranla yine de belli bir açıklığı muhafaza eder.

Bazı durumlarda- kadın gebe kaldığı zaman- birinci gebelik ile mükerrer gebelik arasında kesin bir teşhis istenebilir. Bu problem de adli tıp yönünden önem gösterir ve çok dikkatli bir muayeneyi gerektirir.

İlk gebelik esnasında- mevcut gebeliğe has belirtiler görülmekle beraber- daha önce gebelik geçirmiş kadınlarda karın derisi, memeler, genital organlar ve perinede görülen eski gebelik izleri bulunmaz.

Kadın gebe iken yapılacak böyle bir ayırıcı teşhiste, ilk gebelikte serviks yumuşak olmasına rağmen kanal servikal terme yaklaşıncaya kadar kapalıdır. Multigravidada ise servikal kanal çoğu kez geçirilmiş gebeliklere bağlı olarak parmak ucu girişine müsaittir. Bu özellikten dolayı multigravidada travayın başlaması ancak servikal açıklık 2 cm.'yi aştığı zaman söz konusudur.

Yine ilk gebelik esnasında fetüs'de prezente olan kısmın gebeliğin son haftaları içinde- mobil özelliğini kaybederek- pelvis girimine fikse olduğu dikkati çeker. Multigravidada ise başın fiksasyonu çoğu kez travay başlayıncaya kadar meydana gelmez ve baş karından muayenede mobil olarak palpe edilir. Ayrıca spekulum muayenesinde primigravidada porsio üzerinde orifis ekstern yuvarlak şekil göstermesine karşı multigravidada çoğu kez enlilemesine yarık bir orifis mevcuttur.

ÖLÜDE DOĞUMUN TANISI

Ölüde Yeni Doğumun Tanısı ^{3,10}

Ölüde doğuma ait tüm lokal bulgular bulunabildiğinden ve bunlar kolayca araştırılabildiğinden; yeni doğumun tanısı güçlük göstermez.

Memeler fizyolojik aktivite bulguları yönünden incelenebilir.

Dış muayenede genital kanal, forşet ve perinede görülen ekimoz ve yırtıklar doğumun yapıldığı zamanın belirlenmesinde hekime yol gösterir.

Uterusta involüsyon durumu saptanabilir. Uterus normal boyutlarına yaklaşık olarak altı haftada döner. Uterusun büyüklüğü, gebeliğin dönemine ve doğumdan sonra geçen süreye göre değişiklik gösterir. Tam termindeki doğumdan hemen sonra uterus gevşektir. Yaklaşık olarak 22-30 cm uzunluğunda, 5 cm kalınlığındadır. Fazla miktarda kan pıhtısı ihtiva eder. 900 gr ağırlığındadır. İç yüzeyi desidua ile örtülür. Uterusun boşluğu ön ve arka duvarlarının birbirine yaklaşması sonucunda daralmıştır. 2 veya 3 gün sonra, uterusun boyu 18 cm, kalınlığı 4 cm, ağırlığı ise 600 gr'dır. Birinci haftanın sonunda, uzunluğu 12-15 cm, kalınlığı 3 cm, ağırlığı ise 450 gr'dır. İkinci haftanın sonunda, uzunluğu 10-12 cm, ağırlığı 300 gr'dır. Genellikle altı haftada uterus normal boyutlarına (uzunluk 7-8 cm, genişlik 5 cm, kalınlık 2 cm, ağırlık 100 gr) döner. Tam termindeki doğumdan kısaca bir süre sonra plasenta alanı tespit edilebilir. Bu alan koyu renkte ve kaba granüler görünümdedir. Bu alan yaklaşık olarak 15 cm çapındadır ve pıhtılaşmış kan, lenf ve desidua kısımları ile örtülüdür. İkinci haftanın sonunda bu alan 3-4 cm çapındadır. Damar ağzıları iyice belirgindir. Bunlar doğumdan sonraki sekiz ila dokuzuncu haftaya kadar belirlenebilirler. Ovaryumlar ve tuba uterinalarda genellikle konjesyon görülür. Bunlar birkaç gün içerisinde normale dönerler. Çıplak göz ile bakıldığında şüpheli bir durumla karşılaşılırsa histolojik inceleme

yapılabilir. Endometriumda trofoblastik epitel ve koryon villüsleri görülebilir. Ovaryumların kesitlerinde büyük bir korpus luteumun varlığı görülebilir. Yaklaşık olarak iki aydan sonra gerçek doğum zamanını belirlemenin mümkün olmadığı unutulmamalıdır. Gebelik korpus luteumu yaklaşık olarak 6 ncı aydan sonra küçülür.

Doğumdan sonraki ilk birkaç günde uterusun alt kısmını örten periton kıvrımlar şeklindedir. Bu kıvrımlar kısa sürede kaybolurlar.

Ölüde Eski Doğumun Tanısı 3,10

Çocuk doğurmuş olan bir kadının cesedinde uterus, çocuk doğurmamış olan kadının uterusuna nazaran daha büyük, kalın ve ağırdır. Bununla birlikte, yaşlılıkta uterusun atrofiye uğradığı unutulmamalıdır. Uterusun şekli biraz farklıdır. Duvarları iç yüzde konkavdır. Halbuki çocuk doğurmamışta duvarlar iç yüz tarafında konvektir. Üçgen şeklindedir. Kapasitesi daha küçüktür. Doğurmuş kadınlarda ise bu boşluk yuvarlak şeklindedir. Doğurmuş bir kadında fundusun tepe kısmı konvektir ve ligamentum latumdan daha yüksek seviyededir. Çocuk doğurmamış bir kadında ise bu seviye ligamentum latumla aynıdır. Kızlarda serviks ve korpus yaklaşık olarak aynı uzunluktadır. Halbuki doğum yapmış olan bir kadında korpus, serviksin uzunluğunun iki katıdır. Arbor vitae kaybolmuştur. Doğum sırasında meydana gelen önceki yırtıklar ve laserasyonlar nedeniyle servikte skatris görülebilir. Dış delik büyümüştür. İç delik kızlarda olduğu gibi iyice belirgin değildir. Plasenta alanı kabarık olup altı ay kan pigmenti ile hafifçe boyanmış haldedir. Kesitlerde kan damarlarında yıllarca endarteritis obliterans görülebilir.

Kadının doğum yapmış olduğu zamanı belirlemek mümkün olmayabilir.

ADLİ TIP AÇISINDAN ÖNEM TAŞIYAN NOKTALAR

A- Bazı durumlarda doğum olayının belirlenmesi adli açıdan önem taşıyabilir:

1. Kriminal düşük veya infantisid iddiası. Bir kadının düşük veya doğum yaptığı ve çocuğunu öldürdüğü iddia edilebilir.

2. Doğum temaruzu yani doğum yapmadığı halde yapmış gibi görünme. Bir kadın mirastan yararlanmak amacıyla gebe kaldığını ve bir çocuk doğurduğunu iddia edebilir.

3. Doğumun gizlenmesi. Evlenmemiş veya dul olan bir kadın çocuk doğurursa, utancından çocuğun doğduğunu gizleyebilir. Çünkü bu çocuğu gayrimeşru cinsel ilişki sonucunda doğurmuştur.

Çoğu ülkede doğumun gizlenmesi suçu ile ilgili kanunlar bulunmaktadır. Bu suç çocuğun doğumunu gizlemek için cesedinin saklanması şeklinde işlenir. Bu suçun kanıtlanması için gerekli olan yasal gereksinimler çeşitli ülkelerde farklılıklar gösterir. Bu suç çocuk ister doğumdan önce, ister

doğum sırasında, isterse doğumdan sonra ölsün, bir çocuğun cesedini ortadan kaldıran annesi de dahil olmak üzere herhangi bir kişi tarafından işlenebilir.⁵

Doğumun gizlenmesi suçunu tanımlayan yasalarda “ çocuk “ teriminin tanımlanması bulunmayabilir. Bu gibi durumlarda gebeliğin normal süresinin sona ermesinden önce doğum meydana geldiğinde “ çocuğun “ ne olduğuna karar verilmesi sırasında güçlük ortaya çıkabilir.⁵

Adli hekimden doğumun gizlenmesi ile suçlanan bir kadını yeni doğum bulguları yönünden muayene etmesi istenebilir. Eğer bu gibi doğum bulguları bulunuyorsa, doğum ile muayene arasında geçen süreyi yaklaşık olarak belirlemesi istenebilir. Böyle bir kadının ruhsal durumu hakkında bir rapor verilmesi gerekebildiğinden, hekim muayene sırasında onun genel davranışları ve ruhsal durumunu izlemelidir.

Bir çocuğun gizlenmesi veya yerine başka bir çocuk koyularak o çocuğun nesebinin yok edilmesi ya da değiştirilmesi ile ilgili durumlar Türk Ceza Kanunu’nun 445-446 ve 447 nci maddelerinde; çocuğun terk edilmesi suçları ise 473, 474 ve 475 nci maddelerinde ele alınmıştır.

4. Bir adam ile gayrimeşru yolla cinsel ilişkide bulunan bir kadın gebe kalarak bir çocuk doğurabilir ve çocuğun bakımı için dava açabilir. Buna nesep tayini davası denilir. Baba çocuğun kendinden olduğunu kabul etmek zorunda kalır. Yasaya göre çocuğu reddedemez.

5. Özellikle evlilik içinde doğan çocuğun hukuki statüsü açısından kanuna uygunluk hali. Yasalara uygun olan bir evlilik sırasında doğan bir çocuk meşru sayılır. Meşru bir evlilik sırasında yasal olarak geçerli sürede veya evliliğin sona ermesinden itibaren üçyüz gün içinde doğan çocuğa nesebi sahih çocuk denir. Bu çocuğun, ana ve babasının servetinden miras hakkı bulunmaktadır. Terimin en geniş anlamı ile, doğumdan önce bir çocuğun yasal haklarının bulunduğu söylenemez. Çocuk canlı doğarsa miras haklarına sahiptir. Çocuk ölü doğduğu takdirde böyle bir hakkı bulunmaz. Bir çocuk canlı doğarsa, hatta canlı doğduktan hemen sonra ölse dahi mirasçı olur ve bu gibi mal ve mülk öngörülen mirasçılara geçer. Buna karşın çocuk ölü olarak doğarsa medeni haklar elde edemez.

Canlı doğum terimi ile bebeğin annesinin vücudundan canlı bir halde tamamen dışarı çıkması durumu kastedilir ve yaşam bulgularından herhangi birisinin canlılık durumunu kanıtlaması gerekir. Ölü doğumun tanımlanması ise ülkeden ülkeye değişiklik gösterir. Ancak İngiltere’deki tanımlama tipiktir. Bu tanımlamada annesinden tamamen ayrıldıktan sonra soluk alıp vermeyen veya herhangi bir yaşam belirtisi göstermeyen ve gebelik yaşı 28 haftadan daha fazla olan bir çocuğun ölü olarak doğduğu belirtilmektedir. Bu belirtiler hareket, ağlama veya göbek kordonunda pulsasyon şeklinde sayılabilir.

Göbek kordonu ve plasenta halen annenin vücudunda bulunabilmesine rağmen, çocuk annenin vücudundan tamamen ayrılınca kadar “ ayrı bir varlık “ olarak kabul edilmez. Böylece miras, mülkiyet ve benzeri yasal hakları bulunabilen tüzel bir kişi durumuna gelmez. Ayrı varlık özelliği kazanıncaya kadar cinayet veya infantisid olgusu olamaz.

6. Namusla ilgili iftira davaları. Evli olmayan, dul veya kocasından ayrı yaşayan bir kadın, çocuk doğurduğu şeklinde bir iftiraya uğradığında,

kendini savunmak isteyebilir.

7. Bir kadın bir kişiden maddi bir çıkar sağlamak amacıyla, ondan gebe kaldığını ve bir çocuk doğurduğunu iddia etmek suretiyle şantajda bulunabilir.⁷

Bütün bu gibi durumlarda, adli hekim veya doğum uzmanının, kadının gebe olup olmadığını ve çocuk doğurup doğurmadığını belirlemek için kadını muayene etmek zorunda kalacağı aşikardır. Bir kadının doğurup doğurmadığı ve ortada bir çocuk varsa doğum zamanına uyup uymadığı, yeni ve eski doğum belirtilerine göre belirlenir.

B- Doğuma ait eski ve yeni bulgular bulunduğunda kadının birden fazla doğum yapmış olduğu söylenebilir. Birden fazla doğum olmuşsa, kaç defa doğurmuş olduğu anlaşılamaz.

C- Normal bir doğum sırasında kaybedilen kanın miktarı 300 ml civarındadır. Patolojik doğumlarda kaybedilen kanın miktarı artar.

D- Doğum kanalında ve genital organlarda travmatik lezyon bulunmadığında, doğumun zamanından önce meydana gelmiş olduğu veya zamanında olsa bile, kolay bir doğum şeklinde olduğu anlaşılır.

E- Bir kadın haberi olmadan veya uykuda iken doğurmuş olamaz. Sarhoşluk, eklampsi ve epilepsi krizleri sırasında kadın haberi olmadan doğum yapabilir.

F- Kadın kendi kendine doğurabilir. Genital kanalda bir darlık veya bir engel bulunmadığında kadının yardımsız doğum yapması mümkündür.

G- Lohusalıkta ruhsal durum. Doğum sırasında ve doğumdan sonra fazla kan kaybı olduğunda, kadın bayılabilir. Doğum sırasında, özellikle zor doğumlarda şiddetli ağrı, korku ve heyecan nedeniyle bayılmalar olabilir. Baygın durumdaki kadın, çocuk öldürme gibi bir hareketi yapamaz.

H- Gebeliğin mutadın dışındaki şekilleri: süperfekondasyon ve süperfötasyon. Süperfekondasyon aynı zamanda ovaryumdan atılmış olan iki ovumun ayrı cinsel ilişkiler ile döllenmesidir. Süperfötasyon farklı ovulasyon dönemlerinde ovaryumdan atılan iki ovumun fertilizasyonudur.¹²

Aynı zamanda atılan iki ovumun ayrı olarak döllenebileceği fakat böyle bir fertilizasyon zamanındaki farkın nispeten küçük olacağı genellikle kabul edilmektedir. Döllenmiş olan her iki yumurta gelişirse yaklaşık olarak aynı zamanda miada ulaşırlar.¹²

Süperfötasyon açısından durum çok farklıdır. Bu durumda ikinci ovumun döllenmesi önemli bir süre sonra meydana gelir ve bunun sonucunda iki çocuktan biri diğerinden birkaç ay sonra doğabilir. Süperfötasyon olasılığı genel olarak kabul edilmemektedir. Bu görüşün dayandığı temel nokta, döllenmeden sonra ovulasyonun durmasıdır. İkinci çocuğun birinciden önemli bir süre sonra doğmuş olduğu ve her ikisinin de tamamen gelişim gösterdiği olgular, ikinci çocuğun gelişiminin kan akımının azlığı veya diğer nedenler yüzünden yavaş olduğu bir ikiz gebelik durumu ile açıklanmıştır. Normal gelişim göstermiş olan çocuğun doğumunda ikizlerin ikincisi gerekli besini alır ve tam miadında çocuk olarak sonradan doğar. Uniovuler döllenme şeklindeki ikizlerin gelişimindeki fark az değildir. Bazen ikizlerden biri diğeri tarafından tamamen tahrip edilmiştir.¹²

Böylece, bütün bu durumlarda, adli hekimden kadının gebelik geçirip geçirmediğini, bir çocuk doğurup doğurmadığını saptaması istenir.

HEKİMİN DOĞUM İLE İLGİLİ SORUMLULUĞU

Hekim, travay sırasında hastaya yeterli bakımı göstermemesi veya fetusun ilerleyişini gerektiği şekilde izlememesi nedeniyle sorumlu duruma düşebilir.

Temel Bakım Standardı

Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği, hasta travay odasına alındığında elde edilecek olan bilgileri aşağıdaki şekilde belirtmiştir:1 Son aybaşı tarihi, beklenen doğum tarihi, gebelik ve doğum sayısı, ağırlık ve boy, vital bulgular, fetüs kalp atımlarının özelliği, kontraksiyonların sıklığı, başlangıcı ve süresi, zarların durumu, kanamanın bulunup bulunmadığı, başın doğum kanalındaki yeri, serviksin dilatasyon ve silinme derecesi, fetüsün pozisyonu, son yemek yeme zamanı ve yemeğin içeriği, allerji durumları, gözlük, kontakt lens veya takma dişlerin bulunup bulunmadığı, tercih edilen anestetik maddeler. Laboratuvar incelemeleri ise hemoglobin ve hematokrit belirlemelerini, protein ve şeker yönünden idrar analizini içermelidir. Travaydaki bir kadın, bu konuda bilgisi ve tecrübesi bulunan kişiler tarafından yakından izlenmelidir. Hekim anormal bulgu ve semptomlardan hemen haberdar edilmelidir. Hekime, travayın normal olarak ilerleyip ilerlemediği konularında bilgi verilmeli, doğum çok yaklaştığında ise haberdar edilmelidir.

Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği, doğum yaklaştığında, hastanın yalnız bırakılmamasını önermektedir. Doğumun normaldeki kontrolünün dışında, fiziksel baskı, anestezi veya başka diğer yöntemlerle geciktirilmesi girişiminde bulunulmamalıdır. Doğum sırasında, hastanın kan basıncı ve nabızı her on dakikada bir kaydedilmelidir. Elektronik bir izleme aygıtı kullanılmıyor ise fetüsün kalp atımları en azından her on dakikada bir değerlendirilmelidir. Hasta doğumdan hemen sonraki dönemde yalnız bırakılmamalıdır. Postpartum ve lohusalık dönemlerinde bakıma devam edilmelidir.

Travayın üçüncü döneminde oksitosik ilaçlar bebeğin doğumundan sonra etkin uterus kontraksiyonları meydana getirmek, plasentanın ayrılmasını ve aşağı inişini sağlamak, bu şekilde post-partum kanamanın sıklığını azaltmak için profilaktik olarak kullanılabilir.

Doğum sırasında ortaya çıkan komplikasyonların tanı ve tedavisine ilişkin düzenlemeler belirtilmemiştir. Ancak doğumla ilgili komplikasyonların tanınması ve tedavi edilmesi konusunda mevcut bakımın kalitesi yeterli olmalıdır. Gerektiğinde konsültasyon yapılmalı ve hasta gerekli olan merkeze gönderilmelidir.

Hekimin travay sırasında hastaya yeterli derecede bakmaması dava

konusu olabilir. Bunun sonucunda annede zarar oluştuğunda, sağlanan bakımın gerekli standardın altında bulunduğu gösterilebilirse, hekime sorumluluk yüklenebilir.

Doğumun Yönetimi Konusunda Kabul Edilen Standartlardan Sapma Durumları ¹¹

Normal doğum olayı ile ilgili temel kriterler nispeten kolayca bilinebilmesine rağmen, normalden sapmaların belirlenememesi durumları ile oldukça sık olarak karşılaşılır.

1. Travayın latent ve aktif fazları arasında ayırım yapılamaması
2. Uterusun kontraksiyon şekillerine dikkat edilmemesi ve fetüste sıkıntı oluşturan uterus aktivitesinin devamına izin verilmesi
3. Travay eğrisinin usulüne uygun bir şekilde yorumlanamaması, patolojik bir travay eğrisinin sanki normal bir görünüm imiş gibi kabul edilmesi
4. Aktif travayın ilerleyişi sırasında annenin ve fetüsün yeterli bir şekilde gözetim altında bulundurulmaması
5. Gereksiz yere oksitosin ve aşırı dozda analjezik maddeler kullanılarak veya kondüksiyon (blok) anestezisi uygulayarak travayın normal şekilde ilerleyişinin bozulması
6. Prezente olan kısmın bulunduğu yer, fontanellerin lokalizasyonu ve sagittal sütürün gerçek pozisyonu gibi travayın ilerleyişi ile ilgili olan parametrelere dikkat edilmeden vaginal muayenelerin yapılması
7. Başın pelvisten geçişi sırasında kafa kemiklerinin birbirine yaklaşması veya birbirinin üzerine binmesi durumuna ve travayın ikinci döneminde kaput suksedaneum gelişimine dikkat edilmemesi
8. Travayın ikinci döneminin sonunda endikasyon bulunmadığında, baş pelviste nispeten yüksekte iken forsepsin uygulanması
9. Birkaç dakikalık bir gecikmenin bebeği tehlikeye sokacağı yanlış izlenimi sonucunda uterus kontraksiyonlarından yararlanılmaksızın bebeğin gereksiz yere ve aşırı derecede kuvvet kullanılarak çekilmesi
10. Tecrübeli bir hekimin izlemesini gerektiren olguların tecrübesiz genç hekimlere bırakılması

11. Oksitosin kullanımı

Çağdaş obstetrikte oksitosinin kullanımını düzenleyen kurallar bulunmasın. fetüste, daha az sıklıkta da annede kullanımına bağlı hasarlar oluştuğunda malpraktis iddiaları ortaya çıkar. ⁶

Oksitosin usulüne uygun bir şekilde uygulandığında, normal travaydakine benzeyen uterus kontraksiyonları meydana gelir. Kontraksiyonlar 2 1/2 -3 dakika aralıklarla oluşur ve süreleri 60-65 saniyeyi geçmez. Her uterus kontraksiyonunun en şiddetli döneminde uterustaki ve koryondaki kan akımı kesintiye uğradığından ve anne ile fetüs arasındaki gaz değişimi geçici olarak duraksadığından, oksitosin ile uterusun aşırı uyarımı sonu felaketle biten olaylara neden olur. Oksitosinle uyarımın bu özelliklerine dikkat etmeyen bir hekim malpraktisten suçlu bulunabilir.⁶

a. Endikasyon bulunmadığında (yani, normal uterus kontraksiyonlarının şiddetlendirilmesi veya hekimin rahatı için travayın başlatılması amacıyla) oksitosinin uygulanması. Normal bir şekilde ilerleme gösteren travayda uterus aktivitesinin uyarılması için oksitosin verilmesi bu duruma örnek olarak verilebilir.

b. Fetüsün kalp atımlarını yorumlayabilecek bir hekim tarafından kullanılan elektronik aygıtlarla gözleme yapılmaksızın oksitosinin kullanılması

c. Anne ve fetüste istenmeyen etkilerin bulunması halinde hemen faaliyete geçecek olan bir hekim bulunmadan oksitosinle uyarımın yapılması

d. İlerleyici bir travayın yokluğunda, gereğinden fazla uzamış olan bir süre (5-8 saatten daha fazla) boyunca veya dakikada 50 mikro üniteden daha fazla yani aşırı dozlarda oksitosin uygulanması

e. Baş-pelvis uygunsuzluğu durumunda oksitosinle uyarım

f. Uterusta aşırı uyarıma (iki dakika aralarla veya hatta daha sık olarak kontraksiyonlar) rağmen, oksitosin infüzyonunun devam ettirilmesi

g. Fetal distresin varlığında veya fetal distresten kuvvetle şüphelenilmesine rağmen, oksitosin uygulamasına başlanması veya uygulamaya devam edilmesi

h. Normal travay eğrisine dönüş olmaksızın travayın durduğu durumlarda uzun süreli oksitosin kullanımı ile uyarım

i. Makat prezentasyonu, çoğul gebelik veya daha önceki sezaryen gibi nispi kontraendikasyonun varlığında oksitosinin tedbirsizce uygulanması

12. Obstetrik anestezi

a. Annede hipoksiye ve fetüste sekellere yol açan hipotansiyon durumunun düzeltilmemesi veya anne dolaşımına sıvı yüklemesi yapılması gibi kondüksiyon (blok) anestezisinin (spinal veya epidural) uygun olmayan tekniklerle uygulanması

b. Hipotonik uterus distosisine ve onun istenmeyen sekellerine yol açan anestetik maddenin aşırı dozlarda veya çok sık olarak epidural yolla uygulanması

c. Latent dönemde tekrarlanan epidural anestezi uygulamaları ile travayın aşırı derecede uzatılması

d. Yüksek spinal anestezinin dikkatsizce uygulanması

e. Uygun olmayan entübasyona bağlı genel anestezi komplikasyonları

f. Yardımlı makat doğumu için spinal anestezi gibi özel obstetrik işlemlerde uygun olmayan anestezinin kullanılması

Her zaman kolay olmamakla birlikte, çoğu durumda tecrübeli bir doğum hekimi, travayda ilerleyişin durmasının veya ilerlemenin yetersiz olmasının nedeni konusunda karar verebilir. İlerlemenin olmadığı bir durumda, özellikle önem taşıyan nokta, travayın latent ve aktif dönemleri arasında

ayırım yapılmasıdır. Travay uzadığında veya durduğunda çabuk olarak müdahalede bulunulmaması, intrapartum hipoksinin en sık nedenlerinden bir tanesidir. Bu çeşit komplikasyonlar malpraktis olgularında sık olarak söz konusudur.⁶

Travayın durması veya uzaması durumunda çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Yanlış yorumlama durumunda bu komplikasyonlar ya gereksiz sezaryen ameliyatına ya da çoğu kez saatlerce oksitosin ile uyarıma ve bunun sonucunda ileri derecede etkilenmiş olan bir çocuğun doğumuna yol açar.

Pelvisin yeterli kapasitede bulunduğu izlenimiyle, güçlü oksitosin uygulayarak durmuş olan travay yoluna sokulduğunda, ancak retrospektif değerlendirmede dar pelvis veya ileri derecede büyük bir bebek ortaya çıkarıldığında, mahkemenin yanlış yorumlamanın ihmalden ziyade karar verme hatasından kaynaklandığını kabul etmesi muhtemel değildir.

Doğru tanının koyulmaması karar verme hatası olabilmesine rağmen, uygun bir muayene yapılmamışsa veya hekim muayenenin ince ayrıntılarını göz önüne almamışsa, ihmal söz konusudur.

Uygun olmayan koşullar geliştiğinde, uterus kontraksiyonları, fetüs başının doğum kanalında bulunduğu yer, serviksin dilatasyonu ve silinmesi, fetüsün durumu değerlendirilerek travayın ilerleyişinin izlenmesi son derece önemli bir hal alır. Hekim soruna doğru bir cevap verebilmek için onu tanımalıdır. Bir komplikasyonun varlığında onun farkına varılmaması ve uygun bir şekilde tedavi edilmemesi ihmal niteliğindedir.⁴

Malpraktis davasına yol açan birçok olguda, vaginal muayenelerin üstünkörü yapılmış ve bunların çoğunda sadece servikal dilatasyonun derecesinin belirlenmiş olduğu dikkati çekmiştir. Başın doğum kanalında bulunduğu yer, serviksin silinme derecesi, fetüs başının rotasyonu veya prezente olan kısmın defleksiyon durumu, kranium kemiklerinin birbirine yaklaşması veya birbirinin üzerine binışı, saçlı deride ödem gelişimi veya asinklitizm durumlarının belirtilmesi çoğu kez ihmal edilmektedir.⁴

Doğumla ilgili sorunlardan birisi de uterus rüptürün oluşmasıyla ilgilidir. Uterus rüptüründen kaynaklanan çoğu sorunlar önceki sezaryen ameliyatının nedbesiyle ilgilidir. Fetüsün uterustan karın boşluğuna kısmen veya tamamen geçmesi fetüste zarara veya ölüme yol açabilir. Bu tür olgularda, rüptürün beklenilmesi gerektiği veya rüptür zamanı ile ameliyat zamanı arasında uzunca bir sürenin geçmiş olduğu iddia edilir. Histerektomi gerektiği zaman, çoğu kez bu iddia üreme fonksiyonunun kaybına yöneliktir. Bu tür olgularda sıklıkla rüptürün meydana gelişinden önce ağrının bulunduğu ileri sürülür. Gerçekte, az sayıdaki uterus rüptürü olgusunda rüptürden önce uyarıcı belirtiler ortaya çıkar. Buna karşın karnın alt kısmındaki ağrı nadiren uterustaki nedbe dokusundaki ayrılmayı gösterir. Sezaryen ameliyatı nedbesinin rüptürüyle ilgili iddialardan kaçınmanın en güvenli yolu, daha önce sezaryen ameliyatı geçirmiş olan tüm olgularda elektif olarak sezaryen ameliyatının yapılmasıdır.

Yorumlama ve Alışılmış Uygulama

Normal doğumun üç dönemi vardır. Birinci dönem doğum ağrılarının başlangıcından itibaren servikte tam dilatasyon meydana gelinceye kadar devam eder. Zar genellikle birinci dönemin sonunda yırtılmasına rağmen, daha önce veya doğum sırasında da yırtılabilir. İkinci dönem servikte tam dilatasyonla başlar ve plasentanın doğumu ile sonlanır. Normal doğum sırasında uterus tarafından sağlanan kuvvetin yönü fundustan servikse doğrudur. Travay ilerledikçe uterusun üst segmenti gittikçe kısalır, duvarları kalınlaşır ve her bir kas lifi kasılır. Üst segmentin aşağıda kalan kenarı, alt segment ve silinmiş olan serviks üzerine traksiyon etkisi gösterir. Bu yapılar fetüsün prezente olan kısmının etrafından yukarı doğru çekilirler. Aynı zamanda fetüs gittikçe açılan açıklıktan itilir.

Birden fazla çocuk doğurmuş olan kadınlarda bile görülen endişe ve rahatsızlığı azaltmak için travay sırasında önlemler alınmalıdır. İdeal olanı bir hekim veya hemşirenin travay sırasında hastanın yanında bulunmasıdır. Fakat uygulamada bu genellikle mümkün olmaz. Tıbbi personel hastayı periyodik olarak kontrol etmeli ve gözlemlerini kaydetmelidir. Travay sırasında belirgin derecede artabilen annenin kan basıncı kontrol edilmeli ve her 30 dakikada bir kaydedilmelidir. Hekim uterus kontraksiyonlarının uzunluğunu, süresini, şiddetini ve bunlar arasındaki süreyi kontrol etmelidir. Hastanın uterus kontraksiyonlarını algılamasına güvenilemez. Çünkü hasta başladıktan sonraki birkaç saniye ile bitiminden önceki birkaç saniyeye kadar olan süredeki kontraksiyonu hisseder. Bunları belirlemek için karından palpasyon yapılmalıdır. Serviksin dilatasyonunu ve fetüsün aşağı doğru inişini belirlemek için vaginal muayeneler yapılmalıdır. Ancak bu muayeneler enfeksiyon olasılığını azaltmak için asgariye indirilmelidir.

Fetüsün durumunu gösteren kalp atımları doğumun birinci döneminde en azından her 30 dakikada bir sayılmalı ve kaydedilmelidir. İkinci dönemde ise bu sayma ve kaydetme işlemleri daha sık yapılmalıdır.

Bebekte bir zarar oluştuğunda, travay sırasında fetüsün ilerleyişinin gerektiği gibi izlenmediği iddiasıyla dava açılabilir. Normalde fetüs kalp atımlarının sayısı 120-160 / dk dır. Uterus kontraksiyonları sırasında kalp atım sayısında en azından on değerinde bir düşme oluşur. 20 atımdan daha fazla bir düşüş veya atımların dakikada 100 den daha az oluşu, hipoksi olasılığına işaret eder. Hipoksi iyice ilerlemeden, uterus gevşediği zaman yapılan incelemede kalp hızındaki bir değişikliğin tespiti güçtür. Fetüsün kalp atımlarının devamlı bir şekilde değerlendirilmesi için elektronik izleme aygıtları bulunmaktadır. Hekimin zarar oluştuğunda sorumluluktan kurtulabilmesi için fetal distres bulguları gösteren bebeğin bakımının çağdaş tıp standartlarına uygun olması gerekir.

Fetüsün izlenmesi çok fazla endişeye neden olmuştur. Telemetrik uygulama sağlanmazsa, söz konusu kadının hareketsiz kalması gerekecektir. Ayrıca bazı kadınlar bu işlemi doğal olmayan bir izleme şekli sanır. Doğal yolla çocuk doğumunu benimseyenlerin bazıları ayrıca müdahale sıklığının

arttığını sanırlar. Bununla birlikte izleme tekniklerinin kullanımı ile intra-partum bebek ölümü oranlarında azalma meydana gelebileceğini gösteren deliller bulunmaktadır. 1979 'da Parer tarafından yapılan geniş bir incelemede monitör kullanıldığında ölü doğum oranının % 0,1 - 0,2 ve neonatal ölümlerin ise % 50 civarında azalabileceği gösterilmiştir. Kuşkusuz fetüsün kalp atım hızının izlenmesi fetüste asit-baz dengesinin değerlendirilmesi ile birlikte yapılmalıdır. Bu gibi teknikler kullanıldığında sezaryen oranlarında düşme meydana gelebileceği gösterilmiştir.⁹ Bütün travaylarda kalp hızının sürekli izlenmesinin gerekli olup olmadığı noktası bir tartışma konusu olarak kalmaktadır. Bazı doğum birimlerinde travayda bulunan kadında yatarken fetüsün durumu açısından kardiyotokografik değerlendirme yapılır. Ters faktörler bulunmaması koşulu ile kadının birinci dönemde kardiyotokografik traseler arasında dolaşabilmesine izin verilebilir. Kuşkusuz bu, hastanın hareketli olmasına olanak sağlar. Daha ayrıntılı bir teknik, hareketliliğe izin veren ve sürekli izlemeyi sağlayan telemetrik yöntemdir. Fetüsün izlenmesi ile ilgili diğer endişeler, saçlı derisinde hasar oluşumu konusundadır. Bundan, saçlı deriye elektrotlar yerleştirmekten ziyade dış monitörlerin kullanılması ile kaçınılabılır. Travay sırasında izlenmeyi reddeden kadınlar fetal distresin tespitini engelleyebilirler. Bazı kadınlar travay sırasında vaginal muayeneleri reddedebilirler. Bu durum travayın ilerleyişinin doğru olarak değerlendirilmesini ya da pozisyon bozukluğunun tespitini engelleyebilir.

Kadında doğumun emin bir şekilde sonuçlanması arzusu bulunur. Bazıları özel isteklerde bulunurlar. Örneğin, çömelme veya eğilme gibi mutad dışı pozisyonlarda doğum yapmak isterler. Bazıları travay sırasında kardiyotokogram ile mekanik olarak izlenmemekte ısrar ederler, bebeğin karanlıkta doğurtulmasını, bebek anneye uzatılırken kordonun kesilmemesini isterler.

Birinci dönemde travay için en uygun pozisyon hastanın kişisel kararına bağlıdır. Bu konuda hekimin biraz esnek olması gerekir. Hasta travay sırasında sırtüstü yatmak isterse ve epidural anestezi uygulanmışsa bu pozisyon belirgin derecede güvenlidir.

Travayın birinci döneminde ayağa kalkmanın değeri birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Ayağa kalkan grubun büyük bir bölümünde travay kısa sürmüş, normal doğum olmuş ve daha az analjezi gerekmiştir. Bazı araştırmacılar ise ayağa kalkma ile ilgili belirgin yararların ya da zararların tespit edilmesinin güç olduğunu belirtmişlerdir. Radiotelemetri kullanılan bir izleme şekli olmuştur.

Travayın ikinci döneminde bazı kadınların desteklenmiş çömelme ya da diğer pozisyonlarda daha rahat doğum yaptıkları anlaşılmaktadır. Pozisyonun bebeğin güvenli şekilde doğumuna olanak sağlaması koşulu ile, annenin kendini en rahat hissettiği pozisyonu benimseyebileceği bildirilmektedir. Doğuma katılan ebe veya doktor, annenin almayı arzuladığı pozisyonu uygulamaya çalışmalıdır. Çömelme pozisyonunda perinenin bakımı konusunda bazı güçlükler ortaya çıkar. Bazı ebeler, çömelme bir hastada doğumu doğru bir şekilde kontrol etmeyi güç bulduklarını belirtmişlerdir.

Bazı kadınlar uzun bir süre çömelme pozisyonunda çok rahatsızlık

duyduklarını belirtmektedirler. Klasik doğum yatakları da böyle bir yöntem için uygun değildir. Bazı kadınlar doğumda doğum sandalyesinin kullanılmasını çok rahat bulduklarını belirtmişlerdir.

Travay sırasında dolaşma ve alternatif doğum pozisyonlarının kullanılmasının yararı veya sürekli dezavantajı olmadığı gösterilmiştir. Bununla birlikte, doğum yapan kadının istekleri güvenlik söz konusu olduğunda kabul edilmelidir. Tam teçhizatlı bir doğum biriminde onaylanmış obstetrik uygulamalar doğumda en güvenli esasları sağlar. Bu çeşit istekler ebe ve doğum hekimlerini bir ikilem içine sokar. Annenin istekleri reddedilirse, daha sonra şikayetler ortaya çıkabilir. Bebeğin yeterli bir şekilde canlandırılması gibi durumlarda dava açılabilir.

Endişe ile ilgili diğer bir alan, ağrının giderilmesi konusundadır. Birçok primipar uzun süren ağrılı bir travaydan sonra epidural anestezi ister. Epidural anestezi travayda ağrı giderilmesinde en etkin bir yöntemdir. Bu yöntem bütün doğum birimlerinde uygulanabilmelidir. İyi eğitim görmüş bir kimse tarafından uygulanmalıdır. Epidural anestezi uygulanırsa, ikinci dönemin yönetimini yeniden değerlendirme gereksinimi de dahil olmak üzere, gerekli olan travay yönetiminin farklı şekillerinin bilinmesi gerekir.

Çoğu annenin ağrı giderilmesi ile ilgili bazı yöntemleri arzuladıkları ve bunları hoş karşıladıkları bildirilmiştir. Bunlar mevcut anestezi şekillerini ve bunların etkilerini antenatal dönem sırasında doğum hekimi ile tartışmayı arzularlar.

Travay sırasında annenin durumu düzenli bir şekilde gözden geçirilmeli ve uygun bir zamanda uygun analjezi sağlanmalıdır. Ebe veya doktor bazı analjezi şekillerinin önerilebileceğine inanırsa, bunun nedenleri ile ilgili tam bir açıklamayı anneye yapmalıdır. Analjezi istemeyen anneler bu amaç bakımından desteklenmelidir. Travay sırasında fikirlerini değiştirirlerse, ağrı giderilmesi işleminin uygulanabileceği hatırlatılmalıdır. Ağrının giderilmesi ile ilgili antenatal tartışmanın değeri geçmişte fazlaca küçümsemiştir. Bu konu sadece gebe kadınla değil onun kocası ile de antenatal dönemde tartışılmalıdır. Çoğu kez günümüzde travay sırasında önemli derecede ağrı çeken ve ağrı giderilmesinin herhangi bir şeklini kabul etmemek için zorlanan kadınların kocalarının isteği üzerine bu şekilde davrandıkları görülmektedir.

Epizyotomi ilk defa 1742 yılında Ould tarafından tanımlanmıştır. 9 Günümüzdeki uygulanma oranı %30 ila % 70 arasında değişmektedir. Epizyotomi geniş ikinci veya üçüncü derece yırtıklara tercih edilmektedir. Bu gibi hasarlar, doğumu yaptıran kimsenin tecrübesiz olması durumunda, arka omuzun doğumu esnasında meydana gelebilir. Epizyotomi annenin rızası olmaksızın rutin olarak uygulanmamalıdır. Bununla birlikte, özellikle ilk çocuğunu doğuran annelerde doğum sırasında perine hasarı daha sık olarak görülür. Annenin ve bebeğinin yararı açısından, birçok durumda doktorlar ve ebeler epizyotomiyi önerirler. Epizyotomi gerekli görülürse, antenatal hazırlık ya da travay sırasında uygulama nedeni anneye açıklanmalıdır.

Epizyotominin onarımı konusunda diğer endişeler de bulunur. Epizyotomi veya yırtıklar yeterli miktarda lokal anestetik kullanılarak hemen dikilmelidir. Ağrılı epizyotomi yaraları önemli bir rahatsızlık kaynağıdır.

Llewellyn Jones epizyotomiden 24 saat sonra hastaların % 65'inde rahatsızlık bulunmadığını, % 28 'inde hafif bir rahatsızlık bulunduğunu ve % 7'sinde ise gerçek bir ağrının söz konusu olduğunu belirtmiştir.⁹ Disparoni de dahil olmak üzere uzun süreli etkiler iyi bilinmektedir ve bunlar bir adli tıp sorununun kaynağı olabilirler.

Son 30 yılda travayın başlatılması ve obstetrik müdahale oranlarındaki artıştan sonra doğal yolla çocuk doğumu gereksiniminde bir artış meydana gelmiştir. Obstetrik müdahalenin endikasyonlarının sürekli bir şekilde yeniden değerlendirilmesi gerekir.

Doğal yolla çocuk doğurmanın tanımlanması kolay değildir. Ancak çoğu kadına, ebeye ve doktora göre, bu tanımlamayla bir ebe veya doktorun minimal müdahalesi ile doğumun yaptırılması kasdedilmektedir. Doğal yolla çocuk doğumunda genellikle travayın spontan olarak başlaması ve fetüsün durumunun minimal bir şekilde izlenmesi, az veya hiç analjezi uygulanmaması, kadının rahat bulunduğu pozisyonda doğum yapması, travayın hızlandırılmasından kaçınılması, doğumun 3 üncü döneminde oksitosik ilaçlardan ve epizyotomi yapılmasından kaçınılması söz konusudur.

Doğum hekimleri açısından gebeliğin, travayın ve doğumun izlenmesi ve yönetimindeki gelişmeler hem anne hem de bebek için daha fazla güvenlik sağlayacak önlemlerin göz önüne alınmasını, travayın gereksiz yere uzatılmasından kaçınılmasını, kadının ağrıdan yeterli şekilde kurtarılmasını gerektirmektedir. Son 30 yılda bu takdire değer amaçların araştırılmasındaki teknik yöntemlerin uygulamaya girişi, birçok kadında ve kocasında korkulara, bazen de gebelik ve doğumun tehlikeli bir olay olduğu ve normal çocuk doğurma olayının ameliyata benzer bir şekle dönüşeceği düşüncesini doğurmuştur. Emosyonel ve psikolojik hislerin önemsenmemiş olduğuna dair bir izlenim ortaya çıkmıştır. Jeffcoate doğum hekimleri doğal durumdan daha iyisini yapmak isterlerken yetenekleri konusunda aşırı güvenleri bulunmadıkça müdahaleden sakınmak zorunda olduklarını ve bu şekilde aşırı derecede müdahale yapmamalarını belirtmiştir. Doğum hekimleri hastayı dikkatlice muayene etmek ve yararlılığı şüpheli olan bazen de zararlı olabilen işlemleri uygulamamak zorundadırlar.

Bununla birlikte, doğal yola her zaman güvenilemez. Travayın doğal yolu sık olarak anne veya çocuk açısından tehlikeli olabilir. Günümüzdeki obstetrik uygulamada doğum hekimi sadece yeterince yardım etmeyi düşünmemeli ve elinden gelen herşeyi yapmasını bilmelidir. Ayrıca doğumun daha güvenli bir şekil almasını ve daha az ağrısız seyretmesini sağlamalıdır.

Doğum hekimleri hakkında çok sayıda dava açılabileceği de bilinmelidir. Bu durum da onların kaçınılmaz olarak daha fazla girişimlerde bulunmalarına ve doğal yolla çocuk doğumunu daha az benimsemelerine yol açar. Makat doğumu için sezaryen ameliyatının yapılmasında belirgin bir artış meydana gelmiştir.

Hekim, uygun bakım standardına uyması gereken tedaviyi sağlamaması nedeniyle annede veya çocukta bir zarar oluştuğunda, sorumlu tutulabilir.

Çeşitli faktörler, travay ve doğum olaylarını, özellikle yasal sorunlara karşı hassas kılar. Amerika Birleşik Devletleri'nde hekimlerin sorumluluğu açısından zaman aşımı kanunları birçok yılı içine alacak şekilde genişletilmiştir.¹ Çünkü bir komplikasyonun bütün sonuçları bebek tamamen büyüyünceye veya doğum travmasının meydana gelmiş olabileceği toplum tarafından farkedilinceye kadar, değerlendirilemeyebilir. Bundan başka, hastalar, avukatları ve toplum, travay ve doğum esnasında bakım hatası yapılmış olmasının, daha sonra serebral spastik infantil paralizi ve zeka geriliğinin gelişiminden sorumlu olacağını kabul etme eğilimi içerisinde. İlk nokta, Paneth ve Stark 1. ağır zeka geriliği olgularının % 15 inden fazlasının, perinatal olaylara bağlanamayacağını, 2. ağır depressif bebeklerin çoğunluğunda ortaya çıkarılabilen nörolojik veya zeka ile ilgili sekeller görülmediğini ve 3. hatta serebral spastik infantil paralizi olgularında dahi, tüm bebeklerin en azından % 50 sinde doğum sırasında kanıtlanmış bir depresyon durumu bulunmadığını belirtmişlerdir.¹ İkinci nokta, anne ve bebek olmak üzere iki kişi söz konusudur. Her ikisi de yaşamlarının çok önemli bir zamanı içinde bulunmaktadır. Üçüncü nokta, travay ve doğum, günün veya gecenin herhangi bir zamanında beklenmedik bir şekilde meydana gelebilir. Bu nedenle, doğum hekiminin her zaman hazırlıklı olarak doğum sırasında bulunabilmesi veya yerine uygun bir hekimi bırakması önemlidir. Hastanın terkedilmiş olduğu iddiasında bulunma tehlikesi her zaman mevcuttur. Dördüncü nokta, travay ve doğum sırasında hastanın bakımının büyük bir kısmının zorunlu olarak hemşireler, ebeler, anesteziyologlar gibi diğer mesleki personel tarafından yapılması zorunluluğu vardır. Bunların kendi mesleki sorumlulukları bulunabilse bile, doğum hekimi "Geminin kaptanı" doktrinine göre sorumlu olabilir.

Geminin kaptanı doktrini, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde umumi adetlerden doğan bir hukuk kuralı doktrnidir. Bu doktrine göre, tıbbi ekipte görevli bulunan hekim, ekibin üyelerinin ihmal unsuru içeren hareketinden sorumludur. Bu doktrin günümüzde daha az uygulanmaktadır. Örneğin, çoğu mahkemelerde cerrahın artık tampon sayımından sorumlu olmadığı kabul edilmektedir. Çünkü hastane tarafından iş verilen hemşireler tamponları saymakta ve sonuçları kaydetmektedir.¹

DOĞUMUN SUNİ OLARAK BAŞLATILMASI

Hekime, 1. amniotomi yapmadaki ihmali, 2. yetersiz nedenlerle amniotomi yapması, 3. kontraendikasyona rağmen veya zamanından önce travayın başlatılması, 4. başlatılmış olan travay sırasında hastanın ve bebeğin gerektiği şekilde izlenmemesi yüzünden sorumluluk yüklenebilir.¹

Temel Bakım Standardı

Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Birliği, doğumun oksitosinle başlatılması veya hızlandırılması konusunda aşağıdaki talimatları

yayınlanmıştır.¹

Oksitosin, sadece annenin ve fetüsün yararına olacağı zaman kullanılmalıdır. Doğum hekimi travayın seyrini gözden geçirmeli, hastayı muayene etmeli ve doğumun hızlandırılması için gereksinim bulunduğunu tespit etmelidir. Doğum hekimi hastayı son dört saat içinde muayene etmişse, hastanın muayenesi başka bir hekime bırakılabilir. Oksitosinden kaynaklanan komplikasyonlar için tecrübeli bir doğum hekimine başvurulmalıdır. Oksitosin uygulanırken, anne ve fetüste meydana gelebilecek komplikasyonları ve oksitosinin etkilerini bilen bir doğum hekimi hazır bulunmalıdır. Beklenilmeyen etkilerin tedavisi için enfüzyonun ilk 20 dakikasında sorumlu bir hekim travay bölümünde bulunmalıdır. Bundan sonra, ortaya çıkabilecek herhangi bir komplikasyonun tedavisi için doğum hekimi kolayca ulaşabilir. Oksitosin sadece intravenöz yolla verilmelidir. Doğum bölümlerinde oksitosin solüsyonlarının hazırlanması için yazılı bir protokol bulunmalıdır. Oksitosin uygulandığında, fetüsün kalp atımlarının ve uterus kontraksiyonlarının devamlı olarak izlenmesi için bir elektronik izleyici kullanılmalıdır. Böyle bir aygıt bulunmadığında, düzenli aralarla, tercihen her 15 dakikadan daha az olmayacak şekilde, fetüsün kalp atımları, uterus kontraksiyonlarının frekans ve özelliği, oksitosinin uygulama hızı ve annenin nabızı kaydedilmelidir. Gerektiğinde bu belirlemeler daha sık olarak yapılmalıdır.

Yorumlama ve Alışılmış Uygulama

Doğumu suni olarak başlatmanın nedenleri iki gruba ayrılır. Bunlardan birincisi, bir hastada hızlı doğum anamnezi varsa veya hastaneden uzak bir yerde yaşıyorsa planlanmış olan indüksiyon hastanenin dışındaki yalnız doğumu önleyebilir, hastanın doğum hekimi ve hastane personeli tarafından yakından izlenmesini sağlayabilir. Bu çeşitteki bir indüksiyona elektif indüksiyon denir. İkinci kategoride tıbbi nedenler bulunmaktadır. Doğum bazı tıbbi durumlar nedeni ile başlatılır. Bu endikasyonlar arasında en sık olanı zarların erkenden yırtılması, hipertansiyon, diabetes mellitus, Rh sensitizasyonu, tekrarlayan pyelonefrit, tekrarlayan rahim için fetüs ölümü ve gebeliğin uzun sürmesi yer alır.

İndüksiyon, travayın anne veya fetüsü tehlikeye sokacağı durumlarda kontraendikedir. Kontraendikasyonlar arasında fetüsün anormal pozisyonu veya prezantasyonu, feto-pelvik disproporsiyon, uterusu nedbe dokusunun bulunuşu ve daha önceki travmatik doğum anamnezi yer alır.

1950 'li yıllarda Aberdeen'de Dugald Baird tarafından yapılan bir araştırmada, 35 yaşın üzerindeki primiparlarda gebeliğin 42 haftadan daha uzun sürmesi durumunda indüksiyon oranlarındaki artışın intrauterin ölüm oranlarındaki artışa neden olduğu gösterilmiştir.⁹ Miadında indüksiyon durumunda bu risk azaltılabilir. Bu işlemi, 1960'lı yılların ortalarında Turnbull ve Anderson tarafından oksitosin uygulanması şeklindeki etkili yöntemin geliştirilmesi izlemiştir. Bu dönemden sonra bütün İngiltere'de indüksiyon oranlarında artış meydana gelmiştir. Bazı hastanelerde miad civarında % 50

oranında indüksiyon uygulanması benimsenmiştir. Ancak bu uygulama, gebelik yaşının belirlenmesi için rutin ultrason uygulamasının yaygın olarak benimsenmesinden önce yapılıyordu. Uzun kapalı serviksi olan primiparları kateterler veya diğer aletler kullanarak uyarmak için çaba gösterildiği durumlar hatırlanabilir. Uzun, bazen de başarısız travaylar sezaryen oranında artış meydana gelmesine katkıda bulunmuştur. Doğum travayının hızlandırılması sorunu çeşitli yerlerde geniş bir şekilde ele alınmıştır. Travayın ilerlemesinin objektif olarak sağlanması, partografik değerlendirme ile yapılabilir. Aktif yöntemin doğru bir şekilde uygulanmasının travayın süresini kısaltacağına dair çok az kuşku vardır. Anormal derecede uzun süren travaylarda böyle bir yöntemin uygulanmasıyla annede ketozis ve enfeksiyon riskleri azalır. Aletle doğum ve sezaryen oranlarında azalma sağlanıp sağlanamayacağı noktası pek aşikar değildir.

Doğumu hızlandırma gereksinimi konusunda yeterince tavsiyede bulunulursa, çoğu kadın bunu memnuniyetle kabul eder. Bununla birlikte, az sayıdaki kadın, bu durumu kabul etmeyerek kendilerini ve bebeklerini uzun süren travaydan kaynaklanan sorunlara bağlı riske sokarlar.

En sık olarak uygulanan doğumu başlatma yöntemleri şunlardır : Amniotomi, oksitosin uygulaması, amniotomiye müteakip oksitosin uygulaması ve prostaglandinlerin verilmesi.

Amniotomi fetüse ait zarların suni olarak yırtılması işlemidir. Anormal derecede yavaş seyreden travayın gidişini hızlandırmak, amnion sıvısını gözle muayene edebilmek ve fetüsün saçlı derisine elektrot uygulanmasını kolaylaştırmak için travayda çoğu kez amniotomi yapılır. Diğer işlemlerle birlikte amniotomi yapma gerekçeleri hastaya açık bir şekilde bildirilmelidir. Çoğu kadında travay fetüsün başı angaje olduktan ve serviks olgunlaştıktan sonra başlar. Bazen oksitosin zarın yırtılma zamanında yardımcı olarak uygulanır. Eğer travay amniotomiden sonraki 6 saat içinde başlamamışsa da uygulanabilir.

Amniotominin en önemli komplikasyonları, travay ilerlemediğinde enfeksiyon gelişimi ve kordon sarkmasıdır. Zarların yırtılmasından doğuma kadar geçen süre ne kadar uzun olursa enfeksiyon riski de o kadar fazla olur. Prematür bebekler özellikle enfeksiyona karşı yatkındırlar. Bu nedenle doğumun zarların yırtılışını izleyen 24 saat içinde olması arzulanır. Eğer indüksiyon işlemi başarılı olmazsa, sezaryen gerekir.

Davacılar bazen hekimin yetersiz nedenlerle amniotomi yapması yüzünden ihmali bulunduğunu ileri sürebilirler. Bazen bebeğin ağırlığının dikkatsizlikle fazla bir şekilde belirlendiği ve böylece zamansız amniotomi yapıldığı iddia edilebilir. Hekim dikkatsiz bir şekilde amniotomi yaparsa ve bu yüzden fetüste veya annede zarar oluşursa, sorumlu tutulur.

Oksitosin uterus kontraksiyonlarına neden olur ve çoğu kez de travayı başlatmak için kullanılır. Yalnız başına veya amniotomi ile birlikte kullanılabilir. Zarların erkenden yırtılmasından sonra da uygulanabilir.

İdeal olanı oksitosinin bir enfüzyon pompası ile intravenöz olarak uygulanmasıdır. Uterus kontraksiyonlarını meydana getirecek olan oksitosin dozunu hekimin önceden belirlemesi güçtür. Hastaya zaman biriminde uygu-

lanan miktar dikkatlice izlenmelidir. Çünkü çok fazla bir doz fetüse zarar verebilen veya uterusu yırtılmaya yol açabilen şiddetli kontraksiyonlara neden olabilir. Uterus kontraksiyonlarını, hastanın nabzını, kan basıncını ve fetüsün kalp hızını sürekli bir şekilde izlemek gerekir. Buradaki amaç, iki ila üç dakikalık aralarla meydana gelen ve 60 ila 90 saniye kadar süren normal uterus kontraksiyonlarının oluşturulmasıdır.

Oksitosin uygulaması ile doğumun başlatılmasının bir avantajı, uterus cevap vermediği takdirde zarların sağlam kalmasıdır. Başlıca dezavantajı ise uygulamasının izlenmesinin güç oluşu ve aşırı bir dozun anne ve fetüse zarar verebilmesidir. Oksitosinin ayrıca, antidiüretik etkisi bulunduğundan, annede su entoksikasyonu meydana gelebilir.

Hekim uterus kontraksiyonlarını başlatmak için prostaglandinleri de kullanılabilir.

Doğumun başlatılması, aslında operatif doğumun bir kısmı şeklinde ele alınmalıdır. Gereksinimi anlaşılmazsa, herhangi bir duygusal konu gibi, kızma ve iddialara yol açması mümkün olabilir. Doğumu başlatmanın, spontan doğuma nazaran daha zararlı olduğu hakkında yaygın bir kanı bulunmaktadır. Zarar meydana geldiğinde, doğumu başlatma nedenlerine ilişkin kaygı ve güvensizlik iddialara yol açabilir. Doğumu başlatma ile ilgili çeşitli tekniklerin tehlikelerinin tartışılması klinik alanlara doğru yönelmeye neden olacaktır. Ancak uygun olmayan koşullarda zar yırtılarak doğum başlatıldığında, kordon sarkması meydana gelirse, iddalar ortaya atılabilir.

İlaçlarla travayın başlatılmasında ihmale bağlı sorumluluk halleri çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Tıp standartları başka bir doğum yöntemi gerektirdiğinde, hekim hastaya oksitosin verirse, sorumlu duruma düşer. Davacı ilaçların zamanından önce verilmiş olduğunu da ileri sürebilir. Davacılar tarafından sık olarak yapılan başka bir şikayet oksitosin uygulamasının gerektiği şekilde izlenmemesi ile ilgilidir. Bazı olgularda, davacı böyle bir durumun anneye zarar vermiş olduğunu ileri sürebilir. Doğumun başlatılması ve hızlandırılması için oksitosin enfüzyon tekniklerinin uzun süreli kullanımında meydana gelen su entoksikasyonu sorununun gittikçe farkına varılmaktadır. Sorun doğum personeli tarafından tanınmalı, uygun enfüzyon solüsyonları seçilmeli ve doğumun ilerleyişi dikkatlice izlenmelidir. Davacılar oksitosin uygulaması sırasında izleme yapılmamasının bebeğe zarar vermiş olduğunu da ileri sürebilirler.

EV DOĞUMU

Ev doğumu objektif bilimsel verilerin yokluğu ile karmaşık bir hal almış olan başka bir konudur. İngiltere ve Galler'de ev doğumlarının oranı 1927 'de % 85 iken, 1983 yılında % 1 'e düşmüştür.⁹ Bu azalışta hastanelerdeki doğumların anneler ve bebekler açısından en fazla güvenliği sağlaması rol oynamıştır.

Bir travayı karmaşık hale getirebilen bazı acil durumlar söz konusu olabilir ve bunlar son derece büyük tehlike taşıyabilirler. Tıbbi yardımın sınırlı olduğu veya bulunmadığı durumlarda tehlike en büyük boyutlara ulaşır.

Günümüzde bazı kadınlar evde doğum yapma konusunda sık olarak istekte bulunurlar. Hastanenin doğum açısından daha güvenli olduğuna dair şüphe yoktur. Çünkü tıbbi personel, anestetikler, kan transfüzyonu ve ameliyathane imkanlarına hemen ulaşılabilir. Ancak hastanelerin ideal psikolojik ortamı sağladıkları söylenemez. Bazı kadınlara göre bu durum gittikçe önem kazanan bir endişe kaynağı oluşturmaktadır.

Bir ev doğumunda bazı aksilikler ortaya çıktığında yasal sorumluluk kime yüklenecektir? Sağlık yetkililerinin bir ev doğumu için ebelik hizmetlerini sağlama yükümlülüğü bulunmaktadır.

Evde doğum yapmayı arzulayan bir kadına yeterli ve uygun öneride bulunulmalıdır. Öneriye rağmen hasta isteği üzerinde ısrar ettiğinde, bu nokta açık bir şekilde kayıt edilmelidir.

Gebe bir kadının obstetrik bakımı ile ilgili olan herkesin ihmal ile ilgili yasal kurallar gereğince hastayı gerekli mesleki yeterlilik ile ele almak yükümlülüğü bulunmaktadır. Gebe bir kadının ele alınması, tıp sanatının hünlerle uygulanmasını gerektirir. Tıp sanatında hasta ile iyi bir münasebet kurulması, ona açıklamalarda bulunulması ve hastanın açıklananları anlayabilmesi sağlanmalıdır. Göz önüne alınması gereken faktörler arasında obstetrik anamnez, evin doğum açısından uygunluğu, doğum hekiminin tercihi, gebe kadının istekleri gibi noktalar sayılabilir. Doğum için uygun olan yerin seçimi konusunda hasta ile doğum hekimi arasında bir uzlaşma olduğunda genellikle güçlüklerle karşılaşmaz. Öte yandan doğum hekimi hastanede doğum konusunda ısrar ettiğinde bazı sorunlar ortaya çıkabilir. Bazı hastalar hekimin önerisini reddedebilir ve ev doğumunda ısrar edebilirler. Günümüzdeki hakim görüş ev doğumlarının tehlikeli olduğu yönündedir. Bazı hekimler tüm doğumların acil durumların etkin bir şekilde ele alınabileceği bir ortamda yani hastanede yapılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Bununla birlikte bazı araştırmacılar kaba perinatal mortalite oranının evlerde yapılan doğumlara nazaran hastanelerde daha yüksek olduğunu ileri sürmüşlerdir. Campbell ve arkadaşları doğumun yapıldığı yere göre perinatal mortaliteyi incelemişler ve ev doğumlarında özellikle bir veya daha fazla sayıda doğum yapmış kadınlarda perinatal mortalitenin düşük olduğu sonucuna varmışlardır.⁹

Literatürde hekim yardımı olmaksızın doğum yaptıran ebelerin yanlış ilaç kullanımı konusunda hatalarının bulunduğu kayıtlıdır. Travay sırasında yanlışlıkla Pethidine yerine Syntometrine ve yeni doğan bebeğe yanlışlıkla Narcan yerine Syntometrine uygulanan durumlar bulunmaktadır.

İnatçı bir kadın sorununa nasıl yaklaşılmalıdır? İnatçı kadın terimi ile kusursuz bir obstetrik öneriye karşı çıkan, hastanede ele alınacak bir sorunu bulunmadığı konusunda ısrar eden ve doğumunun evde yapılmasını isteyen gebe kadın anlaşılır. Bunlar doktorlar tarafından yapılacak bir şeyleri bulunmadığını belirtirler. Bazıları gebelik veya travay sırasında hiçbir koşulda hastaneye götürülmemeleri üzerinde ısrar edebilirler. Ayrıca bunlar epizyotomiye izin vermezler. Travay sırasında zarların yırtılmasının bir saldırı niteliği taşıyacağını ileri sürebilirler. Bazı kadınlar da doğum sırasında eşlerinin bulunması konusunda ısrar edebilirler. Bunlar eşlerinin doğum sırasında yardımcı olacağını belirtebilirler.²

Bütün bu gibi durumlarda söz konusu tarafların yasal ve mesleki sorumlulukları ne olacaktır?

Çocukta hasar meydana geldiğinde anne-babanın tıbbi önerilere karşı davrandıkları gösterilebilirse, anne-babanın sorumluluğu ne olacaktır? Bu durumda bazı yasal hükümler bulunabilir. Örneğin, İngiltere’de 1976 tarihli hukuki sorumluluk yasasında bu durum özetlenmiştir. Bu yasaya göre, ilgili olan ebeveyn bir doğumsal bozuklukla dünyaya gelen çocuğun sorumluluğunu paylaştığında, mahkeme verilecek tazminatın miktarını ebeveynlerin sorumluluğunun kapsamını esas olarak, hakkaniyet ve eşitlik ölçülerini göz önünde tutarak azaltır.⁸

HEKİMLERİN DOĞUMLA İLGİLİ OLARAK SORUMLU DURUMA DÜŞMEMELERİ İÇİN DİKKAT ETMELERİ GEREKEN NOKTALAR

Hekimin doğumla ilgili olarak sorumlu bir duruma düşmemesi için aşağıda belirtilecek olan temel noktalara dikkat etmesi gerekir.

Doğum hekimin görevi hem antenatal dönemde hem de doğum sırasında standart bakım koşullarına uymaktır. Bu gibi kurallara uymadığı takdirde sorumlu duruma düşebilir. Bulguların titizlikle kaydedilmesi, yakın gözlem, mezuniyet sonrası eğitimin sağlanması, hasta ile bağlantı kurulması, davalardan kaçınmada temel bir rol oynar.

Doğum sırasında çeşitli komplikasyonlar meydana gelebilir. Makat prezentasyonu, distosi, plasenta ile ilgili anormal durumlar ve zarların yırtılması ile ilgili sorunlar gerektiği şekilde ele alınmalıdır. Bu durumlar veya diğer faktörler yardımsız vaginal doğumun mümkün olmayacağını gösterdiğinde doğum hekimi sezaryen yapma veya forseps uygulama durumu ile karşı karşıya kalabilir. Bunlarla ve epizyotomi ile ilgili yasal durumlar da göz önüne alınmalıdır.

Epizyotominin gereksiz yere erkenden yapılması gereksiz kan kaybına neden olduğundan, bu tür bir yanlışlık yapılmamalıdır.

Benzer şekilde, epizyotomi yapma fırsatı kaçırılabilir. Böyle bir durumda, baş doğarken, perinede, vaginada veya vulvada kaçınılamayan yırtıklar meydana gelebilir.

Günümüzde birçok doğum biriminde uzmanlaşmaya varılmıştır. Antenatal dönemde anneye doğum planı verilmelidir. Anne bu planla belirli isteklerinin hudutlarını çizebilir ve onları travaydan önce ebeler ve doktorlar ile tartışabilir. Tartışmalar, samimi bir şekilde, anlayış ve nezaket duyguları içerisinde yapılmalıdır. Çıkan zorluklar ve anlaşmazlıklar kaydedilmelidir. Bağlantı ve kayıtların tutulması önemlidir.

Travayın yönetimi sırasında dikkatli bir tutum içinde bulunulmalıdır. Geleneksel olarak, sorunlar ortaya çıktığında, ebe nöbetçi hekimi çağırır. Kıdemli hekimler en ufak bir şüphe halinde, kıdemli meslektaşlarından ve konsültanlardan yardım istemelidir. Kıdemli hekimler çağırıldığında, tartışmalar ve notlar kaydedilmelidir. Yeterli kayıtların eksikliğinde, savunma

başarısız olur.

Fetal distres, çoğu obstetrik malpraktis davasının asıl konusunu oluşturur. Bu tür davalarda hemen hemen daima fetüsün izlenmediği veya traselerin yorumlanamadığı ileri sürülür. Uygun bir doğum şekli konusunda karar verilirken, fetüsün elektronik aygıtlarla izlenmesi son derece yararlıdır. Bir malpraktis davasında olgunun izlenip izlenmediği konusunda karar verilirken, izleme traseleri hastane kayıtları ile birlikte incelendiğinden; doğum hekiminin bu traseleri dikkatle incelemesi gerekir. Özellikle yüksek riskli hastalarda fetüsün kalp hızı ve uterus aktivitesi sürekli olarak izlenmelidir.

Monitörle izleme olanağı bulunmadığında, travayın ilk döneminde her 30 dakikada bir, ikinci döneminde ise her 15 dakikada bir oskültasyon işlemi uygulanmalıdır. Hasta doğuma hazırlandığında, fetüsün kalp atımları en azından her 10 dakikada bir kontrol edilmelidir.

Bilirkişi raporuyla fetüsün izlenmemesi ile oluşan zarar arasında bağlantı kurulduğunda, hekim malpraktisten sorumlu tutulacağından, hastanın izlenmesi konusu büyük önem taşımaktadır.¹¹

Travay sırasında elde edilen kardiyotokografilerin teknik kalitesi önemlidir. Çünkü kaydın yorumlama açısından yetersiz oluşu zorluk çıkarır. Kaydın yetersizliği, makina veya elektrot hatasına, elektrodun yanlış bağlantısına veya yanlış yere koyulmasına bağlıdır. Bu tür yetersizliklerden kaçınmak için hatalar düzeltilmelidir.

Fetüsün kalp hızının yorumlaması uterus aktivitesine göre yapılmalıdır. Uterusun aktivitesi kaydedilmeksizin fetüsün kalp atım hızının doğru bir şekilde yorumlanması mümkün değildir.

Bütün kardiyotokogramlarda olaylarla ilgili zamanlar ve hasta ile ilgili ayrıntılar kaydedilmelidir.

Bazı hastanelerin doğum servislerindeki tıbbi organizasyonda ilerlemeler olmaktadır. Doğum servislerindeki çalışma ve denetimler için konsültanlarla sık olarak toplantılar yapılmalıdır.

Bazen özellikle travay olayı ile ilgili olmayan sorunlar ortaya çıkabilir. Tamponların unutulması, epizyotomi veya sezaryen ameliyatı yaralarının açılması örnek olarak verilebilir. Tartışmanın açık bir şekilde yapılması ve kayıtların iyi bir şekilde tutulması burada da önem taşır.

Vaginada unutilan bir tampon ciddi pelvis enfeksiyonuna yol açabilir. Böyle bir durum ile karşılaşılması için onarımdan önce ve sonra tampon sayımı yapılmalıdır. Vagina tampon ve gazlı bez yönünden, rektum sütürler yönünden kontrol edilmelidir. Eğer sütürler rektumdan geçmişse çıkarılmalıdır.

Olgu ile ilgili kayıtlar tıbbi olduğu kadar aynı zamanda yasal belgelerdir. Bu kayıtların bir dava söz konusu olduğunda mahkemede incelencekleri noktası unutulmamalıdır. Genel yorumlar sadece gerçeklerle sınırlı olmalıdır. Suçlayıcı veya kişisel yorumların olgu kayıtlarında yeri yoktur. Kayıtlarda spekülasyonun yapılmaması da önemlidir. Olgu ile ilgili notlar değiştirilmemelidir. Çünkü bu tür değişikliklere her zaman şüpheli gözle bakılır. Kayıtların değiştirilmesi gerekiyorsa, değiştirme nedeni belirtilmeli ve değişikliklerin yanına imza atılmalıdır.

Travay sırasındaki olaylarla ilgili kayıtlar imzalanarak saklanmalıdır. Kayıtların kaybedilmesi halinde savunma yapılması zorlaşabilir.

Birçok sorun personelin nöbet değişimi sırasında ortaya çıkar. Travayın ilerlemesi ve fetüsün kalp hızındaki anormalliklerle ilgili önemli bilgiler çoğu kez gözden kaçırılır ve gelen ekibe iletilmez. Bu nedenle, nöbete yeni başlayan personel olgular konusunda bilgilendirilmelidir. Travayın ilerlemesindeki gecikme en iyi şekilde partogram kullanılarak gösterilir.

İkiz gebelikte doğum ile ilgili davaların sayısında artış görülmektedir. İkizlerden ikincisinin doğumu çoğu kez akut bir sorun oluşturur. Bu tür doğumlar yeterli tecrübesi bulunan kimseler tarafından yaptırılmalıdır. Çoğul gebeliklerin doğumu anestezi ve pediatri servisleri bulunan merkezlerde yaptırılmalıdır. İkizlerden ikincisinde perinatal mortalite ve morbidite oranları her zaman yüksektir. Bu tür olgularda plasentanın ayrılmasında sorun, kordon prolapsusu ve güç doğumlar söz konusudur.

İkiz gebeliklerin doğumunda iç versiyon ve/veya makat ekstraksiyonu gibi manevralar konusunda tecrübesi olmayanlara ikiz gebeliklerin doğumu yaptırılmamalıdır. Dava korkusu ikizlerden ikincisinin doğumu için sezaryen ameliyatının yapılmasında artışa neden olmuştur. Bununla birlikte, birinci ikizin doğumundan sonra makadın ekstraksiyonu, sezaryen ile doğumdan daha travmatik değildir. İkinci ikizin sezaryen ile doğumu doğumda daha fazla gecikmeye yol açar ve anne açısından da ilave riskler taşır. Sezaryen ile ikinci ikizin doğumuna doğru eğilim artarsa, o zaman bu durumdan kaçınmak için daha elektif sezaryenler yapılması tercih edilir. Bu durumda doğumhanede tecrübeli doğum hekimleri bulunmalıdır.

Her doğum hekimi meslek hayatında omuz takılması ile karşılaşır. Bu tür bir komplikasyonda travayın başlangıcından önce iri bebeğin bulunduğu farkına varılamamış olduğu ileri sürülür. Aslında bu nokta çoğu kez imkansızdır.

Çoğu kez baş zorluk çıkarmadan doğar ancak omuzlar takılır. Bu durumun sık görülen iki komplikasyonu brakial plexsus hasarı ile doğumdaki gecikmeden dolayı uzun süreli asfiksiye bağlı fetüsün beyinde hasar oluşmasıdır. Böyle bir durumla karşılaşılmasında için aşırı kuvvet kullanılarak çocuğun başından çekilmemeli, başı döndürerek ve lateral fleksiyon yaptırarak ekstraksiyon işlemi uygulanmamalıdır. Ayrıca bu tür olguların doğumu omuz distosisinde davranış şeklini bilen hekimlerce yaptırılmalıdır.

1978 yılında yayınlanmış olan İngiliz Tıp Dergisinde Micklethwaite, Beard ve Shaw aşağıdaki noktaları belirtmişlerdir:⁹

1. Anneye kendisinin ve bebeğinin tıbbi durumu hakkında bilgi verilmelidir. Gebelik, doğum ve post-natal dönemde uygulanacak bakım anlatılmalıdır.

2. Kendisi ve bebeği hakkında bir sorun bulunmadıkça travaya normal bir şekilde gireceği belirtilmelidir. Doğumu başlatma kararından önce sorun onunla tartışılmalıdır.

3. Kendisi veya bebeği konusunda bir sorun bulunmadıkça travayın müdahale yapılmaksızın ilerleyeceği anlatılmalıdır.

4. Travaydan önce çeşitli ağrı giderme yöntemleri kadına açıklanmalıdır. Bu yöntemlerden kadının istediğine karar vermesi sağlanmalıdır. Kabul etmesi için baskı uygulanmamalıdır.

5. Travayın başlatılması ya da hızlandırılması güvenlik nedeni ile gerekli olursa, karar verilmeden önce konu hasta ile tartışılmalıdır.

6. Arzuladığı takdirde, tüm travay süresince hastanın kocasının ya da istediği bir kişinin yanında bulunması sağlanmalıdır.

7. Mümkün olduğunda bazı kadınların antenatal bakım uygulayan kişinin travay sırasında bulunması isteği olanaklı kılınmalıdır.

8. Bebek doğduğunda annenin bebeği mümkün olduğunca kısa bir süre içinde tutması, onunla bir süre geçirmesi ve onu beslemesi sağlanmalıdır.

9. Aksi durumlar bulunmadıkça hastanede kaldığı süre boyunca anne bebeğinden ayrılmamalıdır.

10. Evine döndüğünde gerektiği sürece anneye mesleki öneri ve destek sağlanmalıdır.

Bu isteklerin hiçbirisi makul dışı olarak görünmemektedir. Bunlar travaydaki bir kadına medeni bir yaklaşımı temsil etmektedir. Bunlar travayın modern yönetimi ile uyum gösterirler.

KAYNAKLAR

1. Fineberg, K.S., Peters, J.D., Willson, J.R., Kroll, D. A : Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan, 1984, pp.403-412, 467-474.

2. Ford, P.G.T: Natural Childbirth and Home Deliveries- Medico-Legal Aspects, In : Chamberlain, G.V.P., Orr, C.J.B., Sharp, F (Editors) : Litigation and Obstetrics and Gynaecology, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, pp. 301-310.

3. Franklin, C. A : Modi's Textbook of Medical Jurisprudence and Toxicology, Twenty-first Edition, N.M. Tripathi Private Limited, Bombay, 1988, pp.365-367.

4. Goldsmith, L.S : Medical Malpractice : Guide to Medical Issues, Matthew Bender. 1989, pp. 102/1-102/104

5. Gordon, I., Shapiro, H. A : Forensic Medicine, A Guide to Principles, Second Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1982, pp.376-377.

6. Iffy, L : Obstetrics, In : Wecht, C.H., Preiser, S.E., Preiser, M.L (Editors) : Preparing and Winning Medical Negligence Cases, Second Edition, Volume 2, The Michie Company, Law Publishers, Charlottesville, Virginia, 1989, pp. 281-311.

7. Krishnan, M.K.R : Handbook of Forensic Medicine including Toxicology, 9th Edition, Kothari Books, Hyderabad, 1990, pp.158-159.

8. Lewis, T.L.T., Chamberlain, G.V.P : Obstetrics by Ten Teachers Fifteenth Edition, Edward Arnold, London, 1991, pp.331-337, 400-409.

9. Milton, P.J.F : Natural Childbirth and Home Deliveries - Clinical Aspects, In : Chamberlain, G.V.P., Orr, C.J.B., Sharp, F (Editors) : Litigation and Obstetrics and Gynaecology, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, pp. 279-299.

10. Parikh, C.K : Parikh's Textbook of Medical Jurisprudence and Toxicology for Classrooms and Courtrooms, Medicolegal Centre, Bombay, 1986, pp.412-417.

11. Sholl, B.W., Sholl, J.S : Delivery Options, In : Evans, M. I., Dixler, A. O., Fletcher, J.C., Schulman, J.D (Editors) : Fetal Diagnosis and Therapy: Science, Ethics and the Law, J. B.Lippincott Company, Philadelphia, 1989, pp. 340-342.

12. Smith, S., Fiddes, F.S : Forensic Medicine, A Textbook for Students and Practitioners, Ninth Edition, J & A. Churchill Ltd., London, 1949, pp.316-323.

Babanın Doğum Sırasında Bulunması

Zeki Soysal / Sadi Çağdır / Murat Eke

Babanın doğum odasına girmesine izin verildiğinde, doğum personelinin ihmali neticesinde anne veya çocukta oluşan zarar durumu babada duygusal sıkıntı yaratırsa, sorumluluk hali ortaya çıkabilir.

TEMEL BAKIM STANDARDI

Hastanın, eşinin doğum odasına girmesini arzuladığı durumda, hastane protokolü imkân veriyorsa, doğum hekiminin de rızasıyla, babanın travay ve doğum esnasında hasta ile beraber bulunmasına izin verilebilir. Travay ve doğum odasında karşılaşılan normal olaylar ve işlemlerle ilgili yeterli bilgi sağlanmalıdır. Babanın sezaryen doğumu sırasında bulunup bulunamayacağı, doğum hekiminin yanı sıra anesteziyoloğun kararına ve hastanın tutumuna bağlıdır.¹

YORUMLAMA VE ALIŞILMIŞ UYGULAMA

Günümüzde doğum hekimliğinde travayı kısaltmak ve sıkıntıyı azaltmak amacıyla, ilaç ve yöntemler uygulanmaktadır. Bu şekildeki modern tıp uygulamasına bir reaksiyon olarak, doğal şekilde doğum halk tarafından benimsenmektedir. Doğal yoldan çocuk doğumunu benimseyen kimseler, travayın elektif olarak başlatılması, devamlı blok analjezisi ve anestezisi ve profilaktik forseps doğumu gibi tekniklerin tedbirsizce uygulanmasının doğumu güçleştirebileceğini ve anneyi doğal şekilde doğum olayından yoksun bırakacağını iddia edebilirler. Erkek ve kadının rolleri ile ilgili sosyal tanımların değişmesi ile birlikte doğal çocuk doğurma programlarının benimsendiği değerler, babanın doğum olayına aktif olarak katılımını desteklemektedir. Sonuç olarak, çocuğunu bekleyen bir babanın doğum odasına çocuğun annesi ile birlikte girebileceği söylenebilir.¹

Doğal şekilde çocuk doğurma programlarında, korkuyu ve gerilimi azaltmak suretiyle doğum kolaylaştırılmaya çalışılmaktadır. Böyle programlarda, kendisine güveni bulunan, dinlenmiş ve kooperasyon tecrübesi olan kadınların daha kolay doğum yapabilecekleri kabul edilmektedir. Bu özel-

likler, hastaya gebelik boyunca beklenen doğal fizyolojik değişikliklerin öğretilmesi, travay sırasında dinlenme tekniklerinin uygulanması ve gerektiği şekilde solunum yapılması konularındaki eğitimle elde edilebilir. Baba bu eğitime katılır, kontraksiyonların zamanının ayarlanmasında, solunum egzersizlerinin yapılmasında yardımcı olur. Ayrıca duygusal açıdan da gerekli desteği verebilir. Hem hasta hem de kocası travay ve doğumun nitelik ve ilerleyişini, yeni doğanda beklenen görünüm ve reaksiyonları kavramalıdır.

En iyi bilinen doğal şekilde çocuk doğurma yöntemleri arasında Lamaze ve Leboyer metotları yer almaktadır. Lamaze yöntemi, hem kocanın hem de eşinin bireysel olarak eğitimini, gerçek doğum filimlerinin gösterilmesini ve hekim tarafından doğum öncesinde açıklamalarda bulunulmasını içerir. Hasta çeşitli egzersiz teknikleri konusunda eğitim görür. Kasları kuvvetlendirmek için yapılan egzersizler arasında çömelme, karın ve pelvis tabanı kaslarını kasma çalışmaları yer alır. Gevşeme egzersizleri özel adeste gruplarının kasılması ve gevşetilmesi üzerinde odaklanır. Nefes alma egzersizleri ile diyafragma gevşerken, hastanın interkostal adestelerini kullanması sağlanır. Hastanın eşi hafif sırt masajı yaparak, sakrum üzerine basınç uygulayarak ve anneye fetüsün oksiput tarafına doğru pozisyon verdirerek yardımcı olabilir. Leboyer metodu, doğumun karartılmış bir odada yapılmasını ve yeni doğan bebeğin hemen ılık suyun içerisine daldırılmasını içerir. Bu şekilde, fetüsün ortamı taklit edilir. Bu önlemler, uterustan dış dünyaya geçiş şokunu azaltmak için alınır. Anne bebeğini okşar ve kucaklar. Babanın da yeni doğan bebeği tutması ve okşaması teşvik edilir.¹

Babanın doğum olayına katılımına, lohusalıkta ve yeni doğanda enfeksiyonu arttırabileceği nedeniyle, karşı çıkılmıştır. Babaya uygun elbise giydirilmesi ve ellerinin yıkılması gibi aseptik koşullara uyulması halinde, enfeksiyon riski azalabilir. Babaya uygun şekilde eğitim verilmesi, acil bir durum karşısında bayılmasını önler.

Doğum odasına babanın kabul edildiği durumlarda, eşi ve çocuğunda oluşan zararı görmesi sonucunda davalar açılmıştır. Bebeğin ölümünün veya anne ve çocukta oluşan zararın babada duygusal yönden sıkıntı oluşturduğu birçok durumda açılan davalarda malpraktis iddiası yer almıştır.¹

KAYNAK

1. Fineberg, K. S., Peters, J.D., Willson, J. R., Kroll, D. A: Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan, 1984, pp. 460-462.

28

Doğum Güçlüğü ile İlgili Adli Tıp Sorunları

Zeki Soysal / Sadi Çağdır / Murat Eke

Pelvis ölçümlerinin yetersiz veya yanlış bir şekilde belirlenmesi bebekte yaralanmaya neden olduğunda veya doğum güçlüğüünün yönetiminde dikkatsizlik bulunduğuunda, hekime sorumluluk yüklenebilir.

TEMEL BAKIM STANDARDI

Doğum güçlüğüünün yönetimine ilişkin talimatlar yayınlanmamıştır.

YORUMLAMA VE ALIŞILMIŞ UYGULAMA

Doğum güçlüğü, uzun veya güç doğum anlamına gelir. Normal doğumun maksimum süresinin 24 saat olduğu söylenmektedir. Bundan daha uzun süren doğumlara uzun süren doğumlar denir. Bazı hekimler ise bu terimi 18 saatten daha uzun süren travay durumunda kullanırlar.

Genelde doğum güçlüğü üç nedenden kaynaklanabilir: Doğum yolu, bebeği iten kuvvet ve bebek. Diğer bir deyimle doğum kanalındaki değişiklikler, ovaryum tümörü gibi engeller, etkisiz uterus kontraksiyonları, anormal prezentasyonlar, bebeğin kötü gelişim göstermesi doğum güçlüğüne yol açabilir. Plasenta doğum yolunu tıkarsa veya prezente olan kısmın aşağı doğru inişine engel olursa bir faktör olabilir.

Doğum hekimi doğum güçlüğüünü belirlerken ve bunun ne şekilde ele alınacağına karar verirken birçok faktörü göz önünde bulundurmalıdır. Pelvisin şekli ve büyüklüğünün saptanması klinik olarak ya da radyolojik inceleme ile yapılabilir. Klinik pelvimetri pelvisin ölçümlerini doğru bir şekilde ortaya çıkarmaz. Ancak pelvis boşluğunun şekli ve kapasitesi hakkında oldukça doğru bir değerlendirmenin yapılmasını sağlar. Radyolojik olarak yapılan pelvimetri klinik muayeneden daha kesin bilgi verir. Özellikle pelvisin kapasitesi ile fetüsün büyüklüğü arasındaki ilişki daha doğru bir

şekilde belirlenebilir. Öyle olsa bile radyolojik olarak yapılan pelvimetri ile çoğu kez gebeliğin akıbetini doğru bir şekilde belirlemek mümkün olmaz. Pelvimetri gebeliğin geç döneminde ya da travay sırasında yapıldığında, aşağıdaki durumlarda daha fazla bilgi edinilebilir:

1. Özellikle hekim oksitosin kullanımını düşündüğünde, fonksiyon bozukluğu gösteren travay sırasında,

2. Anormal klinik ölçümleri bulunan hastalarda pelvisin yeterliliği konusunda herhangi bir şüphe bulunduğunda, vaginal muayene travayın erken döneminde yapıldıktan sonra,

3. Oksitosin kullanımına ya da sezaryen yapılmasına karar vermeden önce dar pelvis yönünden travay denemesi sırasında,

4. Makat veya diğer anormal fetüs pozisyonlarından şüphelenildiğinde,

5. Kalçasında ya da kemik pelvisinde bir yaralanma veya hastalık geçirmiş olan kimselerde,

6. Anamnezinde uzun sürmüş travaylar ya da iri bebekler bulunan hastalarda,

7. Travayın erken dönemindeki bir primigravidada serbest halde bulunan baş gibi uygunsuzluk belirtisi bulunan durumlarda.

Bununla birlikte, birçok hekim vaginal doğumun mümkün olup olmadığı konusunda karar verirken pelvimetrinin yetersiz bir yöntem olduğunu düşünmektedir.

Baş-pelvis uygunsuzluğundan ziyade "travayın ilerleyememesi" tanısı daha sık olarak kullanılmaktadır. Doğum hakkındaki çoğu kararlar, prezantasyon, matürite ve travayın ilerleyememesi gibi diğer faktörlere bağlıdır.

Fetüs yönünden doğum hekimi fetüsün pozisyonunu, ağırlığını, başın fleksiyon derecesini, başın büyüklüğünü ve fetüs başının etkili düzleminin ölçümlerini de belirlemelidir. Uterus kontraksiyonların niteliği, serviksin silinmesinin ilerleyişi ve serviksin dilatasyonu da değerlendirmelidir. Bu faktörler göz önüne alındıktan sonra olgunun vaginal doğuma bırakılması ya da sezaryen yapılması kararı verilebilir. Yetersiz ya da yanlış pelvimetri sonucunda bebekte zarar meydana geldiği durumlarda hekim sorumluluk durumu ile karşı karşıya kalabilir. Bununla birlikte eğer davacı haklı çıkmak istiyorsa hekimin eylemi ile distosi sonucu meydana gelen zarar arasındaki nedensellik bağlantısı onun tarafından gösterilmelidir.

Doğum güçlüğünün neden olduğu zararlar nedeniyle açılan davaların çoğu bebeğe ait özelliklerden kaynaklanır. Davalar en sık olarak bebeğin omuz yaralanması sonucunda ortaya çıkar. Omuza bağlı doğum güçlüğünde bebeğin büyüklüğü önem taşır. Miadındaki bir bebeğin ortalama ağırlığı 3200 gramdan biraz fazladır. Ortalama boyu ise 50 santimetredir. Yaklaşık olarak bebek ağırlığının en azından % 10 u 4000 gramdır. Ancak % 1-2 si 4500 gramın üzerindedir. Doğum ağırlığı çoğu kez sonraki gebeliklerde arttığından, multipar bir kadının her zaman kolayca doğuracağını sanmak hatadır. Annede diyabet hastalığı varsa, fetüsün büyüklüğü aşırı olabilir. Gebe bir kadının 13620 gramdan daha fazla kilo alışı, genellikle büyük bir bebek olasılığına

işaret eder.

Fetüsün başı aşağı inip doğarken, doğum güçlüğü sonucu omuz yaralanması meydana gelir. Bu durumda bebeğin omuzları geçemeyecek kadar geniştir. Bu durum, hızlı bir doğumu gerektirir. Aksi taktirde, bebek, göğsünün baskı altında kalması, solunumun önlenmesi ve göbek kordonu dolaşımının azalması sonucunda ölebilir. Genellikle, arka omuz annenin sakrumunun altından aşağı iner, ancak bebeğin omuzlarının aşırı derecede geniş oluşu, ön omuzun pelvise girişini önler. Bu durumda, fetüsün başının zor kullanılarak aşağı doğru çekişmesi bebeğin brakiyal pleksusunu zedeleyebilir. Omurganın servikal kısmı kırılabilir. Bebeğin ön omuzuna annenin karın duvarından basınç uygulayarak, pelvis içine itilmesi gerekir. Bu manevra başarısız kaldığında, hekim, elini, birinci ve ikinci parmakları bebeğin arka koltuk çukurunda bir çengel yaptırınca kadar, vaginaya sokmalıdır. Arka omuz aynı zamanda öne doğru dönderilmeli ve aşağı doğru çekilmelidir. Bu durum başarılı taktirde, ön omuz sakrumun promontoryumu altında pelvis içine doğru dönderilmelidir. Buna karşın, arka omuz senfizin altından öne doğru doğurtulur. Omuzun aşırı derecede geniş olmasına bağlı olarak doğum güçlüğünün ortaya çıkabileceği noktaya dikkat edilmeyip, uygun doğum teknikleri uygulanmadığında, doğum hekimi ihmal nedeniyle sorumlu duruma düşebilir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde bazı mahkemeler distosi davalarında hekimin lehinde karar vermişlerdir. Bu mahkemeler, distosiyi önceden belirleme güçlüğünü ve bilirkişi mütalaalarını göz önünde tutarak karar vermişlerdir. Mahkemeler distosiyi ele alırken, değişik fakat eşdeğer süreçlerin varlığını kabul etmektedirler.

KAYNAK

1. Fineberg, K. S., Peters, J.D., Willson, J. R., Kroll, D. A: Obstetrics / Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan, 1984, pp. 460-462.

İndeks

- açıkça belgelenmiş olan doğum sırasındaki asfiksının sonucu, 680
adli açıdan önem taşıyan plasenta bulguları, 421
adli hemşireliğin çalışma alanları, 1170
adli hemşireliğin gelişimi, 1169
adli obstetrikte ve jinekolojide adli hemşirenin rolü, 1169
adli tıp açısından fetüsün somatik gelişimi ile gebelik süresi arasındaki ilişki, 123
adli tıp açısından travma ve gebelik, 293
adli tıpla ilgili sorunlar açısından profilaksi, 25
adnesteaki kitlenin araştırılması için rıza, 66
ağır metaller, 208, 406
AIDS ile ilgili kompleks, 498
AIDS, 498
aile hukuku açısından anne ve baba ile çocuk arasındaki ilişki, 835
akciğer tromboembolizmi, 337
akıl hastalarına yasal yetki elde edilmeden sterilizasyon yapılması, 802
akuaduktal stenoz ve spina bifida, 986
akut karaciğer yağlanması, 342
akut uterus inversiyonu, 347
akut uterus torsiyonu, 347
alet kullanımına bağlı vagina yaralanmaları, 1015
alfa-fetoprotein ölçümü, 222
alışkanlık yapıcı maddelerin gebelik sırasında kullanımı, 35
alkilleştirici maddeler, 405
alkolizm, 166, 211
altın, 94
ameliyat ve düşük, 102
amenore, 110
amnion rüptürü ile ilgili adli tıp sorunları, 582
amnion rüptürü, 39
amnion sıvı embolizmi, 342
amnion sıvı embolizminin tanısında kullanılan boyama yöntemleri, 345
amnion sıvısında mekonyumun bulunuşu, 567
amniosentez için rıza, 58
amniosentez, 35, 97, 98, , 217, 304, 990
anamnez, 150
anansefali, 985 anemi, 158
anestetik maddeler ve ilaçlar, 409
anestezi ile ilgili ölümler, 349
anestezi ile ilgili ölümlerde post-mortem incelemeler, 285
anestezi sırasında anaflaktik reaksiyon, 283
anestezi ve düşük, 102
anne ve baba ile fetüs arasındaki çelişkiler, 473

annede gebelikle ilgili aşırı duyarlık reaksiyonları, 269
annedeki hipertansiyonun adli tıp açısından önemi, 250
annedeki hipertansiyonun fetüs üzerine olan etkileri, 251
annedeki patolojik durum, 559
annenin madde kullanması durumunda fetüsün ve istismara uğramış olan çocuğun hakları, 477
annenin pelvisinin ölçümü, 154
annenin tedaviye zorlanması, 468
annenin vücut ağırlığı, 152
ano-rektal travma, 1147
anormal bir çocuğun doğumundan sonra genetik açıdan yapılan danışma, 192
anormal plasantasyon (plasantanın anormal oluşması), 334
antenatal bakımla ilgili adli tıp sorunları, 148
antenatal dönemde sık olarak karşılaşılan obstetrik sorunlar, 157
anteartum bakım, 80
anteartum obstetrik ultrason incelemesinde dikkat edilmesi gereken noktalar, 994
anthropoid pelvis, 155
antikoagülanlar, 94
anüs yoluyla ırza geçme, 1101
Apgar indeksi, 709
Arias – Stella atipisi, 104
arkadan gelen başın doğumu, 594
arkadan gelen başın tutulması, 587, 595
Asherman sendromu, 89
asit fosfataz testi, 1123
asit özellikteki sıvının aspirasyonu, 279, 349
aşağıda forseps uygulanması, 618
ateşli silah yaraları, 1017
atipik mikroglandüler endoservikal hiperplazi, 104
aydınlatılmış onam, 19, 54
aygıtların kullanılmasından doğan zararlar, 42
ayrılmama (nondisjunction), 205

babanın doğum salonunda bulunuşu, 40, 534
bakım standardı, 23
bakırlı rahim içi araçları, 871
bakire, 1098
ballotman, 114
barsak malformasyonları, 986
baryumla pelviste iltihap oluşumu, 104
battledore placenta, 415
beat- to – beat variabilitenin azalması, 564
benzen ve toluen, 208
bestialite, 1137
bilirkişi olarak mesul müdahillik durumu, 1061

bilirkişi olarak plasenta ve perinatal olaylarla ilgilenen patolog, 417
bipartite placenta, 414
bir omuz distosisi olgusunda avukatın yapacağı araştırma, 549
boş koryon kesesi, 313
Braxton – Hick bulgusu, 114
bulantı ve kusma, 157

canlı doğan fetüste zarara yol açan prenatal hasar, 453
cerrahi fistüller, 951, 970
cerrahi girişimler sonucu meydana gelen iatrojenik hastalıklar, 88
cinsel olaylarla ilgili olmayan vulva ve vagina yaralanmaları, 1012
cinsel saldırı ile ilgili raporun hazırlanması, 1137
cinsel saldırı olaylarında anamnez, 1087
cinsel saldırı olgularında adet kanının belirlenmesi, 1111
cinsel saldırı olgularında adli tıp ile ilgili sorular, 1137
cinsel saldırı olgularında alınması gereken örnekler, 1105
cinsel saldırı olgularında bulguların yorumlanması, 1130
cinsel saldırı olgularında elbiselerin incelenmesi, 1118
cinsel saldırı olgularında kan grubu belirlemesi, 1110
cinsel saldırı olgularında uygulanan testler, 1119
cinsel saldırı, 1081
cinsel saldırıda bulunduğu iddia edilen kişinin muayenesi, 1136
cinsel saldırıya uğrayan kişinin muayenesi, 1089
cinsel saldırıya uğrayanın vücudundaki travmatik bulgular,
cinsel suçlarla ilgili ölümler, 1153
cinsiyet değişikliği, 826
cinsiyet seçimi ve fetus, 480
circumvallate placenta, 414
civa, 407
Couvelaire uterusu, 338
Crede manevrası, 641
cücelik, 986

çevre ile ilgili faktörler, 207
çikolata kistleri, 904
çocuğun hakları, 477
çocuk düşürme ve düşürtme suçları, 724
çocuk düşürme yöntemleri, 726
çocuklara karşı işlenen cinsel suçlar, 1139
çocukların cinsel amaçlı istismarı, 1011
çocukların prenatal hakları, 464
çocukta postpartum dönemde oluşan zarar, 40
çoğul gebeliğin selektif redüksiyonu, 764
çoğul gebelik, 426

çoğul gebelikle ilgili adli tıp sorunları, 242
çoğul gebelikle ilgili dava konuları, 243
çok delikli himen, 1094
çok küçük derecede beyin zararı, 675
çözücüler, 407

dalkon shield, 870
damatta ilk gece impotansı, 781
değişken deselerasyonlar, 563
delici ve kesici-delici aletlerle yaralanmalar, 300
deliksiz himen, 1094
dış ballotman, 115
dış gebelik, 38, 81, 352, 990
dış gebelikle ilgili adli tıp sorunları, 287
dış gebelikle ilgili dava konuları, 290
dış genital organlar, 1004
dışarı atılmış olan uterus içeriğinin incelenmesi, 734
dışkı özelliğindeki sıvının aspirasyonu, 280, 350
diabet ve gebelik, 172
diabet, 210
dietilstilbestrol, 93
diğer hekimlerin eleştirilmemesi, 1061
diğer hekimlerle, hemşirelerle ve personelle bağlantının kurulması, 29
diğer kimselerin eylemlerinden doğan sorumluluk, 21
dijital, 94
dilataşyon ve kürtaj, 32
direkt anne ölümlerinin özel nedenleri, 337
direkt anne ölümü, 326
direkt lateks lam testi, 119
disfonksiyonel uterus kanaması, 31
disk şeklinde (diskoid) plasenta, 427
dismenore, 30
distosi, 40
DNA tiplemesi, 1124
doğum güçlüğü ile ilgili adli tıp sorunları, 536
doğum hekiminin gebeliğin tanısı ile ilgili sorumluluğu, 143
doğum için hastanın bilgilendirilme formu, 58
doğum için rıza, 58
doğum ile ilgili adli tıp sorunları, 506
doğum öncesi (anteartum) kanama, 159
doğum sonrası kanama ve hipovolemik şok, 40
doğum travayı, 39
doğum travayının başlatılması, 39
doğum ve kadın hastalıkları uzmanının mesleki sorumluluğu, 18
doğum yapmamış kadında uterus dış deliğinin görünümü, 511

doğum yapmış kadında uterus dış deliğinin görünümü, 511
doğumdan önce meydana gelen fetüs ölümünün süresi, 322
doğumun başlatılması, 622
doğumun suni olarak başlatılması, 524
doğumun yönetimi konusunda kabul edilen standartlardan sapma durumları, 517
doppler ile fetüsün kalp seslerinin duyulması, 118
drog kullanımı, 167
dudak şeklinde himen, 1094
Dührssen kesisi, 596
durdurulamayan düşük, 37
düşüğe bağlı ölüm olgularında otopsi, 747
düşüğe bağlı ölümlerde olay yerinde yapılacak olan incelemeler, 747
düşüğe yol açan tanı ile ilgili diğer teknikler, 99
düşüğün patolojik açıdan incelenmesi, 312
düşük girişiminin zamanı ile ilgili bulgular, 734
düşük ile ilgili olguların otopsisinde ölüm nedeni olarak göz önüne alınması
gereken durumlar, 748
düşük ile ilgili ölümler, 352
düşük ile ilgili tanımlamalar, 724
düşük komplikasyonları, 37
düşük materyalinin incelenmesi, 359
düşük olgularında histolojik inceleme, 736
düşük olgularında kabul edilen bakım / uygulama standartlarından sapma durum-
ları, 756
düşük olgularında otopsi sırasında yapılması gereken işlemler ve tespit edilebilecek
olan bulgular, 751
düşük tehdidi, 36, 724
düşük teşebbüsü, 1018
düşük yaptığı ileri sürülen kadının muayenesi, 731
düşük yaptırıcı ilaçların kullanılması, 727
düşük yaptırıcı ilaçlar, 100
düşük yaptırılmasında alet kullanımı, 728
düşükle ilgili ölümlerde otopside yapılacak işlemler, 360

ekimoz ve sıyrıklar, 1156
eksik düşük, 37, 724
eksik tanı koyma yanlışlıkları, 105
elektrik akımı ve gebelik, 302
Eliza testi, 120
embriyo bağıışı, 1045
embriyo ve fetüs (cenin) kavramları, 437
embriyonun hakları, 438
embriyonun ve fetüsün gelişimi ile ilgili bilgilerden yararlanarak yaşını saptama, 737
embriyonun ve fetüsün yaşının belirlenmesi, 737
emzirme şeklinde bebeği besleme, 270

endojen kökenli perinatal omurilik yaralanması, 693
endometriosis ile ilgili adli tıp sorunları, 904
endometrit, 902
endometriyozis, 31
endosalpingeal proliferasyonlar, 105
enfeksiyon dışında prenatal risk faktörleri, 210
enfeksiyon hastalığı, 209
enjeksiyon şeklinde uygulanabilen kontraseptif ilaçlar, 853
epizyotomi, 39, 632
Erb paralizi, 554
erken deselerasyon, 562
erken doğum, 308
erken postpartum kanama, 638
esansiyel hipertansiyon, 257
eskiden geçirilmiş olan gebelik ile ilgili bulgular, 121
ev doğumu, 527
evliliğin geçersizliği veya boşanma davalarında kadının jinekolojik muayenesi, 1037

farkında olma durumu, 283
fensiklidin, 169
fertilizasyon ve gelişme, 108
fetal distress ' sıkıntı' ile ilgili adli tıp sorunları, 556
fetal distress'in nedenleri, 557
fetal distress'in tanısı, 561
fetal distress'in tedavisi, 570
fetal hipoksi ile ilgili klinik yönler, 656
fetal hipoksi ile ilgili obstetrik malpraktis davalarında patolojik açıdan görüş bildirilmesi, 685
fetal hipoksi ve sonradan ortaya çıkan maluliyet durumu: nedensellik bağının kurulması sorunu, 679
fetal tümörler, 987
fetoskopi, 222
fetüs ex-utero – yeni reproduktif teknolojiler, 479
fetüs hakları, 435
fetüs ölümüne ve düşüğe neden olan iatrojenik travma, 98
fetüs ve uluslar arası düzenlemeler, 480
fetüs ve yeni doğanda mekanik travma, 688
fetüste gelişme bozukluğu ile ilgili adli tıp sorunları, 365
fetüste hipoksiye bağlı hasarlar ve plasenta, 421
fetüste ilaçlarla malformasyonların meydana gelme mekanizmaları, 212
fetüste ve yeni doğanda hasara yol açan hipoksik olaylar, 664
fetüsün fiziksel gelişimine dayanılarak gebelik süresinin belirlenmesi, 134
fetüsün ağırlığı, 154
fetüsün bilimsel araştırma ve transplantasyon amaçlı kullanımı: tıbbi, hukuki ve etik sorunlar, 488

fetüsün cinsiyetinin belirlenmesi, 229
fetüsün durumu, 35
fetüsün durumunun belirlenmesi, 178
fetüsün durumunun izlenmesi, 253
fetüsün hareketlerinin ve kısımlarının hissedilmesi, 117
fetüsün kalp atım hızı traselerinin yorumlanması, 565
fetüsün kalp atım hızının elektronik aygıtlarla izlenmesi, 562
fetüsün kalp seslerinin duyulması, 116
fetüsün olgunluğu, 82, 131
fetüsün ölümünün tanısı, 313
fetüsün prezentasyonu, pozisyonu ve rotasyonu, 156
fetüsün saçlı derisinden elde edilen kan örneğinde yapılan incelemeler, 567
fetüsün tedavisi ile ilgili yasal ve etik sorunlar, 462
fetüsün uterus içinde tedavisi, 268
fetüsün yaralanması ve ölmesi, 319
fetüsün yaşı ve beklenen doğum tarihi, 153
fetüsün yaşı, 429
fimbriektomi, 795
fistüller, 33, 90
Florence testi, 1121
forseps ile doğum, 41, 614
forseps kullanımı için koşullar, 615
forseps uygulaması ile ilgili dava konuları, 619
forseps uygulaması, 616
forsepsle doğumun endikasyonları, 614

gamet bankaları, 1042
gayrı tam ayak gelişi, 586
gebe kadınların işleri ile ilgili tutumlar, 394
gebeliği sonlandırma yöntemleri, 754
gebeliği teşhis edememe, 80
gebeliğin ihtimali semptomları ve bulguları, 109
gebeliğin istek üzerine sonlandırılması, 766
gebeliğin maksimum süresi, 123
gebeliğin minimum süresi ve yaşayabilme yeteneği, 123
gebeliğin ortalama süresi, 123
gebeliğin pozitif veya kesin bulguları, 116
gebeliğin radyolojik olarak tanısı, 117
gebeliğin sonlandırılmaması, 759
gebeliğin sonlandırılması ile ilgili dava konuları, 759
gebeliğin sonlandırılması ve fetüs, 442
gebeliğin sonlandırılması, 35, 647, 753, 1071
gebeliğin süresi, 123
gebeliğin tanısı, 109
gebeliğin tıbbi nedenlerle sonlandırılması, 767

gebeliğin uzun sürmesi, 424
gebeliğin yasal olarak sonlandırılması, 353
gebeliğin yaşının belirlenmesi, 314
gebelik bulantı ve kusmaları, 110
gebelik ile ilgili adli tıp sorunları, 107
gebelik maskesi, 116
gebelik sırasında belirlenebilen yüksek risk faktörleri, 161
gebelik sırasında ilaç uygulaması, 35, 81
gebelik sırasında uğranılan müessir fiillerin Türk Ceza Kanunu açısından yorumu, 306
gebelik süresine göre ağırlığı az, boyu kısa olan bebek, 183
gebelik toksemisi, 81
gebelik ürününün içeride kalması ve boşaltma işleminin tekrarlanması, 760
gebelik, 34
gebelik, doğum ve lohusalıkta anne ölümleri, 325
gebelikte hipertansif hastalıklarla ilgili adli tıp sorunları, 250
gebelikte kızamıkçık enfeksiyonu, 34
gebelikte Rh sensitizasyonu ile ilgili adli tıp sorunları, 245
gebelikte, doğum sırasında ve doğumdan hemen sonra fetüste ve yeni doğanda oluşan zararlar ile ilgili adli tıp sorunları, 654
geç deselerasyon, 562, 563
geç postpartum kanama, 638
gelişmemiş embriyo, 313
gen haritasının yapılması, 223
genel anestezi ile ilgili sorunlar, 278
genel olarak tanısal amaçlı ultrason ile ilgili dava konuları, 976
genel toplumsal menfaatlere ters düşen ödünç annelik sözleşmelerinin yasaklanması, 831
genetik açıdan tarama, 194
genetik amaçlı anamnez alınması, 191
genetik bozuklukların çeşitleri, 203
genetik danışma endikasyonları, 198
genetik danışma sırasında yapılacak olan açıklamalar, 195
genetik danışma ve prenatal tanıyla ilgili adli tıp sorunları, 188
genetik danışma, 34, 83
genetik danışmanın amaçları, 189
genetik kod, 207
genetik tarama, 34
genital bölgedeki yaralar, 1157
genital desensus ve idrar inkontinansı ameliyatları için rıza, 73
genital desensus ve idrar inkontinansı ameliyatlarında yapılan hatalar, 1178
genital organların özel muayenesi, 1092
genital sistem yaralanmaları, 1142
genital yaralanmanın etkileri, 1143
genitoüriner anomaliler, 988
gerçek olmayan cinsel suçlar, 1152
gerekli olduğu halde ultrasonun kullanılmaması, 983

gizli kordon prolapsusu, 575
gonore, 895
Goodell bulgusu, 114
göbek kordonu sarkmasıyla ilgili adli tıp sorunları, 575
göbek kordonu sarkmasıyla ilgili olgularda kabul edilen bakım standartlarından sapma durumları, 580
göbek kordonu, 429
güç kullanmaya yönelik ırza geçme, 1083
güncel kaynakların ve işlemlerle ilgili özelliklerin bilinmesi, 27

Haase şeması, 130
haberleşme, 1052
habituel düşük, 725
haksız fiil sonucu ölüm, 232, 237, 460, 982
haksız fiil sonucunda doğum, 232, 235
haksız fiil sonucunda gebelik, 232, 233, 981
haksız fiil sonucunda özürlü doğan çocuğun manevi ıstırapla süren yaşamı, 232, 239
haksız fiil sonucunda özürlü doğan çocuğun manevi ıstırapla süren yaşamı nedeniyle açılan davaların gerekçesi, 459
haksız fiil sonucunda özürlü doğan çocuğun manevi ıstırapla süren yaşamı, 979
haksız fiil sonucunda sakat bir çocuğun doğumu, 979
haksız fiil sonucunda sakat doğum ve bu nedenle açılan davalar, 457
halkalar, 798
hastanın ailesinin bilgilendirilmesi, 1052
hastanın beklentileri, 50
hastanın ihmali, 52
hastanın kabulü ve anamnez, 78
hastanın kısırlaştırılamaması, 800
hastanın muayenesi ve değerlendirilmesi, 30
hastanın rızasıyla ilgili malpraktis davalarından kaçınma yolları, 74
hastanın sırlarının hekim tarafından saklanması yükümlülüğü, 1061
hastayı başka bir hekime veya yere göndermek, 27
hatalı entübasyon, 283
hava embolizmi, 346
hava embolizminden şüphelenilen olgularda izlenecek yol, 750
Hegar bujileri, 754
Hegar bulgusu, 113, 114
hekim / hasta ilişkisi, 18, 1051
hekim / hasta ilişkisinin sonlanması, 22
hekim ile hasta arasındaki bağlantı, 21
hekimin doğum ile ilgili sorumluluğu, 516
hekimin hukuki sorunlar ortaya çıktığı zaman izleyeceği tutum, 1077
hekimin suni dölleme sırasında alacağı önlemler, 809
hekimin yardımcı personeli, 1053

hekimin yükümlülükleri, 50
hekimlerin doğumla ilgili olarak sorumlu duruma düşmemeleri için dikkat etmeleri gereken noktalar, 529
HELLP sendromu, 253
hemoglobinopatiler, 171
hepatit, 170
hermafroditizm, 821
herpes, 209, 896
heterolog suni dölleme, 808
HIV ile ilgili bozukluklar, 498
HIV taşıyıcıları, 497
hidrops, 988
himen imperforatus, 1095
himen yırtığının diğer nedenleri, 1099
himen yırtıklarının iyileşmesi, 1097
himeni muayene yöntemleri, 1095
himenin muayenesi, 1094
himenoskop, 1100
hiperemesis gravidarum, 351
hipertansif hastalığın tedavisi, 254
hipertansiyonun anne üzerine olan etkileri, 251
hipertermi, 210
hipoksi, 211
hipoksik beyin hasarının şekilleri ve patogenezi, 670
hipoksik zararın dönemleri, 666
hipoksinin sistemik ve lokal etkileri, 665
hipoksiye bağlı böbrek, sürrenal bezi ve diğer iç organlardaki hasarlar, 668
hipotansiyon, 283
hirsutismın iatrojenik nedenleri, 95
histerektomi için hastanın rızası alınırken dikkat edilmesi gereken noktalar, 923
histerektomi için hastanın rızasının alınması, 921
histerektomi için rıza, 69
histerektomi ile ilgili adli tıp sorunları, 918
histerektomi ile ilgili adli tıp sorunlarından kaçınma yolları, 937
histerektomi ile ilgili dava konuları, 920
histerektomi olgularında postoperatif bakım ile ilgili dava konuları, 936
histerektomi sırasında meydana gelen barsak yaralanmaları, 935
histerektomi sırasında meydana gelen üreter yaralanmaları, 929
histerektomi sırasında oluşan mesane yaralanmaları, 928
histerektomi sırasında oluşan sinir yaralanmaları, 934
histerektomi sırasında oluşan üriner sistem yaralanmaları, 927
histerektomi sırasında sağlıklı organların çıkartılması, 927
histerektomi sırasında vücutta unutulmuş yabancı cisimler, 935
histerektomi sonrasında enfeksiyon, 934
histerektomi sonrasında vagina kubbesinde meydana gelen oluşumlar, 91
histerektomi, 33

histerektomide yara komplikasyonları, 934
histerektomiden sonra ortaya çıkan ürogenital fistüller, 931
histerektominin endikasyonları, 918
histerektominin gereksiz yere yapılmış olması, 926
histerektominin komplikasyonları, 920
histerektominin yapılış yolları, 919
histerektomiye bağlı kanama, 926
histolojik tanıdaki hatalara bağlı iatrojenik durumlar, 104
holoprosensefali ve hidranensefali, 986
homolog suni dölleme, 808
homoseksüel suçlar, 1161
hoyratça hareketler, 1012
hukuki sorunlardan kaçınmak için temel prensipler, 1050

Irving yöntemi, 793
ırz ve namusa tasaddi, 1152
ırza geçme olaylarının genel özellikleri, 1083
ırza geçme olgularında postkoital kontrasepsiyon, 866
ırza geçme, 1150
ırza geçmenin tanımı, 1086
ırza geçmeye teşebbüs, 1151
ırzına geçilen kişinin gösterdiği reaksiyon, 1084
ısırlıklar, 1156
ışınlamaya bağlı atipiler, 96
iatrojenik yaralanmalar, 303
iatrojenik atipiler, 96
iatrojenik travma, 1021
iç ballotman, 114, 115
idrar tahlili, 151
ihmal davaları ve ‘ res ipsa loquitur’ doktrini, 51
ihmal unsuru içeren bakım, 47
ihmal unsuru içeren genetik danışmanın sonuçları, 85
ihmalin unsurları, 48
ikinci görüş, 27
ilaç kullanımından kaynaklanan zararlar, 34
ilaçlar, 211
ilaçların fetüs üzerine akut ve uzun süreli diğer etkileri, 267
ilaçlarla oluşan iatrojenik durumlar, 92
ilaçlarla oluşan vaskülit, 94
ilk muayenede yapılması gereken rutin laboratuvar testleri, 150
immunolojik gebelik testleri, 118
impotans ve sterilité iddiası bulunan olgularda muayene, 783
impotans ve sterilité ile ilgili adli tıp sorunları, 779
in vitro fertilizasyon embriyolarının ele alınışı, 1047
in vitro fertilizasyon için aydınlatılmış rıza, 1041

in vitro fertilizasyon için rıza, 73
in vitro fertilizasyon ve embriyo transferi (ET) işlemleri hangi durumlarda uygulanır?, 1040
in vitro fertilizasyon ve embriyo transferi ile ilgili adli tıp sorunları, 1039
indirekt anne ölümü, 326
inert rahim içi araçları, 869
infantil himen, 1097
inhalasyon anestezisi, 208
inhibisyon (indirekt) lateks lam testi, 118
inkontinans ameliyatları öncesinde hastanın aydınlatılması, 1179
inkontinans, 91
insan embriyo ve fetüslerinde gebelik yaşının histolojik olarak belirlenmesi, 739
insan teratojenlerinin etkili olduğu zaman, 381
insanlarda teratolojik maddeler, 379
interseks ve cinsiyet değişikliği ile ilgili adli tıp sorunları, 818
intrauterin enfeksiyon, 355
intrauterin kontraseptif aygıtlarla ilgili psödosülfür granülleri, 104
iskemik nöron nekrozu, 679
istem sahibi anne ve babanın yükümlülükleri, 833
iş yerlerinde gebe kadınlar, 393
işkencenin jinekolojik sekelleri, 1165
işlemlerin güvenliği, 229
iyileşmiş genital yaraların yorumlanması, 1146

Jacquemier veya Chadwick bulgusu, 113
jinekoloji ile ilgili dava nedenleri, 9
jinekolojide teşhis ve tedavi ile ilgili adli tıp sorunları, 774
jinekolojik kanserler, 32
jinekolojik kanserlerle ilgili adli tıp sorunları, 907
jinekolojik ve obstetrik ameliyatlar sırasında üreterde ve mesanede oluşan yaralanmalarla ilgili adli tıp sorunları, 942
jinekolojik ve obstetrik cerrahi girişimler, 1061

kabul edilmiş prenatal tedavinin reddedildiği durumlarda çelişkilerin çözüme kavuşturulması, 471
kaçınılmaz düşük, 724
kadın genital sistemi travmaları ile ilgili adli tıp sorunları, 1001
kadın genital sistemi yaralanmalarında maluliyet oranlarının belirlenmesi, 1025
kadın genital sisteminde kimyasal maddelere bağlı hasarlar, 1015
kadın hastalıkları ve doğum uzmanının gebeliğin sonlandırılması ile ilgili sorumluluğu, 757
kadında impotans ve sterilite nedenleri, 782
kadında sterilizasyonla ilgili adli tıp sorunları, 788
kadmiyum, 407

kafa kemiklerinin birbiri üzerine binmesi, 700
kafa travması ve subdural kanama, 695
kafatası kırıkları, 698
kalp hastalığı, 169
kalp malformasyonları, 987
kan basıncı yükselmesinin yorumlanması, 251
kan basıncı, 151
kaput suksedaneum, 696
karaciğer rüptürü, 689
karunkula himenalis, 510, 1099
katı maddelerin aspirasyonu, 280, 350
katmerli himen, 1094
kayıt tutma, 25, 79
kayıtlar, 1058
kaza sonucu oluşan genital yaralanmalar, 1145
Keer tekniği, 598
kıvrılmış zarlar, 429
kızamıkçık ile temas, 228
kızamıkçık, 173
kimyasal aktif madde ihtiva eden rahim içi araçları, 871
kimyasal mutajenler, 408
kişinin kendi genital organlarını kesmesi, 1012
klasik sezaryen ameliyatı, 598
klipler, 798
kloasma gravidarum, 507
klomifen ve gonadotropinler, 93
koitus travması, 1008
komadaki fetus sendromu, 679
kombinasyon tipindeki kontraseptif haptı, 851
kombine tipteki oral kontraseptif haplarıyla ilaç etkileşimleri, 865
komplikasyon çıktığında izlenecek tutum, 1057
konjenital anomalili olgularda prenatal tanı konusundaki ihmaller, 382
konjenital malformasyonların etyolojisi, 379
konjugata diagonalis, 155
konjugata vera, 155
konsültanların rolü, 177
konsültasyon, 27
konsültasyon, ikinci görüş ve sevk, 1057
kontraksiyon stres testi, 97, 181, 305
kontrasepsiyon, 32, 80
kontraseptif haplar, 93
kordon sarkması, 575
kordon suflu, 116
kordonun önde bulunması, 575
kortikosteroidler, 93
koryoamnionit, 82, 422

koryon villüs biopsisi, 97, 220, 304
köprülü himen, 1094
kötü haldeki bebek, 243
kriminal düşüğe bağlı ani ölümler, 743
kriminal düşüğe bağlı anne ölümü, 741
kriminal düşüğe bağlı komplikasyonlar, 742
kriminal düşüğe bağlı olarak geç meydana gelen ölümler, 745
kriminal düşüğe bağlı olarak kısa sürede meydana gelen ölümler, 744
kriminal düşüğün tehlikeleri, 742
kromozom anormallikleri, 204
kromozomlar ve genler, 202
Kronig tekniği, 598
ksantogranulomatöz vaginal psödötümör, 103
kurşun, 406
künt karın travması, 295
kürtaj için rıza, 64

laktat dehidrogenaz izozim X (LDH- X) testi, 1123
laparoskopi için hastanın rızasının alınması, 1174
laparoskopi için rıza, 67
laparoskopik sterilizasyonun komplikasyonları, 802
laparoskopinin tehlikeleri, 1176
lavaj sıvısına bulaşan maddeler ve kondom emülsiyonunun transuterin geçişi, 103
leke ekstraterininin spermatozoa yönünden mikroskopik olarak incelenmesi, 1122
Lendrum boyası (Floksin-tartrazin), 345
lesitin – sifingomiyelin oranı, 182
linea albikantes, 112
linea nigra, 510
lippes loop, 869
lohusalıkla ilgili adli tıp sorunları, 651
lokal visseral venöz tıkanmaya bağlı nekroz oluşumu, 667
loplu himen, 1094
loşi alba, 509
loşi rubra, 509
loşi seroza, 509
loşi, 509

Madlener yöntemi, 791
mahkeme kararıyla yapılan obstetrik girişimlere karşı çıkanların düşünceleri, 714
mahkeme kararıyla yapılan obstetrik girişimleri savunanların düşünceleri, 714
mahkeme kararıyla yapılan obstetrik girişimlerle ilgili etik ve hukuki sorunlar, 713
mahkeme kararıyla yapılan obstetrik girişimlerle ilgili görüşler, 714
makat gelişi, 40
makat gelişlerinde sezaryenle doğum, 596

makat prezentasyonlarının ve pozisyonlarının çeşitleri, 585
makat prezentasyonu ile ilgili adli tıp sorunları, 584
makat prezentasyonu ile ilgili tehlikeler, 587
makat prezentasyonunun nedenleri, 586
makat skorlama indeksi, 589
makatın ekstraksiyonu, 594
malign hastalıklar, 171
Margulies spirali ve Birnberg kulpu, 870
marjinal tipteki himen, 1094
Mauriceau – Smellie manevrası, 594
mayubiyet, 141, 1152
medikal abortusun yapılması için gerekli olan endikasyonlar, 768
mekonyum aspirasyon pnömonisi, 711
meme hastalığı, 82
meme kanseri, 908
memelerde Montgomery tüberküleri, 111
Mendel yasasına göre geçiş gösteren bozukluklar, 200
Mendelson sendromu, 349
meni bağıışı ve IVF, 1043
meni lekeleri için yapılan testlerin yorumlaması, 1125
meni sıvısı, 1108
menstruasyon dönemindeki endometrium, 104
merkezi sinir sistemi inhibitörleri, 403
merkezi sinir sisteminin mekanik olarak yaralanması, 690
mesane yaralanması, 950,967, 1066
mesleğe bağlı tehlikelerin üreme sistemi ve gebelik üzerine etkileri, 389
mesleki tehlikelerin değerlendirilmesi, 391
methanesulfonik asit esterleri, 405
mezotelial kistik lezyonlar, 105
miadda beyin korteksinde oluşan infarkt hasarı, 678
miksiyon bozukluklarına bağlı maluliyet değerlendirmesi, 962
mineral yağ granulomları, 103
minipill, 852 miscarriage, 724
missed abortion, 725
Montgomery tüberküleri, 110, 507
muayenehane koşullarından ve yardımcı personelden kaynaklanan ihmal davaları, 52
muayenehane koşullarından ve yardımcı personelden kaynaklanan yaralanmalar, 42
muayenehane personelinin sorumlulukla ilgili konuları değerlendirmesi, 28
muayenehanede çalışan kimseler, 79
muayenehanede yapılan obstetrik ve jinekolojik işlemlerle ilgili adli tıp sorunları, 78
multifaktöryel kalıtımın özellikleri, 206
mutad iştigalden kalma süresi, 307, 1023
müessir fiile (etkili eyleme) bağlı olarak kadın genital organlarında oluşan lezyonların Türk Ceza Kanunu açısından değerlendirilmesi, 1022
mükerrer sezaryen, 599

Nägele kuralı, 153, 372
nedensellik açısından plasentada göz önüne alınması gereken noktalar, 415
nişasta granülomları, 102
nitro aromatik ve dikloro asetil diaminler, 405
nodüler embriyo, 313
non- stres testi, 181
nonmaternal ölümler, 326
normal fetal kalp atım hızı, 566

obstetrik analjezi ve anestezi, 35
obstetrik fistüller, 952, 971
obstetrik ile ilgili dava nedenleri, 3
obstetrik malpraktis davaları ve intrapartum kardiyotokografi, 568
obstetrik ve jinekoloji ile ilgili dava konuları, 1
Obstetrikte AIDS ile ilgili yasal ve etik sorunlar, 495
obstetrikte analjezi ve anestezi ile ilgili adli tıp sorunları, 272
obstetrikte ilaç uygulaması ile ilgili adli tıp sorunları, 260
obstetrikte ve jinekolojide hastanın rızasının alınması, 54
obstetrikte ve jinekolojide iatrojenik hastalıklar, 88
obstetrikte ve jinekolojide ihmal davaları, 47
obstetrikte ve jinekolojide laparoskopi ile ilgili adli tıp sorunları, 1174
obstetrikte ve jinekolojide malpraktis davalarından kaçınma yolları, 1050
obstetrikte ve jinekolojide tanısal amaçlı ultrason ile ilgili dava konuları, 15
obstetrikte ve jinekolojide ultrason kullanımından kaynaklanan adli tıp sorunları, 976
oksitosinin usulüne uygun olarak uygulanmaması, 558
omurilik ve beyin sapı yaralanması, 690
omurilik ve beyin sapındaki yaralanmanın dış kaynaklı nedenleri, 692
omurilik ve beyin sapı yaralanmasının etkileri, 694
omuz distosisi ile ilgili adli tıp sorunları, 539
omuz distosisi ile ilgili hukuki sorunlardan kaçınma yolları, 553
omuz distosisi ile ilgili tıbbi bilgiler, 539
omuz distosisi olgularında avukatın danışacağı uzmanı seçmesi, 551
omuz distosisi olgularında ihmal iddiasıyla davanın açılması, 552
omuz distosisi olgularında kabul edilen bakım standartlarından sapma durumları, 548
omuz distosisinde forseps, 619
omuz distosisinin hukuki yönleri, 542
onüç – ondokuz yaşındaki kızların gebeliği, 162
ooforit, 902
oosit bağıışı ve IVF, 1044
operatif doğum ile ilgili adli tıp sorunları, 597
oral kontraseptif kullanan kadınlarda hekimin izleyeceği yol, 858
oral kontraseptif verilen hastanın rızasının alınması, 861
oral kontraseptifler ve düşük, 100
oral kontraseptifler, 32

oral kontraseptiflerin bileşenleri, 853
oral kontraseptiflerin çeşitleri, 850
oral kontraseptiflerin etki şekilleri, 853
oral kontraseptiflerin kullanılması, 1075
oral kontraseptiflerin kullanımına kontraendikasyon oluşturan durumlar, 854
oral kontraseptiflerin tarihi gelişimi, 848
oral kontraseptiflerin ters etkileri ile ilgili davalar, 862
oral kontraseptiflerle ilgili adli tıp sorunları, 847
orta pelviste forseps uygulamaları, 618
Oslo deklarasyonu, 767
otomobil kazaları, 1017
ovaryum kanseri, 912
over kalıntı sendromu, 90
over kistleri, 31
over torsiyonu, 31

ödem ve kilo alma, 251
ödünç anneliğin çeşitleri, 829
ödünç annelik düzenlemeleriyle ilgili görüşler, 830
ödünç annelik sözleşmesinin sonlanması, 833
ödünç annelik ve Türk hukuku, 834
ödünç annelik ile ilgili hukuki ve etik sorunlar, 828
ödünç annelikte yükümlülük, 832
ödünç annenin tanımı, 829
ödünç annenin yükümlülükleri, 832
öfke ve intikam amacına dayalı ırza geçme, 1083
ölü doğan bebekler, 320
ölüde doğumun tanısı, 512
ölüde eski doğumun tanısı, 513
ölüde gebeliğin bulguları, 121
ölüde yeni doğumun tanısı, 512
ölümle sonuçlanan cinsel saldırı olgularında dış bulgular, 1155
öneride bulunmama, 226
östrojen, 92
özel yüksek risk durumları, 162
özel rıza, 1056

P 30 testi,
Pazar günü başlama yöntemi, 851
Peller indeksi, 133
pelvis çeşitleri, 155
pelvis damarlarının yaralanması, 300
pelvis enfeksiyonları, 889
pelvis enfeksiyonlarıyla ilgili adli tıp sorunları, 888

pelvis kontraktürü, 300
pelvisin iltihabi hastalığı, 31
pelvisin iltihabi hastalığı, 880
pelvisin iltihabi hastalığı, 890
perinatal enfeksiyonlar, 158
perinatal hipoksik hasarın patogenezi, 666
perinatal komplikasyonların klinik şekillerine ilişkin obstetrik sorumluluk, 683
peritoneal gliomatozis, 105
pestisidler, 208
Pirquet formülü, 132
plasenta akreta, 641
plasenta anomalileri, 39, 430
plasenta incelemesi ile ilgili noktalar, 412
plasenta inkreta, 641
plasenta patolojisi ve klinik sonuçlar, 416
plasenta perkreta, 334, 641
plasenta previa, 334, 430
plasenta suflu, 116
plasenta travması, 309
plasenta ve adli tıp sorunları, 411
plasenta ve gebelik ürünleri, 333
plasentanın adli tıp açısından incelenmesinde tarafsızlık, 417
plasentanın incelemesinden sağlanacak yararlar, 411
platypelloid pelvis, 155
pnömomediastinum, 351
pnömotoraks, 711
podofilin ile oluşan atipiler, 96
polisiklik aromatik ve halojenli hidrokarbonlar, 408
Pomeroy yöntemi, 791
postmatürite olgularında kabul edilen bakım standartlarından sapma durumları, 375
postmatürite, 371
post-mortem sezaryen ile ilgili hukuki sorunlar, 627
postnatal bakım standartları, 637
postnatal dönemde doğum hekimi ile ilgili şikayetler, 653
postnatal dönemle ilgili adli tıp sorunları, 636
postpartum enfeksiyon, 40
postpartum kanama ve hipovolemik şok, 638
preeklampsia ve eklampsia, 38
pre-eklampsia, eklampsia ve hipertansiyon, 341
pre-embriyo, 1039
prematür travayda doğum şekli, 370
prematür travayın tokoliz ile önlenmesi, 368
prematüre bebeklerde derin beyin enfarktüsü, 675
prematüre doğum ve gebelik süresine göre ağırlığı az boyu kısa olan bebekler, 424
prematürite olgularında kabul edilen bakım standartlarından sapma durumları, 371
prematürite, 367, 661, 989
prenatal kayıt, 149

prenatal muayenelerin sıklığı, 149
prenatal tanı ile ilgili dava nedenleri, 223
prenatal tanı testleri sırasında oluşan iatrojenik durumlar, 97
prenatal tanı testleri, 304
prenatal tanının kabul edilmemesi, 228
progesteron ve progestojenler, 92
proteinüri, 252
psödoadenomatoid tümör, 103
psödo fibröz histiositomalar, 103
puerperal enfeksiyonlar, 646
puerperal sepsis, 339
pürülan pelvik flebit, 339

radioimmünassay, 119
radyasyon, 207, 395
radyoterapi sonucu oluşan iatrojenik durumlar, 92
rahim içi aracı kullanımına kontraendikasyon oluşturan durumlar, 873
rahim içi aracın takılması için rıza, 62
rahim içi aracını takma tekniği, 875
rahim içi aracını takma zamanı, 877
rahim içi aracının atılması, 879
rahim içi aracının başarısızlığı, 884
rahim içi aracının çıkarılması, 878
rahim içi araçlar, 1019
rahim içi araçları ve düşük, 99
rahim içi araçları, 32, 991
rahim içi araçlarının komplikasyonları ve ters etkileri, 879
rahim içi araçlarının çeşitleri, 869
rahim içi araçlarının değiştirilme süreleri, 878
rahim içi araçlarının etki mekanizmaları, 871
rahim içi araçlarının takılması, 1071
rahim içi araçlarıyla ilgili dava nedenleri, 884
rahim içi gelişim geriliği, 989
rahim içi kontraseptif araçları ile ilgili adli tıp sorunları, 868
rahim içinde fetüs ölümü, 184
rektus hematomları, 927
restriksiyon endonükleazları, 223
Rh izoimmunizasyonu, 764
Rh uyumsuzluğu, 38
rıza, 1055
risk alanları, 29
risk yönetimi, 43

saçaklı himen, 1094
saçaklı himen, 1097

sadistçe ırza geçme, 1084
saf makat gelişi, 585
salpenjektomi, 795
salpenjit, 901
sarkan göbek kordonunun baskı altında kalması, 559
sefal hematom, 696, 697
Seitz indeksi, 133
sekretörlük durumunun belirlenmesi, 1120
sepsis, 339
septik düşük, 725
septik şok, 340
servikal serklaj, 624
servisit, 901
sezaryen ameliyatı için hastanın bilgilendirilmesi formu, 61, 603
sezaryen ameliyatı için hastanın rızasının alınması, 602
sezaryen ameliyatı için rıza, 59
sezaryen ameliyatı ile ilgili dava konuları, 601
sezaryen ameliyatı ile ilgili standartlar, 600
sezaryen ameliyatı sırasında hastada unutulmuş yabancı cisimler, 611
sezaryen ameliyatı sırasında oluşan üriner sistem yaralanmaları, 951, 969, 1068
sezaryen ameliyatı sırasında sterilizasyon işleminin uygulanması, 611
sezaryen ameliyatı, 597
sezaryen ameliyatını gerektiği gibi yapmama, 606
sezaryen ameliyatının çeşitleri, 597
sezaryen ameliyatının erken yapılması, 605
sezaryen ameliyatının geç yapılması, 605
sezaryen ameliyatının gereksiz yapılması, 606
sezaryen ameliyatının komplikasyonları, 607
sezaryen ameliyatının sıklığı, 601
sezaryen ameliyatının tanımlanması, 597
sezaryen ameliyatının yapılmamış olması, 604
sezaryen ameliyatının zamanında yapılmaması, 604
sezaryen endikasyonları, 598
sezaryen ile doğum, 42
sezaryen ile ilgili davalardan kaçınma yolları, 613
sezaryen sırasında kırılan aletler, 612
sezaryen sırasında miyomektomiye kalkışmak, 611
sezaryenin kontraendikasyonları, 599
sık idrara çıkma, 111
sıyrıkların ve laserasyonların tespiti için toluidin mavisi testi, 1127
sifiliz, 210, 895
sigorta şirketi ile bağlantının kurulması, 28
silindirik embriyo, 313
silis ve talka karşı psödoneoplastik reaksiyonlar, 103
sistemik dolaşım yetmezliği, 667
sitotoksik ilaçlar, 94
solunum sıkıntısı sendromu, 711

son zamanlarda yapılmış olan doğumla ilgili bulgular, 120
sonografi, 180
sonraki muayenelerde yapılması gereken rutin incelemeler ve testler, 151
soyağacının çıkarılması, 192
Spalding bulgusu, 117, 314
spermatozoid ile oluşan iltihaplanma, 94
spermatozoaların görünümü, 1122
spermatozoanın cinsel ilişkiden sonra tespit edilebilme süresi, 1133
spontan düşük ile kriminal düşük arasında ayırım yapılması, 741
spontan düşük, 37, 725
spontan makat doğumu, 593
standard in vitro fertilizasyon (IVF) işlemi, 1039
sterilizasyon için rıza, 65
sterilizasyon işlemi için tuba uterinalara varış yolları, 790
sterilizasyon işlemi, 1070
sterilizasyon işlemine kontraendikasyon oluşturan durumlar, 789
sterilizasyon yöntemleri, 791
sterilizasyon, 33
sterilizasyonla ilgili adli tıp sorunlarından kaçınma yolları, 802
sterilizasyonla ilgili dava konuları, 799
sterilizasyonun yapılma zamanı, 789
steroid hormonlara bağlı atipiler, 96
steroid hormonları salgılayan rahim içi araçları, 871
steroidler, 401
stria gravidarum, 112
su intoksikasyonu, 352
su kayağına bağlı jinekolojik komplikasyonlar, 1015
subdural kanamaya yol açan dura venlerinin yırtılması, 701
succenturiate placenta, 414
suni dölleme için rıza, 73
suni dölleme ile ilgili adli tıp sorunları, 808
suni dölleme sonucunda ortaya çıkan hukuki sorunlar, 812
suni döllemede uygulanacak işlem, 809
süperfekondasyon, 143
süperfötasyon, 143

tam düşük, 37
tam kordon prolapsusu, 576
tam makat gelişi, 585
tam miadındaki bir kadında yeni doğum bulguları, 507
tanı amacıyla uygulanan işlemler, 83
tanıyı koyamama, 226
tanıyla ilgili yanlışlıklar, 227
tek gen defektleri, 203
teratogenez, 263
teratojenlerin fetüs üzerine olan etkisi, 433

teratojenlerin rolü, 207
teratolojiye özel olan yasal sorunlar, 377
teratolojiyle ilgili adli tıp sorunları, 377
tıbbi düşük, 1018
toksik maddeler, 208, 401
toksik maddelerin üreme üzerine etkileri, 395
Tokyo deklerasyonu, 1165
trafik kazaları ve gebelik, 297
translokasyon, 205
transvers duruşta forseps, 618
travma ile düşük arasında nedensellik bağı kurulurken dikkat edilecek noktalar, 316
travma ve düşük, 311
travmanın gebeliğin prognozu üzerine olan uzun süreli etkileri, 305
Trendelenburg pozisyonu, 580
triphenylethylene ile ilgili bileşikler, 404
tromboembolik hastalıklar, 170
tuba bağlanması sendromu, 89
tuba uterinanın prolapsusu, 91
tubo-ovaryen abse, 891, 902
Turner sendromu, 820
tuz zehirlenmesi, 351
tüpte inhibisyon – hemaglutinasyon testi, 119
Türk Ceza Kanununda cinsel suçlarla ilgili maddeler, 1150
Türk hukukunda çocuk düşürme veya düşürtme ile ilgili kanun maddeeri, 769
Türk hukukunda fetüs ile ilgili yasalar, 482
Türk hukukunda sterilizasyon uygulaması, 804

Uchida yöntemi, 794
ultrason kullanımında ihmal, 982
ultrasonografi ile gebeliğin tanısı, 118
ultrasonografi sonucunun zamanında bildirilmemesi, 985
ultrasonografi, 216
ultrasonografik inceleme, 30, 1074
ultrasonografik incelemeyi yapan kimse ile ilgili konular, 978
ultrasonoloğun kendisini davadan koruması, 996
ultrasonoloğun yasal yükümlülükleri, 996
ultrasonun hüner ve bilgi sınırlarının ötesinde kullanımı, 983
uterus prolapsusu, 31
uterus rüptürü, 347
uterus suflu, 115
uterus ve ovaryum karsinomunda talk ve asbestos, 103
uterus yaralanmaları, 1017
uterus yaralanması, 761
uterus, 1007
uterusun aşırı derecede uyarılması, 558
uterusun perforasyonu, 881, 1029
uyuşturucu maddeler, alkol ve sigara alışkanlığı, 162
uzmanın özel görevleri, 21

uzun süren doğumun yönetimi, 622

üreter yaralanması, 942, 963, 1063
üreterde yaralanma riski oluşturan durumlar, 948
üreterde yaralanma riski taşıyan işlemler, 947
üreterin yaralanma mekanizmaları, 946
üretra yaralanması, 1019
üriner sistem enfeksiyonu, 210
ürogenital fistüller, 951, 960, 970, 1068

vagina kubbesinin spontan yırtılması, 1014
vagina, 1005
vaginal kanama, 988
vaginal yolla makat doğumlarının sınıflandırılması, 592
vaginanın muayenesi, 1100
vaginit, 30, 900
vakum ekstraktör ile doğum, 41, 621
villit, 423
virgo, 1098
vitamin eksikliği, 158
vulva ve vaginada cinsel olaylarla ilgili yaralanmalar, 1008
vulva ve vaginanın travmatik lezyonları, 1008
vücutta yabancı cisimlerin bırakılması, 1062

Wharton peltesi, 108
Wigand manevrası, 594, 595

yabancı cisimler, 1011
yabancı maddelere karşı gelişen reaksiyonlar, 102
yalancı gebelik, 142
yanık travması, 303
yanlış öneride bulunulması, 226
yardımlı makat doğumu, 593
yasal olmayan düşüğe bağlı ölümler, 353
yaşayan kadında doğumun tanısı, 506
yaşayan kadında eski doğumun tanısı, 510
yaygın damar içi koagülasyonu, 300
yeni doğanda doğumdan sonra oluşan zararlar, 709
yeni doğanda dura venlerinin yırtılmasına bağlı subdural kanama, 705
yeni doğanda merkezi sinir sisteminde oluşan kanama çeşitleri, 670
yeni doğanın hemolitik hastalığı, 82, 183
yerleşik prenatal tedaviler, 465
yüksek riskli gebelikler, 160
yüzeyel fasya nekrozu, 340

